

Vers de nouvelles pratiques du management à l'hôpital en France : quel apport dans le contexte euro-méditerranéen

Nobre Thierry

Ecole de Management de Strasbourg CESAG

Université Robert Schuman

thierry.nobre@em-strasbourg.eu

Merdinger-Rumpler Caroline

Maître de conférences

Ecole de Management de Strasbourg CESAG

Université Robert Schuman

caroline.rumpler@em.u-strasbourg.eu

61 Avenue de la Forêt- Noire

67 000 strasbourg

Tel : 00 33 03 90 41 42 41

Fax : 03 90 41 42 70

Résumé : Les établissements hospitaliers sont soumis à une transformation de leur environnement qui se traduit en matière de management de la performance par la mise en place d'une nouvelle gouvernance caractérisée par trois mutations principales :

- la transformation du système de pilotage stratégique (évolution du conseil d'administration et création du conseil exécutif),
- la transformation du système de financement (tarification à l'activité),
- la transformation du système de pilotage interne (mise en place des pôles d'activités).

Ces évolutions nécessitent l'élaboration et la mise en œuvre d'outils de management permettant aux établissements hospitaliers de relever les défis auxquels ils sont confrontés.

Des travaux expérimentaux conduits par notre équipe de recherche dans des établissements visent à tester de nouvelles pratiques de management de la performance adaptées aux trois facettes de la nouvelle gouvernance hospitalière, le Balanced-Scorecard constitue une option de renouvellement de la démarche stratégique à l'hôpital, l'analyse des dysfonctionnements et le calcul des coûts cachés s'inscrivent dans une perspective de management de la performance. Ces expérimentations permettent d'interroger les nouvelles pratiques de management de la performance à l'hôpital et d'identifier plusieurs enjeux :

- L'évolution ingéniérique : quelles caractéristiques pour les outils à mettre en œuvre ?
- L'évolution culturelle : comment faire évoluer les différentes catégories d'acteurs (corps médical, direction, personnel soignant) tout en respectant les spécificités notamment éthiques du secteur de la santé ?
- L'évolution des systèmes d'information : comment mettre en œuvre les supports indispensables pour permettre les mutations espérées ?

Ce constat nous permet de dégager quelques tendances pour nourrir les comparaisons dans le cadre des échanges euro méditerranéens afin de profiter du retour d'expérience des différents contextes culturels et institutionnels.

Mots-clés :

Management de l'hôpital,

Comme tous les pays occidentaux, la France connaît une évolution rapide de ses dépenses de santé. Le contexte économique et budgétaire ne permet malheureusement pas à l'heure actuelle de faire face à cette situation et l'offre de service de santé doit donc s'adapter pour éviter un décalage trop important entre offre et demande. Dans la perspective de cet ajustement, les dépenses hospitalières jouent un rôle fondamental puisqu'elles représentent la moitié des dépenses de santé. Cette situation explique la volonté des tutelles de transformer radicalement le système hospitalier français à partir de l'instauration d'un nouveau mode de pilotage des établissements dénommé « nouvelle gouvernance de l'hôpital ».

Pour présenter ce constat et les conclusions qui peuvent en être tirées, nous analysons dans une première partie cette réforme pour mettre en perspective l'ensemble des nouveaux dispositifs de management des hôpitaux. en détaillant les trois principales dimensions de la nouvelle gouvernance.

Dans une deuxième partie nous présentons deux approches susceptibles de répondre aux exigences de cette nouvelle gouvernance. Pour cela, après avoir rappelé les caractéristiques de ces outils de gestion nous présentons rapidement des travaux expérimentaux conduits par notre équipe de recherche dans des établissements qui visent à tester ces nouvelles pratiques de management adaptées aux trois facettes de la nouvelle gouvernance hospitalière. Le Balanced-Scorecard constitue une option de renouvellement de la démarche stratégique à l'hôpital. L'analyse des dysfonctionnements et le calcul des coûts cachés s'inscrivent dans une perspective de management de la performance. Cela nous conduit à interroger ces nouvelles pratiques de management et d'identifier plusieurs enjeux.

Ce constat nous permet de dégager quelques tendances pour nourrir les comparaisons dans le cadre des échanges euros méditerranéens afin de profiter du retour d'expérience des différents contextes culturels et institutionnels.

1. La nouvelle gouvernance dans l'évolution managériale des établissements hospitaliers

Une bonne compréhension des objectifs et des caractéristiques de la nouvelle gouvernance hospitalière dans le contexte français nécessite un rapide retour en arrière sur les étapes qui ont conduit au plan hôpital 2007. Le premier paragraphe a pour objectif de dégager les tendances de fond qui ont structuré la lente progression vers les textes de 2005. Le second paragraphe présente la nouvelle gouvernance à partir d'un triptyque qui permet de souligner les implications managériales du nouveau contexte réglementaire des établissements.

1.1. Le cheminement vers la nouvelle gouvernance des établissements hospitaliers

La nouvelle gouvernance s'inscrit dans le mouvement plus général d'évolution du système hospitalier français initié dans les années 80. Une bonne compréhension des enjeux actuels et des objectifs de cette dernière tentative de mutation du système de santé français nécessite un retour sur les étapes précédentes. En effet, une rapide analyse des réformes antérieures montre que celles-ci contenaient déjà les prémisses du contenu de la nouvelle gouvernance. Cela témoigne d'une certaine continuité, cohérence et constance dans la stratégie des autorités de tutelle pour adapter le système de santé aux contraintes de l'environnement socio-économique. Pour présenter ces étapes préliminaires, nous adaptons une approche chronologique en identifiant dans les différentes réformes les éléments préfigurant le

triptyque de la nouvelle gouvernance qui sera détaillé dans le paragraphe suivant à savoir : la transformation du système de pilotage stratégique (évolution du rôle du conseil d'administration et création du comité exécutif), du système de financement (la tarification à l'activité dite T2A) et du système de pilotage interne (la mise en place des pôles d'activité).

Le décret du 11 août 1983 institue le financement par dotation globale. Il s'agit de créer une « contrainte économique virtuelle » (Delande 1999) en instaurant un nouveau mode de financement par dotation globale remplaçant le financement par prix de journée. Cette dotation globale forfaitaire couvre la totalité des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et non couvertes par des recettes annexes. Cette évolution constitue une étape préliminaire vers la T2A car elle marque la fin d'un financement a priori hors régulation de la tutelle et traduit également la volonté de mise en œuvre d'une pratique de contractualisation. En particulier, la réforme de 1983 crée les centres de responsabilités (CR) pour favoriser la mise en place de la comptabilité hospitalière et développer la gestion budgétaire participative associant les chefs de service à la gestion des CR. Les CR peuvent ainsi être considérés comme la première approche des pôles. De plus, dès 1982 l'importation du modèle des DRG (Diagnosis Related Group) constitue une évolution visant à réaliser un Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) dont l'objectif initial est la mesure de la production de l'hôpital pour évaluer les coûts. C'est sur ce système que viendront se greffer les tarifs utilisés pour la T2A.

Dans la loi de réforme hospitalière promulguée le 31 juillet 1991, la création des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) complète la carte sanitaire pour renforcer l'adaptation quantitative et qualitative de l'offre de soins. Les établissements voient leur autonomie renforcée. Ils doivent analyser leurs activités et comme le précise le J.O. du 2 août 1991 (article L.710-5, p. 10255) « mettre en œuvre des systèmes d'information tenant compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ». La loi introduit également le projet d'établissement définissant les objectifs de l'établissement dans les domaines médical, social, de formation, de gestion et de systèmes d'information. Ces deux derniers points incitent donc les établissements à définir leur propre stratégie ce qui justifie, dans la nouvelle gouvernance, de les doter d'un véritable système de pilotage stratégique conduisant à la redéfinition du rôle du CA et à la création du conseil exécutif.

Les ordonnances de 1996 viennent compléter ces dispositifs afin de poursuivre la transformation mise en œuvre. La création des ARH (Agences Régionales de

l'Hospitalisation) constitue une étape majeure pour les établissements hospitaliers. En effet, ces agences deviennent le seul interlocuteur ce qui permet un contrôle effectif des établissements et qui incite ces derniers à mettre en œuvre un véritable pilotage stratégique. Les textes de 1996 prévoient également deux évolutions d'outils de contrôle de gestion qui méritent d'être soulignées. La première concerne le mode de financement des hôpitaux avec le renforcement du rôle du PMSI pour attribuer les ressources financières en fonction de l'activité médicale. La seconde concerne l'édition en 1997 d'un nouveau guide méthodologique de comptabilité hospitalière afin de favoriser l'émergence d'une gestion interne. Ce guide d'aide à la décision interne est organisé en trois tomes portant chacun sur un objet de coût. Un tome est consacré à l'analyse des coûts par centre de responsabilités, ces derniers préfigurant les pôles de la nouvelle gouvernance. Soulignons qu'à ce jour, ce dernier document n'a pas encore été publié ! Il faut également signaler que, parallèlement à l'introduction de ces outils de contrôle de gestion, les textes de 1996 ont proposé d'autres évolutions concernant les pratiques de gestion des établissements hospitaliers. Parmi celles-ci nous en soulignons deux, les COM (Contrats d'Objectifs et de Moyens) et la contractualisation interne. Le COM, signé entre l'ARH et l'établissement, et établi en relation avec le projet d'établissement, définit de façon précise le financement et le fonctionnement de l'hôpital selon une périodicité de 3 à 5 ans. Cette pratique est considérée comme « *une courroie de transmission fondamentale dans l'acceptation de l'évolution du financement de l'hôpital* » (Grolier 1998).

Cette lecture de l'évolution des pratiques managériales préconisée par les textes montre trois tendances lourdes. Tout d'abord timidement, puis avec beaucoup d'insistance, le législateur et/ou les rédacteurs des différents textes essaient d'introduire :

- la mise en œuvre d'une véritable démarche stratégique au sein de chaque établissement,
- des pratiques de contractualisation interne reposant sur une délégation de gestion nécessitant un découpage organisationnel en centres de responsabilité,
- la mise en place d'outils de pilotage interne, essentiellement articulés autour de la problématique de la connaissance des coûts.

Les différents travaux évaluant ces évolutions restent plutôt pessimistes sur le décalage entre les objectifs visés et les résultats obtenus (Bonafini 2003, Couaneau 2003).

En matière de démarche stratégique et de contractualisation externe, la situation semble encore préoccupante. Selon un rapport de la cour des comptes sur l'application des lois de financement de sécurité sociale « de très nombreux établissements » ne disposent pas de

projet approuvé. Constat confirmé par Couaneau (2003) qui indique « selon une enquête auprès des ARH, moins de la moitié des établissements financés par la dotation globale étaient dotés d'un projet approuvé au 1^{er} janvier 2002 ». Quant aux COM (contrats d'objectifs et de moyens) deux constats peuvent être établis. En premier lieu, il s'avère que, même pour ceux qui les ont expérimentés, cela s'est rarement traduit par une déclinaison interne sur le mode participatif. En second lieu, l'esprit des COM a connu une transformation non négligeable. Ils avaient été instaurés par la réforme de 1996 pour permettre dans une certaine mesure, un meilleur contrôle du secteur hospitalier par les tutelles. Ils sont devenus un moyen pour les hôpitaux d'obtenir des engagements de la part de l'autorité de contrôle, en particulier sur le plan des enveloppes budgétaires.

En matière de contractualisation interne, le rapport Couaneau montre qu'en 2002 seulement 6% des établissements ont instauré des centres de responsabilités de taille suffisante avec de réelles marges de manœuvre. De même les insuffisances des systèmes d'information semblent expliquer que seulement un quart des établissements disposent de budgets de service et d'un contrôle de gestion même limité.

Les établissements ont également connu de grosses difficultés pour mettre en œuvre les outils de pilotage interne. Cette situation est certainement imputable à l'ambiguïté qui a présidé à la définition des premiers outils préconisés et imposés par les tutelles, en particulier le PMSI. A l'origine, cet outil a été conçu pour permettre un contrôle externe par les tutelles, puis par les ARH, afin de résoudre le casse tête du financement des établissements en permettant une analyse et une comparaison de l'activité MCO (médicale, chirurgicale, obstétrique) entre les établissements. Leur adaptation à des fins de pilotage interne s'est dans les faits avérée plus complexe que les tutelles ne l'avaient envisagé.

Les constats pessimistes quant à l'efficacité de ces réformes sont à l'origine de la nouvelle tentative de mutation du système de santé, initiée par le discours fondateur du Ministre F. Mattei du 26 juin 2003, établissant les bases de la réforme connue sous le nom de nouvelle gouvernance de l'hôpital et formalisée en partie dans le plan « hôpital 2007 ». Les principaux textes fondateurs figurent dans l'ordonnance du 2 mai 2005 et dans les décrets du 5 mai 2005.

1.2. Le triptyque de la nouvelle gouvernance

Une synthèse des textes définissant la nouvelle gouvernance conduit à privilégier trois innovations majeures touchant la gouvernance des hôpitaux : la transformation du système de pilotage stratégique (l'évolution du conseil d'administration et création du conseil exécutif),

la transformation du système de financement (la tarification à l'activité), la transformation du système de pilotage interne (la mise en place des pôles d'activité).

1.2.1. La transformation du système de pilotage stratégique : l'évolution du conseil d'administration et la création du conseil exécutif

La transformation du système de pilotage stratégique porte sur le rôle, la mission et les attributions des instances du sommet stratégique de l'hôpital au sens de Mintzberg (1982). Cela conduit en particulier à redéfinir le conseil d'administration (CA) et à créer une nouvelle instance, le conseil exécutif (CE).

La nouvelle composition du CA comporte 3 catégories d'acteurs : les élus (collectivités territoriale, communes, conseil général et régional), les personnels toutes catégories confondues (personnel médical, paramédical et administratif), les personnalités qualifiées (préfet et ARH) et représentants des usagers. Ses attributions sont recentrées sur trois domaines : la stratégie, l'évaluation et le contrôle. Si le premier s'impose de lieu-même, les deux derniers sont plus novateurs et délicats. En matière de stratégie, le CA vote le projet d'établissement, le projet médical et le projet annexe (social, infirmier et de gestion) en conformité avec le SROS et le projet médical de territoire. L'évaluation a pour objectif de responsabiliser le CA sur les objectifs de l'établissement et les prestations de l'hôpital. En particulier, le CA reçoit un rapport régulier du directeur de l'hôpital sur l'évaluation de la qualité des soins, de la sécurisation de l'hôpital. Le nouveau contexte de la T2A entraînant la disparition de budget modifie la responsabilité du CA en matière de contrôle financier et budgétaire. Le CA de l'hôpital est régulièrement informé de l'évolution des dépenses et des recettes. Il lui appartient en cas de dérive par rapport au prévisionnel de mettre en place un plan de redressement.

Le CE traduit la volonté d'associer les médecins à la prise de décision administrative. Cette intention a toujours rencontré une forte réticence de la part du corps médical, notamment en 1991 et 1996 par le refus de la création du poste de directeur médical, bien que dans certaines structures (hôpitaux militaires et centres de lutte contre le cancer), le directeur soit un médecin. Le CE est doté d'une composition paritaire entre des membres choisis par le directeur et des médecins désignés par la CME. Il est présidé par le directeur avec un maximum de 16 membres dans les CHU et 12 dans les établissements non CHU. Ses principales attributions consistent à préparer les travaux du CA et de la CME sur les axes stratégiques, l'évaluation de la qualité et de la sécurité et si le cas se présente, sur le plan de

redressement. Il émet un avis sur la désignation des responsables de pôles d'activité. Il constitue ainsi le véritable lieu de la concertation médico-administrative et médico-économique à l'origine du pilotage stratégique de l'établissement.

1.2.2. La transformation du système de financement : la T2A

Le principe général de la T2A consiste à aligner le financement des hôpitaux sur l'activité effectivement réalisée. Le législateur a également voulu que les établissements privés et publics soient soumis au même système de financement alors que par le passé les établissements publics étaient financés par un budget global et les établissements privés par un système dit d'objectifs quantifiés. La quasi totalité des établissements est donc concernée à l'exception des activités de psychiatrie, de long et de moyen séjour, la principale raison étant liée à l'absence de PMSI dans ces activités.

Le système de tarification mis en place différencie 5 modalités de financement afin de rétribuer l'ensemble des activités exercées au sein des structures hospitalières. Ces 5 modalités peuvent être regroupées en trois ensembles à partir d'une différenciation entre tarification unitaire et tarification forfaitaire. (tableau 1). Les trois premières modalités concernent un financement strictement proportionnel à l'activité réalisée. La 5^{ème} est une rémunération forfaitaire. La 4^{ème} est une solution intermédiaire puisqu'il s'agit de forfaits définis par intervalle, par exemple pour la mission de prise en charge des urgences, les hôpitaux perçoivent le même forfait pour un nombre de passages compris entre 5000 et 10000.

Tableau 1 : Les modalités de financement de la tarification à l'activité

Financement à l'activité ou forfaitaire	Modalités de tarification
Financement directement lié à l'activité	1- Tarifs par séjour (GHS) 2- Tarifs par prestations (consultations externes, urgences, prélèvements d'organes, hospitalisation à domicile) 3- Paiement en sus : Médicaments onéreux et dispositifs médicaux
Forfaits annuels définis par seuil d'activité	4- Urgences et prélèvements d'organes
Forfait global	5- Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

1.2.3. La transformation du système de pilotage interne : la réorganisation en pôles d'activité

Le découpage de l'hôpital a connu différentes versions conduisant à créer une diversité d'entités : service, UF (unités fonctionnelles), département, fédération. Ces dernières trouvent

leur origine et leur justification dans la volonté de faire coexister une logique de financement et une logique organisationnelle pour définir les limites d'un territoire pertinent. Suivant Bonici (2005), de 1978 à 1983, avec le système du prix de journée le territoire est le service. En 1983, avec l'arrivée du budget global, le territoire est élargi avec l'apparition du département et de la fédération. En 2003/2004 avec le nouveau mode de financement le territoire évolue une nouvelle fois par la création du pôle d'activité. Il est important de souligner que ces 4 conceptions de la granulométrie du découpage de l'hôpital par service, département, fédération et pôle d'activité se situent toujours dans une logique organisationnelle axée sur le fonctionnement médical et opérationnel. La notion d'UF (unités fonctionnelle) trouve plutôt sa justification dans une logique de financement et d'analyse budgétaires. En effet, les UF constituent la trame permettant l'affectation des coûts pour la comptabilité analytique et la dotation des budgets. La situation généralement rencontrée consiste à définir plusieurs UF pour répartir les charges d'un service.

Trois motivations principales sont à l'origine de la création des pôles d'activité. Tout d'abord, la réduction du nombre des entités au sein de l'établissement réduit le nombre des interlocuteurs de la direction, par exemple, pour un CHU, le passage d'une cinquantaine de services à une quinzaine de pôles. Cela facilite le pilotage interne par une simplification de l'organigramme de chaque établissement. Ensuite, les entités créées peuvent avoir une taille critique suffisante pour permettre un véritable pilotage médico-économique en leur sein. Enfin, les délégations de gestion envisagées entraînent une implication effective du corps médical dans le management des établissements en l'associant aux décisions de gestion.

Le pôle d'activité est une instance de coordination pilotant plusieurs services composés eux-mêmes d'unités fonctionnelles, éléments de base du découpage de l'hôpital. La logique de regroupement en pôles est définie au sein de chaque établissement selon des critères multiples : par discipline, organe, mode de prise en charge, compétences, ... Dans chaque pôle, un cadre de santé et un cadre administratif secondent le chef de pôle pour le management du pôle. Le pôle est doté d'un conseil de pôle qui se voit confier la plupart des attributions anciennement dévolues aux conseils de service et aux conseils de département. Il doit s'insérer dans une organisation et des objectifs décidés par le conseil d'administration et le conseil exécutif. Les relations entre le pôle et les différentes institutions de l'établissement reposent sur une contractualisation formalisée par un contrat de délégation, conforme au projet médical et au projet d'établissement, passé entre le président de la CME le directeur de l'établissement et les responsables des pôles.

Ces éléments du triptyque de la nouvelle gouvernance visent ainsi à créer un nouveau contexte stratégique pour l'hôpital. La transformation du CA et la création du CE dotent l'hôpital d'une véritable instance de pilotage stratégique. La T2A définit un nouveau contexte de relations entre l'hôpital et son environnement. Les pôles d'activité constituent la facette interne du dispositif global en visant l'introduction d'un pilotage médico-économique dans les décisions concernant le fonctionnement des unités constitutives des établissements.

Ce nouveau contexte implique l'implantation nouvelles méthodes de management principalement en termes de pilotage stratégique et en matière de management de la performance. Dans cette perspective différentes expérimentations sont été réalisées dans le cadre de coopération entre le CESAG et des établissements de santé pour analyser l'apport de nouvelles approches et de nouveaux outils de management pour l'hôpital.

2. De nouvelles pratiques de management hospitalier

Ces nouvelles pratiques de management concernent le pilotage stratégique (le Balanced-Scorecard) et le management de la performance (la méthode des coûts cachés). Après une présentation rapide de ces deux approches et des expérimentations servant de support à la réflexion nous dégageons les principaux constats résultant de la mise en œuvre de ces approches.

2.1. Les nouvelles pratiques expérimentées dans le contexte hospitalier

2.1.1. Le Balanced-Scorecard

Le BSC ou tableau de bord prospectif (Kaplan et Norton 1996) a été développé pour trouver une solution au constat établi dans les années quatre-vingt concernant la remise en cause des systèmes traditionnels de contrôle de gestion établis essentiellement à partir des mesures financières et budgétaires (Johnson et Kaplan 1987). Il préconise l'implantation d'un nouveau système de management reposant sur un ensemble d'indicateurs et de mesures ayant pour but la mise en œuvre de la stratégie et la communication du projet et de la vision de l'entreprise. Il repose sur un modèle conceptuel de la performance (2.1.2.1.) et constitue véritable outil de pilotage stratégique (2.1.2.2).

2.1.2.1. Un modèle conceptuel de la performance

Le principe fondamental de l'outil résulte du constat de l'insuffisance des indicateurs financiers à guider et évaluer le pilotage stratégique des entreprises et des organisations. En conséquence, pour atteindre ses objectifs, le TBP complète l'analyse financière avec trois autres axes d'analyse (processus, clients, apprentissage organisationnel) avec une double logique :

- des indicateurs internes et des indicateurs externes,
- des indicateurs permettant le suivi de la performance passée et des indicateurs permettant le pilotage des constituants de la performance future.

Les indicateurs externes concernent les actionnaires ou financeurs et les clients, usagers et patients. Ils permettent de montrer comment la valeur est créée pour ces deux partenaires externes. Les indicateurs internes sont relatifs aux processus considérés comme essentiels pour réaliser les missions de l'organisation.

L'équilibre entre les indicateurs de résultats (performance passée) et les indicateurs de suivi des déterminants de la performance future permet un pilotage stratégique global, dans la mesure où il intègre la dimension réactive et pro-active.

Les quatre axes du TBP permettent d'établir un équilibre entre d'une part, les objectifs à long terme et les résultats souhaités et, d'autre part, les déterminants de ces résultats.

L'axe financier est indispensable pour évaluer les effets économiques des actions passées.

L'axe client définit des indicateurs montrant la satisfaction et la fidélité des clients, l'évolution de la clientèle, la pertinence de la prestation délivrée.

L'axe processus interne permet de définir les processus clés de l'entreprise..

L'axe apprentissage organisationnel concerne les infrastructures que l'entreprise doit mettre en place pour améliorer la performance à long terme.

2.1.2.2. Un outil de pilotage stratégique

Le tableau de bord prospectif (TBP) proposé par Kaplan et Norton (1996, p 10 à 17) constitue un outil de pilotage stratégique visant quatre objectifs.

- La traduction et la clarification des intentions stratégiques : Il se propose de traduire et de clarifier les intentions stratégiques en les transformant en objectifs concrets. Il constitue ainsi le support permettant de décliner la stratégie en définissant des objectifs opérationnels.

La communication des objectifs : - Il permet la communication des objectifs en les instrumentant et en les articulant à partir d'indicateurs. Il énonce le projet et la stratégie et les

fait partager à tous les acteurs. Il constitue un modèle générique au travers duquel chacun peut mesurer sa contribution à la performance globale.

La planification des objectifs : Il vise à planifier, à fixer des objectifs en harmonisant les initiatives stratégiques.

Le retour d'expérience : Il intervient sur la totalité de la démarche stratégique en renforçant le retour d'expérience et le suivi.

Cet outil initialement conçu pour les entreprises du secteur privé a déjà été utilisé dans le secteur non marchand dans le cadre anglo-saxon. Il nécessite certaines adaptations dues à la différence de finalités des organisations concernées. En particulier, la perspective financière perd son caractère primordial et pour les hôpitaux la perspective client devient la perspective patient.

Les deux expérimentations du BSC développées par le CESAG prennent la forme d'une recherche participative dans le cadre d'une thèse de sciences de Gestion où deux doctorants ont participé au projet de mise en œuvre de l'outil. Il s'agit, pour l'un, d'un CHU où l'outil est déployé sur la totalité de l'établissement et, pour l'autre, d'un service de chirurgie ambulatoire.

2.1.3. L'analyse organisationnelle par l'approche dysfonctionnelle et la valorisation des coûts cachés :

L'objectif consiste à préciser les marges de manœuvre dont dispose un établissement hospitalier lui permettant d'accroître son efficacité en transformant les pratiques organisationnelles. En particulier, il s'agit, dans un premier temps, de recenser les surtemps qui représentent une dispersion d'énergie pour les différentes catégories de personnel. Cela conduit par la suite à réduire les temps consommés par une évolution des pratiques. L'analyse dysfonctionnelle (Savall et Zardet, 1992) permet d'engager cette démarche. Cette phase d'analyse organisationnelle comprend quatre étapes :

1- Une présentation générale :

Les modalités de la conduite du diagnostic sont exposées à l'ensemble des personnels.

2- Des entretiens individuels semi-directifs :

Les entretiens sont réalisés auprès de toutes les catégories. Ils ont pour objectif de recenser les dysfonctionnements à partir de thèmes fédérateurs.

Ces divers entretiens permettent d'avoir une représentation du fonctionnement de l'hôpital tenant compte des différents points de vue car ils intègrent toutes les catégories socioprofessionnelles et toutes les spécialités.

3- L'exploitation des entretiens :

Les informations recensées lors des entretiens sont traitées pour faire apparaître les différents dysfonctionnements suivant des thèmes fédérateurs. Les dysfonctionnements sont ensuite valorisés en heures et financièrement.

4- La présentation des résultats :

A l'issue de la réalisation du diagnostic les résultats sont présentés à l'ensemble des membres de l'organisation analysée. Cette présentation initialise une deuxième phase visant à définir puis à mettre en œuvre les changements améliorant la performance stratégique et opérationnelle.

Cinq interventions ont été conduites par le CESAG, deux dans la totalité d'un établissement (350 lits et 200 lits), trois dans un service (imagerie médicale d'un CLCC, Pharmacie centrale d'un CHU, laboratoires d'un CHU). Chacune de ces missions s'est déroulée en deux étapes : la réalisation du diagnostic puis un accompagnement méthodologique à la conduite du changement.

2.2. Les constats

Les expérimentations réalisées conduisent à dresser un constat soulignant la nécessité de trois évolutions principales : ingénierique culturelle, et informationnelle.

L'évolution ingénierique conduit d'une part à introduire de nouveaux outils mais aussi à redéfinir certaines de leurs caractéristiques ces nouveaux outils.

En particulier, le Balanced-Scorecard, issu du monde de l'entreprise repose sur une démarche stratégique top-down qui doit être revisitée pour mieux correspondre à une démarche stratégique partagée au sein des établissements.

De même, pour les outils d'analyse de la performance et notamment de calcul de coût, les acteurs sont fortement marqués par leur culture de métier et par la dimension professionnelle de leur activité. Ils ont ainsi tendance à surestimer les éléments spécifiques par rapport à la relative simplicité de certains processus de consommation de ressources.

L'évolution culturelle nécessite de faire évoluer toutes les catégories (corps médical, direction, personnel soignant) tout en respectant les spécificités, notamment éthiques, du secteur de la santé. Il s'avère ainsi nécessaire de procéder massivement à des formations pour pouvoir faire évoluer toutes les parties prenantes de l'hôpital.

L'évolution des systèmes d'information : Les mutations espérées nécessitent une introduction massive des technologies de l'information pour permettre la mise en œuvre des supports indispensables à l'implantation des nouveaux outils et des nouvelles approches managériales.

En particulier, deux contraintes doivent être levées : la non homogénéité de l'information qui suppose une harmonisation des pratiques, et la fragmentation des systèmes qui suppose à terme de pouvoir connecter les différents applicatifs pour pouvoir développer des outils en temps réel.

3. Conclusion

Le constat sur l'évolution des pratiques managériales à partir de l'analyse de la mise en œuvre des deux approches présentées ci-dessus se situe au niveau des établissements. Un second constat doit également être fait pour tirer toutes les leçons de la mutation actuelle du système hospitalier français. Ce dernier vise la dimension institutionnelle de la réforme et plus particulièrement ses modalités de mise en œuvre. Deux points doivent être particulièrement soulignés.

En premier lieu, force est de constater que la mise en œuvre des réformes est beaucoup plus lente que prévue. Cette situation renforce le besoin d'un engagement politique fort qui en l'occurrence a été formalisé par le rapport Larcher consolidant les options du plan hôpital 2007.

En second lieu, il s'avère que l'introduction de ces nouvelles pratiques de gestion découlant de réformes (EPRD, T2A, CPOM) nécessite des mesures d'accompagnement indispensables pour la réussite de la mutation souhaitée.

Bonafini P. (2003), *Le management des établissements hospitaliers : Des illusions aux réalités*, 13^{ème} Colloque international Politique et management public, Décembre, Strasbourg

Bonici (2005) Journée de réflexion de la FHF : la nouvelle gouvernance à l'hôpital, Strasbourg.

Couaneau R. (2003), *L'organisation interne de l'hôpital*, Rapport à l'Assemblée nationale, 108 p.

Delande G. (1999), Les agences régionales d'hospitalisations, instruments d'une meilleure performance publique en matière de planification sanitaire, *Politiques et Management Public*, vol 17 n°3, pp. 93-105.

Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS) (2005), Enquête sur la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements anticipateurs, juin.

Expert P. *La tarification à l'activité*. Berger-Levrault. 2005.

Mintzberg, H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation.