

“Le management hospitalier après la crise : changement de pratiques, changements de référentiels ? ”

Julien Husson

▶ **To cite this version:**

Julien Husson. “Le management hospitalier après la crise : changement de pratiques, changements de référentiels ? ”. Michel Kalika. L’impact de la crise sur le management, EMS Editions, pp.90-96, 2020, 9782376874010. 10.3917/ems.kalik.2020.01.0090 . hal-02989160

HAL Id: hal-02989160
https://hal.science/hal-02989160

Submitted on 5 Nov 2020

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.

«Le management hospitalier après la crise : changement de pratiques, changements de référentiels ? »

Julien HUSSON
Business Science Institute
Julien.husson@univ-lorraine.fr
IAE de Metz – Université de Lorraine

Risque et hôpital, sont deux notions consubstantielles car l'histoire de l'hôpital se confond avec celle du risque. Le code d'Hammourabi consacrait les bases d'un management du risque hospitalier « *Si un médecin sauve un oeil menacé par un abcès, il recevra dix sicles d'argent ; si le médecin a crevé l'oeil au cours de l'opération, on lui coupera les mains* ». Aujourd'hui, en pleine crise sanitaire, force est de constater que l'hôpital, porteur de guérison, est acculé face à un risque majeur externe qui remet en cause les pratiques managériales hospitalières.

Notre propos s'appuie à la fois sur des écrits sur le management hospitalier et sur un « vécu » de près de 700 journées d'immersion dans le secteur hospitalier en tant que chercheur-intervenant. Il est construit en trois parties : une première partie qui interroge les modèles d'appréhension des risques, une deuxième qui met en avant les priorités imposées au manager hospitalier par les pouvoirs publics sur le ½ siècle dernier et enfin, des pistes managériales pour l'après crise.

1. D'un modèle de risque aux risques des modèles

Remise en cause du modèle probabiliste de gestion du risque ?

La crise est une forme particulière de risque que les modèles classiques de risk-management n'appréhendent pas. La « Sainte trinité » du management des risques telle que définie dans la littérature repose sur une mesure du risque à partir de l'unique modèle probabiliste qui intègre G (Gravité) x F (Fréquence) x D (Détectabilité). Cette métrique du risque est définie par l'espérance mathématique d'une perte et composée du produit d'une mesure de l'incertitude par une probabilité et de la gravité des conséquences en termes de dommages, consécutifs à l'occurrence de l'événement redouté. Dans ce contexte, les événements qui relèvent du domaine de « l'inconnaissable », ne peuvent être décrits et n'entrent pas dans la mesure. De même, les évènements dont la fréquence est tellement faible (Cas d'une crise) échappent à la mesure donc au management qui permet de s'en prémunir. Ainsi, ce que l'on ne peut pas évaluer du point de vue probabilistique est ignoré du champ du management probable (Laufer, 1993).

Remise en cause des modèles de prises en charge hospitalière ?

Réseau ville-hôpital, hospitalisation à domicile (HAD), hôpital hors les murs, hôpital de jour (HDJ), hôpital sans chambre…Bref, depuis les années 1980 les progrès technologiques et de la médecine ont fait que la Durée Moyenne de Séjour (DMS) en court séjour a été divisée par deux : elle est passée d'un peu plus de 10 jours à 5 jours. Une plaquette de la direction générale de l'offre de soins, « Ma santé 2022 » vante même la *dream team* ville-hôpital

comme idéal d'un parcours de soins. Cette équation « Prise En Charge = Ville + Hôpital » s'est traduite par une amélioration du confort de soins pour les patients mais, en parallèle, par une rationalisation des moyens de l'hôpital. Depuis plus de trente ans, l'augmentation des effectifs hospitaliers n'est pas proportionnelle à l'augmentation de l'activité. Aujourd'hui, on paie la facture du passé : le nombre de lits de court-séjour et la capacité en lits de prise en charge hospitalière aigue comme la réanimation ne cessent de diminuer.

Remise en cause des modèles de gestion de crise ?

Nous avons montré précédemment que les crises sont des cas à part qui échappent en amont au modèle probabiliste de détection des risques. En aval, elles relèvent également de procédures managériales particulières. Le temps de l'évaluation du scientifique n'est pas le temps de l'évaluation du manager : en temps de crise, « *La pureté méthodologique de l'évaluation n'est pas une vertu* [1]». Elle dépend de conjectures sociales qu'à la différence du scientifique, le manager doit intégrer. Les crises de la vache folle, du SRAS, des antennes relais où aujourd'hui du Covid 19 montrent clairement que la controverse scientifique (Experts contre experts), amplifiée par la caisse résonnance médiatique viennent décentrer de leur objet premier (organisation de la capacité de prise en charge) les processus de décision du manager hospitalier.

2. La santé n'a pas de prix mais elle a un coût : la qualité

Depuis la planification sanitaire des années 1970 l'hôpital est victime d'un harcèlement textuel et d'une surproduction législative visant à mettre en place des outils de gestion permettant d'équilibrer les comptes sociaux : budget global, comptabilité analytique, points ISA, PMSI, SROS (1991), Contrats d'Objectifs et de Moyens, T2A, Plan Hôpital 2007, Loi HPST de 2009, Pacte de confiance Hospitalier 2012, Groupements Hospitaliers de Territoire de la Loi de Santé de 2016, programme « Ma Santé 2022 »… Toutes ces réformes poursuivent la même finalité au cours du temps : en apparence améliorer la qualité des soins et de la prise en charge et en finalité, au nom d'une recherche de performance, déployer les Système d'Information pour mieux mesurer, concentrer les ressources sur de gros plateaux techniques, gérer la pénurie de médecins et de soignants et déployer des méthodes d'optimisation issues du génie industriel (LEAN, KANBAN Modélisation des systèmes). La création de la Mission Nationale d'Expertises et d'Audit Hospitaliers (MEAH) devenue Agence Nationale d'Appui à la Performance est la plus belle illustration de la volonté d'implémenter des modèles de gestion de production industriels dans le système hospitalier.

La qualité a permis au secteur industriel de faire « plus avec moins » et de relier assez directement la qualité des processus de production à la qualité des produits fabriqués. La complexité du système de production hospitalier, la variabilité de l'entrant (Prise charge de pathologies de plus en plus lourdes sur des patients de plus en plus âgés avec des technologies de plus en plus pointues), le poids de l'expertise médicale et soignante dans les actes font qu'à ce jour, il est difficile de démontrer un lien entre la mise en place d'une démarche qualité organisationnelle globale à l'échelle d'un hôpital et *l'outcome*[2] clinique

[1] Patton, MQ, Qualitative Evaluation Methods, Beverly Hills Sage Publications, 1980, from Halcom Evaluation Laws.

[2] *L'outcome* clinique correspond aux résultats cliniques du patient – il est directement lié aux soins et à l'acte médical.

même si chacun reconnaît qu'il existe (STAINES 2015, 2007). Les travaux de Hayo (2017) ont montré à partir de l'analyse de 623 mémoires de fin d'étude d'élèves managers d'écoles de cadres de santé entre 1995 et 2015 que le champ sémantique lié au concept de qualité a évolué au cours du temps pour se détacher progressivement du soin et de l'acte de prise en charge vers les processus organisationnels puis plus récemment vers les personnels de santé.

Évolution du champ sémantique relié à la notion de qualité
1995 – 2003 (Mise en place de la T2A en 2002) : soins, risque, patient, assurance qualité, qualité de l'acte
2003 -2014 : efficience, performance, maitrise, optimisation, processus, contrôle
Depuis 2014 (Tendance) : bien-être au travail, bonheur, reconnaissance

Cette étude illustre empiriquement ce que l'ouvrage « *La casse du siècle, a propos des réformes de l'hôpital public*[3] » dénonçait tout récemment.

3. Du management au ménagement des équipes hospitalières

Ce titre est inspiré, en inversant les mots, d'un dossier de la RFG, « *L'hôpital en chantier, du ménagement au management* » (CLAVERANNE, 2003) dans un hors série sur la « *Santé ingérable ?* » qui dressait un bilan mitigé des reformes hospitalières. L'impact de cette crise sanitaire sans précédent va sans doute réinterroger la place de l'hôpital dans le système de soins, le rôle d'institutions déconcentrées telles que les ARS ou les pratiques managériales. C'est sur ces dernières que nous tentons ici de formuler quelques propositions.

Piste 1 - Changer la paire de lunette du manager : une étude de l'IRDES de 2016[4] sur le système hospitalier Italien proposait un modèle de mesure de la performance à partir de 250 indicateurs regroupés en 6 catégories (Performance clinique, financière, santé publique, satisfaction des patients, satisfaction des professionnels, stratégie). Celui-ci classait le système hospitalier Italien comme excellent pour l'indicateur « Capacité à gérer la demande territoriale ». La crise Covid19 suffit à montrer les limites d'un tel modèle de mesure de la performance. Il est urgent de réintégrer la notion de risque majeur au sens de Laufer (1993) dans les radars de mesure de la performance des systèmes hospitaliers.

Piste 2 : Combattre le mythe des économies d'échelle et des grands ensembles : Un rapport de l'IGAS de 2012 commençait à alerter sur l'impossibilité de démontrer que les grands ensembles hospitaliers ne sont pas toujours ceux où *l'outcome* clinique est le meilleur d'une part et que le degré de bonne santé économique des hôpitaux semblait inversement proportionnel à leur taille. Depuis 20 ans, La course à la taille où les grands hospitaliers sont perçus comme les bons a entrainé corrélativement la diminution du nombre de plateaux techniques de proximité sur les territoires (et nombre de lits) et la construction de super bureaucratie professionnelles où les temps de décision deviennent de plus en plus longs et les dispositifs de contrôle prennent le pas sur la production de soins. Il est temps de réhabiliter la notion de réseau de santé avec une certaine forme

[3] Ouvrage de 2019 « La casse du siècle » mis en ligne en accès libre durant le confinement de la crise Covid19 écrit par Juven, PA, Pierru, F, Vincent, F., collection Raisons d'Agir

[4] IRDES, 2016 : Nuti, S., Évaluation économique et recherche sur les services de santé. Mesure et pilotage de la performance : les approches régionales de la Tosacane et de l'Ontario, P 25-30

d'indépendance et d'autorégulation et de conjuguer *Down Sizing* et centres hospitaliers de référence.

Piste 3 - Prendre soin de ceux qui soignent : si la mise en place des pôles hospitaliers devait permettre de redonner du poids aux médecins et aux soignants dans la gouvernance des établissements de santé, force est de constater qu'elle les a surtout impliqués, malgré eux, dans la rationalisation des moyens. Après cette crise, le management hospitalier passera demain nécessairement par l'écoute de ceux qui soignent, leur intégration effective dans les processus de décisions stratégiques, leur reconnaissance sociale et salariale et une réforme de la structure des emplois hospitaliers pour réduire le nombre de postes supports au profit du médical et du soignant.

L'hôpital est un acteur majeur du système de prise en charge des patients. En France, seul, le manager hospitalier qu'il soit administratif, médical ou soignant ne peut rien. Il ne vit pas dans les « 4 mondes de Glouberman & Mintzberg » (2001). Le poids d'un 5ème monde, celui des tutelles annihile toute velléité de changement que le manager hospitalier pourrait initier. Cette crise va remettre en cause le rôle des ARS qui produisent de manière illisible, en crise et hors crise de la norme et de la règle quand on attend d'elles un relais vers l'Etat, un soutien et un accompagnement.

Bibliograhie

Claveranne, JP., « *L'hôpital en chantier : du ménagement au management* » , Revue française de gestion 2003/ 5, n°146, p. 125-129.

Hayo, S., *Vers un modèle intégrateur des démarches qualité à l'hôpital : l'apport des outils de gestion. Application à l'hôpital public,* Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Lorraine, 2017, 380p

Laufer, R., *L'entreprise face aux risques majeurs*, Logiques Sociales, L'Harmattan, 1993, 311p

Glouberman, S., Mintzberg, H., « *Managing the Care of Health and the Cure of Disease* », Health care management review, 2001, p 56-69

Staines, A., Thor, J., «*Sustaining Improvement? The 20-Year Jönköping Quality Improvement Program Revisited* », Quality Management in Healthcare, 2015, Vol 24 ainsi que Staines, A., *La relation programmes qualité / résultats cliniques*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, 2007