

“L’INTRODUCTION DE LA DEMARCHE STRATEGIQUE DANS LE MANAGEMENT DES HOPITAUX PUBLICS -LE CAS DE LA COLOMBIE-”

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2000

Par

Ricardo ROMERO URREGO

Directeur de la Recherche: M. Robert PATUREL Professeur à l'Université Pierre
Mendès France - Grenoble 2.

JURY : Rapporteurs : M. Michel LE BERRE Professeur à l'Université Pierre Mendès France -
Grenoble 2. M. Jean-Michel PLANE Maître de Conférences Habilité à Diriger des Recherches à
l'Université Montpellier 3. Suffragants : M. Henry SAVALL - Professeur à l'Université Lumière-Lyon2
M. Juan Carlos VELASQUEZ - Psycho-geriatre au C.H.S.Clermont de L'Oise.

Table des matières

REMERCIEMENTS .	1
..	3
PRESENTATION GENERALE .	5
Un cadre conceptuel large et complexe. .	5
Un objet d'analyse en pleine évolution (et des données de grande incertitude). . .	6
La santé : un besoin incontestable pour le changement dans le pays. .	7
La gestion des établissements de soins : un défi incontestable. .	8
Gestion Publique - Gestion Privée. . .	9
La modélisation des résultats. . .	10
PREMIERE PARTIE: CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE. .	11
PRESENTATION DE LA PREMIERE PARTIE. . .	11
CHAPITRE I. LA SECURITE SOCIALE EN COLOMBIE. ¹ .	12
1.1 Les antécédents d'une grande réforme. .	13
1.2 La décentralisation et les Réformes du Secteur de la Santé. .	16
1.3 La loi 100 de 1993. ²² . .	22
1.4 Les ESE, expression de la loi 100 et la gestion des Hôpitaux Publics. .	35
1.5 Les outils de la gestion privée et la gestion des ESE. . .	38
1.6 Synthèse de la première étape du diagnostic : le regard des gestionnaires. .	40
CHAPITRE II. L'ENVIRONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SOINS DANS UNE SITUATION DE TRANSITION. . .	43
2.1. L'environnement global. .	43
2.1. L'environnement global. .	44
2.2 L'environnement spécifique. .	52
2.3. L'étude générale de l'environnement des ESE : le diagnostic stratégique	80

¹ Ce chapitre bénéficie largement du travail de JARAMILLO Ivan, " El futuro de la salud en Colombia ", Ed. Fescol, FES, FRB, Fundacion Corona, 3o. edition, Bogota, 1997.

²² Voir Jaramillo 1997, particulièrement chapitres II et VI.

externe. . .	
CHAPITRE III LA SITUATION INTERNE DES ENTREPRISES SOCIALES DE L'ETAT .	81
3.1 proche méthodologique de l'analyse interne des ESE. . .	82
3.2 analyse de la situation interne des établissements de soins. . .	91
3.3 forces et les faiblesses des ESE. . .	112
CHAPITRE IV L'ANALYSE STRATÉGIQUE D'ENSEMBLE DES ESE. .	114
4.1. Le regard des gestionnaires. . .	115
4.2. L'environnement des ESE. .	116
4.3. La situation interne des ESE. .	116
4.4. Les domaines d'activité stratégique –DAS-. .	118
DEUXIEME PARTIE : ENCADREMENT THEORIQUE ET RESULTATS. .	121
PRESENTATION DE LA DEUXIEME PARTIE .	121
CHAPITRE V ENCADREMENT THEORIQUE DES DEMARCHES MANAGERIALES COLLECTIVES . .	122
5.1. De la gestion et de la complexité. . .	123
5.2 Une approche du management stratégique et les démarches managériales collectives –DMC-. . .	132
5.3 La nouvelle Gestion Publique NPM. .	142
5.4. Le cadre de reference. .	145
CHAPITRE VI LA DEMARCHE MÉTHODOLOGIQUE . .	146
6.1 La recherche en gestion et la démarche méthodologique. .	146
6.2 Les contraintes et les outils appliqués. . .	149
CHAPITRE VII LES DEMARCHES MANAGERIALES COLLECTIVES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS EN BOGOTA. .	158
7.1 L'initiative. .	159
7.2 Le contenu de DMC. .	161
7.3 L'expérience des DMC ¹¹¹ . . .	163

¹¹¹ Toutes les activités développées pendant le déroulement des démarches collectives firent l'objet de comptes-rendus soit de la part d'un consultant, soit de la part d'un fonctionnaire. En plus de cet ensemble de rapports détaillés, le CGH a établi des rapports individuels sur le déroulement des activités de chaque ESE, en dehors du rapport final du programme, lesquels incluaient les évaluations. Les formats standards des comptes-rendus, des rapports de chaque ESE et du rapport final sont présentés dans l'Annexe No. 15.

7.4 Les résultats. .	169
7.5 L'apprentissage ¹²⁵ . .	174
CONCLUSION GENERALE .	179
Les aspects théoriques. . .	180
Les aspects méthodologiques. .	180
Les aspects pratiques. .	181
Limites de la recherche. . .	182
Pistes de recherches. . .	182
BIBLIOGRAPHIE . .	185
Annexes . .	195
ANNEXE No. 1. PRESENTATION GENERAL DE LA COLOMBIE. .	195
ANNEXE No. 2 LA NORMATIVITE DE LA LOI 100 . .	197
Annexe 3 Relation entre les ESS et les IPS .	203
ANNEXE No. 4. LA NORMATIVITE DES ENTREPRISES SOCIALES DE L'ETAT .	204
ANNEXE No. 5 AFFILIATION AUX ENTREPRISES DE PROMOTION DE LA SANTE .	214
ANNEXE No. 6. LES HOPITAUX ETUDIES . .	215
ANNEXE No.7 SCHEMA DU PLATE-FORME STRATEGIQUE TYPE D'UNE ESE . .	216
ANNEXE No.8 PORTEFEUILLE DE SERVICES DE SANTE PAR NIVEAUX DE COMPLEXITE . .	216
ANNEXE No. 9 RESEAU HOSPITALIER PAR ZONE . .	218
ANNEXE No.10. HABITANTS, COUVERTURE ET NBI 1998 * .	219
ANNEXE No. 11 POPULATION ET NBI A SANTAFE DE BOGOTA . .	219
ANNEXE No. 12 Institutions faisant parti des Démarches Managériale à Santafe de Bogota et à Medellin. .	220
GLOSSAIRE .	221

¹²⁵ Voir la note précédente. Additionnellement l'analyse des entretiens et les discussions a posteriori avec les consultants du CGH et les dirigeants des ESE engages dans le programme.

REMERCIEMENTS

Je tiens particulièrement à remercier Monsieur le Professeur Robert PATUREL pour l'attention qu'il a porté à mon travail. Il a encadré cette thèse avec une grande rigueur scientifique et a répondu à mes demandes faisant preuve d'une grande disponibilité.

Je remercie Monsieur le Professeur Michel LE BERRE et Monsieur le Professeur Jean-Michel PLANE qui m'ont fait l'honneur d'être les rapporteurs de la thèse.

Je remercie également Monsieur le Professeur Henry SAVALL directeur de l'ISEOR et Monsieur Juan Carlos VELASQUEZ docteur Psycho-gériatre au CHS de Clermont de L'Oise, qui m'ont fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury de thèse.

Ma reconnaissance va, bien sûr, à tous les responsables des établissements de soins ainsi qu'à leurs fonctionnaires, qui m'ont reçu longuement et avec qui nous avons eu la possibilité de développer une grande partie de notre démarche. Particulièrement remarquable a été l'ouverture d'esprit malgré un grand nombre de difficultés dues à leur tâche, celle-ci particulièrement importante dans la conjoncture actuelle dans notre pays.

De la même façon mon remerciement à tous les consultants, experts et collègues universitaires, qui ont bien voulu participer à nos réflexions et à notre démarche de recherche. Particulièrement à ceux du "*Centro de Gestion Hospitaria*" et de la "*Fundacion Corona*" et de l'*Universidad Nacional de Colombia*.

A l'*Universidad Nacional de Colombia*, mon lieu de travail habituel, pour avoir maintenu son soutien tout au long de ma formation professionnelle.

Enfin, la réalisation de la thèse n'aurait pas été possible sans l'encouragement et le soutien (au sens propre et figuré) de mon environnement proche, ma famille et mes amis. Tous ceux qui me sont chers comprendront mes sentiments. Para ellos la fraternidad de mi espíritu y mi gratitud.

A mi familia A nuestra tierra de origen A nuestra historia

PRESENTATION GENERALE

Un cadre conceptuel large et complexe.

De nombreux auteurs ont donné, à la problématique de l'organisation, une nouvelle approche, tantôt théorique, tantôt pratique, à partir d'un nouveau paradigme : celui de la complexité (Morin 1990 , Le-Moigne 1990, Le-Moigne et Bartoli 1996, Lorino 1989, Melese 1979, Genelot 1998, Etkin 1996).

La prise en compte de la complexité devient un impératif des différentes analyses de la réalité. L'entreprise n'échappe pas à cette exigence de l'évolution des faits : la montée de l'incertitude, la gestion de l'innovation, la gouvernabilité des organisations, la concurrence accrue, l'instabilité des marchés sont des aspects qui réclament une approche plus intégrale, tant dans la théorie que dans les outils de l'intervention.

Ces dernières années, l'entreprise a développé un discours de plus en plus riche. Il s'agit bien souvent de l'utilisation de vocables relatifs à des concepts parfois obscurs : les ressources humaines, la qualité, le reingeniering, le projet d'entreprise, l'information, la communication, la motivation, la participation, etc. (Allouche et Schmidt 1995).

On a assisté à un fort développement des théories et des outils de la pensée stratégique, comme un des éléments les plus importants des sciences de la gestion

(Avenier 1988, Allouche et Schmidt 1995, Mintzberg, Ahlstrand et Lampel, 1999).

La littérature portant sur la théorie économique de la firme ne cesse de s'accroître : la théorie des contrats, des coûts de transactions, des jeux, de l'information, enfin la théorie de la propriété. On voit apparaître des articles de réflexion sur la pertinence de ces propositions et de leurs applications (Salais, Chatel et Rivaud-Danset 1998, Orléan 1994, Gabrie et Jacquier 1994, Marechal 1999).

Les multiples discussions, à propos de phénomènes tels que les coopérations, les alliances stratégiques, les joint-ventures par exemple, vont nous servir de cadre de référence pour l'analyse de la gestion des hôpitaux, qu'il s'agisse d'articles originaux ou d'approximations récentes, dans la perspective de classification et de clarification conceptuelle (Coase 1987, Williamson 1985, Paturel 1996, 1997, Salgado 1998, Douge Barriol 1997).

Souvent, on constate un écart important entre le discours et les pratiques de gestion dans les entreprises. Mais de la même façon, on trouve des conceptions et des généralisations qui ne prennent pas en compte les différences de nature des organisations, ni les différences d'objectifs et d'activité entre les entreprises.

Il existe une présomption similaire pour ce qui concerne les différences entre entreprises privées et organisations du secteur public.

Les différentes logiques entre secteur public et secteur privé, mais aussi les différentes approches du sujet, en particulier, nous amènent vers d'autres réflexions : l'apprentissage organisationnel, l'action collective, l'analyse stratégique ou le New Public Management (Finger et Ruchat 1997, Crozier et Friedberg 1977, Crozier 1995, 1997, Friedberger 1997).

Un objet d'analyse en pleine évolution (et des données de grande incertitude).

Bien qu'il y ait des écarts importants entre la théorie et la pratique relatives aux développements des sciences de la gestion et qu'il faille les saisir, il est nécessaire de prendre en compte un autre facteur de complexité : la nature et les caractéristiques spécifiques de l'objet de notre recherche.

D'abord, la Colombie est un pays de développement moyen (CEPAL 1996) parmi les pays d'Amérique Latine, avec certaines spécificités, particulièrement en ce qui concerne le développement économique et la gestion du secteur de la santé (Ministère de la Santé - Université deHarvard 1996), que l'on doit prendre en compte.

Ensuite, l'analyse de la gestion, en elle-même, doit tenir compte des caractéristiques du développement des connaissances et des pratiques de gestion dans le pays (Misas 1995).

La gestion des hôpitaux publics en Colombie devient donc un sujet d'analyse assez

précis, avec un certain nombre de particularités, qui devront être mises en valeur dans la recherche : les changements, l'évolution, la reconstitution du secteur, la construction d'alternatives de gestion.

La Réforme Constitutionnelle de 1991 a profondément modifié le cadre légal et normatif de références en Colombie, mais aussi une grande partie de son fonctionnement. Par la suite, la Loi 100 de 1993 (Jaramillo, Olano y Yepes 1998), émanation de la nouvelle Constitution, a bouleversé complètement la situation du secteur de la sécurité sociale et tout particulièrement celui de la santé dans le pays.

La modification constitutionnelle est le résultat de près d'un siècle de conflits . Dans cette mesure, elle exprime divers intérêts et approches des différents besoins du pays, de la nation et enfin de la population. Bien entendu, elle exprime aussi les différentes conceptions des solutions proposées pour faire face à l'enjeu historique du pays.

Parmi tous les changements introduits, on peut évoquer (sans aucune intention d'exhaustivité) les suivants :

- le rôle de l'état,
- la participation de la société et de ses composantes,
- le développement de l'économie,
- l'administration de justice,
- le domaine social,
- les données politiques.

Chacun donnera lieu à des aménagements, tant sur le plan légal que sur le plan administratif : « les réformes dans La Réforme ».

La santé : un besoin incontestable pour le changement dans le pays.

Le domaine social est relayé deux ans après la Réforme Constitutionnelle par la loi 100 de 1993. Ici, comme dans d'autres domaines, on retrouve l'expression de différentes positions.

Depuis quelques années, des organismes internationaux tels que la Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation Panaméricaine de la Santé ont encouragé la transformation des systèmes de santé en Amérique Latine, dans le but d'améliorer les conditions de vie des populations.

En Colombie, un des chiffres le plus spectaculaire était le très faible niveau de couverture de la population pouvant accéder aux services de santé : moins de 16% était concernée par les services de soins publics et privés (Jaramillo 1997).

D'abord la Constitution de la République adoptée en 1991 reprend les exigences

généralisées sur le besoin urgent d'un changement en matière de santé en Colombie. Il est clair qu'à ce propos il y eut plusieurs opinions sur les concepts de base et aussi sur les façons et les moyens pour développer ces changements.

La loi 100 de 1993 est la matérialisation des efforts qui ont eu lieu ces dernières décennies en Colombie. C'est la conséquence de plusieurs facteurs, parmi lesquels deux doivent être particulièrement soulignés :

- en premier lieu, la très faible couverture assurée par l'ISS (Institut de la Sécurité Sociale), lequel en 50 années de gestion monopolistique n'a pas atteint une couverture supérieure à 16% de l'ensemble de la population du pays et moins de 50% de sa population salariée (Jaramillo 1997) ;
- en second lieu, la montée de la pensée néolibérale dans les années 90 qui a favorisé le principe du libre choix des usagers, en ce qui concerne les services sociaux (Gonzales y Perez 1998).

C'est alors à la loi 100 de 1993 de développer et de définir les idées contenues dans la Constitution de 1991, de créer un « Système de Sécurité Sociale Intégrale » ; et ce avec deux contraintes spécifiques : arriver à la couverture universelle et générer une ambiance de monopsonne qui favorise concurrence et libre choix.

La Constitution de 1991 met en particulier l'accent sur trois principes clairs et fondamentaux : l'universalité, la solidarité et l'efficience. Ils seront au centre des objectifs de la loi 100 de 1993.

Le processus de décentralisation de la gestion de la santé a fait l'objet de plusieurs efforts, dont la loi 100. Aujourd'hui, les établissements de soins sont plus d'autonomie mais de ce fait plus de responsabilités. Les rapports avec les autorités de l'Etat se sont complètement transformés. La logique de la gestion privée a été introduite dans la gestion des hôpitaux publics ; et ce processus est vécu plus comme une obligation normative, que comme une démarche d'amélioration de la gestion et de modernisation des structures, des outils et des méthodes.

La gestion des établissements de soins : un défi incontestable.

Depuis toujours, dans le milieu entrepreneurial colombien, qu'il soit public ou privé, la gestion des organisations a été sans conteste dominée par l'orthodoxie traditionnelle : « le taylorisme ».

A l'exception d'un petit nombre d'entreprises (pour la plupart des grands groupes économiques du pays, mais aussi des multinationales), qui ont mis en place des outils et des pratiques modernes de management, l'ensemble des organisations continue à être géré selon des méthodes traditionnelles (Weiss 1994 Interman 1996).

Le secteur de la santé a connu à plusieurs changements depuis 1975, année de la création du Système National de la Santé. Parmi tous ces changements, la loi 100 est la première à avoir constitué un cadre normatif faisant appel formellement à la gestion des institutions de soins et du secteur de la santé en général.

Il est donc question d'établir quels sont les éléments qui caractérisent actuellement la gestion et quels sont les outils dont se servent les gestionnaires pour développer leurs organisations et atteindre leurs objectifs. Il est nécessaire, en particulier, de rechercher les caractéristiques de la culture organisationnelle des établissements de soins.

Parmi ces éléments, il convient d'exposer l'état actuel du processus de décentralisation dans le domaine de la santé, ses rapports et possibilités de développement vis-à-vis de la problématique de la gestion.

Depuis la Constitution de 1991, il est question de mettre en place un système de contrôle de gestion pour l'ensemble du secteur public. La modernisation des institutions publiques est ainsi devenue une obligation constitutionnelle, mais le changement des organisations ne se limite pas à l'existence d'une loi, il suppose des actions plus complexes qu'une modification législative et que la bonne volonté des acteurs (Croizier et Friedberger 1977, Crozier 1995).

Gestion Publique - Gestion Privée.

Le développement économique de la Colombie, caractérisé par une grande concentration oligopolistique, la spéculation et la passation de contrats avec l'Etat (Misas 1995.), présente aussi certaines caractéristiques relatives à la gestion des entreprises et des entrepreneurs eux-mêmes. (Rodriguez 1992, Ogliastri 1997, Interman 1996).

Des études récentes ont montré que la gestion des entreprises dans le pays suit, la plupart du temps, les formes « Tayloriennes » de gestion (Weeie 1994, Dambois 1994). Cette situation a ses propres expressions dans l'enseignement de la gestion au sein des universités (Misas 1989), mais aussi dans les pratiques des cabinets de consultants.

Néanmoins, dans le contexte universitaire et entrepreneurial du pays, on n'a pas réussi à mener une réflexion qui puisse conduire à la formalisation d'alternatives dans les approches et dans les outils de la gestion des organisations (Interman 1995, Romero 1998). Les réflexions à propos de la viabilité des postulats « tayloriens » (Guerin 1998) se font rares, mais malgré tout, des efforts sont faits pour introduire les méthodes et les outils les plus récents dans la gestion: le reengineering, la qualité, le benchmarking, le management stratégique, etc.(Corporacion Calidad 1998).

Au début des années 90, la Colombie a entamé son processus d'ouverture économique (DNP 1989). Une mission internationale a été chargée de réaliser certaines études pour l'aider à accomplir cette tâche. L'étude MONITOR (cabinet de consultants de M. PORTER. Informe Monitor 1990) présente différentes conclusions et recommandations, parmi lesquelles des recommandations dans le domaine de la

modernisation des administrations, dans le but de préparer le pays à l'ouverture économique et à la modernisation de l'Etat.

Différentes mesures ont été introduites pour réussir la transformation de l'Etat (Romero 1995), mais les résultats de ces efforts restent décevants. Les dernières mesures de modernisation demeurent des mesures obligatoires pour les administrations, sans véritables démarches d'application de la part des institutions et le secteur hospitalier, on le montrera, confirme cette situation.

Aujourd'hui, de nouveaux efforts sont consentis et tendent à l'élaboration de formes juridiques hétérodoxes, particulièrement dans le domaine de la santé, les entreprises sociales de l'Etat (*Empresas Sociales del Estado*), pour essayer d'introduire des méthodes et des outils de la gestion du secteur privé au sein des organisations et institutions de l'Etat.

La modélisation des résultats.

Le cadre conceptuel, synthétisé ici, va nous permettre d'aborder une approche analytique de la gestion des établissements de soins en Colombie, en prenant en compte la complexité de ces organisations.

L'approche méthodologique choisie part de l'analyse stratégique générique, donc du modèle LCAG (Andrews 1971), et rassemble les différentes données sous la forme du modèle des 3E (Paturel 1997), afin de saisir les manœuvres stratégiques observées et réalisées sur le terrain.

Notre étude concerne particulièrement les hôpitaux publics de Santafé de Bogota, en Colombie, mais les approches pratiques d'autres hôpitaux et établissements de soins en Colombie, développées par des travaux sur le terrain entre 1996 et 1999, sont néanmoins profitables.

Les démarches stratégiques (Deresmeaux 1994, Devaux 1985) et particulièrement les démarches manageriales collectives (Douge 1997) seront donc analysées dans le détail ou sein de notre recherche d'action.

Le moment est venu de présenter, sous la forme d'une approche de modélisation, les rapports entretenus par les partenaires et les acteurs des établissements de soins ainsi que les manières d'agir face à la problématique qui leur est propre, dans le nouveau cadre de la santé en Colombie.

PREMIERE PARTIE: CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE.

PRESENTATION DE LA PREMIERE PARTIE.

A partir du modèle des 3 E (Paturel, 1997), développé dans différents travaux de la recherche en stratégie et en utilisant le modèle classique de LCAG, nous disposons des principaux éléments qui permettent de comprendre la situation stratégique actuelle des hôpitaux étudiés.

L'approche initiale de notre recherche montre la façon dont les hôpitaux publics ont envisagé leur avenir, à partir de l'examen, d'abord de leurs projets, puis des différentes démarches qui ont été menées par les institutions étudiées. L'évolution du secteur de la santé doit également être envisagée afin de bien saisir les origines de la situation actuelle et notamment de la réforme en cours.

Par la suite seront exposés les différentes composantes du fonctionnement des hôpitaux en tant qu'organisations de services. Les paramètres d'analyse sont ceux qui sont retenus régulièrement dans l'analyse stratégique orthodoxe, c'est-à-dire, l'approche des fonctions classiques de l'entreprise : le personnel, la technologie, le marché, les aspects financiers, enfin la production et la maîtrise du service.

La troisième composante de cette approche est l'ensemble de l'environnement des hôpitaux, du système économique du pays jusqu'au rôle des acteurs tels que fournisseurs, usagers (ou plutôt clients), mais aussi la normativité, laquelle détermine actuellement en grande partie la situation et les possibilités des hôpitaux. Il sera exposé de la même façon le rôle des autres intervenants tels que les universitaires et les consultants mais aussi les organisations d'usagers.

Un aperçu de l'ensemble des éléments de ce diagnostic permettra alors de faire le point sur la situation à laquelle doivent faire face aujourd'hui les organisations hospitalières dans le pays.

Enfin, nous présenterons les manœuvres stratégiques qui ont été entreprises par les hôpitaux afin de développer les projets qu'ils ont envisagés au cours de cette période ; dans un même temps, nous proposerons une réflexion sur les leçons qu'il faut tirer de cette démarche.

CHAPITRE I. LA SECURITE SOCIALE EN COLOMBIE. ¹

Aujourd'hui les hôpitaux publics existent sous une nouvelle forme juridique. Il s'agit du Empresa Social del Estado –ESE- (Entreprise Sociale de l'État), qui correspond à la figure juridique qui a été conçue dans la loi 100 de 1993. ² Il sera développé dans ce chapitre les différentes caractéristiques de cette forme d'entreprise.

Pour bien saisir la nature de cette forme juridique d'organisation, donnée aux hôpitaux publics et par ailleurs comprendre son importance pour les formes de gestion auxquelles se voient confrontés aujourd'hui les hôpitaux, il est nécessaire de revenir sur leurs origines de la sécurité sociale en Colombie et particulièrement sur les différentes réformes qui ont abouti à la structure actuelle du secteur de la santé.

La compréhension de la problématique de gestion des établissements de soins en Colombie passe par l'analyse du développement du secteur de la santé dans le pays: quelles ont été les origines de la Sécurité Sociale ainsi que les principales réformes tendant à la configuration actuelle.

De 1915, avec la loi 57 ; à 1993, avec la loi 100, se sont succédées de nombreuses lois et réformes ayant touché l'ensemble de la sécurité sociale et particulièrement le secteur de la santé.

Actuellement la loi 100 est le cadre de référence dans le pays. Elle développe le

¹

Ce chapitre bénéficie largement du travail de JARAMILLO Ivan, “ El futuro de la salud en Colombia ”, Ed. Fescol, FES, FRB, Fundacion Corona, 3o. edition, Bogota, 1997.

²

Loi 100 du 23 décembre 1993 , “ Por la cual se crea el sistema general de la seguridad social en salud ”, en Colombie. (C'est la loi qui crée le système général de la sécurité sociale en santé). Pour faire référence à cette loi, on parlera désormais de la loi 100.

concept de sécurité sociale, signalé dans l'article 48 de la Constitution de la République de Colombie de 1991³ et définit celui de la sécurité sociale intégrale.

De la même façon, la Loi 100 signale la plupart des aspects qui vont orienter la gestion et l'organisation des institutions du secteur de la santé, qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé.

Les multiples réglementations introduites depuis la promulgation de cette loi, mais aussi la plus grande partie des réformes adoptées, tendent à la mise en place du système signalé par la loi initialement (voir annexe No:2: à propos des différentes réglementations de la loi).

Les perspectives actuelles du secteur sont profondément liées à la normativité existante, ainsi qu'au mode de gestion contemporain des établissements de soins.

C'est dans ce contexte qu'on peut identifier les projets définis dans les hôpitaux publics à Santafé de Bogotá, en Colombie. La vision que leurs gestionnaires présentent de ces établissements, autant que les buts, les objectifs et les valeurs qu'ils entendent rechercher et développer, trouvent leur dimension dans ce scénario.

Désormais, il y aura concurrence, marché et enfin outils de gestion des entreprises privées : de nouveaux éléments dans l'existence de l'hôpital public ; qu'il s'agisse des allocations de ressources publiques, du recrutement du personnel ou du choix technologique, on ne peut échapper à de telles contraintes.

1.1 Les antécédents d'une grande réforme.

La Colombie se trouve au nord de l'Amérique du Sud, avec une population de 43 millions d'habitants (à 74% urbaine et 26% rurale) et une surface de 1.141.748 kilomètres carrés (71% de plaines et de forêts et 29% de chaînes de montagne). Le pays possède 1067 municipalités, trois " Distritos Especiales " et dix villes de plus de 350.000 habitants. Santa Fe de Bogota en est la capitale avec près de trois millions d'habitants⁴. Dans l'annexe No. 1 sont présentées les principales données sociales, économiques et politiques de la Colombie.

Après la première Guerre mondiale se sont développés des mouvements migratoires assez importants dans le sud du continent américain. Avec ceux-ci, on trouve les premières expressions de systèmes de sécurité sociale en Amérique Latine ; l'Organisation Internationale du Travail (OIT) s'occupant de promouvoir son développement..

Le " Plan Beveridge " en Grande-Bretagne, après la seconde guerre mondiale, la loi de l'assurance sociale obligatoire en Allemagne du Chancelier Otto Von Bismarck, en

³ En 1991 la Colombie a réformé la Constitution inchangée depuis un siècle (1889). On parlera désormais de la Constitution de 1991 chaque fois qu'il sera fait référence à la Constitution actuelle de la Colombie.

⁴ Autre que l'annexe No. 1, on peut consulter brièvement, Institut CEDIMES, " CONJONCTURE 2000 ", Editions BREAL, Cedimes, Le Echos, 1999.

sont les sources des éléments conceptuels et idéologiques. Dans les années 1945 et 1946 sont créés la “ *Caja Nacional de Prevision* ” (Cajanal) et l’ “ *Instituto Colombiano de Seguros Sociales* ” (aujourd’hui *Instituto de Seguros Sociales* –ISS).

Mais la loi colombienne avait déjà reconnu, avant la création de ces institutions, un ensemble de prestations aux travailleurs, telles que la retraite, les *cesantias*, la santé et les risques professionnels, dénommées “ prestations patronales ”, qui dépendaient uniquement de la solvabilité des chefs d’entreprise.

Plusieurs facteurs ont contribué à développer le système de sécurité sociale : les problèmes liés à la maturité industrielle des entreprises, les charges financières que soulèvent la prise en charge des retraites, des accidents de travail et d’une manière générale des indemnisations liées au travail.

Il est introduit au début une différence entre prestations patronales et assurances sociales :

.....“dans le régime des garanties prises en charge par l’entrepreneur, l’effectivité des droits du travailleur reste soumise à la solvabilité de celui-ci ; dans le régime des assurances sociales, ces droits seront toujours assurés, même dans le cas de sa disparition accidentelle ou de faillite de l’entreprise...”.^{5 6}

Il est important de souligner le fait que “ *la sécurité sociale n’est pas l’ensemble des prestations des patrons ou des entités qui offrent les services de soins –cliniques et hôpitaux-, comme il est courant dans le langage non spécialiste. Elle est une façon et une méthode particulières de gestion et garantie des prestations qui est connue comme assurance sociale obligatoire.* ” (Jaramillo 1997).

La sécurité sociale en Colombie se développe avec une grande différenciation entre le système des travailleurs du secteur privé, lequel est appelé “ sécurité sociale ”, et celui des fonctionnaires, dénommé “ prévision sociale ”.

Une des principales caractéristiques du développement du système public de la santé est qu’il donne naissance à plusieurs, voire des centaines d’institutions et de programmes de prévision. Selon l’ISS, en 1991 il y avait 1040 Caisses⁷ ou Programmes de prévision.⁸ Cela a empêché la création d’un système national de prévision. On se trouve en présence d’un système désarticulé, inefficace, avec un mélange d’institutions de bonne et de mauvaise qualité, et dans lequel coexistent des institutions avec une solvabilité financière importante et d’autres dans la faillite quasi permanente.

La création de l’ISS et du CAJANAL n’a pas été suffisante pour faire face à l’enjeu

⁵ *Exposé des motifs de la loi 90 de 1949, qui établit les assurances sociales obligatoires et la création de l’ISS, Adan ARRIAGA A., ministre du travail. Cité dans JARAMILLO, ibid.*

⁶ *La traduction de la citation en castillan dans l’original a été faite par l’auteur. D’ailleurs, sauf indication contraire, toutes les autres traductions dans le texte original en castillan seront faites par l’auteur.*

⁷ On trouvera à la fin du document le glossaire des terminologies particulières, parmi lesquelles les Caisses de Prévision.

⁸ ISS, “ Informe estadístico ”, Bogota, 1991.

posé par les problèmes de la sécurité sociale. Il y a donc des espaces à combler et des fonctions à remplir. Cette situation est à l'origine de la création des fonds de retraites (*fondos de cesantias*)⁹ et des caisses de compensation familiale (*Cajas de Compensacion Familiar –CCF-*)¹⁰.

Le système des CCF, ayant pour but la redistribution des allocations familiales, a été créé en Colombie en 1954. Les entrepreneurs ont l'obligation de cotiser 4% de la valeur des salaires de leur entreprise. Les CCF doivent redistribuer parmi les travailleurs les allocations, sans pour autant faire de différenciation par rapport au nombre d'enfants de chaque travailleur. Dans la mesure où la transition démographique dans le pays montre une diminution claire du nombre d'enfants par famille, cette fonction primaire et presque unique a été transformée. Les CCF ont connu alors des excédents financiers très importants, permettant ainsi qu'ils se servent de ces ressources pour organiser des programmes de logement, pour créer des supermarchés populaires et pour offrir des programmes de couverture familiale de santé.¹¹

La situation de la santé dans les différents pays d'Amérique Latine devient de plus en plus importante dans l'agenda des organismes internationaux (Banque Mondiale –BM-, Organisation Mondiale de la Santé –OMS-, Organisation Panaméricaine de la Santé –OPS-). Au début des années quatre-vingt, dans certains pays industrialisés se sont développées différentes stratégies cherchant à ralentir les coûts dans le secteur de la santé.

Au début des années quatre-vingt, dans certains pays industrialisés, se sont développées différentes stratégies cherchant à ralentir les coûts dans le secteur de la santé, notamment aux Etats Unis. Parmi elles, on peut signaler les suivantes : Le renforcement du HMO (Health Maintenance Organization) et des PPO (Peferred Provider Organization) tendant à la recherche de stratégies de contraction des coûts. Les DRG (Diagnostic Related Groups) qui se trouvent à l'origine des remboursements et des escomptes associés aux façons d'assurer la capitation¹² (prestation). Les efforts pour transformer les services hospitaliers en produits à fort valeur ajoutée. De nouvelles procédures développées pour l'accès aux services ; par exemple le filtrage

⁹ Le *cesantia*, c'est une figure particulière de la législation colombienne. C'est le droit des travailleurs à un salaire mensuel cumulé. Il constitue une réserve annuelle que chaque travailleur doit forcément confier à son employeur. Celui-ci doit verser des taux d'intérêt annuels pour les sommes ainsi acquises et il est dans l'obligation de rendre cet argent au travailleur lorsque celui-ci le lui demande pour l'achat d'un bien immobilier, l'amélioration de son existence ou pour les dépenses d'éducation. Aujourd'hui le mécanisme traditionnel s'est transformée en Fonds de Retraite, qui sont gérés et par des entreprises publiques et par des entreprises privées.

¹⁰ Les *Cajas de Compensacion Familiar –CCF-*, d'inspiration française, ont été créées pour gérer les ressources des allocations familiales. Voir Glossaire.

¹¹ Loi 21 de 1982.

¹² La capitation c'est la taxe levée par individu et constitue la base du financement des plans de santé dans le système de sécurité sociale.

par «pré-autorisation », la vérification des doubles prescriptions des professionnels, la vérification de l'historique clinique du patient et la gestion des cas de catastrophes.

L'émergence de fournisseurs avec lesquels passer des contrats relatifs à des procédures spécifiques, qui rapporteraient des escomptes importants. La création de médecins référents (gatekeepers).

Le modèle du “ managed care ” développe des outils pour mettre en place des standards dans les processus de soins. Néanmoins, ce modèle ne s'arrête pas aux guides d'attention ou protocoles médicaux de soins, orientés particulièrement dans l'action des différents personnels soignants. Le modèle propose de maîtriser l'ensemble du processus d'attention, lequel touche forcément plusieurs procédures cliniques, mais aussi fait référence au management des activités autres que les soins professionnels, soit la gestion des ressources physiques, et les ressources financières en général.

On peut évoquer l'affirmation de Cremadez, lorsqu'il parle de chercher des avantages concurrentiels, même s'il ne fait pas spécifiquement référence au “ manage care ” : il existe un rapport entre “ **la chaîne de valeur de chacun des segments d'activité de l'hôpital et les chaînes de valeur des autres acteurs offrant des services dans le domaine de la santé.** ”, (Cremadez 1992).

Parmi les autres acteurs des activités liées à la santé, il est nécessaire de rappeler le rôle des administrations, et plus spécialement de la situation de l'encadrement particulier du secteur de la santé. Dans le cas de la Colombie, cela touche le processus de décentralisation de l'Etat, de l'administration et de ses institutions.

Depuis 1983 s'amorce le processus de décentralisation de la santé en Colombie. Au niveau international l'OPS, à partir de 1988, demande la création des “ Sistemas Locales de Salud -SILOS-” (des systèmes locaux de santé). D'un point de vue légal on peut évoquer : Le Système National de Santé –SNS- établi entre 1976 et 1981. La loi 12 de 1986 et le décret de réglementation 77 de 1987 qui ordonnent la décentralisation des investissements en infrastructure. Les municipalités ont l'autorisation et l'obligation de construire, doter et maintenir les postes et centres de santé ainsi que les hôpitaux locaux. La loi 10 de 1990 donne une définition du système de santé, dans laquelle le fonctionnement du secteur de la santé est décentralisé. Elle accorde aux municipalités la direction et l'offre des services de premier niveau d'attention (hôpitaux locaux, postes et centres de santé). La loi 60 de 1993 assigne les compétences et ressources des différentes entités territoriales (les *districts*, municipalités et départements, et l'Etat). Elle assure le renforcement financier du système et introduit de nouvelles manières d'administration des ressources avec des subventions à l'offre et à la demande.

1.2 La décentralisation et les Réformes du Secteur de la Santé.

Le processus de décentralisation de l'Etat en Colombie prend une dimension conséquente seulement dans les années quatre-vingt (voir Annexe No. 1) : différentes mesures dans les domaines politique, économique, juridique et social, se succèdent

durant une décennie. Avec la constitution de 1999, il prend une nouvelle ampleur et un nouvel essor. Malgré cela, le degré de décentralisation souhaité, forcément associé à l'organisation d'un Etat moderne, reste encore à acquérir.

Dans le domaine de la santé, cette affirmation est aussi valable. On verra par la suite les éléments de ce processus de décentralisation et ses rapports avec les principales réformes du secteur de la santé.

Il faut comprendre qu'une des caractéristiques les plus importantes dans le fonctionnement politique et administratif de la Colombie (annexe No.1) reste encore le fort pouvoir détenu au plan local, par un certain type de politiciens et leurs appuis économiques. Cet état de fait atteint inévitablement le secteur public, toute l'administration de l'Etat et plus particulièrement celle des localités. Aujourd'hui les maires sont les responsables de la santé dans leur municipalité.

Dans la notion de décentralisation, il faut distinguer : la décentralisation territoriale, qui fait référence au passage des responsabilités et des ressources du niveau national au niveau des départements, districts et municipalités ¹³, et la décentralisation institutionnelle, laquelle fait référence à l'autonomie administrative et financière des hôpitaux.

La décentralisation tire ses principales caractéristiques de la législation qui régle les différentes formes du fonctionnement des administrations. Néanmoins et dans le cas de la santé, plus particulièrement, la normativité est contrainte d'exprimer le choix d'un quelconque modèle de soins, voire modèle de santé, avec ses supports scientifiques et techniques.

N'importe quelle vision technique d'un modèle, construit autour d'une certaine conception de la santé et de supports scientifiques, doit avoir simultanément un schéma administratif et une structure financière, pour qu'elle puisse être opérationnelle. L'expérience a montré, à maintes reprises, qu'un modèle techno-scientifique de la santé se trouve en face d'un modèle administratif et financier incompatible avec lui.

Les établissements de soins font partie des systèmes de santé, lesquels développent quatre fonctions de base (Frenik, Londoño et al. 1998) : **Modulation** : en plus de la régulation, il s'agit de définir, implanter et suivre les règles du jeu du système de santé, de lui donner des objectifs et des intentions à partir du management stratégique, tout en cherchant à équilibrer les différents intérêts des acteurs. **Financement** : il concerne l'allocation de ressources financières des entreprises et des ménages, ainsi que l'allocation de ressources des fonds publics et privés. **Articulation** : à partir de l'affiliation des usagers au système, elle établit la relation entre les ressources financières et la prestation de services. **Prestation** : il s'agit de l'offre effective de services de soins dans une institution donnée, laquelle développe un processus de production spécifique pour offrir ses services et ses produits. A partir de ces quatre fonctions de base et en définissant les différentes formes, comment ce service peut-il se développer ? On identifie trois types de systèmes de santé : le public, le privé et la

¹³ Dans l'annexe No.1 est présentée la structure politique et administrative de la Colombie.

structure pluraliste. **Le modèle public unifié** : l'Etat se charge du financement et fournit les services de soin directement au sein d'un système unique intégré verticalement. Dans l'absolu, ce système assure la couverture de la population et élimine la liberté de choix, de même la possibilité d'avoir accès à des technologies de pointe. **Le modèle privé atomisé** : le financement du système est assuré par les usagers et par plusieurs entités privées d'assurances vers tous les établissements de soins, sans possibilité d'intégration verticale de ces deux fonctions. Dans certains cas, on trouve un mélange de financement public et de participation du secteur privé. La séparation des fonctions est réalisée par la contraction des services de soins (exemple du Brésil). **La structure pluraliste** : c'est une approche nouvelle pour la prestation de soin, qui a été développée en Colombie. On parle de “ pluralisme ” pour y signaler que le secteur public n'a pas le monopole, mais en même temps qu'il n'y a pas d'atomisation dans le secteur privé. La “ structuration ” cherche à empêcher l'autoritarisme et l'excès de contrôle de la part de l'Etat en même temps que le manque de règles du jeu pour maîtriser le marché. Son expression a été la loi 100.

Le Système National de Santé (SNS).

Le SNS (loi 9 de 1973 et décret 056 de 1975), est créé en 1975 et fait avancer de façon importante l'organisation du secteur de la santé en Colombie. Il propose une clarification conceptuelle importante en établissant la différence entre l'attention aux personnes et l'attention à l'environnement. Pour la première fois, il existe différents niveaux et différents degrés de complexité, lesquels sont articulés dans un réseau de prestations de soins.

Dans ce modèle, on rencontre de grandes difficultés d'application, dans la mesure où n'ont pas été pris en compte les aspects du développement de la gestion dans les niveaux opérationnels, ni la qualité, ni la couverture, ni même l'efficacité.

L'évaluation du SNS, réalisée quinze ans après, montre les aspects les plus importants de ces concepts et en même temps les éléments qui n'ont pas trouvé le développement nécessaire : ¹⁴

- le SNS développe une culture du secteur de la santé,
- les ressources humaines et financières se concentrent (90%) dans les activités de guérison et plus de la moitié dans les niveaux deux et trois de complexité,
- la planification et la gestion très centralisée aboutissent à une croissance excessive des services de santé dans les départements (plus de 25% des dépenses totales dans les fonctions administratives), en dépit du fonctionnement des niveaux opérationnels et du développement de la gestion des unités de prestation des services de soins,
- le réseau de prestation de soins n'a pas fonctionné, parce que s'est imposée l'utilisation de haute technologie pour le traitement des maladies et parce que les

¹⁴ La Previsora S.A., “ El problema de los hospitales ” dans “ Asi estamos cumpliendo ”, Virgilio BARCO, Tome X, Bogota, 1988. Citée dans Jaramillo 1997.

investissements dans les lieux de soins font défaut,

- des contradictions dans la législation ont abouti au résultat de plus de 40% d'hôpitaux privés avec financement public, sans pour autant faire des progrès dans la gestion des unités de soins,
- l'attention à l'environnement ressort de la responsabilité des hôpitaux, particulièrement dans les régions, sans pour autant être importante, cela a donc contribué à leur inefficacité,
- le SNS amalgame le concept de santé publique et de santé privée, sans faire de différence entre les domaines respectifs de la responsabilité nationale et locale. Il ne prend pas en compte la municipalité comme unité territoriale.

L'administration publique colombienne développe différents efforts de décentralisation à partir de 1983. A partir de 1988, l'Organisation Panaméricaine de la Santé –OPS- promeut la création des Systèmes Locaux de Santé –Silos-, organisés en Colombie sous la forme des Système Municipaux de Santé –SMS-.

De façon progressive, la décentralisation dans le domaine de la santé prend différentes expressions dans la législation du pays : le décret 77 de 1987, la loi 10 de 1990, la loi 60 de 1993 et finalement la loi 100 de 1993. Malgré tous ces efforts, le processus n'a pas rencontré le succès escompté, en raison de multiples problèmes d'ordre politique, financier, institutionnel et législatif : beaucoup d'intérêts pas toujours conciliables, différentes sources de pensée autour des problèmes de la santé, des acteurs en transition permanente.

Dans la pratique, on trouve différents modèles de décentralisation, différentes conceptions, un peu de confusion et même des efforts vers une nouvelle centralisation.

Ces idées de décentralisation trouvent une expression initiale de grande ampleur au moment de la décentralisation des investissements en infrastructure (une partie de l'aménagement du territoire). La loi 12 de 1986 signale spécifiquement la responsabilité des municipalités de construire, doter et maintenir les centres de soins et les hôpitaux locaux. Pour cela elle détermine le transfert des ressources du IVA (en France le sigle correspond à la TVA).¹⁵ Ces actions ont réussi de façon partielle et limitée, principalement à cause des aspects politiques et administratifs.

La loi 10 de 1990 et la loi 60 de 1993.

Ultérieurement la loi 10 de 1990 (*" Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud "*, elle réorganise le SNS) a donné lieu à la décentralisation du fonctionnement du secteur de la santé. Elle ordonne qu'en priorité ce soit aux municipalités qu'incombe la direction et la *prestation* (l'offre effective du service de soins) de services du premier niveau d'attention de santé.¹⁶, c'est-à-dire des hôpitaux locaux ainsi que des différents centres et postes de santé.¹⁷

¹⁵ Le IVA est la taxe à la valeur ajoutée. La loi 12 détermine le transfert de ces taux aux municipalités, d'un montant allant de 25% à 50%, de façon progressive entre les années 1986 et 1992. Elle constitue les recettes les plus stables et les plus régulières du secteur.

La loi 10 recherche la mise en ordre de l'offre des services de santé, dans la mesure où elle les décentralise vers les départements et les municipalités. Ses dispositions les plus importantes peuvent être présentées ainsi :

- La décentralisation des responsabilités dans le domaine de la santé (premier niveau d'attention aux municipalités, deuxième et troisième niveaux aux départements), c'est la décentralisation, au plan territorial, de l'organisation et de la gestion du secteur,
- La définition de la nature juridique des hôpitaux, l'interdiction des subventions aux entités privées et l'autorisation de contracter avec celles-ci,
- L'attribution d'une autonomie administrative et financière aux entités publiques,
- La professionnalisation des fonctionnaires avec l'instauration de la “ *carrera administrativa* ” (carrière administrative), dans le secteur de la santé,
- La réorganisation du financement du secteur,
- L'institutionnalisation de la participation des communautés,
- La réorganisation du marché des services de santé, avec l'introduction des tarifs,
- L'introduction des concepts d'efficacité et d'équité dans l'assignation des ressources,
- La détermination des scénarios de l'intervention de l'état pour la régulation des services publics et privés dans le domaine de la santé.

Néanmoins, la loi ne signale pas les différences et les responsabilités que cela entraîne, lorsqu'il s'agit de la santé publique, donc de l'impact sur les collectivités (avec une prédominance de l'offre des services) ou lorsqu'il s'agit de l'attention aux individus (avec un impact sur les familles et les individus, régulé principalement par la demande de services). Cet aspect est d'une grande importance lorsque qu'il s'agit de la réorganisation du système de santé, comme on le verra plus loin.

La loi 10 de 1990 détermine une période de cinq années pour développer la décentralisation, commençant par les départements les plus avancées administrativement, tout en s'appuyant sur les transferts de ressources fiscales aux départements et aux municipalités. Néanmoins, étant donné les problèmes liés au faible développement institutionnel, la loi impose plusieurs réquisits pour opérer le transfert des ressources, à la recherche de la meilleure utilisation de celles-ci (empêcher son utilisation pour d'autres finalités). Ainsi elle requiert par exemple :

- L'organisation et la mise en marche d'une direction locale (municipalités) ou d'une direction départementale de santé.
- L'organisation au plan local du régime de la carrière administrative des fonctionnaires

¹⁶ Les différents niveaux de complexité dans la prestation des services de santé seront établis postérieurement avec plus de précision dans la loi 100.

¹⁷ Les Centres et les Postes de Santé représentent les unités les plus proches des usagers dans le milieu rural mais aussi dans les concentrations urbaines –dans tous les quartiers, mais particulièrement dans les plus pauvres-, et ce pour le niveau qui réalisent les premiers soins, ainsi que la prévention et l'éducation de la population par rapport à la santé.

et de leurs responsabilités.

- La transformation des hôpitaux en entités autonomes.
- La passation de contrats avec le secteur privé.
- La création de fonds financiers du secteur de la santé.
- L'adhésion des fonctionnaires aux fonds des allocations et de sécurité sociale.

Malgré les intentions expresses de la loi, la décentralisation rencontre des obstacles conséquents. Les municipalités et les départements accomplissent les dispositions de la loi de manière tout à fait formelle sans aboutir à de véritables transformations. Cette situation exprime les contradictions et les intérêts opposés pour la conquête du pouvoir sur les ressources financières au plan municipal ou départemental.¹⁸

Le moment est venu en Colombie, au début des années 90, pour une grande réforme : La Réforme de la Constitution de la République, et avec celle-ci une réelle volonté d'approfondir le processus de décentralisation. Mais dans le secteur de la santé, on continue dans la perspective des grandes réformes : d'abord la loi 60 de 1993 suivie de la loi 100 de la même année.

Dans le souci de développer la décentralisation, et par ce biais le secteur de la santé, la loi 60 introduit de nouvelles exigences pour les départements et les municipalités :

- La création d'un système d'information.
- La formulation d'un Plan de développement du secteur.
- La séparation des effectifs entre le Secrétariat de la santé et les Unités de prestations de soins (hôpitaux).

D'autres réquisits sont venus s'ajouter aux différents aménagements de la loi. Ceci a été interprété comme étant plus un obstacle à la décentralisation qu'un moyen pour réussir le développement technique et institutionnel du secteur.

Déjà dans le pays avait commencé à se développer l'idée de l'urgence de mettre en place un modèle de gestion hospitalier afin de moderniser le secteur et de le faire progresser. On trouve, dans les rapports de la Présidence de la République, des références au problème de la gestion des hôpitaux :

“ [...] Un modèle de gestion hospitalière, dans lequel l'expérimentation que la Colombie est en train de mettre en place, constitue une innovation. (...) que l'administration des hospitaliers puisse fonctionner avec une connaissance détaillée de la réalité financière, des coûts, des budgets et de tous les autres indicateurs pour la prise des décisions. Cela est valable, et pour la gestion interne et pour mesurer l'efficacité individuelle des établissements, par niveau de complexité, par région, et pour tout le système hospitalier... ”.¹⁹

¹⁸ La figure du “ gamonal ” est une expression particulière des pouvoirs locaux en Colombie. Dans l'annexe No. 1, on trouvera une explication de son fonctionnement.

¹⁹ Barco Virgilio, “ El problema de los hospitales ”, dans la série “ Asi estamos cumpliendo ”, tome X, Presidencia de la Republica y La Previsora S.A., Bogota, Julio 1988.

Plus tard la loi 60 de 1993 apporte des précisions à ce sujet, particulièrement à propos de l'autonomie des établissements de soins. Malgré tous les efforts et toutes les idées, c'est seulement avec la loi 100 de 1993 que ces projets commencent à voir le jour. Effectivement celle-ci précise les échéances au terme duquel les hôpitaux devront se transformer pour se conformer aux dispositions de la loi : ils auront alors l'obligation de devenir des *Empresas Sociales del Estado*.

Un des éléments fondamentaux de la loi 60 de 1993 a été la création du “ *Fondo Prestacional* ” du secteur de la santé.²⁰ C'est en quelque sorte un Fonds d'allocations et de pensions. Cette décision a grandement contribué à la stabilité des institutions du secteur, particulièrement au regard des relations avec les fonctionnaires et de leurs attentes en matière de prestations sociales²¹.

Cependant aujourd'hui, le problème originel persiste. Sans exposer ici l'analyse de cette problématique, signalons seulement que lors de la grande réforme de la sécurité sociale en Colombie, la gestion des fonds de retraite et des *cesantias* a été mise en concurrence. Désormais, ils sont gérés par les institutions publiques et par les entreprises privées.

1.3 La loi 100 de 1993.²²

La réforme de la Constitution représente pour la Colombie un des événements les plus importants de l'histoire contemporaine.²³ Dans le domaine de la santé, elle s'appuie d'abord sur les dispositions de la loi 10 de 1990 ; mais rapidement compte tenu de l'intérêt capital de la question, le problème de la santé dans le pays est devenu un des principaux sujets du débat public durant la période de réforme de la Constitution.²⁴

Avant de présenter les dispositions générales de cette loi, il convient d'en préciser les principes fondamentaux et les différences par rapport aux réformes du secteur de la santé qui ont eu lieu dans d'autres pays et notamment au Chili. Dans cette discussion, on retrouve la distinction classique entre les modèles économiques libéraux ou orthodoxes.

Les principes fondamentaux de la loi.²⁵

Comme on l'a expliqué précédemment, la loi est la conséquence de multiples efforts pour mettre en œuvre un système décentralisé, plus efficace et plus équitable pour la

²⁰ Il s'agit d'un fonds pour le financement des différentes obligations du secteur de la santé vis à vis des ses fonctionnaires et notamment les droits de retraite et les *cesantias*.

²¹ On montrerait dans le chapitre 3, l'importance de cet aspect.

²² Voir Jaramillo 1997, particulièrement chapitres II et VI.

²³ Voir dans l'annexe No.1 les caractéristiques de cette réforme.

²⁴ C'est la période de “ *La Asamblea Nacional Constituyente* ”, l'Assemblée Nationale Constituante qui, à partir de la dissolution du Parlement, a mené les débats à sa place pendant six mois. Voir l'annexe No.1.

population. Bien sûr, cela a entraîné de nombreux débats de différentes natures et de multiples scénarios. Les prises de décisions se sont essentiellement déroulées à l'Assemblée Nationale Constituante et dans les différentes commissions de discussion chargées du problème de la santé.

A partir des nouvelles dispositions de la Constitution, il a fallu rédiger la loi qui donnerait un sens aux propos de la Constitution. C'est donc au sein du nouveau Gouvernement et du nouveau Parlement que s'est déroulée la discussion. La conjoncture qui entoure ce Gouvernement (voir annexe No. 1) explique, d'une certaine façon, le développement des discussions et même partiellement leurs résultats.

Dans ce processus, il y a un aspect particulier qui doit être souligné : le gouvernement en place a montré un intérêt majeur quant au changement du régime des retraites et des fonds de retraites. Le projet de réforme du système de sécurité sociale dans la santé, qui a été élaboré par une commission du parlement assistée d'experts techniques étroitement liés au secteur, est devenu finalement un instrument clef pour atteindre les objectifs du gouvernement et en même temps aboutir à une sorte d'équilibre politique dans la réforme globale, par l'introduction d'une dimension sociale face aux enjeux financiers soulevés par les fonds de retraites ²⁶ (Jaramillo 1997).

On signalera, dans la loi, treize principes formellement exprimés :

- La spécialisation des institutions publiques,
- La réussite de la couverture universelle des services de soins.
- La création d'un régime de subsides.
- L'entrée dans le système du secteur privé.
- L'encouragement de la concurrence et du libre choix.
- La garantie d'un plan intégral de santé.
- La garantie de la promotion et la prévention.
- La garantie de la prise en charge des risques naturels.
- La création de mécanismes de compensation et de solidarité.
- La création de mécanismes de contrôle des coûts.
- La réforme les hôpitaux.
- La gestion décentralisée de la santé publique et des subsides demandés.
- La redéfinition du système de direction et de contrôle.

Présentation de la loi.

La loi 1993 développe le mandat de la constitution de 1991, qui établit un concept général de sécurité sociale. Elle détermine le contenu et la définition du " Système de

²⁵ La documentation des différents débats à l'origine de la réforme peut être consultée dans les documents du MINISTERIO DE LA SALUD, " La reforma de la seguridad social en Salud ", Bogota, 1994.

²⁶ Voir Ministerio de Salud, " La reforma a la seguridad social en salud ", op.cit.

Sécurité Sociale Intégrale ” à partir de deux buts principaux : la réussite de la couverture universelle et la fin d’une situation de monopole²⁷ défavorable à la libre concurrence et au libre choix.

La sécurité sociale, avant la loi 100, couvrait environ 20% de la population. Elle prenait en compte uniquement les risques de santé et les charges des retraites pour les fonctionnaires, ainsi que les employés privés faisant partie du système de contribution, mais elle ne prenait pas en charge leurs familles.

Mais la concurrence cherche en même temps à offrir différentes options aux usagers de telle sorte qu’ils puissent choisir parmi plusieurs offres de services, des entreprises, des institutions ou même des professionnels. Cette approche trouve son origine dans les formulations de la pensée néolibérale, et dans le cas de la Colombie, elle présente une grande différence avec les réformes du secteur de la santé d’autres pays tels que les Etats Unis et le Chili.

La loi stipule qu’il n’existerait qu’un seul et unique Plan Obligatoire de Santé –POS-, lequel serait offert par toutes les EPS, et la différenciation serait fonction du prestige, de la qualité, de l’opportunité des services ou encore de l’accessibilité géographique proposée aux usagers. C’est la différence majeure avec les Etats Unis ou le Chili, où les usagers potentiels doivent choisir parmi quelques 5000 plans différents entraînant forcément une discrimination (introduite par la loi) entre les nantis et les plus démunis.

L’analyse du système chilien (lequel avait été «le MODELE » à suivre pour les autres pays d’Amérique Latine) montre l’importante discrimination qu’il crée à l’usage parmi les différentes couches sociales de la population. Dans la pratique le modèle néolibéral modifie le concept de sécurité sociale par celui d’assurances privées. Ses effets négatifs les plus notables en sont les phénomènes d’exclusion ou de sélection par le bas de groupes sociaux qui ont le plus besoin de prestations de soins : les pauvres, les vieux, les femmes enceintes et les patients atteints d’une grave maladie (Jaramillo 1997).

Le raisonnement de Jaramillo, un des plus éminents analystes du problème de la sécurité sociale en Amérique Latine, à propos du système chilien, vaut d’être reproduit complètement :

(...) “ Graficamente vale decir : el sistema chileno de seguridad social en salud es muy bueno cuando se es varon, joven, adinerado y no se padece de ninguna enfermedad grave ”. (De façon imagée, on peut dire : le système chilien de sécurité sociale en santé est très bon lorsqu’on est un garçon, jeune, riche et qu’on n’est atteint d’aucune maladie grave).

L’élaboration de la loi et sa discussion au parlement ont fini par exprimer d’une façon ou d’une autre les différentes influences et positions qui ont fait jour lors de sa formulation. Jaramillo fait une présentation de la loi en douze principes (Jaramillo 1997) qui peuvent être présentés à partir des influences qu’ils ont reçues.

De la conception dite *bismarckiana* :²⁸

1. L’intégralité : elle fait référence à la couverture de toutes les contingences qui touchent à la santé, la capacité économique et en général aux conditions de vie de

²⁷ Comme il a été signalé plus haut, le monopole de référence c’est l’Etat, à partir de l’ISS et de CAJANAL.

l'ensemble de la population. Pour y parvenir chacun devrait payer une contribution proportionnelle à sa capacité.²⁹

Pour ce qui touche la santé publique (donc les programmes de prévention et de promotion de la santé), les experts signalent que les politiques de santé doivent atteindre l'ensemble des facteurs déterminant la santé et la maladie. C'est à dire les problèmes de propreté environnementale, l'éducation, la nutrition, le comportement individuel et social, etc. Dans la perspective de la OPS-OMS il s'agit de créer des “ *municipios saludables* ” (municipalités salubres).

Le système de sécurité sociale de la loi 100 prévoit l'intégralité verticale, c'est-à-dire la couverture des risques et des services de santé pour chaque individu –ils sont inclus dans le POS- et en plus une intégralité horizontale permettant la couverture des différents bénéficiaires membres de la même famille, qui devront être inclus dans le régime de protection.

2. L'universalité : c'est la garantie de la protection pour toutes les personnes sans discrimination, pendant toutes les étapes de leur vie. En santé, ce serait le produit de l'adhésion progressive de tous les habitants au régime de santé, soit par le régime contributif, soit par le régime des subsides.³⁰

Le problème que pose cette définition, c'est la question de la part des ressources provenant de l'Etat. La loi prévoit donc la progressivité de la participation étatique de même celle du secteur privé (articles 48 et 49 de la Constitution), néanmoins la loi 60 avait déjà consenti des compromis financiers assez conséquents au profit du secteur de la santé.

La Constitution et la loi 100 (article 165), disposent impérativement que les services de santé publique “ sont obligatoires, gratuits et seront financés avec les impôts ”.

Rappelons ici qu'autour de cette problématique (analogue à celle du principe d'intégralité), la théorie économique a développé plusieurs courants de pensées, pas toujours dans la même direction. Citons pour tout dire, quelques réflexions du professeur Amartya Sen autour de la théorie du choix social :

“ (...) Il n'est aucunement nécessaire que ses différences reflètent toujours des caractéristiques personnelles immuables ; elles se rapportent parfois à des conditions sociales sur lesquelles la politique publique peut avoir une influence. L'état de la santé publique, en particulier, et celui de l'environnement épidémiologique peuvent affecter profondément la relation entre le revenu

²⁸ Ils sont ainsi nommés en référence à la loi de sécurité sociale obligatoire du chancelier Otto von Bismarck (1883), de laquelle ont été retenus certains principes. Notamment la défense du système déjà existant en Colombie et particulièrement les principes de solidarité, d'universalité et d'unification. Voir Jaramillo 1997 aussi Cendron Jean Pierre, “ Le monde de la protection sociale ”, Edition Nathan, Paris, 199.

²⁹ Il existe un document avec toutes les définitions autour du système de santé : Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social, “ El abc del regimen subsidiado de seguridad social en salud ”, Bogotá, 1997.

³⁰ Ministerio de salud “ El abc.. ”, op. cit.

personnel et la liberté de jouir d'une bonne santé et d'une longue vie. ” (Sen 1999).

En fait le problème se pose particulièrement dans la capacité réelle du système à parvenir à l'adhésion de toute la population. C'est-à-dire la capacité opérationnelle des unités dans le système. Comme on le verra, une des stratégies consisterait donc à faciliter la création de mécanismes pour y parvenir, notamment la création des EPS.

On ne développera pas ici les différentes analyses relatives aux problèmes et solutions de financement du système. Mais il faut souligner que la plupart des études qui ont été menées à ce propos démontrent que les difficultés fondamentales du système de sécurité sociale ne sont pas d'ordre financier en tant que tel.³¹ (Gonzalez 1997).

3. L'obligation : il s'agit de la différence principale entre la sécurité sociale et les assurances privées ; la première étant obligatoire, la seconde volontaire et facultative. Les fonds de la Sécurité Sociale sont essentiellement constitués par des recettes parafiscales et non par les versements des divers souscripteurs des assurances privées.

La loi 100 renforce l'obligation existante, à savoir l'affiliation obligatoire de tous les travailleurs salariés, en rendant impérative l'affiliation de tous les citoyens. Ce mécanisme tend à l'élargissement de la solidarité entre les individus, les entreprises, et les régions de plus hauts revenus vers celles des plus faibles. Ce n'est pas la convenance individuelle mais la recherche du bien commun.

La contribution de chaque salarié équivaut à 12% de leur salaire, dont 1% est directement versé au fonds de solidarité. Ce caractère de recettes parafiscales obligatoires implique qu'il importe peu que les services soient utilisés ou non par les affiliés : c'est la manière de financer globalement et collectivement le système.

4. La solidarité et l'équité : “ (...)c'est-à-dire la pratique de l'aide mutuelle entre les personnes, les générations, les secteurs économiques, les régions et les communautés, à partir du concept de transfert de ceux qui ont le plus vers ceux qui ont le moins. Les ressources qui sont versées du budget public seront orientées vers les groupes sociaux les plus démunis et les plus faibles (...) ”³²

Ce principe a été l'un de plus controversés parmi les différentes positions idéologiques et techniques qui ont entouré la loi 100. Selon la vision néo-libérale de la sécurité sociale, il fait partie du paternalisme de l'Etat, et accentuerait la pauvreté davantage qu'il ne la soulagerait.

La solidarité sociale que doit caractériser un système de sécurité sociale implique, à priori, un mécanisme de compensation des coûts et de redistribution des revenus dans un système parafiscal. Elle est radicalement différente de la solidarité statistique des assurances privées, dans lesquelles tous les associés sont solidaires à partir des probabilités d'occurrence des inconvénients.

³¹ Dans la bibliographie sont signalées quelques études à ce propos. Voir particulièrement les documents d'évaluation du DNP- Département Nationale de la Planification.

³² *Ministerio de Salud, “ El abc... ”, op.cit.*

Le cas chilien montre que si la contribution obligatoire se transforme en prix obligatoire, donc en rapport direct avec le type de plan de santé qu'on achète (donc l'existence de plusieurs plans), cela implique que l'apport fait par chaque personne est équivalent à la valeur du plan de couverture de chacun ; avec comme résultat, dans le cas chilien, que 78% de la population qui se trouve en dehors des couvertures similaires à celles qui existaient dans le régime antérieur ; et ce parce qu'ils manquent de ressources suffisantes pour s'offrir les plans complémentaires les plus complets dans le marché.

Afin de maintenir et de faire fonctionner ce principe de solidarité, il faut trouver une viabilité financière à partir du maintien et du développement des systèmes de compensations et de solidarité (ou des subsides croisés). Cela suppose : la solidarité par revenus, donc des plus riches vers les plus pauvres (individus, entreprises, régions), le maintien de la solidarité par risques, donc des plus jeunes et en bonne santé, vers les enfants, les anciens, les victimes d'affections chroniques ou de maladies graves et même vers les femmes en âge fertile.

La loi 100 dans le domaine de la santé a maintenu ce principe, mais pour les retraites il y a eu un changement important avec l'introduction des fonds de pension privés et les équivalences entre les montants apportés et les prestations en retour attendues de la part des adhérents. Cela a été l'expression de la lutte entre deux conceptions différentes. (Jaramillo 1997).

Les calculs des techniciens avaient établi que pour instaurer l'équilibre financier du système, il était nécessaire que dans le groupe des salariés, chaque famille ait au moins 1.43 personnes qui cotisent à partir d'une base d'au moins 1,86 salaires minimums par personne et 2,80 salaires par famille.

En Colombie, plus de 80% des salariés perçoivent moins de deux salaires minimums mensuels. Malgré cela, et étant donné les caractéristiques socio-économiques en Colombie (annexe No.1), avec en moyenne 3.21 membres par famille et plus d'une personne salariée, la contribution de chaque famille est supérieure à la base de 2,67 salaires. De cette façon, on est en présence d'une participation très volumineuse de familles vers d'autres cotisant sur la base de revenus plus bas.

La solidarité ne résulte donc pas tant du vase communicant des familles riches (quinze, vingt ou plus de salaires minimes par mois) vers les familles plus pauvres, mais plutôt des familles qui gagnent plus de trois salaires minimaux vers des familles qui touchent moins d'un salaire minimum par mois.

Pour ce qui est de la solidarité par risques, on peut constater que régulièrement la couche de la population la moins coûteuse est celle de la population masculine entre 15 et 44 ans (voir le Tableau No. 1.4), c'est-à-dire la plus productive et possédant les revenus majeurs.

Groupe d'âge	Coût relatif	Valeur en US dollar
0-1 1-4 5-14 15-44	2.15 1.48 0.74 0.35	303.732 209.568
hommes 15-44	1.12 1.26 1.45	104.076 49.560
femmes 45-59 60 +		158.592 178.416
		205.320
Moyen	1.00	141.600

Puisque tous les affiliés ont le droit à une même Unité Par Capitation (UPC)³³ (se montant à 150 US\$ par an), on peut en déduire que le système de solidarité (ou de subsides croisés) se présente aussi entre jeunes et vieux, entre hommes adultes actifs et enfants, ainsi qu'entre hommes et femmes, le tout sans aucun rapport avec la tranche économique des affiliés.

Il est évident que, si l'on instaurait un autre système, déterminé et régulé par les intérêts de marché, la sélection des affiliés donnerait priorité au groupe de population le moins coûteux et par conséquent établirait une sélection adverse vers les couches les plus coûteuses.

5. L'unité : elle fait référence à l'articulation des politiques, des régimes, des procédures et de différents éléments permettant la prestation de la sécurité sociale. Elle cherche à unifier les critères des politiques de santé et pour le secteur public et pour le secteur privé.³⁴

Il ne s'agit pas de créer le monopole d'une organisation ou d'une institution de sécurité sociale, mais de créer un seul régime d'obligations et de bénéfices, et dans le même temps, permettre et encourager la diversification des entités qui vont rendre opérationnel le système.

La création des “ *Empresas Promotoras de Servicios* ” -EPS- (Entreprises pour promouvoir des services de santé) et des “ *Instituciones Prestadoras de Servicios* ” -IPS- (Institutions qui offrent les services de santé), est une œuvre de la loi 100, dans la perspective de donner une structure institutionnelle au système.³⁵

On notera, toutefois, que trois grands groupes de la population restent en dehors du système.³⁶

Néanmoins, avec l'existence d'un seul régime de bénéfices et d'un seul plan obligatoire de santé (POS) ont été mis en place deux systèmes financiers permanents : le système de contribution et le système des subsides.

En résumé, tous les salariés versent un pourcentage de leur salaire (12%), pour

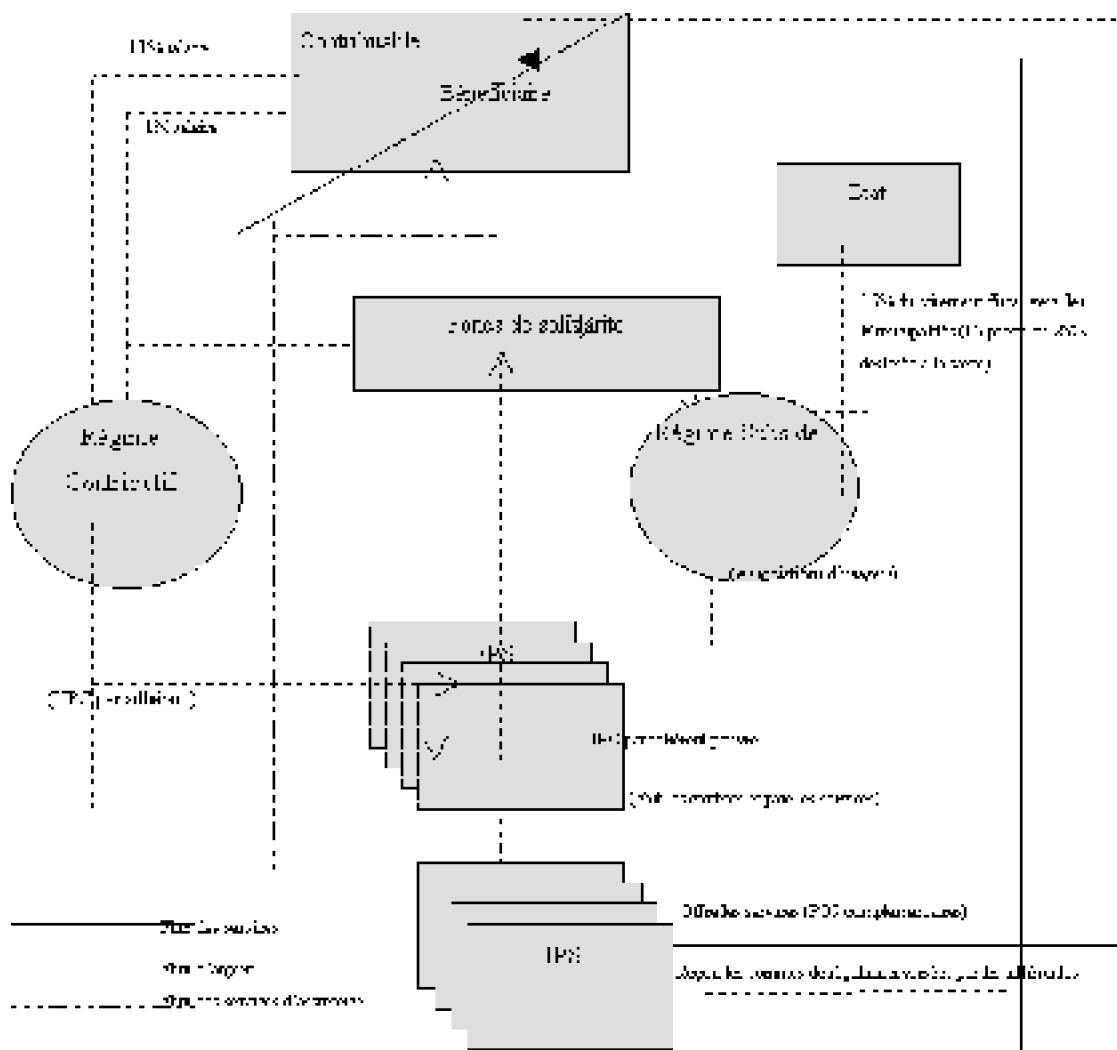
³³ UPC, c'est l'unité par capitation que serve de base pour le règlement des contrats entre les différentes institutions du système.

³⁴ Ministerio de Salud, “ El abc... ”, op.cit.

³⁵ Dans le chapitre 2 seront présentées les caractéristiques des institutions de la loi 100.

³⁶ Il s'agit de l'armée, des travailleurs de l'entreprise pétrolière de l'Etat et des enseignants. Des raisons d'ordre politique et syndical ont été à l'origine de cette situation considérée par certains analystes comme aberrante.

couvrir les services de santé, dont une partie (1%) est destinée au fonds de solidarité lequel reçoit en même temps des ressources de l'Etat, servant à financer le régime des subsides (Figure No.1)



6. Le libre choix : le système prévoit la participation de différentes entités offrant l'administration (EPS) et la prestation directe des services de santé (IPS), sous la

régulation de l'Etat, tout en garantissant la liberté de choix aux usagers parmi les EPS et les IPS.

Le libre choix est un des piliers de la pensée néolibérale, il fait partie des libertés individuelles. Selon ce courant idéologique, le libre choix est aussi un mécanisme technique qui favorise l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des organisations concurrentielles.

Il doit être subordonné à la libre concurrence de plusieurs offres de services. Il s'exprime de différentes façons :

- - le choix parmi plusieurs EPS pour gérer les aspects financiers comme les versements des cotisations, l'octroi des contrats de services,
- - le libre choix des affiliés aux EPS, des établissements de soins et autres (IPS), des différents fournisseurs de services, de telle sorte que les IPS entrent en concurrence en matière de qualité, en dehors de leur condition d'entreprise publique, privée ou autre.
- - le libre choix aussi par rapport à la sélection des professionnels de la santé auxquels vont avoir recours les usagers (particulièrement les médecins, les infirmiers, les aides soignants, etc.).
- - le choix entre plusieurs technologies de soins, entre des critères d'hébergement dans les hôpitaux, garanti, entre autre, par la souscription de plans complémentaires de santé (similaires aux mutuelles en France).

Pour bien développer cet aspect, la loi prévoit que les établissements de soins du secteur public devront se transformer en entreprises avec une gestion autonome. C'est pour cela que la loi oblige les hôpitaux publics et les cliniques du ISS (l'institution monopolistique de l'Etat jusqu'à présent) à se transformer en *Empresas Sociales del Estado* –ESE–.

Les ESE sont des entreprises ayant une autonomie de gestion, financière, l'autonomie de contracter, jouissant d'une situation favorable à la concurrence avec le secteur privé. On verra, un peu plus loin et en détail, la figure des ESE, puisqu'ils sont au centre de notre étude.

Le libre choix est garanti par la loi au moyen de deux dispositions fondamentales :

- - le terme du monopole de l'ISS pour la gestion de la sécurité sociale du secteur privé, en même temps la suppression de l'adhésion obligatoire de certaines couches de la population à une entité de sécurité ou de prévision sociale spécifique, et l'établissement de la libre affiliation des fonctionnaires et travailleurs du secteur privé à n'importe quelle EPS.
- - l'ouverture de la concurrence entre les différentes EPS et IPS pour parvenir à l'adhésion des usagers, sans pour autant pouvoir les exclure parce qu'ils sont atteints d'affections très coûteuses (sélection par le bas).

Il est important de signaler, comme un des aspects légaux les plus importants, que cette caractéristique de libre choix parmi plusieurs EPS permet, en outre, la création d'un

système de contrôle du marché de la part des usagers, pour trouver de meilleures conditions de qualité dans les services ; ceci étant valable pour tous les affiliés, ceux qui sont au régime contributif aussi bien que ceux qui appartiennent au régime des subsides.

Dans ce scénario, il y a quand même un vide essentiel qui doit être comblé : la gestion de l'information autour des entreprises qui offrent des services de santé. En général, l'information relative au système de la sécurité sociale reste encore très limitée, constituant un obstacle considérable au développement des possibilités de contrôle et de participation qu'offre la loi.

L'un des éléments de l'imperfection du marché de la santé est justement celui de l'information qu'ont les usagers de leurs possibilités de libre choix. Pour pallier cela, la loi encourage la création d'associations ou d'alliances d'usagers, permettant dans un même temps l'amélioration des capacités de négociation de ceux-ci.

Dans le même sens, les IPS auront l'obligation de créer le système de garantie de la qualité.

7. L'efficience : il s'agit de réussir à maximiser les résultats de la prestation des services à partir de l'utilisation d'une certaine quantité de ressources. On trouvera diverses définitions telles que : l'épargne des fournitures, du temps, la montée de la productivité, et en général tout ce qui renvoie à l'optimisation des résultats.

Dans le domaine social, on ne peut pas parler de l'efficience comme la maximisation de la rentabilité financière. Par contre, on pourrait parler de la maximisation du bien être social. A ce propos, on peut consulter les discussions de la théorie économique (Sen 1982, 1999).

Le problème de l'efficience dans le domaine de la santé, comme celui de la qualité ou de l'efficacité, ne se pose pas dans les mêmes termes qu'ailleurs. Pour l'administration des entreprises chargées des services de santé, les résultats, par exemple, peuvent être regardés de multiples façons telles que :

- le chiffre d'affaires,
- le nombre d'interventions ou d'activités de soins qui ont été effectivement facturées,
- l'atteinte des objectifs de protection de la santé d'un groupe de personnes donné,
- le succès dans la solution des problèmes de soins spécifiques,
- la satisfaction des usagers,
- etc..

En dehors de ces approches, nous retiendrons dans notre étude que l'efficience pour les fournisseurs et les usagers des services dans le marché de la santé doit au moins être mesurée à partir de deux éléments :

- la protection effective de la santé des usagers, au moindre coût per capita,
- l'attention aux maladies au moindre coût par cas.

Il s'agit de concilier la rentabilité des fournisseurs et la satisfaction des usagers.

Au plan de l'économie en générale, et notamment en ce qui concerne les services publics, ont été introduits deux concepts : la décentralisation et la privatisation. Il n'y a pas d'accord à propos de la notion d'efficience de l'Etat. On le verra dans la deuxième partie, le management public (Finger et Ruchat 1997, Kliksberg 1993) fait l'objet de plusieurs réflexions.

En Colombie, le débat autour de l'efficacité de l'Etat a été largement emprunt de préjugés idéologiques et politiques. Dans les années 80, lors de la faillite du secteur financier (Misas 1985 , Avella 1986), le débat a porté sur certaines idées relatives à l'inefficacité du secteur public lui-même, et symétriquement à l'efficacité du secteur privé.

Aujourd'hui dans le domaine de la santé, la discussion se présente dans les mêmes termes. Pour certains, il s'agit d'abolir les institutions publiques et de privatiser entièrement le secteur. Pour d'autres il s'agit de fournir aux entités publiques les éléments et les outils de gestion des entreprises privées. C'est-à-dire les systèmes privés d'octroi de contrats, de financement, de comptabilité et enfin de contrôle et de coûts. De cette manière, elles seront aptes à faire face à la concurrence en empruntant le chemin de la modernisation.

A partir des lois 10 de 1990, 60 et 100 de 1993, ont été développées trois mesures différentes pour atteindre l'efficience :

- la déconcentration et la décentralisation de la gestion par l'Etat des services de santé,
- la substitution des subsides à l'offre par les subsides à la demande,
- le terme du monopole et l'établissement de la concurrence avec la régulation de l'Etat, particulièrement dans les systèmes de sécurité sociale.

8. La qualité : l'article 154 de la loi 100 signale que “ (...) **le système doit établir les mécanismes de contrôle des services de telle manière que soit garantie aux usagers la qualité de la prestation des services de façon opportune, c'est-à-dire : personnalisée, humanisée, intégrale, permanente, et en accord avec les standards acceptés par les procédures et les pratiques professionnelles(...)** ”.

Comme on le verra dans l'analyse stratégique interne des hôpitaux, la notion de qualité ³⁸ dans le domaine de la santé est très loin d'être partagée par tous (Donabedian 1983). Au moins faut-il faire la différence entre deux types de qualité :

la qualité formelle ou subjective, présente dans le processus d'attention aux usagers, qui s'exprime par l'opportunité des soins, les temps d'attente, les critères d'hébergement et en général les conditions logistiques pendant toute la période de la relation entre l'utilisateur et l'entité qui offre le service.

la qualité effective ou objective, en rapport avec la couverture intégrale de tous les risques, l'efficacité de résolution des diagnostics et l'impact des traitements sur les maladies, lesquels sont exprimés régulièrement avec des indicateurs tels que l'espoir de vie à la naissance ou les “ AVISA ”. ³⁹

³⁸ On évoquera ici uniquement les contenus de la loi. Plus loin on reviendra sur les concepts et leurs implications pratiques.

Dans ce domaine, on verra, lors de l'analyse de l'environnement des institutions hospitalières (E3 : chapitre 2), les différentes conditions dans lesquelles se développe la notion de qualité en Colombie, particulièrement dans le domaine de la santé.

Il faut signaler que, au moins dans une première étape, les établissements de soins seront enclins à se préoccuper davantage de la qualité formelle, moins coûteuse, que la qualité réelle, plus coûteuse et complexe à réaliser. Il faudrait passer par le développement de l'information et de l'éducation autour de toute la problématique de la santé, des usagers, pour établir les conditions nécessaires à un contrôle effectif, dans la perspective d'améliorer la qualité.

De la réforme touchant la décentralisation de l'administration publique ⁴⁰, ont été retenus :

9. La décentralisation : c'est le processus de transfert du pouvoir de l'Etat vers les autres niveaux de l'administration. Au plan local, cela signifie le transfert du pouvoir de planification des actions, d'allocation des ressources, de passation des contrats, donc des ressources technologiques, financières, humaines et logistiques, vers les municipalités.

De la même façon, la décentralisation conduit à reconnaître l'autonomie des municipalités dans la détermination de leurs priorités, la fixation des objectifs et des buts à atteindre, et même dans la détermination des procédures pour y parvenir.

Dans ce domaine, il reste encore certains aspects à clarifier, notamment celui des compétences des différents niveaux administratifs, relatives à la responsabilité face au régime dit de contribution et l'autre dit de subside.

La loi 100 poursuit la même perspective de décentralisation que la loi 10 de 1990 et la loi 60 de 1993.

10. La subsidiarité, la complémentarité et la concurrence : dans la mesure où il existe un développement très inégal entre les différentes municipalités, la loi a prévu certaines situations.

Pour des raisons techniques, financières, administratives ou en général liées au niveau de développement d'une municipalité donnée, il est possible que celle-ci ne puisse ni offrir, ni se charger de la prestation des services que la loi lui impose. C'est le principe de subsidiarité.

Dans ce cas de figure, c'est au département qu'incombe la responsabilité d'assurer la prestation de services, d'une façon transitoire, tout en cherchant à fortifier les municipalités concernées et au Ministère de la Santé celle d'autoriser et de surveiller cette opération.

De la même façon, pour des municipalités qui, en raison d'un plus fort développement, peuvent accomplir des responsabilités de niveaux supérieurs, donc de départements, elles pourront adopter le même dispositif que ceux-ci si leur niveau technologique, scientifique, financier et administratif est à la mesure de leur tâche. C'est le

³⁹ AVISA, c'est un l'indicateur des années de vie potentiellement perdues (*Años de Vida Saludable Potencialmente Perdidos*),

⁴⁰ C'est la continuation des différents efforts démarrés dans les années 85. Voir Gonzalez 1997.

principe de la complémentarité.

Dans ce cas, à nouveau c'est le Ministère de la Santé qui en appréciera l'opportunité.

D'après le principe de la concurrence, les différents niveaux de l'administration et ses entités décentralisées pourront s'associer à d'autres entités, même à caractère privé, pour remplir leur rôle dans le domaine de la sécurité sociale.

11. L'autonomie des institutions : un des principaux obstacles à la modernisation et à la transformation du système de sécurité sociale a toujours été la dépendance des institutions et des localités à leurs régions. Il faut donc trouver les moyens pour les rendre autonomes.

Doter les institutions de la personnalité juridique a été une des tâches de la loi. Comme il a été déjà signalé le dispositif s'appelle, aujourd'hui, *Empresas Sociales Del Estado*.

A partir de cette nouvelle identité juridique, les institutions locales peuvent, en complète autonomie administrative, embaucher des fonctionnaires, acheter des fournitures, déterminer leur budget et planifier leurs activités. La loi prévoit, néanmoins, de maintenir l'articulation technique et le réseau des établissements de soins parmi les institutions du système de la santé.

Derrière ces dispositions de la loi il y a, comme on le verra dans le chapitre consacré à l'analyse stratégique interne des institutions (chapitre 3), mais aussi lorsqu'on présentera les résultats du terrain, plusieurs idées faisant référence à l'efficacité des entreprises privées. Une sorte de paradigme a priori, qui veut que la gestion publique ne soit pas efficiente, tandis que la gestion privée est une garantie d'efficacité.

Pour l'analyse de la validité ou non de ces a priori, seront évoquées, entre autres, les théories qui abordent le management public (Finger et Ruchat 1997, Crozier 1997a). Comme il a été signalé précédemment, cette discussion a déjà eu lieu en Colombie, à propos de l'intervention de l'Etat dans la gestion des institutions du secteur financier.

Il est nécessaire de souligner que le fait d'accorder l'autonomie aux institutions du secteur de la santé n'empêche pas que l'Etat continue à exercer les fonctions de contrôle que la loi lui impose, parmi lesquelles, le système de contrôle interne des institutions du secteur public.

12. La participation des groupes d'utilisateurs : comme expression des initiatives de démocratisation du système de la sécurité sociale et d'une certaine perspective idéologique, la loi assure la participation des usagers du système à l'organisation, à la gestion et au contrôle des institutions qui en font partie.

Déjà à partir de la loi 10 de 1990, il existait des comités de participation des communautés (Copaco). Désormais, il s'agit de fortifier ces scénarios de participation. Il est même prévu dans les conseils d'administration (*Juntas Directivas*) des IPS, la participation de représentants des usagers.

Différentes dispositions de la loi illustrent cette idée :

- la présence de comités de participation dans le système de sécurité sociale (article

195),

- la participation aux conseils d'administration des IPS des communautés (article 195),
- la création des "*veedurias comunitarias*"⁴¹, (article 231),
- la création d'associations d'usagers (article 157),
- la promotion et la création des "*Empresas Solidarias de Salud*" (entreprise solidaire de santé), comme les EPS, à caractère associatif, pour réaliser une gestion sociale des subsides (annexe No. 4)⁴² (articles 181 et 216),
- la promotion de la participation de la communauté à tous les niveaux des institutions du système de la sécurité sociale.

La notion de participation renvoie de nouveau à l'un des problèmes les plus importants de la société colombienne ; celui du très faible niveau d'organisation de la population et des communautés insuffisant pour participer aux différents scénarios, qui ont été créés tant par les lois relatives à la sécurité sociale que par la Constitution de 1991. (Cepeda 1994, Romero 1995).

Le contexte global dans lequel on peut comprendre ce qu'est un hôpital public en Colombie aujourd'hui, est forcément lié à la loi 100, dont on vient de faire une présentation large. Mais il y a un aspect qu'il est nécessaire d'approfondir dans la perspective de bien saisir les caractéristiques de ces établissements de soins créés par la loi, et qui configurent le cadre dans lequel leurs nouveaux gérants doivent agir.

Il s'agit des "*Empresas Sociales del Estado*" –ESE- (entreprises sociales de l'Etat), qui correspondent à la forme juridique déterminée par la loi pour le fonctionnement des "*Instituciones Prestadoras de Servicios*" –IPS- (institutions d'offre de services de santé), c'est-à-dire les hôpitaux.

C'est dans le cadre des ESE que les hôpitaux publics font face au marché, à la concurrence, aux usagers, aux fournisseurs. Désormais, c'est la personnalité juridique qui va les caractériser.

1.4 Les ESE, expression de la loi 100 et la gestion des Hôpitaux Publics.

Le diagnostic du système de la sécurité sociale, mais particulièrement celui de la situation des hôpitaux, avait montré les déficiences existantes relatives à la gestion, dès la fin des années 80. En 1990, la loi 10 avait pris des mesures dans ce sens, mais il faudra attendre la loi 100 pour qu'elles soient rendues obligatoires, avec un terme à respecter pour les transformations des hôpitaux publics.

⁴¹ La décision de rendre les entités publiques plus efficaces, (et en général pour que les entités puissent faire face à la concurrence sur le marché des services de santé) va s'exprimer dans la loi qui a créé un nouveau type de forme juridique conférant une nouvelle nature aux entreprises de l'Etat dans le domaine de la santé.

⁴² Les *Empresas Solidarias de Salud*, ont été créées par la loi 100 et elles ont en charge la gestion d'une partie des subsides qui vont vers le système de santé. En annexe No. 4 il y a une présentation de ces organisations.

détermine leur création et laisse, à la responsabilité de chaque département puis de chaque municipalité, la charge de cette transformation. On trouvera dans l'annexe No. 5 les normes juridiques relatives à la création des ESE pour le cas de Bogota.

Néanmoins il est très important de souligner ici certains éléments des ESE, étant donné l'ampleur et les bouleversements que ce changement implique pour des institutions qui auparavant étaient complètement dépendantes d'une hiérarchie, y compris pour des détails insignifiants. Les principales caractéristiques des ESE peuvent être résumées ainsi :

- elles sont créées par mandat de l'Assemblée du Département ou par le Conseil de la municipalité ⁴³ dont elles dépendent et au sein desquels elles fonctionnent,
- elles sont des entités publiques décentralisées à caractère spécial,
- elles sont dotées d'une personnalité juridique propre,
- elles possèdent un patrimoine,
- elles disposent de l'autonomie administrative,
- elles sont rattachées soit au secrétariat de santé de la ville, pour le cas des hôpitaux municipaux, soit aux directions sectorielles de santé, pour le cas des hôpitaux à caractère départemental,
- elles font partie du Système Général de Sécurité Sociale,
- elles sont créées pour la prestation des services de santé, comme un service public,
- elles doivent dans leurs activités de prestation des services de santé développer des activités de promotion, de prévention, de traitement et de réhabilitation de la santé.

Parmi les objectifs qui leurs sont fixés depuis leur création, on peut signaler :

- la contribution au développement social du pays par la recherche de l'amélioration de la qualité de vie des usagers, la réduction des taux de mortalité parmi la population de leur ressort,
- la production de services de santé efficaces et effectifs,
- la soumission aux normes de qualité requises par les autorités de la santé,
- l'offre de services de santé demandés par les usagers, en accord avec les ressources et les niveaux de développement des ESE,
- l'offre sur le marché des services et des produits à des tarifs concurrentiels,
- la garantie de la participation des citoyens et de la communauté, à partir des dispositions de la loi,
- le développement de la structure et de la capacité opérationnelle de l'entreprise via l'application des principes et techniques de gestion qui veillent à sa survie : la croissance, la qualité des ressources, la capacité à être concurrent sur le marché et à obtenir une rentabilité sociale et financière.

⁴³

Il s'agit des organismes de direction administrative respectivement dans les départements et dans les municipalités : ses membres sont élus par vote populaire. Voir annexe No. 1.

Il est prévu de la même façon une structure minimale que doit avoir l'entreprise qui sera créée.

La direction : elle est de la responsabilité du Conseil d'Administration (*Junta Directiva*) et du Gérant, dont les buts sont : maintenir l'unité des objectifs et des intérêts de l'entreprise, identifier les besoins et attentes des usagers, déterminer les marchés auxquels s'adresser, définir la stratégie de service, l'allocation de ressources, mettre en place les mesures pour développer l'efficacité et la qualité, l'exercice du contrôle de gestion et en général toutes les mesures que commande la bonne gestion.

L'attention aux usagers : elle doit être établie comme l'ensemble des unités organisationnelles et fonctionnelles qui touchent le processus de production et de prestation des services de santé, avec toutes les procédures et activités à développer pour parvenir à une prestation de services adéquate. Cela inclut les processus administratifs de prestation des services de santé. En outre, font partie de cet aspect la définition des politiques institutionnelles d'attention, l'allocation de ressources nécessaires à l'accomplissement de la prestation, les protocoles et autres caractéristiques de l'attention. Aussi font partie de cette structure la direction et la prestation du service en lui-même.

La logistique : elle comprend les unités fonctionnelles chargées de l'exécution des processus de : planification, acquisition, gestion, utilisation, optimisation et contrôle des ressources humaines, financières, physiques et d'information, nécessaires à la réussite de l'entreprise.

En ce qui concerne la direction de l'ESE, il est signalé que cela est de la responsabilité du Conseil d'Administration (*Junta Directiva*) et du Gérant ou Directeur de l'hôpital. Il est important de souligner que, parmi les 6 membres du Conseil d'Administration, il y a deux représentants de la communauté et que de la même façon que les autres membres, ils font partie du Conseil pendant trois ans.

Parmi les fonctions attribuées au Conseil d'Administration, il est important de souligner au moins les suivantes, tout à fait nouvelles pour les hôpitaux ainsi transformés :

- expédier et faire les ajouts nécessaires au *Statut Interne* de l'entreprise,
- discuter et approuver les plans de développement de l'entreprise,
- approuver les plans opérationnels de chaque année,
- analyser et approuver le budget de l'entreprise et les opérations de crédit auxquelles est confrontée l'institution,
- approuver tout changement des tarifs et des prix des services,
- approuver le flux de personnel,
- approuver les manuels des fonctions et des procédures administratives,
- définir les niveaux d'autonomie du gérant pour contracter avec des tiers,
- déterminer la structure organisationnelle et fonctionnelle de l'entreprise, soumise à l'autorité territoriale correspondante (département ou municipalité),
- élaborer la liste de trois candidats à la direction de l'ESE, soumise au responsable de l'autorité territoriale correspondante.

Concernant le gérant de l'ESE, certains changements importants ont été introduits :

- il est nommé par le gouverneur du département ou par le maire de la ville dont dépend l'ESE, sur une liste de trois candidats présentée par le Conseil d'Administration,
- il doit posséder un titre universitaire relatif aux professions de la santé ou en économie ou gestion,
- il est nommé pour une durée de trois années et peut être réélu,
- parmi les fonctions signalées, il est intéressant de noter qu'il est contraint de développer une gestion efficiente, à partir de la mission et des objectifs de l'entreprise, tout en développant une conception participative de la gestion.

Un des aspects fondamentaux de cette réforme des hôpitaux, c'est la capacité des ESE à contracter avec des tiers fournisseurs ou professionnels, tant du secteur public que privé ; et selon une normativité toute particulière puisque ces contrats seront soumis aux règles de droit privé tout en pouvant emprunter aux normes de droit public.

L'importance de ce changement, c'est la flexibilité que cela procure aux ESE dans leur fonctionnement ordinaire, la normativité dans le secteur public en Colombie étant contraignante et freinant le développement des institutions.

Dans la mesure où les ESE sont des entités spéciales de l'administration publique, elles seront soumises à des contrôles de la part de l'Etat, de ses différents organismes, et notamment elles seront dans l'obligation de mettre en place un système de contrôle interne à partir de la légalité existante (loi 87 de 1993).

Enfin, il est nécessaire de signaler que les employés des ESE seront des fonctionnaires, selon les deux modalités qui existent en Colombie : employés publics ou travailleurs officiels.

1.5 Les outils de la gestion privée et la gestion des ESE.

Bien que la théorie et les pratiques de gestion aient fait preuve d'un considérable développement ces dernières années, dans les pays industrialisés et dans certains pays à l'industrialisation médiane, cela n'a pas été le cas le plus fréquent dans les entreprises et l'économie colombiennes.

Comme on le montrera dans le chapitre consacré à l'analyse de l'environnement des hôpitaux publics à Bogota, l'appropriation et l'application des développements théoriques et pratiques de gestion sont restées très marginales dans le pays (Misas 1986, Florez 1995, Monitor 1994, Weiss, 1992, INTERMAN 1996), situation comparable à celle d'autres pays d'Amérique Latine et notamment dans l'appareil d'Etat de ces pays (Kliksberg 1993).

Comme conséquence de plusieurs facteurs, et particulièrement des exigences du marché international (voir la globalisation des économies), l'économie de la Colombie doit renforcer son processus d'ouverture économique et de modernisation de l'Etat (DNP 1990).

Le processus a été particulièrement difficile à suivre, étant donné que le projet initial d'ouverture de l'économie prévoyait une période de transition de cinq années, qui s'est finalement réduite à deux ans ; ceci ayant été lourd de conséquences pour les entreprises, de même pour les institutions de l'Etat.

Dans les années 90, le gouvernement, en coopération avec le secteur privé, a passé un contrat avec le cabinet de conseil MONITOR, dirigé par Michel PORTER, pour faire une étude sur l'ouverture économique du pays. Celle-ci devait établir les conditions nécessaires à l'insertion de l'économie colombienne dans le marché international. Plusieurs recommandations ont été formulées, y compris dans le domaine social. Le rapport final ⁴⁴ et les conséquences de cette étude marquent les politiques économiques et sociales postérieures. ⁴⁵

La productivité devient alors une des priorités de l'économie du pays, et bien entendu, pour les grandes entreprises déjà existantes. A partir de là, on verra apparaître des discussions et des cabinets de consultants spécialisés dans plusieurs domaines jusqu'alors mal connus dans le milieu des entreprises. Des sujets tels que :

- la productivité,
- la qualité,
- l'efficience,
- la concurrence dans les marchés internationaux,
- la gestion des projets,
- le management stratégique.

Peu à peu, ces thèmes sont introduits dans le domaine de l'administration publique. Les administrations telles que le " Ministerio de Desarrollo Economico ", le " Departamento Nacional de Planeacion ", le " Ministerio de Salud " et quelques entreprises industrielles de l'Etat : ECOPETROL (pétrole), mines de charbon (CARBOCOL), mines de nickel (CERROMATOSO), font partie des entreprises et des institutions qui ont encouragé l'introduction de certaines pratiques modernes de gestion dans le pays et notamment celles de la qualité.

La création d'entités, telles que la *Corporacion Calidad* (Corporation Qualité) pour l'industrie et le *Centro de Gestion Hospitalaria* (Centre de Gestion Hospitalière) pour les établissements de soins, promeut le discours de la qualité dans les entreprises colombiennes.

Comme il a été signalé précédemment, la grande réforme du secteur de la Santé a eu lieu plus ou moins au même moment ; permettant ainsi que parmi les hôpitaux publics, certains d'entre eux choisissent comme approche de modernisation de leur gestion

⁴⁴ " Informe Final MONITOR ", Ministerio de Desarrollo Economico, Camara de Comercio de Bogota, Confrecamaras, Bogota, 1994.

⁴⁵ Ont été créés des " Comités de suivi de la productivité ", dans différentes branches de l'économie, sous la responsabilité du Ministerio de Desarrollo economico.

l'approche de la qualité. D'autres ont opté pour des approches à partir d'une vision globale du management stratégique, comme on le verra dans la présentation des résultats de cette étude.

Parmi ces derniers, on rencontre le groupe des hôpitaux choisis pour développer notre étude. C'est à partir de ceux-ci qu'on présentera les attentes et les visions que se font les gestionnaires de ces entreprises. On verra le processus mené pour parvenir aux résultats auxquels ils ont abouti.

Dans le deuxième chapitre, on présentera ces différentes approches entrepreneuriales comme faisant partie de l'environnement des entreprises étudiées (E3). On retiendra par la suite seulement les éléments qui caractérisent le regard des gestionnaires (E1), vis à vis de leurs entreprises (ESE), le tout dans la perspective du modèle des 3E (Paturel « La revue d'intelligence économique No. 5, 1989).

La présentation générale faite des ESE, de leurs origines et de leurs caractéristiques, va nous permettre maintenant de montrer quelles sont les attentes des gestionnaires à la tête de ces nouvelles organisations.

1.6 Synthèse de la première étape du diagnostic : le regard des gestionnaires.

La méthodologie choisie, notamment les éléments et outils employés pour développer le travail de terrain, va nous permettre de montrer quelle a été la démarche suivie par les différentes institutions et quels en ont été les aboutissements.

Tout d'abord, on précisera que les hôpitaux impliqués dans l'étude ont participé à des projets d'amélioration de leur gestion, suivant pour cela, des démarches différentes. Certains ont privilégié celle de la qualité, d'autres ont opté pour une vision globale de management stratégique⁴⁶.

Toutefois, tous ont participé ensemble à des démarches conjointes avec des consultants liés à la même organisation (soit le *Centro de Gestion Hospitalaria –CGH-* ou bien la - *Corporacion Calidad -*)⁴⁷, toujours dans le but de réussir les projets particuliers.

La démarche méthodologique a été semblable dans tous les cas, quoiqu'on trouve toujours des particularités, soit de rythme, soit de participation, soit de compromis des acteurs, dans chaque institution.

Les démarches manageriales collectives.

Les projets d'amélioration de la gestion dans les hôpitaux publics convertis en ESE, sont le résultat de plusieurs initiatives :

- d'abord il y a l'exigence de la loi sur les problèmes de gestion et notamment

⁴⁶ Les démarches suivies par les hôpitaux seront présentées dans leurs détails lors de l'analyse stratégique interne des ESE étudiées, chapitre 3.

⁴⁷ Ces organisations seront présentées lors de l'analyse de l'environnement des hôpitaux, objet de notre étude, chapitre 2.

d'efficience et de qualité,

- les demandes que les communautés font à partir de diverses organisations des usagers, et même les demandes des associations de professionnels du secteur de la santé,
- l'initiative des administrations, qu'elles soient nationales (les ministères), départementales (les directions sectorielles de la santé) ou municipales (les secrétariats locaux de santé), pour mettre en place les projets touchant les organisations de la santé et particulièrement la gestion et le contrôle des institutions,
- en même temps la préoccupation du secteur privé sur la situation de la sécurité sociale et celle du secteur de la santé,
- bien sûr, l'analyse même des institutions, lesquelles requièrent dans certains cas l'intervention des administrations pour mettre fin à des conflits parfois très difficiles,
- enfin, différentes initiatives particulières prises de la part de nouveaux gérants ou directeurs des hôpitaux,

Cela va se traduire par des initiatives relatives aux problèmes de gestion existant dans les hôpitaux publics. Ainsi on trouve une situation favorable pour développer différents projets, soit d'une façon autonome et isolée, soit en coopération, soit en concertation avec les administrations, des Fondations privées et des hôpitaux publics (ESE). A ce propos, on verra la présentation des différentes démarches envisagées à l'époque, dans la deuxième partie, lors de la présentation de la méthodologie.

C'est à partir de cette situation et de ces caractéristiques que nous avons choisi la dimension et le domaine de notre étude. On analysera donc les différentes manières dont les hôpitaux ont réagi et fonctionné au cours de l'exécution de ces projets et de la coopération qu'ils ont envisagée. On verra bien sûr quels ont été les résultats de leur démarche.

Dans notre démarche, pour exprimer le regard des gestionnaires, nous présenterons d'abord les éléments généraux du projet d'amélioration de la gestion dans les hôpitaux.

Projet d'amélioration de la gestion dans des hôpitaux publics de Bogota ⁴⁸.

Il s'agit de projets qui ont été développés dans quelques villes de Colombie, financés soit par le secteur privé, soit par l'administration, soit par l'hôpital lui-même ou enfin, par une combinaison de ces derniers. Nous nous intéresserons à des projets cofinancés et par les ESE et par des Fondations privées, parfois avec le concours d'une administration particulière (Secrétariat Local de Santé ou Ministère de la Santé).

L'objectif demeure la recherche de moyens et d'outils pour parvenir à une gestion plus performante, plus efficiente, et la recherche de la qualité dans les services.

Tous les projets ont développé une démarche méthodologique similaire, à savoir :

- Diagnostic global,
- Conformation des groupes de travail,

⁴⁸ La présentation complète de ces projets fera l'objet d'une des sections de la deuxième partie de la thèse.

- Formation et acquisition de compétences spécifiques,
- Analyse stratégique et formulation des éléments de manœuvre,
- Diagnostics spécifiques dans des unités opérationnelles et formulation des plans opérationnels,
- Coordination et suivi des activités des différents groupes de travail.

Lors de la présentation de la démarche méthodologique (deuxième partie), seront exposés en détail leurs différents outils et composantes. Ici on s'en tiendra uniquement à la composante stratégique et notamment aux aspects touchant le regard des gérants ou directeurs des ESE analysées sur le terrain.

Régulièrement, dans chaque hôpital un groupe nommé Groupe de Management Stratégique –GMS-, (“ *Grupo de direccionamiento estrategico* ”), dont font partie le gérant et l'équipe des exécutifs les plus proches (6 à 8 personnes), a été organisé. C'est à l'intérieur de ces SMS qu'a été élaborée la vision qu'ils avaient de leurs entreprises.

La formalisation de cette vision correspond à la réponse à trois questions essentielles :

- quelle est la mission actuelle de l'hôpital ?
- quelle est la vision que le directeur et ses collaborateurs ont sur le futur et qui doit guider leurs actions ?
- quelles sont les principes et valeurs à prendre en compte lors de la mise en pratique de ces projets ?

Après les différentes séances de travail, les groupes ont formalisé leurs attentes par un document nommé “ Plate-forme stratégique de l'hôpital XYZ ” ⁴⁹ .

Le regard des gestionnaires des ESE. (E1).

A partir des éléments qu'on vient de présenter, on peut synthétiser en trois composantes, le regard commun aux gestionnaires des différentes ESE faisant partie de l'étude :

- la mise en place des dispositions de la loi 100 et tout particulièrement les aspects d'amélioration de la gestion,
- le développement des projets spécifiques pour atteindre les objectifs fixés lors de l'identification des Domaines d'Activités Stratégiques –DAS-, à l'issue de l'exercice d'analyse stratégique de leurs établissements,
- le profit à tirer des avantages que chacun possède pour développer ses plans opérationnels face au défi de la nouvelle situation concurrentielle.

On retrouvera ces composantes dans toutes les Plates-formes Stratégiques des ESE concernées par notre étude. Il y aura certes des différences entre le projet d'un établissement par rapport à un autre mais celles-ci seront toujours présentes. La

⁴⁹ Dans l'annexe No.8 on verra un exemple de la “ Plate-forme Stratégique ” d'une ESE.

préoccupation première sera toujours axée sur les aspects de la gestion des établissements, bien que la priorité aille vers l'une ou l'autre des fonctions de l'entreprise.

CHAPITRE II. L'ENVIRONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SOINS DANS UNE SITUATION DE TRANSITION.

2.1. L'environnement global.

Le diagnostic stratégique se poursuit, avec l'analyse de l'environnement des établissements de soins. Le but consiste à identifier les menaces et les opportunités que doivent affronter les entreprises de l'étude. Cette tâche présente certains inconvénients car notre sujet d'étude comporte certaines particularités, peu généralisables à d'autres.

Il est indispensable de préciser, qu'on est face à une situation tout à fait spéciale, car il s'agit d'une situation de transition. Plusieurs aspects, autres que la législation, sont soumis à cette phase de transition : la gestion de personnel, le budget, les achats, les contrats, les tarifs, l'autonomie des entreprises, etc.

Transition puisque les hôpitaux publics doivent se soumettre à une transformation obligatoire en entreprises concurrentielles (Entreprise Sociale de l'Etat - ESE -). La politique publique a voulu déplacer les subventions de l'offre vers la demande. Cela se traduit par exemple, par les conditions différentes dans lesquelles se passent les contrats des services entre les distincts acteurs de la sécurité sociale, qu'il s'agisse des usagers, des fournisseurs, des professionnels de la santé, des entités de régulation, enfin des institutions qui promeuvent la santé (IPS) ou des entreprises qui offrent les services de santé (EPS).

L'analyse stratégique de l'environnement des établissements de soins impose donc certains constats :

- il s'agit **d'établissements publics** avec toutes les caractéristiques propres au secteur public,
- l'étude s'inscrit dans **une période de transition**, puisque la normativité relative à ces entreprises s'applique pour la première fois, et particulièrement, parce qu'à Bogota, la conjoncture politique a empêché l'application de la loi dans les délais prévus⁵⁰,
- étant donné la situation particulière du changement, **la priorité**, pour la plus part des ESE, a été la survie immédiate et à moyen terme,

⁵⁰ S'antafe de Bogota a été la dernière ville à appliquer la volonté de la loi 100 de transformer des hôpitaux publics en ESE. Des problèmes, liés au jeu politique conjoncturel, sont à l'origine de cette situation. Voir plus loin, les chiffres relatifs aux transformations des hôpitaux en ESE dans le pays.

- **toutes les autres organisations** en relation avec les établissements de soins (fournisseurs, syndicats de travailleurs, association de professionnels etc.) se trouvent alors dans une situation semblable, puisqu’elles sont encadrées ou soumises elles aussi, à la même réglementation,

L’information nécessaire à l’analyse de l’environnement des établissements de soins provient d’une étude complète de documents, portant sur la situation du secteur, des expériences personnelles du chercheur, des différentes sessions de travail avec les dirigeants, les cadres et tous les fonctionnaires, qui ont été interrogés tout au long de notre travail.

Enfin, ont participé, d’une façon ponctuelle, des spécialistes du secteur, des consultants, et d’autres chercheurs dans le domaine de la santé, s’occupant des autres aspects du secteur, tels que les problèmes du financement, des problèmes technologiques, ou bien des problèmes déontologiques.

Dans l’analyse de l’environnement des établissements de soins, le but consiste à identifier les menaces et les opportunités que doivent affronter les entreprises étudiées (ESE). Il s’agit de bien saisir quelles sont les conditions dans lesquelles les ESE doivent exécuter cette première phase de leur existence, et en même temps, d’identifier les obstacles liés à leur activité, ainsi que les éléments susceptibles de servir de levier à leur développement.

L’approche analytique de l’environnement des entreprises peut être réalisée à partir de trois grandes variables : le micro, le macro et le meso-environnement (Cremadez 1997). Pour la structuration des facteurs de l’environnement des ESE, on utilisera plutôt l’approche de deux grandes variables de l’environnement des entreprises, globale et spécifique (Paturel 1997), plus adaptées à notre analyse.

Parmi les facteurs liés à l’environnement des ESE, certains font partie de l’environnement global et d’autres de l’environnement spécifique (Paturel1997). La marge de manœuvre de l’entreprise sur les premiers demeure limitée, tandis que l’influence de l’action entrepreneuriale, sur les facteurs liés à l’environnement spécifique, peut être significative.

Le chapitre présente d’abord l’analyse de l’environnement global des ESE, puis celle de leur environnement spécifique. Enfin, on présentera une synthèse à partir des supports théoriques énoncés précédemment.

2.1. L’environnement global.

En premier lieu, on exposera les composantes de cet environnement ; en second lieu, on analysera leur importance vis-à-vis de l’objet d’étude.

2.1.1. Les facteurs de l’environnement global.

D’après Paturel (1997), les principaux éléments de l’environnement global peuvent être présentés dans sept catégories, certaines plus pertinentes que d’autres, selon le secteur

d'activité des entreprises soumises à l'analyse. Pour l'analyse de Cremadez (1997), ils sont au nombre de cinq. Ici, on en retiendra sept :

- l'environnement juridique,
- l'environnement économique,
- l'environnement psychosociologique,
- l'environnement technologique,
- l'environnement géographique,
- l'environnement international,
- l'environnement politique.

A partir de l'application des outils ⁵¹ de notre recherche et des différentes sessions de travail avec des spécialistes du secteur, nous apporterons quelques précisions à cette grille de lecture des facteurs liés à l'environnement global des ESE. Notamment nous donnerons plus d'importance aux aspects sociologiques liés au développement des ESE et aussi nous ajouterons un regard sur les aspects géographiques des organisations.

Le **cadre juridique** représente l'un des facteurs les plus importants parmi les éléments de l'environnement des ESE. Depuis la loi 100, ont été formulés plusieurs décrets et normes complémentaires à la loi (dans l'annexe No. 2, on trouvera la liste des aménagements de la loi et d'autres dispositions sur le système de sécurité sociale).

Parmi ces nombreux aménagements, on note plusieurs éléments contradictoires et parfois une certaine tendance à l'émergence d'une contre-réforme (Jaramillo 1997). En fait, le gouvernement actuel (1998-2002), est entrain de présenter au Parlement une réforme relative au secteur de la sécurité sociale ⁵².

Le cadre juridique représente pour les ESE le référent fondamental de leur existence. La loi leur a octroyé l'autonomie et désormais ce seront leurs propres Conseils d'Administration qui seront responsables de l'encadrement de leur fonctionnement. Néanmoins, il existe toujours un cadre de référence qui n'est pas encore complètement stabilisé : c'est la loi sur la Sécurité Sociale.

D'après l'opinion des spécialistes, un retour en arrière, relatif à la personnalité juridique des ESE, n'est pas envisageable. Mais il reste encore des aspects sur lesquels il n'y a pas d'accord quant à la manière de les appliquer. Citons seulement le statut des fonctionnaires ou leurs prestations sociales. Etant donné qu'autour des aspects sociaux ils existent autant d'intérêts conflictuels, il est capital pour les ESE de maintenir une surveillance aiguë de l'évolution de ce facteur.

L '**environnement économique** général, est un facteur déterminant pour la

⁵¹ Il s'agit particulièrement de quelques éléments du guide d'évaluation et du diagnostic du « *Premio Calidad en Salud* ». Voir le chapitre III, le tableau 3.5 et le chapitre VI à propos de la méthodologie.

⁵² Projet de Réforme de la sécurité sociale, laquelle touche particulièrement le régime de retraites et des pensions (Journal « *El Tiempo* », SantaFe de Bogota, décembre 1999).

demande des services de santé, et tout particulièrement pour la demande vers les services des ESE. Il est nécessaire de se rappeler que la couverture de la sécurité sociale en Colombie, avant la loi 100, concernait environ 16% de la population, aujourd'hui nous sommes au-dessus des 50% (d'après Perez, et al. 1998, nous étions en 1998 près de 50%). Les derniers chiffres du Ministère de la Santé signalent le 57,5% contre 71,5% qui était le but pour l'année 1998 (Annexe No. 10).

Les données sur la couverture peuvent expliquer l'importance des facteurs économiques liés à la demande des services. Il reste une grande partie de la population qui n'est pas encore couverte par le système, donc la demande potentielle demeure assez importante. Reste à savoir où elle sera orientée, et quelles seront les IPS susceptibles d'assurer la prestation des services. Cela suppose la concurrence dans le marché entre IPS privées et IPS publiques, donc les ESE⁵³, objet de notre étude.

Néanmoins il y a en même temps les facteurs propres du système de sécurité sociale actuel. Les deux régimes existants, de contribution et des subsides, sont une garantie que tous les affiliés au régime de la santé sont des usagers avec un support économique, soit parce qu'ils sont pris en charge puisqu'ils cotisent, soit parce qu'ils font partie des bénéficiaires du régime des subsides, donc pris en charge par le fonds de solidarité.

Actuellement le système de sécurité sociale concernant la santé est dans une période de transition, durant laquelle les ESE vont servir à transformer les pratiques de gestion dans les hôpitaux publics ; en particulier en ce qui concerne les transferts des ressources financières de la part de l'Etat. Les ESE devront acquérir la capacité de gestion que cela implique.

Pendant cette période de transition les ESE devront passer des contrats de prestations des services avec les Fonds Départementaux de Santé (attachés au département) ou bien avec les Fonds Locaux de Santé (attachés aux municipalités). Dans le même temps elles continueront à recevoir des ressources financières du budget national, via des transferts fiscaux. Cette figure de subsides devrait disparaître progressivement, au fur et à mesure que le système se consolide.

Postérieurement à la période de transition, pour atteindre leur chiffre d'affaires, les ESE devront trouver les ressources nécessaires à leur fonctionnement à partir de la vente de leurs services sur le marché. De même, elles devront chercher à contracter avec les différentes entités d'administration des subsides, c'est-à-dire, les EPS (*Empresas promotoras de Salud*), les CCF (*Cajas de Compensacion Familiar*) et les ESS (*Empresas Solidarias de Salud*)⁵⁴.

On peut donc conclure, que pendant une courte période, les ESE continueront à recevoir une partie de leurs ressources financières de la part de l'Etat. La durée de cette période n'est pas encore arrêtée, puisque l'application de la loi et de ses aménagements

⁵³ Par souci de clarté on rappelle ici que toutes les ESE, (*Empresas Sociales del Estado*), sont IPS (*Instituciones Prestadoras de Servicios*).

⁵⁴ Les fonctions et les activités de ces organisations seront présentées dans l'analyse des facteurs de l'environnement spécifique des ESE. Voir aussi le glossaire.

fait les frais des changements d'avis des entités étatiques. L'échéance était fixée à l'année 2002, mais aujourd'hui rien n'est moins sûr. Les projections initiales visaient une transformation des subsides à l'offre vers des subsides à la demande autour de 60% pour l'année 2000⁵⁵.

Cela est encore objet de débat au sein des instances législatives. Entre autres éléments de discussion, se trouve la détermination du pourcentage du budget des hôpitaux publics, qui devrait être assuré par l'Etat. Cette controverse (Bronsard 1998, Crozier 1997)⁵⁶,⁵⁷ est très loin de se terminer en Colombie.

Quoiqu'il en soit, les ESE doivent gagner des parts de marché et rester concurrentielles. Pour cela, il est nécessaire qu'elles se développent à l'aide des outils de la gestion privée.

Le **cadre psychosociologique** nous amène à différentes analyses. Les nouveaux contours de l'hôpital public ont développé de multiples attentes de la part des usagers mais aussi de la part de la société en général. Les individus et les organisations, entreprises, institutions se font de multiples idées à propos de ce qu'il serait désormais susceptible d'attendre de la sécurité sociale.

Une des composantes principales de la réforme est l'information des consommateurs, donc des communautés. L'information est le fondement d'une utilisation adéquate des services offerts par les ESE. En même temps, l'information relative aux droits des usagers doit contribuer au développement des entreprises étant donné que les communautés sont représentées dans les Conseils d'Administration des ESE.

Dans la mesure où la qualité de la prestation des services et des services eux-mêmes devient une priorité, l'image et la perception, que se feront les usagers des ESE, seront d'une importance capitale dans leurs rapports avec ces dernières.

Il faut se rappeler que dans la nouvelle structure du système de la sécurité sociale, le libre choix des usagers existe ; mais aussi que les ESE passent des contrats avec des intermédiaires des services de santé, c'est à dire les EPS, CCF ou bien ESS. Donc l'image des ESE devient fondamentale quant à leur réussite au sein du marché.

Dans ce domaine, il est nécessaire de souligner, que le système de santé en général et les hôpitaux publics en particulier ont un lourd passé. Les préjugés sur les services hospitaliers, leur caractère de charité publique, leur inefficacité sont autant de handicaps et d'obstacles à surmonter pour développer une nouvelle image.

On touche donc au domaine de la légitimité de l'action des ESE dans le contexte légal mais aussi dans le cadre de leur passé et des circonstances actuelles. On peut parler de crise d'identité et de crise de légitimité (voir Krief 1999, à propos de la situation de la réforme hospitalière en France en 1991) dans le sens de l'urgence d'une reconstruction et d'un nouvel espace au sein du contexte social.

⁵⁵ Voir plus loin le tableau No. 2.6 concernant cette projection de la loi 334 de 1996.

⁵⁶ Cette situation implique un grand débat puisqu'il s'agit du passage des subsides à l'offre vers les subsides à la demande.

⁵⁷ On lira particulièrement dans le livre de Michel CROZIER « Etat modeste, état moderne », la postface à l'édition de 1997.

On constate le même fait, à l'égard des fonctionnaires appartenant aux différents services des hôpitaux étudiés, sur leur perception de l'hôpital. Lors de l'analyse des facteurs spécifiques de l'environnement des hôpitaux, on montrera cette caractéristique.

Transposer aux structures de soins publiques des méthodes de gestion des entreprises privées, c'est une tâche fort difficile, particulièrement, si au départ on ne peut compter avec les ressources professionnelles nécessaires et d'autant plus si les acteurs concernés ne croient pas en leurs propres capacités à assumer de nouvelles responsabilités. Les préjugés chez les fonctionnaires sont fortement enracinés.

Le **contexte technologique** des ESE, dans le sens des facteurs touchant la technologie générique des soins hospitaliers, reste un aspect important, mais non déterminant dans notre analyse.

Les développements technologiques (scientifiques et médicaux), propres aux activités de soins, ont été régulièrement incorporés dans le contexte du développement du secteur public de la santé en Colombie. Les investissements conséquents, que cela implique, ont imposé que soit l'Etat, le premier à réaliser de telles démarches.

On ne trouvera pas ici la place pour une analyse de ce propos, mais on peut signaler que cette activité de développement technologique n'a pas été accompagnée d'une planification adéquate et que les établissements de soins du secteur public, souffrent soit du manque soit de l'excès de technologie. Ce sera l'objet de notre analyse dans le cadre des facteurs de l'environnement spécifique.

Il n'existe pas un système de veille stratégique à cet égard dans les hôpitaux et de plus cela demeure pour le moment de la responsabilité des administrations du système de la santé en général (Ministère de la Santé, Directions Départementales, Directions Locales).

L'environnement géographique, plus que l'environnement climatique, constitue un facteur essentiel dans le développement des ESE et dans l'analyse stratégique de leurs possibilités. La création des hôpitaux publics, particulièrement à Bogota, n'a pas fait l'objet d'un plan de développement de la santé dans la capitale du pays. Cela a été le produit un peu circonstanciel du développement de la ville ⁵⁸, lequel a été le reflet du développement économique du pays.

Les ESE ont vu le jour là où elles ont été implantées à l'origine et ont connu des développements imposés par la force des circonstances de leur existence.

L'emplacement d'une entreprise est en soi capital, dans le cas des établissements de soins, en particulier, dans la mesure où cela lui rend plus ou moins évident l'accomplissement de ses devoirs, signifie la réussite de son développement.

En effet, selon la localisation de l'établissement peuvent se poser des problèmes d'accès des usagers, des fournisseurs (absence de moyens de transport, dangerosité du

⁵⁸ Santafé de Bogota, comme les différentes capitales des pays latino-américains, a connu un développement déterminé par différents facteurs, parmi lesquels, un de plus importants, la population rurale attirée par un certain développement industriel, mais surtout poussée par la pauvreté des campagnes et des petites villes. Cela a formé de grandes concentrations de population dans les bidons villes.

quartier...), mais aussi des problèmes de fonctionnement avec les autres hôpitaux (éloignement trop important...) et parfois même des problèmes liés au refus des professionnels à exercer dans de telles conditions.

Dans le cas des ESE de notre étude, ce facteur est, pour certains d'entre eux, un véritable handicap, puisque leur emplacement géographique peut faire obstacle à leur activité (voir l'annexe No. 6 descriptifs des hôpitaux analysés). A cela encore peut-on ajouter des problèmes de communication (y compris téléphonique) rendant la situation d'autant plus complexe.

Cet état de fait représente un élément parmi d'autres, une contrainte au développement de la concurrence en général. Néanmoins, cela peut parfois constituer un point fort pour certaines ESE se retrouvant seules à offrir des services de soins dans certains quartiers.

Incontestablement, le facteur géographique devra être incorporé dans les stratégies établies pour ces hôpitaux.

Le **cadre international** de l'environnement des ESE prend une importance dans le cadre des possibles manœuvres stratégiques qu'elles se donnent.

L'environnement international ne touche pas directement le développement des organisations analysées. Mais, comme on le verra dans l'analyse des résultats du terrain, il est toujours possible de trouver des ressources dans le scénario international, pour développer certains projets spécifiques de quelques hôpitaux publics.

Donc pour les ESE, le facteur international reste une donnée à surveiller régulièrement, dans la recherche de partenaires ou de supports pour des projets spécifiques. Que ce soit sur le plan technique, financier, scientifique ou bien dans le cadre d'un projet de soins très précis⁵⁹, il y aura toujours des possibilités dans ce domaine (voir annexe No. 6 descriptions des hôpitaux analysés).

On notera ici particulièrement des situations telles que les échanges des médecins dans le cadre d'accords avec des établissements de soins étrangers, le partenariat pour la formation relative à des aspects médicaux spécifiques, l'éventuel financement de projets particuliers.

Enfin, **l'environnement politique**, à propos duquel il faut faire appel à la situation particulière du développement socio-économique et politique de la Colombie. Bien que le facteur politique ne touche pas d'une manière directe et immédiate chaque hôpital en particulier, il faut avoir présent à l'esprit, que les changements politiques intérieurs dans le pays, entraînent régulièrement, des bouleversements non négligeables à l'égard de l'ensemble des institutions publiques et notamment des aspects de la politique sociale (voir Annexe No. 1).

Comme il a été signalé dans le premier chapitre, la discussion même de la réforme et ses résultats (le volet sécurité sociale et le volet fonds de pensions de la loi 100)

⁵⁹ Cela a été le cas à propos de Fondations privées ou d'hôpitaux publics qui développent des projets spécifiques tels que : le bec-de-lièvre, les victimes des mines anti-personnelles, les handicapés mentaux et autres. Voir la liste des institutions consultées dans l'annexe No. 12.

démontrent l'importance de ce facteur. Un bon exemple en est Bogota, la capitale du pays, où la transformation des hôpitaux publics en ESE s'est seulement faite durant l'année 1998, tandis que dans toutes les autres villes du pays, ce processus était déjà terminé.

Les différents problèmes de nature politique, relatifs aux pouvoirs locaux et régionaux, seront durant la période de transition un des aspects fondamentaux des stratégies que devront élaborer les ESE.

Les changements politiques au sein du pouvoir central de l'Etat auraient une influence assez considérable dans les établissements de soins, mais les changements politiques au sein des localités pourront avoir des conséquences bien plus étendues. Dans cette mesure, le facteur politique devient un élément d'une très grande importance stratégique.

On peut constater que les différents facteurs de l'environnement global des établissements de soins vont jouer un rôle fondamental, bien que les ESE ne puissent agir sur eux. Cela demande donc une veille stratégique particulière, orientée vers la recherche d'éléments de levier susceptibles de les aider à identifier des avantages pour leur développement.

2.1.2. L'analyse de leur importance.

L'analyse des facteurs de l'environnement global des ESE et leur degré d'importance par rapport à l'analyse générale de l'environnement, et particulièrement par rapport à la veille stratégique qu'ils devront entreprendre, a fait l'objet de plusieurs réunions de leurs dirigeants, mais aussi d'experts indépendants, de consultants et d'universitaires.

Trois groupes de travail différents ont été développés pour parvenir à la hiérarchisation des composantes de l'environnement global des ESE :

- des experts et consultants indépendants,
- des cadres de direction de divers établissements de soin,
- des chercheurs et des universitaires,

Le résultat de cette démarche est un classement des composantes identifiées, devant être pris en compte lors de l'élaboration de la politique de veille de la part des ESE. Ce classement, établi à partir d'une échelle signalant l'importance de chaque facteur entre 0,0 et 10,0, a été le suivant :

L'environnement économique est le facteur identifié comme **le plus important** à prendre en compte (8,6). Le fait de la transition du système de santé n'enlève ni la responsabilité ni le rôle des hôpitaux publics à l'égard d'une grande partie de la population, qui n'a pas encore accès aux services de santé. En revanche subsiste l'ensemble des usagers traditionnels des services de santé, auprès desquels les établissements de soins publics demeurent le lieu de prestations par défaut.

Le profil économique de la population qui fréquente les hôpitaux publics va avoir une incidence lors de leur choix d'un établissement de soins y compris dans des

circonstances d'ouverture et de libre choix.

Il faut retenir, qu'aujourd'hui encore, la plupart des personnes ne compte pas sur les services de santé.

Le cadre juridique est classé au **deuxième rang** parmi les éléments faisant partie de l'environnement global (8,0). Dans la mesure où il existe un important débat autour de la loi 100 et de ses différents aménagements, de même à propos des différentes dispositions juridiques de la sécurité sociale, le cadre juridique est considéré comme très influent pour l'avenir des ESE.

Comme il a été signalé, il y a eu différentes initiatives de réformes à la Réforme. Actuellement est en cours un projet au Parlement de la République, afin d'introduire une réforme de la Loi 100⁶⁰.

Ces éléments renforcent l'idée selon laquelle le cadre juridique est un facteur que doivent suivre attentivement les établissements de soins.

L'environnement politique, troisième dans le classement, joue un rôle non négligeable dans la mesure, entre autres, où le poids des politiciens, notamment dans les quartiers de la ville, au regard des différentes ESE peut être capital à moyen terme (7,6) ; mais particulièrement, parce que le rôle de l'Etat, dans le système de la sécurité sociale, est défini en grande partie par le jeu des différentes forces en présence dans le Parlement.

Le cadre psychosociologique, en quatrième position, demeure néanmoins important quant à la stratégie (7,2). Il s'agit de la légitimité des ESE, dans le contexte des nouvelles conditions d'existence des hôpitaux publics.

L'identité des hôpitaux publics, le rapport avec les usagers, ainsi que leur image face aux entités intermédiaires (EPS), sont à prendre en compte lors de la veille stratégique.

Il en sera de même, on le verra plus loin dans l'analyse interne des ESE, pour la marge de manœuvre des institutions, lorsqu'il s'agira de rapports avec leurs fonctionnaires.

L'environnement géographique est placé au cinquième rang (6,8). Même si la situation géographique des ESE est immuable, les experts estiment que des actions sont tout à fait envisageables pour améliorer, non seulement l'emplacement de certains établissements, mais particulièrement pour trouver les ressources nécessaires à des aménagements intérieurs.

Il s'agit de prêter attention aux éléments relatifs à la distribution territoriale dans la ville, mais en même temps, aux ressources pour réaliser des améliorations dans les locaux existants.

Le contexte technologique, au seizième rang (6,0) du classement des éléments faisant partie de l'environnement global, indique que l'importance donnée aux éléments technologiques n'est pas perçue comme fondamentale pour la démarche stratégique des ESE.

Effectivement, la plupart des experts consultants ne perçoivent pas, actuellement, le

⁶⁰ Journal « El Tiempo », novembre, décembre 1999.

domaine technologique comme un facteur clef des défis des ESE. C’est un facteur à prendre en compte, mais il y en a bien d’autres plus essentiels.

Le cadre international est l’élément de l’environnement global classé au dernier rang (5,2). Le poids accordé à ce facteur est lié aux possibilités de trouver des ressources économiques pour développer certains projets particuliers. Il semble qu’il ne soit pas perçu comme un facteur susceptible de jouer un rôle prépondérant dans les conditions actuelles des ESE.

L’élaboration de stratégies de démarches manageriales collectives va permettre aux ESE de se mobiliser pour faire face à ces contraintes.

2.2 L’environnement spécifique.

Il s’agit des facteurs les plus proches de l’existence des établissements étudiés. Les possibilités d’influer et d’agir sur ceux-ci constituent la différence par rapport aux éléments de l’environnement global.

Il est nécessaire de préciser les notions qui seront utilisées dans l’analyse de l’environnement spécifique, mais aussi pour une meilleure compréhension du fonctionnement du système de la sécurité sociale.

2.2.1. Définitions sur les facteurs spécifiques.

La loi détermine que le système de sécurité sociale est intégral dans la mesure où il recherche le fonctionnement d’un ensemble d’entités publiques et privées, certaines vont accomplir les fonctions d’assurance de la prestation des services de santé, d’autres la fonction de fournisseurs de services de soins et de santé en générale. Elles vont administrer les régimes établis pour les pensions, la santé, les risques professionnels, et les autres services sociaux complémentaires.

Dans le domaine du Secteur de la Santé en Colombie, la loi a défini le **Système Général de Sécurité Sociale en Santé (SGSSS)**.⁶¹ On donnera ici les caractéristiques et définitions des institutions et des entreprises faisant partie du système, ainsi que les rapports qui peuvent exister entre elles.

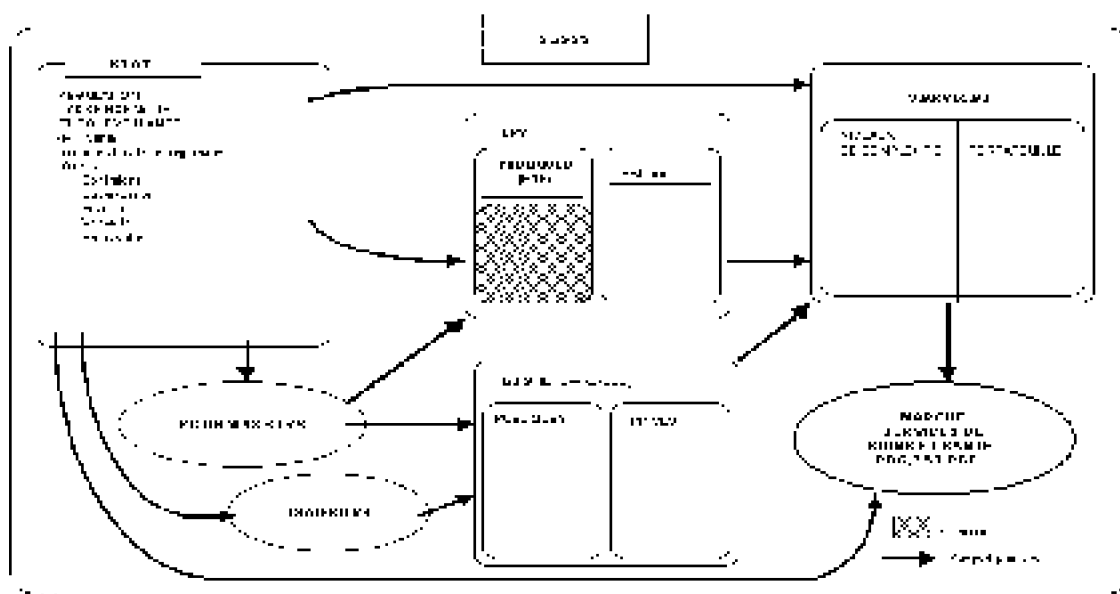
La loi définit aussi les différentes institutions faisant partie du système : les entités de promotion de la santé (*Entidades Promotoras de Salud*)–**EPS**–, les institutions de prestation de services (*Instituciones Prestadoras de Servicios*) –**IPS**–, et en même temps ; elle définit le plan obligatoire de santé (*Planes Obligatorios de Salud*) –**POS**– et le plan d’attention basique de santé (*Planes de Atencion Basica*) –**PAB**.

Le système fait une distinction entre deux régimes de financement : le régime de contribution et le régime des subsides, lesquelles sont intégrées dans le Fonds de compensation et de garantie (*Fondo de Compensacion y Garantias*) –**FOSyGA**–, enfin la loi détermine le fonctionnement de la direction et du contrôle du système.

⁶¹ Loi 100, livre deux, articles, 152,153,154 et 156.

Il nous semble nécessaire de rappeler ici la figure No. 1.1, dans le chapitre I, qui représente le schéma du fonctionnement de la sécurité sociale en matière de santé. Neamonis dans la figure No. 2.1 sont représentés les différents acteurs du Système Général de Sécurité Sociale en matière de Santé (SGSSS). Leurs composantes seront définies dans le paragraphe suivant. Les sigles utilisés seront les suivants :

- ARS :**
Administrateur du Régime des Subsidés ;
- ARP :**
Administrateur des Risques Professionnels ;
- CCF :**
Caisse de Compensations Familiales ;
- EPS :**
Entreprise pour la Promotion des services de Santé
- ESE :**
Entreprise Sociale de l'Etat ;
- ESS :**
Entreprise Solidaire de Santé ;
- FOSyGA :**
Fonds de Solidarité et de Garanties ;
- IPS :**
Institution d'Offre de Services de Santé ;
- ISS :**
Institut de la Sécurité Sociale ;
- PAB :**
Plan d'Attention Basique
- PCS :**
Plan Complémentaire de Santé
- POS :**
Plan Obligatoire de Santé
- SGSSS :**
Système Général de Sécurité Sociale de la Santé;



Le système comporte trois acteurs principaux : les EPS, les fournisseurs et les usagers. Mais il est nécessaire d'inclure un quatrième acteur d'une importance majeure, l'Etat :

- les **EPS**, « **Empresas Promotoras de Salud** », (Entreprises pour Promouvoir les Services de Santé).
- **Les fournisseurs** , soit les professionnels, les laboratoires pharmaceutiques, les entreprises de sous-traitance, les fournisseurs d'équipements, les fournisseurs des biens et services divers, les entreprises d'offre de services de santé (**les IPS**), etc.
- **Les usagers** , donc, les communautés et les personnes auxquelles les hôpitaux offrent leurs services,
- **l'Etat** demeure encore le principal client des services des hôpitaux, puisqu'il conserve les institutions de sécurité sociale les plus étendues et les plus puissantes (ISS, CAJANAL) ; c'est en même temps l'autorité de régulation et de partenariat par

définition.

Chacun des ces acteurs doit être présenté selon le rôle et les rapports qu'il entretient avec les autres acteurs du système.

1) Les EPS. (Empresas Promotoras de Salud)

Les EPS sont le principal pilier du système.⁶² Elles sont chargées de promouvoir les services de santé au sein de la population. Elles résultent de la fin du monopole dans les processus d'affiliation au régime de la sécurité sociale et de la séparation entre les systèmes de financement et de prestation des services de santé.

En principe les EPS peuvent être soit publiques, soit privées. De ce fait, quelques entités publiques existantes lors de la promulgation de la loi (nommées Caisses de Prévision Publiques -*Cajas de Prevision Publicas*-), ont dû se transformer en EPS, certaines ont été liquidées légalement.

Les EPS ont deux types de fonctions :

- la *gestion d'assurances*. C'est-à-dire qu'elles gèrent le processus complet d'affiliation (enregistrement et perception des cotisations). Elles doivent faire et maintenir la comptabilité des recettes perçues, et déduire les coûts des prestations des services⁶³ à ses bénéficiaires selon les tarifs signalés par les responsables du SGSSS. C'est la base de l'équilibre des ressources économiques des EPS.
- la *protection de la santé*. Elles doivent développer un plan de protection de la santé pour ses bénéficiaires, à partir du Plan Obligatoire de Santé –POS – (*Plan Obligatorio de Salud*)⁶⁴, lequel devra être garanti soit directement par l'EPS soit par contrat avec un tiers. Les EPS doivent alors maintenir des réseaux de fournisseurs de services de santé (institutions d'offre de services de santé –IPS-), de telle sorte que ses bénéficiaires puissent avoir accès à tout type de services de santé : de la prévention jusqu'aux urgences ainsi que les interventions de haute complexité.

Les EPS ne sont donc ni des institutions de soins, ni des hôpitaux. Ce sont des entités intermédiaires entre les usagers et les institutions d'offre des services. Cependant, elles peuvent offrir directement certains services, par exemple la promotion de la santé et la prévention des maladies, dans certains cas elles sont devenues de véritables établissements de soins. Pour assumer leurs responsabilités les ESE peuvent développer différentes stratégies, dans tous les cas à partir de contrats souscrits avec des entreprises d'une autre spécialisation, ainsi :

⁶² Loi 100, articles, 90, 129, 177, et ss, 184, 236, 240, 275, 287. Postérieurement, on trouve plusieurs décrets et autres formes de législation à propos des EPS.

l'imagerie médicale,

les médicaments,

⁶³ Les coûts de la prestation des services *per capita*, par bénéficiaire, sont établis à partir d'un plan de santé à coût standard, lequel permet de déterminer les Unités de Règlement par Capitation UPC – *Unidades de Pago por Capitacion*. Les UPC sont le montant que le système de santé octroie aux EPS pour chaque affilié.

l'hospitalisation,

⁶⁴ Loi 100, article 162.

- les urgences et la chirurgie,
- différentes formes de réassurances

Mais elles doivent également assumer tous les processus d'attention et de soins, c'est-à-dire jouer le rôle d'intermédiaire (EPS) et celui d'opérateur des services d'attention de soins (IPS). Tel est le cas de l'Institut de la Sécurité Sociale –ISS- (*Instituto de Seguros Sociales*), l'entité publique qui détenait le monopole de la sécurité sociale avant la loi 100.

Parmi les EPS on peut signaler deux groupes qui présentent une certaine particularité : les Caisses de Compensation Familiales –**CCF**- (*Cajas de Compensacion Familiar*), qui sont des entités privées préexistantes à la loi 100 et qui s'occupent des allocations familiales et d'autres aides, parmi lesquelles des programmes de santé, aux travailleurs ; et les Entreprises Solidaires de Santé –**ESS**- (*Empresas Solidarias de Salud*), créées par la loi 100, pour gérer une partie des subsides en matière de santé.

Les **CCF**, (*Cajas de Compensacion Familiar*) caisses de compensation familiale, font partie d'un système d'inspiration française créé en 1954 ; elles ont en charge les allocations familiales. Les chefs d'entreprises doivent cotiser 4% du montant de l'ensemble des salaires, que les CCF doivent distribuer aux travailleurs en fonction de la taille de leurs familles.

Depuis 1982, elles offrent d'autres services tels que le financement pour l'achat d'un logement, des supermarchés populaires mais aussi une couverture en matière de santé. Avec la loi 100, la plupart d'entre elles se sont transformées en EPS tout en offrant une grande partie des services de soins et de santé, elles sont donc en même temps IPS.

Elles ont la réputation d'être de bonnes gestionnaires, étant donné leur caractère privé, mais aussi pour la réussite de leurs programmes et particulièrement ceux de santé qu'elles géraient avant la loi 100. Depuis quelques années (1990) une partie de leurs ressources économiques est affectée à des programmes visant les couches de population les plus démunies.

En 1997, 37 CCF -soit 57%- faisaient partie intégrante du système de contribution de la sécurité sociale en matière de santé. Désormais elles doivent réorienter leurs excédents financiers vers le régime des subsides de santé. Dans l'annexe No. 5 on verra la proportion des CCF dans les EPS.

Les **ESS**, (*Empresas Solidarias de Salud*)⁶⁵, sont un instrument de la loi 100, pour gérer les ressources du régime des subsides. Elles sont une émanation de la loi 100 et sont aménagées par des dispositions du CONPES⁶⁶ (*Consejo Nacional de Politica Economica y Social*)⁶⁷. C'est le programme d'entreprises solidaires (« Programa

⁶⁵ On lira à ce propos « Empresas Solidarias de Salud », Ministerio de Salud, Gerencia Nacional de ESS, y Fundacion Foro por Colombia. Bogota, 1995.

⁶⁶ C'est l'autorité de la politique économique de l'état.

⁶⁷ Loi 100 et document CONPES No.1 de 1993.

Empresas Solidarias »)

Les ESS ont été créées pour faciliter la gestion du régime des subsides de la sécurité sociale en matière de santé. Elles sont par définition des entreprises à caractère social, solidaire et communautaire, sans but lucratif.

Elles gèrent des ressources orientées vers les communautés les plus pauvres, ce sont les subsides à la demande. Pour cela, elles ont recours au Plan Obligatoire de Santé- avec Subside (POS-S). Elles deviennent donc des acheteurs potentiels des services offerts par les IPS.

Elles sont orientées vers les populations :

- des municipalités à haut risque, des « *Necesidades Basicas Insatisfechas* » (Nécessités Premières Non Satisfaites), -indice NBI supérieur à 60% de la population-⁶⁸ (annexes No. 10 et 11),
- des municipalités faisant partie du « *Plan Nacional de Rehabilitacion* », (Plan national de réhabilitation)⁶⁹,
- les différents groupes de population ayant un NBI élevé (plus de 60%),
- des organisations sociales comptant au moins 5000 affiliés.

En mai 1997, les ESS étaient au nombre de 165, sur le territoire national, comptant 1,8 millions d'affiliés (Jaramillo 1997). Les ESS rurales ont le monopole naturel d'assurer la santé, mais dans les grandes villes, Bogota par exemple, elles ont du mal à participer compte tenu de la concurrence avec des EPS et CCF.

Parmi les mécanismes créés par la loi, les ESS ont une grande importance dans la réussite de l'objectif de la participation des communautés dans le système. Il est probable que, dans un futur proche, les ESS feront des alliances entre elles mais aussi avec d'autres acteurs tels que les EPS ou les CCF. On trouvera dans l'annexe No. 3 des chiffres sur la performance de ces organisations.

Les **ARP** (*Administradoras de Riesgos Profesionales*) les administrateurs des risques professionnels. Il s'agit des entreprises qui offrent une couverture des différents risques liés à la vie professionnelle des affiliés : maladies liées à l'activité professionnelle ou accidents du travail.

Tous les travailleurs doivent être inscrits dans un ARP. Lors d'un accident de travail ou d'une maladie liée à l'activité professionnelle, les EPS ont l'obligation d'une prestation de services correspondante. Elles doivent ensuite demander à l'ARP, auquel est affilié le patient, le règlement de la prestation.

Ce système d'assurance est d'une très haute rentabilité (plus de 50%), par rapport aux coûts réels de la couverture des risques (moins de 5%). (Jaramillo, Olano, Lujan 1998).

⁶⁸ Le NBI, c'est un indicateur de pauvreté, qui mesure le manque d'accès aux services indispensables et autres éléments liée à la qualité de vie de la population.

⁶⁹ Le Plan National de Réhabilitation est un programme gouvernemental, orienté vers les communautés les plus pauvres du pays et vers les EPS.

Les ARP doivent consentir un minimum d'investissements pour les activités de

prévention et de promotion de la santé, entre autre, par le biais de contrats avec les EPS. Les autres peuvent être développées directement par les ARP. Dans la réalité, la plupart des ARP fait partie de groupes entrepreneuriaux, dans lesquels il y a des EPS (intégration verticale).

On dira, en conclusion, donc, que font partie de la catégorie des EPS les organisations suivantes : les EPS créées par la loi 100, les CCF, les ESS, les ARP et autres organisations, certaines institutions de l'Etat tel que l'ISS, qu'on étudiera dans le paragraphe correspondant à l'Etat acteur du système de la sécurité sociale.

2) Les fournisseurs (IPS – Instituciones Prestadoras de Servicios).

Les fournisseurs sont principalement les institutions d'offre des services de soins (IPS), les professionnels du secteur de la santé, les industries pharmaceutiques, les entreprises de sous-traitance, les fournisseurs d'équipements, les entreprises fournisseurs de biens et services divers, etc.

Les IPS ⁷⁰.

L'autre pilier essentiel, du système de la sécurité sociale en matière de santé, est constitué par les institutions qui offrent des services de santé en général et notamment les soins aux malades. Il s'agit des établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés. Parmi eux les plus notables sont les hôpitaux et les cliniques.

Effectivement parmi les IPS il y a un grand nombre d'institutions qui offrent un ensemble de services et de produits dans des gammes très variées. Ainsi :

- les hôpitaux et cliniques,
- les laboratoires d'analyses médicales,
- les pharmacies spécialisées,
- la radiologie,
- l'imagerie médicale,
- différents services spécialisés (gériatrie, aides-soignantes, kinésithérapeutes, etc.),

On s'intéressera ici uniquement à des hôpitaux et des cliniques faisant partie des IPS du système de la sécurité sociale en matière de santé. Les autres types d'IPS ne sont pas très significatifs pour notre analyse.

Pour ce qui relève des IPS publiques, la loi crée une nouvelle entité publique nommée Entreprise Sociale de l'Etat – **ESE** – (*Empresa Social de Estado*) ⁷¹. Il s'agit d'une catégorie spéciale d'entités publiques, décentralisées, dotées d'une personnalité juridique, donc d'un patrimoine propre et de l'autonomie administrative.

Le personnel est intégré au régime des fonctionnaires, les contrats qu'elles passent

⁷⁰ Loi 100, articles 129, 156, 162. Mais aussi dans certains articles de la loi 10 de 1990 (19 y 24) et de la loi 60 de 1993 (34 y 35).

⁷¹ Loi 100, article 194.

sont soumis aux règles du droit privé. En outre, il est établi un système de remboursement contre la prestation des services de santé, de la même façon que dans les entreprises industrielles et commerciales de l'Etat. Nous avons présenté dans le premier chapitre (paragraphe 4) les principales caractéristiques de ces entreprises.

Les ESE sont classées par le niveau de complexité des services qu'elles offrent : ⁷²

- **Premier niveau** : c'est le plus simple des niveaux de prestation des services de santé. Il offre la réalisation des procédures sur des pathologies d'urgences légères ou modérées. Il assure la présence des médecins généraux, infirmières chefs, auxiliaires d'infirmier, du personnel administratif et au moins le service d'une ambulance. Le plus souvent, ils sont organisés en Unités d'Attention Première (*Unidades Primarias de Atencion -UPA-*) et Unités d'Attention Basique (*Unidades de Atencion Basica -UBA-*). Dans certains cas ils ont aussi des Centres d'Attention Médicale Immédiate (*Centros de Atencion Medica Inmediata -CAMI-*), pour des urgences spéciales, des accouchements sans risque particulier, avec toujours l'appui des spécialistes en gynéco-obstétrique et pédiatrie.
- **Deuxième niveau** : c'est la complexité moyenne, il est à l'appui des premiers niveaux en ce qui concerne le diagnostic, le traitement de la maladie et certains supports administratifs. Il dispose de plus de spécialistes qu'au premier niveau : internes, chirurgiens généralistes, anesthésistes, orthopédistes, psychiatres, dentistes et généralistes. Ils ont parfois plus d'une ambulance.
- **Troisième niveau** : il suppose une technologie plus complexe et du personnel doté d'un plus grand éventail de spécialisations. Il possède des imageries médicales assez sophistiquées, différents laboratoires, banques de sang, etc. Régulièrement il a à sa disposition un parc d'ambulances important avec les supports médicaux nécessaires.

Dans la conception du réseau hospitalier, la loi en générale, et à Bogota en particulier, aucun hôpital ne développe ses activités de façon isolée. Il a été organisé une structure de quatre réseaux d'hôpitaux, à partir de leur situation géographique : le nord, le sud, le sud-est et le sud-ouest. Cela correspond à la manière dont la ville est distribuée sur le territoire (Annexe No 13).

Les professionnels de la santé et leurs Associations.

Il s'agit des différents professionnels de la santé : les médecins, les spécialistes (cardiologie, médecine interne, neurologie, etc.), les infirmiers, les dentistes, etc., mais aussi de leurs associations, dans la mesure où elles deviennent parfois des fournisseurs de services pour les IPS.

L'importance de cet élément est évidente lorsqu'on regarde les tarifs qui ont été pratiqués par certains services offerts par les IPS. Dans certains cas (l'orthopédie, l'anesthésie), ils ont été établis à partir d'accords avec les associations correspondantes ; mais quelques fois imposés par les rapports de forces que ces différentes associations et syndicats entretiennent dans la réalité quotidienne des hôpitaux, par exemple lors de

⁷² C'est identique pour l'ensemble du pays, mais ici on présente celui de Santafé de Bogota. Voir : « Analisis del sector salud en el Distrito Capital 1990-1998 », Secretaria de Salud de Bogota, Santafe de Bogota, 1998.

conflits de nature syndicale.

Dans la mesure où le contrat de prestation de services de soin est un rapport entre l'offre et la demande de services de santé, il constitue un facteur d'incitation à l'offre de services, au développement et l'utilisation de certaines technologies. Finalement, il représente un facteur clé pour la fixation des coûts globaux du système et pour la qualité dans la prestation des services.

Les principaux types de contrats entre les différents acteurs, qui administrent les ressources économiques du système (EPS) et ceux qui offrent les services de soins (IPS), sont déterminants des coûts des IPS, donc le choix d'un type de contrat plutôt qu'un autre est décisif dans la gestion de ces institutions.

Parmi les principaux types de contrats on trouve :

- le paiement par service exécuté,
- le paiement par capitation⁷³,
- le paiement intégral des soins rendus après un diagnostic donné,
- le paiement par salaire,
- le paiement par budget.

Les principales caractéristiques des différentes formes de contrats sont présentées dans le tableau No. 2.1 (services médicaux) et No. 2.2 (services hospitaliers). Il est évident qu'il n'existe pas de contrat optimal pour toutes les circonstances. Les différentes causes de maladies, et par voie de conséquence la nature des différentes demandes de soins, ont une influence sur le choix d'un type de contrat plutôt qu'un autre. Le niveau de développement et la qualité de l'institution, qui offre le service de santé, auront une grande influence quant à la détermination du type de contrat.

Tout contrat implique un risque, dans le sens où subsiste la possibilité de devoir assumer des coûts inattendus. Le contrat souscrit va donc déterminer celui qui devra assumer les risques.

⁷³ Capitation : c'est la taxe levée par individu. Prestation

TYPE DE CONTRAT	DEFINITION	DOMAINE PRINCIPAL D'UTILISATION	CONTROLE DES COUTS D'APRES L'EPS	EFFETS SUR L'OFFRE DES SERVICES	PROPOSICTIONS POUR L'AP
REGLEMENT PAR SERVICES RENDUS AVEC ACCORD PREALABLE SUR LE PRIX	Règlement par services rendus aux prix accordés entre médecins et les entreprises qui administrent le service (EPS)	Consultations des spécialistes, hospitalisations. Services techniques de diagnostic.	Contrôle satisfaisante de l'IPS et de l'EPS. Cela dépend du pouvoir que peuvent avoir les acteurs sur le marché.	Incite à la demande puisqu'il détermine le rapport entre les services rendus et le revenu du fournisseur des services. Incite à l'utilisation de services superflus. Le coût revient sur le patient.	Son a facile demand admin impo acteu beau sur le
REGLEMENT PAR SERVICES RENDUS SANS ACCORD PREALABLE SUR LE PRIX	Règlement par services rendus. Les prix sont déterminés par ceux qui contrôlent le marché (soit les EPS ou les IPS)	Consultations des spécialistes, hospitalisations. Services techniques de diagnostic :	L'assuré n'a pas de pouvoir face au fournisseur des services. Cela incite à la surfacturation	Incite à la demande puisqu'il détermine le rapport entre les services rendus et le revenu du fournisseur des services. Incite à l'utilisation de services superflus. Le coût revient sur le patient C'est le plus courant et élève les coûts.	Son a facile demand admin impo
REGLEMENT PAR CAPITATION	Règlement d'une somme fixe pour chaque personne ou chaque famille affiliée.	Les services du premier niveau de complexité.	Offre un meilleur contrôle puisque le rapport est direct entre EPS et IPS. Incite à la prévention chez les médecins.	Incite à la minimisation des coûts et cela peut entraîner des problèmes de qualité des services de soin.	La di à éta il sem longe
REGLEMENT PAR SALAIRE	Versement d'un salaire aux fournisseurs (médecins).	Ne s'utilise pas dans les hôpitaux. Il sert dans les centres de santé et pour certaines spécialités.	Permet un bon contrôle à condition d'une assignation de charge de travail très ferme aux médecins.	Il ne présente pas d'incitation à la productivité. La qualité peut souffrir des conséquences de la fixation des salaires.	La ge

TYPE DE CONTRAT	DEFINITION	DOMAINE PRINCIPAL D'UTILISATION	CONTROLE DES COUTS D'APRES L'EPS	EFFETS SUR L'OFFRE DES SERVICES	PP PO L'
REGLEMENT PAR CAS	Règlement de la valeur totale d'un traitement à partir du calcul des consultations nécessaires. Exemple les Groupes Homogènes de Diagnostic.	Les traitements standardisés, par exemple les accouchements	Offre un meilleur contrôle puisque le rapport est direct entre EPS et IPS. Incite à la prévention chez les médecins. Peut donner lieu a des diagnostic très pointus donc représenter des surcoûts dans le cas de maladies rares.	Incite le médecin à des diagnostics excessifs ; dans sa recherche de revenus plus élevés.	Le da m ca eff pe mo ca co
REGLEMENT PAR BUDGET HISTORIQUE.	Règlement annuel global a partir du comportement historique des dépenses. S'utilise dans certains hôpitaux.				
BUDGET PROSPECTIF.	Règlement calculé à partir des dépenses que l'institution s'attendre à avoir. S'utilise dans certaines hôpitaux				

Source: GIEDION Ursula et al. « Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de seguridad social. », Santafé de Bogotá : Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo y FES, 1995. p. 18-19

PREMIERE PARTIE: CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE.

TYPE DE CONTRAT	DEFINITION	DOMAINE PRINCIPAL D'UTILISATION	CONTROLE DES COUTS D'APRES L'EPS	EFFETS SUR L'OFFRE DES SERVICES	PROBLÈME POUR L'AP
REGLEMENT PAR SERVICES RENDUS AVEC ACCORD PREALABLE SUR LE PRIX	Règlement par services rendus aux prix accordés entre médecins et les entreprises qui administrent le service (EPS)	Consultations des spécialistes, hospitalisations. Services techniques de diagnostic.	Contrôle satisfaisant de l'IPS et de l'EPS. Cela dépend du pouvoir que peuvent avoir les acteurs sur le marché.	Incite à la demande puisqu'il détermine le rapport entre les services rendus et le revenu du fournisseur des services. Incite à l'utilisation de services superflus. Le coût revient sur le patient.	Son accès est facile, la demande administrative importante, beaucoup de services sur le marché.
REGLEMENT PAR SERVICES RENDUS SANS ACCORD PREALABLE SUR LE PRIX	Règlement par services rendus. Les prix sont déterminés par ceux qui contrôlent le marché (soit les EPS ou les IPS)	Consultations des spécialistes, hospitalisations. Services techniques de diagnostic	L'assuré n'a pas de pouvoir face au fournisseur des services. Cela incite à la surfacturation	Incite à la demande puisqu'il détermine le rapport entre les services rendus et le revenu du fournisseur des services. Incite à l'utilisation de services superflus. Le coût revient sur le patient. C'est le plus courant et élève les coûts.	Son accès est facile, la demande administrative importante.
REGLEMENT PAR CAPITATION	Règlement d'une somme fixe pour chaque personne ou chaque famille affiliée.	.			
REGLEMENT PAR SALAIRE	Versement d'un salaire aux fournisseurs (médecins).	Ne s'utilise pas dans les hôpitaux. Il sert dans les centres de santé et pour certaines spécialités.	Permet un bon contrôle à condition d'une assignation de charge de travail très ferme aux médecins.	Il ne présente pas d'incitation à la productivité. La qualité peut souffrir des conséquences de la fixation des salaires.	La gestion est difficile.

“L'INTRODUCTION DE LA DEMARCHE STRATEGIQUE DANS LE MANAGEMENT DES HOPITAUX PUBLICS -LE CAS DE LA COLOMBIE-”

TYPE DE CONTRAT	DEFINITION	DOMAINE PRINCIPAL D'UTILISATION	CONTROLE DES COUTS D'APRES L'EPS	EFFETS SUR L'OFFRE DES SERVICES	PP PO L'
REGLEMENT PAR CAS	Règlement de la valeur totale d'un traitement à partir du calcul des consultations nécessaires. Exemple les Groupes Homogènes de Diagnostic.	Les traitements standardisés, par exemple les accouchements	Offre un meilleur contrôle puisque le rapport est direct entre EPS et IPS. Incite à la prévention chez les médecins. Peut donner lieu a des diagnostic très pointus donc représenter des surcoûts dans le cas de maladies rares.	Incite le médecin à des diagnostics excessifs a la recherche des revenus plus élevées.	Le da mo ca eff pe mo ca co
REGLEMENT PAR BUDGET HISTORIQUE.	Règlement annuel global a partir du comportement historique de dépenses. S'utilise dans des hôpitaux.	Utilise par les hôpitaux publics a intégration verticale.	Faible contrôle sur les coûts. Encourage l'inefficacité.	Il ne présente pas d'incitation à la productivité. La qualité peut souffrir de conséquences négatives.	La
BUDGET PROSPECTIF.	Règlement calculé à partir des dépenses que l'institution avoir. S'utilise dans hôpitaux	Utilisé par les hôpitaux de systèmes de santé à intégration verticale	Théoriquement très bon, mais en l'absence d'indicateurs de productivité et des besoins le contrôle est très faible.	Le règlement devient une fonction du volume des services de soins de la prévision.	Ap dif l'u plu inc ré ab

Source: GIEDION Ursula et al. « Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de seguridad social. », Santafé de Bogotá : Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo y FES, 1995. p. 20-21.

D'après le regard sur les différentes pratiques de contrats dans le secteur de la santé, on peut conclure, que, **«la pratique générale en Colombie, montre, que pour les contrats avec les médecins généraux, il y a un salaire (donc, ils sont embauchés par l'entreprise), pour les médecins spécialistes le paiement est par service rendu, et de la même façon pour les autres services hospitaliers et de diagnostics spécialisés » (Giedion et al. 1995).**

Il est important de signaler, que la situation la plus courante chez les professionnels de la santé, est un manque certain d'organisation par professions. La capacité de négociation reste donc assez faible et en conséquence les possibilités d'influencer les tarifs et les prix pour leurs services guère convaincantes.

Les différents régimes du système.

Le SGSSS⁷⁴ détermine **deux régimes** pour la santé. Il s'agit de prendre en compte les concepts d'universalité et de libre choix, la fin d'un monopole mais en même temps la recherche d'une couverture universelle, la solidarité, mais aussi l'unité dans les services.

Le **Régime de Contribution**. C'est l'ensemble des normes qui déterminent l'affiliation des individus et de leurs familles. Chacun cotise individuellement, par famille, de manière isolée ou bien avec la participation de l'entrepreneur.

L'affiliation est obligatoire pour tous les travailleurs, et le gouvernement impose des règles d'incitations et de contrôle.

C'est le régime de base du système de la sécurité sociale en matière de santé. Il concerne toutes les personnes disposant d'un contrat de travail, les fonctionnaires, les retraités et les professionnels indépendants (qui ont au moins deux salaires). Les études démontrent que cela pourrait signifier l'affiliation de 70% de la population, soit comme affilié, soit comme bénéficiaire.

Le montant de la cotisation est de 12% du salaire de chaque travailleur ; dont 1% ira au régime des subsides, via le fonds de solidarité. Ces ressources sont administrées par les EPS, avec un mécanisme de régulation du FOSyGA⁷⁵.

Le **Régime des Subsides**⁷⁶ de la sécurité sociale. Avant la Constitution de 1991, les personnes qui n'étaient pas affiliées à la sécurité sociale, ne pouvait pas bénéficier des services de santé. Elles relevaient de la charité publique ou alors il s'agissait de personnes disposant de ressources suffisantes pour avoir accès à des services privés.

La nouvelle Constitution impose que tous les individus soient inscrits dans l'un ou l'autre des régimes de la sécurité sociale. Il n'y a plus de charité publique. Le droit à la sécurité sociale devient universel.

Le régime des subsides est géré par les localités, les municipalités et les départements. L'objectif est d'assurer le financement de la prestation de soins pour les pauvres, les démunis et les familles dans l'impossibilité de cotiser au régime de contribution.

L'instrument de base pour gérer ce régime est le SISBEN⁷⁷. C'est un système d'information sur la population sans ressource économique et dans le seuil de pauvreté –NBI- (indicateur de pauvreté). Selon les prévisions du Ministère de la Santé, la population, dans l'impossibilité de cotiser au système de contribution, représenterait

⁷⁴ SGSSS ; c'est le sigle correspondant au « Sistema General de Seguridad Social en Salud », donc le système général de sécurité social en salut.

⁷⁵ FOSyGA, Fonds de Solidarité et Garantie. Voir le paragraphe No. 5, plus loin.

⁷⁶ La réglementation du régime des subsides est postérieure à la loi 100 (dans les années 1995 et 1996). Voir « El abc... ». Op.Cit.

⁷⁷ SISBEN. C'est le système d'identification des bénéficiaires de la sécurité sociale. Il est géré par les localités. Il a été déterminé par le « Departamento nacional de Planeacion. », l'équivalent d'un Ministère.

environ 30% de l'ensemble de la population colombienne.

Une partie substantielle des ressources économiques des hôpitaux publics –IPS (donc les ESE) viendrait de la vente des services aux EPS, pour la prestation de soins dans le cadre du régime des subsides. Les recettes des ESE proviendront initialement et en grande partie des prestations accordées à la population inscrite dans le SISBEN ⁷⁸ . Dans le tableau No. 3, on montre les prévisions des transferts de ressources parmi les différentes administrations vers le régime des subsides.

ANNEE	ETAT	DEPT.	MUNICP.
%	%	%	
1994	83	0	17
1995	67	0	33
1996	66	0	34
1997	36	29	35
1998	30	33	37
1999	22	44	34
2000	19	48	33

Les hôpitaux publics devront modifier leur système de financement, de telle sorte qu'ils encaissent des recettes, à partir de la facturation de la vente de services et non par le transfert des ressources de l'Etat.

En dehors de deux régimes formels de la sécurité sociale, il en existe d'autres, les ***régimes complémentaires*** . C'est-à-dire les plans complémentaires (les mutuelles d'assurance maladie), qui peuvent être souscrits par les particuliers disposant de ressources suffisantes.

D'après la loi, le concept de plan complémentaire concerne les conditions d'accueil, les caractéristiques technologiques et les autres services, qui ne sont pas compris dans le Plan Obligatoire de Santé (POS), le minimum de l'offre de services de santé par les hôpitaux.

3) Les Usagers.

La particularité réside ici dans le fait que la loi autorise la participation des usagers dans les conseils d'administration des ESE, mais prévoit aussi l'encouragement de formes d'associations d'usagers.

L'organisation des usagers doit servir, entre autre, les objectifs de la loi, donc l'éducation de la population dans les domaines de la santé publique, la prévision et la promotion de la santé.

⁷⁸ Il est très important de signaler, que le SISBEN, est une des préoccupations majeures pour la gestion du système de la sécurité sociale. Ce système a fait l'objet de plusieurs manipulations à caractère politique, particulièrement dans les populations et dans les régions les plus démunies. Il fait objet, aujourd'hui, de profondes discussions, mais il n'est pas question de le transformer ou de l'arrêter à court terme.

Les associations d'usagers pourront servir à promouvoir l'affiliation et le processus de marché des services. Dans les faits, les entreprises solidaires –ESS- développent ce rôle. Là encore, il y a différentes opinions sur le rôle des associations et même des opposants à la participation des usagers à la direction des IPS et du système en général. Le constat est qu'il existe un important déficit d'organisations d'usagers⁷⁹. (Jaramillo, Olano, Yepes 1998).

4) L'Etat.

Il demeure un acteur de grande envergure, puisqu'en dehors de la régulation et de l'établissement de toute la normativité du système, il participe à part entière au processus de fonctionnement du système de la sécurité sociale, avec des institutions d'intermédiaires et aussi avec des institutions d'offre de services de santé.

On peut souligner plusieurs rôles de l'état dans le contexte du système général de la sécurité sociale -SGSSS :

- **la régulation** du système : les institutions de l'Etat, tel que le Ministère de la Santé, les directions locales et régionales de la santé, etc.,
- **le contrôle** qu'il exerce dans plusieurs domaines : la *Contraloria General de la Republica –CGR-*, organisme assimilable à la Cour des Comptes en France, c'est l'administration chargée du contrôle général du fonctionnement des organismes étatiques ; elle est responsable notamment de la vérification du Système de Contrôle Interne au sein de ces organismes, lequel est obligatoire. La *Procuraduria General de la Nacion –PGN-*, organisme à mi-chemin entre la Cour des Comptes et l'Inspection Générale des Finances en France, elle est chargée des mesures disciplinaires à l'encontre des fonctionnaires. La *Fiscalia General de la Nacion –FGN-*, c'est le ministère public, l'accusateur public. Il existe des administrations semblables au plan local et régional.
- **L'offre des services de santé** : l'Etat continue à être le principal fournisseur de services de santé, dans la mesure où l'Institut de la Sécurité Sociale –ISS- (*Instituto de Seguros Sociales*) perdure et qu'à lui seul il représente près de 60 % des affiliés à la sécurité sociale. L'ISS était l'institution qui détenait le monopole de la sécurité sociale en Colombie. La loi 100 a mis un terme au monopole, mais n'empêche pas l'existence de l'ISS. Il existe d'autres entités publiques qui offrent des services de santé telles que la CAPRECOM et autres caisses de prestation de services de santé.
- **Le financement** . Bien entendu, l'Etat continu d'être la principale source de financement du système de la sécurité sociale, dans la mesure où c'est lui qui gère les finances de la Nation.

On montre, dans le tableau No. 2.4, les différentes compétences des organismes publics en matière de santé. Mais on soulignera particulièrement deux aspects essentiels du rôle

⁷⁹ A ce propos, il existe des projets spécifiques du Ministère de la Santé et dans certaines directions régionales et locales, pour promouvoir la création d'associations d'usagers.

de l’Etat

ENTITE	COMPETENCE	CONTROLE DES FONCTIONNAIRES	CONTROLE DES INSTITUTION
Ministère de la Santé. Division d' attention à la communauté	Nationale	- Explication et analyse - Renvoyer les cas. - Formation à la communauté sur leurs devoirs et leurs droits.	- Explication - Renvoyer les cas.
Surintendance de la Santé	Nationale.	- Enquête initiale. - Renvoi vers la procuraduría ou au Comité Déontologie.	- Enquête sur hôtellerie, technologie, maintenance, ressources humaines. - Sanction aux institutions.
Comité Déontologie	Nationale. Régional.	- Enquêtes et sanctions lors de problèmes liés au déontologie médicale..	Aucun.
Procuraduría Bureau d'études et enquêtes spéciales. Groupe de Santé.	Nationale. Régional.	- Enquête et sanctions lors de fautes disciplinaires.	- Elaboration d'enquêtes et recommandation des mesures de correction.
Defensoría del Pueblo Pour la santé et la Sécurité Sociale.	Nationale. Régional.	- Veiller pour les droits fondamentaux des usagers : Orientation, investigation, information ; demande publique.	- Veiller pour les droits fondamentaux des usagers : Orientation, investigation, information ; demande publique
Contraloría	National Régional	- Faire des enquêtes sur les fonctionnaires responsables pour les ressources de l'Etat.	- Contrôle de gestion et contrôle financier à partir des principes d'efficacité, économie, équité et coûts de l'environnement.
Fiscalía. (Procureur de la République)	National	- Responsable pour les enquêtes et c'est l'accusateur public.	
CONTROLE POUR LE DISTRICT DE SANTAFE DE BOGOTÁ			
Personería Distrital	Local.	- Analyse la responsabilité des fonctionnaires de la ville.	
Veeduría Distrital	Local.	- Morale publique : participe en les enquêtes à fonctionnaires de la ville et fait la promotion des contrôles sur leurs fonctions.	- De façon préventive participe au suivi, l'évaluation et le contrôle des projets.
Contraloría Distrital. (Fiscalite de la Ville)	Local.	- Veiller pour la responsabilité fiscale des fonctionnaires publics.	

Veedurías Ciudadanas	Local	- Lutte contre la corruption.	- Veille permanent de la communauté sur la gestion publique, le budget, les contrats et la qualité des travaux publics.
Secrétariat de Santé Participation de la Communauté.	Régional.	- Orientation	- Orientation
Secrétariat de Santé Contrôle Interne.	Régional.	- Enquêtes et recommandations des sanctions qu Secrétariat de Santé.	Elle peut renvoyer vers le Ministère de la Santé.
Secrétariat de Santé Surveillance et Contrôle	Régional.	- Aucun.	- Attribuer les autorisation de fonctionnement aux institution
IPS	Local	Auditorat médical et des autres services.	- Evaluation de la qualité et le contrôle de la gestion.
EPS.	Local	Auditorat medicale.	Comité institutionnel de la qualité et le contrôle de la gestion.
Comités de participation de la communauté	Local	Aucun.	- Surveiller la qualité des services et demander les mesures de correction.

Source: “*Proyecto de Competencias y redes inter-institucionales* ». División y Atención a la Comunidad, Ministerio de Salud. Junio de 1994

L’Institut de la Sécurité Sociale –ISS- (Instituto de Seguros Sociales). Créé en 1946 (dénommé Institut Colombien de la Sécurité Sociale –ICSS-), il détient le monopole absolu de la sécurité sociale jusqu’à la loi 100. C’est un ensemble très complexe d’organisations pour l’affiliation, l’administration des ressources économiques, les prestations sociales et l’offre des services de santé.

C’est une organisation nationale présente dans 300 municipalités, possédant plusieurs hôpitaux et cliniques dans tout le pays, dont les fonctionnaires sont inscrits dans 12 syndicats différents. Il doit gérer les pensions d’un très grand nombre de retraites.

A partir de la loi 100, il s’est complètement transformé. Aujourd’hui, tous ses hôpitaux et cliniques sont devenus des IPS. Dans l’ensemble, l’ISS, fonctionne comme la plus grande EPS du pays, comprenant le plus grand nombre d’IPS-ESE. Il gère les ressources des retraites de ses affiliés (autour de 10,8 millions d’affiliés) et se charge aussi de la couverture des risques professionnels –ARP.

C’est le principal employeur dans le secteur de la santé et en même temps c’est l’institution qui passe le plus grand nombre de contrats de prestation de services avec les autres IPS, publiques et privées.

De ce fait, un des risques les plus importants pour les IPS-ESE provient de leurs

rapports commerciaux avec l'ISS ; dans la mesure où les dysfonctionnements et de l'ISS, et des ESE récentes ont entraîné d'énormes problèmes de coordination et des rapports financiers difficiles, par exemple l'incertitude relative au montant des dettes de l'ISS vers les ESE, et inversement.

L'ISS se trouve aujourd'hui dans un processus d'adaptation aux nouvelles conditions (programme d'ajustement et de suivi, imposé par les autorités du SGSSS), lequel a parfois impliqué une « remise à zéro » (Jaramillo 1997, Jaramillo et al. 1998).

Le programme d'adaptation a conduit à une transformation profonde du système d'information, de séparation des fonctions administratives, de spécialisation et de changement des structures de prestations des services de santé, du schéma d'organisation au niveau national, etc.

Dans le domaine du management stratégique des institutions du secteur de la santé, les différents scénarios seront forcément déterminés par le développement de l'ISS, dans les prochaines années.

Entité ou Secteur	Affiliés
ISS	10.823.350
25 EPS (Priv. ou Pub.)	4.065.747*
28 Caisses de Prévision	308.089
Armée, Enseignants et ECOPETROL	500.000
TOTAL	15.697.186
Affiliés-population total	42%

Le **Système du Contrôle Interne** (*Sistema de Control Interno*). Parmi les changements induits par la Constitution de 1991, on trouve l'obligation de créer un Système de Contrôle Interne dans les administrations et dans toutes les institutions publiques. Il s'agit, pour l'essentiel, de fournir aux gestionnaires des établissements publics certains outils de la gestion privée, réputés par leurs résultats et leur efficacité.

Le concept est le passage de l'audit vers la prévision et la planification de l'action manageriale. C'est l'introduction dans les administrations des éléments de la comptabilité analytique, des coûts, de la prévision, des supports de décision, etc. Cela offre une possibilité de changement considérable, dans la mesure où les gestionnaires possèdent alors des outils légaux pour introduire des réformes déterminantes dans les structures de leurs organisations.

La Constitution, dans ce domaine, avait posé comme délai, pour introduire cette transformation, la fin de l'année 1993, sous la responsabilité de la *Contraloria General de la Nacion* –CGR. Fin 1998, les études menées par le CGR démontrent que très peu d'administrations et d'établissements publics possèdent de tels systèmes de contrôle.

Dans les institutions du secteur de la santé, notre étude a pu démontrer que cela a été un effort purement formel, avec une incidence très faible dans la gestion des établissements, comme on le montrera dans les chapitres consacrés aux résultats du

travail sur le terrain.

5) Les aspects financiers, la direction et le contrôle du système.

Un aspect qui doit être pris en compte, c'est le mécanisme par lequel sont canalisées les ressources économiques, vers les différentes institutions intervenantes.

Le régime de contribution fonctionne d'une façon orthodoxe, à partir des cotisations des patrons et employés affiliés (ces cotisations vont servir à la prestation de services des affiliés et bénéficiaires). Cela se fait à partir de l'administration des ressources des différentes EPS.

Pour ce qui est du régime des subsides, il existe une structure de cofinancement, à laquelle participent :

- les ressources de l'Etat (ressources fiscales), déjà décentralisées par la loi 10 de 1990 et par la loi 60 de 1993, et en plus de nouvelles ressources qui ont été prévues par la loi 100 et qui sont canalisées via un des comptes du Fonds de Solidarité et de Garantie (FOSyGA), lui-même créé par la loi 100,
- les ressources de différentes autorités territoriales, soit des régions, soit des municipalités,
- les apports de solidarité provenant du régime de contribution (1 des 12 points).

Le FOSyGA : Le Fonds de Solidarité et de Garantie ⁸⁰ .

La création du FOSyGA marque la différence du système colombien par rapport au système chilien, dans la mesure où il empêche la formation d'un système pour les riches sous la gestion du secteur privé et d'un autre système pour les pauvres géré par l'Etat.

Le FOSyGA joue le rôle de caisse de compensation pour le régime de contribution et de fonds de solidarité pour le régime des subsides. Il fonctionne comme un compte spécial sous la responsabilité du Ministère de la Santé ; les différents aspects du fonctionnement interne du FOSyGA ne représentent pas une grande utilité par rapport au sujet de notre étude.

Par contre, il faut signaler que la loi dispose, que les hôpitaux publics doivent modifier leur système financier ⁸¹, de telle sorte que leur budget soit établi à partir des recettes en provenance de la vente des services de santé au régime des subsides de la sécurité sociale, et non de transferts du budget de l'Etat. Cela suppose des relations contractuelles entre les IPS, les EPS et ARS.

La transformation des subsides à l'offre vers les subsides à la demande a été réglementée postérieurement ⁸² :

⁸⁰ Loi 100, articles 163, 218 à 224, par la suite ont été formulés différents décrets réglementaires.

⁸¹ Loi 100, articles 238 y 239.

⁸² Loi 344 de 1996, article 20.

Année fiscale	De l'Offre vers la Demande
15%	
25%	
35%	
60%	

Le système prévoit que les différents hôpitaux passent des contrats de vente de services de santé avec les fonds départementaux et les fonds municipaux, de manière à garantir l'accès aux services de santé à tous, dans les trois niveaux de complexité.

Il convient de noter qu'avant la loi 100, le budget des hôpitaux publics provenait intégralement des transferts fiscaux de l'Etat et des fonds départementaux ou locaux. Il n'y avait donc aucune gestion financière, mais uniquement une application budgétaire.

Dans le nouveau régime, les EPS perçoivent le montant de l'UPC (Unité de Règlement par Capitation), pour chaque affilié au système des subsides. Cela implique, en même temps, des relations contractuelles entre EPS et IPS.

La Direction et le Contrôle du Système de Sécurité Sociale en matière de Santé⁸³.

Le SGSSS fonctionnera sous l'orientation, la régulation, la supervision et le contrôle du Gouvernement et du Ministère de la Santé, en accord avec les plans de développement économique et social du Gouvernement et des régions (Jaramillo 1997).

La loi crée le Conseil National de la Sécurité Sociale en matière de Santé –CNSSS-, lequel est ainsi constitué :

- Pour le gouvernement par :
 - Ministre de la santé, qui préside,
 - Ministre du travail et de la sécurité sociale ou son représentant.,
 - Ministre de l'économie ou son représentant,
 - Le représentant des entités de santé de niveau départemental,
 - Le représentant des entités de santé de niveau municipal,
 - Le représentant légal de l'ISS (PDG de l'ISS),
- Pour le secteur privé par :
 - Le représentante de patrons,
 - Le représentante de PME,
 - Le représentante de IPS,
 - Le représentante de EPS (différent de celui de l'ISS),

⁸³ En plus de la législation antérieure (loi 10 et loi 60), on verra loi 100, articles 170 à 172 et 174 à 176.

- Pour le travailleurs et usagers par :
 - Le représentant des travailleurs,
 - Le représentant des retraités,
 - Le représentant des associations d'usagers.
- Pour les consultants permanents par :
 - Le représentant de l'Académie Nationale de Médecine,
 - Le représentant de la Fédération des Médecins de Colombie,
 - Le représentant de l'Association des Facultés de Médecine,
 - Le représentant des Facultés de Santé Publique,
 - Le représentant de l'Association des Hôpitaux.

Le nouveau système de la sécurité sociale prévoit que certains mécanismes traditionnels de contrôle seraient transférer vers les directions territoriales. De plus, il fait appel à la participation de la communauté dans les processus de planification et de contrôle.

La loi oblige toutes les EPS, publiques et privées, à établir des systèmes de coûts, de facturation et de publicité, afin de faciliter les tâches de vigilance et contrôle. Dans la mesure où auparavant il n'existait pas dans les hôpitaux publics des outils modernes de gestion, la loi commande l'établissement de systèmes d'information, de systèmes budgétaires, etc.

De même il est établi par la loi l'urgence d'organiser le système obligatoire de garantie de la qualité des services de santé. On reviendra sur cet aspect dans le prochain chapitre, puisque ce système de garantie de la qualité devient un des aspects central de la gestion des ESE, à moyen et long terme.

2.2.2. Les éléments faisant partie de l'environnement spécifique.

Ici on recense au moins les cinq composantes classiques signalées dans les analyses stratégiques (Porter 1982), c'est-à-dire :

- les clients (et les associations d'usagers),
- les concurrents (et prescripteurs),
- les fournisseurs (et sous-traitants),
- les substituts,
- les entrants potentiels.

Néanmoins, on ajoutera un autre élément dans l'environnement spécifique des ESE :

les administrations de rattachement (administrations de tutelle) des ESE. Dans notre cas, il s'agit du Secrétariat de la Santé de Bogota, mais aussi du Ministère de la Santé et

des autres administrations, en relation avec les hôpitaux publics.

Les clients et les associations d'usagers.

Il s'agit de tous ceux qui d'une façon ou d'une autre bénéficient des services et des différents produits des ESE⁸⁴. Ici, on retrouve les usagers (les patients), les familles de ceux-ci, les intermédiaires du système, donc les EPS auxquelles peuvent être affiliés les usagers.

Il est essentiel de comprendre, que dans le nouveau système de sécurité sociale (voir la présentation de la loi 100 dans le premier chapitre), c'est toute la population qui va bénéficier des services de soins et que pour cela, il est conçu et mis en place un système de promotion des services de santé. Donc, les personnes peuvent recourir individuellement et directement à l'hôpital, mais souvent ils seront affiliés à une EPS (publique ou privée), l'entité assumant les frais des soins reçus, dans les IPS, par leurs affiliés.

La loi prévoit aussi la participation des usagers dans la gestion du système et dans la gestion des IPS. Ceux-ci se regroupent en Associations. Face aux différentes offres de services, et le client et l'utilisateur pourront choisir.

En conséquence, il est important de bien connaître les critères de choix et le comportement des clients et usagers, afin de mieux répondre à leurs attentes.

Le rapport entre les IPS et les EPS (entre hôpitaux et intermédiaires, publics ou privés) est un rapport de forces, puisqu'il a lieu dans un climat de concurrence de différentes offres de services de soins.

Ici on trouve une des composantes les plus importantes de l'existence à court et à long terme des ESE actuelles. Il s'agit de l'ISS⁸⁵. Comme on l'a montré plus haut, l'ISS, joue un rôle particulièrement complexe dans l'ensemble du SGSSS.

L'ISS est à la fois une IPS et une EPS. Il comporte plusieurs IPS, mais dans la mesure où la démarche adoptée à partir de la réforme de la loi 100, vise l'augmentation de la couverture de santé, il a dû entreprendre plusieurs stratégies, parmi lesquelles la passation de contrats avec tous les autres hôpitaux publics⁸⁶.

Dans le cas de notre étude, l'ISS est le principal client des hôpitaux. Il partage cette place avec le Secrétariat de la Santé de Bogota. On verra, dans l'analyse des facteurs internes des ESE, comment la dette de l'ISS représentait le risque majeur pour l'existence des ESE de Bogota (et d'ailleurs de la plus part des hôpitaux du pays).

Les concurrents et prescripteurs.

⁸⁴ Par souci de clarté, nous rappelons que les ESE sont des IPS à caractère public ; ce sont les anciens hôpitaux publics.

⁸⁵ Nous rappelons ici que l'ISS, *-Instituto de Seguros Sociales-*, est l'institution qui avait le monopole de la sécurité sociale avant la réforme, et qu'aujourd'hui, il demeure le principal acteur dans le système de la santé, puisque c'est la principale institution qui contracte avec les ESE. Voir dans ce même chapitre le paragraphe de présentation de l'environnement spécifique.

⁸⁶ D'après les calculs du CONPES en 1996, l'ISS avait 10,8 millions d'affiliés contre 15,7 millions du total d'affiliation à la sécurité sociale (42% de la population). Voir Jaramillo 1997.

Parmi les éléments de l'environnement hospitalier, ce sont les acteurs les plus méconnus ; d'abord, parce qu'il existe une idée selon laquelle l'hôpital public n'avait pas de concurrence, mais aussi parce qu'encore aujourd'hui, il existe une certaine notion de marché captif des hôpitaux publics.

La concurrence sera particulièrement liée aux facteurs géographiques. Néanmoins, dans le cas qui nous occupe, il est important de retenir que pour plusieurs des acteurs du nouveau système de la sécurité sociale, il n'est pas évident de repérer les concurrents potentiels.

Même si la loi 100 a régulé en grande partie l'exercice particulier de la médecine dans des cabinets privés (résultat du contrôle des prix de consultations), conséquence de ses dispositions, ceux-ci existent et continueront à exister comme des acteurs potentiellement concurrents de certaines activités fournies par les ESE.

Les fournisseurs et sous-traitants.

Il s'agit des fournisseurs de tous moyens et biens indispensables pour la production des services offerts par les ESE. Ce seront donc les fournisseurs des immobilisations (machines, articles de bureau, denrées alimentaires...), les fournisseurs de médicaments et autres éléments de consommation directe lors de la prestation des services de soins (les laboratoires pharmaceutiques), les différents professionnels de la santé, les institutions financières.

Les rapports entre l'hôpital et ses fournisseurs ne sont pas toujours gérés par l'hôpital en tant qu'institution, mais par les professionnels (les médecins), étant donné le caractère particulier de certaines fournitures. Dans d'autres cas, ce sera la situation financière d'une institution qui déterminera la nature de ses rapports. On examinera le rôle particulier des ressources financières dans les relations entre les ESE et certains fournisseurs.

L'intégration ou la sous-traitance d'une prestation de service dans les hôpitaux, relève des décisions stratégiques. Cela occupera une bonne partie de notre étude, car les différentes modalités de développement de ces relations ont été à l'origine de nos réflexions.

Plusieurs entreprises spécialisées dans la sous-traitance des activités hospitalières et aussi rendant des services administratifs aux établissements de soins se sont développées récemment.

Faire, faire faire ou faire ensemble, dans la perspective stratégique, dépend de plusieurs facteurs qu'on étudiera.

Les substituts.

Il s'agit des produits et des services susceptibles d'être substitués à ceux offerts par les hôpitaux. Nous conservons cette variable, car il existe des éléments de nature culturelle caractéristiques de certaines pratiques parmi la population à laquelle s'adressent les services de soins.

Culturellement dans certaines couches de la population la plus démunie, il est courant d'avoir recours à des pratiques de médecine naturelle de soins dites alternatives ou bien clairement à des pratiques non scientifiques (mystiques, religieuses, de

sorcellerie, etc..).

On rappellera que les hôpitaux publics continuent à s'occuper essentiellement de ce type de population, ce pour des raisons historiques, géographiques mais aussi parce que 60 à 75% de la population vit dans des conditions socio-économiques particulièrement difficiles⁸⁷.

Les entrants potentiels.

Ce sont les entreprises existantes, même dans d'autres branches du secteur de la santé (par exemple l'assurance maladie), qui seraient susceptibles d'intervenir dans l'activité des hôpitaux ; soit par croissance interne (entreprendre une autre activité), soit par rachat des hôpitaux déjà existants.

Les deux situations se sont présentées et vont probablement perdurer encore quelque temps. Cela a été le cas des investisseurs internationaux, des entreprises du Chili et d'Espagne.

Néanmoins il faut retenir qu'il peut s'agir de nouveaux entrants qui offrent seulement certains services faisant concurrence aux produits des hôpitaux et pas forcément à l'ensemble des services qu'ils offrent.

Les administrations de rattachement des ESE.

Il s'agit d'un ensemble d'institutions chargées de tâches différentes, et ayant une grande influence dans le développement des hôpitaux publics. On fera référence au tableau No. 4, à propos du rôle des entités de l'Etat vis-à-vis des ESE.

Soit par leur rôle décisionnaire sur les politiques de santé publique (Secrétariat de la Santé à Bogota, Ministère de la Santé), soit par leur pertinence et leur attachement territorial (Secrétariat de Santé à Bogota), soit par leur encadrement budgétaire et la gestion financière des ESE (Cour des Comptes), soit par la détermination des normes légales (Conseil Municipal, Secrétariat de Bogota, Ministère de la Santé), ils sont d'une importance stratégique pour les ESE.

Elles supposent une connaissance de l'environnement beaucoup plus détaillée que l'habituelle inertie des entités de l'Etat. Cela implique une veille stratégique, particulièrement vigilante, si on souhaite en tirer avantage et flexibilité de fonctionnement ; de même capacité de négociation lors de l'allocation des différentes sortes de ressources.

Nous verrons par la suite la manière dont ces différentes forces ont été analysées et le poids spécifique qu'elles tiennent dans la perspective stratégique des hôpitaux étudiés.

2.2.3. L'analyse des diverses forces présentes

L'analyse des forces en présence, dans l'environnement spécifique des ESE, nous montre leur importance relative. En utilisant la même échelle de classification de 0,0 à 10,0, elles ont été classées ainsi :

Les clients et leurs associations. (9,0). Plusieurs éléments expliquent l'avis des

⁸⁷ Voir annexe No. 1.

différents groupes consultés.

D'abord, le rôle que joue l'ISS dans l'existence actuelle des ESE et celui qu'il va jouer dans les prochaines années, avec ou sans changement dans l'ensemble du système de la sécurité sociale : l'Institut est le principal client des ESE, de plus à court terme une transformation radicale de cette situation n'est pas envisageable. Néanmoins, et à cause de cela, il faut absolument mettre en place une veille stratégique relative à l'existence de l'ISS en général et en particulier aux relations entretenues avec lui.

Les stratégies adoptées par les ESE devront forcément prendre en compte les évolutions de l'ISS dans tous ses domaines. Une grande partie du fonctionnement financier des ESE dépend étroitement des rapports avec l'ISS.

Au gré de ses politiques internes, l'ISS, dont les encours sont conséquents, n'a cessé de modifier tant la manière dont il entend régler ses dettes, que ses rapports mêmes avec les ESE. Ceci souligne l'importance stratégique de cet élément dans l'environnement spécifique.

Reste à considérer le pouvoir des autres clients, lequel croît de jour en jour, dans la mesure où les associations d'usagers informent ceux-ci de leurs droits et où elles prennent leur place dans les différents lieux de direction, qui leur ont été réservés par la loi.

Les administrations de rattachement (8.4). C'est la source des plus grandes perturbations et complications dans le fonctionnement des hôpitaux. Les diverses demandes (comptable, fiscale, administrative, etc.), en provenance des administrations, ont fini par être un véritable obstacle à la gestion à long terme, mais aussi à la gestion des activités courantes.

Les rapports, qu'entretiennent les ESE avec les administrations de rattachement, ont été traditionnellement négligés. Désormais, il faut développer de véritables politiques de relations publiques et de concertations, puisque les nouvelles données du secteur supposent des négociations accrues avec lesdites administrations.

Les hôpitaux sont maintenant jugés par rapport à leurs résultats, au soin qu'ils portent à leur gestion et à l'exécution des contrats et du budget négocié avec les administrations.

La veille stratégique est d'autant plus importante, en ce moment, puisqu'il s'agit d'une période de transition vers un régime au sein duquel la concurrence serait accrue.

Les fournisseurs et sous-traitants (8.2). L'importance de cette composante est associée au grand nombre de contrats que doivent passer les hôpitaux avec différents fournisseurs.

D'un côté, on trouve les fournisseurs de produits nécessaires. Parmi eux, se trouvent des entreprises de tailles variées. Les plus importantes, qui doivent être prises en compte de façon particulière, sont les grands laboratoires pharmaceutiques, qui fournissent régulièrement les ESE. Les chiffres en jeu montrent l'importance de ce commerce.

En dehors de ces fournisseurs, il existe l'ensemble des professionnels de la santé, avec lesquels les hôpitaux doivent traiter et travailler. On a montré dans les tableaux No.2.1 et No.2.2, les différentes formes de contrats qui ont coutume d'être passés avec

ceux-ci.

Une autre composante importante est constituée par les différentes entreprises qui, depuis quelques années, offrent divers services aux établissements de soins. Il s'agit des entreprises spécialisées dans des activités particulières telles que le nettoyage, la restauration dans les hôpitaux, les conditions d'hébergement etc.

Mais il existe bien d'autres entreprises qui, aujourd'hui, offrent des services impliquant une forte valeur ajoutée, par exemple les services d'imagerie, les laboratoires d'analyses médicales ou bien, dans un autre domaine, des entreprises spécialisées dans des tâches administratives telles que la facturation, les supports informatiques, etc.

Cet ensemble de fournisseurs, si divers soient-ils, qui prennent une place grandissante dans la vie des hôpitaux (parfois ils deviennent de véritables partenaires, lorsque les enjeux économiques des contrats sont considérables), suppose une attention toute particulière et de grande importance stratégique.

Les concurrents et prescripteurs, (6,4) La concurrence, dans le secteur de la santé en Colombie, est liée au partage du marché entre secteur public et secteur privé.

Pour ce qui concerne la ville de Santafé de Bogota, on peut observer dans le tableau No. 7, le recensement des établissements de soins (IPS) . On remarquera le grand nombre d'établissements non classé parmi les trois niveaux de complexité du système général de la santé. Pour la plupart, il s'agit d'établissements qui correspondent au premier niveau de complexité. Il faut dire aussi que, dans l'ensemble, ces établissements offrent seulement certains services de soins (rarement l'hospitalisation) ou bien de produits utilisés par les autres IPS.

NIVEAUX	NOMBRE	%
I	1.118	16,71
II	49	0,73
III	21	0,31
AUTRES	5.504	82,25
TOTAL	6.692	100.00

De la même façon le recensement a montré la distribution d'établissements publics et privés dans la capitale.

NOMBRE	%	
IPS PUBLIQUES	213	3,18
IPS PRIVEES	6.479	96,82
TOTAL	6.692	100.00

A l'évidence, il existe une grande place pour la concurrence ; dans la mesure où la réglementation dans le secteur de la santé n'est pas encore suffisante pour garantir une offre de services de qualité, l'arrivée de nouveaux concurrents est une certitude.

De toute façon, les concurrents des IPS publiques (donc, les ESE étudiées) ne le sont que dès l'instant où ils offrent des services similaires à ceux offerts par les ESE. Souvent, il s'agit des services les plus rentables, ne demandant pas trop d'investissements, par exemple les consultations de médecins généralistes, les examens de laboratoire, de radiologie, etc.

Cette sorte de concurrence est entrain de s'accroître. Elle surgit près des ESE déjà existantes, dans les alentours géographiquement immédiats.

Les entrants potentiels. (5,6). Depuis la réforme de la loi 100, le secteur de la santé, a vu arriver de nouveaux investisseurs, en particulier dans le troisième niveau de complexité de soins.

Il y a eu d'importants investissements pour établir des hôpitaux dans certaines villes du pays. Souvent, cela a fait l'objet de négociations pour le rachat d'anciens établissements. Notamment, on peut se rappeler les investissements des groupes SANITAS (Chili) et MAFFRE (Espagne).

En général de l'avis des experts, les nouveaux arrivants touchent particulièrement dans le troisième niveau de complexité. Pour le reste, les entrants potentiels sont de petites entreprises autour des hôpitaux publics (ESE), qui offriront certains services déjà fournis par les ESE, mais sans grande importance stratégique, dans l'immédiat.

Néanmoins, les experts recommandent une veille stratégique dans ce domaine.

Les substituts. (5,0). Les produits alternatifs aux services offerts par les hôpitaux publics sont divers. Cet élément a été retenu, dans la mesure où il rappelle, aux ESE, l'urgence de développer un travail spécifique vis-à-vis de la population, dans le sens de l'éducation, donc, de la prévention en matière de santé.

Etant donnée la couche de la population la plus concernée par les services de santé offerts par les hôpitaux publics, il est important de prêter attention aux rapports entretenus avec ces usagers.

2.3. L'étude générale de l'environnement des ESE : le diagnostic stratégique externe.

On vient d'examiner les différentes composantes de l'environnement des hôpitaux étudiés : les éléments de l'environnement global et ceux de l'environnement spécifique.

Un examen d'ensemble des différents intervenants, dans la perspective d'établir une action de veille stratégique visant la gestion des ESE, doit aboutir à identifier les diverses composantes et leurs forces particulières. Cela devrait nous emmener à identifier des éléments faisant partie de notre démarche stratégique.

On a examiné au moins douze éléments qui jouent un rôle plus ou moins important dans l'existence des ESE. A partir de l'évaluation des experts et des discussions des différents groupes de travail, le classement de ces éléments s'établit ainsi :

- Les clients et les associations d'usagers, notamment l'ISS (9,0)

- L'environnement économique (8,6)
- Les administrations de rattachement (8,4)
- Les fournisseurs et les sous-traitants (8,2)
- Le cadre juridique (8,0)
- L'environnement politique (7,6)
- Le cadre psychosociologique (7,2)
- L'environnement géographique (6,8)
- La concurrence et les prescripteurs (6,4)
- Les entrants potentiels (5,6)
- Le cadre international (5,2)
- Les substituts (5,0)

Suivant cette approche, il est possible de faire une synthèse des opportunités et des menaces auxquelles vont être confrontées les ESE.

Il faut de toute façon souligner que dans le domaine de la gestion stratégique, il ne s'agit pas de retenir tous les éléments sortant de l'analyse, faute de se noyer dans des informations non maîtrisables. Il s'agit plutôt d'identifier des mesures de grande utilité à l'élaboration d'une veille stratégique et, par conséquent, à l'action stratégique à mener.

Parmi les éléments, qui ont été hiérarchisés relativement au devenir stratégique des ESE, on trouve, dans les cinq premiers, les éléments fondamentaux et nécessaires à l'organisation d'une action de veille stratégique et par la suite de l'action managériale.

On notera que pour la plupart d'entre eux, ils ont été qualifiés comme faisant partie tant des opportunités que des menaces pour les ESE. Cela ne fait qu'accroître la nécessité d'une veille stratégique. Comme on le verra dans le chapitre relatif aux résultats du terrain, chaque ESE va tirer profit de cette approche.

Les menaces et les opportunités stratégiques pour les ESE, ayant été identifiées, à partir de cette information va continuer à se développer la formalisation de la stratégie des entreprises faisant partie de notre étude.

NOTE	FACTEUR	OPPORTUNITÉ	MENACE
9,0	CLIENTS	X	X
8,6	ECONOMIQUE	X	
8,4	ADMINISTRATIONS	X	X
8,2	FOURNISSEURS	X	X
8,0	JURIDIQUE		X

CHAPITRE III LA SITUATION INTERNE DES

ENTREPRISES SOCIALES DE L'ETAT .

L'analyse des éléments caractérisant la situation interne des hôpitaux publics concernés dans cette étude, cherche à établir les forces et les faiblesses, les plus décisives dans leur situation actuelle. Bien que l'examen de ces caractéristiques ait impliqué un regard détaillé, de l'ensemble des ESE étudiées, on ne peut pas affirmer qu'il s'agit d'un exercice qui ait épuisé le diagnostic de tous les domaines.

On a examiné les fonctions des différents établissements étudiés, c'est-à-dire, les grandes fonctions des entreprises, néanmoins, la lecture de ces caractéristiques a été établie à partir de la priorité donnée à certains éléments de la méthodologie choisie, laquelle sera présentée initialement.

Pour bien saisir la situation interne des ESE, il a été privilégié, sur le terrain, une approche méthodologique, qui prend en compte trois éléments globaux. Cette approche a été développée en Colombie depuis quelques années, à partir des notions et du concept même de qualité, qui ont commencé à être pris en compte par les entreprises sous la pression de l'ouverture économique du pays.

Dans cette analyse on s'est largement servi d'un grand nombre d'entretiens avec des fonctionnaires, mais aussi de l'étude détaillée de nombreux documents internes aux différents ESE. De même, ont participé des groupes de travail, plusieurs experts dans le domaine des problèmes du secteur de la santé, au sein desquels, on a examiné la situation des ESE et du secteur de la santé en général.

On a aussi largement bénéficié des résultats de l'enquête réalisée entre octobre 1997 et avril 1998, à propos du travail sur l'efficacité économique et de gestion des hôpitaux de Bogota (Giedion, Morales et al., 1999), auquel on a eu accès grâce au Secrétariat de la Santé de Bogota.

3.1 proche méthodologique de l'analyse interne des ESE.

Pour comprendre la démarche méthodologique choisie, il est nécessaire de faire une brève présentation de la manière dont ont été introduites, dans le milieu entrepreneurial colombien, les notions de qualité et de productivité puis de montrer par la suite comment elles ont été introduites dans le milieu hospitalier.

Cette démarche va nous permettre de présenter la grille d'analyse qui a été employée lorsque nous avons déterminé le terrain des ESE choisies.

3.1.1 arche qualité en Colombie et son application au milieu hospitalier.

Comme il a été présenté précédemment et dans l'annexe No. 1, la Colombie a accéléré son processus d'ouverture économique dès 1990-1991. Il existait déjà dans une certaine mesure, des conditions d'ouverture économique, mais c'est à partir de 1991, que ce processus s'est véritablement déclenché.

Parmi les multiples activités et démarches qui ont été mises en route, on signalera la

création et la promotion de différentes institutions chargées de l'introduction de concepts et pratiques relatifs à la productivité et à la qualité.

La qualité prend une importance majeure dans certains cercles industriels et gouvernementaux, qui réagissent, en développant des actions tendant à mettre en place la notion de qualité dans l'économie du pays. Le tableau No. 5, présente une brève histoire de la notion de qualité en Colombie.

De la même façon qu'ailleurs, les préoccupations à propos de la qualité ont été introduites par les exigences du marché, particulièrement dans la mesure où la production nationale est confrontée aux produits en provenance de l'étranger ou encore lorsque l'industrie nationale prétend faire de l'exportation. En même temps, les différents courants théoriques développant les idées de la qualité ont fait leur apparition dans les universités et dans certains secteurs d'entreprises plus ou moins modernisés.

Bien qu'avec un certain écart dans le temps, arrivent d'abord les idées et les techniques de contrôle statistique de la qualité. Très peu d'entreprises sont concernées. Vers l'année 1975, les Normes ISO font partie des préoccupations d'un petit nombre d'entrepreneurs. Au début des années 80 se sont les cercles de qualité qui voient le jour.

Il faut dire, qu'à l'instar des développements théoriques dans le domaine de la gestion, il s'agit d'actions plutôt isolées, d'un petit nombre d'entreprises, qui suivent avec intérêt ces techniques. Il ne s'agit pas d'un courant de rénovation dans la production ou dans les services à l'intérieur de l'économie du pays (Weis 1994, Misas 1985).

1965	Création de l'Institut de normes et de techniques. Contrôle statistique de la
1974	qualité et cours de formation de base. Création de l'association colombienne de
1975	Contrôle de la Qualité, sous les Normes ISO 1800 Création des premiers
1981	Cercles de Qualité dans certaines entreprises privées. Deuxième Congrès des
1982	Cercles de Qualité. Invité Ichiro MIYAUCHI de la JUSE (Japon). Deuxième
1985	Convention Nationale et Première Convention d'Amérique Latine des Cercles
1988	de Qualité. Invité Kaory ISHIKAWA (JUSE, Japon). Mission des entrepreneurs
1990	colombiens au Japon. Le Département National de la Planification (DNP)
1991	organise la « Première Rencontre Internationale en Gestion de la Qualité,
1992	comme Stratégie du Développement ». Y sont invités : MIYAUCHI,
1992	HARRINTON, BERRY, POZO PINO. Création de la Corporation Qualité (
1993	Corporacion Calidad –CC-), par 44 organisations publiques et privées.
1994	Création du Centre de Gestion Hospitalière (Centro de Gestion
1994-98	Hospitalaria –CGH-), sur l'initiative du DNP. Transformation du «prix
	NATIONAL A LA QUALITE ». Premier séminaire sur la «Qualité Totale pour
	les Gestionnaires », sous la direction de la Fondation Christiano Ottoni de
	Brazil. Formalisation de l'«approche Intégrale de Gestion », par la Corporation
	Qualité. Plusieurs missions d'experts en TQC dans différentes entreprises
	privées : MIYAUCHI, WATSON, FALCONI, MASSAKI.

C'est seulement à partir des années 90, et plus tard, que les idées autour de la qualité commenceront à être réellement prises en compte et ses différents outils à être développés par un grand nombre d'entreprises dans presque tous les secteurs de la

production et des services. C'est l'ouverture économique du pays, qui a rendu inévitable la prise en compte des mesures de qualité internationales (les Normes ISO, le TQC) pour parvenir à une concurrence internationale.

D'ailleurs les études, qui sont faites, soit par des cabinets privés de conseils, soit par des administrations, soit par les entreprises elles-mêmes, démontrent la nécessité d'appliquer et de développer les idées et les outils de la qualité dans les entreprises.

A partir de l'ouverture économique, et des différentes recommandations formulées par les spécialistes (parmi lesquels, le cabinet de conseil MONITOR), plusieurs initiatives ont été menées tant dans le domaine des entreprises privées, que dans celui des entreprises publiques, y compris dans l'administration de l'Etat.

Dans le domaine de l'industrie a été créée la Corporation Qualité (*Corporacion Calidad* - **CORCA** -), pour développer les idées et les pratiques de la qualité. Avec la participation de l'Etat, sous l'encouragement du Ministère du Développement Industriel et du Département de la Planification, une quarantaine d'entreprises de divers secteurs de la production et des services vont créer cette organisation chargée de développer les idées de la qualité dans le pays.

Plus tard (1993), elle sera chargée de l'administration du Prix National de la Qualité, lequel est décerné chaque année, parmi les entreprises qui participent au processus de sélection.

Les différents auteurs dans le domaine de la qualité et leurs écoles seront désormais étudiés dans différentes universités et les outils de la qualité commenceront à être promus par les consultants particuliers et leurs cabinets de conseils parmi les entreprises les plus avancées dans le domaine de la gestion.

Les formulations de Deming, Juran, Feigembaum, Crosby et Ishikagua, seront présentées et vulgarisées dans les années suivantes (*Corporacion Calidad*, 1998). Les différentes activités au bénéfice du développement de la qualité, qui ont été menées par la CORCA, ont conduit à un rapprochement, tout d'abord vers les Japonais (tableau No.3.4), puis par la suite vers les Brésiliens puisqu'ils sont certifiés par les auteurs japonais et notamment par la JUSE (c'est l'association des industriels japonais). Les professeurs Ishiro MIYAUCHI et Kaory ISHIKAGUA réaliseront à maintes reprises des missions dans des entreprises colombiennes.

Le rapprochement sera donc opéré avec la «fundacao Christiano Ottoni »⁸⁸ et désormais les activités d'encouragement et de promotion des méthodes de la qualité, seront faites en concours avec cette Fondation (Falconi 1994). Les cours de formation aux outils de la qualité et certaines des interventions auprès des entreprises auront lieu avec des consultants de la Fondation Cristiano Ottoni.

Dans le domaine spécifique de la santé, la création d'une institution similaire a été encouragée pour développer les idées de la qualité dans les établissements publics et privés du secteur. C'est le Centre de Gestion Hospitalière (*Centro de Gestion Hospitalaria*.- **CGH** -)

⁸⁸ C'est une organisation du Brésil, qui travaille dans le domaine de la qualité avec les Japonais depuis les années 70.

Les partenaires sont quasiment identiques : l'Etat, des entreprises privées assez puissantes au sein de l'économie du pays et quelques Organisations non Gouvernementales (Organisaciones no gubernamentales –ONG-) ⁸⁹. Il est assez important de souligner le rôle des Fondations privées dans le développement des projets relatifs au domaine de la santé ⁹⁰.

Dans le domaine de la santé, la notion de qualité est développée depuis longtemps. Une brève présentation du développement des éléments sur la qualité en matière de santé est exposée dans le tableau No. 3.2, de même un rapide historique de la qualité dans le secteur de la santé en Colombie est présenté dans le tableau No. 3.3.

Les différents outils, qui ont été développés pour la promotion du discours de la qualité, ainsi que les étapes du processus de leur implantation en Colombie, font partie des instruments forts connus dans le domaine de la gestion de la qualité en général :

- la sensibilisation au niveau de la direction,
- le diagnostic de la qualité,
- l'engagement politique de la part de la direction,
- la formation des responsables et du personnel,
- la formulation du plan stratégique de base,
- la formulation des plans opérationnels dans les unités,
- le déploiement stratégique,
- le suivi,
- l'ajustement,
- l'évaluation,
- les résultats.

Nous nous limitons ici à une évocation générique de ces éléments. Dans le chapitre relatif aux résultats du terrain, on reviendra sur leurs implications.

Néanmoins, il demeure important de présenter les éléments qui ont été retenus pour développer les évaluations des entreprises ayant choisi de se soumettre à l'évaluation de la qualité. Cela a donné lieu à l'élaboration d'une grille de lecture particulière, qui, au début, prenait en considération les différents éléments développés par plusieurs pays, dans le domaine de la qualité. Le tableau No. 3.4 montre les critères, des différents pays, relatifs au Prix de la Qualité.

1854 1933	Florence Nightingale. Utilisation d'un « modèle d'Amélioration », à base de données statistiques, pendant la Guerre de Crimée. Le taux de mortalité chute
--------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⁸⁹ Les ONG sont des organisations existent dans les différents domaines de l'économie suivant très rapproches des groupes économiques. Leur caractéristique de base n'est pas avoir du but lucratif.

⁹⁰ Dans le secteur de la santé existent quelques Fondations privées qui développent leur activité dans le but de contribuer au performance du secteur : Fondation CARVAJAL. Fondation RESTREPO BARCO ; Fondation SALDARRIAGA ; FES et autres .

1955	42.7% a 2,2%. Définition de Lee Jones : Une bonne attention médicale implique l'application de tous les services à disposition de la médecine moderne, aux besoins de toutes les personnes. Mindel Sheps . Les notions de qualité dans un hôpital peuvent être classifiées ainsi : 1) l'examen des conditions requises, pour une attention adéquate, 2) les indices des éléments des conséquences de l'attention soumise aux patients, 3) des évaluations cliniques qualitatives. Avedis Donabedian . La qualité est l'obtention des meilleurs bénéfices au plus faible risque possible pour le patient, étant données certaines ressources. La qualité peut être mesurée à partir de trois éléments : la structure, le processus et le résultat. De Geyndt . La définition et l'évaluation de la qualité doivent prendre en compte : la structure, le contenu, le processus, le résultat et l'impact. La « join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations », fait publier les standards de la qualité, qui mettent en valeur les méthodes objectives de vérification. Donal Berwick . C'est le coordinateur du «projet National de Démonstration », sponsorisé par la Fondation Hart Ford, pour l'amélioration de 21 institutions de santé aux USA, en utilisant des méthodes de qualité. Fundation Cristiano Ottoni (Brésil) . Crée un département de santé et développe des outils d'application.
1966	
1970	
1975	
1987	
1994	

1987 – 88	Réalisation des Projets de développement dans quelques hôpitaux : « <i>Santa Matilde</i> » à Madrid, « <i>san José</i> » et « <i>Cardio Infantil</i> » à Bogota. Ils sont mis en place par un bureau de conseils d'entreprises, avec le financement de différentes Fondations privées (<i>Fundaciones Privadas</i>) : <i>Fundacion Restrepo Barco</i> , <i>Fundacion Corona</i> , <i>Fundacion FES</i> . Création du Programme GHEOS. « Gestion Hospitalière », sur l'initiative des Fondations <i>Corona</i> , <i>FES</i> et <i>Restrepo Barco</i> . Création du « <i>Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo –CIMER-</i> ». Création du « Centro de Gestion Hospitalaria –CGH- » . (Centre pour la gestion des hôpitaux). Prix de la «gestion Financière », octroyé à l' « <i>Hospital Pablo Tobon Uribe</i> », à Medellin. Prix de la «gestion des Ressources Humaines », octroyé à l' « <i>Hospital Pablo Tobon Uribe</i> », à Medellin. Prix de la «gestion d'attention aux usagers », octroyé à la « <i>Fundacion Santafe de Bogota</i> ». Création du « PRIX QUALITE SANTE EN COLOMBIE ».
1988	
1989	
1992	
1994	
1995	
1996	
1997	

PRIX DEMING JAPON	PRIX MALCOM BALDRIGE - EUA	PRIX NATIONAL DE LA QUALITE – MEXICO	PRIX NATIONAL DE LA QUALITE BRESIL
Politique	Leadership	Qualité à partir la satisfaction des clients.	Leadership
Organisation et sa gestion	Information	Leadership	Information et analyse
Formation et communication	Planification stratégique de la qualité	Développement des personnes dans la vision qualité	Planification stratégique de la qualité
Information et communication sur la qualité	Gestion et valorisation des Ressources Humaines	Information et analyse	Performance et gestion des Ressources Humaines
Analyses	Gestion de la qualité des procès	Planification	Gestion de la qualité des procès
Standardisation	Performance opérationnelle et de qualité	Administration et développement des procès	Performance opérationnelle et de qualité
Control	Approche et satisfaction des clients	Effets sur la société	Satisfaction des clients
Garantie de la qualité		Performance de la qualité	
Résultats			
Plans futurs			

3.1.2. La grille d'analyse élaborée.

Plusieurs efforts ont été menés pour aboutir à la construction des différentes composantes du Prix de la Qualité en Santé. Parmi ces travaux, ont été analysés les Prix de la qualité dans différents pays : Japon, Communauté Européenne, Mexique, Brésil. Il existe déjà, le Prix National de la Qualité, géré par la CORCA. (Tableaux No. 13).

A partir de ces différents éléments, a été réalisée une grille d'analyse pour évaluer les différentes entreprises qui le souhaitent, lors du prix de la qualité. Il faut dire, que cette démarche a été prise comme un élément d'évaluation interne par les entreprises, et qu'à partir des résultats elles font régulièrement des aménagements au sein de leurs programmes de développement interne.

Cette grille n'est rien d'autre, que le guide d'évaluation des entreprises pour le « Prix de la Qualité en Santé »⁹¹. Ce Prix est géré par le CGH, sous l'égide du Ministère du Développement Industriel (responsable de ce domaine) et du DNP.

Les éléments faisant partie des critères du Prix, les détails de leur application et leur quantification, seront précisés lors de la présentation de la méthodologie appliquée à notre étude.

On présentera, ici, uniquement les éléments faisant partie de l'évaluation, sans trop

⁹¹ Dans le chapitre consacré à la méthodologie (chapitre vi), on développera les différents éléments évoqués ici.

de détails.

La grille d’évaluation comporte les éléments suivants :

Pilotage stratégique
Définitions de base et formulation des plans
Analyse stratégique
Déploiement du pilotage stratégique
Suivi du pilotage
Travail inter fonctionnel et transversal de recherche des objectifs
Gestion de l'information et résultats dans la recherche de performances
La gestion de l'histoire clinique
Profils des usagers
Autres données et sources d'information
Utilisation de l'information visuelle
Analyse de l'information
Gains par l'amélioration des processus ; des produits et des services
2.7. Evaluation des résultats
3.3. Gestion des proses d'attention aux soins, prévention, promotion, assistance et rééducation..
3.1. Protocoles d'attention. Formulation et documentation.
3.2. Suivi et contrôle des déroulement de soins.
3.3. Formation des usagers.
3.4. Contrôle des médicaments et fournitures chirurgicales.
3.5. Contrôle de l'équipement biomédical
3.6. Contrôle sur la propreté et de l'asepsie des zones cliniques et du soutien médical
3.7. Biosecurite
3.8. Relation avec les fournisseurs des services de soins.
3.9. Suivi et évaluation du système de garantie de la qualité.
4.Gestion des processus administratifs.
4.1. Standardisation et documentation des processus administratifs.
4.2. Suivi et contrôle des processus administratifs.
4.3. Contrôle des ressources financières
4.4. Contrôle sur l'équipement autre que bio-medicale
4.5. Propreté et maintenance des parties communes et des postes de travail
5. 4. Relations avec les fournisseurs.
5.1. Qualité des achats
5.2. Gestion des achats
6.5. Satisfaction des clients
6.1. Identification des demandes des clients et usagers
6.2. Déploiement de la qualité. Système d'interprétation des besoins des usagers.
6.3. Gestion des rapports avec les patients et les autres usagers
6.4. Systeme de réponse aux réclamations
7.Gestion et valorisation de l'équipe humaine
7.1. Garantie des capacités et adéquation du personnel a leur emploi

7.2.Recrutement, formation des employés
7.3. Evaluation des fonctions, rémunération et gestion des rémunérations.
7.4.Valorisation et parcours des employés
7.5.Participation, travail en équipe et communication
7.6.Conditions de travail
7.7. Hygiène sécurité
7.8. Outils d'identification des besoins des employés et de leurs aspirations
8. Leadership
8.1.Valeurs et principes
8.2 Leadership de l'équipe de direction a partir de l'exemple
8.3. Déploiement du leadership
8.4 Promotion de la culture de qualité dans le secteur
9. Contribution au développement du pays
9.1. Responsabilité sociale face à la communauté.
9.2. Contribution au développement du secteur de la santé
9.3. Conservation de l'environnement

Néanmoins, la lecture de cette grille si complexe nous sert dans un premier temps pour faire l'analyse des conditions d'existence et du développement des ESE de notre étude. Les différentes fonctions «organisationnelles » seront analysées à partir des informations fournies par l'application de notre outil de travail.

Nous avons aussi utilisé les résultats de l'enquête « *Estado actual de las instituciones hospitalarias publicas des Distrito Capital* » (c'est-à-dire, « *l'état actuel des hôpitaux publics de la capitale de la Colombie* ») , qui a servi de base d'information pour le travail relatif à l'efficacité économique et de gestion des ESE de Bogota (Giedion et al., 1999). Cette enquête a été adressée à l'ensemble des hôpitaux attachés au Secrétariat de la Santé de Bogota, avec un taux de retour de 84%. Elle comporte 46 questions distribuées dans neuf sections thématiques :

- La direction,
- Leadership, gestion et contrôle,
- La communication interne,
- Les programmes du développement et de l'amélioration organisationnelle,
- La gestion des Ressources Humaines,
- Le marketing et la concurrence,
- Le système des tarifs, les contrats et la vente des services,
- Le système d'information,
- La qualité technique.

Bien que notre étude ait pris comme objet d'analyse seulement 25,8% des hôpitaux du réseau hospitalier de la capitale, l'enquête ayant été appliquée à la totalité des hôpitaux,

les résultats de cette enquête ne pourront qu'enrichir ceux constatés lors de notre démarche sur le terrain pendant deux ans.

3.2 analyse de la situation interne des établissements de soins.

La grille du Prix de la Qualité en Santé nous fournit des éléments très précis sur de nombreux aspects de la vie des hôpitaux. Cette information est donnée sous la forme de trois éléments de base de l'enquête menée lors de l'évaluation des institutions.

Les neuf paramètres de l'évaluation du Prix de la Qualité sont développés par 47 critères différents ; mais la conceptualisation, qui se trouve derrière cette approche, est synthétisée par les trois éléments du modèle de la Gestion Intégrale de Qualité, (« *Gestion Integral Por Calidad* »), présentés dans les documents et de la CORCA et du CGH (Corca 1998, CGH 1999)⁹².

En utilisant quelques-uns des concepts développés dans l'industrie pour la gestion de la qualité (Taichi 1991), mais aussi les différents concepts de la qualité (notamment Ishikawa 1994, Juran 1996, Falconi 1994), il a été construit un modèle de gestion intégrale, qui est utilisé régulièrement lors de leurs interventions, mais aussi par plusieurs consultants particuliers, qui ont à un moment ou à un autre participé aux activités organisées par ces institutions.

Dans ce modèle, on relèvera particulièrement ses composantes de base, donc les trois éléments globaux (Corca 1994, CGH 1999) :

- **la direction stratégique**⁹³ : il s'agit de l'ensemble des actions qui dirigent l'organisation vers son avenir, à partir de la politique de l'entreprise pour fournir des objectifs aux employés, de telle sorte que soit atteinte la satisfaction des besoins communs par la solidarité et l'effort commun.
- **la gestion des processus**⁹⁴ : c'est l'ensemble des actions qui vont donner à chaque personne la responsabilité et l'autorité qui lui permette le contrôle de son processus, de telle sorte qu'elle puisse avec ses ressources parvenir aux résultats attendus.
- **la transformation de la culture de l'organisation** : c'est l'ensemble des actions nécessaires, menées pour donner des outils d'expression adéquats, modifier ou promouvoir les coutumes des personnes, de telle sorte que celles-ci vont soit empêcher, soit renforcer la réussite des objectifs de l'organisation.

Une approche de ces trois éléments nous donne les informations nécessaires pour

⁹² analyser les grandes fonctions des hôpitaux étudiés. Néanmoins, on doit s'occuper en premier lieu de certains aspects basiques, plus généraux, pour comprendre l'existence de ces organisations, par exemple leur structure formelle actuelle.
Ces deux organisations utilisent ce modèle appelé « *Gestion Integral por Calidad* », pour développer leurs interventions dans les entreprises, et régulièrement dans tous les processus de formations des entreprises et administrations auprès desquelles ils développent leur action.

⁹³ On pourrait dire le « pilotage » stratégique, en suivant la terminologie de Madame Avenier (Avenier 1988).

⁹⁴ Elle est aussi appelée : « gestion au jour le jour », « gestion des routines », etc.

On donnera d'abord quelques précisions sur l'organisation et les conditions d'existence des hôpitaux publics.

3.2.1. Le caractéristiques de base des ESE.

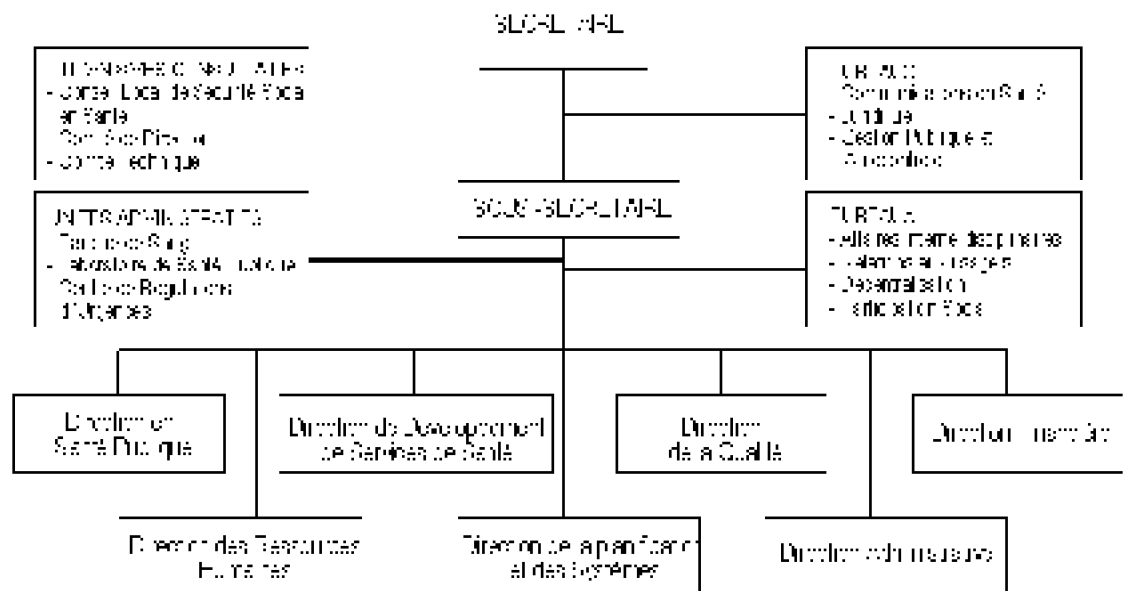
Avant d'aborder l'analyse de la situation particulière des entités étudiées, il convient de présenter certaines de ses caractéristiques principales.

Notre objet d'étude est l'hôpital public, dans les conditions introduites par la réforme du secteur de la santé, c'est-à-dire la loi 100. Il est devenu une Entreprise Sociale de l'Etat –ESE-, appelée Institution d'offre de Services (de santé) –IPS-, par la loi.

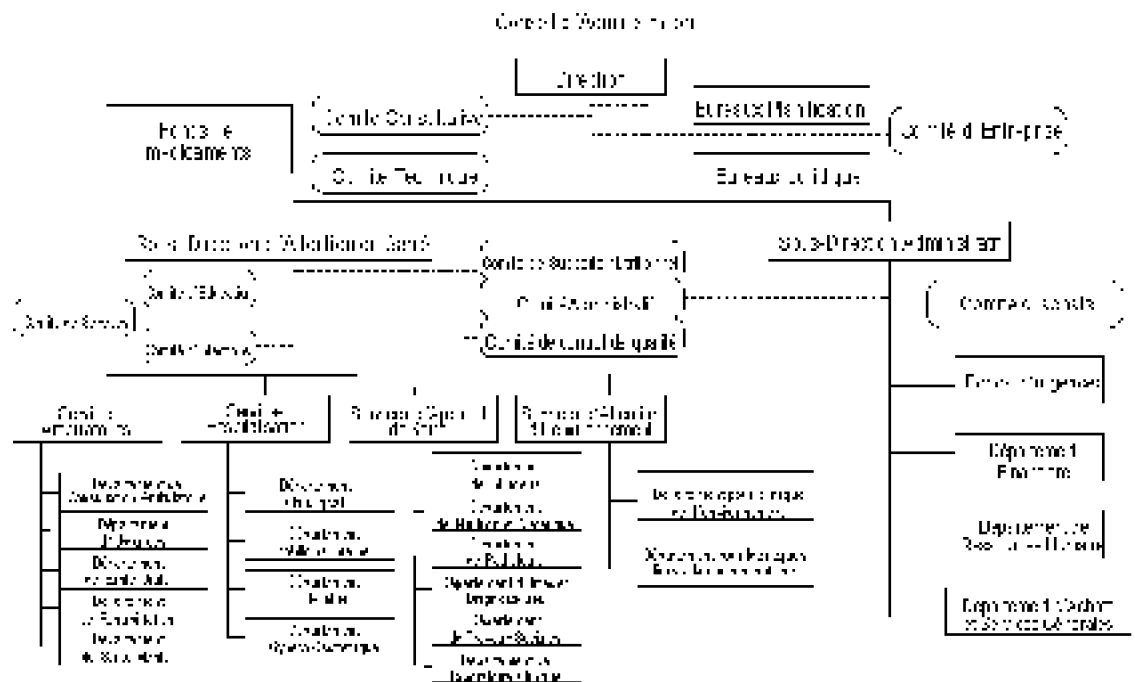
D'après la présentation du chapitre précédent, elles sont organisées autour de trois niveaux de complexité, selon les types de services qu'elles offrent, et en conséquence, selon les ressources dont elles disposent pour y parvenir.

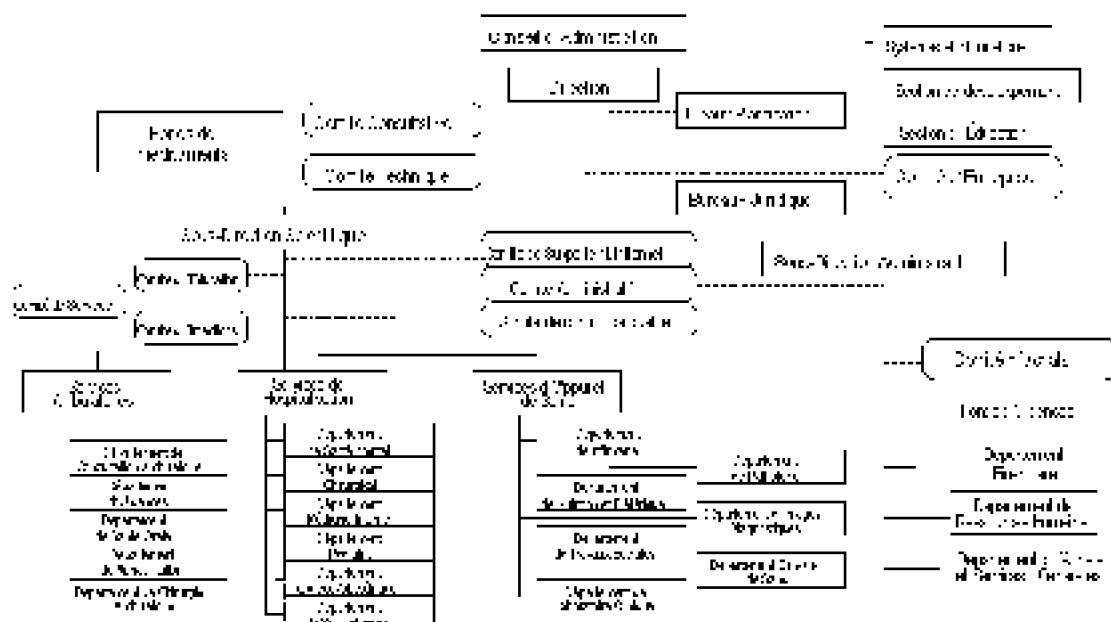
La loi a établi une structure organisationnelle minimale pour chacun de ces niveaux de complexité. L'organigramme formel minimal qui a été prévu par la loi pour chaque niveau de complexité, est présenté dans les cadres No. 3, 4 et 5.

Chaque ESE de Bogota a développé son processus particulier pour aboutir à sa structure actuelle, dans la mesure où la loi les a dotées de l'autonomie nécessaire pour y parvenir



PREMIERE PARTIE: CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE.





Il faut rappeler ici, que Santafé de Bogota, la capitale du pays, a été la dernière ville du pays à accomplir l'obligation de transformer ses hôpitaux publics en ESE. Comme on l'a signalé dans le premier chapitre, des problèmes de différentes natures, particulièrement d'ordre politique, ont conduit à une transformation plus tardive des hôpitaux dans la capitale.

HOPITAUX	TOTAL	ESE	%
III Niveau	24	20	84
II Niveau	118	104	96
TOTAL	142	124	87

Au cours de l'année 1998, les 32 hôpitaux publics de Santafé de Bogota (faisant partie des trois niveaux de complexité), ont développé le processus de transformation en ESE, ils sont donc actuellement caractérisés par l'autonomie que leur accorde la loi, formalisée par un Accord du Conseil Municipal de la capitale.

3.2.2 L'analyse des grandes fonctions des ESE.

Nous pourrions développer l'analyse à partir de plusieurs approches classiques de l'entreprise privée, par exemple, l'aspect commercial, financier ou bien celui de la production, néanmoins lors de nos recherches, il a été démontré que, pour tous les hôpitaux, le problème fondamental a été de résoudre la gestion administrative en particulier et la gestion en générale, au sein de ces institutions.

Les différentes approches conduisent forcément à la révision complète de la manière dont ont été gérés les hôpitaux publics, jusqu'à présent. De plus, les exigences du nouveau cadre du secteur rendent nécessaire une approche globale des entreprises, pour mieux saisir leurs forces et leurs faiblesses.

Nous avons choisi en conséquence une présentation générale, à partir des grandes fonctions de l'entreprise, pour revenir ensuite sur les données des forces et faiblesses des institutions étudiées.

Des composantes les plus significatives de notre grille de lecture et des structures basiques qui ont été définies par la loi pour l'organisation des différentes ESE, nous pouvons présenter l'analyse des domaines fonctionnels des ESE étudiées, ainsi :

- Fonction de direction et d'administration,
- Fonction d'organisation et des ressources humaines,
- Fonction technologique et de production,
- Fonction commerciale,
- Fonction financière.

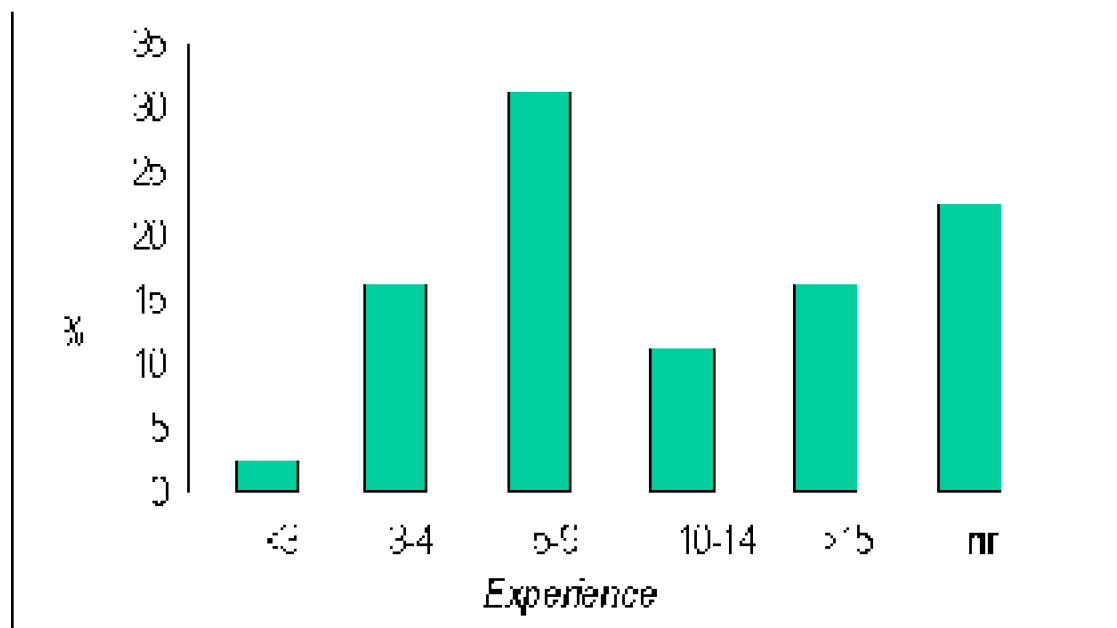
Fonction de direction et d'administration.

Il y a deux éléments clefs pour aborder les ESE dans les conditions actuelles. D'abord, il y a la formation de nouvelles équipes de direction, mais en même temps, le fait que ces groupes de direction aient hérité de tout le poids des structures antérieures et, notamment, celui des cadres d'administration implantés dans les hôpitaux publics depuis des années.

Depuis la réforme, les hôpitaux ont un gérant (à la place d'un directeur), nommé par le Conseil d'Administration, grâce à l'autonomie qui lui est accordée par la loi, pour une période de trois années renouvelables. C'est déjà un élément nouveau, puisqu'il permet et oblige à présenter un projet de développement pour l'hôpital ; de même, il offre à celui-ci un minimum de continuité dans sa gestion, ce qui n'était pas le cas par le passé.

Aujourd'hui 3,85% des gérants ont une expérience de trois années, 15,38% entre trois et quatre ans, 30,77% entre cinq et neuf ans, 11,54% entre dix et quatorze ans et

15,38% une expérience de quinze ans et plus.



*Source : Giedion et al. 1999.

L'autonomie du Conseil d'Administration permet qu'il désigne le gérant de l'ESE, parmi des candidats provenant de différentes professions du secteur de la santé, mais aussi pouvant provenir d'autres professions relatives à l'économie, la gestion et même l'ingénierie.

Le profil des nouveaux gérants des ESE, de même que les conditions nécessaires pour être nommé sont assez divers, dans la mesure où, désormais, tous les gérants d'hôpitaux doivent au moins avoir suivi des études dans le domaine de la gestion.

La nouvelle situation exprime au moins la reconnaissance de l'importance qu'accordent les autorités au fait que les cadres de direction des ESE doivent avoir au minimum une certaine capacité «formelle » de gestion.

Dans l'enquête de Giedion et al., il est montré que tous les directeurs d'hôpitaux ont une formation au moins équivalente au troisième cycle français. En général, le personnel de direction a une formation professionnelle autre que celle du gérant, néanmoins 16% possèdent un titre universitaire et au moins 6% une formation de troisième cycle.

Tous les nouveaux gérants, même s'ils proviennent des professions de la santé, ont fait des études en gestion. Bien que cela ne soit pas une garantie de compétences, c'est malgré tout une amélioration par rapport à la situation précédente. Cependant, le management au sein des entités publiques en Colombie reste encore très éloigné de la gestion dans les pays développés.

Nous faisons référence particulièrement aux résultats des études des caractéristiques des gestionnaires, telle que l'étude de Gaetan Boisvert, au Québec, qui montre l'existence de forces telles que «écoute et sensibilité » et «analyse et synthèse », en même temps qu'elle signale, chez les mêmes dirigeants, le manque de «créativité » et de

«proactivité »(Boisvert, 1995).

La formation des groupes de direction, dans les ESE étudiées, montre l'importance de cet aspect. Les cadres de direction ont, en général, en plus de leurs études de l'expérience dans la direction des hôpitaux (Geidion et al, 1999). On a trouvé, dans tous les cas analysés, des équipes de direction qui ont été constituées avec des professionnels de plusieurs disciplines et parmi eux, certains avaient suivi des études spécialisées dans la gestion des hôpitaux.

La constitution des équipes de direction inclus le plus souvent :

- le gérant,
- le directeur scientifique,
- le directeur administratif,
- le responsable de la planification,
- le responsable juridique,
- le responsable financier,
- le chef infirmier,

Dans certains cas participe, aux Conseils d'Administration, un représentant de la communauté (dans 75% des cas, d'après l'enquête de l'étude sur l'efficacité).

Dans la mesure où cette structure est en place depuis très peu de temps, le résultat n'est pas très convaincant. En général, on trouve des groupes de direction, remplis de bonnes intentions, assez motivés pour développer un projet. Mais en même temps, il est évident qu'il s'agit de volontarisme de la plupart des cadres de direction.

Un des problèmes majeurs pour démarrer le travail dans les ESE a été, justement, la mise en route de ces groupes de direction. Souvent, ses membres sont toujours des fonctionnaires opérationnels. Il a été nécessaire de développer un effort particulier pour transformer leur attitude à l'égard de ce nouveau défi.

En général, on a constaté, que leurs projets restent encore au stade de formulations et n'ont pas réussi à dépasser cette étape. Les conditions, dans lesquelles ils ont été obligés de démarrer leurs projets, expliquent, d'une certaine façon ce fait ; comme il ressort des entretiens avec les différents fonctionnaires, de chaque hôpital, on peut dire que le personnel est dans l'expectative de ce qu'il va se produire avec les nouvelles conditions.

Il n'est pas encore évident pour tous, que l'exercice de la médecine implique l'accomplissement de tâches administratives.

Il existe, dans toutes les ESE, une grande séparation entre le monde administratif et le monde médical. En même temps, on constate une différenciation entre le corps médical et paramédical. Chacun est structuré et contrôlé de manière différente, le premier plus autonome et indépendant, le second plus centralisé et dépendant. Cette situation a des profondes incidences dans les processus de transformation de l'hôpital.

Un des soucis majeurs, que rencontre la direction, est qu'elle n'arrive pas à faire

passer les idées stratégiques, qu'elle a élaborées. On le montrera dans les résultats de terrain.

Cela peut s'expliquer à partir de différents éléments : les caractéristiques des personnes, leurs origines, la formation des individus, les valeurs auxquelles ils souscrivent, etc. Mais il y a aussi d'autres facteurs plus déterminants, relatifs à leurs fonctions quotidiennes : la nature des objectifs (plus qualitatifs que quantitatifs), l'horizon temporel du travail, la formalisation de la structure. (Cremadez 1997).

Ces différents éléments vont conditionner d'une façon ou d'une autre les résultats des efforts accomplis pour la transformation des ESE.

Fonction d'organisation et de ressources humaines.

Nous avons montré afin qu'elles nous servent de référence, les structures type proposées par la loi pour les trois niveaux de complexité dans les hôpitaux publics transformés en ESE (figures 3.2, 3.3 et 3.4). Ce sont les structures formelles qu'ils doivent adopter, et qui ont été adoptées, en général, par les ESE, avec des petits ajustements selon les particularités de chaque institution.

La présentation, que donne Mintzberg de la «bureaucratie professionnelle » (Mintzberg, 1993), décrit les caractéristiques les plus significatives de la structure des hôpitaux. Celle-ci nous permet de faire quelques remarques sur le fonctionnement des hôpitaux étudiés.

Le niveau opérationnel présente une importance capitale dans le fonctionnement de l'hôpital. Le degré de spécialisation est très élevé. Il existe un grand nombre de services de soins, de cinq à dix, selon les cas, lesquels fonctionnent quasiment de façon indépendante, les uns par rapport aux autres. Dans les hôpitaux de taille majeure (troisième niveau de complexité, par exemple ou premier niveau avec un grand nombre de centres d'attention et de soins), on retrouve plutôt une multiplication des domaines d'activité qu'une concentration.

Bien que la ligne hiérarchique reste importante, dans les faits on observe une rupture entre la direction centrale et les centres opérationnels. Le rapport avec les différents services de l'hôpital se fait à partir de la direction scientifique (ou de la direction des services, voir figures 3.2, 3.3 et 3.4) et à ce niveau là, c'est plutôt la concertation entre les centres opérationnels.

Dans le domaine administratif la relation s'établit entre les différentes directions spécialisées : comptable, logistique, etc. Et à ce niveau, la rupture a lieu avec les services de soins. Le personnel administratif ne se sent pas concerné par la problématique médicale sauf dans des situations tout à fait particulières (par exemple, les autorisations de sortie de l'hôpital).

Les services logistiques, dans tous les cas étudiés, sont d'une importance capitale. Régulièrement, on verra dans l'analyse des actions des hôpitaux, les plans opérationnels établis pour prendre en charge des actions relatives à l'approvisionnement.

En effet, la coordination des services médicaux et administratifs pose des problèmes considérables, dans la mesure où ils répondent à des logistiques différentes. La question de l'approvisionnement relève des problèmes de pertinence (par exemple, la taille des

gants de chirurgie), d'opportunité (gestion des stocks), et de quantité.

La technostucture (Mintzberg) n'est pas si déterminante pour les ESE étudiées, sauf dans les services d'infirmier. Il existe déjà des protocoles d'attention de soins dans ces services. Cela n'est pas le cas pour le reste des services offerts. Un problème important se pose ici, car la standardisation des procédures d'attention aux malades n'est pas toujours assurée par la standardisation des qualifications du personnel soignant (donc des établissements de formation du corps médical en général).

Enfin, on soulignera que dans la structure des ESE, on trouve une multiplication importante de mécanismes de coordination des activités des établissements (comités et autres), mais malgré cela, ces formes de coordination n'ont pas réussi à résoudre le problème de l'intégration des différentes logiques d'activités dans l'hôpital. Si bien que s'il n'y a pas de mécanismes de coordination, via la standardisation des qualités, suffisamment développés, il n'y a pas non plus de mécanismes alternatifs de coordination pour résoudre ce problème.

Régulièrement, les organisations ne fonctionnent pas à partir de leur organigramme ; et les hôpitaux publics en Colombie ne font pas exception. Dans toutes les ESE étudiées la structure organisationnelle ne correspond pas à celle supposée exister.

Les structures formelles, qu'elles présentent, montrent un degré de centralisation très marqué, pas seulement dans leurs organigrammes, mais surtout dans leur fonctionnement quotidien. Le gérant intervient à tout moment, qu'il s'agisse de décisions stratégiques ou de décisions de routine. Toutes semblent justifier l'intervention de celui-ci, sans pour autant résoudre les problèmes d'efficacité et de productivité qui se posent.

Cela donne l'impression d'une structure organisationnelle horizontale et plane. A cela il faut ajouter, que le directeur ne peut rien décider sans l'accord de ses collaborateurs (médecins ou administratifs, selon le type de décisions à prendre). Pourtant ce n'est pas tout à fait le cas, puisqu'il existe certains niveaux de décentralisation vers les unités opérationnelles. Cependant, le problème se présente fréquemment dans la mesure où les fonctionnaires en place n'ont pas le profil adapté à leur mission.

Cette situation est une constante, même dans les ESE de haute complexité (troisième degré), et la différence est marquée d'une façon tout à fait artificielle. Il y a plus d'échelons entre les niveaux opérationnels et la direction. Dans la pratique, le gérant doit être tenu au courant des problèmes d'approvisionnement d'essence pour les ambulances, au même titre qu'il doit être tenu au courant des problèmes financiers de l'institution, des problèmes scientifiques des interventions des médecins dans son hôpital.

A cet aspect vient s'ajouter le fait que l'hôpital se trouve dans une période de transition : modification de la nature juridique, des structures, changement de gérant, de logique de production, des clients, etc. Il a donc fallu, dans un premier temps, reprendre les tâches les plus élémentaires de la gestion, ordonner et hiérarchiser les problèmes, c'est-à-dire les logiques de planification, de participation, de l'élaboration de projets, etc., mais il fallait d'abord asseoir une nouvelle légitimité. On reviendra sur ce propos lors de l'analyse du terrain, dans le chapitre VI.

Notre travail relatif à la gestion des ressources humaines semble indiquer que dans

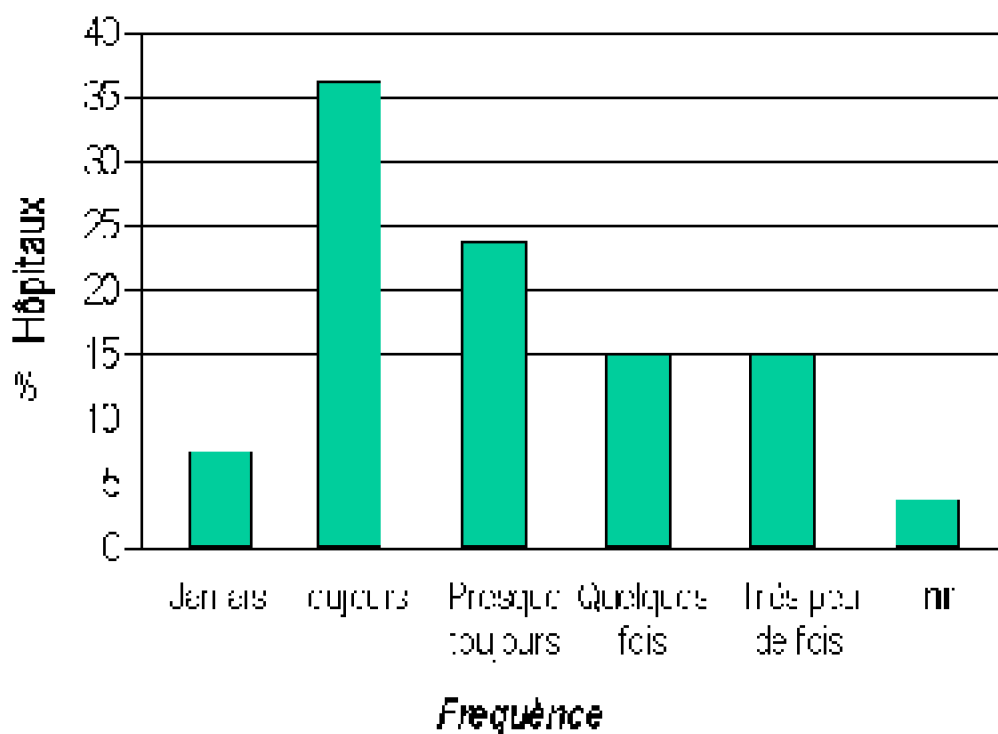
ce domaine, il existe de réelles opportunités pour instiller de profonds changements, visant le cloisonnement entre les différents acteurs hospitaliers et leurs logiques respectives : le corps médical et le corps administratif.

Les problèmes dans la gestion des ressources humaines sont, pour la plupart, dues à la tradition des administrations et affectent gravement le fonctionnement des hôpitaux. Pourtant, ils pourraient être résolus à partir de mesures assez simples, par exemple des programmes de formation ou des programmes de ré-induction du personnel, comme cela a été le cas lors d'expériences menées dans notre travail sur le terrain.

Les outils classiques de la gestion des ressources humaines ont une place importante au sein des ESE. La valorisation du potentiel humain est un des aspects stratégiques de la réussite des hôpitaux, tout particulièrement, si on prend en compte, que lors des entretiens que nous avons conduits, il a été remarqué dans les différents hôpitaux, qu'une de leur force était la qualité humaine des équipes.

L'enquête sur l'efficacité économique et de gestion, évoquée précédemment, confirme cette appréciation. Dans ses résultats, on a repéré au moins deux aspects frappants : le processus de sélection et d'induction (cadre No. 7) peu développé mais néanmoins présent dans la plupart des cas, et de graves déficiences dans l'évaluation des fonctionnaires. 92,31% des réponses affirment qu'il n'y aucun mécanisme d'évaluation du développement du travail.

Dans la pratique il existe un mécanisme trop formel qui consiste à remplir une feuille d'évaluation, laquelle est ressentie comme n'ayant aucun rapport avec les activités des fonctionnaires.



*Source : Geidion et al. 1999.

On peut signaler, que différentes notions modernes de la gestion des ressources humaines, telles que les primes ou les bonifications liées aux gains de productivité, ne sont pas prises en compte, et ce, parce qu'il est encore très difficile d'établir les mesures de base (la mesure de productivité, par exemple), pour mettre en place de tels mécanismes.

Notre étude démontre aussi que les différents mécanismes de participation, tels que les groupes de base, les équipes de projet, enfin la gestion participative, demeurent très marginaux, même si dans le discours des gestionnaires existe. D'ailleurs l'enquête montre que, dans moins de 50% des réponses, l'existence de ces mécanismes est signalée.

Fonction technologique et de production.

Ce sont les services offerts par les ESE, qui vont déterminer et la production et le développement technologique des établissements. Cet ensemble de services est appelé « Le Portefeuille de Services ». Il s'agit de l'ensemble des services que chaque hôpital

offre à ses usagers potentiels.

Le « Portefeuille de Services » correspond à un certain type de besoins de la population géographiquement proche des ESE. Il se construit à partir du profil épidémiologique général de la ville et à partir d'études spécifiques pour chacune des localités. Il faut noter, que ces études spécifiques n'existent pas toujours, donc, le portefeuille reflète plutôt les différents services qui ont été offerts depuis de nombreuses années et qui continuent à être demandés par la population. Ces portefeuilles sont ajustés de temps en temps.

On présente en annexe No.8 les contenus basiques des portefeuilles des trois niveaux de complexité pour Bogota. Certains hôpitaux de notre étude les ont développés davantage et en conséquence ils offrent plus de services de soins ou bien ils sont entrain de reformer leur portefeuille comme conséquence des Démarches Manageriales Collectives.

Le Portefeuille de Services est destiné à une population déterminée, donc il s'adresse au marché des ESE. Il détermine aussi les possibles concurrents de celles-ci, ainsi que la manière d'approcher les usagers, mais aussi celle d'entretenir des rapports avec les intermédiaires.

Mais le portefeuille détermine en plus les ressources nécessaires pour accomplir la tâche essentielle de l'hôpital. C'est à partir de celui-ci, que chaque hôpital doit se procurer le personnel nécessaire à la prestation de ses services, particulièrement le type et le nombre de professionnels de chaque spécialité médicale. De la même façon il détermine le type et le nombre d'équipes dont il aura besoin pour développer sa mission.

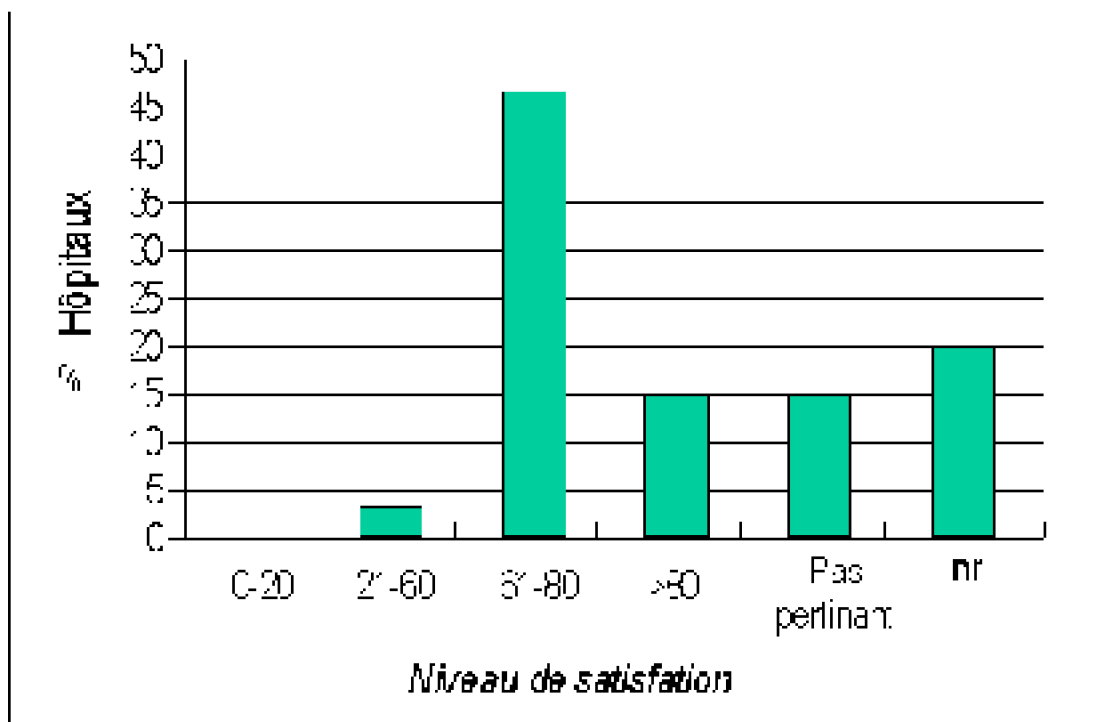
En principe, il existe un Profil Epidémiologique de la capitale du pays, dans lequel ont été recensées les principales causes de maladies, les maladies les plus fréquentes, les différents facteurs ayant une incidence sur la santé de la population, etc.⁹⁵ Mais il faut noter aussi, que ce profil reste insuffisant pour que chaque institution puisse offrir davantage de services adaptés au besoin de leur zone (voir zone géographique) d'influence et particulièrement aux clients potentiels, tels que les industries et les entreprises installées à proximité.

Il faut dire qu'il n'existe pas de mécanisme permettant de mettre à jour les besoins de la population, étant données les caractéristiques actuelles du pays. En effet, l'important flux de population qui se déplace de son lieu d'origine, à cause des facteurs de violence, emmène de ce fait des maladies différentes de celles recensées par les hôpitaux qui les accueillent (par exemple, des cas de malaria dans la zone urbaine de Santafé de Bogota, maladie propre aux autres zones).

On trouve ici l'un des handicaps importants des ESE, dans la mesure où il montre des entreprises qui connaissent mal les besoins de leurs usagers. Nous avons vérifié lors de notre enquête sur le terrain, que les ESE ont une connaissance assez superficielle des usagers. Depuis quelque temps (dans certaines ESE, cela remonte à deux ou trois années au maximum), ont été mises en place des enquêtes auprès des usagers, mais

⁹⁵ Voir « Analisis del Sector de la Salud en el Distrito Capital. 1990-1998), Secretaria de Salud de Bogota, 1998, particulièrement la cinquième partie.

c'est seulement maintenant qu'existent les mécanismes pour se servir des informations fournies par ces enquêtes.



*Source : Giedion et al. 1999.

L'application d'enquêtes de satisfaction des usagers donne des résultats peu satisfaisants, particulièrement parce que la source continue à être exploitée de manière inadéquate. Les résultats reportés par les hôpitaux sont : 65% des institutions montrant un niveau de satisfaction des usagers supérieur à 60%, 27% un chiffre de plus de 80% de satisfaction et 11% reporte 90% ou plus de niveau de satisfaction.(figure No.3.7).

Le portefeuille donne aussi les éléments essentiels pour déterminer les ressources nécessaires de personnel, d'équipement et de technologie.

Il n'y a pas une grande différence technologique parmi les ESE étudiées, en dehors de leur spécificité de complexité. On trouve régulièrement une surcapacité technologique particulièrement dans le premier niveau de complexité, laquelle est héritée des rapports que les hôpitaux entretenaient auparavant avec le Ministère de la Santé ou de l'époque où ils étaient rattachés au Secrétariat de la Santé, sans autonomie. Les problèmes liés au manque de planification ont donné bien souvent comme résultat un approvisionnement technologique surdimensionné ou bien inconsistant par rapport aux possibilités opérationnelles réelles des hôpitaux⁹⁶.

Par rapport aux entités privées, il y a un certain décalage. Dans la pratique, il est assez difficile de comparer les ressources technologiques dont chacun dispose, puisque,

⁹⁶ On citera, par exemple, l'attribution de défibrillateurs à tous les hôpitaux de premier niveau de complexité, même si ces appareils ne sont pas adéquats pour ce niveau de complexité, puisqu'ils demandent une capacité de "résolution" des problèmes qui n'est pas celle des hôpitaux de ce niveau de complexité.

à quelques exceptions près, les hôpitaux privés (ceux qui sont considérés comme la concurrente réelle) disposent du même type d'équipes, la différence se fait via les contrats de maintenance des équipes. Si non, pour la plupart, la concurrence ne demeure que dans certains services offerts et, là encore, la différence technologique n'est pas très sensible.

Sur le plan des techniques de pratiques médicales, elles restent les mêmes pour tous (privés ou publics), la différenciation se fait à partir des professionnels qui sont attachés à l'une ou l'autre des institutions. Dans ce domaine, il faut signaler que Santafé de Bogota, la capitale du pays, possède une concentration assez forte du corps médical dans le pays (une des plus fortes du continent, voir Tableau No. 3.8), laquelle n'est pas sans importance pour ce qui est de la concurrence lors de la négociation des contrats.

Total des médecins enregistrés au SDS	17.544
Population estimée en 1997 à Bogota	5.929.430
Médecin pour 10.000 habitants	29,9
Indice standard du pays	10,9

*Source : Secretaria Distrital de Salud de Bogota. 1998.

BOLIVIE	4,5
COLOMBIE	10,9
EQUATEUR	14,2
PEROU	29,9
VENEZUELA	10,9
ARGENTINE	26,8
CHILI	11,0
PARAGUAY	6,5
URUGUAY	36,8
BRESIL	13,6
MEXIQUE	17,0
CUBA	43,3
USA	24,5

*Source : OPM et OMS, « Situación de salud en las américas. Indicadores Básicos, 1995 ».

Dans ce domaine, le secteur public présente certains avantages sur le marché du travail, particulièrement pour des raisons de stabilité, facteur très apprécié au moment de la négociation des contrats de travail.

Dans les hôpitaux de l'étude, il a été constaté que les gérants des ESE ont qualifié leur corpus de médecins, comme ayant un haut niveau de qualification, et cela à partir des évaluations de services qui se font régulièrement, pour des raisons propres à la

fonction publique et particulièrement à l'égard du corps médical.

Les caractéristiques particulières du corps médical rendent difficiles la tâche de faire comprendre la notion de productivité au sein de l'hôpital public. D'abord, il n'existe pas de tradition entrepreneuriale dans le secteur de la santé en Colombie, ensuite persiste la notion de ce que la santé est au-dessus des problèmes de productivité, de prix, puisqu'il s'agit de vies humaines. Les notions d'efficacité des ressources publiques, et les autres discussions autour du rôle de l'Etat, prennent une place importante lorsqu'il s'agit de déterminer une stratégie pour les nouvelles ESE.

Un des éléments qui constitue une différence substantielle avec le secteur privé, c'est l'existence d'un réseau hospitalier. Il s'agit d'un système qui met en réseau tous les hôpitaux publics, de telle sorte que chaque hôpital peut envoyer ses patients vers un autre hôpital d'un niveau de complexité supérieur ou inférieur si besoin est, parce que là-bas les soins sont plus adaptés au cas du malade.

Un autre élément lié à la production dans les établissements de soins, c'est la relation avec certains fournisseurs. Il s'agit particulièrement d'importants fournisseurs de matériel médical et chirurgical, le plus souvent des entreprises multinationales. On verra dans le paragraphe dédié aux aspects financiers, comment les problèmes de liquidité peuvent mettre en péril le fonctionnement quotidien des hôpitaux, dans la mesure où ces fournisseurs sont parfois les seuls à fournir ces produits.

Cela relève plutôt du domaine commercial et financier que de la production elle-même.

Fonction commerciale.

Pour les hôpitaux publics, c'est une fonction complètement nouvelle, puisqu'ils n'entretenaient pas auparavant des rapports commerciaux avec leurs usagers. Il existait déjà une fonction commerciale par rapport aux fournisseurs mais dans ce cas il s'agissait simplement de la fonction d'achat.

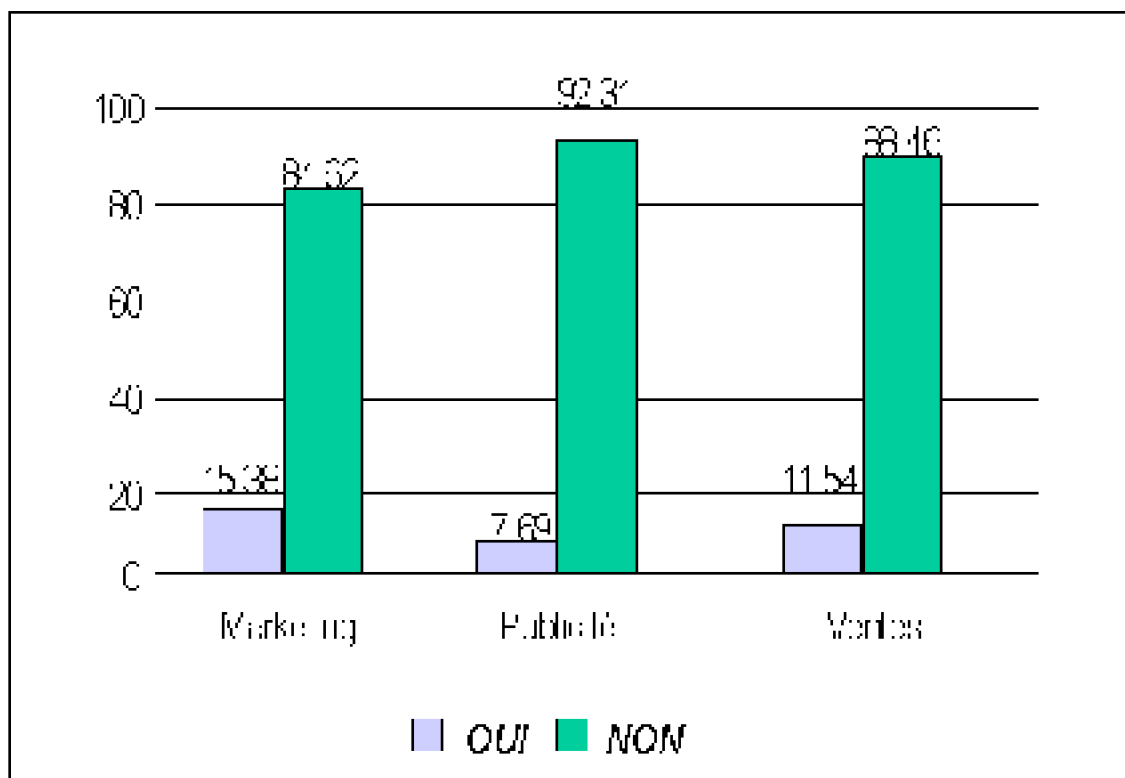
Le fait de devoir entrer dans une logique différente, avec sa propre terminologie, a posé certains problèmes aux ESE. L'introduction même du mot «client » a entraîné des longues discussions, pas toujours dans le sens de la gestion, mais plutôt dans le sens de la politique économique, c'est-à-dire autour de la privatisation, du rôle de l'Etat, etc.

D'autres problèmes ont du être résolus, afin de mettre en place des instruments et des structures pour développer la fonction commerciale vers les clients et les usagers en général. Aujourd'hui toutes les ESE ont incorporé dans la définition de leurs fonctions, les activités relatives à la fonction commerciale. Dans certains cas, on trouve dans leur structure une section chargée du commercial, parfois même du marketing, chargée de développer les activités de promotion de leurs produits et les relations avec les clients et usagers ; néanmoins, cela demeure marginal.

A ce propos, l'enquête de Giedion confirme les résultats de notre travail. Elle montre que, dans 84,62% il n'y a pas de section de marketing, dans 92,31% il n'y a pas d'activités de publicité et que dans 88,46% des hôpitaux il n'y a pas de section chargée des activités de vente (la question était formulée de telle sorte qu'une seule section était chargée des trois activités). Depuis l'année dernière, il existe un programme mené sur

l'initiative du Secrétariat de la Santé à Santafé de Bogota, pour développer le marketing dans 50% des institutions.

Cette situation correspond à la situation de transition des ESE, puisque historiquement les hôpitaux publics ne fonctionnent pas avec une logique d'entreprise faisant de la vente de produits, et surtout pas avec une logique de chiffre d'affaires.



*Source :Giedion et al., 1999.

Le trait dominant, de l'ensemble des ESE étudiées, est qu'elles sont en processus d'apprentissage, relativement à tous les aspects de l'activité commerciale, d'apprentissage des outils pour exploiter correctement les informations qu'elles possèdent déjà sur les usagers, jusqu'à l'organisation du service commercial en lui-même. La loi impose la veille de la qualité des services et de l'attention des usagers, donc pour plusieurs des ESE, c'est là qu'elles ont commencé leur développement du commercial : par les bureaux d'attention aux clients.

Néanmoins, notre étude montre que la clarification conceptuelle, de la transformation du secteur et particulièrement du nouveau rôle de leurs institutions (notamment les ESE et les IPS), est loin d'être atteinte. Bien que pour certains fonctionnaires, et notamment parmi les dirigeants des établissements, cela soit clair, ce n'est pas le cas de la plupart des fonctionnaires des institutions.

Les multiples entretiens avec des fonctionnaires de différents services, que se soit les services hospitaliers eux-mêmes ou les services administratifs, ont montré qu'on est loin d'une réelle compréhension de la loi de leur part. Il existe bien une compréhension globale, générale, mais en même temps de forts préjugés et des intérêts divers, qui n'ont

pas permis encore que les concepts de base soient bien intégrés par tous.

Les développements, qui ont été réalisés à ce jour, ont néanmoins montré une importante capacité d'adaptation aux nouvelles conditions. Dans certains cas, c'est le produit de l'incorporation au personnel de nouveaux fonctionnaires en provenance du secteur privé.

Il existe un élément dans la fonction commerciale qui est commun à toutes les ESE (pas seulement à Bogota mais dans tout le pays), c'est la dépendance des ESE au contrat de services de soins qu'elles ont contracté avec l'ISS⁹⁷. Dans la mesure où celui-ci continue à être la plus grande institution du secteur, c'est en même temps le plus grand acheteur de services des établissements de soins. L'ISS possède aussi des contrats avec un grand nombre d'entreprises privées qui offrent aussi des services de santé, mais pour celles-ci la situation de dépendance est loin d'être généralisée.

Cet élément fait partie de l'environnement des ESE, mais aussi de sa vie quotidienne. Aujourd'hui toutes les ESE ont, dans leur structure administrative, une section dédiée exclusivement à la gestion des contrats avec l'ISS.

La situation des rapports entre les ESE et l'ISS a fait l'objet de diverses actions, sur l'initiative des autorités du secteur de la santé (Ministère de la Santé, Secrétariat de la Santé à Bogota, institution de contrôle du secteur, etc.), dans la perspective de clarifier les mécanismes de leurs relations et les autres problèmes qui leur sont propres.

Une de clefs du problème serait, d'après l'avis de certains experts, l'excès de réglementation et le changement régulier des processus dans leurs rapports. Pour d'autres, les origines du problème seraient plutôt de nature macro-économique, c'est-à-dire relatives aux ressources financières de l'ISS et à ses problèmes internes. Cette situation a un caractère national et en conséquence se sont développées plusieurs initiatives, lesquelles sont appliquées actuellement. L'analyse en profondeur de cette problématique déborde largement l'objet de notre étude, mais on a pris en compte l'incidence de ce facteur dans notre analyse stratégique des ESE.

On verra dans le paragraphe relatif à la fonction financière, les conséquences que cela peut entraîner pour l'existence même des ESE.

Fonction financière.

Lorsqu'une institution entre dans le domaine de la concurrence, un des éléments fondamentaux est sa capacité à gérer les ressources économiques mises à sa disposition.

Avant la loi 100, la gestion financière des établissements publics de soins se limitait à une gestion de trésorerie des éventuelles liquidités, à la gestion du budget accordé par les administrations de rattachement, donc à l'exécution du budget lui-même.

Dans ces conditions, il y a beaucoup de nouveaux domaines qui doivent être assimilés et incorporés dans le quotidien des ESE et de leurs fonctionnaires. Et justement, c'est là l'une des limitations majeures des toutes nouvelles entreprises, que

⁹⁷ Par souci de clarté, nous rappelons que l'ISS était, avant la loi 100, l'entité publique qui avait le monopole de la sécurité sociale, et qu'aujourd'hui il est dans un processus de transformation complète.

sont les ESE.

Lorsque nous avons développé les activités de terrain et particulièrement celles qui touchent aux activités de la gestion financière des hôpitaux, on a trouvé certaines défaillances critiques dans les capacités des fonctionnaires, et particulièrement des groupes responsables, chargés de ces missions. Il ne s'agit pas des capacités du responsable du service, il s'agit plutôt de la pertinence du savoir des groupes de travail.

L'étude nous montre que, régulièrement parmi les groupes responsables du domaine économique et financier des ESE, leurs membres ne sont pas assez qualifiés pour la tâche prévue ; soit, ils n'ont pas reçu la formation nécessaire, mais s'en sortent avec un certain succès, puisqu'ils connaissent bien «leur hôpital », soit, ils n'ont pas compris leur rôle, donc ils agissent en fonctionnaire, sans compromis. Mais le pari est plus lourd que l'intuition des individus. C'est un problème structurel mais désormais on dispose de mesures pour rattraper ce retard, via la formation des fonctionnaires.

Cependant, le domaine financier nous montre d'autres problèmes difficiles à résoudre. D'abord les sources d'information, dans la mesure où l'existence des hôpitaux publics ne demandait pas une comptabilité de gestion (situation traditionnelle), l'information disponible aujourd'hui n'est pas suffisante pour la prise de décisions.

Il est nécessaire de se tourner vers les éléments de base et notamment la structure de coûts. L'évidence est claire : aucun des hôpitaux étudiés (on pourrait généraliser à tous les autres y compris une grande partie des hôpitaux privés) ne possède pas une structure de coûts. Cette affirmation est confirmée dans l'enquête de Giedion, à une exception près (l'hôpital Bosa a répondu par l'affirmative), cependant nous avons pu constater sur le terrain que l'hôpital en question n'avait pas non plus de structure de coûts.

D'ailleurs c'est une situation normale, puisque les hôpitaux publics n'avaient pas l'obligation d'en avoir. Il existe maintenant un programme, sur l'initiative du Ministère de la Santé et du Secrétariat de la Santé à Bogota, pour développer la structure des coûts des hôpitaux.⁹⁸

Puisque cet instrument n'existait pas, il a été nécessaire d'en introduire un autre permettant de faire les références des coûts nécessaires dans le secteur : les tarifs SOAT⁹⁹. En même temps, sont utilisés les tarifs employés depuis des années par l'ISS.

Les tarifs SOAT sont les tarifs établis par les sociétés d'assurances des accidents de la route, lesquels sont devenus LA REFERENCE des tarifs de la sécurité sociale, acceptée par les autorités du SGSSS. On se trouve alors, dans une situation où les ESE n'ont pas de structure de coûts, mais un paramètre pour déterminer les prix de leurs

⁹⁸ Pendant les années 1990 et 1993, ont été développés des efforts conséquents pour introduire la comptabilité des coûts dans les hôpitaux, mais ceux-ci ont échoué par manque de ressources au sein des hôpitaux et notamment d'informations. C'est devenu une « tâche techniquement impossible », voir Jaramillo 1997.

⁹⁹ Le SOAT, c'est le sigle du « Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito ». C'est le système établi pour rembourser les coûts des soins lors d'un accident de la route, qui a été établi sur l'initiative de l'Industrie des Assurances privées. Décret 1664-93 et décret 2491-94.

services et produits.

En plus de ce problème, déjà conséquent, les ESE devront faire face à un autre défi, peut être plus important : la facturation des services rendus et vendus.

Auparavant, les hôpitaux publics n'avaient pas besoin de rendre des comptes sur les produits qu'ils mettaient sur le marché, puisque leur fonction était d'exécuter un budget donné. Ils sont, désormais, contraints de vendre des services à plusieurs clients et usagers, il faut donc que les ESE aient un système de facturation des services rendus.

La facturation est devenue un des problèmes majeurs des ESE, puisqu'elles n'avaient pas l'habitude d'y avoir recours. Les techniques et les outils, pour développer cet aspect de leur fonctionnement, continuent à être un défi pour les ESE. Certaines, on le verra dans le chapitre VI, ont choisi la sous-traitance. D'autres, la majorité, ont essayé de le faire seules et sont entrain de relever ce défi. Notre expérience a montré, qu'elles peuvent développer des solutions à partir des Démarches Managériales Collectives, avec succès.

Dans le paragraphe précédent, on a évoqué les problèmes relatifs aux contrats avec l'ISS. Sur le plan financier, le problème peut être présenté d'une façon assez simple : les ESE (à Santafé de Bogota) ont deux clients très puissants l'ISS et le Secrétariat de la Santé à Bogota. Il suffit que l'un des deux (tous deux entités publiques) ne respectent pas les délais de paiement, et cela devient le problème central, et même selon les résultats de notre enquête, l'unique problème de la gestion financière des ESE.

La situation de transition, dans laquelle se trouve l'ensemble du système de la santé et notamment les ESE (hôpitaux publics en transformation), nous offre un scénario très complexe, dans lequel l'ISS n'est pas capable de déterminer le montant exact de ses dettes envers l'ensemble des IPS (nous rappelons qu'ils sont aussi des ESE) avec lesquels ils ont contracté, et en même temps, presque aucun IPS (public) n'est capable de confirmer le montant des dettes de l'ISS.

Cette situation a fait l'objet de négociations particulières entre l'ISS et l'ensemble des IPS du pays, avec la participation du Gouvernement durant l'année 1998.

La réforme a mis en cause toutes les institutions et elles n'y étaient pas préparées. Dans notre étude, nous avons montré que les ESE n'étaient pas capables de fournir un chiffre à propos des dettes de ses usagers, et même le plus important : l'ISS. Pire encore, le créancier (l'ISS) n'était pas non plus en mesure d'établir le montant de ses créances. En dépit de tout cela, le système fonctionne au jour le jour.

Il est clair qu'aujourd'hui la fonction financière est un des axes principaux de la gestion des nouveaux gérants. Les problèmes évoqués sont au centre de la réussite, puisque l'hôpital en dépend. Mais, comme on vient de le montrer, la problématique des ESE est loin d'être encadrée par un diagnostic unidimensionnel.

Dans ce domaine, peut-être plus que dans les autres, il va falloir compter sur une certaine travail de créativité des gestionnaires et dirigeants. Ce n'est pas tant un problème de financement qu'un problème de capacité de gestion des ressources mises à disposition. Le système est prêt à allouer des ressources financières nécessaires à condition qu'ils cherchent à atteindre la réussite de leurs objectifs.

Mais la problématique du financement du secteur de la santé, donc l'«Economie de la Santé », ne fait pas l'objet de notre étude.

Les ESE de Santafé de Bogota connaissent une situation financière instable ¹⁰⁰, en même temps, dans la mesure où c'est le cas de tout le système de la santé en Colombie, cette instabilité devient un facteur parmi d'autres. Pour les entreprises privées faisant partie du système général de santé, ce n'est pas une source de risque important, puisqu'ils ne passent plus de contrats avec l'ISS, dès lors que celui-ci prend du retard dans ses paiements.

En plus des différentes fonctions des ESE, il est nécessaire de faire une remarque particulière à propos des **systèmes d'information**.

Les réponses fournies, dans l'enquête sur l'efficacité économique et de gestion (Giedion 1999), par les hôpitaux à propos de l'existence des systèmes d'information, affirment que 96,15% des établissements ont un système d'information dans la section de facturation et que 88,46% possèdent de tel système dans la section de gestion des salaires, 73% n'ont pas de système d'information des coûts.

En dépit des résultats de l'enquête sur l'efficacité des ESE de Santafé de Bogota, notre travail sur le terrain a montré que celles-ci ne possèdent pas de systèmes d'information. Ce qui existe dans différents services, en particulier ceux de la facturation et de la gestion des salaires, ce sont des programmes informatisés sans aucun rapport avec la comptabilité, ni la prise de décisions. Ce sont des systèmes de données isolées et maîtrisées localement par des fonctionnaires qui n'ont pas de rapports avec d'autres unités administratives. Dans la mesure où aucun hôpital n'a de système de coûts, par voie de conséquence ils n'ont pas de système d'information des coûts.

Pour le reste, on peut dire, qu'il n'y a pas de système d'information en rapport avec la prise de décisions et même dans la gestion des données médicales relatives aux patients. Dans ce domaine, l'organisation de l'information, son traitement et son utilisation pour la gestion sont des activités stratégiques à développer.

L'analyse de la situation interne des ESE, dans le souci de présenter une approche globale, va nous permettre de formuler une synthèse de leurs forces et faiblesses, dans le cadre de notre analyse stratégique des établissements de soins.

3.3 forces et les faiblesses des ESE.

L'identification des facteurs ayant une influence négative sur l'accomplissement des fonctions des ESE, de la part des différents fonctionnaires à la direction des institutions, montre que ceux-ci ont été qualifiés ainsi (le pourcentage correspond à des fréquences de réponses) :

- la résistance au changement (57%),
- les difficultés d'obtention des ressources (57%),

¹⁰⁰

Il faut se rappeler qu'il s'agit de l'analyse des ESE de Santafe de Bogota, la capitale du pays. Voir annexe No. 1.

- la structure organisationnelle (53%),
- l'ambiance du travail au sein de l'organisation (34%),
- l'inadéquation des ressources humaines (27%),

De la même façon pour les directeurs et le personnel de direction des ESE, les principaux facteurs qui sont des inconvénients face à la concurrence:

- la culture de l'organisation (46%),
- les systèmes d'information (42%),
- la motivation et le sens d'appartenance des fonctionnaires (35%),
- la taille et les niveaux de complexité (35%),
- le développement de la gestion et la technologie (19%).

Malgré cette introspection des hôpitaux, le travail avec les différents groupes au sein des ESE étudiées nous a conduit à des résultats beaucoup plus précis sur les facteurs clefs de développement des ESE, pour faire face à la concurrence et sur l'identification des éléments qui agissent de façon négative dans sur développement.

Notre étude a montré que, la principale force des ESE est leur capacité technique et avec la résolution des problèmes de soins, supportée par les atouts du corps médical, mais aussi leur possibilité de se servir du réseau hospitalier public.

L'histoire particulière des hôpitaux publics est en elle-même un autre facteur force, dans la mesure où aujourd'hui encore, la population les regarde comme le recours principal pour se faire soigner. En fait, le profil économique des couches de population, au sein desquelles se situent les ESE, indique qu'elles disposent d'une certaine façon d'un marché propre.

Même si la situation de l'environnement actuel des ESE est très instable, il existe, en même temps, une grande marge de manœuvre des gestionnaires pour mettre en place des projets de développement importants. La plupart des directeurs des ESE, en place aujourd'hui, ont d'ores et déjà lancé des processus de changement dans leurs établissements. Il s'agit d'une nouvelle génération de gestionnaires. On peut dire que la conjoncture est favorable aux ESE.

Les principales faiblesses que nous avons pu constater au sein des ESE sont les suivantes :

- en premier lieu, les problèmes de gestion et particulièrement le manque de standardisation des différents processus, que ce soit en ce qui concerne l'attention aux personnes ou des tâches administratives, il y a une réelle défaillance dans le domaine de la maîtrise du processus opérationnel ;
- en second lieu, l'ensemble du domaine de la gestion des ressources humaines, pour participer aux efforts de développement des projets, la valorisation des personnes est une des priorités ;
- enfin, les systèmes d'information, quels qu'ils soient, se révèlent être un autre défi à

relever.

CHAPITRE IV L'ANALYSE STRATÉGIQUE D'ENSEMBLE DES ESE.

Les grands défis des ESE dans le contexte du changement et de rénovation du système de santé, peuvent être présentés à partir d'une vision d'ensemble de la situation actuelle des ESE.

Les hôpitaux publics en Colombie, qui sont devenus des ESE à partir de la loi 100, se trouvent dans une situation particulière puisqu'ils sont au milieu d'une conjoncture. C'est une conjoncture de transformation radicale, redondant son environnement est en plein bouleversement. Sa façon de fonctionner au niveau intérieur a changé complètement. Et en plus, ses outils traditionnels de gestion ne sont plus adéquats pour faire face aux nouveaux défis.

D'abord l'existence même des hôpitaux publics a été remise en cause, puisqu'ils n'étaient pas au niveau des exigences de la société et des besoins de la communauté. Cela a conduit, entre autres, à la grande réforme du système de santé (voir chapitre I), c'est le problème de la légitimité des institutions : à quoi servent-elles ? .

La discussion orthodoxe à propos de la performance du public et du privé, a eu ses effets dans le scénario colombien. Mais, le chemin parcouru a été un peu différent de celui des autres pays qui ont essayé des réformes du secteur de la santé. Tout en remettant en cause l'efficacité du système de santé, la loi a donné des nouvelles possibilités aux établissements de soins et a encadré le système de santé dans une autre logique, qui n'est pas celle de la privatisation, mais celle de l'application des outils de la gestion privée aux entités publiques dans le domaine de la santé.

La légitimité des hôpitaux publics a été remise en cause, donc il faut qu'ils réagissent au plus vite. Les démarches de la bureaucratie que présente Crozier, lorsqu'elle développe ses dysfonctionnements, comme sa façon d'exister alors qu'elle est incapable de corriger ses propres erreurs, mais les incorpore pour exister (Crozier, 1965), peut nous servir à comprendre le cas du système de santé en Colombie.

Les changements qui ont eu lieu en Colombie à partir de la Réforme de la Constitution en 1991 (voir annexe No. 1), ont déclenché d'autres possibilités et d'autres changements importants, particulièrement dans le domaine du social. La loi 100 en est la preuve.

Les hôpitaux publics se trouvent dans une situation de grave conflit intérieur, dans la mesure où ils sont en plein changement des paramètres de rapports avec leurs autorités de tutelle, mais aussi parce qu'ils sont contraints de mettre en place de nouvelles règles de fonctionnement interne. De nouvelles valeurs et de nouvelles priorités sont aujourd'hui les références de leur fonctionnement. L'identité de l'hôpital en elle-même est remise en

cause.

Les outils traditionnels de gestion, et le fonctionnement à partir d'une dépendance des pouvoirs extérieurs, ne sont plus valables. Il faut absolument se trouver de nouveaux outils de gestion, mais surtout de nouveaux principes de gestion.

Les travaux de Krief (Krief 1997,1999), nous parlent de la crise de management et de la crise stratégique, pour affirmer (pour le cas français), que «la performance du secteur public hospitalier n'est pas sa mort, mais son développement: améliorer la qualité des prestations sans augmenter les dépenses.». On pourrait souscrire à cette affirmation, dans le cas colombien.

4.1. Le regard des gestionnaires.

La démarche suivie du modèle des 3E nous amène à identifier d'abord les intentions des dirigeants et notamment des responsables des ESE pour la période pour laquelle ils ont été désignés.

Au cours de la première phase de la démarche du programme un diagnostic général a été établi. Celui-ci montrait les grandes faiblesses existantes dans le domaine de la gestion des hôpitaux. Le premier apport des DMC consiste, dans notre expérience sur le terrain, à mettre en évidence que le problème initial à résoudre est l'inefficacité de la gestion dans les hôpitaux et à déterminer les éléments à l'origine de cette situation.

Lors de la deuxième phase du programme (le suivi de chaque ESE engagée dans les DMC), les diagnostics particuliers de chaque établissement, ont renforcé l'appréciation initiale. Les dysfonctionnements liés à la gestion des hôpitaux, soit dans leurs aspects administratifs, soit dans le domaine des services de soins et médicaux, sont le problème prioritaire.

Nous pouvons synthétiser en trois composantes le regard commun aux gestionnaires des différentes ESE faisant partie de l'étude, pour signifier quelles étaient les intentions et les objectifs de leur gestion :

- la mise en place des dispositions de la loi 100 et tout particulièrement les aspects d'amélioration de la gestion,
- le développement de projets spécifiques pour atteindre les objectifs fixés lors de l'identification des Domaines d'Activités Stratégiques –DAS-, à l'issue de l'exercice d'analyse stratégique de leurs établissements,
- le profit à tirer des avantages que chacun possède pour développer ses plans opérationnels face au défi de la nouvelle situation concurrentielle.

On retrouvera ces composantes dans toutes les "Plates-formes Stratégiques" des ESE concernées par notre étude. Il y aura certes des différences entre le projet d'un établissement par rapport à un autre mais celles-ci seront toujours présentes. La préoccupation première sera toujours axée sur les aspects de la gestion des établissements, bien que la priorité aille vers l'une ou l'autre des fonctions de l'entreprise.

4.2. L'environnement des ESE.

L'étude des différentes composantes de l'environnement des hôpitaux étudiés (les éléments de l'environnement global et ceux de l'environnement spécifique) vont nous conduire à établir une action de veille stratégique visant la gestion des ESE, dans la perspective d'identifier les éléments faisant partie de notre démarche stratégique.

On a examiné au moins douze éléments qui jouent un rôle plus ou moins important dans l'existence des ESE. A partir de l'évaluation des experts et des discussions des différents groupes de travail, nous avons fait une synthèse des opportunités et des menaces auxquelles vont être confrontées les ESE. ces éléments s'établissent ainsi :

- Les clients et les associations d'utilisateurs, notamment l'ISS,
- L'environnement économique,
- Les administrations de rattachement,
- Les fournisseurs et les sous-traitants,
- Le cadre juridique.

Il faut de toute façon souligner que dans le domaine de la gestion stratégique, il ne s'agit pas de retenir tous les éléments sortant de l'analyse, faute de se noyer dans des informations non maîtrisables. Il s'agit plutôt d'identifier des mesures de grande utilité à l'élaboration d'une veille stratégique et, par conséquent, à l'action stratégique à mener.

Parmi les éléments, qui ont été hiérarchisés relativement au devenir stratégique des ESE, on trouve, dans les cinq premiers, les éléments fondamentaux et nécessaires à l'organisation d'une action de veille stratégique et par la suite de l'action managériale.

4.3. La situation interne des ESE.

Comme il a été signalé dans le chapitre précédent, les dirigeants des ESE ont identifié des facteurs ayant une influence négative sur l'accomplissement des fonctions de leurs établissements :

- la résistance au changement,
- les difficultés d'obtention des ressources,
- la structure organisationnelle,
- l'ambiance de travail au sein de l'organisation,
- l'inadéquation des ressources humaines.

De la même façon pour les directeurs et le personnel de direction des ESE, les principaux facteurs qui représentent des inconvénients pour participer à la concurrence sont :

- la culture de l'organisation,

- les systèmes d'information,
- la motivation et le sens d'appartenance des fonctionnaires,
- la taille et les niveaux de complexité,
- le développement de la gestion et la technologie.

Parmi ces dix composantes on notera que cinq d'entre elles ont un rapport direct avec la gestion des ressources humaines et cela va d'ailleurs se traduire par des projets spécifiques de développement des potentialités des fonctionnaires.

Le travail avec les différents groupes au sein des ESE étudiées nous a conduit à des résultats beaucoup plus précis sur les facteurs clefs de développement des ESE, pour faire face à la concurrence et sur l'identification des éléments qui agissent de façon négative sur leur développement.

Notre étude a montré que **les principales forces** des ESE sont:

- leur capacité technique et de résolution des problèmes de soins, soutenue par les atouts du corps médical, mais aussi leur possibilité de se servir du réseau hospitalier public,
- l'histoire particulière des hôpitaux publics est en elle-même un autre facteur de force, dans la mesure où aujourd'hui encore, la population les regarde comme le recours principal pour se faire soigner. En fait, le profil économique des couches de population au sein desquelles se situent les ESE indique qu'elles disposent d'une certaine façon d'un marché propre,
- même si la situation de l'environnement actuel des ESE est très instable, il existe, en même temps, une grande marge de manœuvre des gestionnaires pour mettre en place des projets de développement important. La plupart des directeurs des ESE en place aujourd'hui ont d'ores et déjà lancé des processus de changement dans leurs établissements. Il s'agit d'une nouvelle génération de gestionnaires. On peut dire que la conjoncture est favorable aux ESE.

Les principales faiblesses que nous avons pu constater au sein des ESE sont les suivantes :

- En premier lieu, les problèmes de gestion et particulièrement le manque de standardisation des différents processus, que ce soit en ce qui concerne l'attention aux personnes ou les tâches administratives, il y a une réelle défaillance dans le domaine de la maîtrise du processus opérationnel ;
- En second lieu, l'ensemble du domaine de la gestion des ressources humaines, pour participer aux efforts de développement des projets, la valorisation des personnes est une des priorités ;
- Enfin, les systèmes d'information, quels qu'ils soient, se révèlent être un autre défi à relever.

A partir de ces éléments qui font partie du diagnostic général mais aussi des diagnostic

particuliers réalisés à l'intérieur de chaque établissement, il a été développé la deuxième partie du programme des DMC. La continuation des activités nous amène à l'élaboration des "Plates formes Stratégiques" dans chaque hôpital. Un des éléments central de celles-ci est les 'Domaines d'Activité Stratégique'.

4.4. Les domaines d'activité stratégique –DAS-.

Parmi les instruments de management stratégique les Domaines d'Activité Stratégique –DAS- sont le pilier de l'action stratégique en elle-même. ***"Le DAS reste l'unité de base en stratégie malgré des écrits récents, fort éloignés de la pratique des affaires, qui remettent en cause cette notion." (Paturel 1997b).***

Dans notre démarche sur le terrain, la phase initiale nous a conduit à l'ouverture d'esprit nécessaire dans chacun des établissements de soins pour développer les actions pertinentes à l'approche stratégique et leur conséquence, les manœuvres stratégiques.

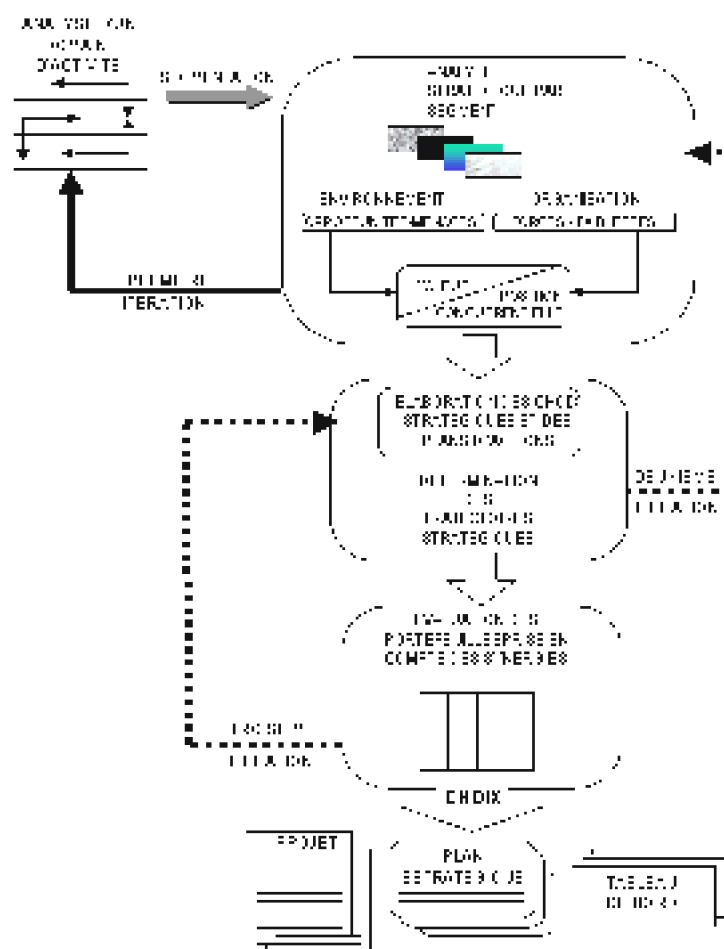
Chaque institution a développé, avec l'assistance des conseillers, ses "Plates formes Stratégiques", lesquelles contiennent :

- Vision,
- Mission,
- Valeurs,
- DAS,

A partir de cet élément de référence, a été développé dans chacun des ESE:

- les Plans Opérationnelles,
- les Plans d'Actions.

Pour l'établissement des DAS dans chaque ESE il a été suivi une procédure similaire. Le tableau des itérations d'analyses et d'actions ci-joint, illustre la procédure (Figure No. 4.1). Les résultats de la détermination des DAS dans les différents ESE, peut être suivi à partir de la structure suivante:



Source : Cremadez 1997.

Dans l'annexe No.7 se présente l'exemple du « Plate forme Stratégique » d'un des ESE engage dans le programme. Il est très important de souligner qu'en général dans tous les hôpitaux les DAS qui ont été établies ont des caractéristiques similaires. Dans tous les cas ont trouve au moins trois DAS :

- sur la prestation des services de soins,
- sur les éléments administratifs, notamment la gestion des ressources humaines et les aspects financiers,
- sur la gestion de l'information et la communication.

Dans chacun des ESE, des plans opérationnels et des plans d'actions ont été définies. Aujourd'hui, ils sont en cours d'exécution. Néanmoins, les processus engage par les ESE ont une perspective a cinq ans.

Les résultats pratiques des différents efforts dans les ESE, sont évidents déjà. Mais les techniques et les outils de gestion qui ont été mis en oeuvre présentent une certaine difficulté et demandent un effort important, notamment dans les conditions d'instabilité et perte de légitimité comme ceux des établissements étudiés. Les outils tels que le « Déploiement des Politiques » (Akao 1991) ou même la standardisation des processus (Ishikawa 1994), ne sont pas du tout évidents sur le terrain.

DEUXIEME PARTIE : ENCADREMENT THEORIQUE ET RESULTATS.

PRESENTATION DE LA DEUXIEME PARTIE

La présentation de l'analyse stratégique réalisée dans les établissements de soins à Santafe de Bogotá nous a conduit vers l'étude des manœuvres envisagées par les partenaires d'initiatives d'amélioration de la gestion dans les ESE.

Dans la deuxième partie de notre étude, nous aborderons l'encadrement théorique de notre démarche en même temps que les choix méthodologiques entrepris.

L'encadrement théorique s'appuie en trois sources particulières :

- le paradigme de la complexité,
- l'approche du management stratégique et notamment les Démarches Managériales Collectives,
- le New Public Management.

L'analyse de la concurrence et de la coopération entre des entreprises du secteur public

exige l'utilisation d'outils et d'éléments qui ne sont pas forcément compatibles. La puissance des outils existants pour l'intervention, dans les entreprises privées, se transforme en faiblesse lors qu'il s'agit de l'intervention dans les affaires des organisations publiques.

Malgré ces inconvénients "théoriques", les possibilités d'application de ces outils et leurs taux de réussite, encouragent la recherche au tour des processus d'innovation dans les organismes publics.

Les choix méthodologiques de notre démarche ont été la conséquence de la réflexion théorique sur notre sujet d'étude (les démarches stratégiques), en même temps que les considérations sur les conditions du développement actuel des établissements de soins en Colombie, notre objet d'analyse sur le terrain (les hôpitaux publics).

Le travail développé au cours des dernières années dans des hôpitaux publics, nous ont permis d'appliquer un grand nombre des outils de la recherche et de l'action managériale au sein des entreprises.

Les résultats de notre démarche de recherche action seront présentées à la fin de cette partie de notre travail.

CHAPITRE V ENCADREMENT THEORIQUE DES DEMARCHES MANAGERIALES COLLECTIVES

Comme nous l'avons signalé au début de notre travail, la situation du secteur de la santé en Colombie devient de plus en plus complexe. L'encadrement théorique pour la compréhension de l'objet de notre étude nous a conduit à avoir recours à plusieurs éléments. Mais, il est aussi nécessaire d'avoir un encadrement théorique des démarches pratiques des hôpitaux.

L'expérience de certaines entreprises privées relative à la démarche qualité, aux outils modernes de gestion, notamment aux outils de la planification et, plus précisément, les inquiétudes de certains entrepreneurs, à propos du management stratégique, a abouti au développement de certaines initiatives au profit des hôpitaux publics lors du processus de changement du secteur de la santé.

Dans ce cadre, les efforts pour développer des alternatives de gestion des ESE ont pris la forme de différentes démarches collectives de gestion. Nous verrons, dans le chapitre VII, les mécanismes et les particularités de ces dernières. Nous présenterons dans ce chapitre l'approche théorique qui nous a guidés lors de notre approche sur le terrain.

D'abord, nous proposerons une réflexion à propos des changements dans les éléments de base de la science : le paradigme de la complexité (Le Moigne 1973, 1990, 1994 ; Morin 1977, 1990) et bien sûr à propos des théories de la gestion, puisque l'entreprise n'échappe pas à la complexité. On fera référence aux développements à ce

sujet (Melese 1979, Lorino 1989, 1991, Avenier 1997, Lagrand-Escure et Thietart 1996, Genelot 1998).

Par la suite, nous aborderons l'approche théorique du management stratégique. Nous encadrerons uniquement les éléments choisis dans notre démarche, au sein du problème de la concurrence interentreprises et de la compétition économique.

« La réflexion stratégique peut et doit être introduite au sein de toute organisation, grande, moyenne ou petite. Elle est possible à mettre en œuvre sans pour autant exiger la dépense d'une fortune » (Paturel 1997) . Pour arriver à cette affirmation, on fera un tour des différentes formulations de la pensée stratégique, sans pour autant répéter les travaux déjà élaborés à ce propos (Allouche et Schemith, 1995, Ahlstrand, Lampel et Mintzberg 1999).

Dans la mesure où il s'agit du secteur public, on verra une approche de la gestion du secteur, mais particulièrement de l'analyse stratégique des organisations de soins (ISEOR 1995, Cremadez, 1997, Colloque de Cerisy, 1994). De même, on présentera une approche du « New Public Management » (Finger et Ruchat 1997) et autres approximations à la problématique des organisations sociales (Crozier, 1965, 1995, 1997, Crozier et Friedberg 1977, Friedberg 1997).

Les différents éléments théoriques évoqués pourront nous servir de référence conceptuelle et théorique, pour mieux comprendre la démarche de terrain accomplie, mais particulièrement pour comprendre les possibilités des futures démarches des organisations étudiées.

La démarche suivie dans les différents hôpitaux de notre étude a été encadrée par des démarches managériales collectives. On pourrait appeler de diverses manières ce type de démarches ; il y a déjà des travaux précédants dans ce domaine, notamment celui de Douge sur les **«caractéristiques et impacts des démarches managériales collectives » (Douge 1997)** ou dans une approche différente, les **«pratiques des coopérations multipoints » (Salgado 1998)**.

5.1. De la gestion et de la complexité.

Depuis déjà quelques décennies, les paradigmes de la science classique ont été remis en cause. Si les paradigmes de la science classique ont conduit au développement de la connaissance humaine, c'est aussi vrai que le réductionnisme, qu'ils entretiennent, ne permettait pas de voir d'autres éléments présents dans les faits ou plutôt, dans la dissection de leur analyse, ils les masquaient.

Le concept de «paradigme », développé par le philosophe et historien des sciences Thomas Kuhn dans les années 60 (Kuhn 1985), est un ensemble de structures imaginaires, réalisées à un moment historique particulier, produit de l'expérience particulière des sociétés et de leur langage. Ces paradigmes vont s'imposer à tous les domaines de la pensée à une certaine époque.

Alors, l'expérience de la science classique va déterminer la vision générale sur laquelle repose notre vision du monde, donc aussi notre vision du domaine économique et, bien entendu, de l'entreprise. Cette vision possède sa propre méthode. Qualifiée de réductionniste (Morin 1977, 1990), la méthode de la science classique prend toute la place de la pensée en occident.

La science s'est arrogée le monopole de la pensée et par ce biais elle n'a pas laissé de possibilités à d'autres approches. En effet, depuis Descartes et son « tableau synoptique des disciplines scientifiques » (1828), (voir Le Moigne 1990) les sciences ont été découpées d'une certaine façon « logique », qui a fini par contribuer à empêcher la transdisciplinarité de la connaissance et de la recherche.

En fait la loi de la science, dans les domaines de la matière et particulièrement de la physique, a gouverné les explications données à l'existence humaine et à la façon d'organiser la société. La physique, avec ses causalités linéaires, s'opposerait à la démarche de la biologie et du domaine du vivant, avec ses causalités en boucle et ses récursivités. Depuis près de cinquante années, ces deux antagonismes ne cessent pas de s'approcher. Notre vision du monde commence à se transformer. Même si cela touche aujourd'hui seulement certains secteurs de la science et du monde universitaire, les paradigmes sont déjà touchés.

<!--newpara--> Dans l'œuvre de Morin (La Méthode) sont largement présentées les caractéristiques de ces deux universels de la pensée : la science classique et la nouvelle science, celle de la linéarité, du mécanisme, du déterminisme, du réductionnisme, de la généralisation, de la connaissance ferme et puis de la multicausalité, de la récursivité, de la transversalité, de la connaissance ouverte, de la complexité.

C'est l'objectivité de la science remise en question, non par ses résultats eux-mêmes, mais par sa méthode (Serres 1991). La présentation des méthodes constructivistes (Le Moigne 1995) qui poussent à considérer que l'analyse est une de méthodes de la modélisation, mais qu'il y en a bien d'autres et que le raisonnement n'est pas uniquement déductif (Avenier 1997), ouvre des possibilités nouvelles pour le développement de la connaissance.

Le Moigne, dans les différents développements relatifs aux sciences de gestion et toujours dans la perspective de montrer les éléments qui permettront d'avoir un regard différent sur la gestion, nous parle du besoin de faire de nouvelles constructions pour la validation des connaissances en gestion, autres que celles du positivisme (Le Moigne 1993).

Dans sa réflexion, on retrouve l'évocation d'autres auteurs à propos des racines épistémologiques de la gestion : **« H. Simon, cherchant à identifier l'originalité épistémologique de la science de gestion, constate qu'elle est de même nature que celle des sciences de l'ingénierie ou de l'architecture ou de la musique : elle est science de conception (Science of design) en non science d'analyse ; autrement dit, elle se définit par son projet de connaissance beaucoup mieux que par son objet de connaissance. » (Le Moigne 1990).**

Parmi les paradigmes, qu'il a fallu changer, se trouve celui de la rationalité. C'est le

protégé en vertu de la loi du droit d'auteur.

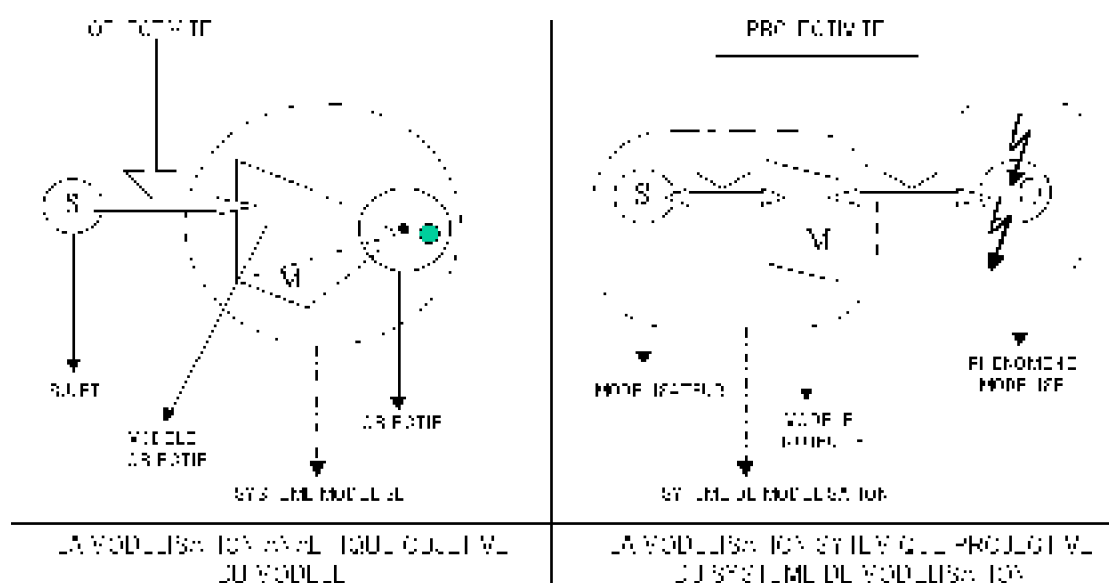
concept de Rationalité Procédurale du H. Simon, qui va donner une autre approche : « un comportement est rationnel au sens de la rationalité procédurale quand il est le résultat d'une délibération appropriée. Cette rationalité procédurale dépend du raisonnement qui l'engendre » (H. Simon, cité par Avenier 1997). D'ailleurs c'est cette rationalité qu'on trouvera à la base du comportement des acteurs au sein des organisations, dans l'analyse faite par Crozier et Friedberg (1977).

Dans les années 70, commencent à être présentées au grand public les réflexions autour de ce changement de paradigme (Prigogine et Stengers, 1983). A la base de ces réflexions, la nécessité de rétablir ou de faire «une nouvelle alliance » entre la science et l'homme, entre la nature et la société, entre la science et la philosophie.

Plusieurs auteurs ont travaillé dans cette perspective (Wiener, Simon, Atlan, Morin, Le Moigne, Varela, Maturana) : montrer que la pensée de l'être humain se fait toujours par rapport à quelque chose, et pas en dehors de cette même chose. Ce sont les fondements du «constructivisme ». Le monde existe sous une représentation que nous nous faisons de lui, donc nous construisons le monde que nous nous représentons avec des éléments qui sont propres. et uniques a chacun .

Cet élément présenté par Le Moigne, à propos de la Modélisation des Systèmes Complexes (Le Moigne 1990), va nous aider à comprendre comment est-ce que nous nous construisons des représentations de la réalité, mais particulièrement comment est-ce que nous nous faisons des représentations des organisations dans lesquelles nous sommes.

Ce graphique nous montre deux représentations de la réalité, lesquelles sont à la base de deux approches différentes de la connaissance.



*Source : le Moigne, 1990

Mais si les représentations de la réalité, que nous faisons, partent de nos propres éléments, donc, nous faisons déjà part des éléments de cette réalité.

Les phénomènes existent, et à partir d'eux nous pouvons nous faire une vision complexe ou non de la réalité. C'est l'observateur qui, en fonction de son regard et de ses intentions, fait d'elle un phénomène plus ou moins complexe. Cela serait la vision du monde de l'observateur. Et telle serait la représentation qu'il se ferait du phénomène.

Les représentations de la réalité, que se font les observateurs, vont forcément être différentes les unes par rapport aux autres. L'idée est construite des représentations plus adaptées au contexte et aux objectifs poursuivis par la tâche de l'observateur. On construit la réalité à partir du « monde qu'on emmène à la main », nous dit Maturana (Maturana 1997, et Maturana et Varela 1992).

On ne fera pas ici une présentation détaillée de la pensée complexe (Morin 1990) on se limitera à signaler une de ses caractéristiques fondamentales : « **Le tout est en même**

temps plus et moins que la somme de ses parties ».

Pour le management dans la complexité, Genelot nous présente trois niveaux de complexité (Genelot 1998) .

1. La réalité est présumée complexe en elle-même.
2. Les phénomènes ne sont complexes que si un observateur les perçoit comme tels. La 2. représentation d'une réalité présumée complexe est un processus complexe.
3. Nos représentations de la réalité conditionnent nos comportements. La complexité de 3. la réalité est dans une certaine mesure construite à partir de nos représentations. »

D'abord, la réalité est, en elle-même, complexe. Elle possède des éléments qui ne nous laissent pas la connaître complètement : l'imprévu, l'instable, l'incertain, les multiples rapports avec son entourage, l'imprévisible, la récursivité..., leur histoire et leur parcours toujours inachevé.

Les interactions des éléments du phénomène deviennent complètement incompréhensibles, tel est leur enchevêtrement. De nombreuses variables, de multiples rapports, des liens divers, des causalités inattendues, font du phénomène l'expression de la complexité. L'analyse du phénomène à partir de la pensée complexe nous amène à trois niveaux :

- la causalité linéaire (déjà connue dans l'analyse classique),
- la rétroaction (le système est conduit à partir de ses finalités, et non à partir de ses causes),
- la récursivité (le produit est le producteur de ce qui le produit).

Les phénomènes s'auto-organisent. Un système, en produisant quelque chose, s'auto-produit. C'est l'émergence d'une capacité d'autonomie au sein du système. « L'idée d'auto-organisation est née des recherches sur les systèmes capables de s'adapter aux perturbations de leur environnement. » (Lagrand-Escure et Thietart 1996).

" L'ordre qui coexiste avec le désordre dans l'unité et qui produit l'organisation. L'ordre absolu ne permet pas la création, le désordre absolu ne permet pas la vie. " (Morin 1990). La définition d'Atlan dit que «la complexité est un désordre apparent où l'on a des raisons de supposer un ordre caché ou bien, la complexité est un ordre dont on ne connaît pas le code. » (Atlan 1979).

La coexistence de logiques différentes, nommée par Morin «dialogique », affirme la complémentarité, la concurrence et même l'antagonisme, sans pour autant perdre l'unité du phénomène. Rappelons-nous la logique du bénéfice économique de la productivité entrepreneuriale, et en même temps la logique du bien-être de la société (Sen 1999), dans notre travail ou bien dans d'autres approches de la gestion sociale.

Au deuxième, niveau il s'agit de déterminer la manière dont on va se représenter le phénomène déjà défini comme complexe, donc incomplet et en mutation. Il s'agit des mécanismes de construction des représentations. Il faut se rappeler que la manière dont nous nous représentons la réalité, commence à se former dès notre première enfance et

qu'elle est « modélisée » à l'école, donc sous les paradigmes du moment.

Un exemple courant des représentations trompeuses à propos de l'entreprise, c'est le fait de croire que l'organigramme est sa représentation. Cela se fait à partir de la simplification mutilante de la réalité, mais pour autant tout le monde est d'accord, et reproduit la même tricherie universelle. De même pourrait-on évoquer de nombreuses notions telles que la gestion des projets, les décisions stratégiques et autant d'autres.

Un « système de représentation » (Le Moigne 1994), c'est la manière que nous utilisons pour construire une représentation (filtrée, ordonnée, interprétée) de la « réalité », laquelle va nous permettre de raisonner, aimer, réagir, détester, etc., mais surtout, de communiquer avec les autres. Il y a alors, une réalité complexe, qui est soumise à une représentation communicable. C'est une première notion du modèle : une représentation communicable de la réalité complexe, qui a surgi de notre expérience.

Le système de représentation, que nous possédons, serait constitué d'au moins trois composantes :

- un schéma ou une grille de lecture ou d'interprétation,
- le contexte dans lequel nous nous en servons,
- les intentions qui nous font agir.

La manière dont nous lisons la réalité, *la grille de lecture*, est très marquée par notre histoire personnelle (Maturana 1992) : il y a la culture dans laquelle on a été formé (le pays, la famille, l'entreprise, etc.), les valeurs et les croyances. Il y a la formation, donc l'éducation formelle et tous les atouts et les obstacles qu'elle développe (Morin 1999, Crozier et Tilliet 1995). Il y a enfin l'expérience (Maturana 1992), qui nous apporte en plus des connaissances, nos modes de perception et nos façons de concevoir et de réagir.

Le contexte dans lequel nous agissons est notre monde physique, géographique, social, affectif, intellectuel, le moment historique dans lequel nous nous trouvons à un moment donné, ses éléments politiques et sociaux.

Les intentions qu'on porte sur notre action vont marquer profondément notre représentation de la réalité (cela pourrait expliquer largement les résultats de certaines interventions auprès des entreprises de la part des consultants). D'une certaine façon, nos intentions sont le futur désiré, ce sont les avancées de ce vers quoi nous avons envie d'aller.

Enfin, à partir de nos représentations nous arrivons à une construction toute particulière de la réalité. Nous ne donnons pas une image de la réalité, nous faisons une construction subjective des éléments que nous avons sélectionnés et traités dans notre esprit. Les biologistes ont beaucoup développé ces dernières années, des expériences et des réflexions à ce sujet.

La notion d'autopoïèse (Maturana y Varela, 1982) désigne la capacité des êtres vivants à produire les conditions de leur propre existence, donc à leur reproduction. Ce concept appliqué à l'analyse des organisations sociales (Luhmann 1990) affirme d'une certaine façon, que cela exprime la capacité des organisations à perpétuer leur existence,

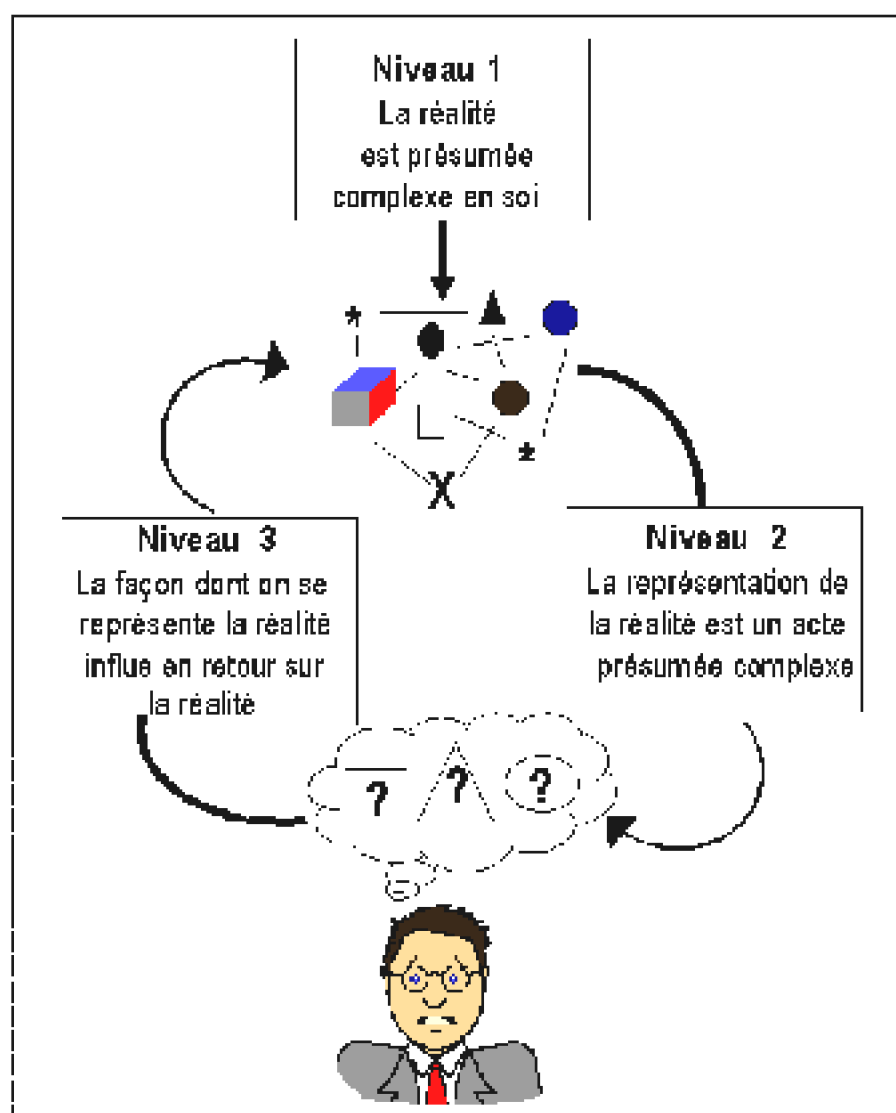
donc leurs vertus et même leurs défauts. Maturana nous met en garde contre un usage abusif du mot, dans la mesure, dit-il, où les êtres vivants sont différents des hommes, parce qu'ils sont privés de la conscience de ces derniers.

<!--newpara-->On trouvera des analyses enrichissantes à ce propos et particulièrement autour de son application au domaine de la gestion publique (Brans and Rossbach 1997). La notion d'autopoiesis restera dans notre esprit en prenant garde de ne pas trop abuser de ses possibilités.

L'approche de la complexité s'avère fort pertinente pour le regard stratégique, dans la mesure où la stratégie commande une veille très importante de l'environnement dans le même temps qu'on regarde les éléments de l'organisation dans son développement et dans leurs rapports.

A partir des représentations qu'on se fait de la réalité, on va influencer, donc, cette réalité qu'on est censé «regarder ». Cela dans la mesure où notre action dépend de nos représentations de la réalité.

A ce niveau là, nous sommes contraints d'agir sur nos paradigmes. A partir de quel paradigme allons-nous construire notre représentation de la réalité ? Le modèle classique laisse la place au paradigme systémique.



*Source : Genelot, 1977

Parler de représentations amène à préciser les frontières de l'organisation. La modélisation reflète, nous dit Melese (1990), les intentions et les visées de l'observateur. Le tableau suivant montre les différentes représentations de l'environnement, qui peuvent être développées par l'entreprise.

Phénomène (ou logique) observe	Milieu ou champs diffus	Quasi-ORGANISATIONS	Organisations	Système transversal
Clientèle	- Ensemble de clients	- Segments de marche assortis de motivations et intentions d'achat.	- Gros clients identifiés. -Associations de consommateurs. -	- Interaction entre les éléments précédents, les organismes publics, professionnels...
Personnel	- Ensemble de personnes de l'entreprise	- Catégories socioprofessionnelles	- Partenaires sociaux - Centrales Syndicales. - Ministère du Travail. -	- Ensemble hiérarchise des relations entre tous les éléments précédents
Ecologie	- Le milieu naturel	- Les divers environnements (eau, air, paysage) assortis de leurs réglementations.	- Ministère de l'Environnement. - Associations de défense. -	- Idem
Idéologie	- Ensemble de valeurs individuelles	- Le sous-cultures et sous-groupes idéologiques dans l'entreprise.	-Partis politiques. - CNPF. - Syndicats.	- Du véritable système hiérarchise, dans certains cas, au champ diffus.

*Source, Melese 1990.

Jean-Louis Le Moigne (1990) développe largement le sujet des représentations, mais particulièrement de la modélisation des systèmes complexes (donc de l'entreprise), de son travail on retiendra ici uniquement les neuf niveaux de complexité, qu'il propose dans sa démarche :

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| le phénomène est identifiable, | 1. |
| le phénomène est actif, | 2. |
| le phénomène est régulé, | 3. |
| le phénomène s'informe de son propre comportement, | 4. |
| le système décide de son comportement, | 5. |
| le système mémorise,<!--newpara--> | 6. |
| le système coordonne ses décisions d'action, | 7. |
| le système imagine et conçoit de nouvelles décisions possibles, | 8. |
| le système se finalise. | 9. |

Ce sera le degré de complexité du système que nous analysons, qui va nous demander

de plus en plus d'efforts pour nous servir du modèle proposé par Le Moigne, dans l'intention de mieux comprendre l'organisation analysée.

L'analyse de la complexité du système étudié doit nous permettre d'identifier les intentions des agents et les problèmes à résoudre relativement aux projets qu'ils poursuivent.

Par la suite, on verra l'enchaînement de l'approche de la complexité à celle du développement de la pensée stratégique.

5.2 Une approche du management stratégique et les démarches managériales collectives –DMC-.

Les formalisations initiales du discours de management ont été élaborées au début du siècle, appelées couramment "les classiques" ou "l'administration scientifique". Toute sa conception correspond aux principes de la science classique de l'époque, déterministe et mécanique.

Bien que les temps aient changé et qu'aujourd'hui se sont imposées d'autres conditions, et en conséquence, d'autres explications et outils pour la gestion des organisations, il faut se rappeler que, dans de nombreux pays, les paradigmes initiaux de l'administration scientifique continuent à faire loi (on évoque particulièrement le cas de la Colombie, Weiss 1994, 1997).

Les nouvelles conditions du développement des entreprises commandent un encadrement théorique nouveau, en même temps que les affaires exigent des outils toujours renouvelés.

Les caractéristiques actuelles des entreprises, le développement technologique, les profondes transformations dans l'environnement entrepreneurial ont contribué au développement accru des explications et des théories relatives au fonctionnement des organisations et des entreprises :

- les nouveaux rapports entre producteurs et clients,
- la gestion des ressources humaines,
- la disparition des frontières de l'entreprise,
- la transformation radicale des structures de coûts dans les entreprises,
- l'introduction de nouvelles technologies chaque fois plus puissantes et avec une vie utile éphémère,
- l'incorporation de nouveaux matériels dans la production industrielle, l'innovation des méthodes et processus de fabrication et de prestations de services,
- le développement de la communication, de l'informatique et les nouveaux scénarios que cela implique,
- les exigences de qualité des produits et services de la part des clients,
- la prise en compte des délais de livraison et d'attention aux usagers,

- l'incertitude accrue relative à l'environnement des entreprises,
- les phénomènes de globalisation des économies,
- les nouveaux rapports entre les entreprises,
- le développement de nouveaux produits financiers et de mécanismes de financement pour les entreprises,
- Enfin le changement de paradigmes a bouleversé complètement l'existence des entreprises et, bien entendu, a permis le développement de plusieurs approches de la compréhension de leur fonctionnement, mais surtout, la formulation d'outils de gestion pour faire face aux exigences de la nouvelle situation.

Des explications de toute nature, des outils à tout propos, avec plus ou moins de chance et plus ou moins de rigueur dans la formulation, les dernières décennies ont connu un large éventail de formulations et de spéculations dans ce domaine. Parfois cette formidable explosion d'interprétations a conduit à la confusion : beaucoup trop d'explications et très peu d'applications, beaucoup de spéculations sur la réalité et très peu d'expériences dans les organisations

Des théories et des explications se succèdent dans les universités et dans les cabinets de consultants, mais qui ne fructifient pas toujours dans la pratique des entreprises. Et pourtant, les concepts et les paradigmes ont changé : **« les organisations ne sont pas seulement des processus d'organisation, elles sont aussi des entités sociales. » (Avenier, 1997).**

L'approche systémique de l'organisation a donné lieu à d'importants changements dans les conceptions et dans les pratiques des entreprises. L'organisation par processus et le pilotage par projet sont des expressions de mêmes principes. La reconnaissance des logiques différentes et des contradictions à l'intérieur de l'entreprise (Morin 1990) sont des éléments nécessaires à la compréhension de leur fonctionnement et à la maîtrise de leur orientation.

Dans les dernières années, ont été développées de nouvelles méthodes d'organisation et de gestion des organisations (Lorino 1989 et 1991, Melese 1998, Genelot 1998), plus adaptées aux conditions actuelles des entreprises :

- l'organisation par projets,
- l'approche par la qualité,
- le fonctionnement en réseaux,
- l'organisation par processus, la gestion des performances des ressources humaines,
- les méthodes de gestion de la production,
- le management de la connaissance.

Les approches de la qualité, qui visent la productivité et la concurrence, se sont enrichies d'approches de gestion de la production, centrées sur la gestion de processus (Lorino 1991) : les efforts de mesure de la productivité (la « méthode de comptes de surplus »,

CERC 1987), l'analyse des «coûts cachés » (Saval et Zardet, 1989).

La pensée stratégique se développe comme une réponse au besoin d'interpréter la situation des entreprises, mais particulièrement comme une réponse à la construction d'alternatives pour leur fonctionnement. L'évolution de la pensée stratégique a fait l'objet d'innombrables ouvrages et articles.

Bien que nous nous intéressions davantage aux alliances stratégiques et en particulier à certaines de leurs formes, il convient de rappeler quelques éléments génériques relatifs au concept, à leur évolution et à certaines classifications proposées.

L'évolution du concept de stratégie fait déjà l'objet d'une importante controverse. Nous ferons seulement un point sur ce sujet, avant de nous centrer vers la formulation de concepts plus précis pour notre recherche.

Dans son ouvrage sur le «pilotage Stratégique », Marie-José Avenier (1988) présente quatre étapes de l'évolution du concept de stratégie :

- la planification à long terme,
- la planification stratégique,
- le management stratégique,
- la réactivité stratégique ou «pilotage stratégique ».

Dans un ouvrage récent, qui retrace le parcours des grands courants de la pensée stratégique (Mintzberg, Ahlstrand et Lampel, 1999), les auteurs ne risquent pas une définition mais plutôt la construction d'une approche éclectique qui rassemble différents concepts des écoles qu'ils ont classées auparavant :

« L'élaboration de la stratégie, c'est à la fois du jugement conceptuel, de la vision intuitive et de l'apprentissage émergent ; cela concerne la transformation aussi bien que la permanence ; cela doit impliquer connaissances individuelles et interaction sociale, coopération autant que conflit ; cela suppose d'analyser avant et de programmer après, ainsi que de négocier pendant ; et tout cela doit se faire en tenant compte des exigences de l'environnement. » (page. 380).

Ils proposent une classification de dix écoles réparties en trois groupes, à partir de la considération que l'élaboration de la stratégie est un processus.

Les normatives, «elles insistent plus sur la façon dont il faudrait concevoir les stratégies que la façon dont elles se constituent effectivement » :

- l'école de la conception,
- l'école de la planification,
- l'école du positionnement,

Les descriptives, «considèrent les aspects spécifiques de l'élaboration de la stratégie et s'intéressent moins à la formulation d'un comportement idéal qu'à la description des véritables processus d'élaboration de la stratégie » :

- l'école entrepreneuriale,

- l'école cognitive,
- l'école de l'apprentissage,
- l'école du pouvoir,
- l'école culturelle,
- l'école environnementale,

Dans le troisième groupe il n'y a que,

l'école de *la configuration*,

«... elle combine en fait toutes les autres. (...) Ses partisans tentent d'intégrer et de rassembler les différents éléments de notre « bête » le processus d'élaboration stratégique, le contenu des stratégies, les structures organisationnelles et leur contexte en stades distincts de la croissance des entreprises ou de leur maturité stable... »

D'autres approches telles que celle de Allouche et Shmidt (1995), retracent un parcours un peu chronologique de la pensée stratégique et de ses outils génériques ; ou bien l'analyse présentée par Coriat et Weinstein (1995), plus centrée sur les dernières théories de la firme. Tous ayant pour souci la présentation sommaire des formulations théoriques et des outils du management stratégique.

L'analyse économique de la firme, autour de laquelle naissent une grande partie des dernières réflexions touchant le management stratégique, nous a finalement permis un encadrement plus précis de notre recherche.

Institution ou organisation, marché ou firme, les derniers développements de la théorie ont le souci d'éclaircir les fondements conceptuels, épistémologiques, méthodologiques et leurs conséquences pour les entreprises, pour essayer d'illustrer les chemins choisis par les entreprises.

L'approche de la nouvelle économie institutionnelle de la firme (Williamson 1985, 1986) développe des hypothèses à propos du rôle de l'économie (les réductions de coûts), de celui du droit (les contrats) puis de celui de la théorie des organisations (le comportement). (Gabrie et Jacquier 1994, Coriat et Weinstein 1995, Milgrom et Roberts 1997). Les manuels du texte et plusieurs analyses spécialisées témoignent de l'intérêt que suscitent ces argumentations.

L'analyse économique de la firme, de Marechal (1999), propose «trois lectures systémiques de la firme » : la firme comme métasystème (Genelot 1998), la firme comme lieu d'équilibration (Melesse 1990) et la firme comme organisme en évolution (Nelson et Winter 1982). On retiendra son approche faite à partir de la théorie de la complexité.

L'analyse de la logique collective, la coordination des actions individuelles aux fins de comprendre la constitution d'une logique collective, sont le cœur des conventions. Cela exprime la recherche d'explications plus convaincantes du comportement des individus, des organisations et devient l'objet d'analyses pointues de certains économistes (Orlean 1994, Salais 1998). Les institutions et les conventions sont au centre des réflexions de la pensée économique et de gestion.

En fait, l'analyse des contrats, par rapport à l'efficience, gravite autour : *des*

incitations, (donc ex ante, des contrats - théorie du droit de propriété et de l'agence-) ou *des coûts de transactions* (donc ex post, coûts d'exécution des contrats - économie de coûts de transactions-). (Gabrie et Jacquier 1994) et toujours à la recherche de l'explication du fonctionnement et de l'économie des entreprises.

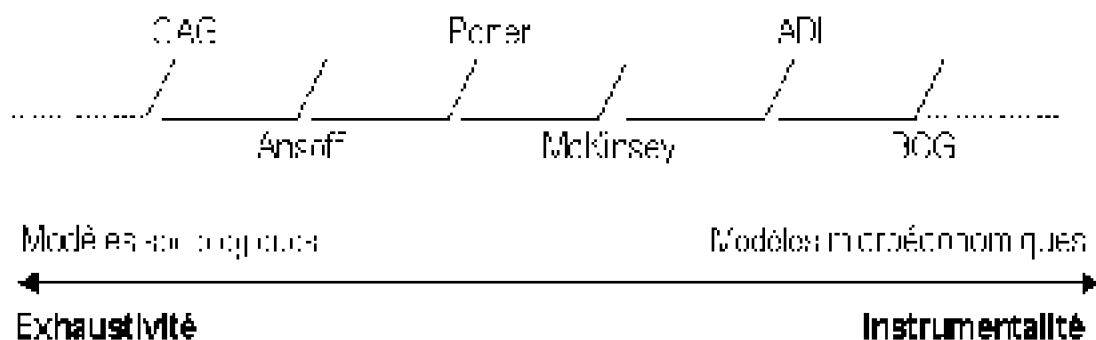
Néanmoins, H. Simon confirme son regard : **« Je crois que la nouvelle économie institutionnelle ajoute encore trop foi à une image fortement rationnelle d'acteurs économiques maximisant leur utilité ou leur profit. »**.

Les multiples discussions, à propos de la manière dont fonctionnent les entreprises, laissent souvent de côté la manière dont elles fonctionnent dans la réalité quotidienne. L'étude des différentes analyses sur les théories de la firme confirme cette appréciation :

« Anciens et modernes reprochent à la théorie économique dominante son «niveau trop élevé d'abstraction»* et O. E. Williamson assigne à la nouvelle économie institutionnelle, donc il est la figure la plus éminente, la mission de remédier à ses *«vides institutionnelles»* et *«erreurs de conception»**. Dans cette perspective, la nouvelle théorie constitue un *«point de vue»* particulier pour aborder *«l'économie des organisations»**. »(Gabrie et Jacquier 1994).

Les différents modèles d'analyse stratégique, de l'approche universelle (modèle LCAG) à celles plus instrumentales (celles des cabinets de conseils, par exemple celle du Boston Consulting Group), essaient de donner aux entreprises les éléments nécessaires pour l'élaboration de leurs stratégies.

Le spectre des modèles d'analyse stratégique



*Source : Strategor, 1997.

Parmi les multiples alternatives stratégiques des entreprises, le recours aux alliances stratégiques prolifère depuis les années 80. **« Ces alliances font intervenir des entreprises très diverses, qu'il s'agisse de très grands groupes, souvent multinationaux ou des entreprises de petite taille. Tous les secteurs d'activité ou presque, dans l'industrie comme dans les services, sont concernés. En outre, la multiplication des accords de coopération se produit à l'échelle mondiale, impliquant des entreprises nord-américaines, japonaises, européennes et même**

originaires de pays en voie de développement. » (Dessaugue et Garrete 1996).

C'est un terrain en pleine effervescence, ce que confirme les recherches. **« Le domaine des alliances stratégiques est très étudié depuis plus de dix ans. Si par exemple, on procède à une interrogation des banques de données en langues anglaise et française sur des mots clés tels que coopération, alliance, filiales communes (joint-ventures) ou accords, plusieurs milliers de références bibliographiques apparaissent... », souligne Paturel (1997).**

Le même auteur nous avertit de l'encombrement des concepts et du contenu des termes qui sont utilisés pour désigner le phénomène des coopérations interentreprises (Paturel 1996b).

La revue minutieuse de la littérature faite par Douge Berriol dans sa thèse de doctorat (1997), lui a permis de construire certains tableaux illustrants la terminologie régulièrement utilisée dans le domaine de la coopération interentreprises :

La multiplication des termes associés au concept de réseaux pour s'approcher du concept de coopération inter firmes, est ainsi recensée :

- Réseaux socio-cognitif,
- Réseaux sociaux,
- Réseaux de communication,
- Réseaux personnels,
- Réseaux d'échange,
- Réseaux de production,
- Réseaux d'innovateurs,
- Réseaux de petites firmes,
- Réseaux centres,
- Réseaux industriels,
- Réseaux de firmes et firmes de réseaux,
- Réseaux stratégiques,
- Réseaux dynamiques,
- Réseaux internes et réseaux externes,
- Entreprises réseaux,
- Entreprises étendues.

Pour la définition du concept d'alliance, Douge Barriol (1997) a recensé l'utilisation d'au moins huit termes génériques : des partenariats interentreprises, un mécanisme, une forme de coopération, des accords explicites, un engagement, un effort inter-organisationnel, un processus, un ensemble de relations, des associations entre entreprises.

Le même constat est réalisé par Salgado(1998), dans les conclusions de son analyse comparative de trois concepts – alliance, partenariat, joint-venture - : **« la terminologie**

utilisée dans le champ de la coopération interentreprises est confuse. » .

Dans la mesure où il est question de déterminer les éléments faisant partie du concept de coopération mais aussi dans le souci de bien comprendre la forme que prennent, dans les faits, les manœuvres stratégiques, il sera fort utile de se servir des conclusions de la revue de littérature spécialisée qu'a élaborée Douge Barriol (1997). Les critères utilisés dans la littérature pour définir la coopération sont les suivants :

- la confiance et l'intuitus personae caractérisant les relations,
- une égalité juridique et économique des partenaires,
- une volonté de coopérer,
- l'existence d'un objectif commun,
- un travail conjointement exercé,
- des relations durables,
- un champ d'intervention réduit,
- une relation profitable aux deux parties,
- une préservation de l'indépendance,
- une réduction de l'autonomie des partenaires.

La définition des alliances stratégiques, donnée dans STRATEGOR (1997), va nous servir à présenter une des classifications faites à propos des types de coopération : ***« Association entre plusieurs entreprises concurrentes ou potentiellement concurrentes, qui choisissent de mener à bien un projet ou une activité spécifique en coordonnant compétences, moyens, et ressources nécessaires, plutôt que de se faire concurrence les unes aux autres sur l'activité concernée, de fusionner entre elles ou de procéder à des cessions ou acquisitions d'activité. ».***

A partir de cette définition Cremadez (1997) présente les « quatre grands types de coopération » (Tableau No. 5.2), tout en précisant que, pour que les coopérations puissent fonctionner, il faut au moins que les coopérants préservent leur autonomie et que les accords soient réversibles.

Cette classification nous paraît assez importante, dans la mesure où, comme nous le montrerons dans l'analyse des entreprises de notre étude, différentes approches et accords se présentent parmi elles, dans le cadre de l'une ou l'autre de ces formes de coopération.

[illegible]

* Source: Cremadez 1997.

Le partenariat vertical est défini comme **«une forme de coopération qui permet de placer dans une perspective stratégique commune des relations entre clients et fournisseurs au sein d'une même filière. »**.

Pour les cas des hôpitaux, cette forme de partenariat peut être importante dans le cadre de relations avec les fournisseurs, sous des formes de sous-traitance de prestation de services ou d'achat de produits soumis aux conditions des marchés publics. Dans le domaine de la prestation de services hospitaliers, l'exemple utilisé par Cremadez est la grossesse à risques : **« Pratiquer un accouchement normal dans une structure prévue pour traiter des accouchements à risques est un gaspillage de ressources, alors que l'inverse est une prise de risque exorbitant. »**

Mettre en œuvre ce partenariat, consiste à établir une coordination au sein d'une filière de soins entre ce qu'il est convenu d'appeler les niveaux de complexité. Il s'agit de la répartition des rôles et de l'élaboration d'un consensus sur le processus, afin

d'optimiser la qualité du service rendu, l'emploi des compétences et moyens spécifiques détenus par les différents acteurs. (Cremadez, 1997).

Dans l'intégration conjointe «les établissements partenaires acceptent de perdre l'avantage stratégique lié à la possession exclusive de l'équipement qu'ils mettront en commun car le surcoût lié à cette exclusivité constitue une ressource qui pourra être allouée avec plus de profit stratégique à d'autres activités. ». Cependant, ce type de coopération, qui conduit à l'utilisation d'éléments techniques partagés, resterait très ponctuel.

L'additivité implique le compromis de ne plus se concurrencer. Cela impose un travail de préparation conséquent, car sa réussite dépend non seulement du partage des objectifs, mais aussi de l'harmonisation des pratiques professionnelles et du contenu des prestations.

La complémentarité vise des domaines d'activité dans lesquelles les partenaires ne sont pas en concurrence. Elle essaie de réduire les coûts pour les acteurs de la coopération, même dans les cas où ils se développent dans la différence, l'inégalité et même la dépendance entre partenaires.

Ce classement des formes de coopération n'est pas seulement descriptif et théorique, puisqu'il est orienté vers la résolution des problèmes, on lira les exemples de Cremadez (1997) ou bien d'autres auteurs liés à cet ouvrage collectif (Garrette et Dussage 1995).

Bien que cette classification représente une innovation efficace, on trouve une analyse critique à son égard (Paturel 1996). Néanmoins dans la perspective de réaliser une approche qui prenne en compte plus précisément la dénomination des différentes formes de coopération et à la fois d'autres aspects d'internationalisation des alliances, Paturel propose une typologie multidirectionnelle (tableau No. 5.3).

L'annotation initiale de Paturel était : «l'alliance stratégique est le terme générique de la manœuvre stratégique alors que sa réalisation peut s'obtenir, selon le cas, par simple accord (quel que soit son type ou sa nature) ou par constitution ou acquisition d'une structure juridique commune. Cette première précision, se rapportant à une distinction nette entre la manœuvre stratégique et ses pratiques de réalisation, est nécessaire, mais non suffisante pour y voir clair. ». (Paturel 1997a). Ces précisions seront à propos du caractère de stratégies externes et des alliances ne concernant que des entités non-membres du même groupe. Il ne s'agit pas de stratégies internes ou de simples réorganisations.

TYPOLOGIE DES ALLIANCES STRATEGIQUES

Un articulation du développement conjoints	Coordination d'intérêts communs par un lien organisationnel		Régulation d'intérêts communs par un lien juridique
	Interne	Extérieure	
	Filiiales communes de concentration	Filiiales communes de coopération	Filiiales communes de concentration
	Filiiales communes de coopération	Filiiales communes de coopération	Filiiales communes de coopération
	Filiiale commune de pseudo-concentration	Filiiale commune de pseudo-coopération	Filiiale commune de pseudo-coopération
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiale commune d'intégration stratégique	Filiiales communes d'intégration stratégique	Filiiales communes d'intégration stratégique
	Filiiales communes de différenciation	Filiiales communes de différenciation	Filiiales communes de différenciation
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité
	Filiiales communes de complémentarité	Filiiales communes de complémentarité	

Source :Paturel 1997a.

En dehors de ses attributs (valeur pédagogique, clarté, présentation homogène des différentes possibilités des alliances, caractère synthétique), la typologie des alliances stratégiques, présentée par Paturel, est pleine d'apports fondamentaux par rapport à notre objet d'analyse.

La distinction initiale, qu'impose l'auteur, de différencier les stratégies génériques (alliances ou coopération) de leurs pratiques de réalisation (filiale commune ou accord de coopération), est capitale pour l'étude des manœuvres stratégiques dans le contexte de notre analyse. Nous reviendrons sur cette grille lors de la présentation des résultats de notre travail.

Les approches théoriques, qui justifient le recours aux coopérations interentreprises, doivent être accompagnées des explications relatives à la manière dont les partenaires gèrent les points de coordination et leurs accords. Pour cela, on trouvera des éléments très importants dans la théorie de l'apprentissage organisationnelle, qui explique le choix

de la pratique des filiales communes de pseudo concentration entre alliées concurrentes et de complémentarité entre non concurrentes. De même trouvera-t-on dans la théorie des coûts de transaction la justification des filiales communes verticales et les accords verticaux. (Paturel 1997a).

Bien qu'il existe au moins sept fondements théoriques complémentaires pour expliquer les démarches d'alliances stratégiques (Paturel 1996a), nous en retiendrons ici uniquement trois : La théorie des coûts de transaction (Coase 1937, Williamson 1985), les théories de l'apprentissage organisationnel, et la théorie relationnelle.

Un des intérêts de la démarche des filiales communes provient du fait qu'elles représentent une solution hybride entre les alternatives : marche ou hiérarchie. Pour organiser son activité, l'entreprise peut choisir : soit elle recourt au marché (les coûts de transactions), soit elle décide une démarche au sein même de l'entreprise (hiérarchie, croissance interne ou externe). On choisira la moins chère des deux possibilités

Par contre, si dans la théorie des coûts de transaction, l'hypothèse centrale est l'opportunisme (les agents agissent dans leur propre intérêt), la confiance et le pouvoir sont à la base de la théorie relationnelle. Les partenaires vont satisfaire les besoins de leurs alliés, dans la mesure où les accords portent sur une base plus vaste, comme la satisfaction des besoins non économiques directement (contacts sociaux, expériences). « Quoique les alliances soient de plus en plus fréquentes, il leur manque encore des cadres d'analyse qui les situeraient à mi-chemin entre organisation hiérarchique et marché. La confiance est un des concepts nécessaires à la compréhension des processus mis en jeu dans les alliances. » (Koeing et Van Wijk, 1992)

Finalement, l'importance accordée ici à la théorie de l'apprentissage organisationnel est en rapport étroit avec l'ensemble des entreprises de notre étude. En fait, comme il est souligné dans la théorie, certains savoir-faire ne peuvent être facilement formalisés. La filiale commune devient alors intéressante pour un des partenaires qui verra dans cet accord la possibilité d'un transfert puis la maîtrise des savoir-faire. L'autre partenaire mettra en jeu des actifs ou des moyens de production indispensables à la réussite de l'opération, qui sera alors de l'ordre de l'innovation. Les entreprises se trouveront sur le terrain de la coopération et seront confrontées au management du conflit.

Dans le cadre de notre recherche, les démarches entreprises par les différents partenaires vont nous montrer les scénarios dans lesquels elles ont été développées. Cela nous conduit à prendre en compte d'autres éléments de la théorie des organisations, pour mieux encadrer notre analyse. C'est la place pour une approche du « New Public Management » (NPM).

5.3 La nouvelle Gestion Publique NPM.

L'objet de notre analyse porte sur des organisations publiques et plus particulièrement sur les hôpitaux. Bien que les différentes théories évoquées dans le paragraphe précédent encadrent l'action stratégique des entreprises, il semble malgré tout que s'impose une réflexion particulière relative aux organisations publiques.

L'organisation publique fait l'objet de plusieurs analyses ; nous nous intéressons à

l'approche de la sociologie des organisations issues de l'école créée par Michel Crozier (Berrebi-Hoffmann 1997).

Les changements dans les organisations ont donné lieu à diverses démarches, parmi lesquelles la participation des employés est envisageable. Dans le contexte des réformes du secteur public, cela continue à d'être l'objet d'intenses discussions.

Les constats des expériences, menées au cours des années 70, montrent des résultats qu'on retiendra pour l'instant, comme une grande interrogation : **« Que les participants (membres de l'organisation) soient ou non partisans de la réforme n'a donc pas grande importance. Ils peuvent très sincèrement en accepter les objectifs, mais dans ce cas, ce serait trop leur demander que d'exiger qu'ils renoncent à ce qui leur permet de s'affirmer, de rester au moins partiellement maîtres de leur comportement et éventuellement même de garder les moyens de mieux accomplir leur tâche dans les perspectives de la réforme. » (Crozier et Friedberg, 1977).**

Le renouvellement des organisations et de leur gestion passe, pour certains auteurs, par cette approche (Berrebi-Hoffmann 1997) « pour démonter les théories classiques de la firme », et par deux démarches :

« ...en reconstruisant les raisonnements économiques à partir des hypothèses nouvelles sur le comportement des agents (rationalité limitée, procédurale, comportement stratégique...), et en introduisant des concepts nouveaux (conventions, règles, normes, culture, lois, contrats, motivation, confiance), souvent en adaptant de disciplines voisines (sociologie, sciences de gestion, droit, psychologie)... ».

Les fonctionnements et les dysfonctionnements concrets des appareils de l'Etat ont conduit à l'élaboration d'une approche conceptuelle théorique sur l'organisation, à partir des notions telles que le pouvoir, l'acteur stratégique, l'incertitude et les jeux à dimension locale (Crozier et Friedberg 1977, Friedberg 1997, Crozier 1995 et 1997), mais en même temps un raisonnement particulier de l'analyse stratégique.

Dans cette perspective Crozier (1997) signale trois domaines de première importance :

- la préparation des décisions,
- l'évaluation des résultats de l'action publique,
- la formation, la promotion et la gestion des carrières des professionnels nouveaux qui devront remplacer les bureaucrates traditionnels.

Ces éléments auront une grande importance dans notre analyse, dans la mesure où plusieurs facteurs de la gestion des hôpitaux montrent clairement les défaillances dans ces trois domaines.

Dans le contexte hospitalier, l'existence de différentes logiques met en évidence l'aspect central de la coopération et de la coordination entre les acteurs. **« Aspect crucial pour le fonctionnement de l'organisation de l'hôpital (logique administrative, économique, médicale, soignante, sociale, etc.) et d'autant plus important que les différents acteurs ont tous la même mission : soigner le malade. » (Gonnet 1994).**

Les rapports Etat, administration, politique et société, vont pousser l'analyse des organisations publiques, et par ce biais remettre en cause certains éléments du NPM.

Le NPM doit être conçu comme un processus de transformation et non comme une intervention unique dans les affaires des organisations publiques. Parmi ces principes, nous pouvons en souligner trois particulièrement importants (Finger et Ruchat, 1997) :

- le processus d'autonomisation de l'organisation vis-à-vis des autorités politiques,
- le processus de rapprochement de l'organisation de ses différents clients,
- le processus de transformation organisationnelle de l'organisation.

La dimension accordée par Crozier à la structure et au pouvoir, la dimension de la culture et du leadership, prennent plus de place dans l'analyse du dysfonctionnement de l'Etat. (Crozier 1997a). Insuffler les valeurs de la rentabilité et de la compétitivité, sont des efforts à faire pour accomplir la tâche de transformation de l'Etat. Pour cela Crozier formule trois stratégies :

- une autre méthode intellectuelle
- un autre système d'évaluation
- restaurer le métier et le leadership.

Dans la même perspective, le traitement de l'analyse de la crise des finances publiques ne laisse pas la place à un Etat «gourmand ». **« Boulimique au cours de ces dernières années, le secteur public a dépensé et s'est endetté sans compter, découvrant aujourd'hui avec effroi la nécessité de gérer la pénurie. Cette crise des finances publiques est aussi un des effets majeurs de la globalisation économique. En effet, dans cette nouvelle conjoncture, ce qui est rentable se globalise et ce qui ne l'est pas doit être pris en charge par le secteur public. »(Finger Ruchat 1997).**

Les approches du changement, comme un processus d'apprentissage collectif, sont valorisées, dans la mesure où ne sont plus adaptées les approches d'intervention planifiée conçues à l'extérieur et appliquées par des experts. **« Le processus de changement doit être conçu comme un processus d'apprentissage collectif avec les acteurs concernés, dont l'avancement est pragmatique, itératif et possède une dynamique propre. »(Burgin et Finger 1997).**

Certaines caractéristiques propres au secteur public rendent plus exigeante la particularisation des interventions dans les administrations : le contexte politique, la nature organisationnelle et les contraintes particulières du secteur public. Un élément doit être souligné dans cette approche :

L'administration ne peut être changée par décret ; c'est un fait établi. Mais au moment des réformes et des démarches managériales, cette évidence semble être oubliée. Dans n'importe quelle démarche, théorique, ou pratique il est indispensable de partir de ce constat .

« Or, comme pour l'Education, ce sont ces acteurs de terrain qui feront la réforme et non les bonnes structures, c'est-à-dire l'empilement des contrôles de gestion

(...) Les expériences du management de proximité exercé par des patrons de terrain sont possibles et même attendues. Elles permettront seules à dégager la gestion du sommet de sorte que celle-ci ne soit plus centrée sur les règles et le contrôle de leur exécution, mais sur une stratégie de coopération entre services, entre hôpitaux et avec la médecine de ville. » (Crozier 1997a).

5.4. Le cadre de reference.

Le développement moderne des sciences a montré le rapport entre la réalité et notre action. Nous agissons sur la réalité à partir des représentations que nous nous faisons d'elle ; réalité qu'on peut concevoir complexe ou non. Cela dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels notre capacité à observer la réalité à partir d'un paradigme différent de celui des sciences classiques.

Face à une réalité complexe, il nous faut une représentation adéquate pour que son approche soit enrichissante et non mutilante. Mais les représentations, que nous nous faisons de la réalité, sont empreintes de nouveaux éléments de la complexité : la représentation (la modélisation) est en elle-même un acte complexe et entretient de multiples rapports avec la réalité même et l'environnement qui permet cette construction.

L'action des organisations se développe dans ces conditions. En principe, il s'agit de participer ou d'intervenir dans la situation d'une organisation. En réalité, on se trouve en face d'une représentation de cette organisation, représentation construite à partir des éléments que chacun des acteurs intervenant porte sur lui-même ; cela ajoute encore de la complexité.

Ce qui devient un des facteurs les plus intéressants, c'est, en plus des éléments faisant partie de l'organisation ; les rapports qu'ils entretiennent entre eux durant le temps, lesquels déterminent le développement de l'organisation. Les éléments, leurs rapports, les rétroactions, leur environnement en mouvement permanent, sont des éléments qui détermineront le cours de l'organisation, de l'entreprise.

Les actions, que vont mener les entreprises pour réussir leurs projets de développement, passeront par différentes formes de coopération entre elles. La panoplie des formes de coopération entre entreprises propose de nombreuses alternatives possibles pour la recherche de leurs objectifs.

La coordination et la coopération avec autrui suppose au moins des relations de confiance, qui ne sont pas toujours faciles à établir sur le terrain. L'apprentissage commun entre partenaires peut être une possibilité de développement des projets communs et même collectifs.

Le développement de projets, entraînant un changement radical au sein des administrations, demande une réflexion particulière. Les habitudes, le regard des fonctionnaires, l'entourage du secteur public et particulièrement son histoire en tant qu'administration ne rendent pas la tâche facile.

L'autonomie des administrations, leur rapprochement vers leurs usagers et clients, et leurs projets de transformation organisationnelle donneront aux entreprises publiques le contexte au sein duquel elles devront réussir leur transformation.

Parmi les tâches à accomplir, il y a de véritables programmes dans le domaine de l'éducation, de l'évaluation et du leadership des institutions publiques.

C'est le cadre théorique à partir duquel ont été abordé l'étude et l'analyse des établissements de soins.

CHAPITRE VI LA DEMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

6.1 La recherche en gestion et la démarche méthodologique.

Une des conclusions d'Avenier (1989) à propos de la recherche en management stratégique et des « méthodes de terrain », servira de cadre à notre présentation du choix méthodologique : **« La recherche de terrain est donc possible dans le domaine du management stratégique ; mais quelle que soit la méthode utilisée, une telle recherche ne peut avoir d'intérêt que si elle est conduite en conjonction et même en interaction avec une recherche conceptuelle ».**

L'intérêt du sujet choisi :

Dans le contexte du développement économique récent de la Colombie, la gestion des entreprises, y compris celle des entreprises publiques, est devenue un sujet de première importance. Depuis le processus d'ouverture économique, qui s'est accéléré dans le courant des années 1991-1993¹⁰¹, le sujet de la gestion des entreprises dans une perspective de productivité, la qualité et la compétitivité ont pris une place considérable. Malheureusement, cela est resté dans la plupart des cas au stade de l'identification d'une problématique, n'ayant pas trouvé son expression en actions ou en recherches spécifiques.

De remarquables études ont été réalisées sur l'origine de l'administration en Colombie (Mayor 1990) et sur les problèmes liés aux conditions de travail dans l'industrie (Dambois), mais le sujet de la gestion en elle-même reste très peu développé. Hormis quelques études déjà évoquées (Interman 1995, Weiss 1994, 1997), on ne trouve pas d'études importantes centrées sur la gestion des entreprises ; il n'existe pas non plus d'études à propos du management stratégique dans les entreprises colombiennes. C'est une approche tout à fait nouvelle de la recherche locale. Cette affirmation est d'autant plus valable pour ce qui touche au domaine de la gestion publique.

La conjoncture, issue de la réforme du secteur de la sécurité sociale et particulièrement du secteur de la santé, avec les transformations que cela suppose dans le domaine de la gestion des ESE, offre un large espace de réflexions et de recherches. La loi impose le changement des structures, mais aussi des méthodes de gestion. La vision et les objectifs à long terme de la loi 100 font prévoir les besoins d'incorporer, (du

¹⁰¹ A ce propos voir l'annexe No. 1.

moins des analyses stratégiques à la gestion des institutions dans le secteur), sinon clairement des approches au management stratégique.

La question de la gestion des établissements de soins dans le secteur public a rapidement attiré notre attention pour plusieurs raisons :

- l'importance stratégique de la santé dans le contexte économique du pays,
- les possibilités de contribuer à la formulation et au déploiement d'éléments de gestion permettant d'atteindre les objectifs de la réforme du secteur de la santé,
- les exigences de la loi, notamment dans le domaine de la gestion et de la qualité,
- le manque absolu d'études sur le sujet spécifique de la gestion dans le secteur,
- les conditions favorables pour l'introduction de techniques modernes de gestion au sein des entreprises de l'Etat,
- les possibilités d'encadrement théorique des pratiques de gestion mises en place lors de l'application de la loi, mais aussi à partir de l'initiative des acteurs,
- l'opportunité de construction d'outils de gestions particulièrement dans les rapports entre les divers intervenants,
- les possibilités de déploiement de nouvelles méthodologies de terrain.

Nous avons alors décidé de tester la validité, l'opportunité et la valeur d'une recherche sur le sujet. La question a été posée à d'autres chercheurs et universitaires, à des spécialistes du secteur de la santé, des consultants et différents dirigeants d'établissements de soins (voir annexe No. 14).

Les réponses ont été unanimes tant sur la validité que sur l'opportunité et la valeur de la recherche. Leurs opinions ont été différentes et partagées à propos des objectifs de la recherche et de leurs résultats. L'importance accordée aux aspects pratiques d'une application a été plus forte que celle accordée à la réflexion théorique et au souci de rendre intelligible les phénomènes en cours.

L'intérêt sur le plan académique est évident pour tous, mais l'intérêt pour l'entreprise et pour la pratique de la gestion l'emporte (au moins dans les réponses de nos interlocuteurs). Nous avons décidé de risquer une approche qui rende compte de deux besoins : une approche de terrain des pratiques des dirigeants et des entreprises face au nouveau défi, et en même temps une approche théorique des pratiques entrepreneuriales, qui ont eu lieu dans les faits.

La recherche en gestion.

Les discussions entre positivisme et constructivisme peuvent encadrer notre démarche. Nous sommes de l'avis de Le Moigne (1993) que dans le domaine des sciences de la gestion une nouvelle épistémologie est à construire. Les différentes positions à cet égard partent régulièrement de leur attachement au positivisme (le chercheur est en dehors de son objet, donc il est muni d'un regard objectif), ou bien au constructivisme (le chercheur fait partie de son objet d'analyse, donc il le transforme à partir de son action).

La recherche en management stratégique pose de véritables réflexions scientifiques, qu'il faut encore surmonter : **« Dans tous les cas, les difficultés rencontrées pour valider des hypothèses ou des résultats de recherche au moyen des travaux de nature véritablement expérimentale devraient nous inciter à recourir plus fréquemment à la controverse, c'est-à-dire à des processus contradictoires qui permettent de construire progressivement des connaissances plus solides, car soigneusement discutées et forgées dans l'opposition de points de vue critiques d'intention scientifique. »(Paturel et Saval 1999).**

Les différentes publications récentes sur le sujet de la recherche en gestion (Huberman et Miles 1991, Usunier et al. 1993, Marshall and Rossman 1995, Wacheux 1996) offrent un éventail des méthodes et des outils de la recherche qu'on aurait fort intérêt à connaître pour se lancer dans l'innovation des méthodes de la recherche.

Notre recherche sur les établissements de soins se situe dans le champ de la recherche-action. Madame Avenier (1989) a fait un remarquable tableau synoptique des méthodes types de recherche de terrain (Tableau No. 6.1).

« Une recherche-action a généralement pour objectif de rendre intelligible des phénomènes par et pour l'action. (...) ...dans une recherche-action elle (l'attitude du chercheur) est résolument transformative, même lorsque l'objet initial de l'intervention est le diagnostic d'une situation. »(Avenier 1989).

Dans la mesure où la recherche privilégie les données qualitatives, nous avons eu largement recours à la méthode dite de triangulation. C'est-à-dire la vérification des données d'un même phénomène, par différentes méthodes(Allix-Desfautaux, 1998). Nous avons fait une étude détaillée des documents de toutes les ESE intégrées dans la recherche, mais aussi des entretiens avec les dirigeants, un travail de groupe avec les responsables et les fonctionnaires, ainsi que diverses activités avec des experts et des consultants indépendants

	recherche empirique	etude de cas	recherche experimental
Objectifs Possibles	Tester des hypothèses Rechercher des régularités	Découvrir des problématiques nouvelles Rendre intelligible un phénomène Suggérer des hypothèses Vérifier des hypothèses	tester des hypothèses
Mode D'investigation	Recueil d'information publiques Questionnaires	Observation directe Questionnaires Entretiens Analyse de documents	Expériences contrôlées laboratoire
Hypothèses Implicites	neutralité de l'observateur causalisme	- Neutralité de l'observateur	Neutralité de l'observateur Causalisme
Exemples	programme PIMS	Etudes de Ph. De Woot et al. (1984) ou de M. Bauer et al. (1981)	Psychologie expérimentale

*source: Avenier , 1989

Les outils même, dont on s'est servi, conduisent forcément à une triangulation, puisqu'ils ne se contentent pas de poser la question à propos d'un sujet ou d'une action en particulier. La méthode choisie part de la question jusqu'à la vérification de la réponse dans les faits ; par exemple, répondre que l'hôpital a un plan de développement nous emmène à nous demander s'il est formalisé dans un document, puis à le vérifier dans les faits, c'est-à-dire avec les fonctionnaires concernés, voir s'ils le connaissent ou non, et ainsi de suite.

6.2 Les contraintes et les outils appliqués.

L'échantillon choisi.

Le réseau hospitalier attaché au Secrétariat de la Santé de Santafé de Bogota est constitué de 32 hôpitaux repartis dans les trois niveaux de complexité définis par la loi (voir chapitre II) ¹⁰². Nous avons développé notre travail sur le terrain avec sept de ces établissements, établissements engagés dans une procédure qu'on appellera désormais «démarche manageriale collective» (DMC) :

¹⁰² Dans l'annexe No. 13 sont présentées les caractéristiques du réseau d'hôpitaux attachés au secrétariat.

Hopital Santa Clara	Niveau III
Hôpital Occidente Kennedy.	Niveau III
Hôpital El Carmen.	Niveau II
Hôpital de Suba.	Niveau I
Hôpital Vista Hermosa.	Niveau I
Hôpital San Pablo Fontibón.	Niveau I
Hôpital Pablo VI Bosa.	Niveau I

Néanmoins, nous nous servirons, à titre d'illustration et parfois de comparaison des démarches, de deux autres expériences semblables développées au même moment à Santafé de Bogota et à Medellin, toujours sous les mêmes initiatives et les mêmes démarches.

Deux groupes différents dans deux endroits distincts : le premier dans le « *Valle de Aburra* », autour de la ville de Medellin et le second à Santafé de Bogota. Dans le groupe de Medellin se sont associés cinq hôpitaux publics de différents niveaux de complexité, tandis que dans celui de Santafé de Bogota, les entreprises associées, neuf, sont toutes des entreprises privées avec des objectifs et des activités plutôt complémentaires et non concurrentielles.

Pour être plus clair dans l'exposé des résultats du terrain, nous utiliserons les dénominations suivantes :

- « Groupe de la recherche": Santafé de Bogota, sept ESE publics,
- « Groupe de référence No. 1 » : Medellin cinq ESE publiques,
- « Groupe de référence No. 2 « : Santafé de Bogota neuf ESE privées.

L'examen des caractéristiques de ces démarches interentreprises sera fait dans le chapitre VII, lors de la présentation des résultats. Particulièrement, nous aborderons les antécédents et les motivations initiales qui ont conduit à l'expérience analysée.

Donc le « groupe de la recherche » s'est constitué à partir d'initiatives autres que la nôtre. Les initiatives de constitution de ce groupe étaient en cours lorsque nous avons décidé d'entreprendre la recherche sur notre sujet.

L'intégration du groupe des ESE, qui a été analysé lors de notre recherche, est le résultat de plusieurs initiatives, tant du secteur public (le Secrétariat de la Santé à Santafé de Bogota, le Ministère de la Santé, ou bien le *Departamento Nacional de Planeacion*, que se soit directement, parce qu'ils ont participé au cofinancement du projet ou indirectement, parce qu'ils ont approuvé des programmes de développement des établissements intéressés) que du secteur privé (dans la mesure où il a cofinancé le projet ou bien parce qu'il est à l'origine de l'initiative).

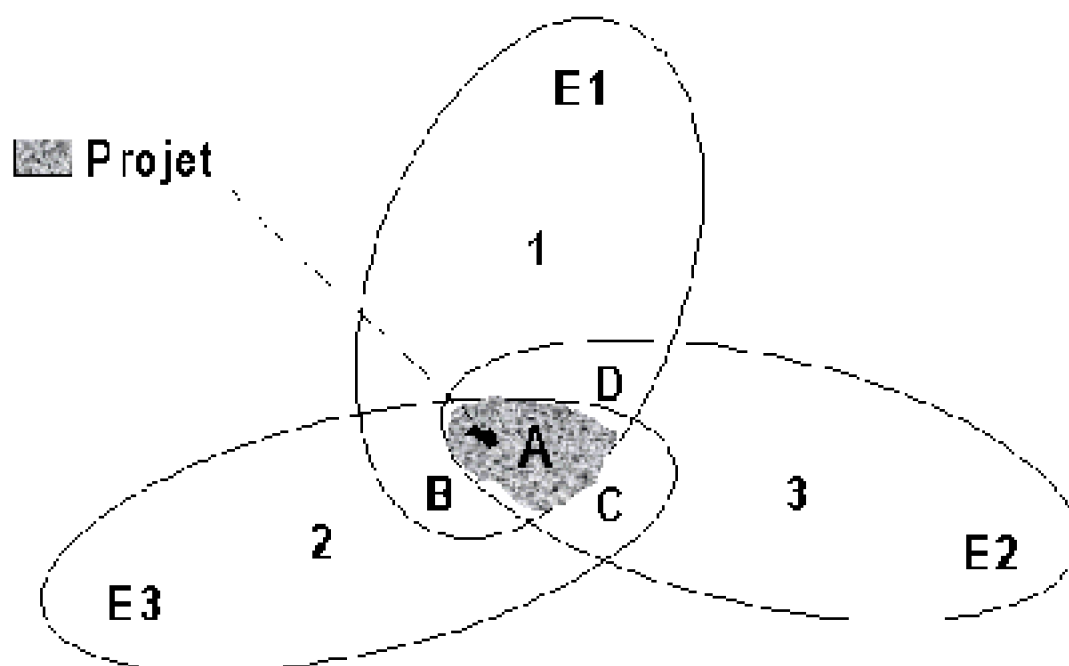
Ces éléments sont présentés dans le « groupe de la recherche », mais aussi dans les deux groupes de référence. A un moment les projets sur la coopération interentreprises sont déroulés simultanément et cela en raison des résultats obtenus lors des premières expériences.

Approche schématique du cadre conceptuel général.

Une approche schématique du cadre conceptuel général, utilisé pour étudier les rapprochements interentreprises et particulièrement les démarches collectives développées par les entreprises analysées, nous permettra de présenter les différents outils déployés tout au long de notre recherche.

L'orientation de la recherche va explorer trois facteurs explicatifs :

- l'identification des variables stratégiques des entreprises étudiées,
- l'étude du fonctionnement des rapprochements interentreprises,
- l'analyse des implications,



ETUDE DES ALLIANCES STRATEGIQUES ET DES DEMARCHES COLLECTIVES

ANALYSE DES IMPLICATIONS DES DMC.

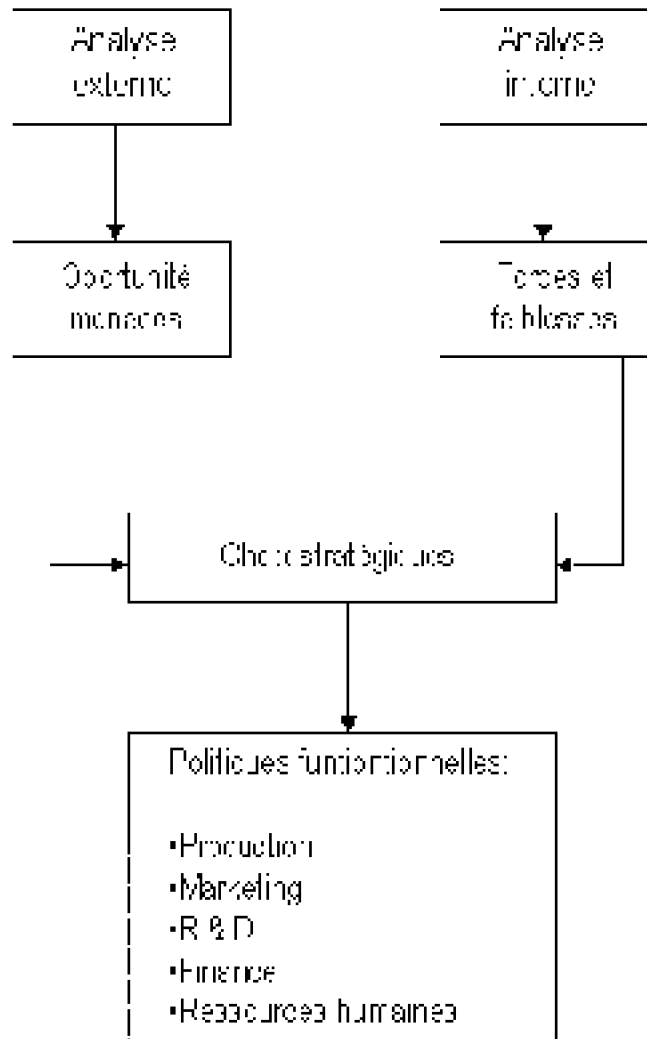
ELEMENTS DE MODELISATION.

Elabore a partir du Paturel 1997b

Pour l'identification des variables stratégiques des entreprises étudiées, nous nous sommes servis de l'approche classique du modèle LCAG¹⁰³. L'analyse de différentes composantes stratégiques va nous permettre d'identifier les facteurs clés du développement des ESE et en même temps les éléments explicatifs des démarches

¹⁰³ Formulation originale de Learned, Christensen, Andrew et Guth dans, dans « Business policy. Textes and cases, R.D. Irwin, 1965. Citée par Allouche et Schmidt 1995.

suivies par les entreprises choisies dans notre étude.

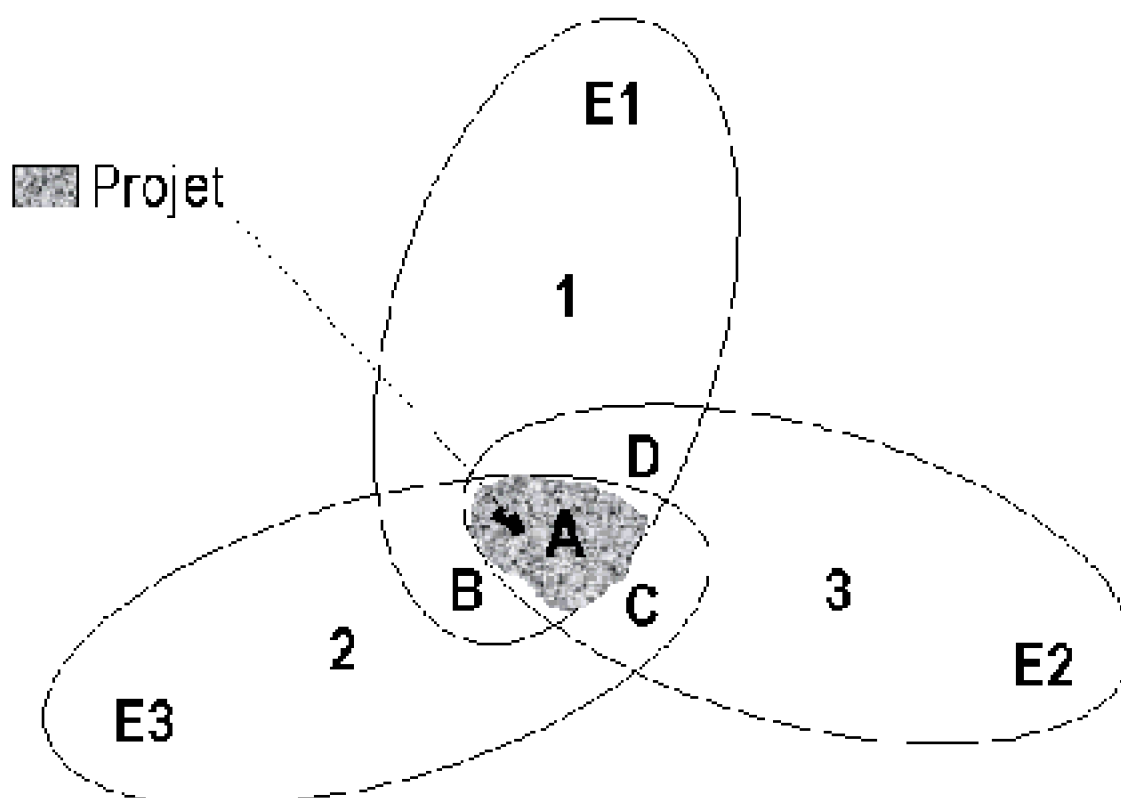


le modèle GAG

*Source, Strategor, 1997

L'utilisation du modèle des 3E, pour donner une présentation claire des liaisons entretenues entre les composantes et les possibilités de développement des entreprises analysées, nous amène à rechercher des informations en provenance de différentes sources :

- E1 représente les aspirations des dirigeants par rapport à la tâche qui leur a été attribuée,
- E2 est l'ensemble des atouts et handicaps éventuels des entreprises,
- E3 synthétise les menaces et opportunités de l'environnement.



*Source, Paturel, 1997b

L'analyse stratégique doit fournir les éléments pour établir la zone de compatibilité des trois composantes, de telle sorte que l'action stratégique puisse être déterminée dans un sens ou dans un autre. A ce propos Paturel signale : « **Bien évidemment, plus la zone de cohérence A est étroite, plus le nombre de projets pouvant y figurer est limité alors que plus cette zone est large, et plus on peut découvrir des projets concurrents susceptibles de générer des profits. Dans ce dernier cas un choix doit intervenir pour le créateur.** » (Paturel 1997b).

L'étude des caractéristiques de l'environnement se fait à partir de la différenciation de l'environnement global (c'est-à-dire des éléments sur lesquels l'action de l'entreprise est très limitée, mais néanmoins, qu'elle doit prendre en compte lors de la détermination de ses efforts de veille stratégique) de :

- l'environnement juridique,
- l'environnement économique,
- l'environnement psychosociologique,
- l'environnement technologique,
- l'environnement géographique,
- l'environnement international,
- l'environnement politique.

Les éléments suivants font partie de l'environnement particulier ou spécifique des

entreprises étudiées ; ce sont les aspects directement liés au fonctionnement des établissements de soins et sur lesquels ils peuvent exercer une veille stratégique suivie d'une action :

- les clients (et les associations d'usagers),
- les concurrents (et prescripteurs),
- les fournisseurs (et sous-traitants),
- les substituts,
- les entrants potentiels,
- les administrations de rattachement.

Le diagnostic stratégique interne des ESE s'effectue à partir de l'analyse de leurs grandes fonctions organisationnelles :

- Fonction de direction et d'administration,
- Fonction d'organisation et de ressources humaines,
- Fonction technologique et de production,
- Fonction commerciale,
- Fonction financière.

Pour chacune des composantes du modèle de 3 E, nous avons déployé divers éléments de recherche et d'analyse d'information.

Des outils spécifiques déployés.

Une fois la définition du sujet de la recherche effectuée, suite à la démarche signalée précédemment, il a été nécessaire de donner la définition d'une démarche méthodologique particulière. Puisque notre décision portait sur l'analyse des actions en cours et que nous étions dans le domaine de la « recherche-action » (Avenier 1989), une grande partie des outils de la recherche et de l'analyse est donc forcément liée aux exigences de la pratique quotidienne des organisations.

Néanmoins, le recours à d'autres outils a été nécessaire durant toute la période de la recherche.

- Documentation et recherche bibliographique.

Pour rendre intelligible la situation des ESE, et des trois composantes choisies dans notre analyse (entrepreneurs, environnement, entreprises), on a dû faire un tri conséquent des informations existantes sur le sujet dans la documentation existante dans plusieurs domaines, provenant de sources très différentes et caractérisées par des contenus d'une qualité très variable.

En principe pour chacune des ESE analysées, il a été fait une revue détaillée de la documentation¹⁰⁴ existante sur :

¹⁰⁴ On fait référence à des documents écrits ou visuels existants lors du recueil d'informations, lesquels étaient disponibles, parce qu'utilisables. La vérification de ce qui est dit et existant, est systématique des premières approches dans les hôpitaux.

- origine et histoire,
- personnalité juridique préalable et actuelle,
- normativité interne particulière,
- caractérisation de leur structure et de leur fonctionnement,
- information à caractère financier et comptable,
- portefeuille des services et des produits,
- projets formalisés,
- plan de développement.

En ce qui concerne l'encadrement théorique des divers aspects de notre réflexion, c'est-à-dire :

- le diagnostic stratégique (modèle LCGA, modèle 3 E),
- l'analyse de la coopération, les rapprochements interentreprises, les alliances stratégiques, les démarches managériales collectives,
- la modélisation des résultats de la recherche,

Nous avons eu recours aux méthodes traditionnelles de l'analyse bibliographique aigüe des publications périodiques (bibliographie classique, publications dans des revues scientifiques spécialisées, thèses doctorales, communications aux colloques), de même pour l'analyse des résultats de la recherche et des propositions de modélisation.

- Enquêtes et entretiens

Un des outils régulièrement utilisé, lors de notre recherche- action, a été le rapport direct avec les acteurs des faits qui font l'action hospitalière au jour le jour. Néanmoins, cela doit se traduire de façon formelle, nous avons donc choisi l'entretien (interview)¹⁰⁵ avec les acteurs concernés.

Pour cela, nous avons privilégié un des éléments de la recherche qui nous a apporté la majeure partie des données : la « *Guía del Premio Calidad en Salud* », laquelle est l'instrument de base pour évaluer les entreprises du secteur de la santé, qui postulent au Prix de la Qualité.

Dans le tableau No. 3.5, on présente cette grille. Cet instrument est utilisé pour que les entreprises fassent une auto-évaluation de leur situation, mais aussi lorsqu'elles abordent les démarches sur la qualité ou les initiatives de management stratégique.

Les entretiens ont toujours été menés d'une façon semi-directive. Au début, les fonctionnaires, qu'il s'agisse de dirigeants ou de fonctionnaires opérationnels, ont été invités à exprimer leur vision personnelle de la situation de l'hôpital, à partir de cela les différentes questions sont dirigées vers des objectifs spécifiques, selon les responsabilités de la personne concernée.

¹⁰⁵ Du PETIT ROBERT : « Interview : (mot angl., tire du fr. Entrevu). ... » Dictionnaire « PETIT ROBERT », Ed. Les dictionnaires ROBERT – CANADA S.C.C., Montréal, Canada. 1984.

Dans tous les cas, les réponses et les différentes annotations des fonctionnaires ont fait l'objet de comptes rendus de la part du chercheur, à l'aide de formulaires élaborés sur la base de la structure du guide d'évaluation du Prix Qualité. Lors de l'entretien, le chercheur fournit des formulaires vides, avec des espaces suffisants pour enregistrer les impressions et les réponses des fonctionnaires. Dans certains cas, les entretiens ont été réalisés par deux personnes, le chercheur et une assistante.

Pendant notre travail sur le terrain, une enquête a été menée dans le but d'analyser l'efficacité économique et de gestion des hôpitaux publics de Santafé de Bogota (Giedion et al. 1999). Nous nous sommes servis des résultats de cette enquête, puisqu'elle comprenait les mêmes hôpitaux que ceux de notre étude, et parce que certaines des réponses nous ont permis de vérifier et d'élargir celles obtenues lors de notre démarche. Cela a constitué un élément de plus pour la triangulation méthodologique, que nous avons appliquée.

Groupes d'analyse.

Un autre outil méthodologique utilisé est constitué par trois groupes d'analyse qui ont été activés à plusieurs reprises durant notre recherche. Ils ont été formés suivant les besoins de la recherche ou du développement de l'étude. Il s'agit des :

- universitaires et autres chercheurs,
- dirigeants des hôpitaux et du secteur de la santé,
- consultants et praticiens,

Lors du diagnostic stratégique des ESE, c'est-à-dire l'analyse de leur environnement et leur analyse interne, nous avons eu recours à l'opinion et aux arguments des experts réunis dans ces groupes d'analyse. Ils ont été particulièrement enrichissants lorsqu'il s'agissait d'évaluer et de hiérarchiser le poids relatif des différents facteurs de l'environnement des ESE et la problématique du secteur de la santé en Colombie.

Dans la mesure où nous avons fait partie des consultants intervenant dans les hôpitaux étudiés, il y a toujours eu la possibilité de profiter des opinions et des arguments d'un groupe d'analyse permanent constitué pour les conseillers de chaque hôpital.

Groupes de travail et de suivi.

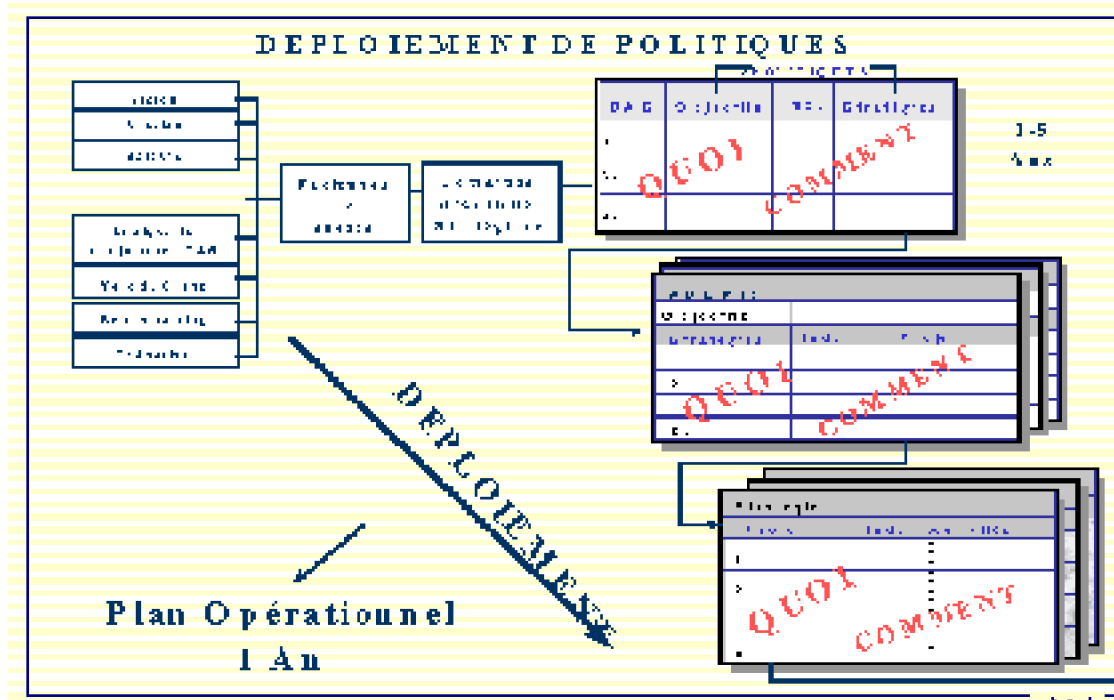
Chacun des hôpitaux de notre étude a constitué un projet de gestion particulière. Un des éléments premier de ces projets était la formation de groupes de travail chargés du développement desdits projets. Ces groupes ont été organisés soit au niveau de la direction, soit au niveau opérationnel, soit dans les deux niveaux.

A ce stade du travail, les outils de gestion utilisés ont été ceux de l'implémentation de la qualité, donc les grilles d'analyse causes - effets, l'analyse de Pareto, les diagrammes de processus et de standardisation, etc.

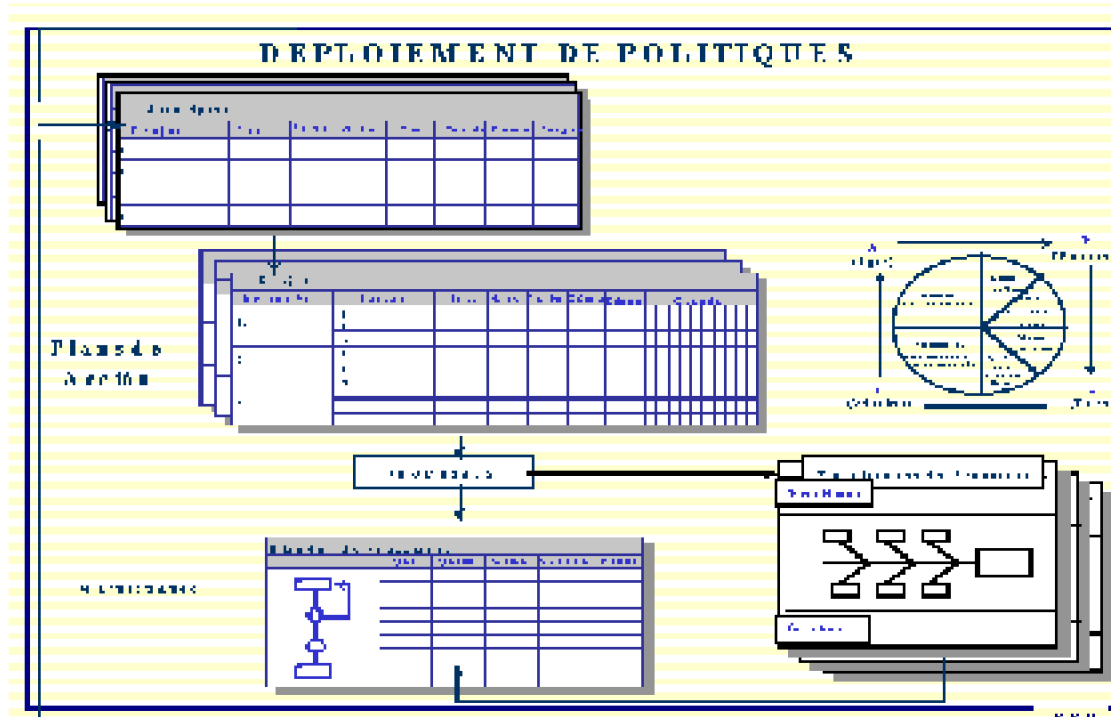
Ces groupes de travail ont intégré l'autonomie accordée dans chaque établissement, et, en général, ils ont créé leurs propres instruments et outils de travail, en même temps qu'ils ont établi leurs propres règles de fonctionnement.

Une représentation du travail effectué dans chacun des ESE de notre étude, de

l'analyse stratégique jusqu'à l'élaboration des plans opérationnels, peut être celle présentée dans le tableau No. 6.4 ¹⁰⁶ :



¹⁰⁶ Nous reprenons le tableau élaboré lors du travail sur le terrain, sur la démarche stratégique et les interactions des étapes.



CHAPITRE VII LES DEMARCHES MANAGERIALES COLLECTIVES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS EN BOGOTA.

L'expérience menée sur le terrain va nous permettre de montrer le fonctionnement des ESE de Santafé de Bogota dans le cadre des Démarches Manageriales Collectives, de 1996 à 1998.

La situation spécifique du secteur de la santé au moment de la réforme a contribué à mettre en œuvre des initiatives pour développer les styles traditionnels de gestion dans les hôpitaux publics. En fait, cette situation favorable est le produit de plusieurs facteurs :

- les exigences de la loi (recherche de l'universalité de la couverture, la participation des usagers et la concurrence sur le marché),
- le contexte international (OMS, OPS) à la recherche de réformes radicales dans le secteur de la santé,
- les données du nouvel environnement du secteur de la santé dans le pays (de nouvelles règles pour de nouvelles institutions),
- les intérêts du secteur privé,
- l'objectif des administrations de rattachement pour augmenter l'efficacité des hôpitaux publics,
- le défi pour une nouvelle génération de gestionnaires à la tête des ESE,
- l'existence d'institutions ayant pour mission la promotion des méthodes et des outils modernes de la gestion (CORCA, CGH).

Pour la présentation nous avons privilégié, dans certains cas, une approche quasi chronologique des événements, mais en général le fil conducteur va nous amener de l'initiative même, jusqu'à l'évaluation des résultats de l'expérience. Il s'agit de montrer ce qui a été fait, quels ont été les acteurs, comment cela s'est déroulé et enfin à quel moment cela a eu lieu.

7.1 L'initiative.

La situation particulière du secteur de la santé, réformé par la loi 100, sa complexité, son importance pour le développement de l'économie en particulier et du pays en général, offre des conditions réellement favorables pour que se développent diverses initiatives dans le domaine de la gestion des établissements de soins. Parmi celles-ci, on trouve la mise en place de démarches interentreprises, dans la perspective d'atteindre les objectifs d'efficacité et de réussite de la réforme elle-même.

Les antécédents immédiats des démarches interentreprises ne sont pas connues, parce qu'elles sont assez rares, mais surtout parce qu'elles ne sont pas suffisamment étudiées, ni répertoriées.

Il existe des expériences de rapprochement interentreprises qui ont eu lieu pour des raisons commerciales (croissance externe) et aussi pour des raisons de développement stratégique au sein des groupes économiques consolidés (croissance interne), mais il n'existe pas d'expérience de rapprochement interentreprises dans le secteur public et moins encore dans le secteur de la santé.

Le processus d'ouverture économique, déclenché au début des années 90, a permis de développer plusieurs expériences dans le domaine entrepreneurial, mais a surtout mis en évidence la nécessité d'outils modernes de gestion et parmi eux, les possibilités de rapprochement vers d'autres organisations se trouvant dans les mêmes conditions d'incapacité face aux défis soulevés par cette nouvelle situation.

Les exigences de qualité et de productivité, dans la perspective d'entrer sur le marché international et de faire face à la concurrence intérieure lors de l'ouverture des marchés dans le pays, vont amener les plus grandes entreprises colombiennes à développer des processus de modernisation internes. Nous avons signalé, dans le chapitre concernant l'analyse stratégique de l'environnement l'existence d'organisations dont le but est de favoriser et d'encourager le développement de la qualité dans les entreprises du pays (CORCAL et CGH, voir Annexe 16).

Dans le contexte socio-économique de la Colombie, il existe depuis les années 70 des organisations à but non lucratif, dans tous les domaines de la vie économique et sociale du pays. Elles font partie de l'ensemble des organisations connues sous le nom générique des « *Organizaciones No Gubernamentales* » -ONG- (Organisations Non Gouvernementales) (voir Annexe No. 1). Parmi elles, certaines dirigent leur action particulièrement vers des problèmes de développement économique.

Dans le domaine économique, il en existe plusieurs dont le but est de participer et d'offrir des aides aux initiatives relatives au domaine social, c'est-à-dire éducation, justice et santé. Leurs origines sont variées, mais les plus importantes ont été créées par des groupes économiques très puissants au sein du pays.

Il s'agit particulièrement des « *Fundaciones* » (fondations), appartenant à des groupes économiques privés et ayant choisis de faire certains investissements dans le domaine social. Parmi elles, nous évoquerons la « *Fundacion Corona* », la « *Fundacion Restrepo Barco* », la « *Fundacion Saldarriaga Concha* », la « *Fundacion para la Educacion Superior* » y « *FESCOL* », dans la mesure où elles ont été concernées d'une façon ou d'une autre par les derniers développements du secteur de la santé dans le Pays¹⁰⁷.

D'autre part, il existe l'obligation pour les autorités gouvernementales de mettre en place les directives de la réforme. Dans notre cas, il s'agit du « *Secretaria de Salud de Santa Fe de Bogota* » et du « *Ministerio de Salud* ».

La situation se présente de telle sorte que les objectifs des différents acteurs, donc leurs intérêts vont dans le même sens et en conséquence ils pourront aboutir à un accord :

- une conjoncture favorable pour les réformes et les innovations, encadrée par les dispositions de la loi 100,
- des entreprises du secteur privé intéressées par l'amélioration des conditions de santé des secteurs sociaux proches de leur emplacement géographique,
- les administrations responsables de la santé prêtes à mettre en place des initiatives

¹⁰⁷ Dans les activités de ces « *Fundations* », il faut souligner l'encouragement de la recherche et la publication de ses résultats, le financement de programmes spécifiques dans le domaine de la santé ou de l'éducation, l'organisation des rencontres interinstitutionnelles pour des échanges d'expériences, le développement d'actions auprès du gouvernement dans la perspective de participer à l'encadrement juridique des secteurs sociaux.

aux fins d'accroître l'efficacité des hôpitaux publics,

- des gérants avec des défis importants à relever et des initiatives à développer,
- les besoins objectifs d'un secteur démunie d'outils de gestion et de légitimité, particulièrement dans le domaine des résultats économiques de la gestion.

Dans ce contexte, les motivations sont à la portée de tous les acteurs ; il s'agit de mettre en accord :

- les responsables des administrations de rattachement,
- les responsables des « *Fundaciones* » du secteur social,
- les gérants des ESE

Les discussions initiales ont porté sur l'importance de réaliser des efforts pour améliorer la gestion dans les hôpitaux. Elles montraient qu'il était possible de réaliser des efforts individuellement dans chaque ESE, mais qu'il était possible aussi de développer des actions collectives. Il n'existait pas d'expériences à ce propos, mais les intervenants ont été d'accord sur le fait d'initier des démarches collectives, puisqu'en principe la situation, à partir de la loi 100, était commune aux ESE, donc les actions initiales d'amélioration des hôpitaux sûrement semblables. Ces premières discussions ont ouvert la voie aux Démarches Collectives dans les ESE.

Le processus de l'expérience de ce rapprochement interentreprises part de l'initiative conjointe du Secretaria de Salud de Bogota, du « *Fundacion Corona* » et du « *Fundacion Saldarriaga Concha* ». L'accord initial porte sur quatre éléments :

- *Le financement.* Les *Fundaciones* financeront 80% du programme et les ESE concernées financeront les 20% restants.
- *Les participants.* La *Secretaria de Salud de Santafe de Bogota* (SDS) encouragera les ESE pour les inciter à participer à l'expérience collective.
- *Le consultant responsable.* Le « *Centro de Gestion Hospitalaria* » -CGH¹⁰⁸ -, sera l'organisme responsable de l'application du programme.
- *Les contenus* du programme.

La formulation du programme a fait l'objet de plusieurs discussions entre les différents acteurs : le CGH, la *Secretaria*, la *Fundacion Corona*, les ESE. Un programme d'ensemble, applicable aux ESE participant à cette démarche collective, a été arrêté à partir d'un diagnostic global initial élaboré par les consultants du CGH.

On présentera ci-après les détails de ce programme.

¹⁰⁸

7.2 Le contenu de DMC

Il a aussi été établi que le Centro de Gestion Hospitalaria –CGH- est une institution privée avec une

participation du secteur public, créée en 1992 dans le but de développer la « culture de la qualité », dans le secteur de la santé en Colombie.

Le programme, pour développer les Démarches Manageriales Collectives -DMC-, porte

sur différents aspects :

- **Objectifs.** Trois objectifs sont retenus :
 - l'incitation des ESE à développer des initiatives de gestion dans le but d'améliorer leur performance, particulièrement en introduisant des outils de la qualité et de la gestion stratégique,
 - la formation des dirigeants et des fonctionnaires aux outils de la gestion stratégique et opérationnelle,
 - l'assistance individuelle de chaque ESE participant au programme, pour développer leur plan opérationnel.
- **Participants.** Il s'agit des ESE concernées par le programme. Leur nombre a été limité à cinq. Dans l'Annexe No.6, nous présenterons les caractéristiques des hôpitaux qui ont effectivement fait partie de cette expérience. Nous verrons dans la pratique, qu'à certains moments, le groupe des ESE a été modifié, mais qu'en général toutes les ESE participantes ont développé la plupart des éléments du programme.
- **Contenu du programme.** Le programme incorpore les activités qui seront menées collectivement par les ESE participantes mais aussi les activités à développer individuellement :
 - Présentation, motivation et incitation à développer des éléments de la qualité et du management stratégique¹⁰⁹. Formation sur les éléments de gestion tels que : Le management stratégique, les outils de la qualité, la formulation des plans opérationnels, la formulation des projets.
 - Suivi de chacune des ESE pour : l'élaboration des diagnostics particuliers à chaque ESE, la formulation d'une « Plate-Forme Stratégique »¹¹⁰ individuelle, la formulation des « Plans Opérationnels », le suivi de l'exécution des « Plans Opérationnels ».

Organisation des échanges, formels ou informels, entre les partenaires selon les besoins du développement du programme.

C'est le programme de référence initial, mais il est clair que lorsqu'un programme de cette nature est mis en route, son exécution est inévitablement confrontée à divers aléas et modifications, comme on le verra plus loin.

¹⁰⁹

Nous rappelons que la loi 100, signale comme obligatoire l'introduction d'un Système de Qualité dans tous les établissements de soins, mais aussi que les ESE sont incitées par la Constitution et la loi à introduire des méthodes modernes de gestion pour la réussite de leurs objectifs.

Temps d'exécution. L'accord prévoyait une durée initiale de 18 mois. Dans les faits, elle a été prolongée de quelques mois.

¹¹⁰

Le développement du programme relève de la responsabilité du CGH, le centre d'experts dans le domaine de l'implantation et de l'évaluation des processus de qualité, mais en même temps du centre de conseils en management.

Chaque ESE a été suivie par un conseiller du CGH durant le développement du

programme. En accord avec les besoins des activités spécifiques de chaque établissement, le CGH a fait participer des experts dans certains domaines très concrets (par exemple, dans le domaine des laboratoires d'analyses médicales, des salles de chirurgie mais aussi dans celui de la facturation, etc.), notamment lors de l'exécution des Plans opérationnels et des Plans d'action.

Evaluation. Il est prévu au moins deux évaluations du programme dans son ensemble, la première à la moitié de son exécution, la seconde à la fin. Il s'agit d'évaluations à caractère pédagogique, qui devront être menées comme des auto-évaluations.

Cependant, les ESE ont fourni des évaluations régulières des avancées de leurs programmes et plans particuliers, selon leurs intérêts et au moment où elles le souhaitaient. Toutes les évaluations ont abouti à des rapports écrits de la part des établissements engagés dans la procédure.

7.3 L'expérience des DMC ¹¹¹ .

Les activités.

Les premières activités menées se résument à des rencontres entre dirigeants d'ESE, entre fonctionnaires de l'administration de la Santé à Santafé de Bogota, entre responsables des Fondations concernées et enfin entre responsables du CGH.

Les entretiens et rencontres préalables pour mettre au point cette démarche collective ont pris quatre à six mois. L'expérience de ces rencontres a montré qu'il n'est pas évident que tous les dirigeants des hôpitaux soient d'accord pour participer à ce type d'expériences et qu'il faut s'investir d'une façon soutenue pour parvenir à un accord initial des responsables des ESE.

Une fois les hôpitaux, engagés dans la démarche collective, identifiés ont été établis **les chronogrammes des activités** :

- un chronogramme commun à toutes les ESE,
- un chronogramme particulier pour chaque ESE.

Dans les différents chronogrammes, tous les éléments de la programmation des activités ont été signalés à l'aide d'un des outils de l'élaboration des Plans d'Action. Il faut souligner que dans ce programme, il existe deux constantes :

- la participation permanente des différents acteurs concernés dans chacune des

¹¹¹

Toutes les activités développées pendant le déroulement des démarches collectives firent l'objet de comptes-rendus soit de la part d'un consultant, soit de la part d'un fonctionnaire. En plus de cet ensemble de rapports détaillés, le CGH a établi des rapports individuels sur le déroulement des activités de chaque ESE, en dehors du rapport final du programme, lesquels incluaient les évaluations. Les formats standards des comptes-rendus, des rapports de chaque ESE et du rapport final sont présentés dans l'Annexe No. 15.

activités,

- l'utilisation quotidienne d'outils faisant partie du contenu du programme (par exemple les sept outils de la qualité).

Pour ces chronogrammes, qu'ils soient communs ou particuliers à chaque ESE, le tableau des « 5W1H »¹¹² a été utilisé, ses caractéristiques principales étant :

- définir et établir la nature de chaque activité à réaliser,
- identifier le responsable de l'exécution de l'activité,
- définir la façon dont elles doivent s'accomplir en indiquant les ressources nécessaires à leur réalisation,
- déterminer les dates auxquelles devront avoir lieu les activités,
- identifier clairement le ou les lieux dans lesquelles elles devront se tenir,
- exprimer les raisons pour lesquelles l'activité doit être accomplie, donc identifier les objectifs particuliers de chaque action (base de leur évaluation).

Au début de la démarche managériale, on trouve la programmation de **la formation des fonctionnaires et dirigeants**. Cela correspond parfaitement aux résultats des diagnostics menés dans les établissements : le profil des fonctionnaires montre une grande faiblesse par rapport à la maîtrise des outils de gestion.

Les sujets choisis pour les séances de motivation et d'incitation, au développement des actions de la démarche collective, ont porté sur :

- le processus d'ouverture économique du pays et la réforme du système de la santé, par conséquent leurs exigences dans le domaine de la gestion : efficacité, productivité, qualité et concurrence,
- le système de certification de la qualité en santé,
- le management stratégique et ses outils,
- l'encadrement juridique des changements dans le secteur de la santé.

Ces sujets ont été choisis par rapport aux attentes des dirigeants des ESE, qui ont été questionnés lors des premières démarches du programme.

Par la suite, la programmation de la formation a été l'objet de plusieurs discussions, dans la mesure où aucune programmation thématique ne pouvait satisfaire tous les acteurs engagés. La programmation finale exprime d'une certaine façon les différents intérêts, ainsi que les différents degrés de développement des ESE du programme.

Des ateliers de formation ont été organisés pour les gérants et les fonctionnaires, avec les caractéristiques suivantes :

¹¹² Le tableau « 5W1H » fait partie des outils de la qualité. Il constitue une aide à la formulation détaillée des activités dans les plans d'action. Le sigle correspond aux initiales des mots anglais de six questions de base relatives à l'activité : « quoi faire -What- ? », « qui fera -Who- ? », « comment faire -How- ? », « quand faire -When- ? », « Où faire -Where- ? » et finalement « pourquoi faire -Why- ? ».

- les sujets :
 - le management stratégique et la formulation des « Plates-Formes Stratégiques » au sein des ESE,
 - la Qualité Totale¹¹³ et ses outils,
 - l'élaboration des « Plans Opérationnels »,
 - la formulation des « Projets ».
- la durée et la régularité des ateliers : la durée de chaque atelier dépend du sujet traité, en général ce sont des séances d'un à trois jours, qui ont lieu, à peu près, tous les 45 jours.
- Les participants : entre trois et dix fonctionnaires par ESE, selon la taille de celles-ci, mais aussi selon le degré de leur développement ou encore selon le sujet de l'atelier ou même les restrictions propres à la logistique particulière de la séance (par exemple, un espace trop étroit, des horaires fixes). Dans les ateliers participent les gérants, les directeurs administratifs, scientifiques, les responsables fonctionnels et les fonctionnaires opérationnels (la participation est déterminée par le sujet de l'atelier et le rôle du fonctionnaire invité à participer).
- La méthode : régulièrement la formation implique au moins deux éléments : des conférences de sensibilisation au sujet et des ateliers spécifiques à la problématique soulignée lors des diagnostics élaborés préalablement. Dans tous les cas, il y a eu un support documentaire écrit et, ou visuel. La méthode profite des situations concrètes auxquelles sont régulièrement confrontés les participants.

L'autre partie importante du programme des Démarches Collectives, c'est **le suivi des ESE engagées** dans l'initiative, celle-ci comprenant également une formation en ateliers et sur le terrain.

Pour cette formation, le schéma précédant reste valable, à quelques précisions près :

- des sujets plus précis et relatifs à la problématique de chaque ESE,
- la participation d'un nombre plus réduit de fonctionnaires, puisque assistent seulement ceux directement impliqués,
- plus de flexibilité pour déployer les éléments de la méthodologie et les outils de travail,

Pour le suivi des avancements des ESE dans leurs projets particuliers, c'est le consultant du CGH, qui doit encadrer les démarches. Les activités ont souvent été encadrées à l'avance par le programme global de la démarche collective.

Un élément majeur de la méthodologie est défini à partir des besoins et des restrictions, sur le terrain, de chaque ESE, en tendant toujours vers les objectifs de la démarche collective.

¹¹³

Il s'agit du TQC dans les dénominations antérieures. La formation des équipes de travail au sein de chaque ESE a été un obstacle

important au démarrage du processus. Régulièrement, dans chaque hôpital ont été formés au moins deux types de groupes de travail : un groupe pour les activités à caractère stratégique et un autre (ou plusieurs selon les cas) pour le développement des activités des plans opérationnels ou des plans d'actions.

Dans les groupes à caractère stratégique, on retrouve, en général, les membres de la direction des ESE, c'est-à-dire :

- le gérant,
- le directeur scientifique,
- le directeur administratif,
- les responsables fonctionnels,
- le staff de la direction (planification, juridique, informatique),
- un représentant de la communauté,

Dans les faits, ces groupes sont composés de huit à treize personnes. Comme il a été souligné, un des problèmes initial du processus a été l'instabilité de la formation de ceux-ci.

Quant à la formation des équipes chargées de l'élaboration et du développement des plans opérationnels et des plans d'action, la démarche a toujours été attachée aux objectifs du plan stratégique de l'ESE, au moins dans le sens formel. Chaque ESE a du faire face à ses propres problèmes dans ce domaine, car toutes ont une problématique particulière, déterminée par des facteurs différents, donc il a été pratiquement impossible d'appliquer une seule et même stratégie.

La formation des groupes de travail dans le domaine opérationnel a suivi des règles générales :

- en font partie ceux qui ont un rapport direct avec la problématique à résoudre,
- le groupe existe pendant une période limitée et se consacre aux tâches qui lui ont été attribuées,
- dans tous les cas, ses activités doivent faire l'objet d'un suivi par l'un des membres du groupe des activités stratégiques,
- toutes ses activités doivent être formalisées, de préférence par des rapports écrits.

Ce cadre opérationnel étant entendu, il nous reste à mentionner certains aspects de l'exécution des Démarches Managériales Collectives.

L'exécution du programme a suivi **une cadence de travail régulière**, marquée par les responsabilités de chacun des acteurs et par la programmation des activités de ceux-ci. Néanmoins, le constat sur le terrain est variable et l'application du programme suppose une certaine flexibilité.

Les activités ont été programmées de telle sorte que les rencontres entre les partenaires des ESE aient lieu, tout d'abord, fréquemment, puis après la formation initiale des fonctionnaires, de manière plus espacée ; mais toujours avec comme objectif les

échanges d'expériences.

Dans la pratique, **des réunions** ont été organisées :

- entre partenaires tous les mois, puis trimestriellement et finalement pour des rencontres d'évaluation,
- dans le programme de formation avec une cadence d'un atelier chaque mois et demi,
- pour les rencontres entre le consultant et les ESE, au moins chaque mois,
- au sein de chaque ESE, selon les tâches de chaque groupe de travail, des sessions chaque semaine ou tous les quinze jours.

La formalisation des résultats de ces réunions, à partir des comptes-rendus ou des mémoires, a toujours été encouragée, dans le but d'aboutir à un outil de travail important, mais pas toujours comprise.

Les infrastructures et la logistique propres à chaque partenaire du programme ont été mises à disposition lors de toutes les activités développées, qu'il s'agisse des lieux de réunions de rencontres entre partenaires, de la réalisation des ateliers de formation ou bien des échanges entre fonctionnaires de différentes ESE. Ceux-ci ont travaillé dans des conditions difficiles mais toujours dans un esprit de partage malgré le manque de ressources.

Les difficultés.

Lors de l'exécution des démarches collectives, certaines difficultés ont été constatées, lesquelles doivent être clairement identifiées pour de futures applications de manœuvres stratégiques semblables. Parmi ces difficultés nous signalerons les suivantes :

Les difficultés initiales pour la participation au programme ont été liées **plus à la méconnaissance** des possibilités de manœuvres stratégiques et particulièrement de démarches collectives qu'à d'autres facteurs tels **que la confiance** entre partenaires. En général, les gérants des ESE ne considèrent pas les autres comme concurrents, sauf dans le cas où il y a une méfiance claire, dirigée vers une personne en particulier et non vers l'ESE qu'elle dirige¹¹⁴.

Une fois les démarches collectives mises en route, le problème le plus fréquent pour les dirigeants des ESE (gérant et membres de l'équipe de direction) était de **bien différencier les lignes d'activités essentielles** à accomplir, c'est-à-dire :

- la planification stratégique,
- le management stratégique,
- le système de garantie de la qualité,
- le système de contrôle de gestion.

Cela pourrait être expliqué partiellement par le profil des dirigeants des ESE, engagés

¹¹⁴ Il s'agit de l'ESE de la localité de « XYZ », voir annexe No.16.

dans les démarches collectives de notre étude. Parmi ceux-ci, certains avaient déjà abordé des éléments de la gestion, dans le cadre de leurs études. Malgré cela, le constat est que, très souvent, ils avaient une connaissance générale de la planification stratégique, mais qu'ils ne maîtrisaient pas les techniques leur permettant de mettre en place les manœuvres stratégiques.

A cette caractéristique, encore faut-il ajouter que depuis quelques années dans le domaine de la gestion publique en Colombie, le sujet de l'efficacité et de la modernisation de la gestion est récurrent. Déjà dans la Constitution de 1991, on trouve l'obligation pour toutes les administrations de mettre en place un « *Sistema de Control Interno* » (système de contrôle de gestion), de même, la loi 100 demande aux établissements de soins de créer un « *Sistema de Garantia de la Calidad* » (système de garantie de la qualité), et d'autres dispositions légales font appel à plusieurs reprises à l'obligation des responsables de moderniser la gestion de leurs institutions.

La confusion dans ce domaine était grande, d'autant plus que les dirigeants n'avaient pas le profil de gestionnaires. Malgré cela, les ateliers de formation suivis par les dirigeants leur ont permis d'établir une hiérarchisation de leurs problèmes et, à partir de cela, de saisir les rapports particuliers au sein des ESE entre les différentes démarches de qualité, de contrôle de gestion, de planification stratégique.

La formation des équipes de direction stratégique -EDS- Une des activités initiales, dans les procédures des démarches collectives, a été la création d'équipes de direction au sein de chaque ESE. Cela a demandé beaucoup d'efforts, parce que cette habitude de travail n'existait pas. Au début, ces groupes ont été très instables puisque ses membres changeaient souvent (encore une réaction induite par la nouveauté). Et cette situation a eu une grande incidence dans le déroulement des activités, puisque ces EDS étaient chargées du déploiement et du suivi des démarches collectives au sein des ESE. Ces dernières ont surmonté cette difficulté dans des délais plus ou moins longs.

Concernant les activités au sein de chaque établissement, donc les conséquences des démarches collectives, il y a eu des problèmes similaires dans la **formation des équipes de travail**. Aux problèmes signalés dans le paragraphe précédent, il faut ajouter :

- des profils inadéquats des fonctionnaires pour accomplir les tâches des plans opérationnels,
- des charges de travail disproportionnées selon les fonctionnaires choisis et en conséquence des réactions de rejet des responsabilités,
- des difficultés à maîtriser les horaires de travail pour développer de nouvelles activités en dehors des fonctions quotidiennes des fonctionnaires.

Du côté **des consultants**, on a pu constater un certain malaise face à certaines activités des démarches collectives. Par exemple des difficultés à traiter des problèmes communs à de multiples établissements, des problèmes de programmation et de contrôle des activités intégrant des fonctionnaires de degrés de responsabilité divers et appartenant à des établissements différents. Cela a été mis en évidence au cours des activités de formation et notamment dans les ateliers.

Les difficultés rencontrées lors du suivi des consultants ont été liées à des problèmes de disponibilité de certains fonctionnaires. C'est l'expression même des faiblesses de la gestion des ressources humaines, puisque dans les groupes de travail, les responsabilités des différents participants étaient clairement établies, cependant à plusieurs reprises les réunions furent ajournées parce que les participants n'étaient pas présents, sans que cela entraîne de réelles de sanctions.

Les rencontres entre **les partenaires engagés** dans les démarches collectives ont développé une dynamique particulière d'échanges des expériences sur des aspects très spécifiques liés aux besoins d'une des ESE en particulier. La démarche a généralement bien fonctionné, néanmoins un aspect doit être souligné, c'est celui des agendas très chargés des responsables fonctionnels et particulièrement des gérants, avec comme conséquence la superposition de diverses initiatives ayant des objectifs similaires (par exemple, pendant six mois tous les gérants des ESE de Bogota ont participé à un programme académique universitaire pour améliorer leurs capacités de gestion, sous l'initiative et le financement du Secretaria de Salud ; donc la disponibilité de ces fonctionnaires s'est fut réduite considérablement durant cette période).

7.4 Les résultats.

L'expérience de l'étude sur les Démarches Managériales Collectives nous a permis de dégager un grand nombre de conclusions, parmi lesquelles les résultats obtenus par les ESE engagées dans la procédure, par les institutions ayant eu l'initiative de promouvoir le programme et participant à son financement, par les consultants et leur cabinet et bien entendu par la recherche elle même.

Pour l'ensemble des partenaires dans les DMC ¹¹⁵.

Les principaux éléments qui ont été soulignés par les différents acteurs dans le processus sont :

- L'évidence qu'il est effectivement possible et profitable pour tous de « faire ensemble », a partir des accords souples.
- Le partage des connaissances et des avantages propres dans certains domaines (administratifs et médicaux) ¹¹⁶, sans pour autant risquer leur autonomie ni leur position face aux concurrents, mais plutôt gagner en force organisationnelle.
- L'élargissement des connaissances et de l'organisation et des fonctionnaires.

¹¹⁵ Les éléments signalés dans ce paragraphe trouvent comme source principale: les documents d'évaluation collective et individuelle des acteurs, ainsi que nos propres notes en tant que participant à ces séances d'évaluation. Ont lira les détails de l'évaluation collective faite lors de la finalisation du programme, dans le compte rendu des séances, ainsi que dans les auto évaluations présentes par chaque ESE participant à l'expérience et bien sur dans le rapport final du CGH.

¹¹⁶ Rencontres entre fonctionnaires des ESE pour voir sur le terrain la façon dont leur partenaire gère certains types d'activités, par exemple l'organisation du service d'urgences ou bien le processus de facturation. Notamment de visites de présentation et des échanges entre des fonctionnaires des hôpitaux du Groupe de Terrain avec ce de Groupe de Référence a *Medellin*, ont été organisés particulièrement dans les hôpitaux de *Girardota* et de *Sabaneta*.

- L'ouverture des possibilités d'élargir le type de coopération à des autres domaines tant médicaux que de gestion.

Pour les ESE et leurs dirigeantes.

Pour les ESE les principaux résultats de l'expérience vécue lors des Démarches Managériales Collectives –DMC-, sont liées à l'amélioration de leurs performances et la remise en cause générale de leurs méthodes traditionnelles de gestion.

L'analyse stratégique de leur situation a permis l'identification de l'ensemble des problèmes à gérer, mais encore plus importante, à montre la nécessité de les hiérarchiser dans la perspective de concentrer les efforts et orienter l'action. Cela est à la base des « **Plates-formes stratégiques** » et des « **Plans opérationnels** », adoptés dans chaque ESE ¹¹⁸.

La prise de conscience de l'importance de différencier le court et le long terme pour mener à terme les projets de l'hôpital, donc, la découverte de la dimension du **Management Stratégique** et de ses outils.

L'organisation de l'action à l'intérieur de chaque ESE dans la perspective de se munir d'un **système d'information** qui puisse être utilisé comme support des décisions, notamment en ce qui concerne le contrôle de gestion, la gestion des ressources humaines et l'information financière.

La mise en relief, dans tous les cas, le l'importance stratégique de la **valorisation du potentiel humain** comme condition indispensable pour la réussite du changement dans les hôpitaux.

Dans le terrain opérationnel, la prise de conscience de l'importance et de l'utilité de **mesurer les résultats** de l'action. A partir de l'établissement des plans opérationnels dans certains services, des outils de mesure de l'efficacité des actions planifiées ont été introduits ¹¹⁹.

Le redimensionnement de la valeur et des possibilités des ESE, comme institutions du **secteur public**, à partir de la reformulation de la vision sur leur rôle dans le système de sécurité sociale en santé à la recherche d'une nouvelle légitimité.

L'opportunité de participer à une **formation spécialisée** pour leurs fonctionnaires, liée aux démarches opérationnelles immédiates.

¹¹⁷ Comme il a été signalé, chaque ESE a eu accès à des conseillers autres que les responsables de la formation, pour l'exécution de leurs Plans Opérationnels. Dans certains cas elles ont profité jusqu'à quatre experts dans de domaines différents, par exemple : la facturation, la gestion des ressources humaines, mais aussi pour la formalisation des protocoles d'attention en infirmerie et pour l'organisation du service de laboratoire d'analyses. Cela a été le cas des hôpitaux de *Vista Hermosa, El Carmen, Suba*.

¹¹⁸ Dans tout les cas les ESE ont formalisé leur « Plate-forme Stratégique » et leur «Plans Opérationnels », dans des documents écrits, en accord avec un des objectifs du programme et sous l'orientation des conseillers attachés à chaque ESE.

¹¹⁹ Bien qu'il y ait des exemples dans toutes les ESE, nous évoquerons ici seulement celui des gains de productivité dans le service charge des accouchements dans l'hôpital de *Vista Hermosa* et les gains d'efficacité en facturation dans l'hôpital *El Carmen*.

L'effet d'imitation a l'intérieur des ESE, particulièrement a partir de la notion d'apprentissage collectif.

Pour les Foundations.

Etant données les objectifs particuliers de ces organisations et leurs intérêts dans ces démarches, il est à souligner :

- La réussite de leurs objectifs du point de vue de la contribution à l'amélioration de l'efficacité des hôpitaux publics ¹²⁰, mais aussi une connaissance plus approfondie du fonctionnement des entités du secteur de la santé.
- L'apprentissage de l'expérience de l'application des DMC dans de secteurs de leur activité, comme une expérience pionnière dans le contexte de l'ensemble de leurs objectifs.
- L'envie manifeste d'élargir l'initiative à d'autres établissements de soins, mais aussi dans d'autres secteurs d'activité de l'économie sociale (éducation et justice) ¹²¹.
- Encore l'apprentissage collectif.

En dépit de tous les éléments déjà signalés, on pourrait dire que leur participation a contribué fortement à la légitimité des démarches de gestion moderne dans les établissements publics ; **« Les outils de la gestion privée peuvent être assumés dans les ESE avec succès, puisque l'expérience vient de le montrer ».**

Pour la SDS.

A la tête des administrations de rattachement (de tutelle), se trouve, dans notre étude, le *Secretaria de Salud de Santafe de Bogota*.-SDS- C'est fondamentalement à cette entité qu'incombe la responsabilité de la réussite de la loi 100 dans la capitale du pays. Pour elle les apprentissages et les résultats des DMC, signifient d'énormes possibilités nouvelles pour faire avancer d'avantage le processus de réforme par exemple;.

- La vérification que des outils de gestion privée peuvent être appliqués dans les établissements publics de soins avec succès.
- Le développement du rôle qu'elle doit jouer comme agent de motivation et d'incitation pour améliorer la gestion des hôpitaux publics, dans la perspective de leur fonction d'administration de tutelle.
- L'ouverture de nouvelles perspectives pour les autres ESE de la capitale du pays.
- L'identification de certaines faiblesses dans leur action de coordination des activités des ESE dans son réseau.
- L'apprentissage collectif avec les ESE.

¹²⁰ Les *Fundaciones* engagées dans ce programme ont parmi leurs objectifs, la contribution au développement des établissements de soin. Voir l'Annexe No. 20.

De la même façon que pour les autres acteurs des DMC, le cabinet de conseil (le CGH) et leurs conseillers (des professionnels de différentes disciplines telles que : la gestion, l'ingénierie, l'économie, la médecine, etc.), sont parvenus à des résultats et des ¹²¹ Entretiens avec le responsable de la *Fundacion Corona* des programmes dans le secteur de la santé, et discussions lors de l'évaluation collective du programme.

apprentissages du processus vécu.

Particulièrement l'apprentissage sur le terrain des réactions des partenaires, face à des techniques et des outils qu'ils ne connaissaient pas.

La mise en route des processus de coordination des activités à une complexité importante, étant donné les grades très divers des partenaires, en particulier des fonctionnaires concernés,

L'apprentissage de techniques nouvelles, particulièrement celle du déploiement des politiques de gestion (Akao 1991) dans les ESE, puisque cela a été complètement nouveau dans le secteur.

La réflexion interne à propos de la pertinence de leur organisation pour faire face au défi que leur impose la réforme du secteur¹²².

Pour la recherche.

Dès que nous avons choisi le sujet de la recherche, les attentes d'apprentissage portaient sur plusieurs domaines :

- le déroulement dans la pratique, des éléments de **l'encadrement théorique**, en particulier le fonctionnement de la coopération entre entreprises publiques,
- la vérification de certains **éléments caractérisant les Démarches Collectives** comme les incitations des acteurs, le rôle de la confiance, les projections de l'activité,
- l'utilité **des méthodes de recherche** déployées et l'identification des problèmes lors de leur application dans le terrain,
- enfin, **le fonctionnement du secteur** objet de l'analyse, c'est à dire le secteur de la santé.

Pour ce qui est de **l'encadrement théorique** de notre démarche plusieurs éléments ont été constatés:

Les critères principalement utilisés dans la littérature pour définir la coopération (Dodge Barriol 1997), sont tous présents dans les démarches collectives analysées et pour tous les participants¹²³. Il s'agit de :

- la confiance caractérisant les participants,
- une égalité juridique et économique des partenaires,
- Une volonté de coopérer,
- l'existence d'un objectif commun,
- un travail conjointement exercé,

¹²² Au cours de l'année 1998, le CGH a suivi un processus intérieur de réflexion organisationnelle, qui a conduit à un changement de la structure de l'organisation et à une redéfinition des fonctions des différents départements. Voir « Rapport d'Activités de la Direction du CGH au Conseil d'Administration, 1999 ».

¹²³ C'est le même constat pour les deux groupes de référence (Medellin et Bogota) signalé plus haut.

- des relations durables,
- un champ d'intervention réduit,
- une relation profitable aux deux parties,
- une préservation de l'indépendance,
- une réduction de l'autonomie des partenaires.

Si une « **Démarche Stratégique Collective consiste à développer un processus au cours duquel plusieurs entreprises parviennent à formaliser leur stratégie** » (Douge Barrol 1997) , selon l'expérience testée dans plusieurs démarches collectives en France, on peut affirmer que cela a été le cas dans les démarches de notre étude. Les entreprises engagées dans la procédure, ont toutes abouti au moins à la formulation de leur stratégie générale. Dans tous les cas elles ont formulé aussi des plans opérationnels, grâce à la démarche collective développée.

L'initiative des acteurs extérieurs aux ESE, tels que les « Fundaciones » et même le SDS, ont motivé largement l'engagement des ESE dans le programme. L'expérience a montré l'existence d'autres sources de financement pour développer des initiatives de gestion à l'intérieur des ESE, particulièrement en partenariat avec d'autres établissements de soins.

Le rôle institutionnel du SDS a montré largement des faiblesses au niveau de la coordination des efforts développés dans le même sens et parfois dépendant des différentes entités. La situation a été évoquée lors de la présentation de l'analyse stratégique de l'environnement : en même temps, les ESE de Santafe de Bogota ont été engagées à développer différents programmes qui étaient très proches par leurs objectifs : optimisation des processus (*Veeduría* de la ville), mise en place du Système de Contrôle de Gestion (obligatoire à toutes les entités publiques), mise en place du Système de Garantie de la Qualité (obligatoire dans toutes les ESE), participation des gérants des ESE à un programme universitaire spécial en gestion (SDS).

En ce qui concerne les fonctionnaires participants aux activités développées durant les Démarches Collectives, le constat a été que dans tous les cas, le groupe de direction (Devaux 1985) a participé régulièrement aux activités qui lui ont été adressées ¹²⁴ . Par contre pour les activités organisées à l'intention des autres fonctionnaires, le fonctionnement n'a pas été toujours aussi régulier que souhaité.

Parmi les objectifs visés par les rapprochements inter-entreprises et recensés dans la littérature, nous avons vérifié l'existence des suivantes :

- Acquérir une meilleure connaissance du marché,
- Mieux répondre aux besoins des usagers,
- Mieux surmonter les contraintes légales et opérationnelles des administrations de rattachement,

¹²⁴ Comme il a été signalé, il faut se rappeler certains troubles dans la programmation des activités, dus aux charges de travail de ses fonctionnaires.

- Réagir aux changements de l’environnement,
- Réduire les délais dans l’exécution de différents processus tant administratifs que médicaux,
- Exploiter les synergies entre des actifs et des compétences complémentaires,
- Améliorer la qualité et la performance de leurs produits,
- Partager certaines informations.

La présence de ces objectifs dans la démarche des différents dirigeants des ESE s’exprime de plusieurs façons dans chaque cas et selon la situation particulière de l’établissement l’un ou l’autre élément prend plus d’importance que les autres.

En ce qui concerne l’exécution sur le terrain des Démarches Collectives, il nous semble important de signaler que pour tous les participants la limitation la plus marquée du programme a été sa limitation temporelle. Tous les dirigeants auraient privilégié une procédure de plus longue durée. Certains parmi eux envisagent la continuation des démarches collectives, soit avec leurs partenaires initiaux, soit avec d’autres partenaires. L’idée de base est que maintenant ils connaissent les possibilités de la démarche et pourront s’en servir.

7.5 L’apprentissage¹²⁵ .

Plusieurs éléments peuvent être relevés comme faisant partie de l’apprentissage des démarches collectives suivies par les entreprises engagées dans la procédure. Il est très important de se rappeler que ces entreprises ont deux caractéristiques particulières au moment où on a fait l’étude :

- les entreprises analysées –ESE- sont des hôpitaux publics qui viennent d’acquérir une personnalité juridique particulière et unique, qui leur donne l’autonomie tout en restant dans le secteur public,
- elles se trouvent au milieu d’un processus de changement durant lequel toutes les données de leur environnement sont en train de changer y compris les différentes formes de rapprochement entre elles.

Lorsque la coopération a été définie comme un programme dans lequel il était envisagé l’engagement des ESE (établissements publics), avec l’encouragement de la SDS (administration) et de leurs partenaires, les *Fundaciones* (organisations du secteur privé) et le CGH (cabinet privé de conseil), on pouvait identifier quatre phases du processus :

- l’exploration,
- la consolidation des accords,

¹²⁵

Voir la note précédente. Additionnellement l’analyse des entretiens et les discussions a posteriori avec les consultants du CGH et les dirigeants des ESE engagés dans le programme.

- la mise en place des activités et de leur fonctionnement ,
- la finalisation du programme.

Une première approche de l'apprentissage général apporté par les démarches collectives se trouve en regardant les éléments qui ont favorisé leur mise en marche. La présentation faite lors de l'analyse stratégique générale à partir du modèle des 3 E, nous permettra une vision d'ensemble :

- Pour les dirigeants (E1) :
 - La recherche de différentes possibilités pour atteindre leurs objectifs particuliers,
 - Le défi de recherche d'efficacité des établissements mis sous leur responsabilité,
 - L'apprentissage personnel que leur participation leur permettrait.
- L'environnement (E3) :
 - Les exigences du milieu social vis-à-vis du rôle des ESE, étant donné leur histoire particulière comme entités de l'Etat,
 - Les obligations légales à partir de la réforme (loi 100),
 - La nécessité de se construire une nouvelle légitimité comme entreprises publiques à partir de la démonstration de leur capacité à faire face au changement et à la concurrence,
 - Les intérêts du secteur privé pour une allocation de ressources économiques et techniques plus efficaces dans le secteur de la santé, car les donations traditionnelles de ressources étaient déjà remises en cause,
 - L'intérêt accru de la SDS de développer leur propre stratégie et d'accomplir leurs responsabilités face à la loi 100.
- Les entreprises –ESE- (E2) :
 - Profiter du moment de transition pour développer d'autres possibilités de réussir leur mission,
 - Chercher des alternatives aux problèmes très aigus dans tous les domaines de la gestion interne des hôpitaux,
 - Les possibilités d'apprentissage des autres établissements similaires dans leur nature et dans leur problématique.
 - L'envie de construire une nouvelle légitimité à l'intérieur des établissements.

Ces différents facteurs ont favorisé et finalement permis le développement de démarches managériales collectives entre différentes ESE de Bogota, durant les années 1996 à 1998. Une synthèse est présentée dans le cadre suivant :

En ce qui concerne l'apprentissage des caractéristiques observées des DMC lors de

leur déploiement, ont peut signaler :

INITIATIVE	- l'importance de la participation des entités publiques et privées dans la période d'exploration des possibilités d'améliorer les performances des ESE, - la force du cofinancement du programme entre les partenaires, - la recherche de la complémentarité sans oublier les éléments de concurrence. - la pertinence de l'initiative par rapport à la conjoncture du secteur de la santé, - l'importance de la dimension géographique (localisation des ESE) lors de l'engagement initial. - l'importance de l'homogénéité des partenaires engagés (tous sont ESE attachés au SDS).
CONTENU	- le développement d'une véritable possibilité de changement de la gestion pour les ESE, - l'adéquation des outils pour l'application des méthodologies génériques de gestion dans les domaines tels que la qualité, les projets et la gestion des ressources humaines (plans opérationnels et d'action), - la formation des fonctionnaires dans leurs aspects d'innovation (mettre ensemble des fonctionnaires de différentes ESE dans des ateliers sur des sujets concernant la pratique quotidienne des ESE).
EXECUTION	- la réponse très efficace des dirigeants lors que le programme a démarré, - l'identification des problèmes liés à l'application des activités prévues telles que les échanges entre fonctionnaires ou la coordination des activités entre plusieurs ESE simultanément, - le programme très directif dans la conception et la planification, mais très participatif dans l'exécution, - mise en évidence des problèmes de communication et d'information, centre de la problématique de gestion des ESE, - l'exploration d'autres moyens et outils que les exigences légales pour accomplir la loi : les activités de terrain ont montré que les exigences de la pratique sont plus fortes que celles de la loi
RESULTATS	- l'exécution de toutes les activités collectives programmées, malgré les changements introduits dans les chronogrammes établis, montrant aux acteurs l'utilité des outils modernes de gestion (crédibilité face aux méthodes traditionnelles ayant échoué dans les autres activités), - la formalisation dans toutes les ESE des « Plates-Formes Stratégiques » et pour la plupart d'entre elles, le développement de celles-ci, - l'apprentissage collectif des différents acteurs des DMC, - les gains de productivité dans certaines des activités incluses dans les plans opérationnels des ESE, - identification et valorisation des potentiels humains dans les ESE à partir de leur participation dans les engagements.

Etant donné que les dirigeants expérimentent des problèmes similaires, ils s'engagent plus facilement dans les démarches managériales collectives, pour se confronter ensemble aux exigences et contraintes de leur environnement et liées à leur avenir.

Néanmoins il fallait montrer les possibilités de la dimension coopérative des actions managériales, dans une situation qui semblait être propice uniquement à une concurrence acharnée. L'encadrement théorique de la recherche nous permet de renforcer la dimension et les possibilités de différents domaines de la coopération inter-entreprises et tout particulièrement des démarches managériales collectives dans le domaine des établissements publics de soins.

CONCLUSION GENERALE

Le cadre de notre recherche était l'introduction du management stratégique dans les hôpitaux publics en Colombie. Le travail sur le terrain nous a conduit à plusieurs constats lesquels ont été présentés tout au long de notre exposée.

Nous avons souhaité apporter une contribution à l'amélioration du management des hôpitaux publics notamment par l'introduction du management stratégique. Le cas des hôpitaux de Santa Fe de Bogotá a été retenu. Par l'analyse stratégique et particulièrement par les manœuvres stratégiques qui ont été suivies durant plus de deux ans, nous avons essayé de mettre en évidence les effets du management stratégique dans ce secteur d'activité colombien.

Les Démarches managériales Collectives expérimentées par des hôpitaux publics, nous ont permis d'argumenter sur les possibilités offertes par une réflexion stratégique dans le secteur.

Dans un premier temps, nous nous sommes concentrés sur la description du secteur de la santé et ses antécédents. Ensuite l'analyse stratégique des organisations concernées en se servant des outils traditionnels de la démarche stratégique et notamment celui des 3E (Paturel) nous a permis l'analyse de l'environnement des institutions ainsi que l'analyse interne des entreprises.

L'encadrement théorique et méthodologique de notre démarche nous a conduit finalement aux présentations des résultats de la recherche.

Les aspects théoriques.

La richesse conceptuelle du paradigme de la complexité nous a signalé le chemin pour mieux comprendre l'unité de la problématique de notre objet d'analyse. L'importance des rapports entre les différents acteurs et éléments concernés dans le secteur de la santé a été identifiée grâce à une approche plus systémique qui ne s'arrête pas au constat de l'existence des institutions mais qui cherche à trouver la nature de leurs rapports.

L'approche théorique retenue pour étudier les démarches managériales dans les hôpitaux publics, celle du rapprochement inter-entreprises, nous a permis une meilleure compréhension des manœuvres managériales chez les entreprises analysées. La dimension coopérative des démarches manageriales collectives dans des entreprises publiques, résulte d'une originalité de la recherche.

Au cours de l'expérience sur le terrain ont constaté comment plusieurs dirigeants partagent un objectif commun et après les résultats les incitent à d'autres démarches collectives dans le même sens tout en cherchant la participation d'autres partenaires ou bien l'élargissement du terrain de la coopération.

On a constaté sur le terrain le manque d'outils d'analyse adéquats pour les rapprochements d'entreprises et tout particulièrement des différentes démarches entre les entreprises du secteur public.

Quatre éléments sont à souligner :

- la richesse de l'approche systémique du paradigme de la complexité,
- le rapprochement interentreprises observé correspond à celui des démarches manageriales collectives –DMC-,
- le pouvoir de "levier" des rapprochements étudiés,
- l'absence d'outils d'analyse adéquats aux démarches collectives des entreprises publiques, lorsqu'elles entrent dans la logique du management des organisations du secteur privé.

Les aspects méthodologiques.

Outre le cadre d'analyse permettant de mieux comprendre les démarches managériales collectives dans le secteur public, notre travail montre un exemple concret d'application des outils de la recherche-action et du modèle d'analyse stratégique des 3E. L'approche stratégique développée nous a permis de mettre en évidence les rapports entre de nombreux éléments de la complexité des entreprises analysées.

L'utilisation d'outils de diagnostic et d'évaluation du prix de la qualité et notamment

protégé en vertu de la loi du droit d'auteur.

leur grille d'analyse (CGH), nous a permis de mettre en lumière des aspects plus précis du fonctionnement des entreprises et notamment de faire la différentiation entre : la formulation de propos, l'implantation de ces propos et les résultats de l'action.

L'utilisation systématique de la triangulation comme approche aux différentes données du phénomène analysé, nous a conduit à trouver des explications plus proches de la réalité que les paradigmes orthodoxes à propos de l'efficacité ou l'inefficacité du secteur public.

A retenir :

- l'utilisation de la recherche-action comme démarche de recherche en gestion,
- l'application et l'utilité du modèle des 3E pour l'analyse stratégique des entreprises,
- la valeur de la grille d'analyse du Prix de la Qualité en Santé en Colombie (CGH),
- l'importance de l'utilisation de la triangulation de méthodes et des sources d'information pour restreindre la subjectivité dans l'analyse des données.

Les aspects pratiques.

Sur le terrain strictement pratique, donc, dans le domaine des résultats apportés par la démarche de la recherche action, nous pouvons synthétiser ainsi :

La réflexion stratégique concrétisée par le modèle des 3E appliquée aux établissements de soins en Colombie, nous a conduit aux trois constats suivants :

- la perte de crédibilité et de légitimité des établissements publics de la santé vis-à-vis de leur environnement est nette,
- l'inexistence des projets internes d'identification organisationnelle dans les hôpitaux par rapport à leurs agents est à regretter,
- la faiblesse accrue des concepts et outils de gestion moderne utilisés dans les hôpitaux est préjudiciable à leur bonne gestion.

Cette expérience réalisée au sein des divers partenaires engagés dans les démarches managériales collectives a rendu les principaux résultats suivants:

- le fait qu'il est effectivement possible et profitable pour tous de « faire ensemble », sur la base d'accords souples ;
- les avantages du partage des connaissances et des compétences propres dans certains domaines (administratifs et médicaux), sans pour autant risquer une perte d'autonomie, ni un sacrifice de position sur le marché face aux concurrents, mais plutôt en y gagnant en efficacité, efficience et effectivité au niveau de tous les partenaires ;
- l'élargissement des connaissances de l'organisation et des fonctionnaires ;

- la possibilité d'avoir recours à des conseillers dans plusieurs domaines comme la gestion ou le médical, à un coût plus bas (par rapport aux tarifs à payer en cas de demande isolée d'intervention à un cabinet de conseil) ;
- l'élargissement des types de coopération à tous les domaines.

Quoique l'expérience des démarches collectives soit toute jeune dans le secteur public de la santé en Colombie, elle a démontré son pouvoir de levier en matière d'action entre les partenaires et aussi à l'intérieur de chaque ESE. Mais, en fait, la démarche consiste surtout à mettre en évidence les éléments à l'origine des dysfonctionnements des établissements.

La vision stratégique résultant des démarches collectives ainsi que l'approche stratégique du développement des activités de chaque hôpital ont permis la dynamisation du processus de réforme à l'intérieur des établissements de soins et, en même temps, ont ouvert le champ à de nouvelles perspectives pour l'application de la réforme dans l'ensemble du secteur de la santé.

Limites de la recherche.

Le choix méthodologique de la recherche action impose certaines restrictions, parmi lesquelles il est nécessaire de signaler l'exigence de la réussite de l'action. Les acteurs sont très preneurs d'une démarche qui leur assure de "bons" résultats, donc la crédibilité de la démarche peut être remise en cause si cela n'est pas le cas.

Le fait de privilégier une approche qualitative plus qu'une approche quantitative, présente au moins deux inconvénients majeurs au niveau du degré de généralisabilité des résultats et de leur validité.

Le choix de faire une étude sur un nombre restreint de cas pose la question de l'échantillonnage et de se demander quelle est sa représentativité vis-à-vis de l'univers impliqué. Les difficultés pour rendre compte de tous les détails de la méthodologie utilisée, rendre impossible la compréhension de comment le chercheur parvient aux conclusions finales, cela pose alors le problème de la validité des résultats annoncés.

Les avantages de la démarche de la recherche action sont liés à sa propre définition : " (elle) a généralement pour objectif de rendre intelligible des phénomènes *par et pour* l'action", l'attitude du chercheur "est résolument *transformative*". Cela explique l'importance de cette démarche auprès des entreprises et de leurs dirigeants et en même temps signale les risques d'échec lors de l'intervention du chercheur.

Pistes de recherches.

A partir du domaine choisi dans notre recherche, c'est à dire, les démarches managériales collectives et leur analyse dans le fonctionnement des établissements publics de soins en Colombie, nous pensons qu'il est possible d'envisager d'autres recherches liées à la même perspective.

Il y a au moins trois pistes de recherche qui pourront être explorées :

- les conditions nécessaires pour développer les DMC dans les entreprises publiques et particulièrement le rôle des administrations de tutelle dans le secteur de la santé,
- le fonctionnement des DMC lorsque la démarche initiale est accomplie, c'est à dire les différents domaines et enjeux des initiatives de coopération et d'action collective entre partenaires du secteur (voir publics et privés),
- les implications de telles DMC pour l'amélioration de l'efficacité des institutions du secteur mais aussi pour les rapports intra-institutionnels, particulièrement ceux avec les administrations de tutelle.

Déjà les résultats de cette première recherche ont encouragé la poursuite de l'initiative dans d'autres organisations du secteur. Néanmoins la projection de la recherche doit se placer dans un domaine plus large et envisager d'autres terrains dans la gestion sociale tels que l'éducation ou l'administration de justice.

BIBLIOGRAPHIE

- AKAO Yoji, « Hoshin Kanri : Policy Deployment for Successful TQM », Ed Productivity Press, 1991.
- ALLIX-DESFAUTAUD C., « Triangulation : vers un dépassement de l'opposition qualitatif quantitatif », in Economie et Société, Sciences de Gestion #2, 1998.
- ALLOUCHE, José et SCHMIDT Géraldine. " Les outils de la décision stratégique ". Éditions La Découverte, Paris, 1995.
- ANDREWS K., " The concept of corporate strategy", Ed. Dow Jones/ Irwin, 1971.
- ANSOFF H. "Corporate strategy ", Ed. McGraw - Hill, N. Y. 1965.
- ANSOFF H. "The new corporate strategy ", N. Y. , 1988.
- ARROW K., "The limits of organisation", WW Norton & company Inc., New York, 1974.
- ATAMER T. et CALORI R., "Diagnostic stratégique", dans ENCYCLOPEDIE DE GESTION 2eme édition, Tome I ,Economica, Paris 1996.
- ATLAN H. "A tort et à raison", Ed. Seuil, Paris, 1986.
- ATLAN H., « Entre le cristal et la fumée », Ed du Seuil, Paris, 1979.
- AUBERT N. et DE GAULEJAC V. "El costo de la excelencia ", Ed; Paidos, Madrid, 1992.
- AUREGAN P., JOFFRE P. et LE VIGOUREUX F., " Modèles d'analyse stratégique: contributions récentes", dans ENCYCLOPEDIE DE GESTION, 2eme édition, Tome II, Economica, Paris 1996.

- AVELLA Mauricio, «Evolución, crisis y reforma del sistema financiero colombiano», Ed. Universidad Nacional, Bogotá, 1987.
- AVENIER Marie-José, “Le pilotage stratégique”, Presse du CNRS, Paris 1988.
- AVENIER Marie-José, “L’action stratégique en milieu complexe”, dans “La stratégie “Chemin Faisant” “ coordonne par Marie-José AVENIER. Ed. Economica, Paris 1997.
- AVENIER M-J., “Méthodes de terrain et recherche en management stratégique”. Economies et Sociétés, Sciences de Gestion # 14, 1989.
- BAELEN Michel. ” Management stratégique hospitalier “, 1996. ¿?????Thèse doctorale...
- BARTOLI Jacques André et LE MOIGNE Jean-Louis. “ Organisation Intelligente et Système d’Information Stratégique “. Economica, Paris, 1996.
- BARTOLI M. “Diagnostic d’entreprise - L’économie à l’écoute du social”, Ed. Interéditons, Paris, 1994.
- BEER Stafford, “The managerial cybernetics of organisation”, Ed. John Wiley & Son, Toronto, 1987.
- BERREBI-HOFFMANN I., « Nouveaux courants en théorie des organisations, sociologie des organisations et transformation du secteur public », en « Pour une nouvelle approche du management public », Ed. SeliArslan, 1997.
- BIBLIOTECA ACTUALIDAD JURÍDICA. Sistema Nacional de Salud, Ley 10 de 1990 y decretos reglamentarios. 3ra. ed. Bogotá : Publicitaria, 1993.
- BOISVERT Gaetan, « Les habilités de gestion dans les secteurs public et parapublic selon la méthode des « centres d’évaluation » », dans Canadien Public Administration, The Journal of the Institute of Public Administration of Canada, Volume 38, No. 4, 1995, (winter – hiver), pp 509-529.
- BOOSERT Thomas, HSIAO William et al., « Transformation of ministries of health in the era of health reform : the case of Colombia. Health Policy and Planning », Cambridge, 1998.
- BRANS M. AND ROSSBACH S., « The autopoiesis of administrative systems : Niklas Luhman on public administration and public policy », dans Public Administration, Published by Blackwell Publishers, Formerly the journal of the Royal Institute of Public Administration, Vol. 75, Autumn 1997 (417-439).
- BRONSARD Robert, « Vers un nouvel Etat-providence : l’expérience de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec », dans « Canadian Public Administration », Journal of the Institute of Public Administration of Canada, volume 41, #1, spring 1998.
- BROUYAD A. “ Les alliances stratégiques”, Ed. Progrès du management, 1996.
- BURGIN S. et FINGER M. « Apprendre le changement dans le secteur public », en « Pour une nouvelle approche du management public. Réflexions autour de Michel Crozier », Editions Seli Arslan, Paris, 1997
- CAPET M., “Sous-Traitance”, dans ENCYCLOPEDIE DE GESTION, 2eme édition, Tome III, Economica, Paris 1996.
- CASTORIADIS Cornelius. , “Dialogue”, Editions de l’aube, Paris, 1999.

- CENDRON J.P. « Le monde de la protection sociale », Edition Nathan, Pari, 1996.
- CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA (Colombia). Premio calidad en salud Colombia: Guía para los participantes. Bogotá : CGH, 1997.
- CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. « Concepts básicos de gestión integral por calidad », Ed. CGH, Bogotá, 1999.
- CEPAL-NACIONES UNIDAS, «las reformas sociales en acción: salud ». Serie Políticas Sociales. Ed. Cepal-UN. Santiago de Chile, 1996.
- CERC. Centre d'Etudes des Revenues et des Coûts, « La productivité globale dans l'entreprise : mesure et repartition », Ed. L'Organisation, Paris, 1987.
- COASE R. H. , "La nature de la firme", Revue française d'Economie, vol.2 #1, hiver 1987.
- COLLECTIF. " Les paramètres essentiels de la Gestion Stratégique des entreprises". Maxima, Paris 1997.
- COLLOQUE DE CERISY. PAVE Francis (Dr.). "L'Analyse stratégique. Colloque de CERISY. Autour de Michel CROZIER". Editions de Seul, Paris 1994.
- COMISION DE RACIONALIZACION DEL GASTO Y LAS FINANZAS PUBLICAS. « Informe Final. El saneamiento Fiscal un compromiso de la sociedad, Tema I: Diagnóstico y principales recomendaciones. » Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1997.
- CONSEJERÍA PARA LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Manual de la Rama Ejecutiva del poder público. Colombia : La Presidencia, 1994
- CONCEJO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ. Acuerdo 17 de 1997.
- CORIAT B. et WEINSTEIN O., "Les nouvelles théories de l'entreprise", Le livre de poche, Paris, 1995.
- CORIAT B., "Penser à l'envers", Ed., Christian Bourgois, Paris 1991.
- CORPORACION CALIDAD, "Experiencias exitosas des Modelo de Gestion Integral", Ed. CORCAL, Santa fe de Bogota 1998.
- COSTE J-H., and ZARDET V., " Building integrated hospital performance: meeting the challenge of security, high-quality, and cost-effective health care with socio-economic change processes". Subcomission paper for the Academy of Management Meeting in Chicago. Health Care Management Division, 1999.
- CRÉMADEZ, Michel et GRATEAU Francois. " Le management stratégique hospitalier". InterEditions, Masson. 2° édition, Paris, 1997.
- CRISTALLINI V. et KRIEF N., " Anticiper et maîtriser le changement par l'acquisition de nouvelles compétences manageriales". Libro de actas del 8 Congreso Anual de la Asociacion Latina para el Analisis de los Sistemas de Salud. Granada 19-21 Junio 1997.
- CROZIER, Michel, « Le phénomène bureaucratique », Ed. Du Seuil, Paris, 1965.
- CROZIER Michel et TILLIETE Bruno, "La crise de l'intelligence", Intereditions, Paris, 1995.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E., "L'acteur et le système", Edition du Seuil, Paris, 1977.

- CROZIER Michel, "Etat modeste, Etat moderne", 3eme. Editions Fayard, Paris 1997a.
- CROZIER Michel, « La contribution de l'analyse stratégique des organisations a la nouvelle gestion publique », en « Pour une nouvelle approche du management public », Ed. SelArslan, 1997b.
- DEBORD G; "La société du spectacle", Galimard, Paris, 1983.
- DETRIE J-P., "Analyse concurrentielle", dans ENCYCLOPEDIE DE GESTION ,2eme édition, Tome I ,Economica, Paris 1996.
- DEVAUX, Marcel. "Contribution au développement des méthodes d'apprentissage de la démarche stratégique dans les MPI ".Thèse doctorat nouveau régime :Sciences de Gestion: Grenoble 2: ESA, Grenoble, 1985.
- DIARIO OFICIAL, No.41148, ley 100 del 23 de diciembre de 1993.
- DNP-(Departamento Nacional de Planeacion), «.Documentos CONPES.» Revista « Planeacion y Desarrollo », Santafe de Bogota, Junio 1990.
- DONABEDIAN Avedis, «la calidad de la atención medica, definiciones y métodos de evaluación », Ed. La Prensa Mexicana, México, 1983.
- DOUGE BARRIOL Nathalie, :” Caractéristiques et impacts des démarches managerials collectives”. Thèse doctorale en Sciences de Gestion, Université Pierre Mendès France Grenoble, Ecole Supérieure des Affaires, 1997.
- DUSSAUGE P. et GARRETTE B. “Alliances stratégiques”, dans ENCYCLOPEDIE DE GESTION ,2eme édition, Tome I ,Economica, Paris 1996.
- ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ADSCRITAS A LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Metodología para la planeación institucional con enfoque estratégico. Colombia : Secretaría Distrital de Salud, 1996.
- ETKIN Jorge, La empresa competitiva. Grandeza y decadencia, Ed. McGraw-Hill, Santiago de Chile, 1996.
- ETKIN, Jorge et SCHVARSTEIN Leonardo. “ Identidad de las organizaciones. Invarianza y cambio”.3° reimpresión, Buenos Aires, 1995.
- FALCONI, Vicente, « TQC », Rio de Janeiro. Ed. FCO, 1994.
- FEDESARROLLO. Indicadores sociales. En : Coyuntura Social. Bogotá : La institución, No. 18 (mayo 1998). p. 43-52.
- FINGER Matthias et RUCHAT Berangere, “Pour une nouvelle approche du management public. Réflexions autour de Michel Crozier.”, Editions Seli Arslan, Paris 1997.
- FINGER M. et RUCHAT B. , « Le New Public Management : Etat, administration et politique », en « Pour une nouvelle approche du management public. Réflexions autour de Michel Crozier », Editions Seli Arslan, Paris, 1997.
- FLOREZ L.B. (Director) « La economia colombiana en la decada de los 80 », deux tomes, Ed CIID-CID UN, Santafe de Bogota, 1995.
- FORO MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN GESTIÓN HOSPITALARIA. (Julio 1992: Bogotá). El gran desafío de la gestión hospitalaria: mejorar su calidad. Centro de Gestión Hospitalaria.
- FRENIC, LONDOÑO, KNAUL y LOZANO, « Los sistemas de salud latinoamericanos en

- transición. », en «atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI », Ed. Institut for Alternatives y Fundacion Mexicana para la salud, Mexico, 1998.
- FRIEDBERG Erhard, "Le pouvoir et la règle", Editions du Seuil, deuxième édition, Paris 1997.
- GABRIE Hubert et JACQUIER Jean-Louis, "La théorie moderne de l'entreprise. L'approche institutionnelle", Ed. Economica, Paris, 1994.
- GARRETE B. et DUSSAGE P., « Les stratégies d'alliance », Ed. D'Organisation, Paris, 1995.
- GENELOT Dominique. " Manager dans la complexité". Insep Éditions 2° édition, Paris 1998.
- GIEDION, Ursula et al. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de seguridad social. Santafé de Bogotá : Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo y FES, 1995.
- GIEDION Ursula, MORALES Gonzalo, MURIEL Alvaro et RODRIGEZ Carlos, « Medición económica y de gestión », Secretaria Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, 1999.
- GODET M. " Prospective et planification stratégique", Ed. Economica, coll. "CPE", Paris, 1985.
- GONNET Francoise, " Application de raisonnement stratégique et Systémique aux hôpitaux publics", dans COLLOQUE DE CERISY. PAVE Francis (Dr.). "L'analyse stratégique. Colloque de CERISY. Autour de Michel CROZIER". Editions de Seul, Paris 1994.
- GONZÁLEZ SALAS, Edgar. El laberinto institucional colombiano 1974-1994, fundamentos de la administración pública. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional, ESAP y FESCOL, 1997.
- GONZÁLEZ, Jorge Iván y PÉREZ-CALLE, Francisco. Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada. En : Coyuntura Social. Bogotá : Fedesarrollo, No. 18 (mayo 1998). p. 149-171
- GUERIN Francis, "Faut-il brûler Taylor?", Editions EMS, Caen 1998.
- HAMMER M; et CHAMPY J. "Reingenieria", Ed. Norma, Bogota, 1994.
- HUBERMAN M. et MILES M., « Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes », Ed. De Boeck – Wesmael., 1991.
- IMAI MASAOKI, « Kaizen : the key to Japan's competitive success », Ed. McGrawHill, 1986.
- INSTITUT CEDIMES « Conjoncture 2000 », Editeur Breal, Cedimes et Les Echos, Paris .1999.
- INGHAM Marc , " Les alliances stratégiques et les entreprises conjoints" dans " Filialisation d'activités d'entreprises. Stratégie et Gestion.", Aimable QUITARD et Yves DE RONGE, Ed. De Boeck Université de Bruxelles, 1992.
- ISEOR, «Management innovant de l'hôpital et des organisations sociales», Ed. Economica, Paris 1995.
- ISHIKAGUA Kaoru, « Introducción al control de la calidad », Ed. Díaz de Santos,

Madrid, 1994.

JARAMILLO Ivan, « La experiencia chilena y las enseñanzas para Colombia ». Informe final. Ed. Programa Faus-Fescol. Bogota, 1993.

JARAMILLO Ivan, « Evaluación de la descentralización. Sistemas municipales de salud-Ministerio de Salud », Ed. Fescol-Programa Harvard, Bogotá, 1996.

JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia, la puesta en marcha de la ley 100. 3ra ed. Bogotá: Fescol, FES, Fundación Corona, FRB, 1997.

JARAMILLO Ivan, OLANO Guillermo y YEPES Francisco, “ Ley 100 cuatro años de implementacion”, Ed. ASSALUD-FESCOL-FUNDACIONCORONA-FUNDACION FES-GTZ, Bogotá, 1998.

JURAN Joseph, « Juran y la calidad por el diseño ». Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1996.

KLIKSBERG Bernardo, (Compilador), “Pobreza, un tema impostergable”, Ed. Fondo de Cultura Económica - CLAD - PNUD, México, 1993.

KOENIG Christian et VAN WIJK Gilles, “ Alliances interentreprises: le rôle de la confiance” , dans “Perspectives en management stratégique “, Tome I (1992-1993), sous la direction de Alain NOEL Ed. Economica, paris 1992.

KRIEF N., “La valorisation du potentiel humain dans les démarches de projet – Cas d'un hôpital public”. ISEOR.(Policopy sans date).

KRIEF N., “Projet stratégique et dynamique de l'hôpital publique”. Actes de la VIII eme Conférence Internationale de Management Stratégique. Ecole Central de Paris, 26-28 Mai 1999.

KUHN Thomas. “La estructura de las revoluciones científicas, Ed Fondo de Cultura Económica, México, (quinta reimpresión) 1985.

LANGRAND L. et THIETART R-A., “Complexite: du vivant au management”, dans ENCYCLOPEDIE DE GESTION ,2eme edition, Tome I ,Economica, Paris 1996.

LE MOIGNE Jean Louis, « La théorie du système général, théorie de la modélisation », 4eme édition, Ed., PUF, Paris, 1994.

LE MOIGNE, « L'incongruité epistemologique des sciences de gestion », Revue Française de Gestion, No. 96, novembre-decembre, 1993.

LE MOIGNE Jean-Louis, “La modélisation des systèmes complexes”, Ed. Dunod, Paris, 1990.

LE MOIGNE Jean-Louis, « Épistémologies constructivistes et sciences de l'organisation », in « Épistémologies et Sciences de Gestion », Martinet A.C : (dir.), Ed. Economica, Paris, 1990.

LE MOIGNE Jean-Louis, “Les épistémologies constructivistes”, Que sais-je?, Ed. PUF, Paris, 1995.

LE MOUEL Jacques, “Critica de la eficacia”? Ed. Paidos, Barcelona, 1992.

LORINO Philippe, “L'économiste et le manager”, La Découverte, Paris 1989.

LORINO Philippe, “Le contrôle de gestion stratégique. La gestion par les activités”, Dunod, Paris 1991.

LUHMAN Niklas, “Sociedad y sistema: la ambición de la teoría, Ed. Paidos, Barcelona, 1990.

- MARCHAL C. and ROSSMAN G., « Desing qualitative research », Ed. SAGE Publications, 1995.
- MARECHAL Jean-Paul. "Éléments d'analyse économique de la firme". Presses Universitaires de Rennes, Rennes 1999.
- MARTINET A-CH., "Planification stratégique", dans ENCYCLOPEDIE DE GESTION ,2eme édition, Tome II ,Economica, Paris 1996.
- MATURANA Humberto, « La objetividad un argumento para obligar », Dolmen Ediciones, Santiago de Chile, 1997.
- MATURANA Humberto y VARELA Francisco, "El árbol del conocimiento", Ed Gedisa, Barcelona, 1992.
- MATURANA Humberto y VARELA Francisco, "Sistemas autopoieticos. Una caracterización de la organización viviente", Buenos Aires, 1982.
- MAYOR Alberto, « Etica y productividad en Antioquia », Ed. Tercer mundo, Bogotá, 1990.
- MAX-NEFF, ELIZALDE y HOPENHAYN, « Desarrollo a escala Humana », CEPUR, Upsala, Suecia, 1983.
- MELESE Jacques, « Approches systémiques des organisations. Vers l'entreprise a complexité humaine », Les Edition d'Organisation, Paris, 1990.
- MILGROM P. et ROBERTS J., "Economie, Organisation et Management". Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble 1997.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE ET DE LA VILLE. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. « La santé en France. Rapport général », La Documentation Française, Paris 1994.
- MINISTERIO DE SALUD. Estatuto orgánico de Salud. Bogotá : el Ministerio, 1994.
- MINISTERIO DE SALUD. « La reforma a la seguridad social en salud ». Tomo 3. « Anexo documental », Ministerio de salud, Bogotá, 1994.
- MINISTERIO DE SALUD La revolución de la salud. Serie No. 3 Bogotá (diciembre 1991).
- MINISTERIO DE SALUD. El revolcón de la salud 1992-1994 Santafé de Bogotá: El ministerio. 1994.
- MINISTERIO DE SALUD. Los hospitales durante 1996. Santafé de Bogotá: El Ministerio, julio 1996.
- MINISTERIO DE SALUD. Reorganización del sistema nacional de salud, una respuesta al cambio social. Vol. 1, Bogotá: El ministerio, ACOMSAP, octubre 1990.
- MINISTERIO DE SALUD Seminario - Taller: Competencias y redes inter-organizacionles frente a la promoción y protección de derechos y deberes de la salud. Santafé de Bogotá El ministerio, Junio 1994.
- MINISTERIO DE SALUD. DIRECCION GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, « El abc del régimen subsidiado de seguridad social en salud », El ministerio, Bogotá, 1997.
- MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA UNIVERSIDAD DE HARVARD. La reforma de salud en Colombia y el plan maestro de implementación, Informe Final. Colombia : El ministerio. 1996.

- MINISTERIO DE SALUD, GERENCIA DE EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, FUNDACION FORO NACIONAL POR COLOMBIA, « Empresas Solidarias de Salud », Ed. MS, Gerencia ESE, FFNC, Bogotá, 1995.
- MINTZBERG H., AHLSTRAND B. et LAMPEL J. “Safari en pays stratégique”, Editions Village Mondial, Paris 1999.
- MINTZBERG Henry, “El proceso estratégico, Ed. Prentice-Hall, México, 1993.
- MINTZBERG Henry. “Grandeur et décadence de la planification stratégique”, Ed. Dunod, Paris, 1994.
- MISION DE CIENCIA Y TECNOLOGIA. Director, G. MISAS, « Programa de desarrollo científico y tecnológico para Colombia », Ed. Departamento Nacional de Planeación, Santafé de Bogotá, 1990.
- MONCAYO, Victor Manuel. Descentralización territorial, situado fiscal y participaciones para la inversión social. Santafé de Bogotá : DNP, 1994.
- MONITOR , “Informe sobre la apertura de la economía colombiana”, Ed. Ministerio de desarrollo económico – Fedecamaras, Bogotá, 1994..
- MONTENEGRO Armando, . Anotaciones críticas sobre la reestructuración del sector salud en Colombia. EN: Cartilla de Seguridad Social. Medellín: Universidad de Antioquía, Facultad de Salud Pública, No. 2 (agosto 1997). p. 7-29.
- MONTENEGRO, Armando. El gran desafío de la gestión hospitalaria: mejorar su calidad. Bogotá : Centro de Gestión Hospitalaria, julio 1992.
- MORIN Edgar, "Sociologie", Fayard, Paris 1984.
- MORIN Edgar, "Introduction à la pensée complexe", Ed. ESF, Paris, 1990.
- MORIN Edgar, "La méthode. La Nature de la Nature", Ed Seuil, Paris 1977.
- MORIN Edgar, "La Méthode. La vie de la Vie.", Ed. Seuil, Paris 1980.
- MORIN Edgar, « La tête bien faite », Ed, du Seuil, Paris 1999.
- OHMAE K. "The mind of the strategist", Ed. McGraw - Hill, New York, 1982.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, « Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos, 1995 »,
- ORLEAN Andre, « Vers un modèle général de la coordination économique par les conventions », dans « Analyse économique des conventions », sous la direction de A. Orlean, Ed. PUF ; Paris, 1994.
- PATUREL Robert, “Filiales communes”, dans *ENCYCLOPEDIE DE GESTION* Tome II, Economica, 2eme édition Paris 1996a.
- PATUREL Robert, “Un peu de clarté dans le monde obscur des alliances”, *Revue Française de Gestion*, Janvier-fevrier 1996b.
- PATUREL Robert, “Modélisation et tendance de développement économique dans la région Asie Pacifique”, communication présentée au XI colloque de l'Institut Cedimes, 18 – 28 avril 1997 à Nanjing (Chine). 1997a.
- PATUREL Robert, “Pratiques de management stratégique”, Presses Universitaires de Grenoble, 1997b.
- PATUREL Robert et SAVALL Henri, “ Recherche en management stratégique ou

- management stratégique de la recherche en stratégie?”. Colloque de l’AIMS Paris 1999.
- PETERS T. et WATERMAN . “En busca de la exelencia”, Ed Norma, Bogota, 1983.
- PIAGET Jean, “Le struturalisme”, Que sais-je?, Ed. PUF, 1968.
- PRIGOGINE Ilya et STENGERS Isabelle, “La Nueva Alianza. Metamorfosis de la ciencia”, Ed. Alianza Universidad, Madrid, 1983.(Ed. Gallimard en français 1979).
- PRIGOGINE Ilya, “Tan solo una ilusión. Una exploración del caos al orden.”, Ed Tousquets, Barcelona 1992.
- RESTREPO, Jairo Humberto. “Monitoreo local de la reforma en el sector salud”. En: Coyuntura Social. Bogotá : Fedesarrollo, No. 18 (mayo 1998). p. 173-196
- RODRIGUEZ Manuel.et al., « Gerencia privada, gerencia publica. Educación en crisis, una empresa docente », Ed. Universidad de los Andes, Santafe de Bogotá, 1992.
- ROMERO Ricardo “Relación entre Gestión Publica y Gestión Privada en la década de los ochenta” en FLOREZ Luis Bernardo “ La economía colombiana en la década de los ochenta”, Ed CIID – CID, Bogotá, 1995.
- ROMERO Ricardo, “ El desarrollo del conocimiento y la gestión de organizaciones”, en la Revista Innovar # 7, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1997.
- ROWE A.J., MASON R. et DICKEL K. , “Strategic management and business policy. A methodological approach ”, Ed; Addison - Wesley, 1982;
- SALAI R., CHATEL E., et RIVAUD-DANSET. “Institutions et conventions. La réflexivité de l’action économique”. Editions de l’Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1998.
- SALGADO, Melchior : “ Analyse theorique et pratique des cooperations multipoints”. Thèse doctorale en sciences de gestion Université Jean Moulin Lyon III, 1998.
- SAVAL Henri et ZARDET Véronique, “Vers la ”pensée en action” stratégique ou le non-dit dans le discours sur la stratégie – Proposition pour améliorer la qualité scientifique des recherches en stratégie.” Revue Management Internationale, Canada 1997.
- SAVALL Henri et ZARDET Véronique, “Maîtriser les coûts et les performances caches”, Economica, Paris, 1989.
- SCHEIN Edgar, “Organizational culture and leadership”, Ed. Jossey-Bass Inc. New York, 1993.
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Creación y organización del sistema Distrital de salud del D.C. de Santafé de Bogotá. Santafé de Bogotá : La alcaldía. 1991a.
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD . Acuerdo 19 de 1991.(1991b
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD . Orientaciones y directrices para los alcaldes locales , los integrantes de las juntas administrativas locales (JAL), los miembros de los comités de participación comunitaria CPC y los integrantes de juntas directivas. Santafé de Bogotá : La secretaría, febrero 1993a.
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Procesos de descentralización para localidades sanas. Santafé de Bogotá : La secretaría. 1993b.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Decreto 812 del 30 de diciembre 1996.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Experiencias exitosas en los hospitales del distrito. Santafé de Bogotá : La secretaría, 1998a.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, « Analisis del sector salud en el Distrito Capital 1990-1998 », La secretario, 1998b.

SEN Amartya, “Choise, welfare, measurement”, Ed, Blakxell, Oxford, 1982.

SEN Amartya, “L'économie est une science moral”, Ed La Découverte, Paris 1999.

SERRES Michel, “Le tiers instruit”, Ed. François Bourin, 1991.

SIMON H.A. « Sciences des systèmes, sciences de l'artificiel », traduction de J.L. Le Ligne, de « The sciences of the artificial, MIT, Press, Cambridge, Ed. Dunod, Paris, 1991.

SOPORTA B., “Stratégie des petites et moyennes entreprises”, ”, dans
ENCYCLOPEDIE DE GESTION ,2eme édition, Tome III ,Economica, Paris 1996.

STRATEGOR. “ Stratégie, structure, identité: politique générale d'entreprise”. Dunod, 3eme édition, Paris, 1997.

TAICHI Ohno, « Sistema de produccion Toyota », Ed. Gestion 2000,Barcelona, 1991.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, CONSEJO SUPERIOR DE LA
JUDICATURA. « Sistema de Seguridad Social, Ley Básica. Santafé de Bogotá ».Ed.
Universidad Nacional, Santafe de Bogota, 1996.

USUNIER J-C, EASTERBY-SMITH et THORPE R., « Introduction a la recherche en
gestion », Ed. Economica, Paris 1993.

VEEDURÍA DISTRITAL. Estatuto orgánico de Santafé de Bogotá y fundamentos
conceptuales y legales de la veeduría Distrital. Santafé de Bogotá : La veeduría,
octubre 1997.

VON FORESTER Heinz, “Las semillas de la cibernetica”,Ed. Gedisa, Barcelona, 1992.

WACHEUX F., « Methodes qualitatives et recherche en gestion », Ed. Economica,
Paris, 1996.

WEISS Anita, « La empresa colombiana entre la tecnocracia y la participación: del
taylorismo a la calidad total », Ed. Presencia, Facultad de Ciencias Humanas UN.,
Bogotá, 1994.

WEISS Anita, « Modernización industrial : empresas y trabajadores », Ed. Universidad
Nacional, Facultad de Ciencias Humanas, Santafe de Bogotá, 1997.

WILLIAMSON O. E., “ The economics institutions of capitalism”, The Free Press, New
York, 1985.

WILLIAMSON y WINTER, « La naturaleza economica de la empresa », Fondo de
Cultura Economica, Mexico, 1996.

Annexes

ANNEXE No. 1. PRESENTATION GENERAL DE LA COLOMBIE.

DONNES D'IDENTIFICATION.

Géographiques.

Superficie : 1 140 000 km²

Capitale : Santafé de Bogotá (5 484 000 hab.)

Villes principales : Cali, Medellin, Barranquilla.

Ressources naturelles : café, pétrole, charbon, métaux non ferreux

Politique.

Constitution : juillet 1991

Régime politique : démocratie, république présidentielle.

Chef de L'état : Andres Pastrana. (juin 1998)

Principaux partis : Parti libéral, et Parti conservateur.

Economie.

Monnaie: peso colombien

1 FF = 295,23 COP

1 \$ = 1 826,60 COP au 30.12.1999.

	PIB	Emplois
Primaire	14	10,0
Secondaire	32	24,0
Tertiaire	54	66,0

Population

Nombre d'habitants (1999) : 42 000 000

Densité de population (1996) : 34 hab./km²

Espérance de vie (1996) : 73 ans

Composition ethnique : métis (50%), Blancs (26 %), mulâtres (20 %), Noirs 4 %)

Religion : catholique (majoritaire)

Langue officielle : espagnol

Rappels historiques

1819 : indépendance dans le cadre de la Grande Colombie avec le Venezuela ; l'Equateur et Panama.

1830 : retrait du Venezuela et de l'Equateur

1866 : création de la Colombie

1899 – 1902 : guerre civile

1903 : retrait du Panama

1953-1957 : dictature de Rojas Pinilla

1958-1970 : constitution d'une grande alliance de gouvernement baptisée le Front national (alternance libéraux et conservateurs)

1978 : adoption de lois d'exception pour lutter contre la guérilla castriste qui s'est peu à peu installée dans le centre du pays

1982 : loi d'amnistie politique du président Betancourt, dont les successeurs devront faire face à une nouvelle menace, celle de la violence créée par les puissants narcotrafiquants regroupés dans les cartels de Medellin puis de Cali.

1998 : de conversations de paix sont entamées avec les deux groupes de guérilla les plus puissantes.

CARACTERISATION GENERALE.

La Constitution Nationale de la République établit que la Colombie est une république unitaire et indépendante, à gouvernement démocratique et de représentation constituée

protégé en vertu de la loi du droit d'auteur.

par trois branches du pouvoir public : l'Exécutif, le Législatif et le Juridique.

En juillet 1991 a eu lieu une réforme constitutionnel qui a bouleversé complètement l'existence du pays et qui changé la Constitution existante depuis 1898. La démocratie actuel le cherche à être participative plus que représentative.

Parmi tous les changements introduits, on peut évoquer (sans aucune prétention d'exhaustivité) les suivants qui touchent :

- le rôle de l'Etat,
- la participation de la Société et de ses composantes,
- le développement de l'économie,
- l'administration judiciaire,
- le domaine social,
- les données politiques.

Un élément de grand importance dans les changements introduits par les réformes constitutionnelles est la recherche de l'élargissement de la décentralisation administrative et politique de l'état. Cela touche particulièrement le pouvoir local de certains politiciens enracinés dans les régions et qui ont exprimé leurs intérêts lors des discussions de la réforme constitutionnelle mais aussi lors de la formulation des différentes lois d'application de la constitution. Les détenteurs de ces pouvoirs locaux sont connus dans le pays comme les « *Gamonales* » et ils sont régulièrement liés aux administrations dans leurs régions.

La réforme de la Constitution représente pour la Colombie un des événements les plus importants de son histoire contemporaine. Dans le domaine de la santé, elle s'appuie d'abord sur les dispositions de la loi 10 de 1990 ; mais rapidement, compte tenu de l'intérêt capital de la question, le problème de la santé dans le pays est devenu un des principaux sujets de débat public durant la période de réforme de la Constitution.

Dans le domaine de la sécurité sociale c'est la loi 100 du 23 décembre 1993 , “ *Por la cual se crea el sistema general de la seguridad social en salud* ”, en Colombie, qui crée le système général de la sécurité sociale) et qui va mettre en place une véritable réforme de tout le système de la sécurité sociale, y compris le secteur de la santé.

La discussion dans le parlement autour de la réforme du système de la sécurité sociale, fut le moment dans lequel on eut l'expression des conceptions et des intérêts les plus divers dans le pays. La conjoncture politique et sociale de cette discussion a donné lieu à un résultat dans lequel il a été identifié deux volets très différents : le système de sécurité sociale en santé et le régime des retraites et des pensions. Le premier est entré dans un processus de transformation radicale dans ses conceptions, ses institutions, ses rapports et en général dans son fonctionnement. Le second a été complètement privatisé

ANNEXE No. 2 LA NORMATIVITE DE LA LOI 100

No.	FECHA	CONTENIDO
Sistema de Seguridad Social.		
Ley 100	Dic. 23 /93	Crea el sistema de Seguridad Social Integral y dicta otras disposiciones. Diario oficial No. 41148
Decreto 692	Mar. 29/94	Reglamenta parcialmente la Ley 100 de 1993. Diario oficial No. 41303
Decreto 876	May. 2/94	Reglamenta parcialmente la Ley de Seguridad Social Integral. Diario oficial No. 41312
Decreto 903	May. 5/94	Reglamenta el tratamiento tributario del Sistema General de Pensiones. Diario oficial No. 41349
Ministerio de Salud: Normas orgánicas		
Ley 27	Dic. 2/46	Crea el Ministerio de Higiene. Diario Oficial No. 26299.
Decreto 56	Ene. 15/75	Sustituye el Decreto 654 de 1974 que establece la organización básica de dirección del Sistema Nacional de Salud y dicta otras disposiciones. Diario Oficial No. 34260
Decreto 670	Abr. 11/75	Dicta normas sobre establecimientos públicos que funcionan como entidades adscritas al Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial No. 34308.
Decreto 121	Ene. 23/76	Revisa la organización administrativa del Ministerio y cambia su denominación por Ministerio de Salud. Diario Oficial No. 34492
Decreto 2905	Dic. 19/77	Crea el Consejo Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud, adscrito al Ministerio como organismo consultor y coordinador entre los ministerios de Educación Nacional, Salud, Trabajo y Seguridad Social, y los establecimientos públicos ICFES y SENA. Diario Oficial No. 34944
Decreto 665	Abr. 13/78	Vincula la Previsora S.A., Compañía de Seguros, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la cual estaba vinculada al Ministerio de Salud. Diario Oficial No. 35007
Decreto 1210	Jun. 26/78	Reglamenta el Artículo 4 de la Ley 14 de 1962 y el Artículo 7 del Decreto 356 de 1975, con el fin de garantizar las actividades docentes asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial No. 35054
Decreto 614	Mar. 14/84	Asigna funciones al Ministerio en materia de salud ocupacional (artículos 13, 16 y 17). Diario Oficial No. 36561
Decreto 77	Ene. 15/87	Expide el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios. Suprime y establece algunas dependencias y funciones del Ministerio y el Fondo

“L'INTRODUCTION DE LA DEMARCHE STRATEGIQUE DANS LE MANAGEMENT DES HOPITAUX PUBLICS -LE CAS DE LA COLOMBIE-”

		Nacional Hospitalario. Diario Oficial No. 37757
Decreto 1723	Sep. 4/87	Reglamenta el Decreto 77 de 1987 en cuanto a la reorganización del Ministerio de Salud (Art. 4) y dicta otras disposiciones. Diario Oficial No. 38036
Ley 15	Ene. 11/89	Expide normas sobre organización, funcionamiento y control de los servicios de salud y asistencia pública. Suprime la División de loterías de la Dirección de Vigilancia y Control del Ministerio (Artículo 40). Diario Oficial No. 38651.
Decreto 1700	Jul. 31/89	Crea la Comisión Nacional de Agua Potable y Saneamiento Básico. Diario Oficial No. 38919
Decreto 2406	Oct. 20/89	Modifica la estructura del Ministerio para el manejo de presupuesto (Art. 17) Diario Oficial No. 39032
Ley 10	Ene. 10/90	Reorganiza el Sistema Nacional de Salud y dicta otras disposiciones. Diario Oficial No. 39137
Decreto 1471	Jul. 9/90	Establece la estructura orgánica del Ministerio de Salud y determina las funciones de las dependencias. Diario Oficial No. 39457.
Decreto 1759	Ag. 2/90	Crea la junta de Tarifas par el sector salud. Diario Oficial No. 34491.
Decreto 2164	Dic. 30/92	Reestructura el Ministerio de Salud. Diario Oficial No. 40703.
Ley 60	Ag. 12/93	Dicta normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y dicta otras disposiciones.
Ley 99	Dic. 22/93	Crea el Ministerio del Medio Ambiente y el Concejo Nacional Ambiental.
Ley 100	Dic. 23/93	Crea el Sistema de Seguridad Social Integral y dicta otras disposiciones. Diario Oficial No.41148

NO.	FECHA	ORIGEN	CONTENIDO
1796	Oct. 19/95	Ministerio de Salud	Aportes y reservas pensionales de entidades del sector público.
1088	Abr. 24/91		Por la cual se reglamenta el régimen de las instituciones del sector privado en salud
1570	Agos. 12/93		Por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 organización y funcionamiento de medicina prepagada.
530	Mar.8/94		Por el cual se reglamentan las arts. 33 de Ley 60 /93 y 242 de la ley 100/93
695	Mar. 30/94		Reglamenta parcialmente los art. 157, 204 y 280 de la ley 100/93 y se incorporan los servidores públicos al sistema general de seguridad social.
1485	Jul. 13/94		Entidades promotoras de salud
1486	Jul. 13/94		Empresas de medicina prepagada
1664	Agos. 1/94		Define los gastos en salud financiados con los participaciones de inversión social.
1666	Agos. 1/94		Reglamenta par. 5, art. 11 y art. 19 Ley 60/93 y par. 3, art.116 Dec.1298/94
1757	Agos. 3/94		En la prestación de servicios de salud.
1876	Agos. 3/94.		Por el cual se reglamenta los arts. 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298/94 en lo relacionado con las empresas sociales del estado.
1877	Agos. 3/94		Por el cual se reglamenta el art. 30 del Decreto Ley 1298/94 de conformidad con el Acuerdo No. 002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud y se establece el régimen de organización y funcionamiento de los consejos territoriales de seguridad social en salud.
1891	Agos. 3/94		Fomento de la salud
1893	Agos. 3/94		Por el cual se reglamentan los art. 31 del Decreto Ley 1298/94 y 9 de la ley 60/93 sobre los Fondos de

“L’INTRODUCTION DE LA DEMARCHE STRATEGIQUE DANS LE MANAGEMENT DES HOPITAUX PUBLICS -LE CAS DE LA COLOMBIE-”

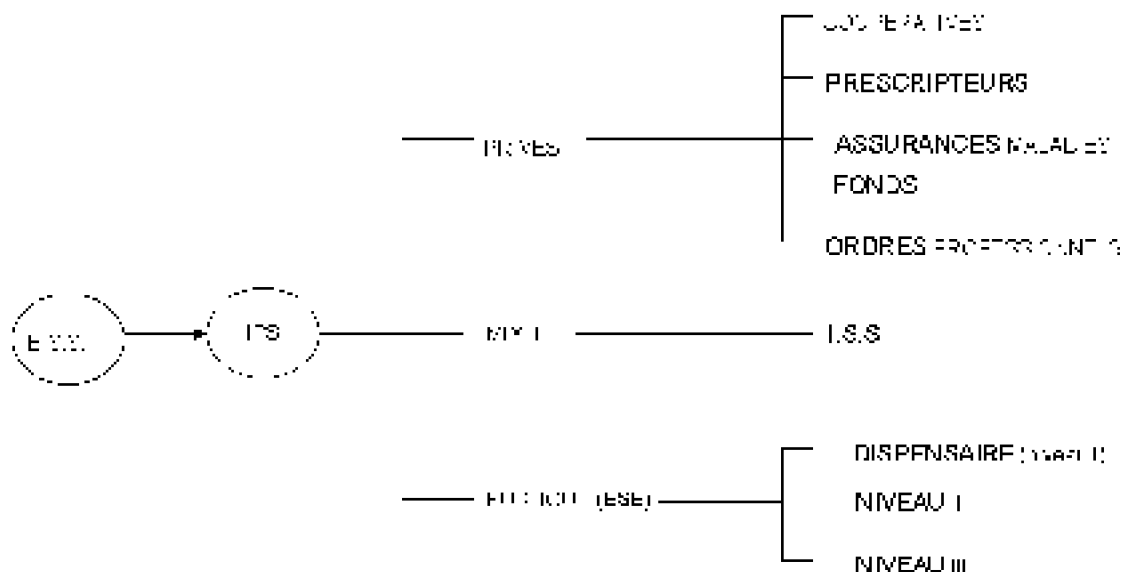
			salud con carácter departamental, Distrital y municipal y se dictan otras disposiciones.
1895	Agos. 3/94		Por le cual se reglamenta el régimen subsidiado del SGSSS, contenido en el Decreto Ley 1298/94
1896	Agos. 3/94		Por el cual se reglamenta el fondo de solidaridad y garantía del sistema general de seguridad social en salud.
1918	Agos. 5/94		Por el cual se reglamentan los art. 76 y 78 del Decreto Ley 1298/94
1919	Agos. 5/94	Ministerio de Salud	Afiliación
1938	Agos. 5/94		Plan obligatorio de salud POS Acuerdo 008 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
2491	Nov. 8/94		Reglamenta el régimen de transición en salud.
2644	1994		Indemnización incapacidad entre el 5 y el 49%.
2926	Dic. 31/94		Aportes pensiones y salud (Sector privado y Cajanal)
2929	1994		Aportes y pensiones y salud (Sector privado y Cajanal)
1070	Jun. 23 /95		Traslados de instituciones de seguridad social a EPS
1387	1995		Ancianos indigentes
1609	Sep. 25/95		Aclara Decreto 1485/94
1610	Sep. 25/95		Aclara Decreto 1486/94
1611	Sep. 25/95		Aclara Decreto 1525/94
1612	Sep. 25/95		Aclara Decreto 1660/94
1641	Sep. 25/95		Aclara Decreto 677/95
1709	Oct. 2/95		Aclara Decreto 439/95
1795	Oct. 19/95		Régimen subsidiado
1796	Oct. 19/95		Modifica par. 2 art. 1, Decreto 1666/94
1855	Oct. 26/95		Modifica el decreto 1896/94
1890	1995		Cajas y fondos del sector público
2150	1995		Normas modifican salud
2251	Dic. 22/95		Modifica parcialmente el decreto 1038/95
2269	Dic. 22/95		Adiciona el art. 25 del Decreto

			1876/94
2251	Dic. 22/95		Modifica parcialmente el Decreto 1038/95
2269	Dic. 22/95		Adiciona art. 25 del Decreto 1876/94
2313	Dic. 26/95		Reglamenta parcialmente los art. 19 y 33 Ley 60/93
2320	Dic. 29/95		Reglamenta parcialmente el art. 205 de la ley 100/93
489	Mar. 13/96		Por el cual se autoriza a unos fondos del sector público, para continuar prestando servicios de salud en los términos del capítulo 11 del Decreto 1890 de 1995.
1070	1996		Afiliación al régimen de salud en las entidades territoriales
854	My. 29/92	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Reglamenta el art. 24 de la ley 10/90
1736	Oct. 11/95		Caja Nacional de Previsión se convierte en EPS
326	Feb. 16/96		Organiza el régimen de recaudación de aportes
477	Mar. 11/96	Ministerio de Educación	Por el cual se adiciona el parágrafo del artículo 4 del Decreto 196/95.

Annexe 3 Relation entre les ESS et les IPS

ANNEXE No. 3

RELATIONS ENTRE LES ESS ET LES IPS



ANNEXE No. 4. LA NORMATIVITE DES ENTREPRISES SOCIALES DE L'ETAT

PROYECTO DE ORDENANZA (ACUERDO)

Por medio del cual se crea un hospital de naturaleza indefinida como Empresa Social del Estado.

Ordenanza (Acuerdo) No.

Por medio del cual se crea el Hospital

del municipio de _____ de naturaleza indefinida, como Empresa Social del Estado del orden departamental (municipal).

La Asamblea Departamental (El Concejo Municipal) de

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial de la que le confiere la Constitución Políticas en su artículo ¹²⁶ _____ y en cumplimiento de los artículos 35 de la Ley 60 de 1993, 194, 195, y 197 de la ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios,

Considera:

Que el Hospital

se considera de naturaleza indefinida, por cuanto que:

No existe acto de creación alguno donde se acredite su naturaleza jurídica y es sostenido y administrado fundamentalmente por el Estado, rigiéndose por las normas propias de las entidades públicas de prestación de servicios de salud, y donde su comportamiento se asimila a una entidad pública, o,

A pesar de tener origen privado según estatutos y reconocimiento de personería jurídica, el Hospital es sostenido y administrado fundamentalmente por el Estado, rigiéndose por las normas propias de las entidades públicas de prestación de servicios de salud, y dado su comportamiento se asimila a una entidad pública.

Nota: El Hospital al preparar este proyecto involucrará uno de los dos considerandos anteriormente, dependiendo de la situación en que se encuentre.

Luego Continuará con el siguiente considerando.

Que el artículo 35 de la Ley 60 de 1993 determina que aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud, cuya naturaleza jurídica no se haya podido precisar y estén siendo administradas y sostenidas por el Estado, continuarán bajo la administración del respectivo ente territorial. En consecuencia la entidad territorial deberá adelantar todas las actuaciones administrativas y de cualquier orden necesarias para definir la empresa jurídica, de dichas entidades de conformidad con los regímenes Departamental, Distrital y Municipal.

Que el artículo 197 de la Ley 60 de 1993 determina que las entidades territoriales deberán disponer la reestructuración de las entidades descentralizadas cuyo objeto principal sea la prestación de servicios de salud con el fin de convertirlas en Empresas Sociales del Estado.

En virtud de lo anteriormente expuesto, se

Artículo 1o. Creación y Naturaleza Jurídica. Créase a partir de la vigencia de la presente Ordenanza (Acuerdo), el Hospital

del Municipio _____ como una Empresa Social del Estado entendida como una categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden departamental o municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa,

¹²⁶ Constitución política: Artículo 313, numeral 6o para el Municipio, artículo 300 para el departamento.

adscrita a la Dirección Seccional o Local de Salud (Secretaría, Departamento Administrativo o Instituto Descentralizado Local de Salud) e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen, reformen, sustituyen.

Artículo 2o. - Denominación. La denominación de la entidad pública creada mediante la presente ordenanza (Acuerdo) será: “Empresa Social del Estado Hospital _____”. En lo sucesivo y para los efectos de la presente ordenanza (Acuerdo), se llamará la empresa.

Artículo 3o. Jurisdicción. La Empresa Social del Estado Hospital _____ tiene jurisdicción en todo el territorio del departamento (municipio); su domicilio y sede de sus órganos administrativos es la ciudad de _____.

Artículo 4o. Objeto. El objeto de la Empresa, será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público y como parte integrante del Sistema de Seguridad de Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Artículo 5o. Objetivos. Son objetivos de la Empresa, los siguientes:

Contribuir al desarrollo social del país mejorando la calidad de vida, y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor, y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto esté a su alcance.

Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida par tal propósito.

Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la empresa, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles, pueda ofrecer.

Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa.

Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.

Prestar servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Contribuir a la satisfacción de las necesidades esenciales y secundarias de salud de la población usuaria a través de acciones, organizativas, técnico - científicas y técnico administrativas.

Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Empresa mediante la aplicación de sus principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento,

calidad de sus recursos, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.

Artículo 6o. Patrimonio. Conformarán el patrimonio de la empresa:

Todos los bienes y recursos que actualmente sean de propiedad o se encuentran en cabeza del Hospital _____.

Los que la nación, el Departamento y los Municipios le transfieran a cualquier título, o las que se incluyan como parte del presupuesto de ingresos y rentas de la Empresa en cada vigencia fiscal, conforme al régimen especial que adopte la ley orgánica del presupuesto y la reglamentación respectiva.

Los bienes actualmente destinados por la Nación, el Departamento y el Municipio al Hospital y los que en un futuro destina la empresa.

Los aportes que actualmente recibe el Hospital, y los que en un futuro se asignen a la Empresa, provenientes de los presupuestos nacional, departamental y municipal.

Los recursos recaudados pro concepto de contratación y ventas de servicios a las Entidades Promotoras de Salud, a los Entes Territoriales, Las Empresas Solidarias de Salud, otras instituciones prestadoras de servicios de salud y particulares que lo soliciten.

Los ingresos pro venta de medicamentos.

Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica para acceder a los servicios médicos hospitalarios.

Los ingresos por concepto del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, conforme a la reglamentación que se expida sobre la materia.

Los aportes provenientes de los fondos asignados a las juntas administradoras locales, si los hubiere, y de entidades que financien programas de seguridad social en salud, en los términos en que lo definan los reglamentos presupuestales a ellos aplicables.

Los recursos provenientes de la cooperación internacional.

Los rendimientos financieros por la inversión de sus recursos.

Los aportes de organizaciones comunitarias.

Los aportes provenientes de arrendamientos.

Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para programas especiales.

Los provenientes de programas de cofinanciación.

Las donaciones y aportes voluntarios de los participantes.

Otros ingresos con destinación a la financiación de sus programas, recibidos a cualquier título.

Todos los demás bienes y recursos que a cualquier título adquiera la Empresa y los que por disposición expresa de la ley corresponda.

Artículo 7o. Estructura Básica. La empresa se organizará a partir de una estructura

básica que incluya tres áreas, así:

Dirección: Estará conformada por la Junta Directiva y el Gerente, con el cargo de mantener la unidad de objetivos e interés de la organización en torno a la misión y objetivos Empresariales, identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la empresa.

Atención al usuario: Estará conformada por el conjunto de unidades orgánicas - funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para tal efecto, las formas y características de la atención, y la dirección y prestación del servicio.

De logística: Esta área comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la Empresa, y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

Artículo 8o. Organos de dirección.. La dirección de la “Empresa del Estado Hospital _____” estará a cargo de una Junta Directiva y un Gerente o Director.

Artículo 9o. Junta Directiva. La “Empresa Social del Estado Hospital _____”, tendrá una Junta Directiva de _____ miembros y constituida de la siguiente manera, de conformidad con los artículos 6 y 7 del Decreto 1876 de 1994 y el Decreto 1757 del mismo año sobre participación social en salud.

El Gobierno (Alcalde) o su delegado quien lo presidirá.

El Jefe de la Dirección Seccional (Local) de salud, o quien haga sus veces.

Un (1) representante del estamento científico de la institución, elegido mediante voto secreto por y entre los funcionarios de la Empresa que tenga título profesional en áreas de la salud, cualquiera que sea su disciplina.

Un (1) representante del estamento científico de la localidad elegido por el Director Seccional (Local) de salud, entre las ternas propuestas por cada una de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud que operan en el área de influencia geográfica de la Empresa, o en su defecto, por el personal profesional de la salud existente en el departamento (municipio). Este representante será elegido de acuerdo con sus calidades científicas y administrativas.

Dos representantes de la comunidad, elegidos así:

Un representante designado por la Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por la Dirección Departamental, Distrital o

Local de Salud.

Un representante designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa, en elección ordinaria por la Cámara de Comercio de la localidad respectiva. No obstante, cuando éstos no tuvieran presencia en el lugar sede de la Empresa Social del Estado, corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la Empresa.

Nota: De conformidad con lo establecido en el Decreto 1876 de 1994, el número de los miembros de la Junta Directiva será de seis (6); cuando sobrepase este número, en los estatutos de la entidad deberá especificar el mecanismo de elección de los demás participantes, respetando en todo caso, lo establecido en el artículo 7 del citado decreto.

Parágrafo 1: De conformidad con el artículo 9o. del decreto 1876 de 1994, los miembros de la Junta Directiva de la Empresa tendrán un periodo de tres años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser removidos, o reelegidos para períodos iguales por quienes los designaron. Los empleados públicos que incluyan entre sus funciones la de actuar como miembros de la Junta Directiva, lo harán mientras ejerzan dicho cargo.

Parágrafo 2: En cumplimiento del Decreto 1757 de 1994, la Empresa Social del Estado, convocará inmediatamente a sus usuarios afiliados al régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de alianzas o asociaciones de usuarios.

Parágrafo 3: A las reuniones de la Junta Directiva concurrirá, con voz pero sin voto, el Gerente de la Empresa, quien actuará como Secretario Ejecutivo de la misma. Deberán concurrir también los demás funcionarios de la Empresa que la Junta Directiva determine, cuando las circunstancias así lo indiquen, en cuyo caso lo harán con voz pero sin voto.

Artículo 10o. Funciones de la Junta Directiva. De conformidad con el artículo 11 del Decreto 1876 de 1994, la Junta Directiva de la “Empresa Social del Estado Hospital _____” tendrá las siguientes funciones:

Expedir, adicionar y reforzar el Estatuto de la Empresa.

Discutir y aprobar los planes de desarrollo de la Empresa.

Aprobar los planes operativos anuales.

Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, y las operaciones presupuestales del crédito de la empresa, de acuerdo con el plan de desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.

Aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Director o Gerente, para ajustarse a la políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el sistema general de seguridad social en salud, en sus diversos órdenes.

Aprobar el proyecto de planta de personal y las modificaciones a la misma, para su posterior adopción por el Gerente de la Empresa.

Aprobar los manuales de funciones y procedimientos, para su posterior adopción por el Gerente de la Empresa.

Establecer y modificar el reglamento interno de la empresa.

Determinar el monto máximo hasta por el cual podrá el Gerente comprometer a la Empresa a través de la celebración o suscripción de los contratos a través de los cuales al Empresa adquiera o suministre bienes y servicios.

Autorizar al Gerente de la empresa la celebración de aquellos contratos que deba contratar el Hospital para adquirir o prestar bienes o servicios, cuya cuantía exceda del monto a que se refiere el numeral anterior.

Analizar los informes financieros y los informes de ejecución presupuestal presentados por el Gerente y emitir concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.

Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para ala Empresa.

Servir de voceros de la Empresa ante las instancias político administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Salud, apoyando la labor del Gerente en este sentido.

Asesorar al Gerente en los aspectos que éste considere pertinentes o en los asuntos que a juicio de la junta lo amerite.

Diseñar la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los contratos de integración docente asistencial por el Gerente de la Empresa.

Elaborar terna para la designación del responsable para la Unidad de Control Interna.

Designar el revisor fiscal y fijar sus honorarios, cuando el presupuesto de la institución lo exija, de conformidad con el artículo 22 del Decreto 1876 de 1994.

Determinar la estructura orgánico - funcional de la entidad y someterla para su aprobación ante el Gobernador (Alcalde).

Elaborar terna de candidatos y presentarla al jefe de la respectiva Entidad Territorial para la designación del director o gerente de la Empresa.

Artículo 11o. Requisitos par los miembros de la Junta Directiva.. De conformidad con el artículo 8o del decreto 1876 de 1994, para poder ser miembro de la Junta Directiva se deben reunir los siguientes requisitos:

Los representantes del estamento político administrativo deben:

Poseer título universitario

No hallarse incursos en ninguna de las incompatibilidades o inhabilidades contempladas en la Ley.

Poseer experiencia mínima de dos (2) años en la administración de entidades públicas o privadas en cargos de nivel directivo, asesor o ejecutivo.

Los representantes de la comunidad deben:

Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un comité de usuarios de servicios de salud, y acreditar una experiencia de trabajo no inferior a un año en estos comités.

No hallarse incurso en ninguna de la inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

Los representantes del sector científico deben:

Poseer título profesional en cualquiera de las disciplinas de la salud.

No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

Parágrafo: Los requisitos establecidos en el numeral uno (1) del presente artículo no se aplican al Gobernador (Alcalde) ni al Director Seccional (Local) de salud quienes actúan en razón de su investidura, pero sí a sus delegados o representantes.

Artículo 12o. Términos de la aceptación. Una vez comunicada por escrito la designación y funciones como miembro de la Junta Directiva por parte de la Dirección Seccional (local) de salud, la persona en que recaiga el nombramiento deberá manifestar por escrito su aceptación o declinación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación. En caso de aceptar tomará posesión ante el Director Seccional (Local) de salud y su posesión deberá quedar consignada en un libro de actas que éste llevará para tal efecto. Copia del acta de posesión será enviada por el Director Seccional (Local) de salud al Gerente de la Empresa.

Artículo 13o. Honorarios de los miembros de la junta. De conformidad con el parágrafo del artículo 8o. del Decreto 1876 de 1994, al Gobernador (Alcalde) fijará los honorarios por asistencia a cada sesión de la Junta Directiva de la Empresa, para los miembros de la misma que no sean empleados públicos. En ningún caso dichos honorarios podrán superar el valor de medio salario mínimo mensual por sesión sin perjuicio de reconocer en cuanta separada, los gastos de desplazamiento de sus integrantes, a que haya lugar. Los costos que implique el cumplimiento de estas disposiciones se imputarán al presupuesto de la Empresa.

Artículo 14o. Reuniones de la Junta. Sin perjuicio de lo que se dispongan en los estatutos, la Junta Directiva se reunirá ordinariamente cada dos meses y extraordinariamente a solicitud del presidente de la Junta o del Gerente, o cuando una tercera parte de sus miembros así lo soliciten.

De cada una de las sesiones de la Junta Directiva se levantará la respectiva acta en el libro que para el respecto se llevará y que permanecerá bajo la custodia del Gerente de la Empresa. El libro de actas deberá ser registrado ante la Dirección Seccional de Salud, entidad que ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control.

Parágrafo: De conformidad con el Parágrafo del artículo 10o del Decreto 1876 de 1994, la inasistencia a tres (3) reuniones consecutivas o cinco (5) reuniones durante el año, será causal de pérdida del carácter de miembros de la Junta Directiva y el Gerente solicitará la designación del reemplazo según las normas correspondientes.

Artículo 15o. De la denominación de los actos de la Junta Directiva. Los actos de la Junta directiva se denominarán **Acuerdos** se numerarán sucesivamente con indicación del día, mes y año en que se expidan, y serán suscritos por el Presidente y Secretario de la misma. De los acuerdos se deberá llevar un archivo consecutivo bajo la custodia directa del Gerente.

Artículo 16o. Del Gerente. La Empresa Social del Estado Hospital estará a cargo del Gerente, quien tendrá el carácter de representante legal y será nombrado por el

Gobernador (Alcalde), de conformidad con lo dispuesto en la ley y en la reglamentación que al efecto expida el Gobierno Nacional de terna que le presente la Junta Directiva, por un período de tres años prorrogables.

Artículo 17o. De los requisitos del Gerente. El Gerente de la Empresa deberá acreditar los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos.

Artículo 18o. Funciones del Gerente. De conformidad con el artículo 14 del Decreto 1876 de 1994 son funciones del Gerente, además de las definidas en la ley, ordenanzas y acuerdos pertinentes, las siguientes:

Dirigir la Empresa, manteniendo la unidad de procedimientos e intereses entorno a la misión y objetivos de la misma.

Realizar la gestión necesaria para lograr el desarrollo de la Empresa, de acuerdo con los planes y programas, teniendo en cuenta perfiles epidemiológicos del área de influencia, las características del entorno y las condiciones internas de la empresa.

Articular el trabajo que realizan los niveles de la organización, dentro de una concepción participativa de la Gestión.

Ser nominador y ordenador del gasto, de acuerdo con las facultades concedidas por la ley y los reglamentos.

Representar a la Empresa Judicial y extrajudicialmente.

Velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos que rigen la Empresa.

Rendir informes que le sean solicitados por la Junta Directiva y demás autoridades competentes.

Presentar los proyectos de Acuerdo o Resoluciones a través de las cuales se decidan situaciones en la Empresa que deban ser adoptadas o aprobadas respectivamente, por la Junta.

Celebrar o suscribir los contratos de la Empresa.

Artículo 19o. Denominación de los actos que expida el Gerente. Los actos o decisiones que toma el Gerente en ejercicio de las funciones a él asignadas, se denominarán **Resoluciones** y se numerarán sucesivamente con indicación del día, mes y año que se expidan.

Artículo 20. Régimen jurídico de los actos. La Empresa estará sujeta al régimen jurídico de las personas de derecho público, con las excepciones que consagren las disposiciones legales.

Artículo 21o. Régimen jurídico de los contratos. A partir de la fecha de creación de la Empresa, se aplicará en materia de contratación las normas del derecho privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria de acuerdo a las normas sobre la materia. Sin embargo, la Empresa podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

Parágrafo: En el evento en que se encuentren contratos en ejecución en el momento de creación en Empresa Social del Estado, estos continuarán rigiéndose hasta su terminación, por las normas vigentes en el momento de su celebración.

Artículo 22. Régimen de Personal. Las personas que se vinculen a la Empresa tendrán el carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales, en los términos establecidos en el capítulo IV de la ley 10 de 1990 y demás disposiciones que los reformen, modifiquen, adicione o sustituyan.

Artículo 23o. Régimen de presupuestación. De conformidad con lo establecido en el numeral 7o del artículo 195 de la ley 100 de 1993, el régimen presupuestal será el que se prevea en la ley orgánica de presupuesto, de forma tal que se adopte un régimen con base en un sistema de anticipos y reembolsos contra prestación de servicios, y se proceda a la sustitución progresiva del sistema de subsidios a la oferta por el subsidio a la demanda, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

Artículo 24. Transferencias. En su carácter de entidad pública, la Empresa podrá recibir transferencias directas de los representantes de la Nación, el Departamento y el Municipio.

Artículo 25o. Régimen tributario.. En todo lo relacionado con los tributos nacionales, la Empresa será sometida al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Parágrafo: La Empresa estará adscrita a la Dirección Seccional (Local) de Salud del departamento del municipio de _____ de _____.

Artículo 26o. Régimen de Control Interno. La Empresa desarrollará y aplicará un sistema de control interno de conformidad al régimen con la ley 87 de 1993 y demás disposiciones vigentes.

Artículo 27o. Régimen de Control fiscal. El control fiscal será ejercido por la respectiva Contraloría Departamental (Municipal), y por la Contraloría General de la República, de conformidad con lo establecido por la ley.

Artículo 28o. Revisor fiscal.. De conformidad con el artículo 22 del Decreto 1876 de 1994 y el Artículo 232 de la ley 100 de 1993, la Empresa deberá contratar un revisor fiscal independientes designado por la Junta Directiva quien fijará sus honorarios y a la cual hará conocer sus informes. La función del revisor fiscal se cumplirá sin menoscabo de las funciones de control fiscal por parte de los organismos competentes señalados en la ley y sus reglamentos.

Artículo 29o. Vigencia. La presente ordenanza (Acuerdo) rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que sean contrarias.

Dada(o) en _____ a los ____ del día ____ del mes ____ de 199__.

El Presidente	El Secretario
----------------------	----------------------

ANNEXE No. 5 AFFILIATION AUX ENTREPRISES DE

PROMOTION DE LA SANTE

EPS	AFFILIES	% PARTICIPATION
ISS	5 927 920	47.36
Saludcoop	1 037 462	8.29
Coomeva	736 797	5.89
Cajanal	627 415	5.01
Famisanar	515 743	4.12
SuSalud	504 477	4.03
Cruz blanca	476 483	3.81
Unimec	434 722	3.47
Cafesalud	310 177	2.48
Salud Colmena	271 759	2.17
Compensar	258 908	2.07
Sánitas	200 720	1.60
Salud Total	195 913	1.57
Caprecom	183 398	1.47
S.O.S.	173 511	1.39
Comfenalco Valle	119 352	0.95
Comfenalco Antioquia	114 408	0.91
Colseguros	110 342	0.88
Convida	75 891	0.61
Humana Vivir	61 774	0.49
Colpatria	58 428	0.47
Solsalud	55 081	0.44
Risaralda	28 185	0.23
Caldas	22 705	0.18
Capresoca	5 589	0.04
Selva Salud	3 595	0.03
Calisalud	2 594	0.02
Cóndor	2 112	0.02
Barranquilla Sana		
TOTALES	12 515 461	100.00
%AFILIACION	64.27%	

*Source : “*SUPERSALUD Serie resultados*”. Deuxième trimestre du 1999

EPS	AFFILIES	% PARTICIPATION
Unimec	1 052 970	30.72
Caprecom	682 545	19.91
Saludcoop	399 223	11.65
Cafesalud	246 709	7.20
Coomeva	209 440	6.11
Convida	202 562	5.91
Risaralda	200 806	5.86
Humana Vivir	82 829	2.42
Calisalud	79 012	2.31
Selva Salud	57 391	1.67
Cóndor	55 841	1.63
Comfenalco Antioquia	45 170	1.32
Salud Total	33 803	0.99
Caldas	44 254	1.29
Capresoca	23 139	0.68
SolSalud	11 891	0.35
ISS	0	0.00
Barranquilla Sana		
TOTALES	3 427 585	100
%AFILIACION	24.02%	

*Source : Idem – Deuxième trimestre de 1999

Total afiliés au SGSSS EPS : 15.943.046

ANNEXE No. 6. LES HOPITAUX ETUDIES

HOPITAL	NIVEAUX	BUDGET (Pesos col.) 1998	PATRIMOINE (Pesos col.) 12/97	FONCTIONNAIRES.
OCCIDENTE DE KENNEDY	III	18.170.1	4.880.7	729
SANTA CLARA	III	10.317.8	4.729.0	464
EL CARMEN	II	2.838.5	1.592.2	141
SUBA	I	5.705.4	1.505.9	215
VISTA HERMOSA	I	4.719.3	2.161.4	287
SAN PABLO FONTIBON	I	2.300.2	949,5	118
PABLO VI BOSA	I	6.028.7	2.090.5	140

Source: « Análisis del Sector Salud en el Distrito Capital 1990-1998 ».

ANNEXE No.7 SCHEMA DU PLATE-FORME STRATEGIQUE TYPE D'UNE ESE

Lors du travail sur le terrain, la détermination des plates-formes stratégique ont suivi l'identification des éléments signalés par la suite. Pour l'élaboration de ce travail nous avons développé des méthodes de participation d'un grand nombre des fonctionnaires dans les institutions.

LES GRANDS PROPOS:

- LA VISION DE L'ENTREPRISE
- LA MISSION DE L'ENTREPRISE
- LES VALEURS COMMUNES

L'ANALYSE STRATEGIQUE :

- L'ENVIRONNEMENT (général et proche)
- LA CONNAISSANCE DES CLIENTS ET USAGERS
- LES FORCES ET FAIBLESSES DE L'ORGANISATION
- L'IDENTIFICATION DE LA CONCURRENCE ET LEUR PERFORMANCE

LA DETERMINATION DES DOMAINES D'ACTIVITE STRATEGIQUE

L'identification de deux à quatre Domaines d'Activité Stratégique –DAS- issues des éléments précédentes.

Pour chaque DAS, seront établies les éléments suivants :

- les objectifs
- les buts (quantification des objectifs)
- les stratégies à développer

Ces éléments seront le support des plans opérationnels et des plans d'actions lors du déploiement des politiques de l'Entreprise.

ANNEXE No.8 PORTEFEUILLE DE SERVICES DE SANTE PAR NIVEAUX DE COMPLEXITE

PORTEFEUILLE DE SERVICES / III NIVEAU DE COMPLEXITE Ex.

protégé en vertu de la loi du droit d'auteur.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY (255 camas)
Atencion al recién nacido de bajo y alto riesgo
Hospitalización pediátrica general del niño en estado crítico y urgencias
Ginecología y obstetricia. Consulta externa y hospitalización
CIRUGIA GENERAL. Cirugía general, ortopedia, neurocirugía, urología, cirugía plástica, otorrinolaringología y anestesia.
Unidad de cuidados intensivos.
UNIDAD DE SALUD MENTAL. Psiquiatría y psicología, hospitalización y consulta externa.
Hospital día para niños y adolescentes.
Nutrición y dietética.
REHABILITACION. Terapia física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria. Fonoaudiología y audiolología.
Atención médica general y especializada de urgencias.
Atención odontológica de urgencias y servicio maxilofacial.
CONSULTA EXTERNA. Ortopedia, otorrinolaringología, psicología, psiquiatría, urología, coloscopia, vacunación, toxicología, terapia del lenguaje, respiratoria, física y ocupacional, salud oral, medicina general, nefrología, neurología, nutrición y trabajo social.
CARACTERISTICAS TECNOLOGICAS. Coloscopia, endoscopia, colonoscopia, duodenoscopia de visión lateral. Neumología, fibroscopia.
Salud oral.
Consulta a trabajo social.
Medicina interna.
Cirugía ambulatoria.
Laboratorio clínico tipo A.
IMAGENES DIAGNOSTICAS Radiología convencional, ultrasonido modo B, tomografía axial computarizada, TAC, procedimientos invasivos.
PATOLOGIA Patología quirúrgica, citopatología cervico-vaginal, bacaf, anatomía patológica (post-mortem)
Banco de sangre tipo A

PORTEFEUILLE DE SERVICES / II NIVEAU DE COMPLEXITE Ex. HOSPITAL EL CARMEN (17 camas)
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN. Control del crecimiento y desarrollo precoz del cáncer cervico-uterino, VH-sida.
Consulta médica general o de control.
Ginecología y obstetricia. Consulta externa y hospitalización
Consulta médica especializada o control ginecoobstetra, pediatría, internista, cirujano anestesiólogo.
Odontología. Actividades de educación, examen clínico odontológico, control placa, sellantes de fosas y fisuras, topificaciones con fluor y profilaxis final, extracciones dentales y o quirúrgicos, obturación con resina y fotocurado, obturación con amalgama de plata, curetaje y alisado reticular, urgencias.
Psicología.
Oftalmología.
Consulta de trabajo social.
Terapia ocupacional y física..
Atención médica general de urgencias.
Cirugía programada general y gineco-obstetricia..
Laboratorio clínico.
Imágenes Rx y ecografías..
Electrocardiogramas.

PORTEFEUILLE DE SERVICES / I NIVEAU DE COMPLEXITE Ex. HOSPITAL VISTA HERMOSA (25 camas)
Medicina general.
Pequeña cirugía.
Odontología.
Laboratorio clínico de primer nivel.
Vacunación.
Ecografía.
Enfermería.
Saneamiento ambiental.
Urgencias.
Micronebulizaciones.
Hospitalización.
Atención partos de bajo riesgo.
Servicios en algunos centros: Acupuntura, fonoaudiología, consulta psiquiátrica, psicología y terapia ocupacional. Optometría.

ANNEXE No. 9 RESEAU HOSPITALIER PAR ZONE

SANTAFE DE BOGOTA*

reseau	nord	OUEST	est	sud
Niveau III	Simón Bolívar	Kennedy	La Victoria	El Tunal, Santa Clara
Niveau II	La Granja Engativá	Bosa, Fontibón	El Guavio, San Blás, San Cristóbal	El Carmen, Meissen
Niveau I	Usaquén, Suba, Juan XXIII, Chapinero, Garcés Navas	Pablo VI Bosa, San Pablo Fontibón, Kennedy, Trinidad Galán	La Perseverancia, Samper Mendoza, Olaya, Uba La Candelaria	San Jorge, Tunjuelito, Vista Hermosa, Usme, Nazareth

*Source : “Secretaría Distrital de Salud, red distrital de urgencias”, dans “Análisis del sector de la salud en el Distrito Capital 1990 – 1998”.

ANNEXE No.10. HABITANTS, COUVERTURE ET NBI 1998 *

entite territoriale	POPULATION TOTALE	AFFILIES AU REGIME DES SUBSIDES	POPULATION NBI	% NBI POPULATION TOTALE	% d'habitants POPULATION NBI
Santafé de Bogotá D.C.	6 112 196	937 646	1 057 410	17,30	88,67
TOTAL COLOMBIE	40 685 371	8 527 061	14 828 745	36,45	57,50

*Source : Direccion General de Seguridad Social – Ministerio de Salud

ANNEXE No. 11 POPULATION ET NBI A SANTAFE DE BOGOTA

Le NBI c'est l'indicateur économique que permet d'identifier les couches de la population et les familles que vivent dans une situation de pauvreté grave. Les paramètres pour leur analyse et leurs résultats, sont le support technique et conceptuel du SISBEN. Celui-ci, est le Système de Bénéficiaires du Régime des Subsidés.

protégé en vertu de la loi du droit d'auteur.

Les paramètres d'évaluation et d'identification du NBI, sont :

1. Les foyers à logement insalubre.
2. Les foyers à logement sans services premiers.
3. Les foyers à sur utilisation (entassement).
4. Les foyers à une très haute dépendance économique.
5. Les foyers avec des taux d'absentéisme scolaire.

Les foyers sont classés comment pauvres lorsqu'ils ont une de ces indicateurs : Lorsqu'ils ont deux ou plus seront classés comment foyers en misère.

	localite	totale d'habitants	NBI	pAuvrete	misere absolue
1	USAQUEN	387,271	66,994	52,448	14,546
2	CHAPINERO	122,991	4,752	24,132	6,60
3	SANTA FE	107,044	43,429	36,806	6,623
4	SAN CRISTOBAL	445,535	148,698	103,999	44,699
5	USME	222,915	47,898	36,098	14,800
6	TUNJUELITO	204,367	41,933	39,295	2,637
7	BOSA	311,698	57,397	51,442	5,955
8	KENNEDY	840,036	67,216	62,394	4,821
9	FONTIBON	241,372	42,760	30,569	12,191
10	ENGATIVA	712,040	112,848	101,347	11,501
11	SUBA	634,669	74,296	69,797	4,449
12	BARRIOS UNIDOS	176,552	20,963	19,208	1,755
13	TEUSAQUILLO	126,125	2,382	2,367	15
14	LOS MARTIRES	95,541	20,804	16,094	4,710
15	ANTONIO NARINO	98,355	14,048	12,576	1,472
16	PUENTE ARANDA	282,491	25,830	25,766	64
17	LA CANDELARIA	27,450	7,122	6,411	710
18	RAFAEL URIBE	382,801	71,147	62,290	8,857
19	CIUDAD BOLIVAR	498,177	159,230	106,903	52,326
20	SUMAPAZ	12,000	0	0	0
	TOTAL	5,929,430	1,029,747	859,942	192,751

*Source : « Analisis del sector de la salud en el distrito capital 1990 – 1998 ».

ANNEXE No. 12 Institutions faisant parti des Démarches Managériale à Santafe de Bogota et à Medellin.

Le programme suivi dans notre étude a commence à être développé avec des autres partenaires. Notamment ont signalera ici, les composantes de trois groupes que se sont engagés dans de procédures similaires :

- "GROUPE DE LA RECHERCHE. Santafe de Bogota" :
 - Hospital Santa Clara
 - Hospital Occidente de Kennedy
 - Hospital El Carmen
 - Hospital Vista Hermosa
 - Hospital de Suba
 - Hospital Pqblo VI de Bosa
 - Hospital San Pablo Fontibon.

- "GROUPE DE REFERENCE No.1 : Medellin, cinq ESE publiques."
 - Hospital de Itagui
 - Hospital de Caldas
 - Hospital de Sabaneta
 - Hospital de Girardota
 - Hospital de Bello

- "GROUPE DE REFERENCE No.2: Santafe de Bogota, neuf ESE privées."
 - Fundacion Omega. (tratamiento del duelo y la depresion)
 - Fundacion para el tratamiento del Labio Leporino
 - Fundacion Sindrome de Dawn.
 - Central de Urgencias "Lorencita Villegas de Santos".
 - Fundacion "La Casa" (retardo mental de adultos).
 - Fundacion para la tercera edad (personas con mal de Parkinson).
 - Fundacion para la rehabilitacion de incapacidad fisica (prtotesis de miembros).
 - Fundacion Centro Santa Sofia (educacion y atencion basica en salud).

GLOSSAIRE

Caja de Compensacion Familiar :

(Caisse des Allocations Familiales).

CAJANAL

Capitation :

taxe fixe pour couvrir les couts du PAB...POS ? ? systeme.....

Centro o puesto de salud :

.....

Cesantia :

(.....).Le cesantia, c'est une figure particulière de la législation colombienne. C'est le droit des travailleurs a un salaire mensuel cummule, et constitue une réserve annuelle que chaque travailleur doit forcement confier à son employer. Le patron doit verser des taux d'intérêt annuel pour les sommes ainsi acquises et il est dans l'obligation de rendre cet argent au travailleur lorsque celui ci lui leur demande pour acheter un bien immobilier d'habitation, pour ameillorer l'existante ou pour l'education de sa famille. Aujourd'hui le mécanisme traditionnele s'est transformée en Fonds de Retraite, qui sont gères et pour des entreprises publiques et pour entreprises privées.

Déficience :

altération d'une structure ou fonction anatomique (déficience physique), physiologique (déficience sensorielle ou viscérale) ou ppsychologique (déficience mentale). Il s'agit d'un état temporaire ou permanent en référence à une norme biomédicale.

Dépendance :

on utilise le terme de dépendance lorsque les actes élémentaires de la vie courante (se nourrir, s'habiller, se mouvoir, etc.) nécessitent l'aide d'un tiers pour être effectues. Dans un tout autre contexte l'on parle de dépendance a des produits toxiques (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie).

Domaine d'Activite Strategique –DAS-.....

Economie de la santé :

etudie la place du systeme de soins dans l'economie, les modalites de sa gestion et les mecanismes de protection sociale.

EPS.....

ESS...

FOSyGA.

Grupe de Directionnement Strategique.....

Handicap :

désavantage social confère par l'incapacité et la déficience mais aussi par un environnement défaillant : pour un individu, le handicap est fonction des altérations de l'état de santé, des ressources personnelles, de l'environnement personnel et collectif.

Incapacité :

réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon considérée comme normale pour un être humain.

IPS...

ISS...

Junta Directiva....

Maladie :

altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution ou comme une entité définissable.

Morbidité :

nombre de personnes malades ou nombre de cas de maladies dans une population donnée a un moment donnée.

Perfil Epidemiologique.

Reseaux de Reference et de contre-reference.

Santé :

un état de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.

Santé publique :

est un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la sante de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. Sa finalité est aussi la connaissance par la recherche. Elle s'appui sur bien d'autres sciences, disciplines ou techniques, a commencer par la médecine mais aussi la démographie, la bio statistique,... qui apportent leur propre éclairage sur la santé et la maladie au niveau des populations et sur les réponses des différentes collectivités.

SILOS :

.....

SISBEN.

SOAT.

Système de santé :

pour l'OMS est un systeme qui comprend tous les elements necessaires pour satisfaire en totalite les besoins de la population en matiere de sante. Dans une acception un peu moins large, le système de santé est l'ensemble de trois groupes d'elements : le grupe de la population, le grupe des producteurs de soins, le grupe des institutions chargees de l'organisation administrative et du financement. Plus couramment, le système de santé est l'ensemble des moyens et des activités donc la fonction est la production de la santé (promotion, prévention, réparation, rééducation, réinsertion). Le système de soins est le sous-ensemble dont la mission est la production de soins curatifs.

UPC