



HAL
open science

L'HOPITAL, UN SYSTEME ORGANISE DE TERRITOIRES ET DE PROCESSUS ORIENTE PERFORMANCE ET CONTROLE

Alain George, Michel Mannarini

► **To cite this version:**

Alain George, Michel Mannarini. L'HOPITAL, UN SYSTEME ORGANISE DE TERRITOIRES ET DE PROCESSUS ORIENTE PERFORMANCE ET CONTROLE. Comptabilité sans Frontières..The French Connection, May 2013, Canada. pp.cd-rom. hal-00996789

HAL Id: hal-00996789

<https://hal.science/hal-00996789>

Submitted on 26 May 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'HOPITAL, UN SYSTEME ORGANISE DE TERRITOIRES ET DE PROCESSUS ORIENTE PERFORMANCE ET CONTROLE

Alain GEORGE - Doctorant 3^{ème} année - IAE Montpellier 2 - MRM Montpellier 2 – Groupe Comptabilités et Société - Dirigeant et Consultant en entreprise.

georgealain@hotmail.com

4 clos du levant, chemin de la guardiole, 66380 Pia

Michel MANNARINI – Maître de conférences - UPVD-IUT Perpignan - MRM Montpellier 2 – Groupe Comptabilités et Société.

mannarini@univ-perp.fr

20 rue des avens, 66600 Rivesaltes

L'HOPITAL, UN SYSTEME ORGANISE DE TERRITOIRES ET DE PROCESSUS ORIENTE PERFORMANCE ET CONTROLE

Résumé : Cette communication met en question le postulat de frontière structurelle et de contrôlabilité finie des processus. Territoires et processus sont considérés comme délimités et contrôlables selon le modèle bureaucratique des configurations structurelles des organisations. Face au cloisonnement et à la divergence des objectifs des territoires hospitaliers, nous proposons, comme réponse légitime nécessaire, deux concepts complémentaires du management de la performance, le « contact logistique » et « L'intégrateur transversal ». Ces deux concepts conduisent à la fois à la différenciation et à l'intégration. Nous démontrons qu'ils sont des traducteurs nécessaires à la définition et la mise en œuvre de la performance organisationnelle de l'hôpital, sous condition de légitimité auprès des quatre territoires hospitaliers identifiés: Cure, Care, Control, Cater.

Mots clés: Contrôle, Intégration, Légitimité, Performance, Territoires

Abstract: This communication calls into question the postulate concerning the structural boundary and the finite controllability of processes. Territories and processes are considered as delimited and controllable according to the bureaucratic model of structural configurations of organizations. In front of the separation (partitioning) and the divergent objectives of the hospital territories, we propose, as legitimate response necessary, two complementary concepts of performance management, "the logistics contact" and "the transversal integrator". These two concepts lead, at once, to the differentiation and integration. We demonstrate that they are the necessary translators in the definition and implementation of the organizational performance of the hospital, on condition that they have legitimacy with the four territories identified: Cure, Care, Control, and Cater.

Key words: Control, Integration, Legitimacy, Performance, Territories

INTRODUCTION

L'objet de la recherche est de s'interroger sur la cartographie des processus organisationnels de l'hôpital. Ce dernier est confronté à des mutations profondes telles que, par exemple, l'externalisation des processus logistiques, jusqu'à présent internalisés, ou la réalité de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). Nous proposons alors d'analyser les formes organisationnelles endossées par l'Hôpital et contraintes par des perspectives d'évolutions de gouvernance hospitalières imposées par la Tutelle (HAS, ARS)¹.

Les environnements au sein desquels évoluent les organisations hospitalières, se caractérisent par une complexité croissante. Cela s'explique à travers la contrainte par injonction des organismes de tutelle (dématérialisation des procédures d'achat, externalisation des plateformes logistiques hospitalières). Les bouleversements culturels par des procédures conventionnées de plus en plus contraignantes (bonnes pratiques et démarches qualité) ont accentué cette complexité.

Les espaces d'échanges d'informations et de biens et services, entre acteurs soignants (infirmiers en unités de soins) et logisticiens (magasin central, restauration, blanchisserie, pharmacie), sont des zones de contact logistique. Ces zones délimitent alors des territoires²² qui sont des espaces organisationnels qualifiés par une appartenance culturelle-métier impliquant l'existence de frontières au sein de l'organisation.

Ces zones de contact sont des espaces potentiels de pertinence et de cohérence appelant un certain niveau de contrats à ce jour informels entre ces acteurs. Ces contrats informels sont alors ce matériau de cohérence, pertinent qui permet une traduction et une compréhension, par l'ensemble des territoires concernés, des objectifs, des processus de l'organisation et de leur contrôle.

La complexité de l'environnement de recherche réside dans la définition de la performance, qui, ici, se détermine, à la fois, au niveau du patient³ mais également aux niveaux organisationnel et économique. La difficulté apparaît dans le système de contrôle de la performance et non pas dans l'outil. Notre propos vise à éclairer les conditions de succès de la mise en place d'un système de contrôle dans une organisation complexe (Mintzberg, 2001) telle que l'hôpital. Cette complexité provient de la nature duale de la performance qui se détermine à deux niveaux difficilement conciliables : la qualité du soin et l'économie du soin.

La question de recherche est la suivante : quel acteur peut permettre la prise en compte d'une performance duale et instaurer une cohérence au sein de l'organisation hospitalière ?

Notre recherche s'apparente à une étude empirique qui s'appuie sur une étude de cas. La méthode utilisée s'articule autour d'une cinquantaine d'entretiens individuels et semi-directifs. Le panel de fonctions et de hiérarchies interrogé est large et transversal, il concerne l'ensemble des acteurs compris entre le magasinier et le médecin. Cinq thèmes clés ont été définis : Modalités du changement organisationnel ; Contractualisations et conventions ;

¹ HAS : Haute autorité de Santé, ARS : Agence de Santé.

² Le territoire est défini en éthologie comme une « étendue limitée de la surface de la terre sur laquelle vit un ensemble donné d'individus d'une même espèce » (Esser, 1971). Les structures sociales évoluent sous la pression de deux exigences complémentaires : la maximisation des interactions (Bailly, 1998) par la multiplication des contacts et par la coopération entre individus ; et l'utilisation optimale de l'espace.

³ Nous utiliserons également le terme de patientèle.

Intégration et différenciation des processus ; Réaménagement des processus.

L'étude réalisée au sein du Centre Hospitalier Saint-Jean (CHSJ), met en lumière la nécessité d'un acteur gérant une double problématique. La première concerne le déséquilibre organisationnel lié à la cohabitation de quatre logiques apparentées aux quatre mondes selon Glouberman et Mintzberg, 2001 : Community (les organismes de tutelle), Control (les gestionnaires), Cure (les médecins), Care (les infirmiers et les aides-soignants). La seconde concerne la difficulté de qualification des composantes de la collaboration au sein d'une organisation performante. Ces composantes peuvent être, par exemple, le contact logistique, les ressources mobilisées, la valeur des échanges, ou, encore, le respect des normes et protocoles.

Afin de donner un cadre théorique propice à l'analyse critique des concepts d'intégration et de différenciation⁴, nous postulons le recours au paradigme de l'approche par processus, fréquemment évoqué et utilisé dans les entreprises industrielles et commerciales depuis une quinzaine d'années. « La locution « approche par processus » renvoie à des modalités de gestion qui valorisent explicitement la performance intrinsèque des organisations par processus, indépendamment de la structure organisationnelle adoptée ». Une telle approche induit une vision transversale de l'organisation hospitalière constituée de fonctions abondamment étudiées, depuis de nombreuses années, dans la littérature des sciences économiques et de gestion (Weber (1971) ; Crozier et Friedberg (1977) ; Mintzberg (1982) ; Boutinet (1996) ; Crémadez (1992).

Dans une première partie, nous essaierons de traiter la question théorique de la configuration structurelle et culturelle des organisations hospitalières. Puis, nous montrerons l'importance d'un contrôle inter-organisationnel, porteur de sens, afin d'atteindre la performance de l'organisation hospitalière. Ce contrôle introduit la notion de légitimité nécessaire auprès des acteurs des quatre territoires concernés. Ainsi, la proposition 1 vise une interprétation cartographique de l'organisation hospitalière actuelle.

Ensuite, en conclusion, nous proposerons une nouvelle cartographie de ce type d'organisation.

La proposition 2 prétend modéliser, également à travers une cartographie et autour d'un « acteur intégrateur », une organisation hospitalière transversale et performante.

1. LES TERRITOIRES VECTEURS DE CLOISONNEMENT AU SEIN DE L'HOPITAL

La décentralisation des activités logistiques engagée depuis une quinzaine d'années (exemples des CHU de Tours et Montpellier) coïncide avec un renouveau des plans « Hôpital ». Ce phénomène de renouveau résulte de la conjonction de quatre grandes tendances :

- 1- l'accélération de la fragmentation horizontale et verticale de la logistique hospitalière ;
- 2- la multiplication et l'émiettement des acteurs logistiques rendant un effet de nébuleuse organisationnelle ;
- 3- le brouillage de la cartographie et des territoires lié au renforcement du processus de « métropolisation » et de « mondialisation » du secteur public hospitalier ;
- 4- la complexification des processus de soins et de traitements médical et administratif orientant la tendance vers une mise en œuvre du soin sur mesure et au plus près du patient.

Face à une transformation profonde des modèles traditionnels de la santé publique, la

⁴ Paul R. Lawrence, Jay W. Lorsch, Differentiation and Integration in Complex Organizations, Administrative Science Quarterly, volume 12, issue 1, June 1967, 1-47.

question posée concerne la forme que prend cette relocalisation des activités logistiques et, au-delà, la place et le rôle que tiennent les différents acteurs.

1.1. Une nouvelle organisation hospitalière caractérisée par les territoires

Dans ce contexte de nouvelle organisation, les plateformes logistiques sont devenues l'instrument pivot, en référence au concept de firme-pivot⁵, des stratégies logistiques locales, notamment dans le domaine de l'approvisionnement des médicaments vers les territoires de soins.

De nouveaux modes d'organisation s'inscrivent dans une perspective plus large d'ouverture de l'hôpital sur son environnement logistique. A ce titre, la priorité est donnée à la recherche de complémentarités et de cohésion entre les différents acteurs de santé, en particulier les acteurs logistiques et de soins. L'hôpital, centre de production de soins, fait appel depuis 2010, au soutien logistique externalisé, par l'intermédiaire d'une ou plusieurs plateformes capables de s'adapter en « temps réel » aux demandes des unités de soins.

Aujourd'hui, ces plateformes logistiques sont politiquement (i.e. la Tutelle) légitimes, puisque inscrites dans les plans « Hôpital » 2007 et 2010. De même, un consensus semble se dégager pour accorder à ces plateformes un rôle clé dans l'émergence de ce qu'il est convenu d'appeler la nouvelle organisation hospitalière. Ceci est remarquable au regard du « flou » autour de leurs compétences, de la « rivalité » des territoires, de la faiblesse relative de leurs moyens humains, techniques et financiers, qui ne constituent pas, semble-t-il, des freins handicapant à leur développement.

Cette politique logistique pourrait être définie comme un processus de médiation organisationnelle, dans la mesure où son objectif est de prendre en charge les désajustements qui peuvent intervenir entre les différents territoires de l'hôpital.

La complexité d'une prise en charge globale des besoins logistiques de santé nécessiterait un principe, à la fois, de collaboration et de coordination. Les processus logistiques se doivent de collaborer malgré leur multiplicité (restauration, blanchisserie, pharmacie, magasin central). Une coordination, visible de tous et chargée de sens, favoriserait les relations contractuelles et la continuité des processus dans une perspective de construction d'une organisation logistique performante.

En liant contrat d'objectifs et de moyens et collaboration entre les acteurs, cette coordination devient la clé d'une potentielle contractualisation entre l'organisation logistique et l'organisation de soins.

Selon la distinction établie par Favereau (1989), à l'exemple du système économique, la recombinaison cohérente de l'organisation hospitalière requiert la mobilisation de trois modes de « coordination » des acteurs du système de santé, la contrainte, le contrat, et la convention :

- 1- La contrainte qui fixe les règles du jeu et permet d'arbitrer les différenciations territoriales;
- 2- Le contrat qui sert de base à la négociation et à la démarche d'intégration des quatre mondes;
- 3- la convention qui rend possible la délibération et l'adhésion des acteurs, dans la perspective d'une amélioration de la performance. (Gadreau, Jaffre, Lanciau, 1999).

Ces trois dispositifs pourraient constituer le socle fondateur de cohérence et, par conséquent, de performance, à condition qu'ils endossent leur rôle de coordinateur.

⁵ La notion de firme-pivot a été étudiée par Harland (1996) et Lambert (1998).

L'organisation hospitalière devrait, donc, être étudiée comme une organisation complexe, réunions d'individus et de groupes, qui ont leurs identités propres, des intérêts et des objectifs personnels, même s'ils doivent collaborer. L'existence de cette organisation implique un arrangement mutuel, accepté ou imposé, vecteur de mise en relation tout en assurant l'identité des groupes et la cohésion de l'organisation. Il apparaît alors que nous sommes face à un système formé d'organisations (i.e. groupes). Ceci confirme la complexité relevée par les chercheurs, qui, en nommant l'hôpital « organisation complexe » identifie un système s'apparentant à l'organisation d'organisations (Huault, 2008). Nous utiliserons donc les termes de système pour caractériser l'organisation des organisations, et le terme d'organisation pour un sous-système ou une partie du système.

Cependant, lorsque l'on étudie une organisation hospitalière séparément, sa complexité s'estompe. Même l'intervention médicale la plus délicate, au-delà du degré de difficulté d'exécution, peut être aisément comprise par une personne intelligente. Alors, pourquoi est-ce que tout devient si compliqué quand ces organisations sont contextualisées dans un système, et, ce système abordé dans un contexte social ?

Le Monde de la Santé est depuis longtemps différencié selon quatre mondes (figure 1), quatre types d'activités, quatre manières d'organiser, quatre états d'esprits incompatibles. « Selon Glouberman et Mintzberg, (2001, p. 57) aussi longtemps qu'ils resteront déconnectés, à notre avis, rien de fondamental ne changera ».

Nous pouvons identifier ces quatre mondes en discutant les caractéristiques de chacun, spécialement leurs différences, et en considérant certaines de leurs relations dynamiques, en premier lieu la fameuse organisation de soins appelée l'hôpital, dans le contexte du système hospitalier. En nous inspirant de différents travaux et en adaptant les configurations élaborées par Glouberman et Mintzberg, nous nous appuyons sur deux notions : les typologies de management/allocation de ressources et contrôle (*In*, *Out*, *Up*, *Down*) et les territoires. Un territoire est un ensemble de processus identifiables à un métier : une typologie de processus, un degré de contact logistique, un degré de contact patient ; à des acteurs : une culture, une logique d'acteur et des facteurs de profit.

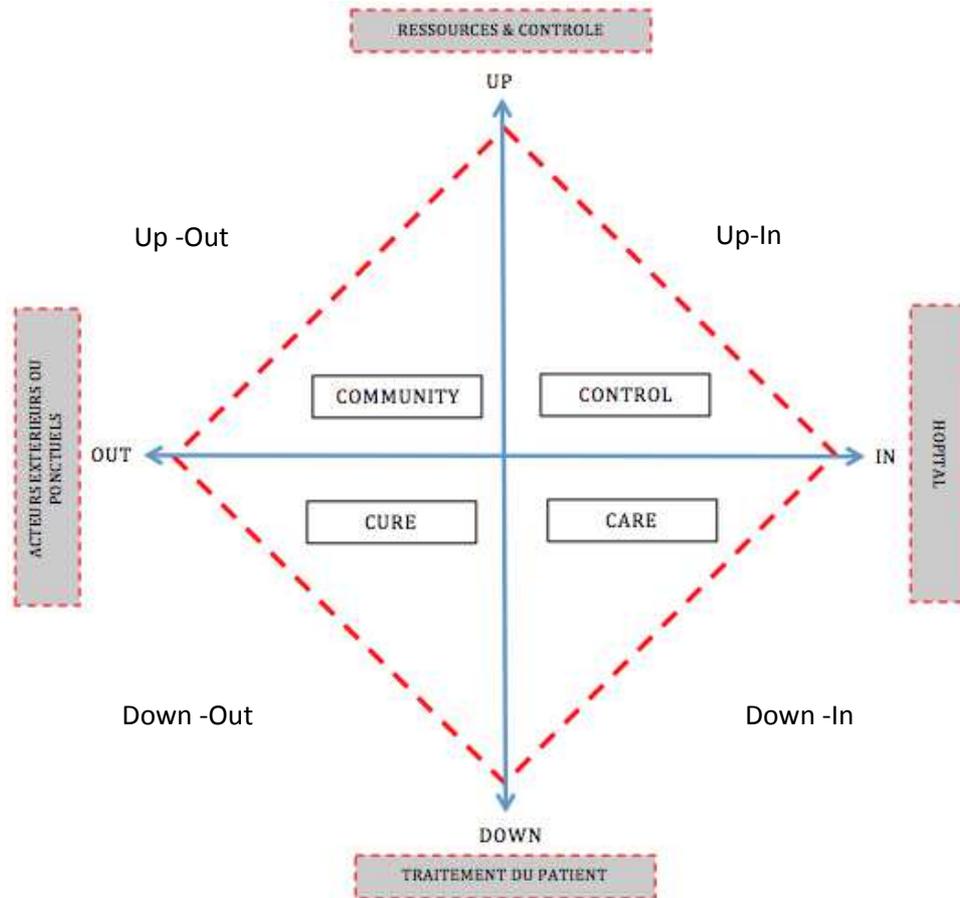
Certains acteurs opèrent un management par le bas (*Down*) directement au niveau du centre opérationnel focalisé sur le traitement des patients. En termes d'objectif, il est orienté patient, c'est-à-dire l'opérationnalité du traitement. D'autres opèrent un management par le haut (*Up*) à l'instar de ceux qui contrôlent et fondent les tutelles (agences de l'Etat, compagnies d'assurance). Il a donc pour objectif la satisfaction de la Tutelle. Il s'agit là d'une dimension verticale du management.

En ce qui concerne la dimension horizontale, le management (*In*) consomme les ressources allouées et opère le contrôle. Nous parlons ici des unités et des personnels de soins, mais aussi le contrôleur de gestion. Nous sommes donc tournés vers l'intérieur de l'hôpital.

Un autre management est tourné vers l'extérieur (*Out*) pour répondre aux exigences des acteurs externes et des acteurs ponctuels (Tutelle, les assurances, les agences de l'état fournisseurs de ressources, médecins, etc.) en attente de résultats. Dans ce cas, le contrôle est externe à l'hôpital.

Rassemblons ces quatre types de management et nous obtenons enfin, les quatre « *quadrants* » des activités de l'hôpital, en référence aux quatre mondes évoqués précédemment.

Figure 1 : Les quatre mondes différenciés de l'organisation hospitalière, adapté de Glouberman et Mintzberg, (2001)



La différenciation suppose des managements cloisonnés au sein de l'Hôpital. Le management *Down-Out* : Identifie le monde des médecins (Cure). Leur management est de type *Down* pour les opérations concernant le centre opérationnel et de type *Out* puisque ce monde n'effectue pas de reporting vers la hiérarchie de l'hôpital.

Le management *Up-Out* : Caractérise le monde de la Communauté formellement représenté par les autorités hospitalières, mais aussi par toutes les institutions et autres organismes qui apportent leurs soutiens à l'hôpital de manière informelle. Ce management n'est, ni directement connecté aux opérations hospitalières, ni intégré dans la hiérarchie de l'hôpital. Il est, en d'autres termes, à la fois de type *Up* et *Out*.

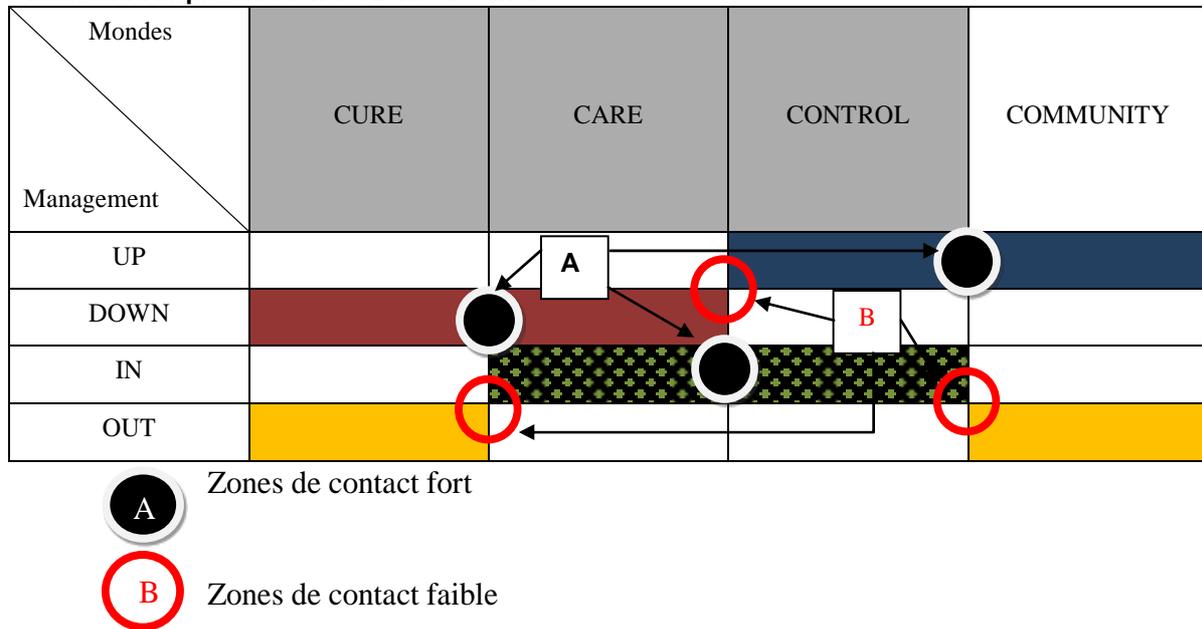
Le management *Down-In* : Joue le rôle d'un processus support. Nous trouvons le monde des soins (Care), représenté essentiellement par les infirmiers, et par d'autres spécialistes qui fournissent des soins de base⁶. Ils fonctionnent selon leur propre autorité hiérarchique. Leur management est de type *In* puisque ce monde est connecté directement à l'administration hospitalière, et *Down* puisque l'objectif principal est la satisfaction des patients.

Le management *Up-In* : Représente le monde du Contrôle celui d'une administration conventionnelle, plutôt de type *Up* depuis que les managers sont responsables à part entière aux yeux du système, mais également de type *In* depuis qu'ils sont aussi directement reliés aux opérations de soins et métiers au sein de l'hôpital.

⁶ ASH : Agent des Services Hospitaliers

La dimension « Up » caractérise à la fois les ressources et le contrôle de leur utilisation, alors que la dimension « Down » s’identifie au patient.

Tableau 1 : Représentation des zones de contact



Cure, Care, Control et Community se déclinent selon leur position et leur orientation managériales: les médecins se tournent « cliniquement » vers le patient (Down) mais agissent « administrativement » vers l’extérieur (Out) ; les soignants regardent vers le patient (Down) mais se situent à l’intérieur (In) ; les managers restent à l’intérieur (In) mais sont contraints de se tourner vers le haut (Up) ; les autorités de tutelle se trouvent à l’extérieur (Out) et s’orientent vers le haut (Up).

Nous confirmons, donc, que l’hôpital, n’est pas une seule organisation mais quatre, chaque partie se structurant elle-même de manière indépendante. Ce système organisationnel tend, lui-même, à se segmenter en deux clivages selon deux lignes, horizontale, verticale.

Le premier clivage, horizontal, sépare ceux qui opèrent « cliniquement », « au bas » du système, de ceux qui n’opèrent pas mais qui cependant travaillent au dessus de cette ligne, créant ainsi le « grand fossé » du système de santé. Au dessous, se trouvent ceux qui répondent aux exigences professionnelles et aux impératifs technologiques. Au-dessus, par contre, nous avons ceux qui répondent aux besoins d’un contrôle de gestion et des finances mais aussi de la qualité du Soins de l’Hôpital.

Le second, vertical, sépare ceux qui sont intimement connectés opérationnellement à la structure hospitalière, les soignants et les managers, de ceux qui sont impliqués mais pas formellement engagés ni contractualisés au niveau de l’activité de soins, médecins et autorités étatiques.

De notre point de vue, c’est l’association de différentes divisions en termes d’organisation, d’attitude, d’état d’esprit, de culture et d’objectif qui rend la gestion de ce système difficile. Ces divisions jouent donc le rôle de frontières au sein desquelles le management perd de sa complexité mais qui, a contrario, complexifie la dynamique de cohésion et de performance du système.

Cette organisation hétéroclite des quatre mondes qui se manifestent spécialement et de manière significative à l’intérieur de l’hôpital doit être clairement décrite, en nous appuyant sur les frontières qui délimitent les territoires définis plus haut, par le métier et l’acteur.

Community, Control, Cure, Care déterminent une organisation emprunte de différenciation due à la délimitation des territoires et leur cloisonnement. Elle requiert, afin de s'inscrire dans une dynamique organisationnelle transversalement performante une intégration entre les territoires.

A l'image de ses médecins, L'hôpital souhaiterait se positionner, en termes de management et de contrôle comme « Down-Out ». Dans ce cas, sa vraie problématique serait d'opérer un contrôle inter-organisationnel, entendons à la croisée des territoires, puisqu'il (i.e. l'hôpital) serait orienté vers l'extérieur de sa propre dynamique organisationnelle. Du reste, à l'instar de la communauté médicale, l'hôpital est devenu de plus en plus spécialisé. Il se décharge de ce qui est le plus simple et même des formes d'intervention les plus intégratives au profit de la communauté des soins. Ceci tend à confirmer qu'il externalise ce que qu'il a le plus de difficulté à rendre performant (au regard des ressources allouées), et se positionne donc ponctuellement « *Down-Out* ».

Le terme « Intervention », employé pour désigner une opération chirurgicale, semble plus approprié pour les médecins, leur implication étant inévitablement intermittente contrairement au « staff » soignant. Finalement, l'intervention chirurgicale terminée, ils s'écartent pour laisser la majeure partie des soins entre les mains des soignants. Nous pouvons assimiler le transfert, du patient de la chirurgie au soin, à une zone de contact. Ce sont, spécifiquement, les unités de soins qui sont « *Down-In* », fortement engagées vis-à-vis de l'hôpital et profondément connectées vis-à-vis du centre opérationnel. En contraste avec les interventions des médecins, les personnels soignants fournissent des soins selon un processus relativement continu et en quête de coordination.

Une des problématiques de l'organisation de l'hôpital est que nous ne pouvons identifier, à ce jour et à cet endroit, un acteur coordinateur. Cependant ce sont les soignants qui possèdent le plus d'informations et de processus⁷ pour exercer une réelle coordination à ce niveau de clivage. Ils se trouvent souvent « coincés » entre les médecins qui revendiquent la responsabilité du patient (qualité du soin) en dépit de leur absence et les contrôleurs de gestion qui revendiquent la responsabilité du contrôle (économie du soin) en dépit de leur éloignement.

Les managers exercent une autorité formelle sur les autres membres de l'organisation hospitalière, spécialement sur ceux qui ont le moins de capacité à revendiquer un statut professionnel basé sur le niveau de responsabilité et de compétence de l'hôpital, c'est-à-dire basé sur le soin. Finalement, le manager contrôle de manière directe une espèce de « patchwork organisationnel piqué » ça et là d'enclaves plus ou moins autonomes qui rendent problématique le management de l'hôpital, qui, rappelons-le, sous la pression de l'environnement, est toujours à la recherche de plus de cohérence organisationnelle et de performance.

Nous pouvons noter, cependant, qu'il ne s'agit pas simplement que d'un problème de pouvoirs et d'autorité. Les managers sont souvent en incapacité de traverser ce que nous avons appelé le « grand fossé », là où la structure est déterminée par « le haut » des standards professionnels ainsi que des impératifs technologiques et non par un diktat administratif (nous pouvons citer en autres le contrôle de gestion). Les réorganisations et autres restructurations auxquelles l'hôpital s'est prêté régulièrement depuis plusieurs années ont tenté de répondre à une difficulté de gestion de l'hôpital. Or, il se trouve que les contrôleurs de gestion ne peuvent assumer ce rôle puisqu'ils ne contrôlent absolument pas les opérations cliniques.

La frontière est donc clairement établie tel un « grand fossé » empêchant toutes actions de coordination et de contrôle à ce niveau. Le contrôle des hôpitaux est notoirement difficile à

⁷ Au sens de propriétaire de processus

effectuer à cause et malgré une réorganisation perpétuelle. L'environnement (*Community*) de l'hôpital focalise, en raison de son éloignement par rapport aux mondes des soins et des traitements médicaux, son attention vers le contrôle en mettant indirectement une pression sur les managers.

Nous sommes, donc, en présence d'un système caractérisé par une extraordinaire et croissante différenciation autant que par un manque d'intégration.

2. L'INTEGRATEUR TRANSVERSAL : UNE SOLUTION A LA FRACTURE AUX POINTS DE CONTACTS ORGANISATIONNELS

L'hôpital est un vecteur dans des stratégies de pouvoir et de constitution de patientèles, un lieu d'expression et d'élaboration des asymétries d'information entre mondes différenciés (Glouberman et Mintzberg, 2001). Plus largement, les hôpitaux, même s'ils disposent de propriétés, sont des consommateurs de denrées, de services, de matériel. Excepté ce qui concerne la gestion de leurs biens propres (*Community*), les incidences économiques et logistiques de l'activité d'un hôpital méritent d'être évaluées. Le fait que la « *Community* » ne participe pas à la performance interne, questionne sa présence dans la cartographie des territoires et des processus de l'hôpital que nous allons proposer.

Nous pouvons noter que les termes « *Care* », « *Cure* » et « *Control* » sont utilisés à la fois comme des verbes et des substantifs, alors que le terme « *Community* » est utilisé seulement comme substantif.

La carte des quatre mondes (*Community*, *Control*, *Care*, *Cure*) de Glouberman et Mintzberg devient alors, dans notre étude de cas, une cartographie de quatre territoires (*Care*, *Cure*, *Control*, *Cater*). En effet, en focalisant le système organisationnel sur la performance de l'hôpital c'est-à-dire, l'efficacité et l'efficience de sa pratique de soins, nous proposons, dans ce chapitre, de substituer au monde « *Community* », le territoire « *Cater* ». Nous le définissons comme un ensemble de processus, échanges de biens et de services, générateurs de contact entre Logistique et Soins. Ces quatre territoires, étudiés au sein du centre hospitalier HSJ, ont été identifiés, et nous permettent d'envisager une dynamique de cohésion par le biais d'une intégration cognitive et mutualisante.

Dans un élan mutuel intégrateur, ces quatre territoires appellent à la mise en place d'un « acteur transversal » comme une amélioration de leur organisation et non comme un simple ajout administratif à la hiérarchie déjà en place : « *Nous avons besoin de réunir les deux mondes « Care » et « Cure » de manière effective pour coordonner les services aux patients à l'intérieur de l'hôpital...* » (Glouberman et Mintzberg, 2001, p. 69). Nous avons besoin de briser les barrières entre « *Care* », « *Cure* », « *Control* » et « *Cater* » afin que l'hôpital puisse fonctionner de façon plus collaborative et allouer, de manière plus efficace, les ressources du système global. Dans ce chapitre nous présenterons deux propositions, la seconde étant insérée à, et dépendante de la première.

2.1. Les zones de contact : espaces potentiels d'intégration et de performance

La théorie du management de Lawrence et Lorsch (1973) affirmait que « plus grande est la différenciation des unités d'une organisation, en termes d'objectifs, de structures et d'orientations interpersonnelles, plus grand est le besoin d'intégration de ces unités ».

Dans la plupart des situations de contact logistique, nous avons affaire à des relations asymétriques, soumises aux incertitudes des environnements institutionnel, organisationnel et

culturel. Les questions posées par la mise en commun de ressources et la nécessité de définir le partage des gains et des risques de toute activité, renvoient souvent à un autre aspect, celui du contrat entre les acteurs ; ce contrat pouvant être plus ou moins contraignant et plus ou moins formalisé.

Le cas du Centre Hospitalier est à analyser en termes de désharmonie structurelle, de complexité et de contrôle. Toutes les organisations ne choisissent pas la cohérence dans la conception de leur structure. Elles utilisent ce que Mintzberg⁸ a appelé des structures qui, empruntent leurs caractéristiques à plus d'une configuration. Certaines de ces organisations, telles que l'hôpital, paraissent exiger une structure de *Bureaucratie Professionnelle*. Néanmoins, elles sont conduites, au détriment de leur performance, à adopter certaines caractéristiques de la *Bureaucratie Mécaniste* sous l'impulsion d'un contrôle externe concentré (Autorité de la Santé), et d'autres spécificités (importance des fonctions logistiques) de la structure *Adhocratique*.

Ce pourrait être le cas du Centre Hospitalier HSJ, une *bureaucratie professionnelle* simple qui recrute des médecins et des infirmiers hautement formés. Ainsi il s'appuie, pour une large part, sur leurs qualifications standardisées, pour produire une certaine qualité de soins, mais il a aussi besoin d'un pilote des processus pour assurer une coordination étroite des activités opérationnelles. C'est également le cas de l'*Adhocratie entrepreneuriale*, où « l'acteur transversal », qui est lui-même un expert, est capable de maintenir une sorte de contrôle central malgré l'utilisation de groupes de projets multidisciplinaires ou de communautés cloisonnées (médecins, soignants, logisticiens).

De cette façon il peut y avoir cohérence dans la structure de chaque organisation, si ce n'est dans le système pris dans son ensemble. A l'intérieur des organisations il existe toujours des forces qui attirent différentes parties vers différentes structures. Chacune de ces parties cherche à atteindre la structure qui est la plus appropriée à ses propres besoins, tout en étant soumise aux pressions qui vont dans le sens de la structure la plus appropriée pour l'organisation dans son ensemble. Ce sont des forces de différenciation au sein du système hospitalier. Notre travail de recherche nous a permis d'identifier ces forces qui dynamisent les quatre territoires de l'organisation hospitalière mais tendraient également à les fragmenter et à amplifier leurs différences.

L'une de ces forces serait l'engagement, l'intention, la volonté d'atteindre un but. Mais une reconnaissance mutuelle insuffisante des différentes tendances altruistes serait à l'origine d'attitudes défensives liées à des intérêts individuels de groupes ou de territoires.

Une deuxième force serait le désir, partagé par les quatre territoires, de progresser en terme de connaissance. La recherche et le développement logistiques seraient considérés comme des activités majeures, aussi bien par les soignants (care) que par les médecins (cure), alors que les autorités hospitalières (community) apporteraient un soutien financier significatif à ce type d'activités (plan hôpital 2010) et les managers (control) un soutien administratif. Mais il semblerait que cette marche en avant vers la connaissance serait l'une des premières causes du haut niveau de différenciation, à la fois en inter et en intra, des deux territoires cliniques que sont « cure » et « care ».

La troisième force serait l'urgence. Les diverses crises organisationnelles vécues par l'hôpital devraient réunir ces quatre territoires, de manière plus objective, sur le terrain des urgences médicales, là où les équipes agissent de concert pour sauver des vies.

⁸ Mintzberg H., Structures et dynamiques des organisations, Ed. Organisations, 1982

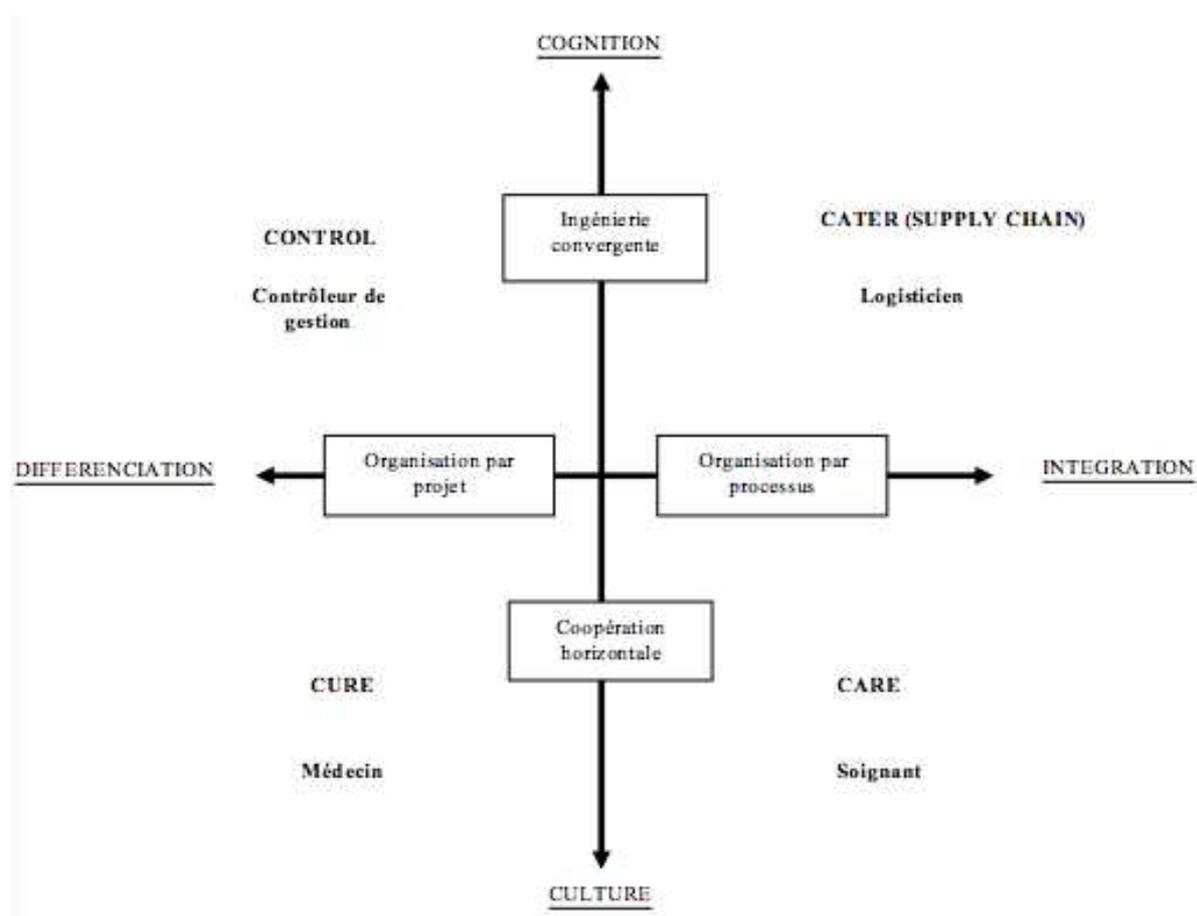
Mais ces comportements ne nous servent-ils pas, surtout, à nous éclairer sur une certaine réalité : le manque de collaboration entre ces territoires (Zarifian, 1996) ? « *Les forces naturelles de la collaboration doivent être exploitées afin d'atteindre un certain niveau d'intégration proportionné au niveau de différenciation* » (Glouberman et Mintzberg, 2001). Pour être performant tous les efforts entrepris devraient être collaboratifs et transversaux aux différents territoires du système hospitalier et devraient modifier de manière profonde les comportements opérationnels. Ceci nécessite un certain degré d'intégration, fort, entre les opérations logistiques et les activités de soins.

Le moteur de la collaboration et du maintien des formes inter organisationnelles est à chercher dans les relations humaines qui préexistent entre les organisations et les acteurs qui les composent. Granovetter désigne par le terme « encastrement » (*embeddedness*) cette force adhérente qui dérive de l'ensemble des relations. Ainsi la collaboration répétée entre les acteurs hospitaliers entraîne le développement de relations satisfaisantes d'un point de vue humain plutôt que de relations optimales d'un point de vue économique. Pour peu que cette association d'acteurs soit régie par des règles, une certaine forme de légitimité (Di Maggio et Powell, 1983 et 1991, Scott, 2001, Huault, 2009) et une identité culturelle, nous pouvons considérer que chacune des organisations ou territoires peut être assimilés à une institution. Ceci confirme encore la complexité du système hospitalier qui doit faire cohabiter des institutions (i.e. territoires). De ces constatations, nous pouvons alors énoncer notre première proposition.

Proposition n°1 : les zones de contact sont des espaces d'intégration, de collaboration, générateurs de performance.

Cette proposition donne ainsi une nouvelle cartographie (Figure 1) de l'organisation hospitalière où apparaît le territoire « Cater » adaptée de Jacot et Micaelli (1996), Zarifian (1996), Glouberman et Mintzberg (2001).

Figure 1 : Une nouvelle cartographie organisationnelle hospitalière

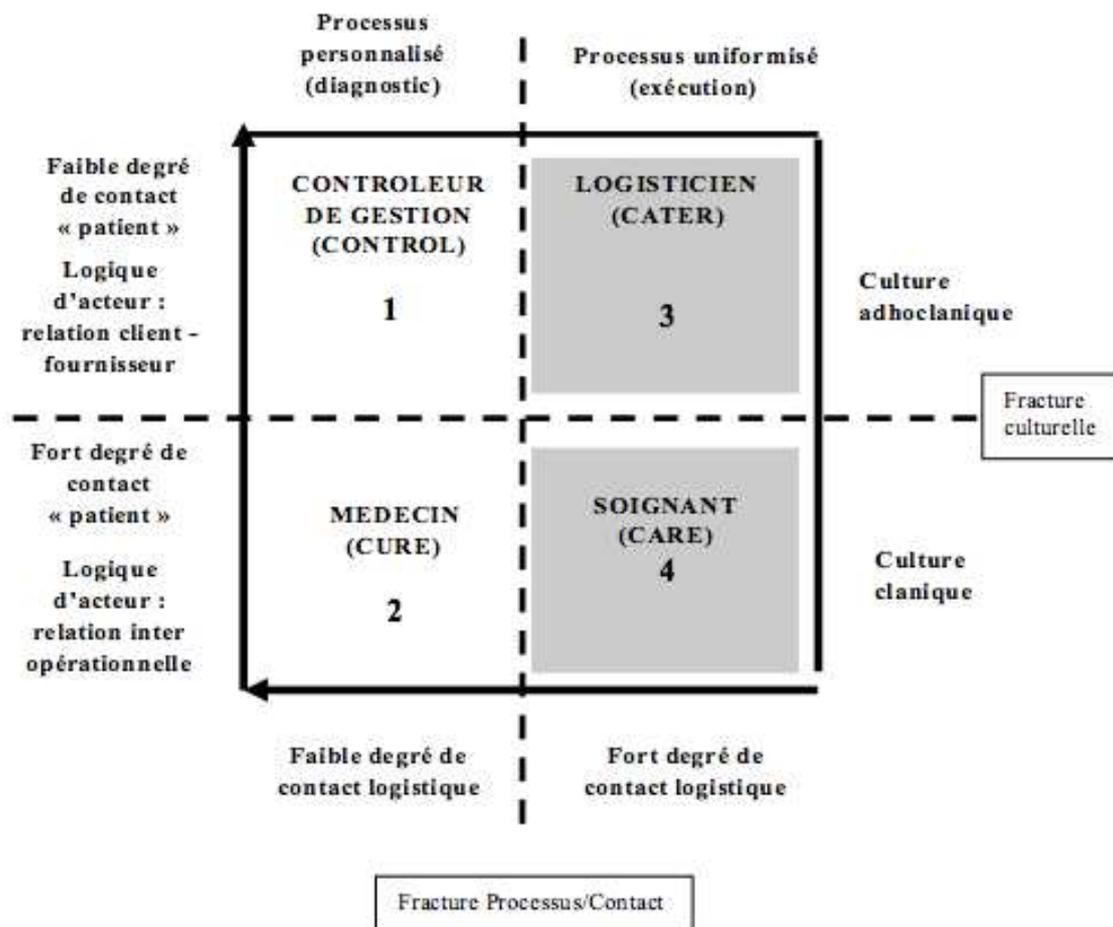


Au regard de la cartographie organisationnelle ci-dessus il nous semble intéressant d'établir une représentation matricielle (figure 2) afin d'identifier et de synthétiser les caractéristiques des quatre acteurs en situation de soins. L'objectif est de les positionner contractuellement sur les quatre territoires du système hospitalier en fonction des théories mais aussi des pratiques identifiées et sollicitées lors de notre processus de recherche.

Tableau 2 : Synthèse des éléments théorique et pratique identifiés

Culture	Clanique	Adhoclanique
Logique d'acteur	Interopérationnelle	Client-Fournisseur
Degré de contact logistique	Faible	Fort
Degré de contact « patient »	Fort	Faible
Typologie de processus	Personnalisé (diagnostic)	Uniformisé (exécution)
Facteurs de profit	Interconnexions, interrelations	Méthodes, techniques et procédures

Figure 2 : Cartographie matricielle du positionnement des acteurs hospitaliers en situation de soins



1- CARE (Soignant) :

Culture clanique. Logique interopératoire : la valeur est rendue pendant l'interaction avec le patient. Fort degré de contact logistique – Fort degré de contact « patient ». Un processus uniformisé (accent sur l'exécution) et prédéterminé qui met le patient à l'aise et rend l'expérience conviviale. Facteurs de profit : procédures établies et éprouvées.

2- CURE (Médecin) :

Culture clanique. Logique interopératoire : la valeur est rendue pendant l'interaction avec le patient. Faible degré de contact logistique – Fort degré de contact « patient ». Un processus personnalisé (accent sur le diagnostic), diagnostics en « temps réel » de problèmes complexes et mal définis. Facteurs de profit : connexions avec d'autres professionnels

3- CATER (Logisticien) :

Culture adhoclanique. Logique client-fournisseur : la valeur est rendue en l'absence du patient et se concentre principalement sur les résultats. Fort degré de contact logistique – Faible degré de contact « patient ». Un processus uniformisé (accent sur l'exécution, supervision d'une équipe à faible coût. Facteurs de profit : méthodes établies et techniques évolutives.

4- CONTROL (Contrôleur de gestion) :

Culture adhoclanique. Logique client-fournisseur : la valeur est rendue en l'absence du patient et se concentre principalement sur les résultats. Faible degré de contact logistique – Faible degré de contact « patient ». Un processus personnalisé (accent sur le diagnostic), solutions de gestion créatives, innovatrices à des problèmes qui sortent du commun. Facteurs de profit : connexions avec d'autres professionnels.

Ces deux cartographies mettent en avant la complexité du système hospitalier et permettent de déchiffrer les fractures organisationnelles et processus entre les territoires. Nous pouvons, alors, grâce à cette proposition, aller plus en avant, concernant les leviers et vecteurs qui favoriseraient un environnement propice à la performance, au contrôle et à la cohérence.

2.2. Les fractures entre territoires, antagonistes au contrôle et à la performance

Notre lecture du système hospitalier, en quatre territoires, est à la fois verticale et horizontale. Les quatre territoires présentent deux fractures, l'une culturelle, l'autre au niveau du processus et du contact. La fracture culturelle relève évidemment d'une identité commune liée au soin et à l'intervention médicale (diagnostic, opération, etc.) pour le duo Cure/Care. Ces deux territoires sont les seuls dans le quadrant à avoir une base identitaire commune. Les autres doivent se retrouver sur un terrain commun (logique d'acteur) où la culture identitaire est créée pour l'occasion, ad hoc et pour l'environnement (adhoclanique, Livolsi, 2002), c'est la lecture horizontale de notre cartographie.

La lecture verticale met en relief une dynamique des processus transversaux entre les territoires Care et Cater qui sont principalement logistiques orientés-soins. Les deux autres territoires ont chacun des processus individuels de diagnostic propres et liés à leurs spécificités métiers. A court terme, la formalisation du processus (uniformisé ou personnalisé) permet déjà aux acteurs, à partir de ce qu'ils sont, de mieux se situer dans leur collaboration, d'aller au-delà d'une perception, largement intuitive et très partielle des processus et contacts auxquels ils participent. Il s'agit donc de réinterroger la pertinence des moyens et méthodes qu'ils mettent en œuvre afin d'atteindre leur performance (i.e. de leur organisation).

La rationalisation et l'augmentation du nombre de situations de soins (dispensation nominative) confrontent les processus logistiques à un nouvel impératif de pilotage logistique. Les situations de soins peuvent être mises à profit comme un « pilotage par l'aval » (Midler, 1996, p. 103) des stratégies logistiques de l'organisation hospitalière. Cette rationalité organisationnelle, par territoire, pourrait instaurer une cohésion et permettrait d'atteindre la performance du système sous condition d'une vision transversale consciente, au niveau de l'organisation, et mutualisante. En revanche, la multiplicité de processus et d'actions, due au fractionnement des lots logistiques, à l'augmentation des fréquences d'interaction, et, à l'accroissement du nombre de contacts, est contre performante à l'échelle de l'économie des soins.

Différentes réformes ont tenté d'apporter leur contribution à l'amélioration du système hospitalier. L'injonction lui est faite, par la Tutelle, d'être un système performant. Ceci nécessite d'une part, d'établir un consensus des acteurs sur le concept de performance (Koenig, 1993 ; Lorino, 2001) et d'autre part de lever « *l'antinomie apparente de la pression à laquelle le système hospitalier est soumis : améliorer la qualité du service rendu dans le contexte actuel où la contrainte de ressources est forte et les leviers d'action pas véritablement identifiés* » (Claveranne, Pascal, 2004).

Cette nécessité de consensus trouve sa source dans la « *conjonction de trois phénomènes* :

- *l'innovation technologique* ;
- *la réduction de la durée moyenne de séjour* ;
- *des outils de gestion plus centrés sur le reporting que le diagnostic, l'aide à la décision et la recherche de leviers d'action* » (Pascal, 2000).

Dans ce contexte, et suivant une démarche de *bottom-up*, « *la cartographie des processus constitue un objet transitionnel construit par les agents et dont ils peuvent se saisir pour comprendre, analyser et mesurer...* » (Pascal, 2000). Les processus, ainsi décrits et analysés, sont, à la fois, les constituants endogènes d'un cadre de normalisation et les outils de gestion indispensables à la mise en œuvre d'un management par les processus. L'analyse et la gestion par processus se heurtent « *à la nécessité de repenser les structures d'autorité pour conjuguer structure verticale et structure horizontale* » (Pascal, 2000). Il en est de même concernant la définition des objectifs et par conséquent les outils de contrôle.

La complexité d'une prise en charge globale des besoins logistiques de santé nécessite la prise en compte d'une transversalité dans laquelle la complémentarité des processus prend forme au fil des contacts dans la chaîne de soins. Cette transversalité doit être intégrée afin de permettre à l'ensemble des acteurs d'avoir une vision claire (quantitativement et qualitativement) de chacun des processus de soin et logistique. Il apparaît donc indispensable qu'un acteur soit nommé en vue de favoriser la coordination et la continuité des processus. Cette intégration devient alors la base de construction d'un système hospitalier performant. Cette construction est créditée de cohérence au sein de ses organisations, privilégiant la performance de leurs processus. Elle l'est également au niveau du système de soin, car cette cohérence se retrouve aussi entre les organisations sur la base d'un consensus et d'une convention sur la performance du système.

Le système hospitalier performant ainsi constitué confirme les trois modes de coordination de Favereau (1989),

- Il est contraint par l'autorité de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'opposabilité du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)⁹.
- Il est « contractualisé » par le Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), et, enfin,
- il est sous « convention qualité » par la mise en œuvre des procédures d'accréditation et d'autres démarches de certification (ISO 9001 et 14001 versions 2008). L'intégration doit donc s'articuler autour d'une dynamique de traduction et de médiation.

2.3. L'intégrateur transversal vecteur d'efficience et de contrôle sous condition de légitimité

Dans un double souci d'efficacité et d'efficience, l'intégration ne peut être portée que par un acteur unique dont la vocation est de définir un contrat tout d'abord informel avec l'ensemble des territoires. L'objectif est d'atteindre les performances, des organisations et du système, décrites précédemment, l'ensemble validé par l'environnement.

⁹ La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) apporte 2 innovations majeures aux SROS, qui deviennent schémas régionaux d'organisation des soins (et non plus sanitaire) : d'une part, leur intégration au sein des projets régionaux de santé (PRS), d'autre part, l'extension de leur champ d'application à l'offre de soins ambulatoire.

La dyarchie médicale et administrative, admise respectivement comme la qualité du soin et l'économie du soin, détermine la performance bipolaire et antagoniste qui est relevée par l'environnement de l'hôpital afin de statuer sur le niveau de performance du système. Dans ce cadre, Il nous faut relever une modification importante de la vision de la performance, « *l'aspect financier constitue une contrainte et non plus un but pour les organisations de santé* », (Montalan et Vincent, 2011). Néanmoins l'ambivalence qui tient dans la définition de la performance dans les différentes dimensions, clinique, verticale et horizontale, que génèrent le système et les zones de contact entre les organisations, a conduit à la mise en œuvre d'une définition sur deux notions, la stratégie et le contrôle.

Cette considération donne tout son sens à l'outil de définition stratégique et de contrôle qui fait l'objet de nombreuses recherches dans le milieu hospitalier. En réponse à l'injonction mentionnée plus haut, le Balanced ScoreCard (BSC) est utilisé afin d'élaborer un projet d'établissement hospitalier. Il est, dans ce cas, considéré comme un outil de construction, et plus précisément de co-construction, stratégique et de son contrôle, comme le souligne certains auteurs, (Naro et Travaillé, 2010, Norreklit, 2000). Cette construction collaborative impacte sur la dynamique choisie pour son élaboration. Elle est tantôt Top-down, forme dynamique originelle du BSC, qui répond directement à l'annonce de Kaplan et Norton à travers Lorino et pour laquelle la finalité est « *l'arbitrage des performances en dernier ressort par leur traduction financière* », Lorino (2001). Elle est tantôt Bottom-up pour laquelle « *Sa force réside dans la production d'une vue bottom-up des activités déployées au sein des services. Il permet la communication entre les médecins et l'administration de l'hôpital et complète la vision financière par les autres dimensions, en particulier le point de vue du patient.* », Nobre et Haouet (2011).

Quoi qu'il en soit, la dynamique d'instauration du pilotage du système hospitalier, tel que nous l'avons défini, repose sur la mise en œuvre d'un BSC qu'il soit de construction Top-down ou Bottom-up. Or les problèmes rencontrés dans cette démarche reposent sur deux points. La stratégie définie impose, dans notre cas, une conduite du changement qui doit amener l'hôpital vers une performance à deux dimensions, soin et économie. L'objectif stratégique défini, le contrôle doit être priorisé sur l'un des deux vecteurs de performance.

Le changement doit donc être construit de façon à ce que les acteurs, de chacun des territoires, puissent y trouver à la fois des repères professionnels, culturels, procéduraux et personnels. La condition *sine qua non* est par conséquent une adhésion, mobilisation et motivation, de chacun. Le mode préconisé doit donc stimuler une co-construction et une cohérence transversale. La co-construction nécessite une « *émergence simultanée* » (Minvielle et Constandriopoulos, 2010) au sein des territoires vers une convergence du système. La cohérence impose une vision démunie d'un « *rapport de force métier* » et enrichie d'une vision globale de l'objectif stratégique (i.e. la performance définie du système). Ceci explique l'échec d'une organisation articulée autour et par une DIM¹⁰ dirigée par un médecin au sein de l'hôpital. Organisation qui a été initiée précédemment. Il en serait de même, et pour les mêmes raisons, si le choix d'un intégrateur se portait sur le contrôleur de gestion.

Il est important de noter que ce système devra faire face, entre autres, à deux difficultés. Une est liée au contrôle que Lorino (2001) identifie, au niveau financier, par le décalage entre l'instant « *t* » du contrôle financier et celui du contrôle opérationnel, mais également

¹⁰ La DIM collabore étroitement à la fois avec la direction générale de l'établissement et le corps médical, et est de plus en plus impliquée dans le pilotage stratégique et financier de l'établissement. Cette activité transversale nécessite une culture à la fois médicale, en Santé publique, en gestion financière et en traitement informatique des données. - <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Lexique-administratif/Direction-de-l-information-medicale>, vu le 18/04/2013

au niveau de l'individualisation des performances opérationnelles, notamment due à la multiplicité des opérations/acteurs sur un résultat financier donné. L'autre difficulté se situe en termes de « concentration » au point d'interaction entre les territoires et les acteurs. Elle apparaît aussi dans la gestion de leurs performances à travers la performance du système, « *La ressource rare dans l'organisation n'est pas l'information mais l'attention des acteurs* » (Simon 82).

L'acteur, que nous nommons « intégrateur transversal » peut jouer ce rôle de chef d'orchestre inter-organisationnel, ou trans-territoire, au sein du système hospitalier. Pour ce faire, il lui faut avoir non plus une vision métier mais des visions métier, non pas une légitimité mais la légitimité au sein de chacun des territoires et du système lui-même, il doit détenir également une capacité d'analyse et de restitution simple sous un modèle causes-effets¹¹. L'une des missions de cet « intégrateur transversal » est alors de permettre « *d'économiser et de focaliser l'attention* », Lorino (2001). Toujours d'après l'auteur, « *c'est l'analyse causes-effets qui justifie le choix des leviers d'action* », ce qui positionne notre « intégrateur transversal » comme un négociateur intra-système. De la même manière, il joue le même rôle entre le système et son environnement. Nous tenons ici à mettre en évidence le fait que nous ne le positionnons nullement en tant que décideur, du moins, unilatéral. Il est amené à inciter et à participer à une décision et un contrôle collégial car « *le contrôle ne peut être défini par les seules tutelles ou le seul corps de santé (comme dans le cas des activités de soins) car l'activité de ces équipes est pluridisciplinaire et suppose donc un contrôle collectif.* », Montalan et Vincent (2011). Le BSC piloté ainsi, transversalement au cœur du système et de l'inter-organisation, relève les conditions d'un outil de contrôle interactif au sens de Simons (1995), pour lequel, les conditions se doivent d'être managérialement participatives et méthodologiquement constructivistes.

Concept induit, empirique, « l'intégrateur transversal » reste cependant une construction imparfaite qui s'inscrit dans le cadre du paradigme de l'anthropologie du processus. Le concept d'intégrateur transversal est induit par celui d'organisation par processus et représente, en effet, un des pôles individuel ou collectif d'une organisation par processus définie comme un ensemble de collaborations performantes. L'existence même de limites organisationnelles en interne porte à se concentrer sur des objectifs sectoriels et à transcender les problèmes et opportunités de collaboration, rendant ainsi « indispensable » le rôle de coordination de l'intégrateur transversal. Au-delà de ses missions, la responsabilité de cet acteur est donc double : d'une part, la représentation, l'organisation et le développement des processus, d'autre part l'assurance de la coordination entre les territoires, ceux faisant appel aux processus uniformisés et ceux faisant appel aux processus personnalisés. Les premiers échangent sur la base de consensus faibles et de conventions fortes, les seconds sur la base de consensus forts et de conventions faibles à l'intérieur du système pour ce quadrant.

Ceci implique donc que « l'intégrateur transversal » ait une fonction de traducteur uniformément et universellement¹² auprès des quatre territoires. Ses responsabilités demeurent, en tous cas, limitées au niveau organisationnel : il est responsable de la cohérence des processus des et entre les différents territoires, mais non de son management, ni, conséquemment de l'atteinte des objectifs opérationnels

Au sein du système, son autorité est, bien qu'organisationnelle, avant tout inter-organisationnelle. « L'intégrateur transversal » est en charge de rétablir une certaine cohérence d'actions et de directions trop souvent déstructurées par les métiers traversés par

¹¹ « Il est donc nécessaire que les hypothèses relatives au modèle causes-effets soient explicitées sous une forme simple, précisément parce que les liens causes-effets ne sont que des hypothèses que l'action et ses résultats peuvent invalider. », Lorino (2001, p18)

¹² L'universalité se situe ici dans son rôle de traduction

les processus. Il n'a pas d'autorité sur le personnel des territoires concernés par un processus complet. En revanche il est responsable des procédures constructives adoptées, des typologies et caractérisations des contacts, des consensus et conventions entre les territoires. Il est ainsi pleinement en charge de la capacité et de la performance globales d'un processus donné. N'ayant pas autorité directe sur les responsables ou les personnels des territoires, nous nous trouvons face au problème de légitimité de cet intégrateur transversal dans le cadre de sa mission globale.

Pris individuellement nous pouvons considérer que ces territoires ont chacun leurs propres normes leurs propres cultures et leurs propres légitimités. Les normes sont érigées et observables à travers les processus et procédures. L'ensemble s'apparente aux soins, au diagnostic et à l'intervention médicale, au contrôle et au reporting, aux règles et pratiques logistiques selon les quatre territoires. La culture est identifiable et propagée à travers les pratiques métiers et performances de chaque territoire. La légitimité individuelle des territoires n'est pas équilibrée au sein du système, néanmoins elle est acquise par l'intermédiaire des compétences mises en œuvre et des performances atteintes individuellement par les territoires.

Ces trois piliers, que sont, la norme, la culture et la légitimité, se distinguent d'autant plus nettement que les frontières entre les territoires sont distinctes. Nous nous trouvons donc face à un système multi-organisationnel caractérisé par les trois piliers. Il est comparable à un système multi-institutionnel au sein duquel le déséquilibre de légitimité est dû à un rapport de force ancré dans la définition des performances ordonnées et statuées par l'environnement. Notre propos vise à rééquilibrer, au sein du système, les conventions et consensus orientés vers une compréhension et une cohésion de la performance globale à tous les niveaux, pour chaque territoire et le système. Nous posons donc là la difficulté pour « l'intégrateur transversal » à être entendu et légitime dans la définition collaborative de la performance inter-organisationnelle (i.e. inter-institutionnelle) et de sa contrôlabilité tant au niveau du processus que de la globalité du système. Il doit donc être l'architecte d'un ensemble plus grand unissant les organisations (institutions, territoires). Le rôle des consensus et des conventions porte, alors, sur l'allocation des ressources, l'échange de biens et de services et l'action individuelle de chacun vers la performance. C'est à travers cet effort d'institutionnalisation des institutions territoriales du système de l'hôpital qu'il trouvera une légitimité nécessaire.

Cette légitimité doit être basée sur une culture cognitive, multi clanique (les quatre territoires), une normativité à travers la définition des objectifs, les processus et le contrôle. Elle nécessite une reconnaissance par les territoires et l'environnement du système, de « l'intégrateur transversal » en tant que traducteur et coordinateur. Nous comprenons donc, en nous appuyant sur les travaux de Scott¹³, que le système instauré jusqu'à ce jour, ne peut collaborer et accomplir une performance globale que difficilement ; ceci malgré la volonté de mise en place d'un outil de définition de stratégie et de contrôle (BSC), relayé par de nombreux chercheurs. En effet cet outil positionne malgré tous les territoires sur une base normative qui cède le terrain à une forme de confrontation inspirée non pas par la performance globale mais par une lutte de pouvoirs et de légitimités.

« L'intégrateur transversal » doit être à la tête d'une institutionnalisation des territoires basée sur le pilier culturel-cognitif selon Scott (figure 3). Il s'agit de construire une *base de respect* sur un commun entendement, la *base de l'ordre* sur un schéma constitutif, un *mécanisme* prioritairement mimétique bien que normatif, des *indicateurs* liés à la croyance et à la logique

¹³ Scott définit un cadre analytique des différents systèmes institutionnels en se reposant sur trois piliers ou facettes répartis en six dimensions, soit dix-huit variables.

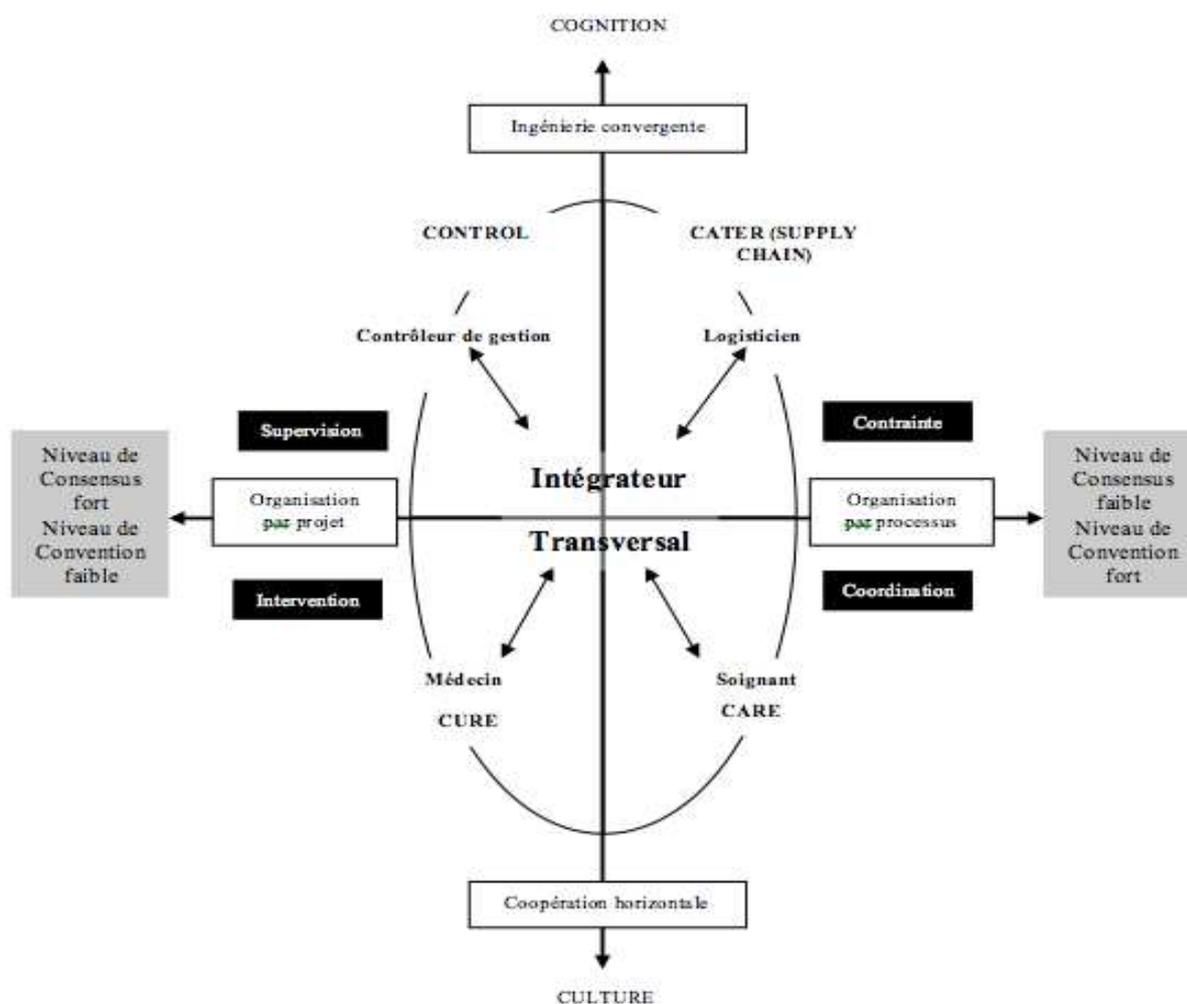
d'action partagée, et une *base de légitimité* reconnaissable de tous et culturellement acceptée¹⁴.

L'ensemble de cette approche basée sur la cartographie complète de l'hôpital nous a permis de définir clairement les territoires hospitaliers et leurs frontières au sein du système. Elle nous permet d'élaborer une seconde proposition intégrée et dépendante de la première, au regard de notre approche sur la performance, le contrôle et la légitimité.

Ce système d'organisations institutionnalisées, complexe, doit être tourné, afin d'atteindre la performance et permettre le contrôle, vers une vision partagée, unifiée de la stratégie (i.e. de l'environnement) et de la performance du système. Elle nécessite la nomination, et l'identification par tous les acteurs, d'un « intégrateur transversal », légitime pluri-culturel (métier) source de cohésion et de cohérence. Ceci nous permet de présenter notre seconde proposition sous forme de cartographie.

Proposition n°2 : La performance globale du système hospitalier et son contrôle dépendent de l'instauration d'un système des organisations et de son pilotage par un intégrateur transversal légitime.

Figure 3 : Cartographie du système de pilotage intégré des quatre territoires hospitaliers (George, Mannarini, 2012)



¹⁴ L'analyse de Scott est largement relayée par R. Lounnas, Professionnel de recherche, attaché à la chaire management stratégique international Walter-J.Somers, HEC Montréal, 2004, P. 11.

CONCLUSION

Dans un système organisationnel, tel que l'hôpital et ses territoires, le rôle de « l'intégrateur transversal » ne peut se limiter au temps du projet et à sa phase de lancement, comme cela se passe dans la plupart des projets de reengineering, et notamment dans le milieu hospitalier. Il s'agit, ici, d'un rôle de définition de processus transversaux, de zones de contact, et d'échanges. L'ensemble vise la performance globale liée à deux notions caractérisées et priorisées par l'environnement du système hospitalier. La caractérisation de la transversalité et des processus est alors un levier sollicité et piloté par « l'intégrateur transversal » à travers une dynamique de consensus et de conventions. Il les utilise et les adapte au sein et entre les territoires grâce à une traduction des objectifs et des performances qu'il sera à même de contrôler en vue d'une performance globale.

La théorie des organisations ne requiert pas, en elle-même, l'institution d'un « intégrateur transversal ». Néanmoins dans une organisation hospitalière performante, ce rôle doit être endossé afin d'assurer l'efficacité aux moments (contacts) de l'organisation et la légitimité tout au long des opérations de contrôle où résident les facteurs critiques de décision, de contacts, de processus. La gestion plus précise des contacts peut permettre de clarifier et définir au mieux les critères de performance (Hamel, Prahalad, 1993). Elle identifie formellement les objectifs dans le cadre d'une dynamique d'amélioration continue. Seule une action systématique de vigilance et d'adaptabilité au temps, de « l'intégrateur transversal » et, par voie de conséquence, de l'ensemble organisationnel, peut maintenir l'efficacité et l'efficacité du système.

Cette option d'un « intégrateur Transversal » a suscité l'intérêt des professionnels de la santé lors de deux rencontres professionnelles durant lesquelles nous avons pu présenter cette solution et débattre sur l'identité de cet acteur. Il s'avère que les professionnels présents (150 personnes issues d'organisations hospitalières) ont validé l'idée de cet intégrateur « objectif » dans sa mission de gestion inter-territoires, mais ils restent néanmoins dans le flou quant à l'identification de cet intégrateur. Lorsque, rarement, il a été identifié au sein de certains hôpitaux, c'est la question de sa légitimité qui se pose. Nous avons présent à l'esprit le cas d'un coordinateur, médecin anesthésiste, formé en gestion et porté par sa direction afin d'asseoir sa légitimité, sans succès. Est-ce parce que nous avons à faire à un médecin, ou parce que la direction incitait fortement à sa légitimation, que cette personne a soulevé d'emblée la question de sa légitimité ?

Le choix de « l'intégrateur transversal » est donc déterminant, néanmoins les risques sont à identifier car ils sont multiples. Une mauvaise compréhension de ce rôle, pour qualifier une organisation performante, entraînerait des mésententes, des défaillances, voire des contre-performances. Une institutionnalisation du système, formelle et normative, peut émerger puisque « l'intégrateur transversal » apparaît naturellement de rigueur. La nomination d'un « responsable des indicateurs de performance » peut se substituer à l'intégrateur transversal. En effet ses prérogatives peuvent se limiter au recueil des données et au reporting périodique, sans aucune responsabilité ou légitimité d'organisation et de coordination des parties intéressées du système (Kaplan et Norton, 1996). Ce risque peut provenir, en partie, de l'outil de définition de la stratégie et du contrôle (BSC), sur lequel peut s'appuyer « l'intégrateur transversal » et qui pose le problème de sa conception normative comme le souligne Weggman (2000).

Cette fonction ne peut être attribuée au directeur de territoire le plus représentatif, ou non, appelant ainsi au principe de séparation des responsabilités, qui soutient l'organisation par objectif et le développement d'un esprit de groupe, sur une base culturelle-cognitive. La difficulté d'instituer et de maintenir le rôle de « l'intégrateur transversal » dans un système, une fois devenu cohérent et performant, réside nettement dans la transversalité de son action qui vient déstructurer les organisations, définition, cohérence, coordination, contrôle, pour

mieux les restructurer à l'échelle du système hospitalier. « L'intégrateur transversal » doit, en fait, découvrir les zones de dysfonctionnement, valoriser l'organisation de chaque territoire, favoriser l'émergence d'échanges et zones de contacts inter-organisationnels et enfin, « définir de nouvelles modalités opérationnelles, au risque de menacer le pouvoir ou l'autorité de quelques-uns » (Dupuy, 1999).

BIBLIOGRAPHIE

- Blanchet, A., Ghigliione, R., Massonnat, J. et Trognon A., (1987). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Bouchardy, I., Darréon, J. L. (2004). Management par la qualité et PGI : contrastes révélateurs de deux processus de développement organisationnel. LERASS.
- Boutinet, J. P. (1996). *Anthropologie du projet*. PUF.
- Claveranne, J. P., Pascal, C. (2004). Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance. Medica Editions.
- Cohendet, P., Jacot, J.H., Lorino, P. (1996). Cohérence, pertinence et évaluation. *Economica*.
- Crémadez, M. (1992). *Le management stratégique hospitalier*. InterEditions.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Le Seuil.
- Di Maggio, P., Powell, W. (1983). The Iron-Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Field, *American Sociological Review* 48: 147- 160
- Di Maggio, P., Powell, W. (2009). Des organisations en quête de légitimité. In Charreire, S., Huault, I. (Dir), *Les grands auteurs en management*, 2ème édition, EMS.
- Dupuy, Y. (1999). (Coordonné par) *Faire de la recherche en contrôle de gestion ? FNEGE*. Paris : Vuibert.
- Favereau, O. (1989). Organisation et marché. *Revue française d'économie*. 4 (1) : 65-96.
- Gadreau M., Jaffre, D., Lanciau, D. (1999). La recomposition en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions. *Finance Contrôle Stratégie* 2 (4) : 53-75.
- Glouberman S., Mintzberg, H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease*. Health care manage review. Aspen Publishers.
- Grandori, A., Soda, G. (1995). Inter-firm Networks: Antecedents, Mechanism and Forms, *Organization Studies* 16: 183-214.
- Hammer, M., Champy, J. (1993). *Reengineering the corporation - a manifesto for business revolution*. New York: Harper Collins Publishers.
- Hammer, M. (1996). *Beyond reengineering*. New York: Harper Collins Publishers.
- Harland, C. (1996). Supply Chain Management: Relationships, Chains and Networks. *British Journal of Management* 7: s63-s80.
- Kaplan, R., Norton, D. (1992). *The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance*. Harvard Business Review.
- Kaplan, R., Norton, D. (1996). *The Balanced Scorecard*. Boston: Harvard Business School Press.
- Koening, G., (1993). Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles. *Revue de Gestion des Ressources Humaines* 9: 4-17.
- Lambert, D., Cooper, M., Pagh, J. (1998). Supply chain management: implementing issues and research opportunities. *International Journal of Logistics Management* 9 (2): 1-18.
- Lawrence, P. R., Lorsch, J.W. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations, *Administrative Science Quarterly* 12 (1): 1-47.
- Lorino, P. (2001). Le Balanced Scorecard revisité: dynamique stratégique et pilotage de performance – exemple d'une entreprise énergétique. 22^{ème} Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Metz.
- Lorino P. (2003). *Méthodes et pratiques de la performance: le pilotage par les processus et les compétences*, 3ème édition, Editions d'Organisation.
- Menard, C.(2002).The economics of hybrid organizations, Presidential address, International Society for New Institutional Economics, MIT, September (4).

- Midler, C. (1993). L'acteur-projet : situations, mission, moyens, in *Pilotages de projets et entreprises*, ECOSIP, coordonné par V. Giard et C. Midler, *Economica* : 81-99
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation
- Minvielle, E., Constandriopoulos, A.P. (2004). La conduite du changement : quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière, *Revue française de gestion* 30 (150) : 29-53.
- Montalan, M.A., Vincent, B. (2010). Un modèle d'analyse de la coordination de l'action collective pour la prise en charge des personnes âgées en Midi-Pyrénées, *Journal d'Économie Médicale* 28 (4): 159-172.
- Naro, G., Travaillé, D. (2010). Le Balanced Scorecard revisité à travers le modèle des leviers de contrôle: les enseignements de deux études de cas. 31^{ème} Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Nice.
- Nobre, T., Haouet, I. (2011), Le cas d'un Balanced Scorecard en contexte hospitalier : Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle, *Revue française de gestion* 2 (211) : 103-118.
- Norrekliit, H. (2000). The Balance of the Balanced Scorecard – A critical Analysis of some of its assumptions, *Management Accounting Research* 11(1): 65-88.
- Oliver, A.L., Ebers, M. (1998). Networking network studies: an analysis of conceptual configurations in the study of inter-organizational relationships, *Organizations Studies* 19: 549-583.
- Pascal, C. (2000). Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble, *ADSP* 33: 51-53
- Powell, W., Di Maggio, P. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press.
- Scott, W. R. (2000). *Institutions and Organizations*. Foundation for Organizational Science, Sage Publication, 2nd Edition.
- Simon, H. (1982). *Models of Bounded Rationality*. Boston: MIT Press.
- Simons, R.L. (1995). *Levers of control: How managers use innovative controls systems to drive strategic Renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Weber, M, (1971). *Economie et Société*. Plon.
- Wegman, G. (2000). Les Tableaux de Bord Stratégiques: analyse comparative d'un modèle nord américain et d'un modèle suédois, *Gestion* 2000 : 19-35.
- Zarifian, P. (1996). L'émergence de l'organisation par processus : à la recherche d'une difficile cohérence. In *Cohérence, Pertinence et Evaluation*, ECOSIP, coordonné par Cohendet, P., Jacot, J.H., Lorino, P., *Economica* : 66-86.