

Les paradoxes de gestion de la performance en Médecine Physique et de Réadaptation

« Il n'y a pas de faits il n'y a que des interprétations. »

Nietzsche

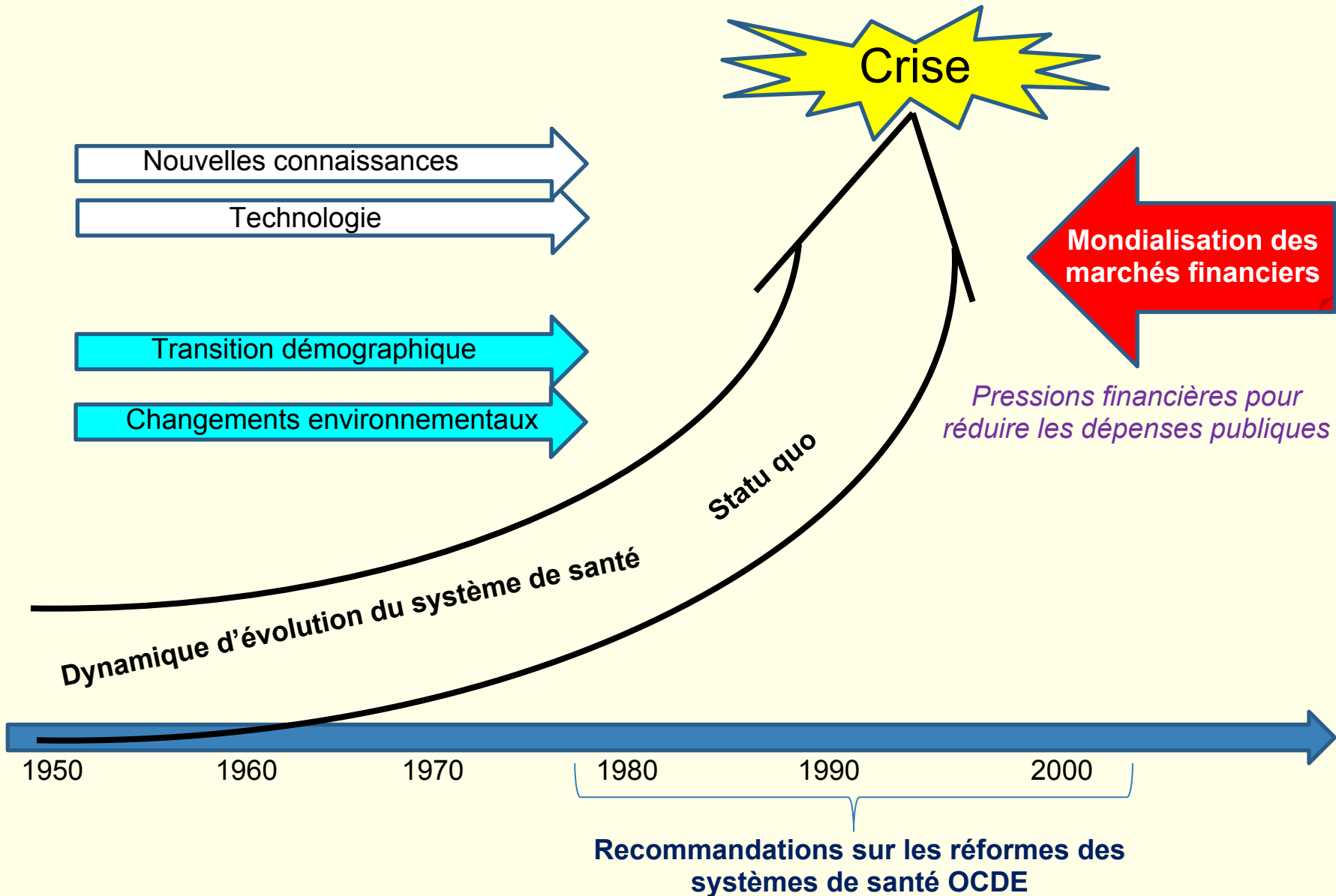
« Tout mécanisme de régulation est une théorie du changement social. »

Jean de Kervasdoué



Jean-Pascal DEVAILLY - Hôpital Bichat
Hôpitaux Universitaires Paris-Nord Val de Seine – AP-HP
SOFMER, Toulouse, octobre 2012

Pourquoi le concept de performance est-il devenu incontournable?



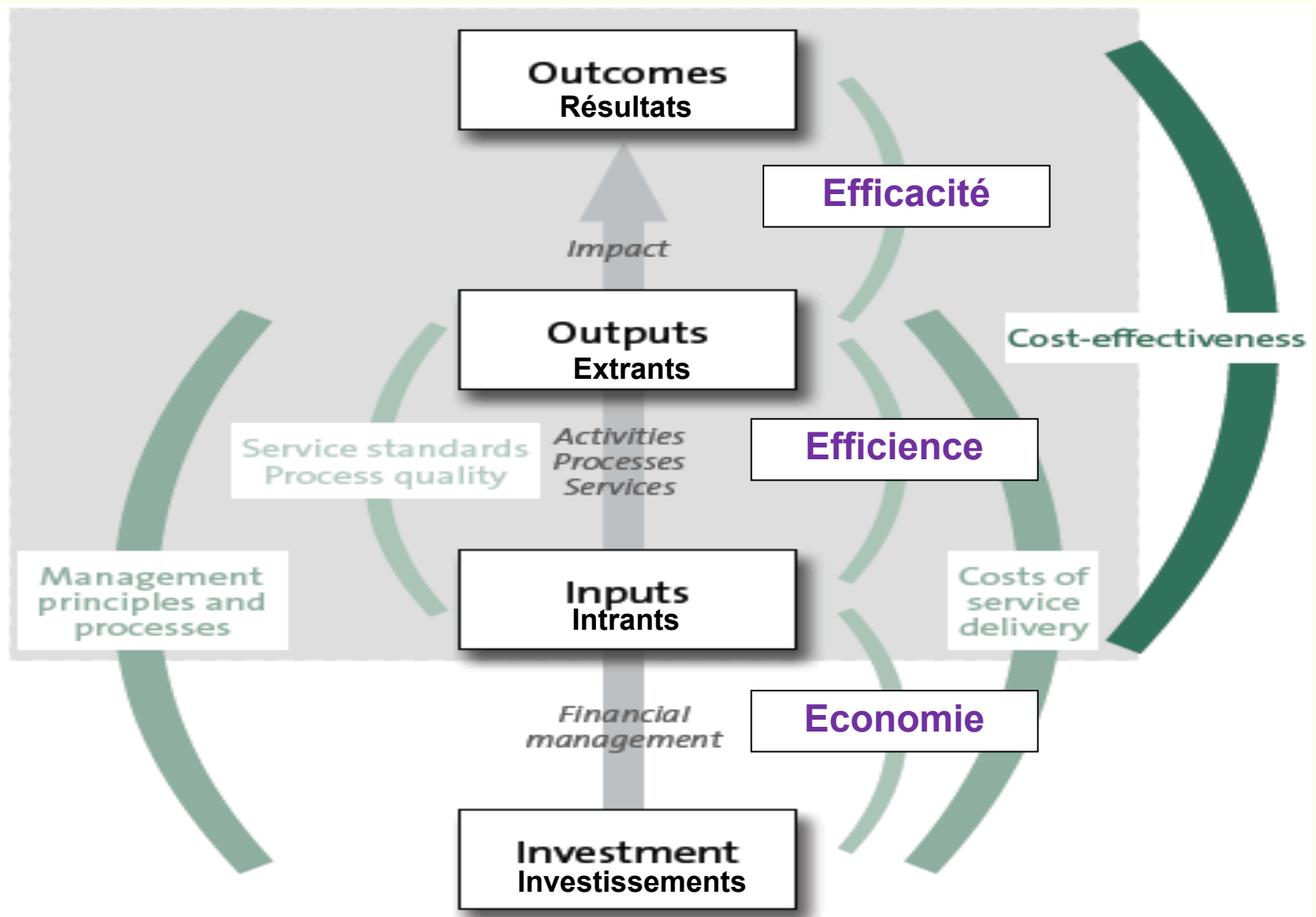
D'après André-Pierre Contandriopoulos – Université de Montréal [Lien](#)

Performance et Nouveau Management Public

- **Imputabilité** des dépenses publiques et biens supérieurs (Santé)
Globalisation et naissance de la « grande santé » (OMS)
- **Concurrence par comparaison** (*Yardstick competition, T2A*)
- **Gestion axée sur les résultats**, encadrée par des indicateurs
- **Théorie économique de l'agence et des coûts de transaction**
Asymétrie d'information entre principale et agent et incomplétude des contrats
Approches internationales diverses du rôle du secteur privé
- **Décentralisation et responsabilisation des échelons intermédiaires**, plus grande **autonomie de centres de résultats (les pôles)**
- **Rationalisation** de la planification budgétaire par **programmes (LOLF)**, dissociation conception / exécution (« managérialisme »)

La chaîne logique des résultats: liens entre les trois « E »

Trois concepts pour la performance



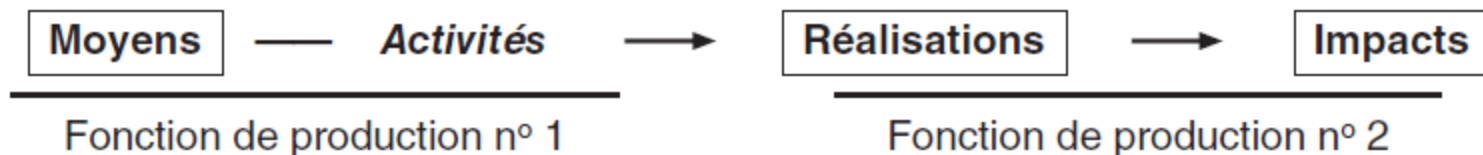
Les dimensions de la performance

1. La performance (source Bouquin, 2004)

- **l'économie** consiste à se procurer les ressources au moindre coût
- **l'efficience** est le fait de maximiser la quantité obtenue de produits ou de services à partir d'une quantité donnée de ressources :
 - **la rentabilité** (rapport d'un bénéfice à des capitaux investis)
 - **et la productivité** (rapport d'un volume obtenu à un volume consommé) sont deux exemples d'efficience.
- **l'efficacité** est le fait de réaliser les objectifs et finalités poursuivis. Mesurer la performance revient à mesurer les trois dimensions qui la composent.

2. La double fonction de production du management public

Schéma n° 2 : La métaphore de la double fonction de production



3. Autres visions de la performance Anderson, 2004

La « performance » est le produit des compétences par l'état d'esprit au travail

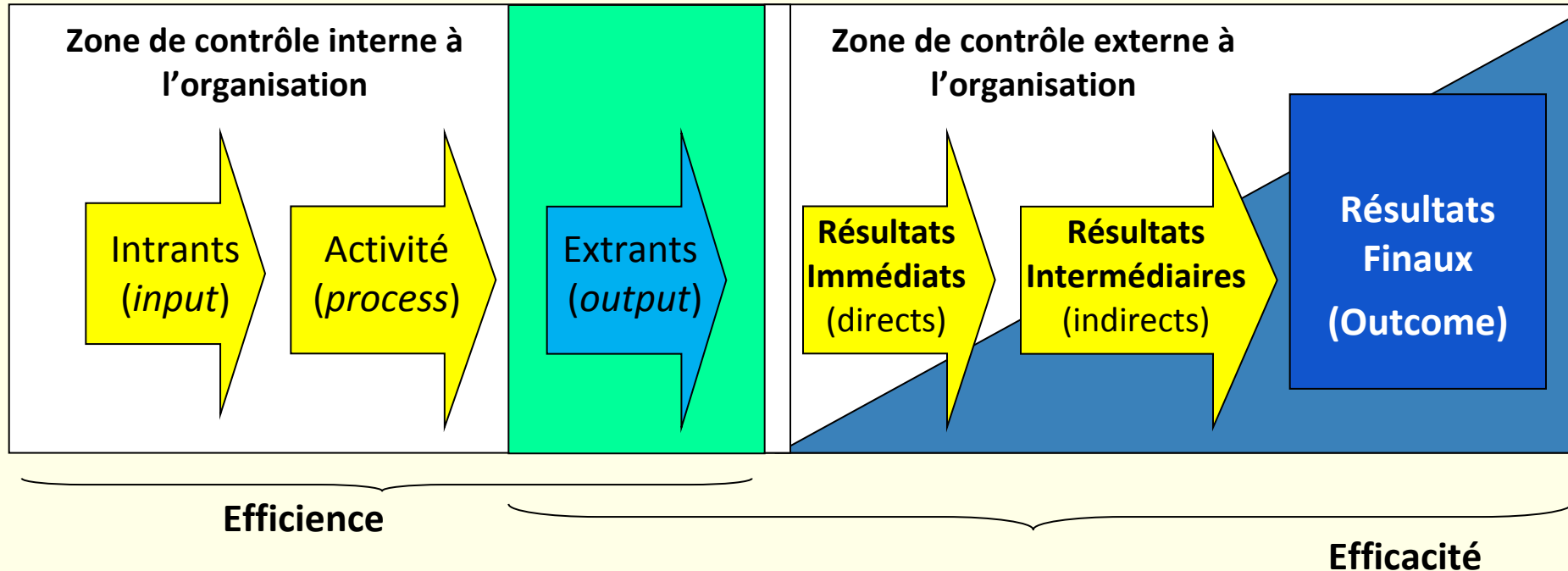
Cette approche repose sur d'autres types indicateurs et donne davantage d'indications sur les moyens d'améliorer le service rendu.

Descarpentries 1985 : $E = MC^2$

Efficience = produit des motivations par les "compétences" et la "culture" de l'organisation
(communication, langue commune et valeurs partagées)

Diapo non projetée lors de la présentation

Modèle de la chaîne de résultats dans la gestion axée sur les résultats



Adapté de D'après "[Lexique de la gestion axée sur les résultats](#) «
Secrétariat du conseil du trésor du Canada

Définition de la performance

- Souci d'améliorer le service rendu aux patients et aux usagers tout en maîtrisant les dépenses.
- En pratique c'est un ensemble de mesures permettant de se prononcer sur les relations entre les différents types de résultats et les moyens mis en œuvre
- La performance est un concept englobant qui implique notamment la mise en œuvre d'activités « **pertinentes, efficaces et efficaces** ».
- Elle n'a de sens que dans la mesure où l'on a précisé à quels types de résultats on fait référence.
- Comprend au moins 2 des 3 notions précédentes. Ne pas utiliser à la place d'une notion plus précise (productivité, rendement etc.).

La pertinence: modèle de Gilbert (1980) et OCDE

Objectifs

Mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds. (OCDE)

Pertinence

Efficacité

Performance

Moyens

Résultats

Efficience

Emergence de la notion de rendement en santé (administration de la santé du Québec):

Rapport entre les résultats de santé et de bien-être et les moyens mis en œuvre
(Québec – Indicateurs de la gestion par les résultats)

Gestion de la performance en MPR



4 paradoxes

1. Paradoxe de la régulation
2. Paradoxe de la clinique
3. Paradoxe de l'autonomie
4. Paradoxe de la spécialisation

D'après: Intégration des soins: concepts et mise en oeuvre. André Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Nasser Touati, Rosario Rodriguez. Université de Montréal

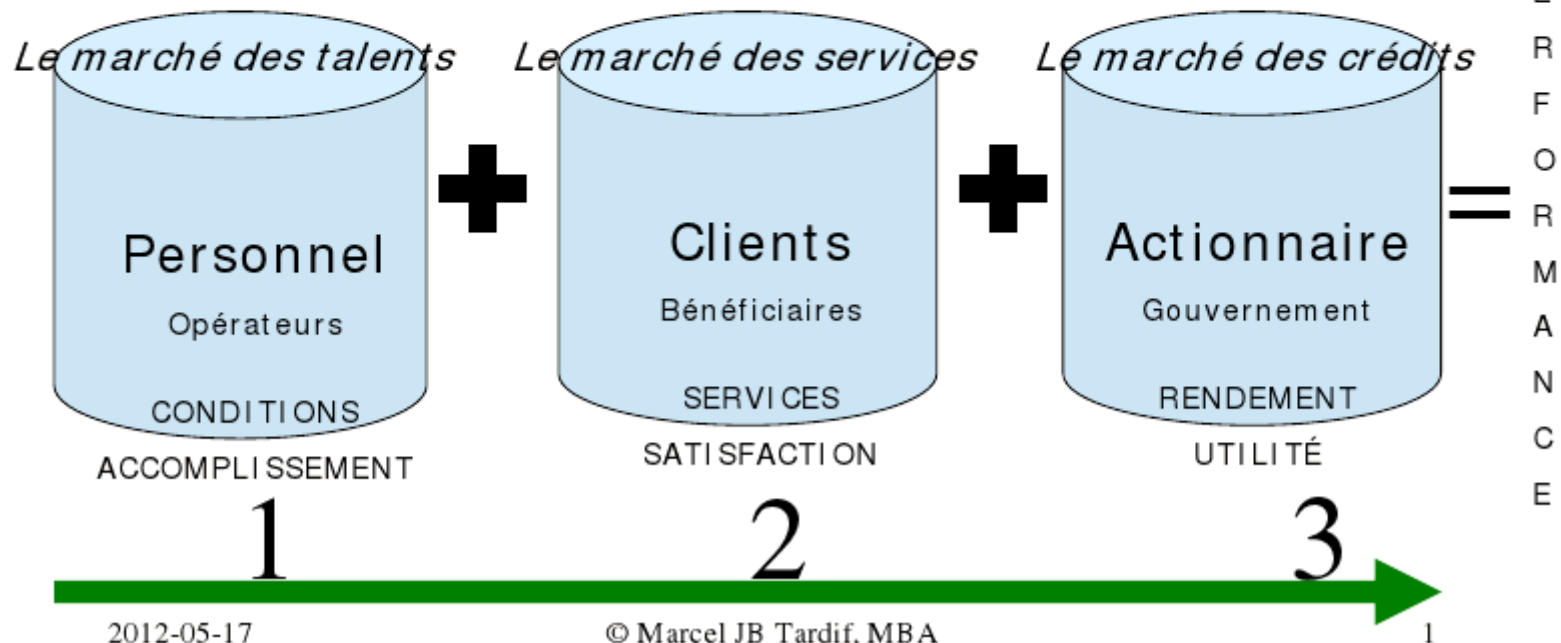
1. Paradoxe de la régulation: les parties prenantes

LA CHAÎNE DE SATISFACTION

- L'organisation performante :

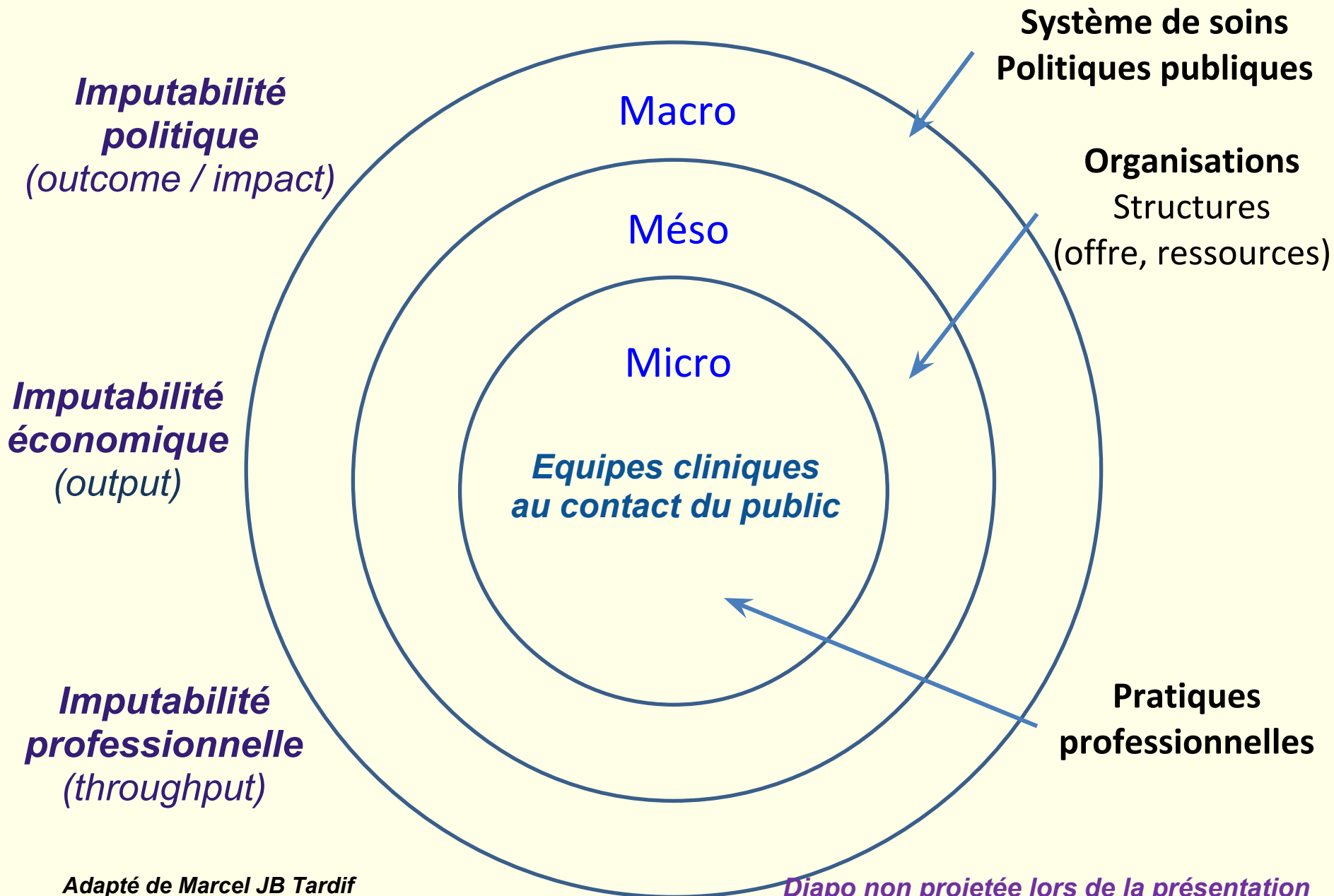
Le niveau de satisfaction *doit s'équilibrer*

« entre les trois marchés que comprend toute organisation »



Concilier des logiques contradictoires: professionnels, bénéficiaires et payeurs

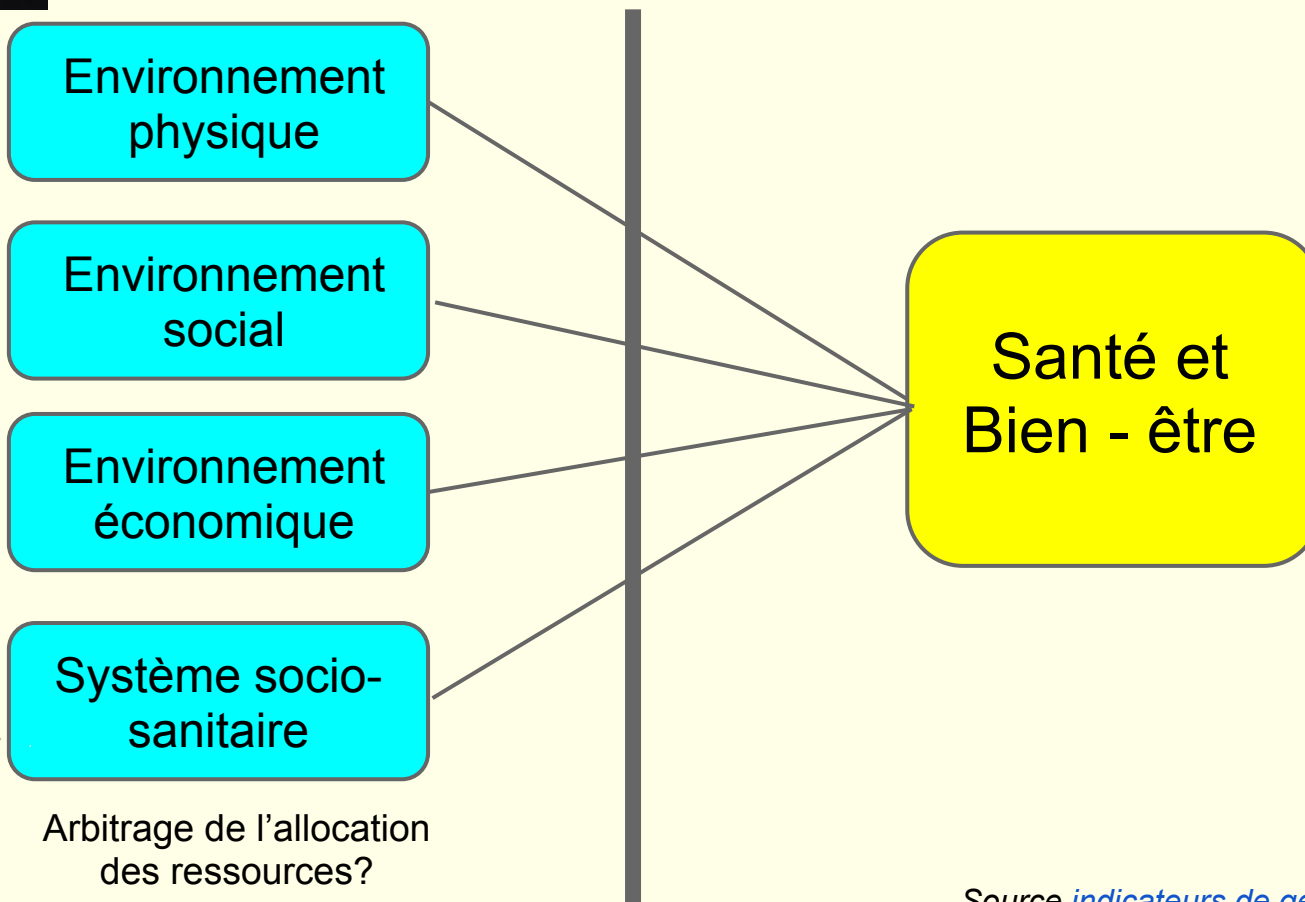
Globalisation des système de soins: qui est imputable? de quoi et à quel niveau?





Qui définit l'utilité des interventions au regard de la santé et du bien-être?

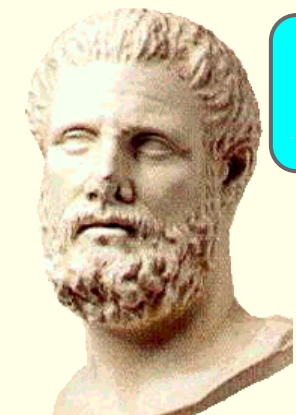
Paradigme de la santé (modèles de causalité)



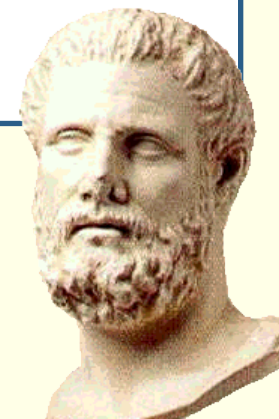
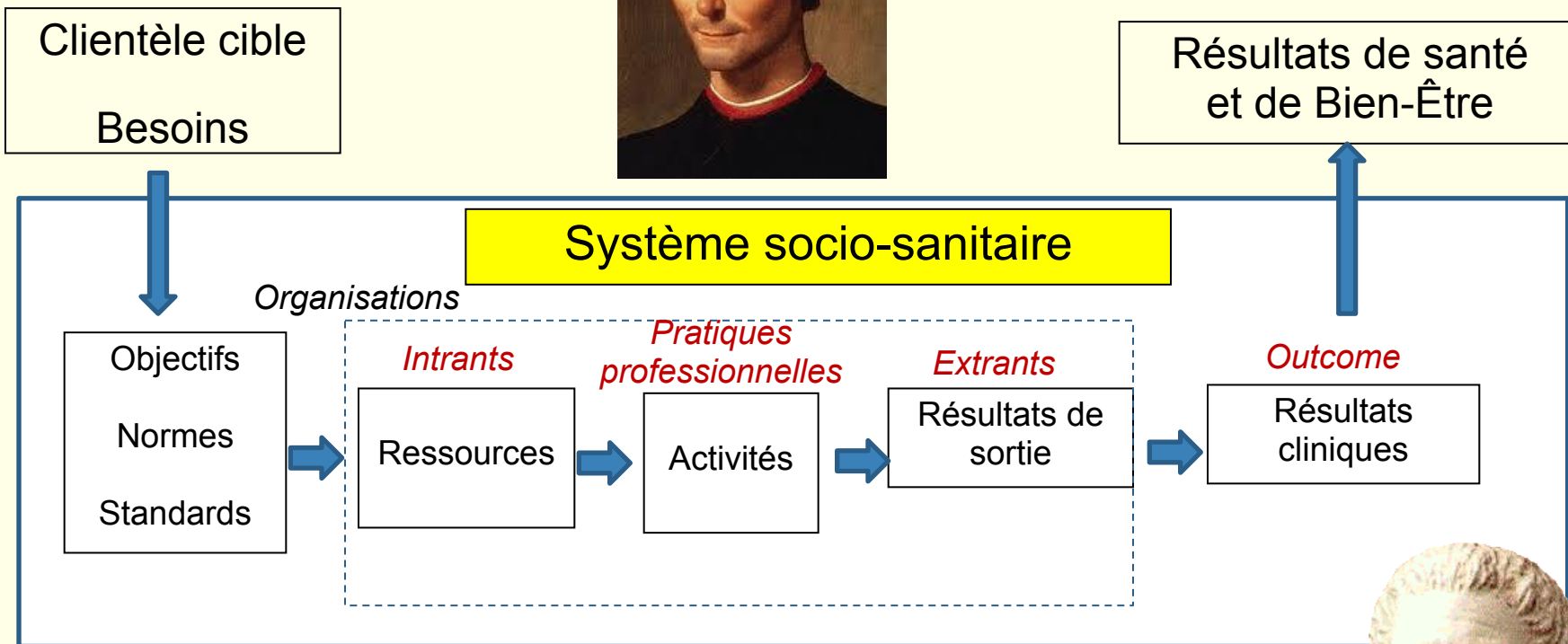
Arbitrage de l'allocation
des ressources?

d'après Wolfson
Source [indicateurs de gestions par les résultats](#)

Diapo non projetée lors de la présentation



Systeme socio-sanitaire: la chaîne de la performance



Quels indicateurs de performance?

Projet OCDE 2000

Sécurité des patients
Qualité des soins en santé mentale
Qualité de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des soins primaires
Qds en matière de diabète
Qds en matière de maladies cardiaque

Exemples d'indicateurs de santé (OCDE)

Espérance de vie, de vie sans invalidité
Bref formulaire SF 36a
AIMS (arthrite), Mesure de TA, Hb glyquée
Taux d'accès à un type de soins, d'utilisation

Clientèle cible

Besoins

Résultats de santé et de Bien-Être

Systeme socio-sanitaire

Objectifs

Normes

Standards

Ressources

Activités

Résultats indirects output

Résultats clinique directs outcome

Indicateurs de structure

Compétences et ratios
Installations
Equipements
Taux de pertinence

Indicateurs de processus

Indicateurs IPACSS, V2010
Taux d'éval. fonctionnelle à l'admission et à la sortie
Taux de plan multi-disciplinaire à l'entrée, de plan de sortie

Evaluation d'un programme de MPR (exemple ESD)

Taux décès et institutionnalisation
Indépendance fonctionnelle
Qualité de vie

Systemes de classification des patients

Groupes Homogènes de Malades
Case Management Groups (ou GME)
Critères de prise en charge en MPR
Autorisations: conformité
Thésaurus de Trajectoire

Indicateurs de sortie de l'organisation

Indicateurs IPAQSS
Marche 50 mètres, MIF > 80, Delta MIF
Case mix (T2A), palmarès du Point
Retour à domicile, Satisfaction

« Il n'y a pas de résultats, il n'y a que des interprétations »

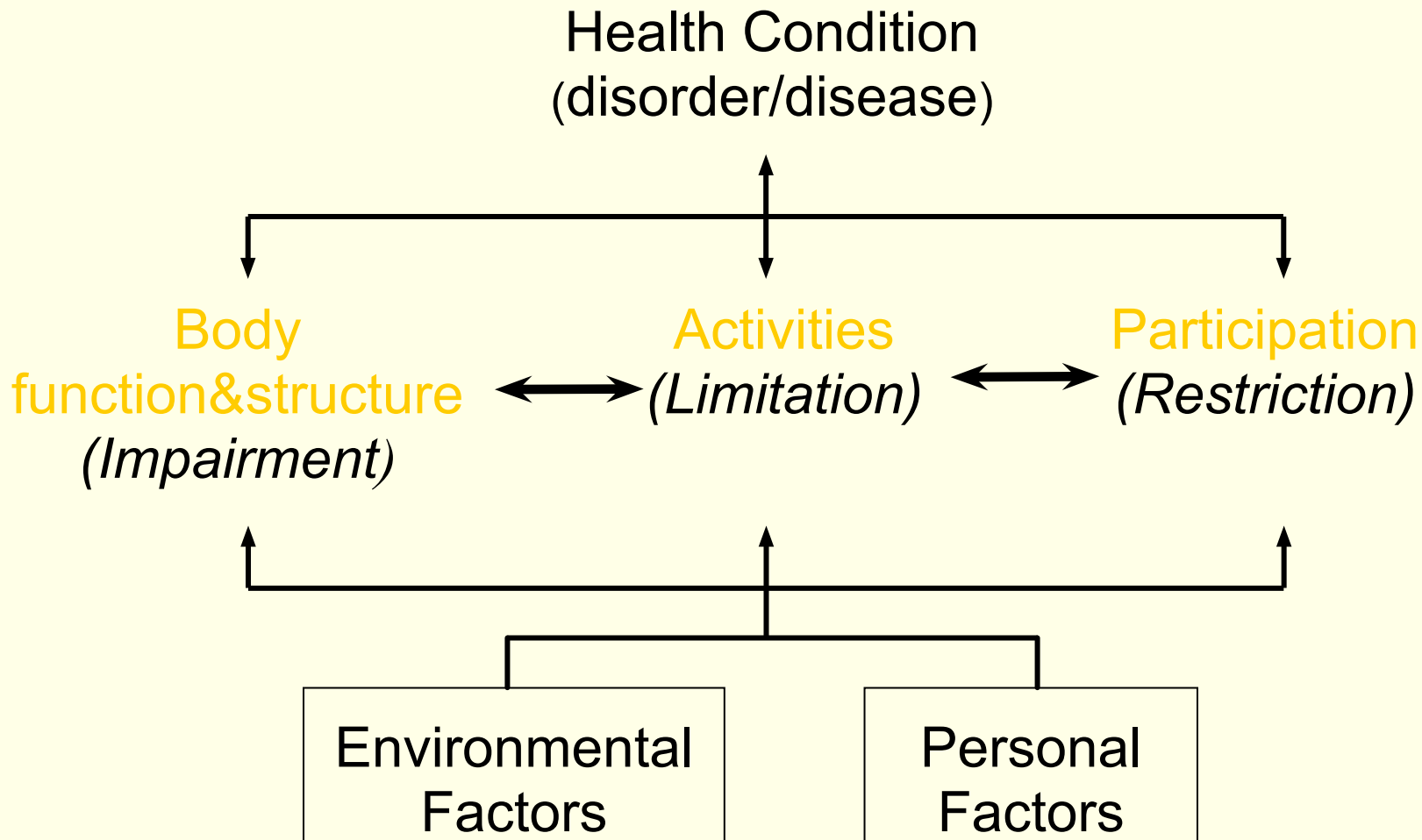
Extrapolations, généralisations, causalité et spéculations (*Jutai, Teasell*)

- Des données sur l'ESD risquent d'être extrapolées aux AVC modérés à sévères
- Quelles conclusions tirer de l'inefficacité de orthophonie moins de 2 h par semaine pour les AVC hémisphériques?
- Coût du traitement de l'aphasie: orthophonie 8 - 9 heures pendant moins de 3 mois plus efficace que < 2 heures pendant 6 mois
- Dépression post-AVC, positives si groupes de patients déprimés, négatives si groupes de patients déprimés + non déprimés (effet de dilution)

Même si une étude de résultat montre le succès d'un traitement 33% du temps, c'est une question spéculative de savoir si c'est un taux suffisant ou non. C'est merveilleux si cela sauve une vie, mais beaucoup moins si la qualité de vie va être à peine améliorée. (Banja)

- Construire des projets d'évaluation qui s'adressent simultanément à la recherche et aux traitements

La CIF est –elle un bon modèle de résultats?



Oui, ...

Oui, si une politique de réadaptation est articulée à une politique de participation des personnes handicapées

Le corps la personne la société	Modèles de prise en charge du handicap	Modèle T-R-R	France MPR Les « 3 R »	France Psychiatrie
<i>Treatment</i>	Modèle curatif	Traitement	Rééducation	Réadaptation
<i>Rehabilitation</i>	Modèle intégratif	Réadaptation	Réadaptation	Réhabilitation
<i>Independant living & recovery</i>	Modèle de participatif	Réhabilitation = soutien à la participation	Réinsertion	Rétablissement

Gerben DeJong [1979](#)

La CIF permet une articulation opérationnelle des 3 niveaux :

- Le traitement est du domaine de la médecine
- La réadaptation est du domaine socio-sanitaire qui inclut la médecine
- La vie autonome est du domaine politique qui inclut le domaine socio-sanitaire

**Parfois les "4R"*

Une question internationale à géométrie variable Comment politiques de réadaptation et du handicap sont elles articulées?

Réadaptation et vie autonome (Gerben DeJong)

Item	Rehabilitation paradigm	Independent living paradigm
Definition of problem	Physical impairment/ lack of vocational skill	Dependence on professionals, relatives, etc.
Locus of problem	In individual	In environment: in the rehab process
Solution to problem	Professional intervention by physician, physical therapist, occupational therapist, voc rehab counselor, etc.	Peer counseling, advocacy self-help, consumer control, removal of barriers
Social role	Patient/client	Consumer
Who controls	Professional	Consumer
Desired outcomes	Maximum ADL Gainful employment	Independent living

[Independent living: from social movement to analytic paradigm. Arch Phys Med Rehabil 60: 435-446, 1979.](#)

Diapo non projetée lors de la présentation

Reviewed measures by Activity Limitation and Participation Restriction

Oui si

les résultats fonctionnels concernent à la fois:

- l'accomplissement de tâches spécifiques et activités de vie quotidienne
- la participation à des situations de vie et dans la société
(Jette, Haley, 2005)

[Alan M. Jette and Stephen M. Haley. Contemporary measurement techniques for rehabilitation outcomes assessment. J Rehabil Med 2005; 37: 339–345](#)

	Activity Limitation	Participation Restriction
ALSAR	✓	✓
AQoL	✓	
BARTHEL	✓	
CHART	✓	✓
COPM	✓	✓
ESS	✓	✓
EADL	✓	
FIM	✓	
FAI		
GAS	✓	✓
HART	✓	✓
HAP	✓	
Lawton & Brody IADL	✓	
LHS	✓	✓
NHP		
OARS	✓	
PGI	✓	✓
PSM	✓	✓
RANKIN		✓
RAP	✓	✓
RNL		✓
SF-36	✓	
SIP68	✓	
SMAF	✓	✓

[Outcome measures in rehabilitation. Phase 1. Project Report. \(National Ageing Research Institute - Victoria\)](#)

2. Paradoxe de la clinique: les « groupes » de patients

Sur mesure ←————→ Prêt à porter

- La nécessité de « gérer la singularité à grande échelle » met en tension rationalités clinique et managériale dans la standardisation. Les groupes homogènes de patients, les cas » sont définis selon les connaissances structurantes des disciplines (Mintzberg).
- La rationalité « clinique » ne dissocie pas activité médicale et organisation des soins
- Jugement clinique: adapter au mieux les connaissances scientifiques et les techniques aux caractéristiques de chaque patient.
- En même temps, s'assurer que ses pratiques soient standardisées et efficaces (guide de pratique) en fonction des connaissances scientifiques disponibles
- La rationalité « managériale » / « industrielle » dissocie conception et exécution

Configurations organisationnelles de Mintzberg



5 types de configurations	5 types de coordination dominants	Qui désignent 5 parties clés de l'organisation	Et permettent plus ou moins la centralisation
Structure simple (PME en rateau)	Supervision directe	Sommet stratégique	Centralisation complète
Bureaucratie mécaniste (Administration)	Standardisation des procédés	La technostructure des « fonctionnels » qui définissent les normes (Plan, ordonnancement, méthode..)	Peu de décentralisation (elle n'est pas nécessaire)
Bureaucratie professionnelle (hôpital, université)	Standardisation des qualifications	Opérationnels = experts (« classement » → « cas » → procédés de travail)	Décentralisation forte « boîtes noires »
Structure divisionnelle (GM, Dupont) <i>Corporate governance</i>	Standardisation des résultats (rôle du pôle)	L'encadrement (la ligne hiérarchique)	Décentralisation verticale encadrée « déconcentration »
Adhocratie (conseil pub, NASA, génie civil)	Ajustement mutuel	Le fonctionnels de support logistique (DRH, RD..)	Décentralisation par projets

Structure et dynamique des organisations: voir [webographie](#) – [Mintzberg et l'hôpital](#)

Diapo non projetée lors de la présentation

3. Paradoxe de l'autonomie: partager le résultat clinique

Autonome  **Membre d'un réseau**

- La logique professionnelle rend difficile le travail en équipe multidisciplinaire réseau. Chaque professionnel doit simultanément être autonome et être un partenaire actif d'un réseau mobilisant de façon coordonnée les compétences des autres professionnels en vue d'un résultat clinique partagé.
- Trous structuraux: la chaîne de soins a la « force » du maillon le plus faible du réseau.
- **Erreurs de type III** en réadaptation: le réseau et la coordination des soins
 - Une réadaptation réussie dépend de l'action coordonnée d'une équipe multidisciplinaire d'experts, et peut être considéré comme un réseau impliquant tout un système.
 - Inefficacité d'une partie de ce système pris isolément ne prouve pas que la partie spécifique n'est pas nécessaire à la réussite de l'ensemble du système (interaction avec d'autres variables ou des interventions)²
 - Note: Erreurs de type I et de type II : interprétation des résultats statistiques, et la probabilité de tirer des conclusions erronées à partir de données insuffisantes.

La « boîte noire » de la réadaptation (Derick T. Wade)

L'imputabilité du résultat varie en fonction de l'intervention évaluée

Intervention	Résultat	Qui est imputable?
Séance de 30 minute avec un ergothérapeute	Être capable de mettre ses chaussettes sans assistance	Dépend de l'interaction d'un patient avec un thérapeute
Déroulement de la thérapie dans l'unité de masso-kinésithérapie (physiotherapy)	Être capable de marcher en sécurité dans son quartier	Dépend de l'interaction entre le patient et l'unité de kinésithérapie
Traitement d'un patient dans une structure d'hospitalisation conventionnelle de réadaptation post-AVC	Score de 18/20 ou plus sur l'Index de Barthel à la sortie	Dépend de l'effet global du programme mais ne reflète pas beaucoup les effets des interventions d'orthophonie
Programme complet de réadaptation en hospitalisation et en ambulatoire avec suivi de la réintégration dans la communauté.	Être capable de vivre seul au rez-de-chaussée d'un appartement sans aide de la famille, faire ses courses, et préparer ses repas	Dépend aussi du réseau des services de réadaptation communautaires et de la localisation précise de l'appartement

1. **Multiplicité des résultats:** quelle intervention, manière de l'évaluer et pour quel groupe d'intérêt / partie prenante?
2. **Interactions complexes** entre équipes et patients, non linéaire ni mécanique
3. **Rôle du temps et de la multiplicité des facteurs** sur le résultat
4. **Spécificité du contexte**

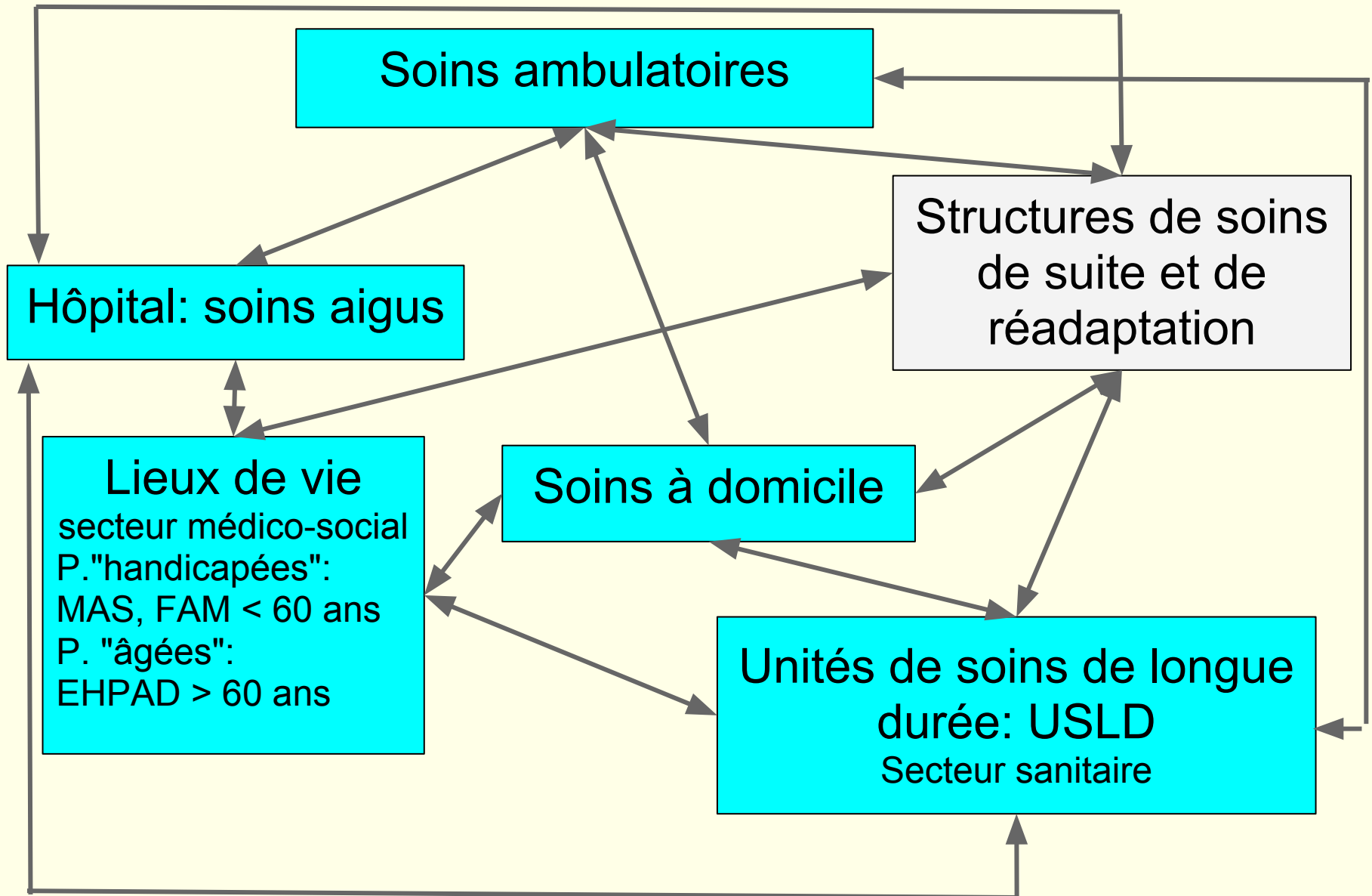
Wade DT: Outcome measures for clinical rehabilitation trials: Impairment, function, quality of life, or value? Am J Phys Med Rehabil 2003;82 (Suppl):S26–S31 [Lien](#)

4. Paradoxe de la spécialisation: la quête du sens

Différenciation  Intégration

- **Parcours:** intégration des soins, accès en temps opportun aux prestations de réadaptation requises eu égard aux données factuelles
- **Programmes:** différenciation selon les problèmes cliniques
«Un programme est défini comme un ensemble d'activités intégrées, destinées à une clientèle particulière, visant des résultats spécifiques (en fonction d'objectifs) pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières » Les indicateurs de la gestion par les résultats. Québec
- **Structures:** géométrie variable selon la gouvernance
- **Réseau:** logique de réponse territoriale aux besoins de soins vs logique de filière amont-aval

Différencier les programmes de soins suppose d'intégrer les parcours



Définir des groupes de patients ayant une signification médicale

Section MPR de l'UEMS Prorammes accrédités en phase pilote

Programme title

Post-traumatic geriatric rehabilitation
Rehabilitation of cancer patients
General physical and rehabilitation medicine
PRM and stroke patients
PRM and patients with neurological disorders
PRM and patients with neurological disorders
Assessment and treatment of patients with
gait disorders in an ambulatory service in
acute care setting
PRM and patients with spinal cord injuries
Amputee rehabilitation
Inpatient rehabilitation programme for children
PRM and stroke patients
PRM and patients with osteoporosis
PRM programme for adults with neurological disorders

CARF 2012 Medical Rehabilitation Programs Description

Program title

Comprehensive Integrated Inpatient
RahabilitationProgram
Outpatient Medical Rehabilitation Program
Home and Community SErVICES
Residential Rehabilitation Program
Vocational Services
Pediatric Specialty Program
Amputation Specialty Program
Brain injury Program
Spinal chord System of Care
Stroke Specialty Program
Interdisciplinary Pain Rehabilitation Program
Occupational Rehabilitation Program
Independent Evaluation Services
Case Management

Définir des groupes de patients ayant une signification médicale (2)

Exemple de classification des programmes :
([groupe de travail ministériel belge](#))

- Les amputés
- Les suites de lésions du système nerveux central
- Les atteintes nerveuses médullaires et périphériques
- Les affections neurologiques évolutives
- Les affections rhumatismales
- Les affections orthopédiques et traumatiques locomotrices
- Les déficiences locomotrices et neurologiques sévères chez les enfants

Parcours de la Sofmer

- [Le patient après lésion médullaire](#)
- [Le patient après Prothèse totale de Genou](#)
- [Le patient après Prothèse Totale de Hanche](#)
- [L'adulte après traumatisme crânien grave](#)
- [Parcours après AVC](#)
- [Ruptures de coiffe opérée](#)
- [Ligamentoplasties du genou](#)
- [Le patient après stabilisation chirurgicale d'une épaule instable](#)

Différents systèmes de mesure de la performance: le problème du choix des mesures de résultats

	Amélioration	Imputabilité	Recherche
Pour qui?	Professionnels Equipes AQ Administrateurs	Gouvernement Public Assureurs	Scientifiques Public Professionnels et gestionnaires
Pour quoi?	Compréhension des processus Motivation Évaluation des changements But formatif	Comparaison Choix Motivation Génération de changement But sommatif	Créer des connaissances But fondamental
Quoi? <ul style="list-style-type: none"> ● Indicateurs ● Collecte ● Validité ● Période ● Variables confondantes 	- Peu Simple Approximative Courte, actuelle A considérer mais rarement mesurées	- Très peu Complexe Robuste Longue, passée Décrire et tenter de mesurer	- Plusieurs Complexe Très robuste Longue, passée Essentiel de les mesurer et de les analyser

Que choisir? Body structure/Impairment outcome measure

Outcome Measure	Reliability		Validity		Responsiveness		
	Rigor	Results	Rigor	Results	Rigor	Results	Floor/ceiling
Beck depression Inventory	+++	+++ (TR) +++ (IC)	+++	+++	+	+	n/a
Frenchay Aphasia Screening Test	+	+++ (TR) +++ (IO)	+	+++	n/a	n/a	n/a
Fugl Meyer	+++	+++ (TR) +++ (IO) ++ (IC- balance)	+++	+++ (problems balance & sensation section)	++	++ ++ (UE) + (sensation)	+ (sensation)
MMSE	+++	+++ (TR) +++ (IO) +++ (IC)	+++	++	n/a	n/a	n/a
NIHSS	++	++ (TR) ++ (IO) + (IC)	+++	+++	+	+	+

Outcome measures in Stroke rehabilitation (Evidence Based Review in Stroke Rehabilitation) http://www.ebrsr.com/reviews_details.php?9 - <http://www.ebrsr.com/>

Note: +++ = Excellent; ++ = Adequate; + = Poor; n/a = insufficient information; TR = Test re-test; IC = Internal Consistency; IO = Interobserver ; varied (re. floor ceiling effects; mixed results)

Que choisir? Activity / disability outcome measure

Outcome Measure	Reliability		Validity		Responsiveness		
	Rigor	Results	Rigor	Results	Rigor	Results	Floor/ceiling
Barthel Index	+++	+++ (TR) +++ (IO) +++ (IC)	+++	+++	+++	++	varied
MIF	+++	+++ (TR) +++ (IO) +++ (IC)	+++	++	+++	++	++
Fenchay Activities Index	+++	++ (TR) ++ (IO) +++ (IC)	+++	+++	+	++	+++
Rivermead Mobility Inventory	+++	+++ (TR) +++ (IO) +++ (IC)	+++	+++	+++	+++	varied
Wolf Motor Function Test	+	+++ (TR) +++ (IO) ++ (IC)	+	+++	++	++	+

Outcome measures in Stroke rehabilitation (Evidence Based Review in Stroke Rehabilitation) http://www.ebrsr.com/reviews_details.php?9 - <http://www.ebrsr.com/>

Note: +++ = Excellent; ++ = adequate; + = poor, n/a = insufficient information, TR = Test-retest, IC = Internal Consistency; IO = Interobserver ; varied (re. floor ceiling effects; mixed results)

Que choisir? Indicateurs de participation

Table 7.3 The functional domains addressed by the Handicap Assessment Resource Tool (HART)

Areas	Items included
Clothing	dressing, clothes selection, changing clothes
Hygiene	toileting, bowel and bladder control, grooming, bathing
Nutrition	eating, meal planning and preparation, groceries, food restrictions, stove use, spoiled food
Mobility	mobility, bed transfers, falls, stairs, outside mobility, driving, transportation, wandering, orientation
Safety	medication use, substance abuse, illness management, emergency help, smoking, general hazards
Residence	money management, home security, personal information, shopping, temperature
Supports	adequacy, stability

Pas de performance en MPR sans ...

- Articuler **politique de réadaptation et politique du handicap** dans la définition des priorités de l'action publique.
- Développer la mesure de résultats des programmes de réadaptation est un **préalable indispensable à la valorisation de la qualité des soins en MPR**, faute de quoi les payeurs ne paieront que le prix défini par les échelles nationales de coûts. (Carl V. Granger)
- Donner du sens aux programmes de MPR par leur insertion au sein de parcours de soins intégrés en vue d'un résultat clinique partagé.
- Concevoir de nouveaux systèmes d'information qui intéressent simultanément les objectifs cliniques, d'imputabilité et de recherche.

Merci de votre attention

« La fonction transcende tout. »

Carl V. Granger

« Tous les systèmes sont vrais dans ce qu'ils affirment ; il ne sont faux que dans ce qu'ils nient. »

Leibnitz

Bibliographie plus complète

[Une autre vision de la performance en MPR](#)

Quelques définitions

Réadaptation

« **un ensemble de mesures** qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un **handicap** à atteindre et maintenir un **fonctionnement** optimal en interaction avec leur **environnement** »

[Rapport mondial sur le handicap. OMS Banque mondiale. 2012](#)

Programme

« **Un programme** est défini comme un ensemble d'activités intégrées, destinées à une clientèle particulière, visant des résultats spécifiques (en fonction d'objectifs) pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières »

[Les indicateurs de la gestion par les résultats. Québec](#)

Qualité des soins ([Crossing the quality chiasm: the IOM Healthcare Quality Initiative](#))

« la mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité des résultats souhaités en santé et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles. »

Outcome

« A change in an individual, a group, or population, which is attributable to an intervention or series of interventions » (AHMAC, 1993).

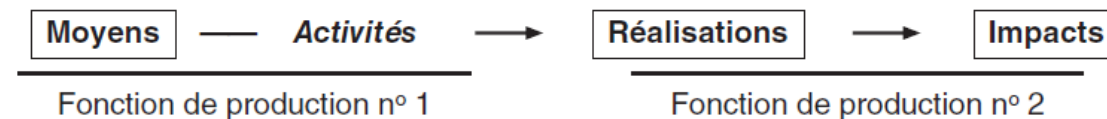
[\(Outcome measures in rehabilitation. Phase 1. Project Report. \(National Ageing Research Institute - Victoria\)](#)

Définitions de la performance

- **l'économie** consiste à se procurer les ressources au moindre coût
- **l'efficience** est le fait de maximiser la quantité obtenue de produits ou de services à partir d'une quantité donnée de ressources :
 - **la rentabilité** (rapport d'un bénéfice à des capitaux investis)
 - **et la productivité** (rapport d'un volume obtenu à un volume consommé) sont deux exemples d'efficience.
- **l'efficacité** est le fait de réaliser les objectifs et finalités poursuivis. Mesurer la performance revient à mesurer les trois dimensions qui la composent.
- **La pertinence** correspond à l'adéquation et la bonne articulation du couple objectifs moyens dans une relation d'à propos entre les objectifs visés, de convenance "**aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds**" (OCDE).

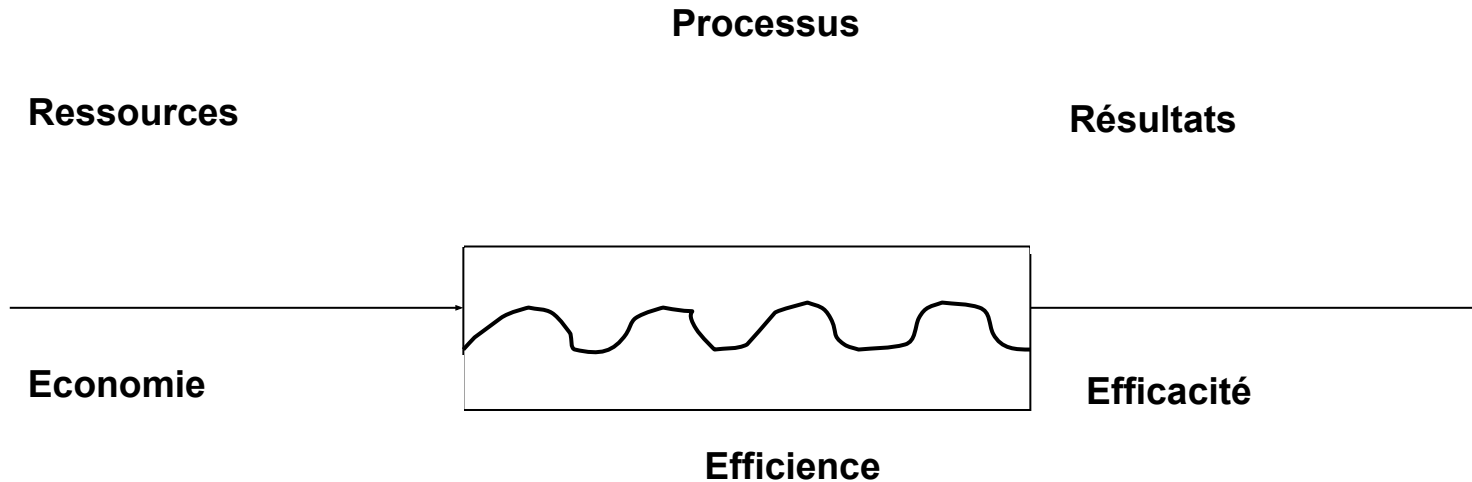
La pertinence est liée au déploiement de la rationalité managériale qui répond à l'**adaptation de moyens à des fins** par la gestion publique selon une **double fonction de production** (Patrick Gibert)

Schéma n° 2 : La métaphore de la double fonction de production



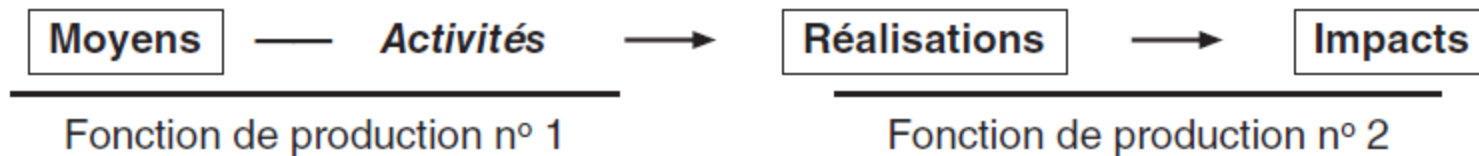
Approche managériale de la performance

1. La performance (source Bouquin, 2004)



2. La double fonction de production du management public

Schéma n° 2 : La métaphore de la double fonction de production



3. La tâche, l'activité et le processus dans la fonction de production



Paradoxes

Pour **Wesenhotz (95)** le paradoxe est la "**présence de deux propriétés mutuellement exclusives dans un phénomène**"

«Un paradoxe est une idée impliquant deux pensées ou propositions opposées qui, bien que contradictoires, sont également nécessaires pour transmettre un aperçu de la vérité plus imposant, plus éclairant, plus relié à vraie vie ou plus provocant que celui qui émerge de chacun des deux facteurs par lui seul» H.A. Slaatte (1968) *The Pertinence of the Paradox*

Le paradoxe, dans la **théorie des systèmes paradoxaux**, est une contradiction durable, voire permanente, entre des éléments qui apparemment s'excluent l'un l'autre mais co-existent malgré tout. Le paradoxe diffère du dilemme — un choix entre éléments contradictoires — parce qu'il postule soit que de tels choix sont faux soit qu'ils sont seulement provisoires. L'élément choisi (par exemple, la décentralisation) peut se réaliser dans le court terme tandis que son contraire (la centralisation) continuera d'exercer une pression et pourra se produire dans le même temps. De même, le paradoxe diffère de la contradiction et de la synthèse propres aux traditions hégélienne et marxiste, dans lesquelles les éléments contradictoires (thèse et antithèse) se résolvent dans la synthèse. **Le paradoxe est une contradiction permanente et irréductible."**