Le contrôle de gestion à l'hôpital public: contexte, acteurs et pratiques

Samir El Baz

▶ **To cite this version:**

Samir El Baz. Le contrôle de gestion à l'hôpital public: contexte, acteurs et pratiques. Gestion et management. Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, 2018. Français. NNT : . tel-01980646

HAL Id: tel-01980646
https://hal.science/tel-01980646

Submitted on 14 Jan 2019

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.

UNIVERSITE PARIS 1 – PANTHEON SORBONNE
Institut d'Administration des Entreprises de Paris

Ecole doctorale de Management Panthéon-Sorbonne - ED 559
Equipe de Recherche GREGOR – EA 2474

Le contrôle de gestion à l'hôpital public : *contexte, acteurs et pratiques*

THÈSE
présentée et soutenue publiquement le **4 juin 2018**
en vue de l'obtention du
DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION
Par

Samir EL BAZ

JURY

Directeur de recherche :	**Monsieur Frédéric Gautier** Professeur des Universités Université Paris I – Panthéon Sorbonne, IAE de Paris
Rapporteurs :	**Madame Véronique Chanut** Professeure des Universités Université Paris II - Panthéon-Assas
	Madame Anne Pezet Professeure titulaire HEC Montréal
Suffragants :	**Monsieur Zahir Amoura** Professeur de médecine, chef du service de médecine interne, Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière - Charles Foix
	Monsieur Pierre Fenies Professeur des Universités Université Paris II - Panthéon-Assas
	Monsieur Eric Lamarque Professeur des Universités Université Paris I – Panthéon Sorbonne, IAE de Paris
	Monsieur Pierre Pariente Maître de conférences Université Paris - Nanterre

L'université de PARIS I – Panthéon Sorbonne n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

À la mémoire de mon père, à ma mère, ma sœur, mes frères, mon épouse et ma petite Zineb

Remerciements

Je remercie très chaleureusement mon directeur de thèse, le Professeur Frédéric Gautier, pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce travail de recherche. Je le remercie également de m'avoir initié à la recherche scientifique avant de prendre en charge la direction de cette thèse. Je le remercie pour ses conseils, ses directives, son soutien et son encouragement sans lesquels ce travail n'aurait jamais pu aboutir. Je le remercie, enfin, pour m'avoir encouragé et soutenu dans mon activité d'enseignement.

Je remercie les deux rapporteurs, la Professeure Véronique Chanut de l'Université Paris II - Panthéon-Assas et la Professeure Anne Pezet de HEC Montréal. Leurs conseils à l'issue de la présoutenance ont grandement contribué à la qualité de cette thèse qui, j'espère, sera à la hauteur de leur espérance. Je remercie aussi les membres du jury, le Professeur Eric Lamarque de l'IAE de Paris, Université Paris 1 – Panthéon - Sorbonne, le Professeur Pierre Fenies de l'Université Paris II - Panthéon-Assas, Monsieur Pierre Pariente, Maître de conférences à l'Université Paris – Nanterre et le Professeur Zahir Amoura, Professeur de médecine, chef du service de médecine interne, Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière - Charles Foix. Ils m'ont tous fait l'honneur de participer au jury de thèse.

Je remercie le personnel du Groupe Hospitalier Universitaire « Pitié Salpêtrière – Charles Foix », direction, médecins et cadres qui ont accepté de répondre à mes questions. Sans leur collaboration, leur patience et le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder, cette thèse n'aurait jamais pu être conduite.

Un remerciement très appuyé à la secrétaire générale de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, Madame Véronique Chenail. Je la remercie pour son soutien indéfectible depuis le premier jour où j'ai commencé ce travail de recherche. Je la remercie de m'avoir accordé la possibilité de conjuguer ma carrière professionnelle et des activités d'enseignement. Merci Véronique pour ta patience et ta compréhension. Enfin, comme tu me disais, « The Thèse » est finie.

Je remercie mes parents pour tout ce qu'ils ont fait pour que je puisse réaliser mes projets et ce projet de thèse. Merci papa, je sais que de là où tu es, tu es fier de moi. Merci à ma mère Zineb qui a dévolu sa vie à moi, ma sœur et mes frères.

Merci à ma sœur et à mes frères qui m’ont toujours soutenu. Enfin, je remercie mon épouse pour son soutien sans faille tout au long de la durée de cette thèse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE INTRODUCTIF

UN BREF HISTORIQUE DE L'HOPITAL PUBLIC EN FRANCE, ENTRE ORGANISATION ET REFORMES DE FINANCEMENT 25

SECTION 1 : L'HISTORIQUE DE L'HOPITAL PUBLIC EN FRANCE 25

1.1. L'héritage des lieux et des traditions : l'hébergement des indigents *..... 26*

1.2. La construction de l'hôpital moderne : le soin des malades *..... 28*

SECTION 2 : L'HOPITAL DE L'APRES-GUERRE, UNE CONSTRUCTION CONTINUE ET UNE SUCCESSION DE LOIS ! 32

2.1. La loi de 1941 fonde l'hôpital public *..... 33*

2.2. Les ordonnances de 1958 créent la médecine hospitalo-universitaire et recomposent l'offre hospitalière *..... 34*

2.3. La loi du 31 décembre 1970 met en place un service public hospitalier, ouvert au privé, et crée la carte sanitaire *..... 36*

2.4. La loi du 19 janvier 1983 encadre les dépenses d'hospitalisation par le budget global *..... 39*

2.5. La loi du 6 janvier 1986 organise l'aide médicale urgente et les transports sanitaires *..... 40*

2.6. La loi du 31 juillet 1991 instaure des schémas régionaux et offre des alternatives à l'hospitalisation (la planification sanitaire, le management hospitalier, la qualité des soins) *..... 41*

2.7. L'ordonnance hospitalière de 1996 veut rationaliser l'hôpital et lance l'accréditation *..... 43*

2.8. Le plan de modernisation hôpital 2007 ..... *45*

2.9. La loi « HPST » de 2009 ..... *47*

SECTION 3 : LA GESTION A L'HOPITAL PUBLIC ET LES REFORMES DE FINANCEMENT 51

3.1. L'historique de la gestion à l'hôpital *51*

3.1.1. La comptabilité analytique 51

3.1.2. L'analyse de gestion 52

3.1.3. Le contrôle des dépenses engagées 54

3.1.4. La création des centres de responsabilité 54

3.1.5. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 55

3.1.6. Les pôles d'activités et délégation de gestion 56

3.2. Les réformes de financement de l'hôpital public en France *58*

3.2.1. Le prix de journée (avant 1984) 59

3.2.2. La dotation globale 60

3.2.3. La Tarification A l'Activité (T2A) 62

3.3. Le budget de l'hôpital dans les dépenses de santé en France *65*

RESUME DU CHAPITRE INTRODUCTIF 71

CHAPITRE I

LE CONTROLE DE GESTION, D'UNE CONCEPTION ECONOMIQUE A UNE APPROCHE PRATIQUE 74

SECTION 1 : LE CONTROLE DE GESTION DANS LA LITTERATURE 75

1.1. Le contrôle de gestion, des définitions multiples et des concepts évolutifs *75*

1.2. Les approches économiques et fonctionnalistes : le modèle dominant *77*

1.2.1. L'approche bureaucratique 78

1.2.2. L'école des relations humaines 78

1.2.3. L'approche cybernétique 79

1.2.4. L'approche de la contingence ***79***

1.2.5. La théorie de l'agence ***80***

1.3. Les limites des approches classiques pour l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital *81*

1.4. La conceptualisation de l'approche classique du contrôle de gestion *85*

1.4.1. Les trois niveaux de contrôle organisationnel ***85***

1.4.1.1. Le contrôle ou la planification stratégique *86*

1.4.1.2. Le contrôle de gestion *86*

1.4.1.3. Le contrôle des tâches ou le contrôle opérationnel *87*

1.4.2. L'approche classique du contrôle de gestion ***88***

1.4.2.1. La programmation *88*

1.4.2.2. La budgétisation *88*

1.4.3.3. L'exécution *89*

1.4.2.4. L'évaluation *89*

1.4.3. Les hypothèses du modèle classique de contrôle de gestion ***91***

1.4.3.1. Les hypothèses concernant les objectifs *91*

1.4.3.2. Les hypothèses concernant l'articulation long terme et court terme *93*

1.4.3.3. L'hypothèse de contrôlabilité *93*

1.5. Le contrôle budgétaire, un outil du contrôle de gestion *94*

1.5.1. Le processus de construction du budget ***95***

1.5.1.1. Phase 1 : formulation des attentes de la direction *96*

1.5.1.2. Phase 2 : élaboration du prébudget *96*

1.5.1.3. Phase 3 : négociation du prébudget avec la hiérarchie *96*

1.5.1.4. Phase 4 : élaboration des budgets des centres de responsabilité *97*

1.5.1.5. Phase 5 : approbation du budget par le conseil d'administration *97*

1.5.2. Le rôle du contrôle budgétaire ***97***

1.5.2.1. La planification *100*

1.5.2.2. La prévision *100*

1.5.2.3. La coordination *100*

1.5.2.4. La communication *101*

1.5.2.5. La motivation *101*

1.5.2.6. L'évaluation et le contrôle *102*

SECTION 2 : LE CONTROLE DE GESTION A L'HOPITAL PUBLIC **104**

2.1. Le nouveau management public et le « DRG / GHM » *105*

2.1.1. Le contrôle de gestion à l'hôpital s'inscrit dans le mouvement du nouveau management public *105*

2.1.2. Le DRG ou le PMSI comme support au contrôle de gestion *106*

2.2. Le contrôle externe budgétaire et la comptabilité analytique *109*

2.2.1. Un contrôle externe limité au contrôle budgétaire des résultats *110*

2.2.2. La comptabilité analytique et le tableau du « case-mix » *112*

2.3. Le contrôle de gestion à l'épreuve des spécificités de l'hôpital public *113*

2.3.1. Les limites du contrôle externe et de la comptabilité analytique *114*

2.3.2. Le contrôle de gestion et le pouvoir des acteurs hospitaliers *117*

2.3.3. Le contrôle de gestion face au découplage entre planification et action *119*

SECTION 3 : LA PERSPECTIVE PRATIQUE DANS L'ETUDE DU CONTROLE DE GESTION 121

3.1. Les limites des approches dominantes dans l'étude du contrôle *122*

3.2. L'approche pratique : une réponse aux limites de l'approche dominante *125*

3.2.1. L'intérêt et l'apport de l'approche pratique *126*

3.2.2. Les caractéristiques de la perspective pratique *128*

3.3. Le positionnement paradigmatique de la perspective pratique *130*

3.3.1. Subjectivisme versus objectivisme *131*

3.3.2. Régulation versus changement radical *132*

3.3.3. Le positionnement de la théorie de la pratique dans les paradigmes en sciences sociales et la recherche en contrôle de gestion *133*

SECTION 4 : LE CONTROLE DE GESTION « AS PRACTICE » 141

RESUME DU 1ER CHAPITRE 147

CHAPITRE II

LA THEORIE DE LA PRATIQUE DANS L'ETUDE DU CONTROLE DE GESTION 150

SECTION 1 : ORIGINES ET GENESE DE LA THEORIE DE LA PRATIQUE 150

1.1. Genèse et origines *151*

1.2. Définition de la théorie de la pratique *152*

1.3. Définition de la pratique *156*

1.3.1. La pratique comme un agrégat d'activités 157

1.3.2. La pratique comme entité 160

1.3.3. Typologie, liens entre les pratiques et interactions 162

SECTION 2 : LES FONDEMENTS DE LA THEORIE DE LA PRATIQUE 164

2.1. La praxis *165*

2.2. Les pratiques *166*

2.3. Les acteurs (les praticiens) *167*

SECTION 3 : L'APPROCHE PRATIQUE DANS L'ETUDE DU CONTROLE DE GESTION 169

3.1. Le contrôle de gestion entre théorie et pratique : un processus de production de connaissance et de construction de nouveaux artefacts sociotechniques *171*

3.2. L'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion *173*

3.2.1. Le rôle du contexte dans l'étude du contrôle de gestion 174

3.2.2. L'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion 176

SECTION 4 : LES QUESTIONS DE RECHERCHE ET LE MODELE CONCEPTUEL POUR L'ETUDE DU CONTROLE DE GESTION DANS UNE PERSPECTIVE PRATIQUE 180

4.1. L'articulation entre les concepts de la théorie de la pratique *180*

4.2. L'interaction et le rôle de médiation des pratiques *184*

4.3. Les questions de recherche *188*

RESUME DU 2EME CHAPITRE 189

CHAPITRE III

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE, DES ACTIVITES AUX PRATIQUES..... 190

SECTION 1 : LE DESIGN DE RECHERCHE ET LE MODELE CONCEPTUEL 190

1.1. La démarche de recherche pour la production de connaissance *190*

1.2. Le design de recherche *195*

SECTION 2 : LA STRATEGIE DE RECHERCHE 198

2.1. Une approche qualitative *198*

2.2. L'unité d'analyse *201*

2.3. Positionnement sur le terrain de recherche : quel type d'observation ? *202*

2.4. Quel type d'entretien ? *204*

SECTION 3 : LES METHODES DE COLLECTE DES DONNEES 207

3.1. Le terrain de recherche *209*

3.2. Les acteurs à l'hôpital public *212*

3.3. Les répondants *214*

3.4. Les entretiens *218*

3.5. Analyse des documents *221*

SECTION 4 : LA DEMARCHE D'ANALYSE DES DONNEES 222

4.1. Une démarche interprétative pour analyser les données *222*

4.2. La stratégie de codage et de présentation des données *224*

RESUME DU 3EME CHAPITRE 230

CHAPITRE IV

ETUDE DES PRATIQUES DANS UN POLE MEDICAL D'UN HOPITAL PUBLIC 232

SECTION 1 : DES ACTIVITES AUX PRATIQUES 233

SECTION 2 : LES PRATIQUES DE PRODUCTION HOSPITALIERE 236

2.1. Les pratiques de production *236*

2.1.1. Faire des consultations médicales, hôpital de jour, réaliser des activités chirurgicales et des visites en salle d'hospitalisation 237

2.1.2. Se concerter et se coordonner 238

2.1.3. Organiser la prise en charge des patients 240

2.2. Les pratiques « supports à la production » *240*

2.2.1. Informer les équipes 241

2.2.2. Vérifier et contrôler la prise en charge 241

2.2.3. Travailler sur les chutes 249

2.2.4. Gérer les risques 249

SECTION 3 : LES PRATIQUES DE CONTROLE DE GESTION 250

3.1. Les pratiques de programmation *251*

3.1.1. Gagner des parts de marché 251

3.1.2. Travailler sur des projets 253

3.1.3. Négocier les tarifs et des financements avec les tutelles (ministère de la santé et l'ARS) 261

3.1.4. Réaliser des études : étudier et organiser le basculement de l'activité en ambulatoire 263

3.1.5. Optimiser la capacité d'accueil des patients en termes de lits 265

3.1.6. Restructurer et réorganiser les services administratifs, logistiques et techniques 268

3.1.7. Se comparer à l'Etude Nationale des Coûts (ENC) 271

3.2. Les pratiques de budgétisation *272*

3.2.1. Phase1 : fixation des objectifs par l'administration 273

3.2.2. Phase2 : élaboration du prébudget 279

3.2.2.1. Établissement des projections d'activité par le personnel administratif 279
3.2.2.2. Prévisions du niveau d'activité par le personnel médical 283
3.2.2.3. Construction du budget de formation et de matériel par le personnel encadrant du personnel soignant 286
3.2.3. Phase3 : négociation du prébudget 289
3.2.3.1. Négociation de l'enveloppe du personnel avec la DRH 289
3.2.3.2. Négociation des objectifs fixés entre le pôle et l'administration 291
3.2.4. Phase4 : confection des budgets des services 294
3.2.5. Phase5 : validation du budget par le CEL 295
3.3. Les pratiques de pilotage de l'action 297
3.3.1. Les pratiques de codage 297
3.3.1.1. Le personnel administratif 297
3.3.1.2. Le personnel médical 300
3.3.1.3. Le personnel encadrant du personnel soignant 305
3.3.2. Les pratiques de gestion des lits 306
3.3.2.1. Le personnel administratif 306
3.3.2.2. Le personnel médical 310
3.3.2.3. Le personnel encadrant du personnel soignant 316
3.3.3. Les pratiques de gestion du flux des patients 322
3.3.3.1. Le personnel médical 322
3.3.3.2. Le personnel encadrant du personnel soignant 330
3.3.4. Les pratiques de suivi budgétaire 334
3.3.4.1. Le personnel administratif 334
3.3.4.2. Le personnel médical 343
3.3.4.3. Le personnel encadrant du personnel soignant 345
3.3.5. Les pratiques de contrôle 347
3.3.5.1. Le personnel médical 348
3.3.5.2. Le personnel administratif 350
3.3.5.3. Le personnel encadrant du personnel soignant 351
3.3.6. Les pratiques « projets et études » 353
3.3.7. Les pratiques de ressources humaines 354
3.3.7.1. Le personnel administratif 354
3.3.7.2. Le personnel encadrant du personnel soignant 359
3.3.8. Les pratiques logistiques 372
3.4. Les pratiques de post-évaluation 388

3.4.1. Le personnel administratif ***389***

3.4.1.1. Faire l'état des lieux, analyser et faire le bilan *389*

3.4.1.2. Communiquer avec les médecins *393*

3.4.1.3. Responsabiliser les médecins *397*

3.4.2. Le personnel médical ***400***

3.4.2.1. Analyser l'évolution du niveau d'activité médicale réalisée *400*

3.4.2.2. Regarder et discuter les tableaux de bord *404*

3.4.2.3. Rendre compte à la direction sur le niveau de l'activité médicale réalisée *405*

3.4.3. Le personnel encadrant du personnel soignant ***405***

3.4.3.1. S'informer et répondre aux questions *405*

CHAPITRE V

L'APPROCHE PRATIQUE, APPORTS POUR L'ETUDE DU CONTROLE DE GESTION 407

SECTION 1 : LE ROLE DU CONTEXTE DANS LA CONSTRUCTION DES SYSTEMES DE CONTROLE DE GESTION **411**

1.1. Activité, recettes et financements, dépenses : un triptyque stratégique dicté par le contexte *412*

1.1.1. Le volume de production et les recettes de financement : entre règles et compréhensions du contexte ***413***

1.1.2. La maîtrise des dépenses pour renforcer l'équilibre budgétaire : règles externes et contexte interne ***417***

1.1.3. Les prévisions budgétaires : règles, contexte interne et interactions entre acteurs ***418***

1.2. La coordination temporelle des pratiques de contrôle de gestion à l'hôpital *424*

1.2.1. Les règles ***425***

1.2.2. La négociation ***428***

1.2.3. L'information ***429***

1.2.4. La contrainte ***431***

1.2.5. La sanction ***432***

SECTION 2 : L'ARTICULATION DES PRATIQUES DE CONTROLE DE GESTION AVEC LES PRATIQUES OPERATIONNELLES 435

2.1. Des règles aux compréhensions, comment les pratiques de contrôle de gestion modifient les pratiques opérationnelles *436*

2.1.1. Les pratiques opérationnelles orientées « activité » ***437***

2.1.1.1. La gestion des lits *437*

2.1.1.2. La gestion du flux des patients *442*

2.1.1.3. Le contrôle de la production des médecins vacataires *445*

2.1.2. Le codage : une pratique orientée « recettes » ***446***

2.1.3. Les pratiques orientées « dépenses » ***448***

2.1.3.1. Le contrôle des dépenses *448*

2.1.3.2. Le suivi budgétaire *450*

2.1.3.3. La gestion des ressources humaines *450*

2.1.3.4. Les pratiques logistiques *451*

2.2. Les interactions entre les acteurs internes et externes : l'élément oublié des approches fonctionnalistes *453*

SECTION 3 : COMPLEMENTARITE ENTRE LE POSITIONNEMENT DU CHERCHEUR ET L'APPROCHE PRATIQUE DANS L'ETUDE DU CONTROLE DE GESTION A L'HOPITAL 464

3.1. Les spécificités de l'hôpital : difficultés pour la mobilisation de l'approche pratique *465*

3.2. Apport de l'approche pratique : un enrichissement pour l'expérience du chercheur *467*

SECTION 4 : LE CONTROLE DE GESTION A L'HOPITAL, UNE TRANSPOSITION DU MECANISME DE FINANCEMENT 470

CONCLUSION 477

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 481

ANNEXE 1: DES ACTIVITES AUX PRATIQUES 504

ANNEXE 1-1 : LES PRATIQUES DU GROUPE « PERSONNEL MEDICAL » 505

ANNEXE 1-2 : LES PRATIQUES DU GROUPE « PERSONNEL ADMINISTRATIF » 513

ANNEXE 1-3 : LES PRATIQUES DU GROUPE « ENCADRANT DU PERSONNEL SOIGNANT ».. 522

ANNEXE 2: LES PRATIQUES DE PROGRAMMATION 543

ANNEXE 3 : LES PRATIQUES DE BUDGETISATION 548

PHASE1 : FIXATION DES OBJECTIFS PAR LE PERSONNEL ADMINISTRATIF 549

PHASE2 : ELABORATION DU PRE-BUDGET PAR LE PERSONNEL ADMINISTRATIF 552

PHASE2 : ELABORATION DU PRE-BUDGET PAR LE PERSONNEL MEDICAL 554

PHASE2 : ELABORATION DU PRE-BUDGET PAR LE PERSONNEL ENCADRANT DU PERSONNEL SOIGNANT 556

PHASE3 : NEGOCIATION DU PRE-BUDGET (PERSONNEL ADMINISTRATIF) 558

PHASE3 : NEGOCIATION DU PRE-BUDGET (PERSONNEL ENCADRANT DU PERSONNEL SOIGNANT) 560

PHASE5 : VALIDATION DU BUDGET PAR LE CEL (PERSONNEL ADMINISTRATIF) 563

ANNEXE 4 : LES PRATIQUES DE PILOTAGE DE L'ACTION 565

LES PRATIQUES DE CODAGE 566

LES PRATIQUES DE GESTION DES LITS 569

LES PRATIQUES DE GESTION DU FLUX DES PATIENTS 576

LES PRATIQUES DE SUIVI BUDGETAIRE 579

LES PRATIQUES DE CONTROLE 583

LES PRATIQUES « PROJETS ET ETUDES » 588

LES PRATIQUES DE RESSOURCES HUMAINES 590

LES PRATIQUES LOGISTIQUES 596

ANNEXE 5 : LES PRATIQUES DE POST-EVALUATION 601

INTRODUCTION

Le choix du thème de recherche

Le choix du thème de recherche est fondé sur plusieurs constats et des questionnements en lien avec la transposition des outils de contrôle de gestion dans le secteur hospitalier. L'expérience opérationnelle du chercheur dans le domaine du contrôle de gestion au sein de l'hôpital public a motivé le choix de cette thématique de recherche. En effet, la réflexion sur la transposition des outils de contrôle de gestion pose deux questionnements.

Le premier porte sur les spécificités de l'hôpital public et par conséquent sur la possibilité d'implémenter les outils de contrôle de gestion à l'instar de ce qui est pratiqué dans le secteur marchand. Ces spécificités sont liées à la mission de l'hôpital public, à son activité, à son mode de financement et à son organisation. L'hôpital a une mission de service public de soins qui pose la question des objectifs de l'hôpital public. Un hôpital doit-il faire bénéfice ? Être rentable ? Comment gérer la notion de profit qui fait partie des critères d'évaluation des entreprises marchandes ?

Le deuxième questionnement porte sur une autre particularité de l'hôpital public à savoir son mode de gouvernance. Même si la loi HPST de 2009 voulait faire du directeur le « patron » à l'hôpital, il n'en demeure pas moins que l'hôpital public est un milieu de confrontation entre différents groupes d'acteur. La littérature existante met l'accent sur deux groupes d'acteurs : les administratifs et les soignants (médecins, infirmiers…). Ainsi, la question posée au contrôle de gestion est l'articulation entre la stratégie de l'hôpital et l'activité opérationnelle (de production) qui relève exclusivement des soignants notamment les médecins.

Au-delà des différents questionnements présentés plus haut, le choix du thème de recherche est motivé par le manque de travaux de recherche présentant la manière dont le contrôle de gestion est pratiqué au sein de l'hôpital public. La littérature française et internationale met l'accent sur le système de financement et les jeux de pouvoir qui émergent au sein de l'hôpital notamment entre les administratifs et les médecins. Il existe un manque de description des pratiques existantes au sein de l'hôpital public capables de répondre de manière empirique aux questionnements que pose la transposition des outils de contrôle de gestion à l'hôpital public.

L'intérêt du thème de recherche ne découle pas uniquement de ce qui précède. L'hôpital public occupe une place importante dans le système de santé en France si l'on juge par les indicateurs financiers comme le budget hospitalier. Le budget de l'hôpital fait partie des financements votés par le parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale. En 2016, le budget des établissements représente 42 % de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) lui-même représentant environ 9 % du PIB de la France.

De surcroît, la situation budgétaire des hôpitaux publics en France interroge sur la pratique de gestion. En effet, le déficit des hôpitaux publics en France a atteint 800 millions d'euros en 2010 et le taux d'endettement avoisine 54 %. La situation financière des hôpitaux publics français pose la question du rôle joué par la succession des réformes de financement de l'hôpital et le degré de leur efficacité dans l'encadrement du déficit des hôpitaux. Il est n'est donc pas inutile de s'interroger non seulement sur l'efficacité des réformes de financement mais également sur le rôle joué par les outils de gestion et notamment le contrôle de gestion dans la maîtrise des déficits des hôpitaux publics.

Cette thèse, présente, dans un chapitre introductif, une revue historique de la construction de l'hôpital public d'aujourd'hui à travers les différentes réformes qui ont contribué à cette construction. Ces réformes concernent l'organisation hospitalière construite sur le fondement d'une succession de lois et d'ordonnances de la loi de 1941 qui a fondé l'hôpital public à la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) promulguée le 21 juillet 2009. Le chapitre introductif présente également un historique de la gestion de l'hôpital public depuis l'introduction de la comptabilité analytique hospitalière dans les années 1950 à la création des pôles d'activité au sein des hôpitaux pour encourager la délégation de gestion par l'ordonnance du 2 mai 2005. L'historique de la gestion à l'hôpital public ne peut pas être dissocié d'un panorama des différentes réformes de financement qu'a connu l'hôpital public de l'après-guerre. En effet, de 1941 à aujourd'hui, le financement des hôpitaux a évolué d'un financement au prix de journée à un financement à l'activité (tarification à l'activité par pathologie) en passant par financement par dotation globale entre 1983 et 2004.

Ensuite, cette thèse est structurée en cinq chapitres. Le premier chapitre est consacré à la présentation d'une revue de littérature sur le contrôle de gestion. Cette présentation met l'accent sur les différentes approches économiques et fonctionnalistes. Ces approches constituent le courant dominant dans l'étude du contrôle de gestion. Ce chapitre présente

ensuite une revue de littérature sur le contrôle de gestion à l'hôpital. Les deux dernières sections de ce chapitre sont dédiées respectivement à la présentation de l'approche pratique et à sa mobilisation dans l'étude du contrôle de gestion.

Le deuxième chapitre présente le cadre théorique adopté et la question de recherche. Il met l'accent sur la définition de la théorie de la pratique et de la pratique comme élément central de cette théorie. Il présente les fondements de la théorie de la pratique et la manière dont l'approche pratique est mobilisée dans l'étude du contrôle de gestion. Le troisième chapitre présente la méthodologie de recherche à travers la stratégie de recherche adoptée, l'unité d'analyse, le positionnement du chercheur, le terrain de recherche, les répondants et la méthode de collecte des données.

Le quatrième chapitre présente les données collectées. Le cinquième et dernier chapitre de cette thèse est consacré à la discussion des résultats et à la présentation des contributions de ce travail de recherche.

L'évolution du système de financement des hôpitaux

De 1946 à 1984, le financement des hôpitaux publics s'appuie sur le principe d'un tarif à la journée d'hospitalisation et d'hébergement. Le système de prix de journée a été vigoureusement critiqué en raison de ses effets inflationnistes. En effet, si les établissements désiraient un prix de journée « confortable » pour l'année suivante, ils devaient faire « tourner la machine à plein » (Imbert, 1994). Plus les médecins hospitalisaient et prescrivaient d'actes, plus longtemps le malade restait à l'hôpital, mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque la Sécurité sociale payait… Ce système s'est révélé particulièrement opaque, d'autant plus que les abus et les gaspillages se trouvaient peu sanctionnés, la croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter jusqu'en 1975 (Krief, 2000).

La loi du 4 janvier 1978 autorise l'expérimentation de deux nouvelles formules de tarification : le budget global et le prix de journée « éclaté » (séparant les tarifications de l'hébergement des soins courants et des prestations coûteuses), prémices de la réforme du financement. La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale instaure alors une mesure majeure concernant le financement de l'hôpital : une dotation globale d'exploitation. La réforme de la dotation globale permet, au moins de 1985 à 1990, un ralentissement réel des dépenses hospitalières. Mais elle fige, reproduit et

même augmente d'année en année les inégalités entre établissements, départements et régions. La dotation globale fait de l'hôpital une « boîte noire » et favorise de fait l'inactivité, pénalisant même les hôpitaux qui ont fait des économies par souci de productivité. C'est pourquoi, afin de mieux connaître la nature des dépenses hospitalières et de réduire les inégalités entre les établissements, sont recherchés simultanément de nouveaux instruments de mesure plus fins et plus fiables de l'activité hospitalière (Budet et Blondel, 2004), permettant à terme la tarification à la pathologie.

En 2004, la Tarification A l'Activité (T2A) est introduite comme système de financement des hôpitaux publics et privés. Ce mécanisme de financement des établissements de soins permet d'évaluer leur rémunération en fonction de leur activité effective pour une prise en charge analogue et un prix identique. L'activité de l'établissement est mesurée et évaluée par le recueil d'informations effectué par les établissements publics ou privés sur le fondement du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). Ce Programme est préconisé dès 1982 pour répondre, entre autres, à l'évolution croissante des dépenses hospitalières (16 à 19 % par an). Il est fondé sur les Groupes homogènes de malades (GHM), modèle importé des Etats-Unis par Jean de Kervasdoué, alors directeur des hôpitaux, qu'il a emprunté au professeur Fetter dans la mesure où les GHM sont la traduction des *Diagnosis related groups* (DRG). Trois modalités de financement sont directement liées à l'activité réalisée et donnent lieu à des paiements spécifiques :

- Le paiement d'un tarif par séjour, dit Groupe homogène de séjour (GHS),
- Le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultation externe et les actes externes d'urgence (hospitalisation publique), de prélèvement d'organes, ainsi que l'hospitalisation à domicile (activités non décrites par les GHS),
- Le paiement de certaines fournitures, en plus des tarifs de prestation (certains médicaments coûteux et les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) comme les prothèses). Une liste des molécules et des DMI concernés est établie par voie réglementaire, en fonction de leur caractère onéreux et de l'hétérogénéité qu'il introduit dans les tarifs par séjour.

La T2A a été appliquée de manière progressive dans le secteur public. La première étape, opérée en 2004, a vu 10 % des recettes déterminées en fonction de l'activité. En 2005, le

pourcentage se situe entre 20 % et 25 %. En 2006, environ 35 % des recettes entrent dans le cadre de la tarification à l'activité. Enfin, la T2A couvre 100 % de l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) des établissements publics en 2008. En revanche, elle couvre 100 % de l'activité des établissements privés depuis 2005.

Le contrôle de gestion dans la littérature

L'étude du contrôle de gestion doit différencier les objectifs d'un système de contrôle de gestion et les approches théoriques mobilisées pour étudier son implémentation. Plusieurs auteurs ont apporté leurs contributions pour définir le contrôle de gestion. Anthony, par exemple, (1965) définit le contrôle de gestion comme le processus par lequel les managers s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l'organisation. Hofstede (1978) apporte une dimension sociale au contrôle de gestion et le définit comme un processus social dans un système social ou sociotechnique. Pour Merchant (1985), le contrôle est défini comme le processus systématique par lequel les managers régulent les activités de l'organisation afin de les rendre conformes aux attentes établies dans les plans et les aider à atteindre tous les standards (normes) prédéterminés de performance. Simons (1991) soutient que les systèmes de contrôle de gestion sont largement définis comme des routines formalisées, des rapports et des procédures qui utilisent l'information pour maintenir ou modifier les schémas de l'activité de l'organisation. De manière large, Ansari et Bell (1991) soutiennent que le contrôle de gestion se réfère à toutes les dispositions organisationnelles, formelles et informelles, destinées à atteindre les objectifs organisationnels. Il comprend la structure formelle, les contrôles opérationnels, les récompenses, la budgétisation, la planification et des activités similaires.

En 1988, Anthony fait évoluer sa première définition du contrôle de gestion en le présentant comme le processus par lequel les managers influencent les autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de l'organisation. Il décrit le contrôle de gestion en quatre phases : programmation, budgétisation, exécution et évaluation. La programmation est le processus par lequel sont décidés les programmes que l'organisation entreprend et les montants approximatifs de ressources qui sont allouées à chaque programme. Le budget est l'expression en termes monétaires de la programmation. La phase d'exécution s'appuie essentiellement sur le contrôle des opérations en cours d'action. L'information sur la performance opérationnelle a pour but d'alerter le manager sur les besoins d'actions correctives (analyse des écarts entre la performance obtenue et la performance budgétée).

L’évaluation a pour objectif de mesurer la performance dans l’organisation. La performance suppose réalisées trois conditions :

- L’économie consiste à se procurer les ressources au moindre coût ;
- L’efficacité est le fait d’atteindre les objectifs définis ;
- L’efficience est le fait de maximiser la quantité d’outputs à partir d’une quantité donné d’inputs.

Bouquin et Kuszla (2014) proposent un modèle rationnel du contrôle organisationnel en fonction des moments du processus de contrôle : avant, pendant et après l’action. Ils présentent un modèle en trois phases : finalisation, pilotage et post-évaluation. La phase de finalisation correspond à la définition des finalités assignées à un ensemble d’actions. Cette phase consiste à définir les buts, les chiffrer et prévoir les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. La phase de pilotage de l’action correspond à organiser un suivi du déroulement, anticiper et entreprendre les actions correctives. Cette phase s’appuie essentiellement sur le contrôle des opérations en cours d’action. La phase de post-évaluation où les résultats obtenus sont évalués dans trois domaines : économie, efficience et efficacité.

Les différentes définitions du contrôle de gestion recensent les objectifs assignés à un système de contrôle de gestion. La manière dont un système de contrôle de gestion permet d’atteindre ces objectifs est tributaire de l’approche adoptée pour l’étude du contrôle de gestion. Depuis le développement du contrôle de gestion dans les années 1920 dans les entreprises nord-américaines et jusqu’aux années 1980, la recherche en contrôle de gestion est restée dominée par des approches qui empruntent les cadres théoriques et les méthodes de l’économie. Mettant l’accent sur la fonction du contrôle de gestion, ces approches sont qualifiées de fonctionnalistes. Ces différentes approches se différencient au niveau des objectifs assignés au contrôle de gestion et la manière dont il est conçu au sein des organisations.

L’approche bureaucratique met l’accent sur les mécanismes formels en matière d’objectifs, de règles, de procédures, de politiques, de hiérarchie de l’autorité et de systèmes de récompense. Cette approche considère l’organisation comme une entité fermée négligeant ainsi les interactions avec l’environnement.

L'école des ressources humaines se penche sur l'étude d'autres facteurs influençant les systèmes de contrôle de gestion tels que la motivation. La conception cybernétique du contrôle est fondée sur la capacité d'autorégulation d'un système fondé sur la réaction (retour d'information), avec des objectifs fixés à l'avance, des résultats par rapport aux objectifs et l'information des managers sur les écarts pour entreprendre les actions correctives.

L'approche contingente du contrôle est fondée sur le principe qu'il n'existe pas « qu'une seule bonne approche universelle » applicable à toutes les organisations et dans toutes les circonstances. L'efficacité et l'efficience de l'organisation sont influencées par de nombreux facteurs contingents comme la taille, le cycle de vie organisationnel, la technologie, le type de pouvoir, l'incertitude, la dépendance des ressources, le style de leadership, la culture organisationnelle et la structure organisationnelle.

L'approche fondée sur la théorie de l'agence considère l'organisation comme une entité où les relations d'agence sont des éléments centraux. Les acteurs ont des objectifs propres, il est donc nécessaire de mettre en place des procédures de contrôle. Comme celles-ci ne sont pas gratuites, il convient d'arbitrer en permanence entre les avantages d'un contrôle plus serré et son coût.

Les approches fonctionnalistes ont fait l'objet de plusieurs critiques. Une des critiques porte sur la vision objective du monde de ces approches, sur leur considération du comportement individuel déterministe, sur l'utilisation de l'observation empirique et d'une méthodologie de recherche positiviste (Hopper et Powell, 1985 ; Chua, 1986 ; Ryan et Scapens, 2002 ; Andon et Baxter, 2007 ; Tuttle et Dillard, 2007). De surcroît, les recherches fondées sur le courant dominant s'appuient sur des données empiriques et se limitent généralement à des données publiques disponibles dans les bases de données. Or, la plupart des données intéressantes dans le domaine du contrôle de gestion ne sont pas publiques (Ittner et Larcker, 2001).

Les approches fonctionnalistes mettent l'accent sur le niveau macro en négligeant les pratiques au niveau micro. Elles ne rendent donc pas compte des situations telles qu'elles sont vécues par les praticiens d'où leur incapacité à leur proposer des solutions utiles. Selon Ittner et Larcker (2001, p. 395) « les théories économiques ne peuvent pas expliquer de manière complète les pratiques observées ».

L'approche bureaucratique conçoit l'organisation comme un système fermé. De ce fait, elle ne prend pas en compte l'influence du contexte et de l'environnement sur les systèmes de contrôle. Hofstede (1978) souligne les limites de l'approche cybernétique dans certains secteurs liés à leurs spécificités. Il s'agit par exemple des activités indirectes (non directement liées au processus de production) dans les entreprises marchandes et des organisations non marchandes comme les écoles, les hôpitaux. En effet, les trois hypothèses nécessaires à la validité du modèle cybernétique ne sont pas réunies dans ces organisations. L'applicabilité de l'approche cybernétique à l'hôpital est confrontée aux mêmes limites que l'approche bureaucratique notamment en matière de fixation de standards pour la production hospitalière. Comment fixer un standard de la prise en charge d'une pathologie ? Quel critère prendre en compte, la qualité, le coût (quand il est mesurable), la durée… ? Comment déterminer le coût de la prise en charge d'une pathologie ? À quoi faut-il le comparer ?

La théorie de la contingence et la théorie de l'agence sont deux autres illustrations des limites des approches dominantes dans l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital. La théorie de la contingence présente une vision restrictive et statique des voies par lesquelles les systèmes de contrôle sont affectés par un certain nombre de facteurs (Hopwood dans Miller, 1994, p. 18). Selon cette approche, la forme du contrôle dépend des conditions environnementales. Même si la relation entre l'organisation et l'environnement est considérée comme dialectique (Neimark et Tinker, 1986), la théorie de la contingence fournit peu d'informations sur les processus d'interaction entre les changements de l'environnement et des technologies, d'une part, et le changement des systèmes de contrôle, de l'autre. Selon Preston et al. (1992), bien que les systèmes de contrôle puissent être contingents, ils le sont de manières beaucoup plus spécifiques que par rapport aux seules caractéristiques générales de l'environnement comme suggéré par la théorie conventionnelle de contingence.

La théorie de l'agence, de son côté, présente un certain nombre de limites dans l'étude du contrôle de gestion. Preston et al. (1992) estiment que la théorie de l'agence ne permet pas d'expliquer les modes de création des systèmes spécifiques de contrôle et la manière dont ces systèmes changent. De surcroît, la théorie de l'agence explique la nature des systèmes de contrôle et de budgétisation en fonction des intérêts prédéterminés des principaux et des agents. Or, les intérêts émergent au cours du processus de création des systèmes budgétaires et peuvent changer par la fabrication des systèmes budgétaires. Les intérêts n'existent pas indépendamment des systèmes budgétaires. Il est donc difficile d'étudier les intérêts des

acteurs sans s'intéresser à leurs pratiques ni à leurs interactions pendant les épisodes budgétaires.

Les limites des approches fonctionnalistes dans l'étude du contrôle de gestion s'articulent donc autour de trois thèmes : le rôle du contexte, des acteurs et de leurs interactions dans la formation des systèmes de contrôle de gestion. Le contrôle de gestion peut être étudié à travers une approche moins objectiviste et moins réaliste. Cette manière d'étudier abandonne les abstractions des approches économiques et adopte une logique de l'interaction, des actions et du réseau (Macintosh et Quattrone, 2010). L'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion se distingue des approches fonctionnalistes par l'intérêt qu'elle porte aux activités micro et aux individus qui les réalisent. L'accent est mis sur ce que les individus font en relation avec la stratégie et sur le contexte dans lequel les activités des individus sont réalisées.

Selon Gerry et al. (2007), il existe des raisons économiques, théoriques et empiriques qui justifient l'intérêt pour ce que les individus font en lien avec les stratégies des organisations. Au niveau économique, les marchés deviennent ouverts, communs, les ressources échangeables, l'information disponible et le travail mobile. Dans un environnement compétitif, les comportements interactifs des individus dans les organisations deviennent un avantage durable. Les théoriciens de l'approche sur les ressources l'appellent « ressources micro ». L'hôpital public exerce ses missions dans un environnement caractérisé par une concurrence interhôpitaux mais aussi une concurrence avec le secteur privé. Le financement en fonction de l'activité réalisée avec la tarification à l'activité (T2A) est un élément qui accentue la concurrence entre le secteur public et privé. Chacun essayant de recruter le maximum de patients. La réponse à la concurrence est d'aller vers plus de décentralisation. Les décisions stratégiques sont prises et l'influence stratégique est exercée par ceux qui sont proches des consommateurs, des clients ou des compétences organisationnelles (Zenger et Hesterley 1997 ; Wittington et al., 1999), par ceux qui sont à la périphérie des organisations plus qu'à son centre. Au sein de l'hôpital public, ce sont les médecins qui sont sur le terrain, qui soignent et qui sont proches des clients (si on peut considérer les patients comme des clients).

L'apport de l'approche pratique au niveau théorique se justifie par le nombre des travaux empiriques explorant la forme des activités et la façon dont elles contribuent à l'atteinte d'un avantage compétitif.

Au niveau empirique, plusieurs exemples peuvent être cités pour confirmer l'intérêt de mobilier l'approche pratique. Le processus stratégique reconnaît l'importance des politiques organisationnelles (Pettigrew, 1977) et les tensions organisationnelles (Normann, 1977). Mais les études de processus s'intéressent aux systèmes et processus des organisations comme des unités d'analyse (Chakravarthy et Doz, 1992 ; Chakravarthy et White, 2002) et négligent la pratique qui se trouve au sein de tels processus (Brown et Duguid, 2000). La planification stratégique, par exemple, comme processus stratégique s'intéresse aux liens entre la présence de telle planification et les résultats de performance de la firme (Miller et Cardinal, 1994). Elle néglige entièrement les activités impliquées dans une telle planification.

La pluralité est une caractéristique fondamentale qui distingue la recherche suivant une approche pratique. Cette approche met l'accent sur la pluralité des niveaux d'analyse, des acteurs et des variables qui expliquent la performance d'une organisation.

En ce qui concerne des niveaux d'analyse, la recherche selon la perspective pratique s'intéresse à différents niveaux et surtout aux relations entre les niveaux « macro », « meso » et « micro ». Elle s'intéresse aux sous processus au niveau organisationnel pour investiguer ce qui se passe dans l'organisation. L'intérêt porté par l'approche pratique à la pluralité des acteurs la distingue de la recherche traditionnelle qui tend à s'intéresser aux responsables et aux managers supérieurs (top management). La performance organisationnelle peut être appréhendée à différents niveaux. Il y a peu de sens d'essayer d'expliquer la performance des entreprises si on ne comprend pas bien les composantes de cette performance. La perspective pratique soutient la valeur explicative de la performance par les individus, par leur interaction et leur adoption des pratiques institutionnelles et organisationnelles.

Le contrôle de gestion à l'hôpital

La revue de littérature sur le contrôle de gestion à l'hôpital met en exergue l'existence d'un contrôle externe limité au contrôle budgétaire. Il s'agit d'un contrôle des résultats fondé sur une démarche contractuelle préconisée par la loi du 24 avril 1996 (Alvarez, 2011). La contractualisation, qui traduit une volonté de responsabilisation des acteurs, est mise en place à deux niveaux (Marquet, 1996) : (1) de manière obligatoire entre l'établissement et la tutelle : il s'agit du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (déjà prévu dans la loi de 1991) ; (2) de manière facultative à l'intérieur de l'établissement : il s'agit de la délégation par centre de responsabilité.

La France introduit un contrôle des résultats dans le secteur public. Cela se traduit, dans les hôpitaux publics français, d'une part par un réaménagement du mode d'allocation des ressources et, d'autre part, par des changements organisationnels au sein de la structure. (Georgescu et Naro, 2012). L'introduction de la T2A et la réorganisation interne de l'institution hospitalière poursuivent un objectif déclaré d'orienter cette dernière vers plus d'efficacité et d'efficience. Ainsi, ces transformations financières et organisationnelles orientent l'hôpital, dominé par un contrôle professionnel, vers un autre mode de contrôle organisationnel à savoir le contrôle par les résultats. Le financement en fonction l'activité déclarée introduit un lien de dépendance direct entre les ressources perçues et la production réalisée (Georgescu et Naro, 2012).

Ainsi, les conditions nécessaires et suffisantes qui sous-tendent l'existence d'un contrôle par les résultats (Sponem et Chatelain-Ponroy, 2010) semblent réunies : une division de l'hôpital en pôles d'activités disposant d'une autonomie de gestion, des objectifs de performance établis en fonction du niveau d'activité à atteindre, une mesure de l'activité par le PMSI et un système de sanction récompense visant à financer les pôles en fonction de leur activité déclarée (Georgescu et Naro, 2012).

Le contrôle budgétaire implique une notion de performance conduisant à un suivi de conformité. La performance consiste en un degré maximal d'adéquation entre la consommation de ressources et la prévision, sans que le résultat obtenu et son impact n'entrent vraiment en ligne de compte. II s'agit ainsi d'un contrôle externe puisqu'il a pour objectif d'informer les financeurs de l'affectation des ressources. Selon Nobre (2001), ce contrôle se révèle peu opérationnel dans la mesure où les informations utilisées ne sont pas déclinables en actions par le centre opérationnel au sens de Mintzberg (1982**)**.

Mais le contrôle des résultats est confronté aux spécificités de l'hôpital qui rend son efficacité discutable au regard de la situation financière des hôpitaux publics en France. Thompson (1967) souligne que l'efficacité de l'approche budgétaire repose à la fois sur une bonne mesure de la production et sur une bonne connaissance des règles de causalité des consommations des ressources. Or l'hôpital, de par la particularité de son activité, ne satisfait pas à ces conditions (Ouchi, 1977). La mesure de la production reste problématique même si le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) est une avancée non négligeable (Nobre, 2001). En effet, le rassemblement des séjours en groupes homogènes de malades (GHM), pour définir des consommations standards par pathologie et par catégorie de

malades, implique de fortes simplifications qui ne rendent pas compte de la diversité des situations des établissements et des traitements thérapeutiques (Escaffre et al., 1994).

En matière de consommation des ressources, la diversité des patients et des protocoles de soins correspondants ne permettent pas d'identifier facilement des régularités d'activité. En effet, l'imbrication des facteurs est telle qu'une loi permanente invariable ne saurait expliquer de manière exhaustive la consommation de ressources.

L'imprévisibilité de la demande renforce les difficultés concernant l'efficacité de l'approche budgétaire pour contrôler les dépenses hospitalières. En effet, les soins produits à l'hôpital ne sont ni « inventoriables » ni transportables. L'hôpital dispose de peu de possibilités pour anticiper la demande des clients (patients) : les patients gravement blessés ou les patients présentant des complications sévères doivent être traités dès qu'ils arrivent à l'hôpital.

Face aux limites du contrôle budgétaire liées aux spécificités de l'hôpital, le budget représente une preuve externe de l'adhésion de l'hôpital aux plans et aux décisions gouvernementales mais il n'est pas une preuve d'efficience. Ainsi, l'évaluation met plus l'accent sur la conformité avec les règles que sur les résultats atteints (Scott, 1992, p. 124).

LE CADRE THÉORIQUE ET LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Selon Berry et al. (2009), la recherche en contrôle a besoin d'un nouveau processus de production de connaissance qui permet de lier de manière efficace la pratique et la théorie. Pour Scapens (1994), l'étude du contrôle de gestion comme une pratique pose la question du lien entre la théorie et la pratique. Berry et al. (2009) soutiennent que la recherche en contrôle peut être traitée comme un problème de production de connaissance dans le sens où elle s'oriente vers la production de connaissances nouvelles. Ils identifient la théorie de la pratique comme une des approches possibles de production de connaissances. Pour Rouleau (2013), l'objectif de l'étude des pratiques est moins de fixer des orientations spécifiques mais d'attirer l'attention des chercheurs sur le rôle des pratiques dans la production de connaissances.

L'approche pratique pour la production de la connaissance en matière de systèmes de contrôle peut être « inconfortable » pour ceux qui défendent l'importance de la connaissance académique pour conduire la pratique. La pratique est, en effet, considérée comme une application de la connaissance académique. Elle est aussi inconfortable pour les praticiens qui réduisent la connaissance académique à une description et une explication de la pratique. En

revanche, elle peut satisfaire ceux qui conçoivent et développent les artefacts de contrôle car ils travaillent dans un monde où les solutions sont conçues à partir de la théorie disponible, de la pratique et de l'expérience (Berry et al., 2009).

Pour la théorie de la pratique, le social est abordé différemment que dans les approches individualistes ou holistes (Reckwitz, 2002). Les auteurs de la théorie de la pratique cherchent à réconcilier le « micro » et le « macro » à travers la conceptualisation de la « praxis » sous forme d'activités localement situées (sphère micro) et des « pratiques » comme des types routiniers de comportement qui s'étendent dans le temps et dans l'espace (sphère macro) (Schiller-Merkens, 2007).

Selon Whittington (2006), la théorie de la pratique est fondée sur trois thèmes centraux. Le premier thème est la « société ». Les auteurs de la théorie de la pratique mettent l'accent sur la manière dont le social (compréhensions partagées, règles culturelles, langages et procédures) définit les pratiques qui guident et permettent l'activité humaine. La notion de social fait référence à la notion de « champ » chez Bourdieu (1980) ou celles de « systèmes » chez Giddens (1984). Le deuxième thème met l'accent sur l'activité en tout genre. Pour Whittington (2006), les auteurs de la théorie de la pratique s'intéressent à l'activité réelle des individus « en pratique ». Les pratiques sociales sont suivies ou mobilisées « en pratique » par les individus en fonction des exigences de la situation. La distinction entre « pratiques » et ce qui est réalisé « en pratique » renvoie au troisième thème de la théorie de la pratique à savoir les praticiens. L'activité dépend des compétences et de l'initiative de ces acteurs.

À travers ces trois concepts fondamentaux, la théorie de la pratique met l'accent sur trois points essentiels dans l'étude du contrôle de gestion. Le premier est le contexte. L'objectif est d'étudier l'influence du contexte sur la formation des systèmes de contrôle de gestion. Le deuxième est centré sur le rôle des acteurs et leurs interactions. Le troisième point met l'accent sur la nécessité de prendre en compte les liens entre les pratiques de contrôle de gestion et les autres pratiques organisationnelles notamment les pratiques opérationnelles. Selon Hopwood (1976, p. 3), « il faut voir le contrôle comme un phénomène à la fois organisationnel et social ». Ainsi, la perspective pratique implique aussi bien l'individu que le contexte social dans la construction du contrôle de gestion.

Lien entre le local et le global

Dans une perspective pratique, le contrôle de gestion ne peut pas être détaché du contexte dans lequel il opère. Les modes d'exercice de contrôle sont devenus non seulement des pratiques managériales importantes mais aussi des pratiques dont l'existence et les conséquences sont difficilement dissociables du fonctionnement des organisations (Hopwood, 1983).

Le lien entre le local et le global renvoie sur la relation entre les pratiques de contrôle de gestion à l'hôpital et le contexte. Selon Hopwood (1983), le contrôle de gestion ne peut pas être détaché du contexte dans lequel il opère. Macintosh et Scapens (1990) insistent sur l'importance de comprendre le contexte social et organisationnel dans lequel les systèmes de contrôle de gestion sont enracinés.

Le rôle des acteurs et des interactions

Certaines pratiques peuvent être effectuées individuellement (lire un livre ou faire une promenade). Mais de nombreuses activités impliquent une sorte d'*interaction* avec les autres comme, par exemple, jouer au football. Shove et Pantzar (2005) n'incluent pas explicitement l'*interaction*, probablement parce que leur apport met l'accent sur les composants de la pratique sans décrire les activités quand il définit la pratique. Røpke (2009), à l'instar de Schatzki, préfère mettre explicitement l'accent sur les *activités* et prendre en compte l'importance de l'*interaction*.

Hopwood (2007) soutient que les connaissances globales ne résistent pas souvent aux connaissances locales. Ces connaissances globales éprouvent des difficultés à s'intégrer dans le détail des contextes institutionnels locaux : les nouvelles connaissances restent faiblement liées (déconnectées) aux milieux dans lesquels elles opèrent et donc incapables d'insuffler le fonctionnement de la pratique. L'intérêt porté par la théorie de la pratique aux acteurs et leurs interactions permet d'expliciter la manière dont les objectifs stratégiques sont internalisés en local par les acteurs dans la réalisation de leurs pratiques.

Le lien entre les pratiques organisationnelles

Les pratiques sont liées entre elles à travers les significations (sens), les compétences et les objets qu'elles partagent. Elles sont également liées par d'autres moyens : par exemple,

certaines sont *complémentaires* comme la cuisine et les achats de produits alimentaires, les activités sportives et le transport. D'autres peuvent être *remplacées mutuellement* comme les différents modes de transport. Les pratiques peuvent également être reliées au sein de groupes (par exemple, toutes les activités impliquées dans la conduite et l'entretien d'une voiture).

Hopwood (1983) constate que la plupart des études détachent le contrôle de son ensemble organisationnel (l'organisation) préférant l'étude des conséquences de ce contrôle sur l'individu plutôt que sur le niveau organisationnel. Elles détachent le contrôle de son ensemble organisationnel et des autres pratiques organisationnelles. Ainsi, elles ne permettent pas d'apporter un éclairage sur les manières avec lesquelles le contrôle s'articule avec les autres pratiques organisationnelles, les processus de prise de décision et les structures de pouvoir. Elles ne permettent pas non plus d'investiguer les facteurs qui, à la fois, donnent lieu (font émerger) au phénomène du contrôle et le conduisent au changement. L'intérêt est porté sur les manières dont le contrôle influence l'ensemble organisationnel dans lequel il opère.

Question de recherche

Quelles pratiques composent le contrôle de gestion à l'hôpital public et comment s'articulent-elles avec les pratiques opérationnelles ?

- *Quels sont les objectifs et les règles qui guident les pratiques composant le contrôle de gestion ?*
- *Quel rôle joue le contexte dans la réalisation des pratiques de contrôle de gestion ?*
- *Quel est le rôle des acteurs et des interactions dans la pratique du contrôle de gestion ?*

LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Le chercheur

Le rôle du chercheur est déterminé par sa connaissance du terrain de recherche et ses liens avec les acteurs. Le chercheur a exercé au sein de l'« Assistance Publique – Hôpitaux de Paris » (AP-HP) dont une année aux services centraux et trois années au sein de l'hôpital « Pitié Salpêtrière ». L'hôpital « Pitié Salpêtrière » fait partie des hôpitaux de l'AP-HP. Son

expérience au service « contrôle de gestion » au siège de l'AP-HP lui a permis d'acquérir une connaissance en matière de comptabilité analytique hospitalière, sur la manière dont est construite et la manière dont elle peut affecter les résultats de l'Échelle Nationale des Coûts. Le chercheur a aussi participé à la mise en place de la réforme de la nouvelle gouvernance au sein des hôpitaux de l'AP-HP consistant à organiser l'hôpital en pôles d'activité. Il a ainsi contribué à la construction des pôles d'activité. Au sein de l'hôpital « Pitié Salpêtrière », le chercheur exerçait la fonction de contrôleur de gestion des pôles d'activité « cœur » et « endocrinologie ». Ces deux pôles ont ensuite fusionné pour n'en faire qu'un seul appelé « Cœur Métabolisme ».

Le terrain de recherche

Notre terrain de recherche est le pôle « Cœur Métabolisme » au sein de l'hôpital Pitié Salpêtrière. Cet hôpital, comme d'autres hôpitaux parisiens, fait partie de l'AP-HP. La création des « Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix » a réuni en 2010 deux sites hospitaliers : l'un, essentiellement MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), de 1715 lits (La Pitié Salpêtrière à Paris 13ème), l'autre de 474 lits dédiés à la gériatrie (Charles Foix à Ivry-sur-Seine). Ces deux proposent des activités médicales et chirurgicales hormis la pédiatrie (sauf pédopsychiatrie), la dermatologie, le traitement des grands brûlés et la chirurgie thoracique. Au niveau du budget, le groupe hospitalier totalise en 2014 des recettes à hauteur de 884,464 millions d'euros pour des dépenses à hauteur de 866,655 millions d'euros.

Les répondants

Comme précisé précédemment, le terrain de recherche est le pôle « Cœur Métabolisme ». Le choix des répondants est fondé sur le thème de recherche. Il était donc important d'identifier les acteurs qui exercent une influence sur la gestion du pôle (sa production, son budget, ses recettes et ses dépenses). Ainsi, les répondants sélectionnés sont classés en trois groupes. Le groupe du personnel administratif (adjoint au directeur général de l'hôpital, le directeur administratif et financier, le directeur de l'information médicale, le contrôleur de gestion de l'hôpital et le cadre administratif du pôle). Le groupe du personnel médical composé du chef de pôle et des médecins chef de service du pôle. L'effectif global est de dix-huit médecins. Ce groupe inclut également les chefs des autres pôles de l'hôpital. Le troisième groupe appelé « personnel encadrant du personnel soignant » est composé des cadres supérieurs de santé

(responsable du personnel soignant du service) et les cadres de santé responsables des unités dans les services. L'effectif retenu pour ce travail est de neuf acteurs.

La stratégie de recherche

La méthodologie utilisée dans le cadre de ce travail de recherche est qualitative. Elle est fondée principalement sur des entretiens réalisés auprès des trois groupes d'acteurs précisés plus haut à savoir le personnel administratif, le personnel médical et le personnel encadrant du personnel soignant (les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé).

L'unité d'analyse

Nous adoptons la démarche de « pratique comme connaissance » parmi les cinq démarches proposées par Rouleau (2013). Cette démarche s'appuie sur les routines et les interactions comme unité d'analyse. Dans notre travail de recherche, nous adoptons la même posture en nous fondant sur « les activités » des acteurs comme unité d'analyse. La notion d'activité n'est pas loin de celle de routine. Elle est retenue pour deux raisons principales. La première réside dans la méthode de collecte des données qui est fondée sur des entretiens. Un entretien ne permet pas de juger de la routinisation ou non d'une activité, seule une observation sur une longue période le permet. La deuxième raison se justifie par le cadre théorique où la pratique est définie comme un ensemble d'activités. Ainsi, afin de pouvoir étudier les pratiques des acteurs, il est incontournable d'identifier les activités qui les composent.

Les modalités de collecte des données

L'entretien est le principal outil de collecte mobilisé pour cette recherche. Il est complété par des documents fournis par certains répondants. Les entretiens sont « semi-standardisés ». Comme présenté plus haut, les répondants appartiennent à trois groupes : administratif, médical et paramédical. Ils ont des statuts différents, des grades différents, des formations différentes et des attributions différentes. Ainsi les questions ne peuvent pas être standardisées. De surcroît, la connaissance du chercheur du domaine hospitalier et plus particulièrement le pôle étudié lui permet d'approfondir certaines questions et certaines réponses.

LES DONNÉES COLLECTÉES

Au total, trente-deux entretiens ont été réalisés. Les entretiens avec le personnel médical ont duré au total 22 heures et 47 minutes pour une moyenne de 1 heure et 16 minutes. Les entretiens avec le personnel administratif ont duré au total 7 heures et 14 minutes pour une moyenne de 1 heure et 27 minutes. Les entretiens avec le personnel encadrant du personnel soignant ont duré au total 7 heures et 45 minutes pour une moyenne de 52 minutes par entretien. Les entretiens ont été intégralement retranscrits pour aboutir à près de neuf cents pages d'entretien (interligne simple).

Modalités de traitement et d'analyse des données

La grille de codage est établie sur le fondement de l'unité d'analyse à savoir « les activités » des répondants. Cette grille a permis de former des pratiques sur le fondement des activités identifiées. Le regroupement des activités en pratique est fondé sur la notion de structure téléo-affective d'une pratique. La structure téléo-affective correspond aux objectifs et aux buts liés à une pratique. Ainsi, nous avons regroupé au sein d'une même pratique toutes les activités en lien avec la réalisation des buts de la pratique formée. Ensuite les pratiques sont regroupées en groupes de pratiques. L'ensemble des entretiens a été codé à l'aide de l'outil NVivo 10. Les différentes pratiques ont fait l'objet d'une seconde analyse qui a consisté à identifier les pratiques composants chaque phase du processus de contrôle de gestion à savoir la programmation, la budgétisation, le pilotage de l'action et enfin la phase « post-évaluation ».

LES CONTRIBUTIONS

Cette thèse apporte des contributions au niveau de la revue de littérature, au niveau méthodologie et au niveau managériale et praxéologique.

Contributions à la revue de littérature

Au niveau de la revue de littérature, cette thèse apporte des contributions à trois niveaux. Le premier niveau concerne le rôle du contexte dans la construction des systèmes de contrôle de gestion. Le deuxième met l'accent sur la manière dont les pratiques de contrôle s'insèrent dans les pratiques opérationnelles, les modifient et les transforment. Le troisième niveau de contribution est centré sur le rôle des interactions internes et des interactions avec les acteurs

externes dans la réalisation des objectifs des pratiques opérationnelles. L'effort des acteurs opérationnels dans l'ajustement de leurs pratiques sous l'influence des pratiques de contrôle de gestion démontre le rôle que jouent ces derniers dans la réalisation des objectifs de l'hôpital.

Le contexte influence la formation des systèmes de contrôle. Mais cette influence s'exerce de manière indirecte. En effet, le contexte externe à l'hôpital marqué par la règle de financement (T2A) ainsi que la concurrence avec les cliniques privées motive les hôpitaux à axer leurs orientations stratégiques sur le volume de production, les recettes de financement et sur le niveau des dépenses.

Le contexte interne participe à la formalisation des décisions stratégiques de l'hôpital. La direction est confortée dans sa stratégie de récupérer l'activité des hôpitaux en perte de croissance de leur activité par un contexte interne caractérisé par la croissance du volume d'activité produit par l'hôpital. La volonté de la direction de l'hôpital d'augmenter son niveau d'activité est dictée par la volonté du siège de l'AP-HP de réduire les lits des hôpitaux qui sont en perte d'activité. Rappelons, que l'hôpital fait partie de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Tous les hôpitaux appartenant à l'AP-HP sont sous la tutelle du siège (direction centrale) avec qui ils négocient leurs budgets et leurs projets.

Les caractéristiques du contexte externe et interne présentées ci-dessus guident les actions de la direction dans ses décisions stratégiques et dans leur formalisation au niveau budgétaire. Les objectifs stratégiques de l'hôpital sont donc guidés par les impératifs du contexte externe et interne. L'étude des pratiques de contrôle de gestion montre qu'elles sont réalisées dans l'objectif d'assurer l'atteinte des objectifs stratégiques. Les pratiques de contrôle influencent les pratiques opérationnelles à travers plusieurs moyens : les règles, la négociation, l'information, la contrainte et la sanction.

Les règles et la négociation concernent la phase planification. L'information et la contrainte sont des pratiques de pilotage de l'action. La sanction concerne la phase d'évaluation. Ainsi, le système de contrôle de gestion est un ensemble de pratiques coordonnées entre les différentes phases du processus du contrôle. Le contrôle de gestion peut être conçu comme un ensemble de pratiques coordonnées.

Mais cette coordination ne peut être complète sans l'étude de la manière dont les pratiques de contrôle s'insèrent dans les pratiques opérationnelles, les modifient et les transforment. Notre deuxième contribution met donc l'accent sur l'insertion des pratiques de contrôle de gestion dans les pratiques opérationnelles dans l'objectif de les aligner sur les orientations stratégiques de l'hôpital.

Dans leur effort de répondre aux exigences stratégiques véhiculées par les pratiques de contrôle de gestion, les pratiques opérationnelles se modifient. La modification et la transformation de ces pratiques se manifestent de trois manières. La première concerne la transformation de la manière dont les opérationnels exercent certaines pratiques. En effet, la manière dont ces pratiques sont réalisées tranche avec les habitudes du passé. Le deuxième est l'adjonction, au sein de la même pratique, d'actions nouvelles. De manière plus explicite, des pratiques opérationnelles composées initialement d'actions qui visent la prise en charge des patients sont alimentées par d'autres actions en réponse aux exigences dictées par les pratiques de contrôle de gestion. Le troisième réside dans l'émergence de nouvelles pratiques opérationnelles pour répondre aux impératifs du contrôle de gestion.

L'étude de l'influence des pratiques de contrôle de gestion sur les pratiques opérationnelles montre que les premières engendrent la modification des secondes mais, en revanche, elles ne les déterminent pas. En effet, les acteurs opérationnels dans leur effort d'adapter leurs pratiques aux exigences du contrôle sont guidés par leur intelligibilité pratique. L'intelligibilité pratique correspond à ce qui est logique de faire du point de vue de l'individu, elle est donc quelque chose d'individuel. La manière dont l'intelligibilité pratique guide les activités n'a pas besoin d'être la plus rationnelle ou de correspondre à une norme. Les individus font ce qui leur paraît, à partir de leur intelligibilité pratique, logique de faire.

En plus de l'intelligibilité pratique, la transformation des pratiques opérationnelles ne peut pas être dissociée de l'étude des interactions internes et avec des acteurs externes qu'occasionne la modification des pratiques opérationnelles. Notre analyse démontre que les interactions sont un élément déterminant dans la transformation des pratiques opérationnelles pour que celles-ci puissent répondre aux exigences du contrôle de gestion.

La troisième contribution concerne le rôle des interactions dans la réalisation des pratiques opérationnelles. L'analyse des pratiques opérationnelles nous renseigne sur l'importance des interactions dans la réalisation des pratiques opérationnelles et surtout sur la réalisation des

objectifs dictée par les exigences du contrôle de gestion. Autrement dit, les pratiques opérationnelles ne peuvent pas répondre aux impératifs du contrôle de gestion en l'absence des interactions internes mais également des interactions entre les opérationnels et les acteurs externes.

Contributions méthodologiques

Au niveau méthodologique, ce travail de recherche met l'accent sur l'importance de l'expérience du chercheur dans la mobilisation de l'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion. Cette expérience permet d'opter pour une méthode de recherche axée sur les entretiens en cas de difficultés d'opter pour une méthodologie ethnographique fondée sur l'observation comme le préconise Rouleau (2013). L'expérience du chercheur permet de dépasser les limites d'une approche ethnographique dans l'étude des pratiques au sein de l'hôpital. Ces limites sont d'ordre éthique et sont aussi liées à la spécificité de l'activité hospitalière et à l'organisation de l'hôpital.

Éthiquement, il n'est pas possible d'observer certaines pratiques comme le déroulement d'une consultation médicale ou d'une opération chirurgicale. Au niveau organisationnel, l'hôpital public se caractérise par la multiplicité des acteurs avec des profils différents et des activités différentes. La multiplicité des acteurs renvoie à celles des pratiques en fonction des acteurs. Ces pratiques sont différentes non seulement en fonction des acteurs mais aussi en fonction du secteur dans lequel les acteurs exercent leurs activités. Ainsi, pour les infirmières, en dépit de leur appartenance au même groupe d'acteurs, leurs pratiques divergent selon qu'elles exercent dans un secteur de médecine, de chirurgie, de réanimation ou encore en laboratoire pour ne citer que ces exemples. Cette thèse, participe à apporter une réponse à ces différentes limites en insistant sur l'expérience du chercheur et sa connaissance du thème de recherche, du terrain et des acteurs.

La deuxième contribution méthodologique met l'accent sur l'apport de la mobilisation de l'approche pratique dans un travail de recherche à la pratique du contrôle de gestion. Il existe une complémentarité entre l'expérience du chercheur et la recherche académique. Berry et al. (2009) insistent sur l'importance de l'articulation entre la théorie et la pratique dans un processus de production des connaissances. Les auteurs soulignent qu'il s'agit d'une collaboration dans la construction de la connaissance à travers un processus itératif entre la théorie et la pratique, entre les chercheurs académiques et les praticiens.

Un travail de recherche mené par un praticien du contrôle de gestion permet à ce dernier d'enrichir la pratique du contrôle à travers des connaissances imperceptibles dans l'exercice de la fonction de contrôleur de gestion.

Contributions managériales et praxéologiques

La contribution managériale de cette thèse met l'accent sur le fait que le contrôle de gestion à l'hôpital est la transposition du mécanisme de financement de l'hôpital. Il s'appuie exclusivement sur un contrôle budgétaire qui n'est autre qu'un contrôle par les résultats. La difficulté d'établir une causalité entre la production et la consommation des ressources explique le raisonnement au niveau de l'hôpital fondé sur l'équilibre budgétaire. L'absence de cette causalité fait qu'il n'est pas possible de calculer un coût par produit hospitalier afin de juger de l'efficience de l'hôpital. Ainsi, la recherche de l'équilibre budgétaire conduit à un raisonnement global où l'objectif est de maximiser les recettes en poursuivant un objectif d'augmentation du volume de la production et en maîtrisant les dépenses. Ce constat nous amène à suggérer une conceptualisation du système de contrôle comme un ensemble de pratiques qui s'articulent autour du parcours du patient à l'hôpital. L'optimisation du produit hospitalier (en volume et en recettes et dépenses) passe par l'intérêt qui doit être porté à un ensemble de pratiques qui se déroulent avant, pendant et après le séjour patient.

Le plan général de la thèse

INTRODUCTION

CHAPITRE INTRODUCTIF

UN BREF HISTORIQUE DE L'HÔPITAL PUBLIC EN FRANCE, ENTRE ORGANISATION ET REFORMES DE FINANCEMENT

- L'historique de l'hôpital public en France
- L'hôpital de l'après-guerre, une construction continue et une succession de lois !
- La gestion à l'hôpital public et les reformes de financement

CHAPITRE I

LE CONTRÔLE DE GESTION, D'UNE CONCEPTION ÉCONOMIQUE A UNE APPROCHE PRATIQUE

- Le contrôle de gestion dans la littérature
- Le contrôle de gestion à l'hôpital public
- La perspective pratique dans l'étude du contrôle de gestion
- Le contrôle de gestion « as practice »

CHAPITRE II

LA THEORIE DE LA PRATIQUE DANS L'ETUDE DU CONTROLE DE GESTION

- Origines et genèse de la théorie de la pratique
- Les fondements de la théorie de la pratique
- L'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion
- Les questions de recherche et le modèle conceptuel pour l'étude du contrôle de gestion dans une perspective pratique

CHAPITRE III

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE, DES ACTIVITÉS AUX PRATIQUES

- Le design de recherche et le modèle conceptuel
- La stratégie de recherche
- Les méthodes de collecte des données
- La démarche d'analyse des données

CHAPITRE IV

ETUDE DES PRATIQUES DANS UN POLE MÉDICAL D'UN HÔPITAL PUBLIC

- Des activités aux pratiques
- Les pratiques de production hospitalière
- Les pratiques de contrôle de gestion

CHAPITRE V

L'APPROCHE PRATIQUE, APPORTS POUR L'ETUDE DU CONTROLE DE GESTION

- Le rôle du contexte dans la construction des systèmes de contrôle de gestion
- L'articulation des pratiques de contrôle de gestion avec les pratiques opérationnelles
- Complémentarité entre le positionnement du chercheur et l'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital
- Le contrôle de gestion à l'hôpital, une transposition du mécanisme de financement

Chapitre introductif
Un bref historique de l'hôpital public en France, entre organisation et réformes de financement

Ce chapitre est organisé en trois sections. La première section présente de l'hôpital public à travers vision historique de l'hôpital, de sa naissance jusqu'à la construction de l'hôpital moderne de l'avant-guerre.

La deuxième section présente un inventaire des différentes réformes législatives et d'organisation qu'a connu l'hôpital en France depuis 1941.

La troisième section met l'accent sur les réformes en matière de gestion à l'hôpital. Elle présente les différentes réformes depuis l'introduction de la comptabilité analytique à l'hôpital en 1950 jusqu'à la réforme du 2 mai 2005 dite de la nouvelle gouvernance consistant à organiser les hôpitaux en pôle d'activité. Cette section présente ensuite les trois réformes de financement qu'a traversé l'hôpital public depuis le financement au prix de journée jusqu'à l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) en passant par la dotation globale mise en place en 1984. Cette section se termine par un aperçu de la situation financière des établissements de santé en France.

Section 1 : l'historique de l'hôpital public en France

L'hôpital public fait partie des organisations non-profitables complexes. Cette complexité découle à la fois de sa mission de service public, de son activité de soins et de son système de financement particulier qui le distinguent des autres institutions publiques telles que les préfectures, les mairies ou les transports. D'ailleurs, l'évolution du système depuis le milieu du XX^{e} siècle témoigne des difficultés que rencontrent les pouvoirs publics pour maîtriser les dépenses et les budgets hospitaliers. Une autre particularité de l'hôpital public, qui rend difficile le développement de système de contrôle, réside dans son organisation. L'hôpital se caractérise par la coexistence de deux groupes d'acteurs dont le rôle est certes différent mais dont les objectifs sont censés être les mêmes à savoir « produire une activité de soins de manière efficace et efficiente ».

S'il est aujourd'hui admis que l'hôpital est avant tout destiné aux personnes malades qui s'y rendent pour être soignées, il n'en a pas toujours été ainsi. L'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui a en effet évolué au fil des siècles depuis sa création, en fonction à la fois de l'évolution des besoins de la population et de leur prise en compte en termes de priorités politiques.

Nous présentons dans ce qui suit un bref historique de l'hôpital public en France depuis la construction des premiers hospices au milieu du IV^{e} siècle et la construction de l'hôpital moderne après la Révolution française. Nous reprenons la présentation réalisée par la Conseil Économique et Social dans le cadre d'un rapport intitulé « l'hôpital public en France : bilan et perspectives »[1].

1.1. L'héritage des lieux et des traditions : l'hébergement des indigents

Les hôpitaux, appelés également hospices ou « maisons hospitalières », sont une création religieuse de l'Occident Chrétien, sur le modèle du « Grenier de Bonté », l'un des tout premiers hospices construit en Cappadoce au milieu du IV^{e} siècle. Étymologiquement, le mot « hôpital » vient du latin « hostis », l'étranger, qu'il soit ami ou ennemi. Les premiers hospices apparaissent au VI^{e} siècle à Reims, Arles et Lyon pour accueillir les pèlerins. Le Concile d'Orléans donne en 549 aux hôpitaux, en application du principe de la charité chrétienne, la mission de « recueillir » les pèlerins et les indigents, de les nourrir et d'en prendre soin, à défaut de pouvoir les soigner. Il confère, de surcroît, aux biens hospitaliers un caractère inaliénable, dans le but notamment de garantir une partie de leur autofinancement.

À cette époque, l'histoire de l'hôpital évolue, de façon parfois erratique, dans une triple direction : celle du champ religieux et de la charité vers le champ laïc de l'assistance universelle, celle du pouvoir local vers le pouvoir national et celle de l'hébergement vers le soin.

À partir du Moyen-âge, la dimension et la nature du champ hospitalier vont être profondément modifiées, en raison d'une très forte expansion démographique. En effet, la population française a été multipliée par trois entre les années 1000 et 1300, sans que la production agricole augmente au même rythme et dans des conditions d'hygiène d'autant plus propices au développement de pandémies que la médecine ne fait, durant tout le Moyen-âge, aucun

[1] Conseil Economique et Social, (2005) « L'HÔPITAL PUBLIC EN FRANCE : BILAN ET PERSPECTIVES »

progrès significatif. De fait, l'apparition des premières grandes épidémies, dès le XII^{e} siècle et jusqu'au XVII^{e} siècle, de lèpre, de peste ou de choléra et la récurrence de grandes famines accroissent de façon considérable le nombre d'indigents et de mendiants qui se rendent dans les hôpitaux et remplacent les pèlerins.

Peu à peu, l'étranger reçu comme hôte par charité chrétienne dans les hôpitaux est remplacé par le lépreux contagieux et le mendiant suspecté de vol, tous deux réputés dangereux pour une société fragile qui, de féodale et rurale, devient urbaine et bourgeoise et se cherche de nouveaux modes de fonctionnement.

Le champ hospitalier va alors se construire sur l'intérêt commun d'enfermer les populations à risque, les pauvres et les malades, si possible à l'extérieur des villes (Autret, 2004).

Au monde religieux, il revient de gérer à moindre coût l'hôpital, grâce au dévouement bénévole de ses soignants, et aux « bénéfices ecclésiastiques » de son patrimoine octroyés par le pouvoir temporel. Au pouvoir royal, il appartient de garantir une bonne administration hospitalière, contrôlée depuis 1543 par des officiers royaux.

C'est sur cette base que Louis XIV édicte, le 14 juin 1662, que chaque cité importante doit pouvoir bénéficier « d'un Hôtel-Dieu ou d'un hospice pour accueillir les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins ». La notion d'« hôpital général », spécifiquement destiné aux pauvres valides, apparue à Paris en 1656 (la Salpêtrière pour les femmes, Bicêtre pour les hommes), est ainsi généralisée pour la province. Le pauvre est devenu un enjeu de sécurité publique bien supérieur à l'enjeu de santé publique de gestion des épidémies, devenues moins nombreuses. L'hôpital général est investi d'une mission sociale, celle de redresser la déviance par rapport au modèle admis (Imbert, 1982).

Depuis 1612, les pauvres et les invalides ont l'obligation d'aller dans les hôpitaux. À l'origine, il s'agit d'une démarche volontaire, mais très vite, ils y sont conduits par une police spéciale, les « Archers des Pauvres », et, en moins de vingt ans, l'hôpital général fonctionnera comme un lieu d'incarcération. Le concept d'enfermement apparaîtra clairement dans l'Encyclopédie de Diderot en 1778.

Les pauvres travaillent à l'hôpital et contribuent de façon significative à ses ressources car l'hôpital accueille de plus en plus de monde et coûte cher. Jusqu'en 1788, les dépenses d'assistance de l'État royal ne dépassent pas 1 % de son budget. Cependant, progressivement

à partir du XVI[e] siècle, les pouvoirs municipaux s'investissent davantage dans l'administration des établissements, à des fins de contrôle et de rationalisation de leur gestion économique et financière.

Au cours du XVIII[e] siècle, la lutte de pouvoir entre l'Église et l'État va prendre une nouvelle ampleur. L'État dresse le constat que l'hôpital ne soigne pas, accueille une population de plus en plus nombreuse qui échappe à son contrôle et lui coûte de plus en plus cher. En effet, pour assurer le financement des hôpitaux, le clergé doit pouvoir compter sur des ressources financières en croissance constante.

L'administration fiscale s'inquiète de l'importance du patrimoine catholique qui est exempté d'impôt. En augmentation continue depuis le Moyen Âge, il représente à la fin de l'Ancien Régime le cinquième de la terre française.

Sans aller jusqu'à la nationalisation des biens hospitaliers (inaliénables depuis l'an 549), un Édit de 1780 permet la critique de la gestion du patrimoine immobilier des hôpitaux et envisage même des sanctions.

La Révolution française, par un décret du 11 juillet 1794, nationalise finalement les hôpitaux, après que le gouvernement de la République eût renoncé à les fermer au nom d'une rupture avec l'Ancien Régime et de sa logique d'enfermement contraire aux valeurs républicaines, décision finalement impossible à réaliser brutalement. Devant la dérive constatée des coûts hospitaliers, l'État s'empresse de restituer aux municipalités la gestion hospitalière par un décret du 7 octobre 1796. Puis en 1801, le ministre de l'Intérieur Chaptal demande que les maires deviennent les présidents des commissions administratives qui en assurent l'administration.

C'est par le biais de l'organisation de la médecine et du financement de l'hôpital qu'au cours du XIX[e] siècle, le pouvoir est progressivement repris par l'administration centrale.

1.2. La construction de l'hôpital moderne : le soin des malades

Avant de développer le passage de l'hôpital/hôtel-Dieu à l'hôpital soignant, il convient de revenir sur la construction du rôle de soignant, autour puis à l'intérieur de l'hôpital.

À l'origine, le champ hospitalier se construit sans médecins. Le champ médical se construit ailleurs, à l'université et au domicile des patients : la médecine est avant tout un enseignement théorique, qui délègue aux chirurgiens, barbiers et inciseurs la pratiquent au chevet des malades.

L'entrée des médecins dans l'hôpital est tardive. À la fin du XII^{e} siècle, l'établissement du diagnostic de la lèpre donne au médecin une reconnaissance d'expert. Mais il faut attendre le XIV^{e} siècle et surtout la Renaissance pour que le médecin vienne contrôler les chirurgiens qui opèrent les indigents dans les hôpitaux : les connaissances anatomiques se développent et les pratiques se perfectionnent alors que « la médecine, elle, piétine et n'offre que saignée, clystère, et purge : elle ne peut se distinguer que par le verbe » (Autret, 2004).

La lutte de pouvoir entre les médecins et les chirurgiens se manifeste dans l'enseignement de ces deux disciplines. Alors que la médecine relève des « arts libéraux » qui définissent la connaissance et les professions, la chirurgie relève des « arts mécaniques », qui définissent des pratiques et des métiers[2].

L'enseignement de la médecine dispose d'un corpus théorique ancien (la première université de médecine en France est créée en 1220 à Montpellier), alors que la chirurgie relève avant tout d'une pratique, rendue possible par l'acquisition d'une « charge ».

La grande hétérogénéité des formations pour la chirurgie, l'exercice de ce métier par certains « fils de famille » fortunés mais peu doués pour la chose ou par des barbiers plus ou moins expérimentés, ont amené le pouvoir royal à clarifier les choses en créant dans un premier temps la corporation des « barbiers barbants » en 1637, afin de mieux les distinguer des chirurgiens. Dans un deuxième temps, par le décret de Marly de 1707, les médecins obtiennent le monopole de la médecine : « Nul ne pourra exercer la médecine, ni donner aucun remède, même gratuitement, s'il n'a obtenu le grade de licencié ».

Le principe de la prescription médicale est ainsi posé officiellement pour la première fois, à la fois à l'égard des autres professionnels du soin, mais aussi à l'égard de la médecine de « femmes et de charlatans ».

Une fois le pouvoir médical ainsi installé, il est possible de créer en 1731 une Académie Royale de Chirurgie, puis de séparer définitivement les chirurgiens et les barbiers en 1739.

[2] Cette distinction perdure encore aujourd'hui où l'on parle de « savants médecins » et d'« habiles chirurgiens ».

À la fin de l'Ancien Régime, nombreux sont les médecins qui remettent en cause le savoir médical traditionnel et l'organisation de son enseignement. Ils s'appuient désormais sur une nouvelle approche de la maladie fondée sur l'examen des symptômes. C'est le premier rapprochement entre les médecins et les chirurgiens. Pour cela, l'hôpital joue un rôle de catalyseur primordial puisqu'il permet de multiplier les observations grâce à la concentration en un même lieu d'un grand nombre de malades.

Peu après la Révolution, cette approche se traduit officiellement dans l'enseignement : « Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base du nouvel enseignement » (Antoine Fourcroy, 1794)[3]. C'est, en effet, la Révolution française qui consacre l'hôpital comme lieu de soin et transfère le pouvoir hospitalier du religieux au médecin. Parallèlement, son financement évolue avec la création du prix de journée par le décret du 7 germinal an XIII (28 mars 1805), complété par l'instruction du 8 février 1823 qui impose aux établissements de calculer un prix de journée. Mais aucun moyen de calcul n'ayant été établi, les prix connaissaient une forte variation d'un hôpital à l'autre[4].

Le projet de ces années révolutionnaires est d'édifier un nouveau système fondé sur l'assistance et non sur la charité, une assistance pensée, régulée, prise en charge et contrôlée par l'État. C'est l'espoir d'une transformation globale de la société sur la base d'un nouveau contrat social. Le pauvre se confond désormais avec le peuple souffrant et victime. Et dans ce système, les hôpitaux sont appelés à devenir les temples de la médecine : lieux de formation et de recherche et peut-être un jour (mais guère avant Pasteur), lieux de guérison.

Cet élan médical est favorisé par de nouvelles connaissances et techniques, de plus en plus nombreuses : anatomopathologie, analyse chimique des corps organiques, perfectionnement des thermomètres et des microscopes…

De la charité, l'hôpital passe donc à l'assistance. Celle-ci, dont l'idée prévaut encore aujourd'hui, est officialisée sous la II^{e} République par la loi du 7 août 1851, véritable « première charte hospitalière », qui établit la mission d'assistance publique de l'hôpital en

[3] Antoine François Fourcroy ou de Fourcroy, né le 15 juin 1755 à Paris et mort le 16 décembre 1809 à Paris, est un médecin et chimiste français. Il est aussi député à la Convention nationale.

[4] Au milieu du XIXème siècle d'ailleurs, la fantaisie la plus arbitraire règne dans le calcul de l'hospitalisation des militaires : la commission des hospices réclame pour chaque soldat soigné au ministère de la guerre 8 francs par jour à Lombez (Gers) et 0.27 francs par jour à Pont-l'Abbé (Finistère) », note Jean Imbert. Les hôpitaux en France. Coll. Que sais-je ? PUF 1994, 6è édition.

précisant que toute personne malade, même sans ressources, doit être admise à l'hôpital de sa commune.

Afin d'aider les hôpitaux à s'émanciper quelque peu de la gestion communale et à mieux assurer leur mission de service public, désormais centrée autour du soin, la loi les dote alors de la personnalité morale qui leur confère une autonomie, puisque disposant d'un budget, d'un patrimoine et du droit d'agir en justice. Le maire, président de la commission administrative, détient le pouvoir exécutif. Cependant, les actes de cette commission doivent être approuvés par le préfet de département, même si au préalable le conseil municipal doit, pour sa part, approuver les délibérations portant sur le budget et le patrimoine. La loi du 10 janvier 1849 crée l'administration générale de l'Assistance Publique à Paris pour gérer hôpitaux, hospices et secours à domicile dans la capitale.

La loi de 1869 permet à l'hôpital de mieux se consacrer aux malades, en organisant à l'extérieur de son enceinte le service aux enfants assistés. Vers 1885, la révolution pasteurienne consacre le caractère scientifique de la médecine et permet de développer l'hygiène. « Les hôpitaux ruraux » de proximité, ancêtres de nos hôpitaux locaux se développent, à la fin du XIX^{e} siècle, afin d'être au plus près des malades pour les grandes campagnes de vaccination.

Après la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, le début du XX^{ème} est marqué par l'émergence du financement assurantiel de l'hôpital. La loi du 5 avril 1928 crée les assurances sociales obligatoires pour tous les employés du commerce et de l'industrie percevant un petit salaire. Peu à peu, l'hôpital tire l'essentiel de ses ressources non plus de la commune, mais des fonds d'assurance sociale.

Malgré ces ressources nouvelles et devant la forte augmentation des dépenses hospitalières, l'État décide de reprendre au maire la direction des hôpitaux et hospices, par un décret-loi du 28 juillet 1939 qui, en raison de la guerre, n'a jamais pu être mis en œuvre. Celui-ci a été repris et amplifié par la loi du 21 décembre 1941 qui fonde encore aujourd'hui l'organisation hospitalière de notre pays.

Section 2 : l'hôpital de l'après-guerre, une construction continue et une succession de lois !

Au-delà des problèmes d'instrumentation générés par l'introduction du contrôle de gestion dans la sphère publique, sa traduction a souvent posé des difficultés dans l'hôpital public. Afin d'illustrer ces difficultés nous présentons successivement une analyse des particularités ou des spécificités de l'hôpital public comme organisation non profitable, puis l'évolution ou l'histoire de la gestion à l'hôpital public. Ensuite nous présentons les réformes de financement qui ont marqué l'hôpital de l'après-guerre à aujourd'hui. Mais commençons par une discussion de l'évolution de l'hôpital public de l'après-guerre. Cette discussion permet de mieux comprendre le rôle et la place qu'occupe l'hôpital dans le paysage sanitaire français.

Nous reprenons la présentation réalisée par la Conseil économique et social dans le cadre d'un rapport intitulé « l'hôpital public en France : bilan et perspectives »[5].

Jusqu'en 1941, l'hôpital fut le lieu d'accueil exclusif des pauvres malades. Jusqu'à cette date, il fallait, à quelques exceptions près, être « indigent » ou accidenté du travail pour être admis. L'hôpital était d'abord une institution sociale avant d'être une institution sanitaire. Elle venait en aide plus qu'elle ne soignait, même si elle s'efforçait d'appliquer à toutes les meilleures connaissances qui restaient limitées.

Les régimes politiques du XIX^{e} siècle, notamment le Premier Empire et la III^{e} République, ont développé de grandes administrations d'État pour conduire des politiques publiques ambitieuses ; cependant, la santé est restée à l'écart de ce mouvement. Ainsi, depuis la Révolution française, l'action sanitaire relève traditionnellement des municipalités. La santé publique était d'abord regardée comme une compétence municipale. Les lois de 1790, 1850, 1884 et 1902 ont systématiquement privilégié les autorités communales dans l'attribution des compétences sanitaires.

Au XX^{e} siècle, l'essor de la médecine de ville s'est accompagné de la mise en place de la démocratie sociale et de la sanctuarisation de relations conventionnelles préservées, en principe, de l'intervention du pouvoir de l'État.

[5] Conseil Economique et Social, (2005) « L'HÔPITAL PUBLIC EN FRANCE : BILAN ET PERSPECTIVES »

À partir de 1941, un mouvement d'affirmation du rôle de l'État dans l'organisation comme dans la régulation du système de santé est lancé. Mais malgré les lois de 1851 et 1941 sur les hôpitaux, la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, l'intervention publique est restée très modeste sur le champ sanitaire. Elle a connu un premier développement avec la création des centres hospitaliers universitaires en 1958 et de la carte sanitaire en 1970 puis l'instauration du numerus clausus pour les études médicales l'année suivante. Ce n'est qu'au début des années 1980 que l'État a véritablement tenté de mettre en place des instruments de régulation.

Afin de mieux comprendre cette évolution, nous présentons les réformes qui ont participé à la construction l'hôpital public d'aujourd'hui depuis la loi de 1941 à la loi « HPST » en 2009.

2.1. La loi de 1941 fonde l'hôpital public

La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme profondément la conception de l'hôpital public. Jusqu'alors réservé aux indigents et aux fous qu'il convient, pour les uns, de socialiser grâce à une politique d'assistance par le travail, pour les autres, d'exclure de la société afin de protéger ses membres, l'hôpital s'ouvre à toutes les classes de la société civile.

Ses recettes changent de nature et deviennent de plus en plus liées à son activité de soins, grâce à la généralisation et à l'extension du prix de journée. Les recettes de soins prévalent progressivement sur ses autres recettes (legs, dons, subventions, gestion du patrimoine). Cette ouverture à la société civile induit, au cours des trente années suivantes, la disparition des salles communes au profit de chambres à un ou deux lits. La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades.
La loi établit un classement géographique des hôpitaux en distinguant les établissements à caractère communal, tels les centres hospitaliers généraux et les centres hospitaliers régionaux, les établissements à caractère départemental, tels les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, et les établissements à caractère national, tels l'Hôpital des Quinze-vingt à Paris, l'Hôpital Saint-Maurice à Charenton (Val de Marne) ou l'Institut national des jeunes sourds de Bordeaux.

La loi de 1941 crée la fonction de directeur, en lui attribuant les prérogatives du pouvoir exécutif jusqu'alors dévolues au président de la commission administrative de l'hôpital. Nommé par le préfet de département, représentant de l'État, le directeur est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel[6], excepté le personnel médical permanent. De surcroît, le personnel médical n'est plus nommé par la commission administrative, mais par le préfet, qui dispose ainsi d'un réel pouvoir d'intervention.

Le décret d'application d'avril 1943 consacre l'organisation de l'hôpital en services, alors constitués chacun de plusieurs centaines de lits de médecine ou de chirurgie, pour pallier le faible nombre de médecins. L'hôpital change ainsi de nature. D'établissement à vocation médico-sociale, il devient un établissement de soins ouvert à tous, fortunés ou non. Parallèlement, grâce à la création de la Sécurité sociale, par l'ordonnance du 4 octobre 1945, conçue initialement comme une assurance contre la perte de revenus plutôt que comme le moyen de garantir le financement des soins, les hôpitaux développent désormais leur activité et font face à une demande de soins grandissante, et ainsi « solvabilisée », des travailleurs et de leurs ayants droit, ainsi que des personnes en situation de précarité sociale.

2.2. Les ordonnances de 1958 créent la médecine hospitalo-universitaire et recomposent l'offre hospitalière

Au lendemain de la naissance de la Vème République, l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de l'enseignement médical, dite réforme Debré, instaure une médecine hospitalo-universitaire exclusivement hospitalière, en créant le temps plein médical.

Avant cette réforme, les médecins partageaient leur temps entre la faculté, l'hôpital et surtout le cabinet médical « de ville ». Ainsi, dans les villes où existe une faculté (ou une école nationale) de médecine ou de pharmacie, celle-ci et le centre hospitalier organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche. À cette fin, les établissements concernés concluent une convention hospitalo-

[6] Sauf pour les établissements inférieurs à 200 lits où le président de la commission administrative continuait de disposer du pouvoir de nomination du personnel, mais sur proposition du directeur-économe, et du pouvoir d'ordonnancement et de passation des marchés.

universitaire, et deviennent des centres hospitaliers et universitaires, au nombre de trente-deux[7] aujourd'hui.

Le médicat des hôpitaux et l'agrégation de médecine se fondent dans le statut unique de chef de service hospitalo-universitaire. Le chef de service n'est plus nommé par le préfet mais, à partir d'un recrutement commun, à la fois par le ministre de la Santé et celui de l'Éducation nationale et d'une élection par les pairs de la faculté concernée[8]. Cette réforme de l'enseignement n'est finalement mise en œuvre que pour les médecins, les odontologistes et les pharmaciens, et non pour les biologistes, restreignant ainsi l'accès à l'hôpital des étudiants de cette discipline.

En complément préalable à cette ordonnance, les ordonnances n° 58-1198 et n° 58-1199 du 11 décembre 1958 portent, l'une, sur la réforme de la législation hospitalière, l'autre, sur la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation. Elles amplifient le rôle des hôpitaux qui pourvoient au traitement (avec ou sans hospitalisation) des malades, mais doivent aussi assurer la prévention, par les examens de médecine préventive et de diagnostic, et la réadaptation fonctionnelle. Elles classent les établissements en cinq catégories : Centres hospitaliers régionaux (CHR), Centres hospitaliers (CH), Hôpitaux (H), Hôpitaux ruraux (HR), maisons de retraite (anciens hospices).

De surcroît, ces ordonnances créent le principe des « cliniques ouvertes » et du secteur privé pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes de l'établissement. C'est en effet la seule façon d'attirer les médecins à l'hôpital, fonction alors peu rémunérée et peu honorifique, et signe la naissance du « secteur privé »[9] hospitalier. Aux côtés de l'hôpital public, se dessinent les contours d'un secteur privé dont le décret du 24 avril 1959 d'application de l'ordonnance du 11 décembre 1958 donne une définition par la négative : *« sont considérés comme établissements sanitaires privés au sens de l'article L. 734-3 du Code de la santé publique, tous les établissements de soins comportant hospitalisation qui*

[7] Vingt-neuf auxquels d'ajoutent l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et les Hospices Civiles de Lyon (HCL).

[8] Le décret du 24 septembre 1960 sur le statut du personnel enseignant et hospitalier complète l'ordonnance et précise que le personnel universitaire perçoit une double rémunération, hospitalière et universitaire.

[9] Supprimé en 1983, le secteur privé a été ensuite rétabli par la loi n°87-39 du 27 janvier 1987 et confirmé par la loi hospitalière de 1991. Cette activité est soumise à une réglementation stricte (pas plus de 2 demi-journées de consultations par semaine). L'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 est venue à nouveau modifier les modalités d'exercice libéral des praticiens hospitaliers, qui ont désormais la possibilité soit de faire encaisser leurs honoraires par l'hôpital, soit de les percevoir directement. Cette dernière possibilité leur était auparavant refusée.

n'ont pas la nature juridique d'établissements publics ou qui ne sont pas gérés par l'État, les départements, les communes ou les établissements publics ».

Par ailleurs, les hôpitaux, maternités et hospices fonctionnant comme des services non personnalisés des collectivités publiques (communes ou départements) sont érigés en établissements publics ou rattachés à un établissement existant.

Enfin, trois conseils supérieurs consultatifs sont créés : la commission nationale de l'équipement hospitalier, le conseil supérieur des hôpitaux, le conseil supérieur de la fonction hospitalière.

Avec l'augmentation du nombre de médecins hospitaliers, la complexification des techniques médicales et des soins, et donc la spécialisation croissante de la médecine, le nombre de services par établissement se multiplie considérablement, diminuant par-là même le nombre de lits qui leur sont rattachés.

2.3. La loi du 31 décembre 1970 met en place un service public hospitalier, ouvert au privé, et crée la carte sanitaire

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, définit les bases d'un grand Service Public Hospitalier (SPH), assuré non seulement par les établissements d'hospitalisation publics, mais aussi par les établissements de soins privés, à but lucratif ou non, ayant manifesté l'intention d'assurer une ou plusieurs des missions de service public que sont les soins, l'enseignement, la recherche et la prévention. Ainsi, opérant pour la première fois une distinction entre les établissements de santé à but lucratif et les établissements de santé à but non lucratif, elle offre la possibilité aux seconds de participer au service public hospitalier, ce qui comporte pour ces établissements dits « participant au service public hospitalier », l'obligation d'assurer l'ensemble des missions du service public hospitalier. Recentrant l'hôpital sur ses fonctions sanitaires[10], elle fait de celui-ci le pivot du système de santé.

[10] La loi de 1975 devra alors ensuite organiser l'offre sociale dévolue aux établissements sociaux et médico-sociaux. Cette séparation, qui perdure encore aujourd'hui, est source de nombreux dysfonctionnements et incohérences dans la prise en charge de la population, notamment les personnes dépendantes, qu'elles soient handicapées ou âgées, mais aussi les personnes en situation de précarité sociale.

Elle esquisse également les outils d'une planification sanitaire sous contrôle de l'État, représenté par le préfet. Afin de remédier au développement incontrôlé des structures et des activités, s'inscrivant en cela dans la logique défendue par le commissariat général au Plan selon laquelle l'État doit gérer rationnellement les autorisations de création des lits hospitaliers considérés en nombre suffisant mais mal répartis sur le territoire français, elle instaure une planification de l'offre hospitalière par la carte sanitaire (article 5), outil entre les mains du préfet, lui permettant d'accorder ou non les autorisations et agréments des établissements, activités et équipements lourds.

La loi organise les formes de coopération entre établissements. Ainsi, les établissements assurant le SPH dans le même secteur forment un groupement inter-hospitalier de secteur. Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements de SPH forment un groupement inter-hospitalier régional.

Afin d'optimiser l'utilisation des équipements sanitaires selon l'état des malades (phase aiguë, convalescence/cure/réadaptation, dépendance requérant un suivi médical constant), la loi distingue les notions de court (moins de vingt jours), moyen et long séjour (au-delà de quatre-vingts jours), qui sont précisées ensuite par la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Les établissements sont dès lors classés selon la nature des soins qu'ils dispensent, cette classification se superposant à la classification géographique de 1941 toujours en vigueur (Stingre, 2004) :

- Les unités de court séjour recouvrent les unités d'hospitalisation pour la « pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante », ainsi que pour les « soins hautement spécialisés » ;

- Les unités de moyen séjour accueillent les patients en convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales, avec pour mission principale « l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus » ;

- Les unités de long séjour ont pour objet l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie.

Les établissements (ou groupes d'établissements) publics sont soumis à la tutelle de l'État, avec des normes d'équipement et de fonctionnement déterminées par décret. Ils sont

administrés par un conseil d'administration composé de représentants des collectivités locales, des caisses d'assurance maladie[11], du personnel médical et non médical, et des personnalités qualifiées, dont obligatoirement un médecin non hospitalier. Ils sont gérés par un directeur, responsable légal de l'établissement, nommé par le ministre en charge de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration. Ainsi, la loi ne modifie pas les attributions du directeur, mais fait du conseil d'administration de l'hôpital un organe de décision de la politique de l'établissement à moyen et à long terme. Elle laisse au directeur une autonomie pour tous les actes de gestion courante (politique de personnel, ordonnancement des recettes et des dépenses).

Le conseil d'administration, que le directeur doit de sa propre initiative informer des décisions prises dans le cadre de son pouvoir propre, a compétence pour délibérer, selon une liste limitative, sur le budget, les comptes, les propositions de prix de journée, la gestion du patrimoine, le plan directeur de l'établissement et les projets de travaux, les conventions avec l'université, les créations/transformations/suppressions de services, les règles d'emploi des personnels, le tableau des effectifs du personnel, à l'exception du personnel médical.

De plus, la loi de 1970 conforte, par un décret d'application du 6 décembre 1972, les missions de la Commission médicale consultative (CMC)[12], et du Comité technique paritaire (CTP). La CMC doit désormais être consultée obligatoirement sur le budget, les comptes, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux, tandis que le CTP, devenu par la suite Comité technique d'établissement (CTE), est consulté obligatoirement sur l'organisation et le fonctionnement des services, ainsi que sur les conditions de travail.

La loi n° 87-575 du 24 janvier 1987 (dite loi Barzach) modifiera ensuite les attributions de la CMC qui devient délibérative en s'appelant désormais Commission médicale d'établissement (CME). La loi lui confère un nouveau rôle en matière de délibération sur les choix médicaux.

[11] L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée supprimera la représentation des caisses d'assurance maladie dans les conseils d'administration des établissements publics de santé.

[12] Les CMC ont été instaurées par le décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils.

2.4. La loi du 19 janvier 1983 encadre les dépenses d'hospitalisation par le budget global

Après les « Trente Glorieuses » où se multiplient les spécialités médicales et chirurgicales, se développent des plateaux techniques de plus en plus sophistiqués et performants, ce qui augmente considérablement les besoins en personnels médicaux et non médicaux. L'hôpital entre à son tour dans la crise économique, comme le reste de la société française, après le premier choc pétrolier de 1973. Cependant « la crise n'a à aucun moment ralenti la croissance des dépenses hospitalières, mais en a toutefois mis en relief l'importance et l'incidence dans l'évolution des dépenses de santé[13] ».

Diverses mesures sont d'abord mises en œuvre. Par la circulaire du 1er août 1977, l'État interdit aux préfets d'augmenter le nombre de lits existants. Puis, la loi du 4 janvier 1978 autorise l'expérimentation[14] de deux nouvelles formules de tarification : le budget global et le prix de journée « éclaté » (séparant les tarifications de l'hébergement des soins courants et des prestations coûteuses), prémices de la réforme du financement. Parallèlement, est introduite la référence à un taux directeur d'évolution des dépenses, première tentative de disposer d'un instrument de maîtrise, tandis que, par le décret du 8 juillet 1982[15], les actes médicaux ne font plus l'objet d'une tarification particulière et les charges correspondantes sont intégrées dans le budget hospitalier.

La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 instaure alors une mesure majeure concernant le financement de l'hôpital : une dotation globale d'exploitation. Par ailleurs, est créé un forfait journalier hospitalier[16], applicable dans tous les établissements à l'exception des unités ou centres de long séjour participant au service public hospitalier et des établissements d'hébergement des personnes âgées comportant une section de cure médicale.

---

[13] « La réforme hospitalière : Bilan et perspectives », Avis et rapport présenté par Paulette Hofman, 1983, au nom de la section des affaires sociales du CES.

[14] Cette expérimentation s'est déroulée entre 1978 et 1983 dans quatre établissements : CHR de Saint-Etienne, CHR d'Amiens, CH de Saint-Germain en Laye et Hôtel-Dieu de Paris. Son bilan, largement positif, a induit la décision de généralisation de la procédure.

[15] Décret du 8 juillet 1982 relatif à la prise en compte des rémunérations des praticiens, à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

[16] De 20 francs, soit 3,04 euros, initialement, le forfait hospitalier (qui correspond aux frais d'hôtellerie) sera progressivement augmenté pour atteindre 14 euros en 2005, 15 euros en 2006 et 16 euros en 2007. Un forfait spécifique en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie est fixé à 10 euros en 2005.

Elle substitue ainsi au mécanisme de financement par le prix de journée, lié à l'activité mesurée en nombre de journées d'hospitalisation, mécanisme inflationniste incitant à l'augmentation de la durée moyenne de séjour, un financement par une dotation globale calculée sur le budget de l'année précédant la réforme (1982) et auquel, d'année en année, est appliqué un taux directeur national d'évolution que le préfet est chargé de faire appliquer dans chaque département. La dotation de l'établissement est attribuée par la caisse d'assurance maladie de la circonscription chargée du versement en qualité de « caisse pivot » sous forme de douzièmes qui ont l'avantage d'assurer une trésorerie régulière.

Par ailleurs, le secteur privé non lucratif passe au budget global et le secteur privé lucratif reste, lui, au prix de journée, déséquilibrant ainsi le système de financement. Dès 1984, la Cour des comptes préconise l'extension du budget global à ce secteur.

2.5. La loi du 6 janvier 1986 organise l'aide médicale urgente et les transports sanitaires

La loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires définit l'aide médicale urgente : « L'aide médicale urgente a pour objet en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quel qu'endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ». Cette loi précise que les Services d'aide médicale urgente (SAMU) sont des unités des établissements de santé et qu'ils doivent être pourvus d'un Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) doté d'un numéro d'appel unique, le 15. Elle permet ainsi une articulation entre médecine hospitalière et médecine libérale au regard de la prise en charge des urgences.

Les Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont des unités mobiles de réanimation dépendant des SAMU. Leurs missions ont été définies par le décret n° 97-619 du 30 mai 1997 : « il s'agit d'assurer tous les jours de l'année, 24 heures/24, hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée, en vue, d'une part, de la prise en charge de tous les patients, sans distinction d'âge ni de pathologie, dont l'état requiert de façon urgente des soins médicaux et de réanimation, notamment du fait d'une détresse vitale ou potentielle et d'autre part, le cas échéant, de leur transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins ».

2.6. La loi du 31 juillet 1991 instaure des schémas régionaux et offre des alternatives à l'hospitalisation (la planification sanitaire, le management hospitalier, la qualité des soins)

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière consacre le statut d'Établissement public de santé (EPS) et introduit de nombreuses innovations en matière de planification sanitaire, management hospitalier, organisation hospitalière et coopération entre établissements, dans un double objectif de santé publique (qualité et accès aux soins) et de maîtrise des dépenses hospitalières.

Elle énonce trois principes fondamentaux : droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé (article 1), droit du malade à l'information (par l'intermédiaire du praticien qu'il désigne) et, enfin, évaluation par l'établissement de son activité afin d'améliorer la qualité des soins.

Dans ses dispositions générales, la loi de 1991 confirme aux établissements de santé publics et privés leurs missions sanitaires d'ordre curatif : examens de diagnostic, surveillance et traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes « en tenant compte des aspects psychologiques du patient ». Elle élargit leur champ d'intervention par leur participation à des actions de santé publique, notamment « toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention ».

- La planification sanitaire

La loi introduit, aux côtés de la carte sanitaire instituée par la loi de 1970, un deuxième instrument de planification, le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Le secteur social n'est pas soumis aux dispositions de la loi de 1991 puisque les établissements médico-sociaux relèvent d'un cadre législatif spécifique[17]. Le découpage de la France en secteurs sanitaires est redéfini, avec une taille critique de 200 000 habitants par secteur, dans le but de déterminer des bassins sanitaires sur une base démographique suffisante pour qu'ils constituent une zone de cohérence et de complémentarité entre les installations, les équipements, les activités, donc les établissements.

[17] Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- Le management hospitalier

La disposition fondamentale de la loi de 1991 pour l'hôpital public est l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet d'établissement qui se décline en différents projets interdépendants : projet médical, projet de soins infirmiers, schéma directeur des systèmes d'information et de l'informatique, projet social[18], programme pluriannuel de formation continue, projet de gestion, programme pluriannuel d'équipement et plan directeur.

Le projet d'établissement doit être compatible avec les objectifs du SROS et, comme lui, a une durée de cinq ans. Élaboré de façon participative, il repose sur une dynamique associant les différentes catégories de personnel et les instances représentatives.

Prenant en compte les projets de service proposés par les chefs de service ou de département avec les conseils de service ou de département, le projet médical est élaboré par la commission médicale de l'établissement avec le directeur.

Le projet de soins infirmiers dans les établissements d'une certaine importance est préparé par la commission du service de soins infirmiers présidée par l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers, membre de l'équipe de direction. C'est là une très grande nouveauté, qui est une réponse institutionnelle au mouvement des infirmières de 1988.

La loi prévoit pour les établissements la possibilité de contractualiser avec l'État ou l'assurance maladie pour une période pluriannuelle, sur des objectifs et des moyens. Le Contrat d'objectifs et de moyens (COM) d'un établissement doit être en conformité avec le SROS et le projet d'établissement avec lesquels il est en interface (Forcioli, 1999).

- La qualité des soins

La loi de juillet 1991 fait obligation aux établissements non seulement de prodiguer des soins de qualité, mais aussi de les évaluer. C'est à cette fin qu'est créée l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), afin que celle-ci produise référentiels, études et méthodes, préfigurant ainsi les travaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) créée par l'ordonnance hospitalière d'avril 1996, elle-

[18] Le projet social est rendu obligatoire par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Il définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, les conditions de travail, et la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Il est négocié par le directeur et les organisations sociales représentatives au sein de l'établissement.

même remplacée au 1er janvier 2005 par la Haute Autorité de Santé en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

2.7. L'ordonnance hospitalière de 1996 veut rationaliser l'hôpital et lance l'accréditation

Parmi les trois ordonnances de 1996, l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a pour ambition, comme la loi de 1991, de concilier à la fois l'accès de tous à des soins de qualité et la maîtrise de la croissance hospitalière[19]. S'inscrivant dans un ensemble de mesures visant à réformer le système de protection sociale, elle vise à réformer en profondeur notre système d'hospitalisation.

Souhaitant placer le patient au « cœur du système de soins », l'ordonnance de 1996 prévoit pour la première fois la représentation des usagers dans les conseils d'administration des établissements publics de santé et généralise la commission de conciliation pour le règlement des litiges.

Elle est organisée autour de quatre axes :

- La création d'un système d'accréditation destiné à améliorer la qualité de l'offre hospitalière ;
- La régulation régionale du système hospitalier avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- La contractualisation comme outil de gestion interne et externe des établissements.
- Le renforcement de la coopération entre les différentes structures hospitalières, et entre médecine hospitalière et ambulatoire.

Faisant un pas de plus dans l'obligation d'évaluer la qualité des soins, l'ordonnance impose aux établissements publics et privés d'être accrédités sous cinq ans, par l'ANAES (HAS depuis 2005).

[19] Des deux autres ordonnances, l'une porte sur la réorganisation de la Sécurité sociale et crée notamment des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) entre les trois principaux régimes, l'autre porte sur la « maîtrise médicalisée des dépenses de soins ».

Les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont pour mission de répartir les moyens et les activités selon les établissements publics et privés. Ce sont des groupements d'intérêt public associant l'État (par les DRASS[20] et les DDASS[21]) et les organismes d'assurance maladie[22], dont le directeur est nommé en Conseil des ministres. Placée sous la tutelle directe des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, chaque ARH est compétente pour exercer l'ensemble des missions en matière de planification des structures et des équipements des établissements publics ou privés et d'allocation des ressources, jusqu'ici assumées par les préfets de région et de département et les caisses régionales d'assurance maladie. Elle signe des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements dans une perspective pluriannuelle, contrats basés sur le projet médical, le projet de soins infirmiers et le projet d'établissement.

Dans le but de promouvoir une participation active des personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs à l'organisation et la gestion de l'établissement, l'ordonnance prévoit que, dans les établissements publics de santé, les équipes médicales et paramédicales peuvent constituer à leur initiative des centres de responsabilité bénéficiant, par contrat avec la direction, d'un budget et de délégations de gestion. L'ordonnance affirme le pouvoir hiérarchique du directeur sur les chefs de service dans le cadre de la délégation de signature qu'il serait amené à leur accorder en tant que responsables de centres de responsabilité budgétaire.

En matière de financement, un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est voté chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Le gouvernement fixe ensuite, pour chaque région, dans le but à la fois de répondre aux besoins de la population et de réduire les inégalités interrégionales[23], la dotation hospitalière pour les établissements publics et privés participant au service public, qui a un caractère limitatif, et l'objectif quantifié régional (OQR) opposable aux établissements privés lucratifs. Une fongibilité partielle[24] est créée entre les ressources consacrées aux établissements publics

[20] Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.
[21] Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.
[22] Une convention constitutive précise la participation des caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes, c'est-à-dire l'URCAM, la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), l'Echelon régional du service médical (ERSM), la Caisse mutuelle régionale (CMR) du régime des non-salariés, non agricoles et l'association régionale des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA).
[23] Alain Coulomb ; Médicalisation de l'ONDAM ; Rapport du groupe de travail de la commission des comptes de la Sécurité sociale Mars 2003.
[24] Articles L.162-22-2, L.162-22-9, L.174-1-1, L.22-7-1 du Code de la Sécurité sociale.

et privés financés par dotation globale et aux établissements privés financés sur la base de tarifs. L'utilisation du PMSI généralisée dans tous les établissements permet à chaque agence régionale de l'hospitalisation de réaliser une allocation des ressources plus efficace.

L'opposabilité du schéma régional d'organisation sanitaire et de ses annexes garantit que l'évolution de chaque établissement s'inscrit dans un cadre régional cohérent.

Par ailleurs, l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 ne distingue plus que deux catégories d'établissements publics de santé : les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers. Enfin, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permet aux patients qui le souhaitent, sans l'intermédiaire d'un médecin, d'accéder aux informations contenues dans leurs dossiers médicaux.

2.8. Le plan de modernisation hôpital 2007

Présenté en Conseil des ministres, le 20 novembre 2002, avec le triple objectif de pallier la vétusté des établissements, de rapprocher le financement et l'activité et d'améliorer leur fonctionnement interne par un meilleur dialogue médecins-direction, le plan de modernisation « Hôpital 2007 » comporte deux volets essentiels : l'allégement des contraintes extérieures aux établissements et la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics.

Le premier volet qui vise à l'allégement des contraintes pesant sur les établissements s'articule autour de cinq axes.

Le premier axe met l'accent sur la modernisation des établissements par une « relance sans précédent » de l'investissement, en respectant plusieurs contraintes : cohérence avec la politique de recomposition du paysage hospitalier telle que mise en œuvre par les ARH, globalité du champ couvert (patrimoine immobilier, équipements lourds, systèmes d'information), rapidité de réalisation permise par un appui financier important (1,2 milliard d'euros par an pendant cinq ans), régionalisation de la procédure (au niveau national, reviennent la définition des orientations générales et du cadrage financier, la répartition des crédits entre les régions, un appui méthodologique, l'évaluation périodique des projets mis en œuvre, tandis qu'au niveau régional[25], c'est à chaque ARH de répartir les crédits entre

[25] La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales permet aux régions qui en font la demande de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires.

établissements). Une mission nationale d'appui à l'investissement se déploie en région afin d'assister les établissements et l'ARH dans la mise au point des projets, qui bénéficient de modalités innovantes de réalisation.

Le deuxième axe est le changement du mode de financement avec la Tarification à l'activité (T2A) pour les deux secteurs public et privé. Prévue, initialement, au 1er janvier 2004 dans le secteur privé, la T2A a été reportée plusieurs fois pour des raisons techniques et devrait être mise en œuvre au 1er avril 2005. Pour le secteur public, il a été prévu une montée en charge progressive à raison de 10 % du budget de l'établissement pour 2004 et 25 % pour 2005, soit une généralisation sur huit ans. Mais finalement le rythme s'est accéléré et le financement passe en 2008 à 100 % T2A. La T2A finançant l'activité de soins, des modalités spécifiques concernent les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) incluant les MERI (recherche et innovation), ainsi que certaines activités et l'acquisition de molécules très coûteuses (médicaments sur liste).

Le troisième axe consiste en la rénovation des modes d'achat des hôpitaux publics afin d'assouplir les procédures d'appels d'offres des marchés publics.

Le quatrième axe vise la simplification de l'organisation sanitaire, avec un renforcement du rôle central du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) dont le champ d'application est élargi aux alternatives à l'hospitalisation, à la psychiatrie et aux soins palliatifs. L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 prévoit également la suppression des indices et de la carte sanitaire[26].

Enfin, la facilitation des coopérations sanitaires par la simplification et l'assouplissement du Groupement de coopération sanitaire (GCS) qui peut être conclu entre un ou plusieurs établissements et des professionnels libéraux de santé, et peut ainsi constituer un cadre juridique pour un réseau de santé.

Le second volet du Plan Hôpital 2007 porte sur la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics et ouvre deux grands chantiers :

[26] L'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, retient le schéma d'organisation sanitaire comme outil unique de planification et prévoit la suppression de la carte sanitaire en 2006.

- Le décloisonnement interne des organisations médicales en généralisant les pôles d'activité et en instituant une contractualisation interne entre le directeur et chaque responsable de pôles d'activité ;

- De façon plus générale, la rénovation des relations entre les acteurs (possibilité d'intéressement individuel aux résultats de gestion des pôles d'activité ; renouvellement de la composition des différentes instances de l'hôpital).

Ces dispositions nouvelles ont fait l'objet d'une ordonnance présentée en Conseil des ministres le 27 avril et publiée au Journal officiel le 3 mai 2005.

2.9. La loi « HPST » de 2009

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a été promulguée le 21 juillet 2009. Elle comporte quatre titres :

- Titre I - La modernisation des établissements de santé,

- Titre II - L'accès de tous à des soins de qualité,

- Titre III - Prévention et santé publique,

- Titre IV - Organisation territoriale du système de santé.

Elle a pour objectif de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale et de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012 alors qu'ils affichent un déficit cumulé de 800 millions d'euros chaque année.

Les principales mesures de la loi sont les suivantes :

- Une organisation régionale de la santé avec la création des agences régionales de santé (ARS) qui regroupent sept structures complémentaires, dont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les DDASS, les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM) et une partie de l'activité des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Les ARS sont appelées à coordonner les hôpitaux, la médecine de ville (généralistes et spécialistes) et le secteur médico-social maisons de retraite, Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) ;

- Gouvernance des hôpitaux : le texte prévoit une nouvelle gouvernance des hôpitaux avec un conseil de surveillance, un directoire et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Il vise à faciliter des « coopérations » de l'hôpital public avec le secteur privé (cliniques). Le souhait est de mettre « un seul patron à l'hôpital » ;

- Accès aux soins : la loi entend lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins. Face à l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, la loi veut tenter de repeupler les déserts médicaux tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux ;

- Prévention et santé publique : le texte prévoit l'interdiction totale de vente d'alcool aux mineurs et limite la vente d'alcool dans les stations-service. Il facilite l'accès à la contraception, en prévoyant notamment la possibilité pour le pharmacien de délivrer des contraceptifs oraux au-delà de la période de validité de l'ordonnance.

La mise en place d'une « nouvelle gouvernance » est destinée à renforcer la direction administrative des établissements et les équipes médicales afin de donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité. À ce titre, la loi « HPST » (chapitre II du titre I, articles 8 à 21) redéfinit les instances de direction et d'administration des établissements publics de santé. Elle substitue à l'organisation antérieure (reposant sur un conseil d'administration, un conseil exécutif et un directeur), une nouvelle organisation centrée sur le directeur d'établissement, assisté d'un directoire et d'un conseil de surveillance.

La loi HPST renforce les pouvoirs du directeur dans le domaine de l'organisation interne de l'établissement. Elle prévoit que le directeur (en lieu et place de l'ancien conseil d'administration) définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les CHU, du directeur de l'UFR médicale (Unité de Formation et de Recherche).

Comme par le passé, le directeur représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est également l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD). Il nomme les personnels non médicaux et a autorité sur l'ensemble des personnels de l'établissement.

C’est également le directeur qui a désormais compétence pour nommer les chefs de pôles sur présentation, s’agissant des chefs de pôle clinique ou médico-technique, d’une liste élaborée par le président de la CME. Les autres chefs de pôles (administratifs, logistiques, etc.) sont nommés directement par le directeur.

Son rôle est renforcé en matière de gestion du personnel. C’est le directeur qui propose au directeur général du centre national de gestion, sur proposition du chef de pôle, lorsqu’il existe, et après avis du président de la commission médicale d’établissement, la nomination, dans les conditions fixées par voie réglementaire, du personnel médical, pharmaceutique et odontologique qui exerce tout ou partie de ses activités dans l’établissement public de santé.

Les conditions de nomination du directeur sont également modifiées. La loi prévoit désormais que le directeur est nommé :

- Par décret sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l’université et de la recherche dans le cas des CHU,

- Par décret sur le rapport du ministre de la santé pour les centres hospitaliers régionaux.

Pour les autres établissements, il est nommé par arrêté du directeur général du centre national de gestion sur une liste, comportant au moins trois noms, établie par le directeur de l’agence régionale de santé et après avis du président du conseil de surveillance.

Du conseil exécutif au directoire

La loi HPST substitue au conseil exécutif un « directoire » dont la composition et les attributions sont réduites. Alors que le conseil exécutif était composé, au maximum de 12 membres (16 membres dans les CHU), le directoire voit sa composition uniformément fixée, par la loi, à 7 membres (9 membres dans les CHU). La loi ne prévoit plus l’exigence d’une composition paritaire du directoire. Si la loi continue d’imposer la présence d’un noyau dur de représentants des personnels médicaux, membres de droit, elle renforce le pouvoir du directeur pour nommer et, le cas échéant révoquer, après information du conseil de surveillance, les autres membres du directoire, tout en exigeant que le directoire soit composé, en majorité, des représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

Du conseil d'administration au conseil de surveillance

Conformément au modèle traditionnel de gouvernance des établissements publics, les établissements publics de santé étaient dotés, depuis la loi du 31 décembre 1970, d'un organe délibérant, « le conseil d'administration », dont le directeur était à la fois l'autorité responsable et l'exécutif.

La loi HPST substitue au conseil d'administration un conseil de surveillance dont les attributions sont recentrées sur les orientations stratégiques de l'établissement et le contrôle permanent de l'établissement. Le conseil de surveillance est désormais chargé de se prononcer sur la stratégie de l'établissement public de santé, de contrôler sa gestion et d'intervenir, à titre consultatif, sur diverses questions.

Comme antérieurement le conseil d'administration, sa composition est tripartite et associe des élus locaux, des représentants des personnels et des personnalités qualifiées.

Le conseil de surveillance reste, comme le conseil d'administration, composé de trois collèges. Mais, désormais, le nombre de représentants issus de chaque collège doit être identique.

Un autre objectif annoncé de la réforme était de rénover le fonctionnement des établissements de santé. Dans ce but, le projet de loi ambitionne de redéfinir les missions de service public des établissements de santé, de les confier aux établissements de santé privés en cas d'insuffisance de l'offre de soins publics et de moderniser le statut des établissements publics de santé.

La notion de service public hospitalier, établie par la loi boulin de 1970, a été abrogée par la loi HPST. Désormais les missions de service public peuvent être attribuées indistinctement aux établissements publics ou privés. La recherche, l'enseignement universitaire et post-universitaire, comme les urgences, peuvent être confiés à des établissements commerciaux. Les activités traditionnelles de soins des hôpitaux publics ne sont plus considérées comme des missions de service public (Tabuteau, 2013).

C'est à terme, en fonction de l'utilisation qui pourrait être faite de ces dispositions par le gouvernement et les agences régionales de santé, la nature même du système hospitalier public qui est en jeu. Les missions et les statuts des médecins et des personnels hospitaliers

pourraient s'en voir profondément affectés, avec le risque, au fil du temps, d'une désaffection des personnels de santé pour le secteur public (Sedel, 2008).

Section 3 : la gestion à l'hôpital public et les réformes de financement

Le contrôle de gestion à l'hôpital a toujours été synonyme ou presque des procédures et méthodes de gestion instaurées par la tutelle. D'ailleurs l'histoire du contrôle de gestion à l'hôpital montre bien la prédominance de ces procédures, orientées essentiellement sur l'allocation des ressources, sur toute démarche de contrôle interne ou de contrôle de gestion.

La construction d'un système de contrôle interne de l'hôpital en réponse aux obligations procédurales de la tutelle occulte le débat sur un véritable contrôle de gestion autocentré.

Cette section est organisée en trois temps. Dans un premier temps, nous présentons l'évolution des réformes de gestion à l'hôpital. Dans un deuxième temps, nous présentons les trois modes de financement qu'a connu l'hôpital public du prix de journée à la tarification à l'activité en passant par la dotation globale. Cette section se conclut par un panorama des dépenses de santé et le place occupée par l'hôpital dans la dépense de santé en France.

3.1. L'historique de la gestion à l'hôpital

Nous présentons dans ce qui suit une revue chronologique du développement d'une culture de gestion à l'hôpital, nous ne serons sans doute pas étonnés de remarquer la lente progression et les tâtonnements de la doctrine officielle en matière de répartition des ressources entre les hôpitaux.

3.1.1. La comptabilité analytique

La comptabilité analytique est développée dans les hôpitaux depuis les années 1950. Elle est matérialisée par la feuille de répartition et d'imputation (FRI) dans le but de déterminer un prix de journée par grande discipline (médecine, chirurgie, obstétrique). Ce prix de journée est la base de financement des établissements de santé à cette époque (réforme de 1940). Cette comptabilité analytique s'appuie sur le décret du 28 mars 1953 qui crée un plan comptable

spécifique aux hôpitaux (la M21[27]). Ce décret est complété par le décret du 29 décembre 1959 qui consacre l'obligation pour les établissements de tenir une comptabilité analytique. Cependant, la finalité de cet outil reste ambiguë. Censée améliorer la connaissance des coûts en interne, la comptabilité analytique s'avère surtout un moyen pour la tutelle d'exercer un contrôle externe sur la détermination des prix de journée. L'outil de gestion est détourné et n'est donc pas exploité comme un instrument d'analyse des coûts en interne.

3.1.2. L'analyse de gestion

Au début des années 1970, un « esprit gestionnaire » prend forme au sein de l'administration sanitaire centrale et plus précisément au niveau de la nouvelle direction des hôpitaux créée en novembre 1970 en vue de mettre en œuvre la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970.

Le lancement du programme de « Rationalisation des Choix Budgétaires » (RCB) en 1968 par le ministère des finances apparaît comme la traduction institutionnelle de cette interrogation critique sur la rationalité de l'organisation administrative (Gay, 2014).

L'objectif principal du programme de RCB est d'optimiser la dépense publique par la transformation de la procédure budgétaire, de diffuser de nouvelles méthodes de gestion dans les administrations, de développer des études microéconomiques « coûts avantages » pour éclairer les investissements publics (Bezes, 2009).

La santé se révèle être un terrain privilégié d'application des études RCB pour deux raisons principales (Benamouzig, 2005). D'une part, elles répondent à une demande d'analyses économiques qu'appelle la croissance de l'offre de soins et des dépenses de santé afin d'améliorer le contrôle politique du secteur sanitaire. D'autre part, la santé se présente comme l'un des rares domaines civils où la méthode RCB peut être appliquée dans la mesure où elle engage des unités qui peuvent être comptées (le nombre de vies préservées ou de morts évitées).

L'esprit gestionnaire dont est empreinte l'opération RCB est relativement localisé au sein de la direction des hôpitaux puisque circonscrit au bureau TG1 « tutelle et gestion financière » de

27 Il existe différentes comptabilités applicables au secteur public selon le type de collectivités (communes, départements, régions) et selon la nature de l'activité exercée (service public administratif ou service public à caractère industriel et commercial). Ces différents types de comptabilités se déclinent par des instructions comptables : M14 pour les communes, M52 pour les départements, M71 pour les régions, M4 pour les services à caractère industriel et commercial, M21 pour les établissements publics de santé. L'instruction M21 a été modifiée depuis, la dernière modification est portée par l'arrêté du 10 décembre 2015.

la sous-direction de la tutelle hospitalière. Cette réflexion économique du bureau TG1 s'organise autour d'un programme en matière de « gestion hospitalière » pour les années 1971-1975 soutenu par le directeur des hôpitaux de 1970 à 1976 et conseiller d'Etat, J. Baudouin, ainsi que par le ministre de la santé publique de 1969 à 1972, R. Boulin. Justifié par la rapide croissance des dépenses hospitalières publiques, ce programme de gestion se donne pour objectif principal de « faire évoluer le système hospitalier vers une gestion plus dynamique et plus contrôlée afin de permettre d'accroître la qualité du service rendu à la collectivité et de réduire relativement le coût de ce service »[28]. Afin de mettre en œuvre ce programme, une cellule d'analyse de gestion est créée et placée auprès du bureau TG1.

La cellule est à la fois un espace de fabrication de l'analyse de gestion, de ses instruments (production de tableaux de bord, sophistication de la comptabilité analytique, etc.) et un agent de leur diffusion (développement de formation sur le management hospitalier auprès des directeurs d'hôpital). Ce travail d'analyse de gestion répond à la volonté d'identifier des lois de formation des coûts hospitaliers qui se retrouve dans l'engagement de la direction des hôpitaux au cours des années 1970 dans la réforme du financement des hôpitaux en vue d'établir une tarification fondée sur « la vérité du prix hospitalier » (Gay, 2014). La cellule de gestion fabrique des systèmes d'information axés sur l'activité des hôpitaux (nombre de lits, durée moyenne de séjour, admission,…), le but étant de comparer les services et les hôpitaux entre eux pour faciliter les décisions de planification et d'allocation de moyens.

L'expérience de Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) est restée sans lendemain, faute de résultats probants et d'adhésion des acteurs. Les bonnes intentions déployées se sont systématiquement heurtées à la procédure budgétaire administrative qui focalise l'attention des dirigeants publics sur l'impératif de dépense et de régularité et qui constitue toujours le socle du management public (Conseil National de l'Évaluation, 1999) (Naulleau, 2003).

La cellule de gestion a progressivement atteint ses limites et des débats sur la comparabilité inter- hôpitaux ont vu le jour. L'exemple le plus simple est la difficulté de définir une mesure unique qu'il s'agisse des lits (lits ouverts, fermés, disponible et indisponible), des admissions (comment traiter les admissions interétablissements d'une même entité juridique ?), l'hospitalisation (comment distinguer l'hospitalisation de jour des consultations externes et des autres hospitalisations ?).

[28] CAC 19769343 – 171, Direction des hôpitaux, Programme de travail de la cellule d'analyse de gestion hospitalière, 8 décembre 1971.

3.1.3. Le contrôle des dépenses engagées

La circulaire du 7 mars 1979 met en place une comptabilité des dépenses engagées. Elle préconise un suivi trimestriel dans tous les hôpitaux accompagnés de ratios de trésorerie. Sa mise en place nécessitait bien évidemment l'existence de prévisions budgétaires saisonnalisées au sens de la circulaire.

En dépit de sa portée réglementaire et de contrôle externe, cette instruction est tombée en désuétude car la tutelle, faute de moyens, ne pouvait assurer un suivi budgétaire des établissements hospitaliers. La majorité des hôpitaux ne remplissaient pas les tableaux de la circulaire et la tutelle n'exploitait pas ceux qu'elle recevait. Le plus important était l'obligation d'un suivi des dépenses et la tenue des comptes que la tutelle pouvait consulter en cas de besoin.

3.1.4. La création des centres de responsabilité

Évoqués par la loi du 31 décembre 1970 appuyée par le décret du 11 août 1983, les centres de responsabilité constituent une nouvelle strate dans l'introduction des systèmes de gestion à l'hôpital. Les deux textes, en même temps qu'ils appelaient une réforme du financement, reposaient sur l'idée d'une association du corps médical à la gestion de l'hôpital. L'ambition était de clarifier les choix de l'hôpital et de permettre une allocation interne des moyens de plus en plus limités. L'idée est de développer la contractualisation interne.

Pour ce faire, deux travaux préalables s'imposaient : le découpage de l'hôpital en centres de responsabilité et la ventilation comptable de l'ensemble des charges sur ces centres.

Le premier a pris du retard car le calendrier et les objectifs de la réforme se sont télescopés avec ceux de la départementalisation. Le deuxième exigeait une refonte profonde des systèmes comptables et informatiques existants à l'hôpital. Ces systèmes, structurés en filière (la paie, l'économat, la facturation), n'offrent pas de possibilité de connexion entre les éléments de charges et l'activité par discipline.

Le grand apport de cette réforme reste le Tableau Prévisionnel d'Activité et de Moyens (TAPAM) par centre de responsabilité. Mis en place pour le budget 1986, le TAPAM consistait en la préparation conjointe entre le responsable du centre (le chef de service) et le directeur de l'hôpital du budget annuel avec fixation d'objectifs en termes de volume

d'activité et des crédits budgétaires. Mais cette procédure n'était pas accompagnée de quelconque démarche d'analyse des résultats.

Le TAPAM est une tentative d'adaptation de la Direction Participative Par Objectifs (DPPO) qui atteignait l'hôpital public à cette époque.

Cette démarche n'a pas eu le succès escompté. Notamment parce que le domaine de la santé utilise « des référentiels professionnels puissants » et nourrit « des préventions fortes envers les démarches de gestion » (Cauvin, 1999). Gauthier et al. (1975, p. 26) précisent à ce sujet qu'un certain « humanisme » propre à la profession tend à rejeter toute approche quantitative, chiffrée, des divers domaines de l'activité hospitalière. Debrosse (1994, p. 89) souligne que « […] tous ces éléments, recueillis et analysés, sont les outils d'une démarche stratégique, en rupture avec l'exercice traditionnel de la médecine. Il faut reconnaître que la mutation recherchée est particulièrement forte. Il est donc compréhensible que le corps médical résiste ».

Cet échec est aussi imputable à deux éléments importants : l'allocation des moyens était décidée sans prendre en compte les objectifs fixés et la sanction d'un dépassement des crédits n'était pas précisée.

3.1.5. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Il s'agit d'une révolution dans les outils de gestion de l'hôpital. L'activité cesse d'être appréhendée uniquement par des indicateurs classiques souvent critiqués tels que les lits, la journée, la durée moyenne de séjour. Place désormais à une autre identification de l'activité à travers les Groupes Homogènes de Malades (GHM). Sans retracer le détail du fonctionnement, précisons juste que le GHM regroupe plusieurs Groupes Homogènes de Séjour (GHS) auxquels sont associés des tarifs fixés nationalement. Un GHS retrace toute la prise en charge du patient à l'hôpital de son entrée à sa sortie.

En 1982, le modèle des DRG (Diagnosis Related Groups) est importé des Etats-Unis. L'objectif est de constituer un Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)[29] dans le but de mesurer la production de l'hôpital pour être ensuite utilisé pour

[29] Le PMSI est la traduction française de la méthode des Diagnosis Related Groups (DRG) élaborée dans les années 1970 par l'équipe de R. Fetter à l'université de Yale. Son objectif est de définir le « produit hospitalier » afin de comprendre les variations de coûts et de durées de séjour entre hôpitaux et entre services hospitaliers. Pour ce faire, les chercheurs partent de l'hypothèse selon laquelle les hôpitaux produisent une gamme limitée de

calculer les coûts. Ainsi, un premier guide méthodologique de comptabilité analytique est élaboré en 1985 (et réactualisé en 1988). Il comporte deux niveaux :

- Le calcul des coûts des structures hospitalières (tableaux de synthèse par activité) ;
- Le calcul du coût de revient par groupe homogène de malades (GHM).

Le PMSI se distingue ainsi comme un outil pour mesurer l'activité des services médicotechniques et cliniques et, par agrégation, de l'hôpital dans son ensemble. Mais jusqu'en 2004, cet outil n'a jamais été vraiment utilisé pour l'allocation des moyens aux hôpitaux. Son rôle était donc limité à faire le bilan et à aider les décideurs dans leur choix en matière d'orientation sanitaire et de révision de la répartition des offres de soins sur le territoire.

L'échec de la politique de modulation des dotations budgétaires à travers la dotation globale instituée par le décret du 11 août 1983 conduit à une redéfinition de l'usage du PMSI. Le PMSI a servi à la fabrication d'un nouvel instrument : la tarification à l'activité[30]. Se substituant progressivement au financement des hôpitaux publics par dotation globale à partir de 2004, la tarification à l'activité s'inscrit dans le cadre d'un programme de réforme plus large d'inspiration néolibérale, le Plan Hôpital 2007 (Pierru, 2007).

3.1.6. Les pôles d'activités et délégation de gestion

L'ordonnance du 2 mai 2005 instaure l'organisation des établissements de santé en pôles d'activité. L'organisation en pôles obéit à une logique de simplification et de déconcentration de la gestion. Afin d'obtenir des structures de taille critique suffisante, les pôles regroupent des services ayant des activités communes ou complémentaires. Le nombre, la taille et la

produits. Sur la base de plusieurs variables (sexe et âge du patient, diagnostic principal, etc.), l'équipe de R. Fetter définit ces produits, appelés DRG. Chaque DRG repose sur une double homogénéité : médicale (un DRG correspond à une pathologie ou une classe de pathologies) et économique (un DRG regroupe des prises en charge mobilisant des ressources analogues). Dans le cadre du PMSI, les DRG prennent le nom de « Groupes Homogènes de Malades » (GHM). Cette classification permet ainsi d'associer chaque séjour hospitalier à un GHM en fonction de plusieurs informations (diagnostic principal, diagnostic associé, nature de l'éventuelle intervention chirurgicale, âge et sexe du malade).

[30] Si la tarification à l'activité correspond à un changement de deuxième ordre, son adoption n'est pas le fruit d'un apprentissage réalisé par les seuls agents administratifs comme le suggère l'analyse de P. Hall. En effet, la tarification à l'activité est promue au début des années 2000 par des acteurs administratifs mais aussi privés (représentants des hôpitaux publics, des cliniques privées) et politiques (le ministre de la santé J.-F. Mattei et son cabinet).

composition des pôles sont laissés au choix de l'établissement ce qui permet de les adapter à la réalité du terrain.

Les responsables de pôles seront à la fois des médecins et des gestionnaires et disposent de pouvoirs importants, en contrepartie de cette responsabilité. Les praticiens hospitaliers responsables de pôle seront nommés conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME). Ils ne sont pas élus par leurs pairs, traduisant une logique de management, de décision et non de représentation.

Le contrat conclu entre le pôle et le conseil exécutif comprend une délégation de gestion au responsable de pôle afin, par exemple, de décider des achats pour son « pôle » de matériels médicaux, d'informatiques, de consommables, voire de médicaments. Les termes de cette délégation sont fixés par le règlement intérieur de l'établissement et prévus dans le contrat entre le pôle et le conseil exécutif. Cette contractualisation interne avec la direction de l'hôpital permet de déconcentrer la gestion quotidienne et la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.

Avec la mise en place des pôles, chaque responsable se verra donner des marges de manœuvre dans les actes de gestion courante. Il lui sera délégué la capacité de décider dans des domaines de gestion relevant jusqu'ici de l'autorité du directeur de l'hôpital. Le champ de la délégation de gestion se veut résolument large : ressources humaines (recrutement, formation, évaluation, organisation…), finances, contrôle de gestion, équipement, achats, etc.

C'est dans ce cadre que le pôle dispose d'un budget couvrant l'ensemble des postes de dépenses qui lui sont afférentes. La délégation de gestion devrait permettre au pôle de fonctionner au quotidien d'une façon efficace et efficience en assouplissant les formalités et les procédures bureaucratiques.

La gestion du pôle est confiée à un trio composé du médecin chef de pôle, un cadre paramédical (cadre supérieur de santé) et un cadre administratif représentant la direction dans le but d'associer les responsabilités. Le médecin chef a pour but principal de générer de l'activité et suivre toute la partie médicale en concertation avec les autres médecins, le cadre paramédical se verra confier la mission d'épauler le cadre administratif à travers notamment la gestion du personnel non médical. Le rôle du cadre administratif se trouve donc à la croisée des chemins entre une responsabilité vis-à-vis de sa direction et sa responsabilité à l'intérieur

du pôle et vis-à-vis des médecins. Il doit jouer le rôle de « médiateur » entre les exigences de la direction et les revendications des médecins.

Ce changement organisationnel est une étape dans le processus de modernisation du secteur de la santé en France. Le pôle, dont la structure est proche de celle d'un petit hôpital, est un terrain d'expérimentation propice pour développer une nouvelle culture de gestion plus axée sur la performance, les bonnes pratiques de gestion et la responsabilité.

La révolution majeure apportée par les pôles est sans doute l'association de deux corps de métier différents avec des objectifs convergents. Le médecin a besoin d'un gestionnaire pour l'informer sur la gestion des moyens et le gestionnaire a besoin du médecin non seulement pour réaliser l'activité et la développer mais aussi pour toutes les informations indispensables pour la mise en place des procédures de gestion. Le but étant bien entendu d'arriver à mieux piloter le pôle avec efficacité et efficience. Or, un médecin n'est pas un contrôleur de gestion et inversement ce dernier ne réalise pas l'activité donc il est étroitement dépendant du corps médical.

La mise en place des pôles va dans le même sens que les premiers textes des années 1980, notamment le décret du 11 août 1983 créant les centres de responsabilité. Ainsi, le pôle s'identifie comme un centre de responsabilité visant à associer les médecins aux pratiques gestionnaires. Il donne lieu à des contrats d'objectifs et de moyens contractualisés entre le responsable du pôle et la direction de l'hôpital. L'obstacle majeur à cette démarche est la nécessité d'obtention de l'approbation par la tutelle. Le directeur d'hôpital ne peut pas s'engager vis-à-vis des pôles sans l'approbation de sa tutelle. Cet obstacle devrait se dissoudre avec la montée en charge du financement à l'activité et la disparition progressive de la dotation globale qui limitait l'enveloppe budgétaire.

3.2. Les réformes de financement de l'hôpital public en France

La discussion autour de la pratique budgétaire hospitalière passe inéluctablement par la présentation de l'évolution du mode de financement de l'hôpital. L'analyse des trois modes de financement qu'a connu le paysage hospitalier en France est riche d'enseignements quant à l'échec de la transposition de la pratique budgétaire du secteur privé à l'hôpital public.

L'analyse historique du fonctionnement des établissements hospitaliers depuis un siècle (Imbert, 1994 ; Imbert, 1982 ; Barthélémy, 1993 ; Ceccaldi, 1997 ; Auby, 1998 ; Louvaris, 1996) met en évidence trois grandes périodes dans leurs modes de financement : le « prix de journée », institué en 1946, remplacé en 1984 par le « budget global », auquel est substituée la « Tarification A l'Activité » (Krief, 2000).

À travers cette analyse, nous tenterons non seulement de présenter la philosophie des réformes de financement mais aussi d'expliquer les raisons de leur succession.

3.2.1. Le prix de journée (avant 1984)

C'est la Révolution française qui consacre l'hôpital comme lieu de soin et transfère le pouvoir hospitalier du religieux au médecin. Parallèlement son financement évolue avec la création du prix de journée par le décret du 7 germinal an XIII (28 mars 1805), complété par l'instruction du 8 février 1823 qui imposait aux établissements de calculer un prix de journée. Mais aucun moyen de calcul n'ayant été établi, les prix connaissaient une forte variation d'un hôpital à l'autre[31].

La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, consacre le changement dans la nature des recettes de l'hôpital. Celles-ci devenant de plus en plus liées à son activité de soins grâce à la généralisation et à l'extension du prix de journée, et prévalent progressivement sur ses autres recettes (legs, dons, subventions, gestion du patrimoine). De 1946 à 1984, le financement des hôpitaux publics s'appuie sur le principe d'un tarif à la journée d'hospitalisation et d'hébergement. Ce système s'apparente à un forfait, un prix « tout compris » (Imbert, 1994), permettant de garantir la solidarité sociale à l'égard des hospitalisés (Krief, 2000).

Contrairement à la Tarification A l'Activité (T2A), que nous développerons plus loin, qui est un système à enveloppe fermée, celui du prix de journée était à enveloppe ouverte dans le sens où plus le nombre de journée augmentait plus le budget des recettes accroissait.

Le système de prix de journée a été vigoureusement critiqué en raison de ses effets inflationnistes. En effet, si les établissements désiraient un prix de journée « confortable » pour l'année suivante, ils devaient faire « tourner la machine à plein » (Imbert, 1994). Plus les médecins hospitalisaient et prescrivaient d'actes, plus longtemps le malade restait à l'hôpital,

[31] Conseil Economique et Social, (2005) « L'HÔPITAL PUBLIC EN FRANCE : BILAN ET PERSPECTIVES »

mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque la Sécurité sociale payait… Ce système s'est révélé particulièrement opaque, d'autant plus que les abus et les gaspillages se trouvaient peu sanctionnés, la croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter jusqu'en 1975 (Krief, 2000).

Malgré ses effets « pervers », ce système a fonctionné pendant près de 40 ans. D'une part, parce qu'il a permis de financer la rénovation de l'hôpital. D'autre part, parce que, à l'exception de la Sécurité sociale, tout le monde y a trouvé son compte : les malades, les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans véritable souci de l'économie nationale, les médecins hospitaliers qui ne se considéraient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la Sécurité sociale, les élus pour qui l'hôpital était source de prestige électoral, les fournisseurs de biens et de services qui vivaient de ce marché florissant (Bonnici, 1997).

La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 substitue au mécanisme de financement par le prix de journée, lié à l'activité mesurée en nombre de journées d'hospitalisation, mécanisme inflationniste incitant à l'augmentation de la durée moyenne de séjour, un financement par une dotation globale calculée sur le budget de l'année précédant la réforme (1982) et auquel, d'année en année, est appliqué un taux directeur national d'évolution que le préfet est chargé de faire appliquer dans chaque département[32].

3.2.2. La dotation globale

La loi du 4 janvier 1978 autorise l'expérimentation de deux nouvelles formules de tarification : le budget global et le prix de journée « éclaté » (séparant les tarifications de l'hébergement des soins courants et des prestations coûteuses), prémices de la réforme du financement. Parallèlement, est introduite la référence à un taux directeur d'évolution des dépenses, première tentative de disposer d'un instrument de maîtrise, tandis que, par le décret du 8 juillet 1982, les actes médicaux ne font plus l'objet d'une tarification particulière et les charges correspondantes sont intégrées dans le budget hospitalier.

La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale a pour objectif de créer des recettes sans augmenter les cotisations des assurés sociaux ou des entreprises, de répartir plus équitablement les charges sociales et d'amorcer des réformes de

[32] Conseil Economique et Social, (2005) « L'HÔPITAL PUBLIC EN FRANCE : BILAN ET PERSPECTIVES »

structure dans le domaine de la santé. Elle instaure alors une mesure majeure concernant le financement de l'hôpital : une dotation globale d'exploitation. Par ailleurs, est créé un forfait journalier hospitalier, applicable dans tous les établissements à l'exception des unités ou centres de long séjour participant au service public hospitalier, et des établissements d'hébergement des personnes âgées comportant une section de cure médicale.

Le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) est préconisé dès 1982 pour répondre, entre autres, à l'évolution croissante des dépenses hospitalières (16 à 19 % par an)[33]. Il est fondé sur les Groupes homogènes de malades (GHM), modèle importé des Etats-Unis par Jean de Kervasdoué, alors directeur des hôpitaux, qu'il a emprunté au professeur Fetter dans la mesure où les GHM sont la traduction des *Diagnosis related groups* (DRG). Un guide de la comptabilité analytique est publié en 1985 et la liste des GHM en 1986. Mais l'ambiguïté entretenue autour du PMSI, à la fois instrument d'analyse de l'activité et instrument de tarification, obère son appropriation par les acteurs et ralentit son développement. Ainsi, la généralisation du PMSI pour les activités de court séjour dans les établissements de santé publics et privés mettra plus de treize ans avant de constituer un outil d'allocation des ressources, confirmé par la circulaire n° 96-495 du 6 août 1996. Désormais, l'activité de l'hôpital est décrite grâce aux PMSI et valorisée sous forme de points ISA (Indice synthétique d'activité)[34] attribués à chaque GHM selon un référentiel national. Par ailleurs, le secteur privé non lucratif passe au budget global, et le secteur privé lucratif reste, lui, au prix de journée, déséquilibrant ainsi le système de financement. Dès 1984, la Cour des comptes préconise l'extension du budget global à ce secteur.

La réforme de la dotation globale permet, au moins de 1985 à 1990, un ralentissement réel des dépenses hospitalières. Mais elle fige, reproduit et même augmente d'année en année les inégalités entre établissements, départements et régions. Ainsi ce qui est gagné en termes de maîtrise des dépenses est perdu au regard de l'allocation optimale et transparente des moyens budgétaires. La dotation globale fait de l'hôpital une « boîte noire » et favorise de fait l'inactivité, pénalisant même les hôpitaux qui ont fait des économies par souci de productivité. C'est pourquoi, afin de mieux connaître la nature des dépenses hospitalières et de réduire les inégalités entre les établissements, sont recherchés simultanément de

[33] A titre d'illustration, en 1982, le financement des hôpitaux publics et privés représentait environ 142 milliards de francs (21,7 millions d'euros), soit plus de la moitié des dépenses totales de santé (Krief, 2000).
[34] La valeur du point ISA d'un établissement représente le prix unitaire de l'activité hospitalière ou le coût effectif de l'offre de soins.

nouveaux instruments de mesure plus fins et plus fiables de l'activité hospitalière (Budet et Blondel, 2004), permettant à terme la tarification à la pathologie.

De plus, la dotation globale n'a produit que des résultats limités. Elle n'a pas favorisé la performance médico-économique attendue et n'a guère stimulé l'innovation et le dynamisme de l'organisation. Elle a plutôt ouvert la porte aux conflits entre services quant à la répartition du budget et créé des inégalités de financement injustifiables et inacceptables entre hôpitaux (Coca, 1995). De plus, en l'absence de comptabilité analytique, l'arsenal d'outils n'a pas permis de connaître le coût réel des activités de soins. Les hôpitaux ne disposaient d'aucune donnée fiable et récurrente permettant une « analyse de gestion rétrospective et prospective » (Joncour, 1996).

Le principe d'une dotation globale reconduite, « nonobstant » le niveau d'activité, pénalisait les structures les plus productrices et avantageait celles qui le sont moins. Cette logique est inimaginable dans une entreprise privée guidée par la recherche du profit et la maximisation des ventes et du chiffre d'affaires.

3.2.3. La Tarification A l'Activité (T2A)

Depuis 1983 et jusqu'à l'introduction du financement par la tarification à l'activité en 2004 telle que figurant dans le Plan Hôpital 2007, il existait principalement deux systèmes de financement des structures hospitalières :

- Le budget global (appelé « dotation globale de financement ») qui s'appliquait à l'ensemble des établissements publics et à la majeure partie des établissements privés non lucratifs, participant ou non au service public hospitalier ;

- Un système de paiement mixte au séjour, combinant des rémunérations par prix de journée et paiement à l'acte, qui concernait les cliniques privées (établissements à vocation commerciale) et un peu plus d'une centaine d'établissements privés non lucratifs.

Les dépenses d'assurance maladie de ces établissements étaient encadrées par l'Objectif quantifié national (OQN), système de régulation visant à contrôler, d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées et des actes, en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente. Chaque année, étaient fixés, de manière distincte, les taux d'évolution de

la dotation globale et de l'OQN[35] qui constituent les deux sous-ensembles essentiels de la part de l'ONDAM consacrée aux établissements de santé.

La tarification à l'activité est une méthode de financement des établissements de soins qui permet d'évaluer leur rémunération en fonction de leur activité effective pour une prise en charge analogue et un prix identique. L'activité de l'établissement est mesurée et évaluée par le recueil d'informations effectué par les établissements publics ou privés au travers du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

L'allocation budgétaire est mixte et distingue, d'un côté, les missions de soins qui ont vocation à être financées directement à l'activité et, de l'autre, les missions d'intérêt général ou missions de service public (recherche, enseignement, urgences, innovation thérapeutique, réseaux de soins…), dont le coût n'est pas directement lié à l'activité, et continuant d'être assurées par des dotations globales.

Trois modalités de financement sont directement liées à l'activité réalisée et donnent lieu à des paiements spécifiques :

- Le paiement d'un tarif par séjour, dit Groupe homogène de séjour (GHS),
- Le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultation externe et les actes externes d'urgence (hospitalisation publique), de prélèvement d'organes, ainsi que l'hospitalisation à domicile (activités non décrites par les GHS),
- Le paiement de certaines fournitures, en plus des tarifs de prestation (certains médicaments coûteux et les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) comme les prothèses). Une liste des molécules et des DMI concernés est établie par voie réglementaire, en fonction de leur caractère onéreux et de l'hétérogénéité qu'il introduit dans les tarifs par séjour.

Viennent ensuite les modalités de financement mixte, pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixes, mais déterminé en fonction de l'activité réalisée. Un forfait annuel finance ainsi les coûts fixes liés aux urgences.

[35] Ce n'est que depuis 1998 que les statistiques distinguent les établissements financés par le budget global ou soumis à la régulation de l'objectif quantifié national.

Enfin, un financement spécifique est prévu pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) destinées à couvrir toutes les missions et activités qu'il n'est pas possible de financer au séjour, à l'acte ou d'une manière générale dans une unité accessible facilement à la mesure. Ces missions sont davantage concentrées dans les établissements publics, mais pas exclusivement, et pour certaines de ces missions, dans les établissements hospitalo-universitaires. Ce groupe comprend trois catégories :

- Les missions d'enseignement, de recherche, d'innovation, de recours[36] ;

- Toutes les autres missions spécifiques, transversales, comme les SAMU et SMUR, les centres de référence, les activités de soins aux détenus, certaines actions de prévention. Ces missions particulières n'obéissent pas, à l'évidence, aux mêmes règles que les activités de soins en hospitalisation ou en consultation, ce qui justifie leur financement sous cette forme ;

- L'aide à la contractualisation qui a vocation à accompagner financièrement la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements. Les MIGAC font l'objet d'une contractualisation avec les ARH, afin d'en assurer le suivi et l'évaluation.

La tarification à l'activité repose sur des tarifs nationaux qui restent aujourd'hui différenciés selon le statut des établissements. En effet, deux barèmes de tarifs vont coexister, l'un applicable aux établissements antérieurement financés sous Dotation globale de financement (DGF) et l'autre applicable aux cliniques privées sous Objectif quantifié national (OQN). L'écart entre les deux barèmes tarifaires provient d'une part du périmètre distinct des charges et du financement des deux secteurs hospitaliers, d'autre part de la méthodologie de construction des tarifs, fondamentalement différente à ce jour.

Avec l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, la décomposition de l'ONDAM dans le champ des établissements de santé a été complètement revue. Jusqu'en 2004, l'ONDAM voté par le Parlement était ensuite décomposé par le gouvernement en enveloppes : médecine de ville, hôpital, cliniques et établissements médico-sociaux. La réforme portant sur la tarification à l'activité modifie légèrement cette procédure pour 2005 en fusionnant

[36] Les missions de recours concernent toute activité techniquement complexe et qui s'adresse à un petit nombre de patients, concentrée dans un nombre limité d'établissements (ex : centres de référence pour la prise en charge des maladies rares).

l'enveloppe de l'hôpital public et des cliniques privées, et en créant des enveloppes spécifiques pour certaines activités des établissements.

La T2A a été appliquée de manière progressive dans le secteur public. La première étape, opérée en 2004, a vu 10 % des recettes déterminées en fonction de l'activité. En 2005, le pourcentage se situe entre 20 % et 25 %. En 2006, environ 35 % des recettes entrent dans le cadre de la tarification à l'activité. Enfin, la T2A couvre 100 % de l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) des établissements publics en 2008. En revanche, elle couvre 100 % de l'activité des établissements privés depuis 2005.

La mise en place de la T2A devrait avoir pour objectif de corriger les défaillances des anciens systèmes (le prix de journée et la dotation globale). Si la dotation globale assurait une santé financière de l'hôpital public en reconduisant le budget avec un taux directeur sans aucune connexion avec le niveau d'activité, la T2A a « levé le voile » sur la fragilité des finances des hôpitaux par son association du budget à l'activité réalisée.

3.3. Le budget de l'hôpital dans les dépenses de santé en France

L'hôpital a une histoire longue, son rôle et sa place dans le système de santé évoluent en permanence. Il s'est vu confier au fil des années, dans notre pays, un rôle si large qu'il est parfois remis en cause. De fait, les comparaisons internationales mettent en lumière que l'hôpital a, en France, une place plus grande que dans la moyenne des pays comparables en termes de résultats de santé. L'hôpital y représente plus de 35 % de la dépense de santé contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. L'hôpital emploie 1,2 million de personnes et il y a en France 17,88 ETP hospitaliers pour 1000 habitants contre 10,99 en Allemagne. Le terme d'hospitalocentrisme est utilisé pour décrire, et déplorer, cette situation[37].

Selon la DREES[38], la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)[39], c'est-à-dire la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, est évaluée à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 euros par habitant. Son rythme de croissance reste inférieur à 3 % depuis 2010.

[37] Rapport IGAS (2012) L'HÔPITAL.
[38] DREES (2015) Les dépenses de santé en 2014, Résultats des comptes de la santé.
[39] La CSBM comprend la consommation de soins hospitaliers (y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé), la consommation de soins de ville, la consommation de transports de malades, la consommation de médicaments et la consommation d'autres biens médicaux.

La CSBM représente ainsi 8,9 % du PIB en 2014, ce pourcentage croît légèrement depuis 2012. Sur la période 2006-2014, le rythme de croissance en valeur de la CSBM a connu un ralentissement sensible : il était de +4,0 % en 2007, il s'est établi à +3,1 % en 2008 et 2009, et reste inférieur à +3 % depuis cinq ans. Il est néanmoins légèrement plus élevé en 2014 (+2,5 %) qu'en 2013 et 2012.

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM avec 76,6 % de la dépense en 2014. Entre 2006 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement a légèrement diminué, passant de 76,8 % en 2006 à 75,9 % en 2011. Cela résulte notamment des mesures d'économies mises en œuvre telles que l'instauration des franchises sur les médicaments, les soins d'auxiliaires et les transports de malades, les hausses du forfait journalier hospitalier et le déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant. À partir de 2012, la tendance s'inverse : la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau pour atteindre 76,6 % en 2014 À l'inverse, phénomène nouveau, la part des organismes complémentaires diminue légèrement, et représente 13,5 % de la dépense en 2014. Les ménages supportent 8,5 % des dépenses de santé en 2014. Ce reste à charge baisse de 0,2 point par an depuis 2011.

En France, la dépense courante de santé (DCS)[40], c'est-à-dire la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé, elle s'élève à 256,9 milliards d'euros en 2014, soit 12,0 % du PIB. Cette dépense représente environ 3 900 euros par habitant.

La dépense courante de santé au sens international représente 10,9 % du PIB en 2013, dernière année disponible en comparaison internationale. La France est l'un des pays de l'OCDE où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité. La France se place ainsi en sixième position au sein de l'OCDE, loin derrière les États-Unis et à un niveau très proche des Pays-Bas, de la Suisse, de la Suède et de l'Allemagne.

Depuis la loi organique du 22 juillet 1996, l'article LO. 111-3 du Code de la Sécurité sociale prévoit l'adoption annuelle, dans le cadre des lois sur le financement de la Sécurité sociale, d'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet objectif n'est pas une

[40] LA DCS comprend le CSBM, les soins de longue durée, les indemnités journalières, les dépenses de prévention (institutionnelle, individuelle et collective), es dépenses en faveur du système de soins (formation, recherche), es coûts de gestion du système de santé, les autres dépenses en faveur des malades (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

enveloppe budgétaire limitative mais il est devenu, à partir de 2010, partie prenante des engagements français en matière des finances publiques.

L'ONDAM est un outil de régulation des dépenses de l'Assurance maladie. Depuis 1997, il est déterminé chaque année par le Parlement lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation a été évaluée, à titre provisoire, à 178 milliards en 2014 lors de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2015.

Depuis 2014, l'ONDAM est décomposé en six sous-objectifs :

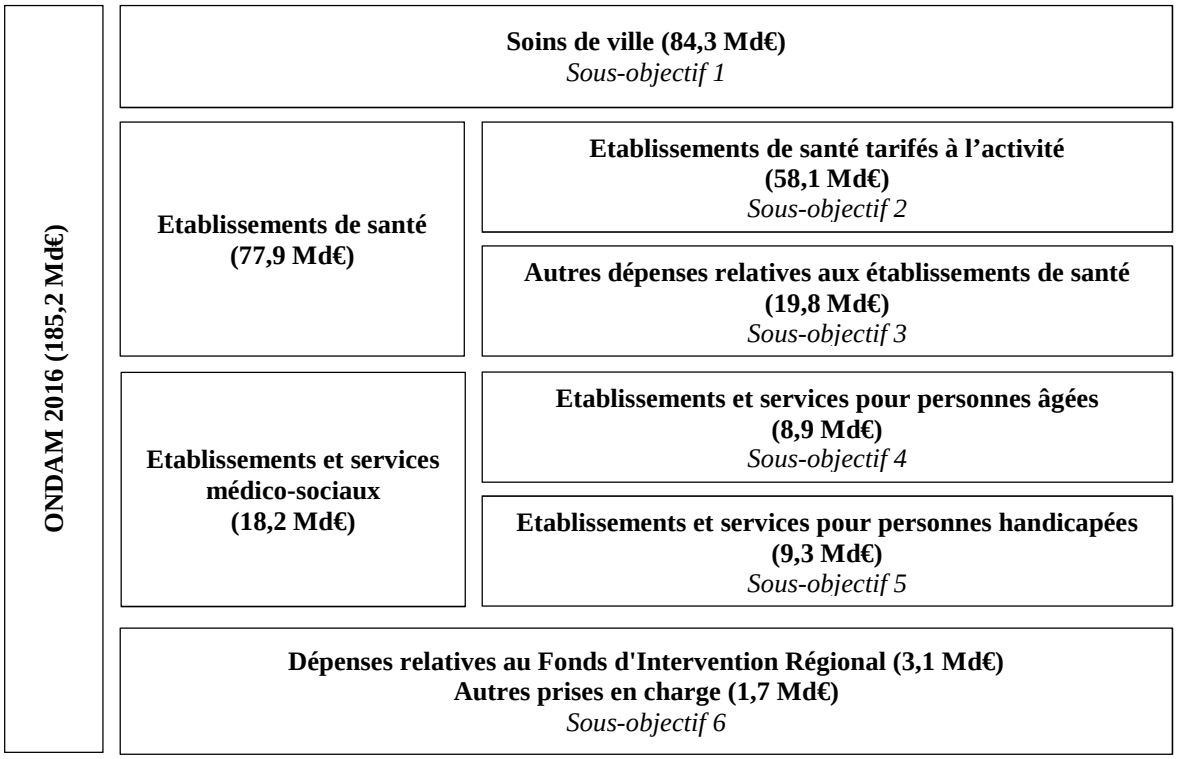
- Les dépenses de soins de ville, qui regroupent les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments et dispositifs médicaux, les indemnités journalières ;

- Les dépenses en établissements de santé tarifés à l'activité. Elles regroupent les dépenses relatives aux activités de « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) » des établissements de santé publics et privés faisant l'objet d'une tarification au séjour. Ce groupe comprend les tarifs des séjours (T2A au sens strict), les forfaits annuels, médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des séjours. Il comprend également les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;

- Les autres soins en établissement de santé qui concernent les soins de suite et de réadaptation, les soins de psychiatrie des établissements publics et privés, les hôpitaux locaux, les USLD et autres dépenses spécifiques comme la dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Les trois autres sous-objectifs couvrent les dépenses en établissements et services pour personnes âgées, les dépenses en établissements et services pour personnes handicapées et les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (soins pour les assurés français à l'étranger, la dotation nationale en faveur du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)).

Pour l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit[41] :



L'objectif de dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité représente, pour 2016, 31 % du montant de l'ONDAM.

La période de montée en charge du système de tarification à l'activité coïncide avec une très forte augmentation des déficits hospitaliers. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) évalue l'évolution du résultat net des établissements publics de santé d'un surplus d'environ 400 M€ en 2004 à un déficit du même ordre de grandeur en 2008.

Sur le périmètre plus restrictif des comptes de résultat des établissements pratiquant les activités de médecine – chirurgie de 2003 à 2010, la tendance est encore plus prononcée avec

[41] LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

un creusement des déficits de l'activité entre 2004 et 2007, suivi d'un faible redressement observé entre 2007 et 2009 et à nouveau un léger recul en 2010[42].

ÉVOLUTION DES RÉSULTATS NETS D'UN ÉCHANTILLON D'ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS – SECTEUR EX DG (en M€)

Source : Mission IGF d'après des données de la DGFIP portant sur les comptes de résultat principaux de 408 établissements de santé

Ce déficit s'est également accompagné d'une croissance préoccupante de l'endettement des établissements. Dans le secteur anciennement financé par dotation globale, le taux d'endettement des hôpitaux ne cesse de croître depuis 2004. À cette date, la part des dettes financières représentait 38 % des ressources stables (calculées comme la somme des capitaux propres et dettes financières au passif du bilan) des établissements retenus dans l'échantillon, alors que cette part atteint 55 % en 2010.

[42] Rapport IGF N°2011-M-056-01 (2012) Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

(enM€)	Capitaux propres	Dettes financières	Taux d'endettement
2003	11 569	7 517	39%
2004	13 616	8 445	38%
2005	14 166	9 277	40%
2006	15 865	10 541	40%
2007	16 044	12 584	44%
2008	16 123	15 144	48%
2009	16 389	17 554	52%
2010	16 794	19 475	54%

ENDETTEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ – SECTEUR EX DG (en M€)

Source : Mission IGF d'après des données de la DGFIP portant sur les comptes de résultat principaux de 408 établissements de santé

Cette augmentation de l'endettement hospitalier s'explique en partie par les dépenses d'investissement très significatives qui ont été engagées notamment dans le cadre des plans « Hôpital 2007 » puis « Hôpital 2012 ».

Résumé du chapitre introductif

La construction de l'hôpital moderne tel que nous le connaissons aujourd'hui est le résultat d'une évolution historique de ses missions mais aussi de son organisation et de son mode de financement.

D'une création religieuse de l'Occident Chrétien dans le but d'accueillir et d'héberger par charité chrétienne les étrangers, les indigents et les pèlerins, l'hôpital a vu son rôle évoluer vers l'accueil des lépreux contagieux, des mendiants suspectés de vol tous deux réputés dangereux pour une société qui s'urbanise et se bourgeoisie. À partir du 17ème siècle, l'hôpital fonctionne comme un lieu d'enfermement pour les pauvres, les malades et les invalides.

Ce n'est qu'après la Révolution française que l'Etat nationalise les hôpitaux en faisant notamment des maires les présidents des commissions administratives chargées de l'administration de l'hôpital.

Enfin, l'administration centrale a progressivement pris le pouvoir à partir du début du 21ème siècle grâce notamment à l'organisation de la médecine et du financement de l'hôpital.

En 1941, l'hôpital acquiert le statut d'institution sanitaire et n'est plus réduit à un lieu d'accueil des pauvres malades. Depuis la loi de 1941, qui fonde l'hôpital public, le secteur hospitalier a connu en moins d'un siècle plusieurs réformes.

Ces réformes ont porté sur l'organisation de l'hôpital, sur sa gestion et sur son mode de financement. Les ordonnances de 1958 créent la médecine hospitalo-universitaire et recomposent l'offre hospitalière. La réforme dite Debré, instaure une médecine hospitalo-universitaire en créant le temps plein médical. Les autres ordonnances portent sur la législation hospitalière et sur la coordination des établissements de soins. Elles classent les établissements en centres hospitaliers régionaux (CHR), Centres hospitaliers (CH), Hôpitaux (H), Hôpitaux ruraux (HR), maisons de retraite (anciens hospices). La loi de 1970 met en place un service public hospitalier assuré non seulement par les établissements publics mais ouvert aux établissements de soins privés. L'aide médicale urgente (SAMU et SMUR) et les transports sanitaires sont créés par la loi de 1986. La loi de 1971 instaure des schémas régionaux et introduit de nombreuses innovations en matière de planification sanitaire, du management hospitalier et de qualité des soins. En matière de planification sanitaire, la loi

introduit le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) visant la redéfinition du découpage de la France en secteurs sanitaires. Le management hospitalier instauré par la Loi de 1991 vise la mise en place d'un projet d'établissement décliné en projet médical, projet de soins infirmier, projet social, schéma directeur des systèmes d'information et de l'informatique, programme pluriannuel de formation continue, projet de gestion, programme pluriannuel d'équipement et plan directeur. Le volet concernant la qualité des soins oblige les établissements à évaluer la qualité des soins prodigués. La loi HPST de 2009, la plus récente, a apporté plusieurs évolutions au paysage sanitaire français. Au-delà de ses dispositions en matière de prévention et de réduction des inégalités en matière d'accès aux soins, la loi HPST a refondé l'organisation sanitaire avec une organisation régionale de la santé par la création des Agences régionales de Santé (ARS) regroupant toutes les structures intervenant auparavant dans la gestion sanitaire régionale. La loi HPST a aussi prévu une nouvelle gouvernance des hôpitaux avec un conseil de surveillance, un directoire et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Elle a surtout renforcé les pouvoirs du directeur dans le domaine de l'organisation interne de l'hôpital répondant ainsi au souhait de faire du directeur le seul patron à l'hôpital.

Les réformes organisationnelles à l'hôpital sont accompagnées de réformes à caractère gestionnaire. Ainsi, la comptabilité analytique est développée à l'hôpital depuis les années 1950. Au début des années 1970, l'administration centrale lance le programme de « Rationalisation des Choix Budgétaires » visant l'optimisation de la dépense publique. L'instauration en 1979 de la comptabilité des dépenses engagées préconisant un suivi trimestriel des dépenses. Le décret de 1983 crée les centres de responsabilité permettant la ventilation comptable de l'ensemble des charges sur ces centres. Le découpage de l'hôpital en centre de responsabilité est élargi par l'ordonnance de 2005 instaurant un découpage de l'hôpital en pôle d'activité réunissant plusieurs anciens centres de responsabilité. Cette ordonnance met en place la délégation de gestion aux pôles d'activités.

Le troisième volet des réformes à l'hôpital concerne son mode de financement. Depuis sa création sous sa forme moderne en 1941, l'hôpital a connu trois modes de financement. Avant 1984, le système de financement est fondé sur le prix de journée. L'enveloppe budgétaire est fonction du nombre de journées d'hospitalisation enregistré par l'hôpital. Ce nombre est pondéré par un prix de journée d'hospitalisation et d'hébergement. Ce système, considéré comme inflationniste est remplacé par la dotation globale à partir de 1984. Ne produisant que

des résultats limités et ayant ouvert la porte aux conflits entre services quant à la répartition du budget. Ce mode de financement a aussi créé des inégalités de financement injustifiables et inacceptables entre les hôpitaux. À partir de 2004, le système de financement est fondé sur l'activité des hôpitaux dans le cadre de la « Tarification A l'Activité » (T2A). L'activité de chaque établissement est mesurée par le recueil d'informations effectué au travers du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) mis en place au début des années 1980. L'activité est mesurée en séjours classés dans des Groupes Homogènes de Malades (GHM). À chaque GHM correspond un tarif appelé Groupe Homogène de Séjour (GHS). En 2016, l'enveloppe de financement des établissements de santé sur le fondement de la T2A est de 58,1 milliards d'euros dans le cadre de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) qui constitue le budget annuel des dépenses de santé et qui est évalué en 2016 à 185,2 milliards d'euros.

En dépit de toutes les réformes, le déficit des hôpitaux publics et leur taux d'endettement n'a jamais été aussi fort que ces dernières années. Dans un rapport publié en 2012, l'inspection générale des finances estime le déficit des hôpitaux en 2010 à un peu moins de 800 millions d'euros et leur taux d'endettement à 54 %.

Chapitre I

Le contrôle de gestion, d'une conception économique à une approche pratique

Depuis le début du XX^{e} siècle, où les premiers théoriciens du management comme Taylor, Emerson, et Church ont introduit les idées initiales du contrôle, les concepts et les cadres des théories du contrôle de gestion n'ont cessé d'évoluer. Comme le soulignent Berry et al. (1998), la première étude en contrôle de gestion semble être ancrée dans un paradigme fonctionnaliste et plutôt mécanique en ligne avec les théories générales en management et en organisation qui dominaient à cette époque.

Le contrôle de gestion dans sa version moderne a été développé dans les grandes entreprises nord-américaines au cours des années 1920 (Bouquin et Kuszla, 2014). Aujourd'hui, les techniques de contrôle de gestion semblent bien installées. L'administration publique, l'hôpital, l'éducation et le monde associatif sont tous devenus des terrains de mise en place de systèmes de contrôle de gestion.

Ce chapitre est organisé en quatre sections. La première section est consacrée à la définition du contrôle de gestion à travers la présentation de ses concepts et de leur évolution. Cette section présente également une revue de littérature critique des approches fonctionnalistes mobilisées dans l'étude du contrôle de gestion. La deuxième section est une revue de littérature du contrôle de gestion au sein de l'hôpital public. Au-delà de la présentation des fondements des modes de contrôle existants à l'hôpital, cette section traite des limites de ces modes à travers notamment une discussion autour des spécificités de l'hôpital. La troisième section met l'accent sur l'émergence de l'approche pratique pour l'étude du contrôle de gestion en réponse aux limites des approches dominantes. Elle présente l'intérêt de cette approche en la positionnant par rapport aux paradigmes existants dans l'étude du contrôle de gestion. La dernière section présente une synthèse de la manière dont l'approche pratique a été mobilisée pour étudier le contrôle de gestion.

Section 1 : Le contrôle de gestion dans la littérature

Le contrôle de gestion a été développé dans les entreprises nord-américaines dans les années 1920. Jusqu'aux années 1980, la recherche en contrôle de gestion était dominée par des approches qui empruntent les cadres théoriques et les méthodes de l'économie. Ces approches sont qualifiées de « courant dominant ».

Nous présentons dans cette section les concepts du contrôle de gestion en mettant l'accent sur l'évolution des conceptions du contrôle de gestion. Nous présentons également une revue de littérature des approches dominantes dans l'étude du contrôle de gestion. Cette section se conclut par la présentation de la conceptualisation de l'approche classique du contrôle de gestion proposée par Anthony (1965, 1988).

1.1. Le contrôle de gestion, des définitions multiples et des concepts évolutifs

Le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l'organisation (Anthony, 1965). Trente-six ans après, Anthony et Govindarajan (2001) définissent le contrôle de gestion comme le processus par lequel les managers influencent les autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de l'organisation.

Plusieurs auteurs ont apporté leurs contributions pour définir le contrôle de gestion. Dahlgaard-Park (2008) présente une analyse de l'évolution des définitions du contrôle de gestion dans la littérature. Hofstede (1978) apporte une dimension sociale au contrôle de gestion et le définit comme un processus social dans un système social ou sociotechnique. Pour Merchant (1985), le contrôle est défini comme le processus systématique par lequel les managers régulent les activités de l'organisation afin de les rendre conformes aux attentes établies dans les plans et les aider à atteindre tous les standards (normes) prédéterminés de performance. Simons (1991) soutient que les systèmes de contrôle de gestion sont largement définis comme des routines formalisées, des rapports et des procédures qui utilisent l'information pour maintenir ou modifier les schémas de l'activité de l'organisation. De manière large, Ansari et Bell (1991) soutiennent que le contrôle de gestion se réfère à toutes les dispositions organisationnelles, formelles et informelles, destinées à atteindre les objectifs

organisationnels. Il comprend la structure formelle, les contrôles opérationnels, les récompenses, la budgétisation, la planification et des activités similaires.

Dahlgaard-Park (2008) propose une analyse de l'évolution des définitions du contrôle de gestion et des concepts mobilisés. Les définitions présentées ci-dessus mettent l'accent sur les concepts de processus, de managers, d'objectifs (s) / de but (s), de stratégie, de maintien, d'assurance, d'efficacité et d'efficience. Plusieurs auteurs (Merchant et Simons, 1986 ; Ansari et Bell, 1991) soulignent que la plupart des définitions du contrôle de gestion mettent l'accent sur le comportement des individus dans l'organisation et sur l'effet de ce comportement sur les résultats organisationnels. L'intérêt porté au comportement des individus est lié à la notion d'efficience (par rapport à l'utilisation des moyens alloués), celui portant sur les résultats est lié à l'efficacité. Plusieurs auteurs (Merchant, 1985 ; Lowe et Machin, 1987) partagent l'idée que certaines des fonctions principales des processus du contrôle de gestion sont la planification, l'établissement de normes (standards) de performance, la coordination, la communication de l'information, l'évaluation, l'influence des individus et le traitement de l'information.

Dans son analyse des différences entre les conceptions et les définitions du contrôle de gestion, Dahlgaard-Park (2008) propose une catégorisation en quatre points. Le premier point met l'accent sur l'évolution vers la notion de stratégie dans la définition du contrôle de gestion (Anthony et Govindarajan, 2001) au lieu de la notion d'objectifs organisationnels (Anthony, 1965). Le deuxième concerne le rôle des managers qui semble être plus explicitement exprimé et assez strictement défini dans les premières définitions du contrôle de gestion. Par exemple, Anthony (1988) puis Anthony et Govindarajan (2001) utilisent la formule « influence du management » alors que dans la définition de 1965, Anthony parle de « managers qui s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente ». Le troisième point marquant l'évolution dans les conceptions du contrôle de gestion est lié aux aspects formels du contrôle qui se substituent aux aspects informels. En effet, si Simons (1991) met l'accent sur les aspects formels des processus de contrôle de gestion et de l'importance de l'utilisation de l'information, Hofstede (1978) considère le processus de contrôle comme un processus social. Dans la lignée de Simons, Ansari et Bell (1991) incluent à la fois les aspects formels et informels dans leur définition du contrôle de gestion. Enfin, le quatrième point porte sur le rôle de l'objectif organisationnel. Le rôle de (s) l'objectif (s) organisationnel (s) prédéterminé (s) est plus explicitement exprimé dans les

premières définitions (Anthony, 1965). En revanche, il est présenté de façon un peu plus ambiguë dans les définitions les plus récentes.

Les raisons possibles des similitudes et des différences existantes entre les différentes conceptions du contrôle de gestion se situent au niveau des paradigmes adoptés par les auteurs, des aspects évolutifs de l'organisation, des personnes et par le fait que le management participe au changement de la société (Dahlgaard-Park, 2008).

La dissemblance des définitions du contrôle de gestion peut être également induite par l'aspect évolutif des théories du contrôle de gestion. Comme dans le cas du management en général et des théories de l'organisation en particulier, les chercheurs adoptent de nouvelles idées et ainsi de nouvelles approches de conceptualisation.

Afin de mieux comprendre les évolutions des conceptions du contrôle de gestion, nous présentons une revue de littérature sur les approches fonctionnalistes du contrôle de gestion.

1.2. Les approches économiques et fonctionnalistes : le modèle dominant

La théorie néoclassique de la firme est à l'origine du développement des techniques du contrôle de gestion (Scapens et Arnold, 1986). La théorie économique et particulièrement la théorie néoclassique constitue la vision conventionnelle du contrôle de gestion (Scapens, 1994). Il s'agit d'une approche rationnelle de maximisation de l'utilité qui domine le champ de recherche depuis les années 1970. Le courant de recherche dit « dominant » en contrôle de gestion s'intéresse à la fonction du contrôle de gestion.

La théorie est développée par les économistes pour les aider à prédire le comportement des analyses au niveau de l'industrie et du marché (Machlup, 1967). Elle est fondée sur des hypothèses qui portent sur ce que des managers économiquement rationnels doivent faire plutôt que sur ce qu'ils font dans un monde complexe et incertain. De surcroît, la vision néoclassique ne s'intéresse pas à l'explication du comportement des managers au sein des firmes ou la description de ce qu'ils font réellement. Elle est fondée sur l'idée que les individus ont un comportement économique rationnel de maximisation de l'utilité.

Caplan (1966) souligne que le contrôle de gestion repose sur des hypothèses qui mettent l'accent sur les buts de l'organisation, les comportements des salariés, des managers et sur les rôles du contrôle de gestion.

Le courant dominant en recherche en contrôle de gestion est représenté par différentes approches identifiées par Merchant et Simons (1986). Elles sont plus ou moins similaires aux approches identifiées dans les théories des organisations en général (voir par exemple Morgan, 1986 ; Dahlgaard-Park, 2006). Nous présentons dans ce qui suit les fondements de ces différentes approches.

1.2.1. L'approche bureaucratique

L'approche bureaucratique représente le courant classique dans la recherche en contrôle de gestion. Selon cette approche, le contrôle utilise des mécanismes essentiellement formels dans les organisations en ce qui concerne les objectifs, les règles, les procédures, les politiques, la hiérarchie de l'autorité, les systèmes de récompense, la normalisation (standardisation). L'objectif est de normaliser et influencer le comportement, évaluer la performance et surveiller les écarts indésirables par rapport à la norme (Ouchi, 1980 ; Daft, 2001). La formalisation de chaque activité permet de normaliser (standardiser) et d'augmenter ainsi sa prédictibilité. Les organisations sont considérées comme des entités fermées, les aspects d'interdépendance et d'interaction de l'organisation avec son environnement ne sont pas considérés. De surcroît, la majorité de la littérature appartenant au paradigme fonctionnaliste, où les procédures et les processus de contrôle de gestion sont expliqués par rapport à leur fonction dans le soutien des fins (objectifs) du management (Berry et al., 1998), peut être classée dans cette approche.

1.2.2. L'école des relations humaines

Face aux dysfonctionnements induits par une organisation taylorienne ou bureaucratique (absentéisme, coûts de la non-qualité), un certain nombre d'autres chercheurs appartenant particulièrement l'école des relations humaines, se sont penchés sur l'étude d'autres facteurs influençant les systèmes de contrôle de gestion tels que la motivation. L'approche des relations humaines du contrôle est soutenue et inspirée par une littérature abondante dans le domaine des ressources humaines. Elle est fondée sur certaines hypothèses sous-jacentes telles que (1) l'existence des organisations pour répondre aux besoins de l'homme, l'accent est mis sur l'interaction entre les individus et leur travail, (2) les organisations et les personnes ont besoin les uns des autres et (3) un bon ajustement entre les individus et l'organisation profite, d'une part, aux premiers qui trouvent un travail utile et satisfaisant, à l'organisation

qui fonctionne avec des personnes engagées avec créativité, talent et motivation, d'autre part (Shafritz et Ott, 2001 ; Merchant et Simons, 1986 ; Bolman et Deal, 1997).

Lorsque les organisations sont considérées comme des « coalitions de décisions prises individuellement » (Merchant et Simons, 1986), la variabilité et les limitations cognitives des individus sont importantes. Elles concernent la motivation, le comportement interpersonnel, les attentes, le bien-être psychologique… etc.

La première approche des ressources humaines a été fondée sur une vision de système fermé où les employés sont considérés comme membres internes des organisations. Une vision plus large des salariés en tant que membres à la fois des organisations et de la société reste un phénomène récent. Elle prend en compte les besoins multiples de l'homme. Elle est fondée sur une vision de système plus ouvert. Les travaux de Argyris (1952), Becker et Green (1962), Schiff et Lewin (1970), Rockness (1977), Hirst (1983) peuvent être classés sous cette approche.

1.2.3. L'approche cybernétique

Pour l'approche cybernétique (dite aussi systémique), tous les processus de contrôle, à savoir les activités de planification, de budgétisation, d'évaluation des performances, de comparaison, d'identification des écarts, de correction, d'allocation des ressources et les systèmes de récompense sont perçus à partir d'une logique de traitement de l'information et considérés comme des activités centrées sur l'information. Le fondement de la vision cybernétique est la capacité d'autorégulation d'un système fondé sur la réaction (retour d'information), avec des objectifs fixés à l'avance, des résultats par rapport aux objectifs et l'information des managers sur les écarts pour entreprendre les actions correctives (Green et Welsh, 1988). Ici, la détection d'erreur et les mesures correctives prennent place comme un processus dynamique sous forme de boucles de rétroaction (Morgan, 1986 ; Hofstede, 1978).

1.2.4. L'approche de la contingence

L'école de la contingence défend l'idée qu'il est illusoire de vouloir trouver « le bon modèle de gestion », valable en toutes circonstances. Il faut simplement rechercher une solution satisfaisante pour chaque entreprise voire chaque situation particulière.

L'approche contingente du contrôle est fondée sur le principe qu'il n'existe pas « qu'une seule bonne approche universelle » applicable à toutes les organisations et dans toutes les circonstances (Otley, 1980). Ce principe suppose que toutes les formes d'organisation ne sont pas équivalentes en termes d'efficacité. L'efficacité et l'efficience de l'organisation sont influencées par de nombreux facteurs contingents comme la taille, le cycle de vie organisationnel, la technologie, le type de pouvoir, l'incertitude, la dépendance des ressources, le style de leadership, la culture organisationnelle et la structure organisationnelle. C'est pourquoi le management doit se préoccuper de trouver les bons ajustements en relation avec ces conditions (circonstances) aussi bien extérieures qu'internes. Les organisations sont considérées ici comme des systèmes ouverts qui doivent s'adapter aux conditions environnementales et internes. Certains facteurs de contingence reconnus sont notamment l'environnement (Burns et Stalker 1961 ; Otley, 1980), le choix stratégique (Chandler, 1962 ; Porter, 1980), la technologie (Woodward, 1965 ; Zuboff, 1988) la structure organisationnelle (Hopwood, 1972 ; Otley, 1980; Mintzberg, 1979 ; Ouchi, 1977) et la motivation des employés (Etzioni, 1961).

1.2.5. La théorie de l'agence

La théorie de l'agence fait partie des théories de la firme développées à partir des années 1980. L'approche fondée sur la théorie de l'agence considère l'organisation comme une entité où les relations d'agence sont des éléments centraux. Les acteurs ont des objectifs propres, il est donc nécessaire de mettre en place des procédures de contrôle. Comme celles-ci ne sont pas gratuites, il convient d'arbitrer en permanence entre les avantages d'un contrôle plus serré et son coût. Les relations d'agence sont définies comme des relations où « une partie (un principal) délègue à une autre partie (un agent) un service à effectuer en contrepartie d'une compensation » (Merchant et Simons, 1986). Ainsi, les deux relations du « management supérieur » dans un contexte organisationnel « management supérieur - actionnaires » et « management supérieur - subordonnés » sont considérées comme des relations d'agence. Les organisations sont considérées comme une série de relations contractuelles entre les principaux (propriétaires ou managers) et les agents (salariés). Du point de vue de l'agence, la réalisation d'intérêts communs entre les dirigeants et leurs agents et la minimisation des coûts totaux d'agence dans divers contextes sont la cible principale. Les coûts de l'agence sont les coûts associés au suivi du comportement de l'agent et l'exécution des contrats.

En conclusion, l'approche conventionnelle postule que le rôle du contrôle de gestion est de fournir l'information pour soutenir le processus de prise de décision. Le contrôle de gestion concerne l'apport et l'utilisation des informations financières et non financières pour les managers au sein des organisations. L'objectif est de leur permettre de prendre les meilleures décisions pour l'avenir de leur entreprise. Le postulat de base est résumé par Berland et al. (2008) : « on ne gère bien que ce que l'on mesure ». Il faut quantifier, évaluer, contrôler, développer la direction par objectifs et contractualiser les engagements de chacun. Le développement du contrôle de gestion est censé améliorer la prise de décision, l'allocation des ressources et la convergence des buts des différents acteurs au sein de l'organisation.

Néanmoins, les différentes approches présentent des limites pour l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital. Ces limites sont liées, d'une part, aux spécificités de l'hôpital public et, d'autre part, aux hypothèses qui sous-tendent chacune des approches fonctionnalistes. En effet, les hypothèses liées au contexte et son influence sur la formation des systèmes de contrôle sont négligées par les approches qui conçoivent l'organisation comme un système fermé. De surcroît, le rôle des acteurs, de leurs pratiques, des liens entre les pratiques de contrôle de gestion et les autres pratiques organisationnelles et, enfin, le rôle des interactions sont des thématiques négligées par les approches fonctionnalistes. Nous explicitons dans ce qui suit les limites des différentes approches fonctionnalistes.

1.3. Les limites des approches classiques pour l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital

Les limites des approches fonctionnalistes dans l'étude du contrôle de gestion sont liées à la fois aux hypothèses qui les sous-tendent mais également aux spécificités de l'hôpital public. Les approches fonctionnalistes ont fait l'objet de plusieurs critiques. Ces critiques pointent leur incapacité à rendre compte des phénomènes observés (Morales et Sponem, 2010). Elles ne permettent pas de décrire les situations telles qu'elles sont vécues par les praticiens et de fait leur proposer des solutions qui leur paraissent utiles. Elles laissent peu d'espace à l'interprétation, à la subjectivité et au relativisme dans la compréhension, par les acteurs, de l'information produite par un système de contrôle. De ce fait, elles ne s'intéressent pas aux conséquences de l'information de contrôle et à la manière dont elle est utilisée par les acteurs. Ces approches mettent peu l'accent sur les acteurs et sur leurs pratiques. En ignorant les acteurs et la manière dont ils interprètent l'information émanant du contrôle de gestion, ces

approches ne renseignent pas sur la dynamique du contrôle de gestion.

L'approche bureaucratique présente deux aspects qui rendent son application à l'hôpital difficile. Le premier est qu'elle conçoit l'organisation comme un système fermé. De ce fait, elle ne prend pas en compte l'influence du contexte et de l'environnement sur les systèmes de contrôle. Le deuxième aspect de l'approche bureaucratique est l'hypothèse que le contrôle est fondé sur des mécanismes formels en termes de règles, d'objectifs, de système de récompense et de standardisation. Cet aspect du contrôle suppose une homogénéité de la production avec possibilité de standardisation. La production de l'hôpital de par sa nature ne se prête pas à la standardisation. Les objectifs peuvent être fixés en termes du volume d'activité produit. S'il est impossible de fixer des règles et de standardiser les produits et leur consommation de ressources, il existe néanmoins des règles comme la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation des lits. En revanche, il n'est pas possible de fixer des standards sur le produit lui-même à savoir les soins. Il n'est pas possible de fixer pour un médecin la manière dont il doit prendre en charge le patient. Quel est le temps que doit consacrer le médecin au patient ? Quel est le volume de produits (médicaments, sang, autres matériels) que doit consommer chaque patient ?

Si nous considérons chaque type de séjour (GHM) comme produit, l'hôpital est une organisation multiproduit. Même au sein de chaque GHM, la standardisation n'est pas possible pour deux raisons. La première est que même si le séjour des patients est classé dans le même GHM, il n'est pas sûr que les moyens consommés sont les mêmes pour tous les séjours du GHM. La deuxième est que la détermination du GHM dans lequel sera classé le séjour est faite a posteriori (à la sortie du patient) et non a priori (à son arrivée à l'hôpital). Le classement du séjour dans un GHM ne dépend pas du service dans lequel le patient est hospitalisé mais de tous les actes et examens que le patient aurait suivis pendant son séjour à l'hôpital. Mais, une approche bureaucratique ne permet pas de renseigner sur la manière dont les opérationnels essayent de se conformer à ces règles. En négligeant le contexte, elle ne permet pas non plus d'identifier les facteurs qui impactent le respect de ces règles par les opérationnels. Or, pour se conformer à ces règles, les opérationnels interagissent avec le contexte et avec d'autres acteurs internes et externes à l'hôpital.

Hofstede (1978) fait la critique de l'adaptabilité de l'approche cybernétique en contrôle de gestion à l'hôpital public. Sa critique est fondée sur les hypothèses de l'approche cybernétique :

- Existence de standards pour l'évaluation de la performance (efficacité et efficience) dans l'atteinte des objectifs de l'organisation ;

- Possibilité d'identifier une unité de mesure de la performance. Cette unité est liée aux outputs et correspond au rapport entre les outputs et les inputs ;

- La comparaison des résultats avec les standards permet d'identifier les écarts. Ces écarts permettent d'entreprendre les actions correctrices au niveau du processus pour réduire les écarts.

Hofstede (1978) souligne les limites de l'approche cybernétique dans certains secteurs, ces limites sont liées à leurs spécificités. Il s'agit par exemple des activités indirectes (non directement liées au processus de production) dans les entreprises marchandes et des organisations non marchandes comme les écoles, les hôpitaux. En effet, les trois hypothèses nécessaires à la validité du modèle cybernétique ne sont pas réunies dans ces organisations. L'applicabilité de l'approche cybernétique à l'hôpital est confrontée aux mêmes limites que l'approche bureaucratique notamment en matière de fixation de standards pour la production hospitalière. Comment fixer les standards à l'hôpital ? Quelle est l'unité de mesure à l'hôpital et comment mesurer la performance ?

Le modèle cybernétique fait le lien entre les inputs et les outputs avec un processus qui relie les deux extrémités dans un système de production. Il peut être également adopté sous forme de processus qui relie les objectifs fixés en amont avec des résultats constatés en aval. La comparaison entre les deux permet d'analyser les écarts et de mettre en place les actions correctives. Conçu de cette manière, le système cybernétique porte peu d'attention aux actions entreprises au sein du processus qui permet d'atteindre les objectifs fixés. Les études de processus par exemple s'intéressent aux systèmes et aux processus dans les organisations comme des unités d'analyse (Chakravarthy et Doz, 1992 ; Chakravarthy et White, 2002) et négligent la pratique qui se trouve au sein de tels processus (Brown et Duguid, 2000). Autrement dit, la question qui se pose est liée à ce que font les individus qui participent au processus et qui sont-ils. Au sein de l'hôpital, ce sont les acteurs opérationnels (médecins et infirmiers) qui sont au cœur du processus. L'analyse des écarts entre les objectifs fixés et les résultats obtenus ne peut être faite sans porter une attention à ce que font ces acteurs opérationnels pour réaliser les objectifs fixés.

La théorie de la contingence et la théorie de l'agence sont deux autres illustrations des limites des approches dominantes dans l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital. La théorie de la contingence présente une vision restrictive et statique des voies par lesquelles les systèmes de contrôle sont affectés par un certain nombre de facteurs (Hopwood dans Miller, 1994, p. 18). Selon cette approche, la forme du contrôle dépend des conditions environnementales. Même si la relation entre l'organisation et l'environnement est considérée comme dialectique (Neimark et Tinker, 1986), la théorie de la contingence fournit peu d'informations sur les processus d'interaction entre les changements de l'environnement et des technologies, d'une part, et le changement des systèmes de contrôle, de l'autre.

Selon Preston et al. (1992), bien que les systèmes de contrôle puissent être contingents, ils le sont de manières beaucoup plus spécifiques que par rapport aux seules caractéristiques générales de l'environnement comme suggéré par la théorie de la contingence. De telles caractéristiques générales ne peuvent pas expliquer la forme particulière ou la nature du changement qui s'opère dans les systèmes de contrôle.

De surcroît, l'approche contingente est fondée sur la notion de l'« individu rationnel » dans l'étude du lien entre le contexte et les systèmes de contrôle. Cette notion suppose un climat organisationnel où les individus associent, sciemment ou inconsciemment, leur utilisation des stratégies de contrôle avec les variables du contexte pour atteindre efficacement les objectifs de l'organisation (Perrow, 1979). Il y a donc nécessité d'étudier les pratiques des acteurs pour analyser la manière dont ils intègrent les variables du contexte et les objectifs de l'organisation dans leurs pratiques. La théorie de la contingence suppose de manière implicite que le changement du système de contrôle sous l'effet du contexte implique le changement des pratiques opérationnelles. Elle ne s'intéresse pas à la manière dont les acteurs opérationnels, à travers leurs pratiques, contribuent à la réalisation des objectifs stratégiques de l'organisation ainsi que les objectifs recherchés par le contrôle de gestion à savoir l'efficacité, l'efficience et l'économie.

La théorie de l'agence, de son côté, présente un certain nombre de limites dans l'étude du contrôle de gestion. Preston et al. (1992) estiment que la théorie de l'agence ne permet pas d'expliquer les modes de création des systèmes spécifiques de contrôle et la manière dont ces systèmes changent. De surcroît, la théorie de l'agence explique la nature des systèmes de contrôle et de budgétisation en fonction des intérêts prédéterminés des principaux et des agents. Or, les intérêts émergent au cours du processus de création des systèmes budgétaires

et peuvent changer par la fabrication des systèmes budgétaires. Les intérêts n'existent pas indépendamment des systèmes budgétaires. Il est donc difficile d'étudier les intérêts des acteurs sans s'intéresser à leurs pratiques ni à leurs interactions pendant les épisodes budgétaires.

Selon Baiman (1982, p. 155), la théorie de l'agence met l'accent sur la relation contractuelle optimale entre les parties dans la recherche du meilleur avantage économique. Dans le secteur hospitalier, une telle relation contractuelle existe entre l'administration, les soignants et les patients. Chaque partie agit dans le but de maximiser son avantage économique. Or, on ne peut pas étudier la manière dont chaque partie essaie de maximiser son avantage économique sans étudier la manière dont elle le fait c'est-à-dire ses pratiques. La théorie de l'agence présente donc deux limites pour l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital. Elle considère l'organisation comme un système fermé où le rôle du contrôle de gestion est lié à l'existence d'objectifs propres pour deux parties : le principal et l'agent. Le principal déléguant à l'agent un service à effectuer en contrepartie d'une compensation. Donc, elle ne prend pas en compte l'impact du contexte sur le système de contrôle de gestion. La deuxième limite de la théorie de l'agence est qu'elle s'intéresse uniquement au principal (qui peut être représenté à l'hôpital par la direction) et à l'agent (qui peut être représenté par les soignants). Or, au sein de l'hôpital, les deux parties (les administratifs et les soignants) sont en interaction avec d'autres acteurs externes et internes.

1.4. La conceptualisation de l'approche classique du contrôle de gestion

La définition du contrôle de gestion ne peut pas faire l'économie de son positionnement dans le cadre d'un contrôle plus large à savoir le contrôle organisationnel. Le contrôle de gestion aurait comme principale mission de s'assurer de la qualité des décisions de gestion : « Le contrôle de gestion est un des éléments du contrôle organisationnel. Son rôle fondamental est de permettre aux dirigeants de la hiérarchie d'être assurés de la cohérence entre les actions quotidiennes et les stratégies définies sur le long terme » (Bouquin, 1997, page 29).

1.4.1. Les trois niveaux de contrôle organisationnel

Le contrôle de gestion fait partie d'un ensemble plus vaste qui est le contrôle organisationnel. Ce dernier inclut le contrôle stratégique et le contrôle opérationnel. Le rôle du contrôle de gestion est de gérer les liens entre la stratégie de l'entreprise et les opérations courantes. Selon

Anthony (1988), à chacun des niveaux de décision correspond un processus de contrôle particulier.

1.4.1.1. Le contrôle ou la planification stratégique

La planification stratégique est le processus de décision des buts dans l'organisation et des stratégies pour les atteindre. Il conduit à définir les grandes orientations, à élaborer les différents programmes et à réfléchir aux structures jugées les plus aptes pour atteindre les objectifs. Le contrôle stratégique repose sur trois variables :

- Le contrôle des hypothèses sur le fondement desquelles a été élaboré le projet. Il s'agit des hypothèses sur l'évolution de l'environnement essentiellement ;
- Le contrôle de la maîtrise des facteurs clés de succès (FCS). Les FCS peuvent être définis comme des « facteurs qui doivent être vérifiés ou mis en œuvre avec succès pour que la stratégie prévue par les dirigeants réussisse ». Ces FCS vont conditionner l'allocation des ressources. En conséquence, le contrôle stratégique a pour objectif de suivre l'évolution de ces FCS ;
- Le contrôle de la compétence distinctive, sur laquelle l'entreprise mise pour se différencier des concurrents.

1.4.1.2. Le contrôle de gestion

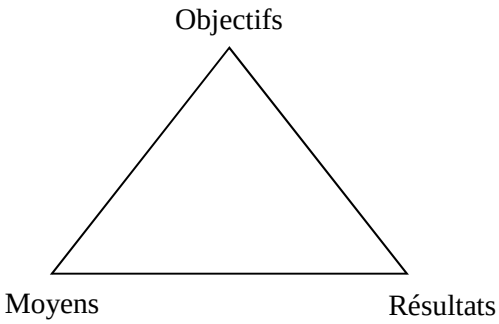
Le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour appliquer les stratégies. Le but du contrôle de gestion est donc de mettre en œuvre les stratégies. Le but principal du système est de faciliter la coordination :

- Les individus ont des buts personnels qui ne convergent pas avec ceux de l'organisation, le contrôle de gestion doit minimiser les écarts (convergence des buts) ;
- Les individus peuvent ne pas être correctement informés des stratégies de l'organisation.

Pour Bouquin (1997), le contrôle de gestion permet de s'assurer de la cohérence entre les choix stratégiques de l'organisation et les actions courantes au niveau opérationnel. Pour cela, le système de contrôle de gestion :

- Incite chaque responsable à gérer les facteurs clés de succès dans le sens requis ;
- Lui permet de comparer le déroulement de son action aux objectifs du plan annuel ;
- Et d'identifier la cause des divergences éventuelles afin d'en déduire la nature des mesures à mettre en œuvre.

Pour Gervais (1989), le contrôle de gestion est le processus par lequel les dirigeants s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées avec efficience, efficacité et pertinence, pour réaliser les objectifs de l'organisation. Cette définition permet de présenter « le triangle » du contrôle de gestion :



Ce triangle permet de mettre en avant les trois problématiques fondamentales du contrôle de gestion :

- Le lien entre les objectifs et les moyens soulève la question de la pertinence. Les moyens (les différentes ressources) doivent être en rapports avec les objectifs et réciproquement ;
- Le lien entre les moyens et les résultats pose la question de l'efficience : quels sont les résultats obtenus sur la base des moyens disponibles ;
- Le lien entre les objectifs et les résultats pose la question de l'efficacité : les résultats sont-ils au niveau des objectifs escomptés ?

1.4.1.3. Le contrôle des tâches ou le contrôle opérationnel

Le contrôle des tâches ou contrôle d'exécution est le processus consistant à s'assurer que les tâches spécifiques sont exécutées avec efficacité et efficience. Il permet, en tout cas, aux

personnels chargés de l'exécution de veiller à ce que les tâches effectuées se déroulent conformément aux règles établies. Il concerne le plus souvent des opérations répétitives dont l'entreprise a acquis une bonne connaissance tant en ce qui concerne leur déroulement normal que les incidents qui peuvent intervenir. Ce contrôle d'exécution repose sur la programmation détaillée des actions.

Nous présentons dans ce qui suit l'approche classique du contrôle de gestion telle qu'elle a été développée par Anthony (1988) ainsi que les hypothèses qui sous-tendent le modèle classique du contrôle de gestion.

1.4.2. L'approche classique du contrôle de gestion

Pour Anthony (1988), le processus de contrôle de gestion des activités courantes se compose de quatre étapes :

1.4.2.1. La programmation

C'est le processus par lequel sont décidés les programmes que l'organisation entreprend et les montants approximatifs de ressources qui sont allouées à chaque programme. Les programmes découlent en principe des choix stratégiques de l'organisation. Cette programmation est structurée en programmes et projets majeurs et porte à la fois sur les activités opérationnelles et sur les projets d'investissement. En général, ces programmes (plans opérationnels) portent sur une période de deux à trois ans et présentent les modalités pratiques de mise en œuvre de la stratégie.

Cette programmation s'articule, pour chaque fonction, en :

- Une planification des actions ;
- Une définition des responsabilités ;
- Une allocation des moyens financiers, humains ou techniques.

1.4.2.2. La budgétisation

Le budget est un plan d'action généralement exprimé en termes monétaires pour l'année à venir. Les objectifs de la préparation budgétaire sont :

- De motiver les managers à établir des plans ;

- D’informer les managers sur ce que l’on attend d’eux et les résultats qu’ils doivent atteindre ;
- Obtenir un engagement des managers ;
- Coordonner les différentes activités d’une organisation ;
- Fournir un standard pour juger la performance réelle.

Le budget est structuré par centre de responsabilité et l’attention est focalisée sur le chiffre d’affaires et les coûts.

1.4.3.3. L’exécution

Cette phase s’appuie essentiellement sur le contrôle des opérations en cours d’action. L’information sur la performance opérationnelle a pour but d’alerter le manager sur les besoins d’actions correctives (analyse des écarts entre la performance obtenue et la performance budgétée).

1.4.2.4. L’évaluation

L’évaluation a pour objectif de mesurer la performance dans l’organisation. La performance suppose réalisées trois conditions :

- L’économie consiste à se procurer les ressources au moindre coût ;
- L’efficacité est le fait d’atteindre les objectifs définis ;
- L’efficience est le fait de maximiser la quantité d’outputs à partir d’une quantité donné d’inputs.

Cette conception du processus de contrôle de gestion repose principalement sur un modèle cybernétique. Un système est composé d’un ensemble d’éléments en interaction. La théorie des systèmes (utilisée au départ pour comprendre le fonctionnement d’une cellule par des biologistes) essaie de modéliser dans sa globalité l’ensemble d’éléments en interaction qui composent un système dynamique, ouvert sur son environnement et qui cherche à lutter contre l’entropie (tendance de tout système à se désorganiser et à s’autodétruire) en mettant en place des processus de régulation. Un système (le tout n’est pas la somme des parties, contrairement à l’approche analytique cartésienne) est donc composé :

- D’éléments en interaction (différentes fonctions d’une entreprise) ;
- Une frontière ;
- Un environnement ;
- Un objectif ;
- Un processus de régulation.

Dans l’approche systémique, ce sont les interactions entre les différents éléments qui sont importantes, plus que les éléments eux-mêmes. L’analyse cybernétique étudie comment les systèmes finalisés s’adaptent aux modifications de leur environnement, grâce à des procédures de contrôle qui régulent le système par rétroaction (exemple du thermostat d’un système de chauffage). Le modèle classique du contrôle de gestion s’insère dans cette analyse théorique :

- En luttant contre l’entropie du système entreprise en organisant un des systèmes de régulation de l’entreprise ;
- Le contrôle de gestion mesure les actions réalisées et permet les rétroactions nécessaires sur les prévisions, les objectifs et les actions.

Dans un modèle proche des quatre phases utilisées par Anthony (1988) pour décrire le contrôle de gestion (programmation, budgétisation, exécution et évaluation), Bouquin et Kuszla (2014) décrivent le modèle rationnel du contrôle organisationnel avec ses trois composantes (contrôle stratégique, contrôle de gestion et contrôle opérationnel) en fonction des moments du processus de contrôle : avant, pendant et après l’action. Ils nomment ces trois phases : finalisation, pilotage et post-évaluation. La phase de finalisation permet de définir les finalités assignées à un ensemble d’actions. Le pilotage de l’action consiste à organiser un suivi du déroulement, anticiper, entreprendre les actions correctives. Enfin, la phase de post-évaluation a pour objectif d’évaluer les résultats obtenus dans trois domaines : économie, efficience et efficacité.

Les trois phases du processus du contrôle organisationnel peuvent être déclinées à chaque contrôle formant le contrôle organisationnel : contrôle stratégique, contrôle de gestion et contrôle opérationnel. Le tableau ci-dessous présente le rôle de chaque niveau de contrôle

dans chaque phase qui le compose.

	Contrôle stratégique	Contrôle de gestion	Contrôle opérationnel
Finalisation	Choix de l'offre de la firme et allocation de ressources	Plans d'actions et budgets	Planification et organisation des tâches
Pilotage	Suivi des hypothèses et de la Mise en œuvre	Suivi et anticipations, Actions correctives	Suivi du déroulement des tâches, Par exception
Évaluation	Évaluation de la réussite de la stratégie	Mesure de la performance, Sanctions positives et négatives	Bilan périodique des incidents

1.4.3. Les hypothèses du modèle classique de contrôle de gestion

Le modèle traditionnel du contrôle de gestion repose sur un certain nombre d'hypothèses qui lorsqu'elles ne sont pas remplies remettent en cause la pertinence et la validité du modèle. Nous explicitons dans ce qui suit les trois hypothèses qui sous-tendent le contrôle de gestion.

1.4.3.1. Les hypothèses concernant les objectifs

Les objectifs sont donnés et la stratégie a été définie au préalable par la direction générale de l'entreprise et le contrôle de gestion prend le relais. Comme le souligne Bouquin (1997), l'ajustement du contrôle de gestion et des facteurs clés de succès s'effectue par deux dispositifs :

- La conception des finalités, objectifs, critères de gestion et de performance des centres de responsabilités qui ont la charge de garantir le respect des facteurs clés de succès ;
- Le processus de planification et de budgétisation qui permet d'articuler la stratégie aux actions projetées.

Malheureusement, les choses ne sont pas toujours aussi claires et simples. En effet, l'analyse de la stratégie par Mintzberg et al., (1999, p. 198) indique qu'il convient de distinguer la stratégie délibérée de l'entreprise de la stratégie émergente : « la stratégie délibérée met l'accent sur le contrôle - s'assurer que les intentions sont bien réalisées dans l'action - alors

que la stratégie émergente met l'accent sur l'apprentissage - comprendre, par l'action, ce que les intentions voulaient être à l'origine ». La stratégie délibérée est celle qui résulte de plans stratégiques intentionnellement conçus par la direction générale, par les managers. Une stratégie émergente résulte des routines, processus et activités quotidiennes de l'entreprise. Cette analyse conduit Simons (1990, 1995) à distinguer deux modalités de contrôle de gestion : les systèmes de contrôle de gestion dits « diagnostiques » et les systèmes de contrôle de gestion interactifs.

Les systèmes de contrôle de gestion « diagnostiques » tentent de mesurer des variables des outputs (facteurs clés de succès ou variables critiques de succès) qui représentent des dimensions importantes pour la mise en œuvre des stratégies intentionnelles. Une fois que les variables critiques de performance sont déterminées, les systèmes de contrôle diagnostique fournissent des indicateurs pour s'assurer qu'elles sont gérées avec efficacité et efficience. Ces variables critiques de performance sont définies sur la base de la stratégie intentionnelle.

Les systèmes de contrôle de gestion « interactifs » sont des systèmes d'information formels que les managers utilisent pour s'impliquer de manière régulière et personnelle dans les activités de décision de leurs subordonnés. Fondés uniquement sur les incertitudes stratégiques perçues, les managers utilisent ces systèmes pour activer la recherche. Ces systèmes de contrôle concentrent l'attention et forcent le dialogue au sein de l'organisation.

Le contrôle peut être donc systématique et s'accompagner d'explications orales sur les actions en présence des opérationnels (suivi interactif) ou se limiter à un contrôle par exception mettant en présence les seuls contrôleurs de gestion (suivi diagnostic).

Le système de contrôle spécifique qu'un manager choisit d'utiliser interactivement concentre l'attention de l'organisation entière sur le domaine particulier sur lequel le manager se concentre. Ces systèmes de contrôle interactifs sont utilisés pour guider l'émergence de stratégies de la base vers le haut.

Dans le modèle émergent, les individus de l'organisation agissent de leur propre initiative pour saisir des opportunités inattendues et faire face à des problèmes. Au cours du temps, l'organisation va ajuster ses stratégies pour capitaliser sur l'apprentissage qui résulte des essais portant sur ces nouvelles idées.

1.4.3.2. Les hypothèses concernant l'articulation long terme et court terme

La seconde hypothèse repose sur la possibilité d'articuler le long terme et les actions à court terme par l'intermédiaire de la planification (programmation et budgétisation). Cette articulation est subordonnée à trois conditions. La première est que l'entreprise soit capable de faire des prévisions réalistes et de définir des plans d'actions. La deuxième suppose la capacité de traduire les facteurs clés de succès de l'entreprise en actions concrètes. La troisième condition met l'accent sur l'aptitude à déterminer le rôle des différentes entités ou éléments de l'organisation dans la mise en œuvre de ces actions.

1.4.3.3. L'hypothèse de contrôlabilité

La dernière hypothèse porte sur la capacité de mesurer les performances. Cette hypothèse repose sur le principe de contrôlabilité. Les résultats proviennent de deux types d'éléments :

- Les variables de commande (sur lesquels le manager agit) ;
- Les variables d'état (situation de l'environnement, actions d'autres entités…).

Le principe de contrôlabilité suppose que l'on soit capable de différencier ces deux types de variables. Ce principe suppose que le processus de transformation des moyens en résultat soit suffisamment connu pour que le résultat puisse être évalué et la performance jugée. Il suppose que le manager dispose des moyens d'action lui permettant d'agir sur les variables de décisions (décentralisation de la décision). Si on reprend le schéma développé par Ouchi (1979), le contrôle de gestion s'intéresse essentiellement à la partie supérieure du tableau, c'est-à-dire aux tâches dont la mesurabilité des résultats est plutôt bonne.

Le principe de contrôlabilité suppose également que l'on ait défini au préalable le domaine de décision et d'action des différents managers de l'entreprise, c'est-à-dire une structure de l'entreprise. En effet, c'est la structure de l'entreprise qui va définir les variables d'action des managers (par exemple, il ne sert à rien de mesurer la performance d'une usine de production par le chiffre d'affaires, puisque le responsable de la production ne maîtrise ni le volume, ni les prix de vente).

En contrôle de gestion, la structure est importante parce qu'elle définit le niveau de responsabilité (nature de la délégation en matière de pouvoir de décision) des managers, on

parle alors de centres de responsabilités. Un centre de responsabilité est l'unité à laquelle sont allouées des ressources, en contrepartie d'une performance attendue, clairement identifiée (les variables de commande du manager sont clairement précisées).

Différents auteurs à l'instar de Otley et Berry (1980) et Merchant (1982) ont mis en avant les conditions nécessaires à la mise en œuvre du contrôle. Le contrôle est lié à la possibilité de développer des standards ou des objectifs préétablis, à la mesurabilité des outputs et à la correction des écarts par rapport au standard. Ces conditions expliquent que les managers connaissent ex-ante les quantités et les types d'output désirés. En conséquence, les systèmes de contrôle diagnostique sont difficiles à mettre en œuvre lorsqu'il y a un haut degré de nouveauté dans le processus à contrôler.

1.5. Le contrôle budgétaire, un outil du contrôle de gestion

Selon Bouquin et Kuszla (2014, p. 432), le budget se présente comme un outil central en contrôle de gestion car il présente « une synthèse du pilotage de l'entreprise ». Pour Gervais (2005) le système budgétaire fait partie d'une liste de sept outils informationnels utilisés par le contrôle de gestion dont les plans à long et moyen terme, les informations concernant les opérations courantes, la comptabilité générale, la comptabilité analytique, les outils de suivi de la qualité et des délais et les tableaux de bord. Bouquin et Kuszla (2014), dans la dernière partie consacrée aux outils de contrôle de leur ouvrage intitulé « le contrôle de gestion », distinguent le contrôle budgétaire comme un outil de suivi au même titre que les tableaux de bord et le reporting.

« Le budget est (ou devrait être) l'expression comptable et financière des plans d'action retenus pour que les objectifs visés et les moyens disponibles sur le court terme (l'année en général) convergent vers la réalisation des plans opérationnels » (Bouquin et Kuszla, 2014, p. 442).

Le budget est « une composante essentielle du système de contrôle », il en est « un outil central » car il présente à lui seul trois rôles classiques de gestion :

- Il est un instrument de coordination et de communication car il pousse les différentes fonctions à agir en harmonie.
- Il est un outil de gestion prévisionnelle permettant d'identifier les zones d'incertitudes

et les opportunités.

- C’est aussi un outil de délégation et de motivation au travers de la notion de contrat passé entre un responsable et sa hiérarchie (Bouquin et Kuszla, 2014, p. 442).

Pour Berland, (1999), un certain contexte économique et idéologique a favorisé le développement plus particulier du contrôle budgétaire. Des réflexions sur la place de l’homme dans l’organisation ont accompagné le découpage de l’entreprise en centres autonomes, la responsabilisation des managers et la coordination par les résultats. Le budget va devenir un outil central en contrôle de gestion et répondre à de nombreuses fonctions : autorisation de dépenses, prévisions d’évènements, planification, communication interne et coordination des actions, motivation des managers et évaluation des performances (Otley, 1977).

Nous nous intéressons dans ce qui suit aux étapes de la construction budgétaire telles qu’elles sont développées par Bouquin (1992). Nous présentons ensuite les rôles assignés au contrôle budgétaire.

1.5.1. Le processus de construction du budget

Comme nous l’avons présenté plus haut, le budget est un plan d’action généralement exprimé en termes monétaires pour l’année à venir. Il faut donc systématiquement relier les budgets à des plans d’action (Bouquin, 1992). Cela suppose deux conditions. La première veut que la procédure budgétaire distingue la phase qui porte sur la détermination des hypothèses et plans d’action et celle qui consiste à les valoriser en termes comptables et financiers. Cette distinction permet d’éviter que le langage financier prévale sur la définition des plans d’action. Elle permet également que les opérationnels se concentrent sur les hypothèses et les plans qu’ils doivent choisir laissant les contrôleurs de gestion la tâche du chiffrage financier. Des itérations pour opérer les ajustements nécessaires sont prévues.

La deuxième condition insiste sur le fait que les opérationnels, qui ont la charge de définir les plans et de les faire approuver par la direction générale sachent ce que l’on attend d’eux. Il est inefficace de demander aux différents responsables de services et départements de construire leur propre proposition budgétaire sans leur avoir préalablement fourni le cadre général de ce que l’on attend d’eux. En effet, si la direction s’aperçoit que les plans proposés ne sont acceptables, elle demande leur révision. Une telle procédure risque de fragiliser le processus budgétaire en le vidant de son contenu. En effet, les opérationnels, sachant que leurs plans

seront à modifier, se contentent finalement d'extrapoler, d'actualiser les données de l'année précédente, faisant de la budgétisation un simple rituel comptable sans aucune relation avec de réels plans d'action.

Afin d'éviter ces différents écueils et respecter les conditions et les prérequis pour réussir le processus budgétaire, Bouquin (1992) propose cinq étapes pour la réalisation du budget.

1.5.1.1. Phase 1 : formulation des attentes de la direction

La première phase doit donc consister à indiquer à chaque responsable de plans d'actions, programmes, budgets, les attentes que la direction formule dans le domaine qui l'intéresse. L'objectif est que chaque responsable puisse établir des plans d'action en réponse aux attentes de la direction. Ces attentes doivent être chiffrées, il est inutile d'indiquer que l'on souhaite, par exemple, une réduction des coûts sans évaluer son ampleur.

1.5.1.2. Phase 2 : élaboration du prébudget

L'élaboration du prébudget peut prendre deux formes. La première repose sur la simulation par le contrôleur de gestion des conséquences des hypothèses qu'il juge les plus réalistes, après avis des services fonctionnels appropriés. L'objectif est de disposer d'une première référence qui permettra d'analyser les propositions faites par les opérationnels dans leurs propres domaines. La deuxième forme porte sur la construction par les opérationnels des plans d'action, programmes et budgets en résultant.

Les opérationnels élaborent donc des plans et programmes, le contrôle de gestion se chargeant à chaque échelon hiérarchique d'une évaluation globale et d'une consolidation de cette épure pour en tester la crédibilité, la cohérence et la faisabilité. La confection détaillée des budgets intervient une fois ces schémas globaux approuvés par la direction.

1.5.1.3. Phase 3 : négociation du prébudget avec la hiérarchie

Il s'agit d'une phase d'ajustement et de négociation. Le contrôle de gestion joue souvent un rôle de proposition en suggérant des solutions susceptibles d'améliorer les objectifs pour qu'ils convergent avec les buts des dirigeants et préserver le long terme. Il s'appuie pour cela sur sa compétence spécifique, sa connaissance large des activités, les données qu'il a pu réunir au long de l'année, les études qu'il a réalisées. Par exemple, il n'est pas souhaitable de décider d'une réduction des coûts si elle risque de compromettre la tenue des capacités

critiques de l'entreprise, par exemple en décourageant ses cadres à fort potentiel ou en dégradant sa capacité d'innovation ou de recherche.

Cette phase de négociation implique une obligation de cohérence de la part des opérationnels et de la hiérarchie. Cette dernière ne peut s'autoriser à remettre en cause une donnée prévisionnelle sans réévaluer en conséquence les plans d'action proposés par les opérationnels au risque de remettre en cause la logique plans-programmes-budgets. Par exemple, obliger un responsable à réduire ses coûts de 5 % doit logiquement conduire à :

- Identifier avec lui les zones où des gains de productivité sont possibles et dire comment s'y prendre pour y parvenir,
- Admettre, sinon, que la réduction des moyens impliquera la réduction du niveau de réalisation de certaines missions.

1.5.1.4. Phase 4 : élaboration des budgets des centres de responsabilité

L'approbation des prébudgets est suivie par la confection des budgets détaillés des centres de responsabilité. Le contrôleur de gestion doit jouer un rôle actif dans cette phase : il lui revient de prendre en charge toutes les opérations à caractère administratif et comptable qui permettent de passer des programmes approuvés aux budgets détaillés, de manière à ne pas imposer aux opérationnels.

1.5.1.5. Phase 5 : approbation du budget par le conseil d'administration

Cette phase concerne la négociation du budget avec le conseil d'administration en vue de son approbation.

1.5.2. Le rôle du contrôle budgétaire

Selon Berland (1999a), le contrôle budgétaire trouve ses origines dans les modes de pensée de Taylor et Fayol. Pour Taylor, l'organisation de l'activité des ouvriers autour de tâches élémentaires et intégrées les unes aux autres permet une production plus fluide et plus facile à contrôler. La mesure du contrôle de gestion a ici un pouvoir normalisateur qui contraint l'opérationnel vers plus d'efficacité. Pour Fayol la fonction administrative dans l'entreprise est importante et se décline en cinq facteurs : « Administrer c'est prévoir, organiser,

commander, coordonner et contrôler ». Le budget reprend ces différents éléments et est pour cette raison central en contrôle de gestion (Berland, 1999 et 1999a ; Bouquin, 2005).

Dans la vision classique, le budget, outil du contrôle de gestion, participe à centrer l'attention des acteurs sur l'atteinte des objectifs. Il facilite la convergence des buts et ainsi améliore l'efficacité de l'organisation et la consommation des ressources (Anthony 1965, cité par Bouquin et Kuszla, 2014). Mais le budget va développer d'autres rôles.

Berland, dans le cadre de sa thèse de doctorat, a établi en 1999 un état des lieux des travaux sur les rôles du contrôle budgétaire. Il fait ressortir des rôles nombreux, variés et même parfois différents d'un auteur à l'autre, et qui vont servir des finalités diverses : planifier, évaluer, prévoir, coordonner, motiver et communiquer sont des fonctions fréquemment évoquées. Les études s'intéressent « au fonctionnement le plus apparent du contrôle budgétaire dans les entreprises » et celui-ci porte notamment sur les fonctions de planification, de coordination, d'évaluation (Berland, 1999a, p. 10).

Il existe une littérature abondante sur les rôles du contrôle budgétaire. Certains rôles dits « classiques » reviennent de façon récurrente chez de nombreux auteurs, d'autres présentent un caractère isolé. Le tableau suivant présente une synthèse des rôles attribués au contrôle budgétaire. Il est le résultat de la jonction des synthèses présentées par Berland (1999a) dans le cadre de son travail de thèse de doctorat sur l'histoire du contrôle budgétaire en France et par Sponem (2002). Nous présentons ensuite les rôles joués par le budget en mettant l'accent sur ceux qui présentent un caractère récurrent chez les auteurs. Ainsi, nous nous intéressons au rôle du budget comme outil de planification, de prévision, de coordination, de communication, de motivation et d'évaluation et de contrôle.

Études	Rôles du contrôle budgétaire
Baudet (1941)	La prévision et l'établissement du programme d'activité, l'observation continue des événements capables de modifier les prévisions, la recherche des causes d'écarts et la fixation des responsabilités, la coordination entre les différents services, le contrôle comptable des coûts de revient standards.
Samuelson (1986)	***Buts principaux*** ***Sous-buts*** Planification Planification, coordination, contrôle des résultats Contrôle des responsabilités Détermination des engagements financiers, comparaison des performances Influence du comportement des budgétés Motivation financière, prise de décision, éducation à la logique financière Rôles passifs Budget comme un rituel, une habitude ou une tradition d'usage
Lyne (1988)	***Rôle*** ***Résultats*** Prévision Budgets servent à faire des prévisions plus qu'à motiver Coordination Ils servent à contrôler et à expliquer les écarts Communication Ils n'exercent pas de pression sur les salariés Contrôle Le degré de participation n'est pas grand Motivation Planification
Hopwood (1974)	Coordination, délégation d'autorité, planification, motivation
Barrett et Fraser (1977)	Planifier, coordonner, motiver, évaluer, éduquer
Hofstede (1967)	Autoriser, prévoir, planifier, mesurer
Otley (1977)	Les budgets comme des objectifs, ils servent alors d'instruments de motivation. Les budgets comme des prévisions (la fonction planning y est associée). Les usages managériaux des budgets, notamment un moyen de communiquer entre partenaires. Les budgets comme standards pour évaluer la performance. La participation dans l'établissement des budgets comme moyen d'augmenter la satisfaction au travail.
Brunce, Fraser et Woodcock (1995)	Prévision financière, contrôle des coûts, gestion des flux de trésorerie, fixation d'objectifs, communication des plans, planification des ressources, mesure de la performance, apprentissage.
Abernethy et Brownell (1 999)	Contrôle diagnostic, contrôle interactif Aide au changement stratégique
Berland (1 999)	Prévision – planification (prévision, autorisation de dépenses, évaluation non formalisée), coordination – socialisation (coordination, communication, évaluation), évaluation – sanction (motivation, engagement, évaluation financière stricte).
Ekholm et Wallin (2000)	Planning, évaluation et contrôle, implémentation des stratégies, empowerment, motivation des employés
Bouquin et Kuszla (2014)	Instrument de coordination et de communication, outil de gestion prévisionnelle, outil de délégation et de motivation.

1.5.2.1. La planification

Selon Otley (1977), la planification est différente de la prévision car elle est proactive. La prévision se contente d'évaluer ce qui sera, la planification essaye déjà de modeler et de contrôler le futur. Elle fixe aux opérationnels les objectifs à remplir afin que ceux de l'organisation soient atteints. Elle détermine par ailleurs l'action à entreprendre pour améliorer la performance. Et enfin, elle fournit un modèle grâce auquel il est possible d'évaluer les changements impactant les différentes activités.

1.5.2.2. La prévision

Il est assez courant que le budget soit perçu comme un outil de prévision. La prévision consiste à déterminer le résultat en termes financiers des actions futures. Les chiffres du budget représentent alors la performance moyenne attendue des activités de l'entreprise. Un certain nombre d'études traitant de ce thème insistent sur la difficulté inhérente à l'exercice de prévision (Lowe et Shaw, 1968 et 1970[43] ; Argyris, 1952). Comme le souligne Otley (1977), même si la prévision est possible, elle peut ne pas correspondre à une espérance de résultats futurs. En plus de leur rôle de prévision, les objectifs fixés dans le cadre de la construction du budget servent de critère d'évaluation. Les managers lors de l'établissement de leur budget peuvent avoir la tentation de manipuler les prévisions. Otley (1977) cite un certain nombre d'études montrant l'existence d'erreurs importantes dans l'établissement de prévisions.

Si les objectifs servent à motiver, ils sont alors des défis que les managers doivent relever. Ce ne sont plus des prévisions. Les managers peuvent avoir intérêt à créer un « slack » dans leur budget, c'est-à-dire un excédent de ressources par rapport à leurs besoins (Schiff et Lewin, 1970).

1.5.2.3. La coordination

Le budget peut jouer un rôle de coordination dans le sens où il permet à chaque entité de l'entreprise de se situer les unes par rapport aux autres et d'évaluer les contraintes auxquelles les autres ont à faire face (Berland, 1999a). Dans ce cadre, le budget a une fonction d'intégration organisationnelle car il permet d'avoir une meilleure compréhension des différentes activités de l'entreprise. Cette fonction est à rapprocher de celle de planification, certains auteurs allant jusqu'à les assimiler (Samuelson, 1986). La coordination s'effectue par

[43] Cités par Berland (1999a)

une multitude de mécanismes : contacts directs, comités, services de liaison, procédures budgétaires etc.

1.5.2.4. La communication

Le budget et le contrôle budgétaire peuvent apparaître comme des outils de communication entre les différentes parties de l'organisation (Simon et al., 1954[44] ; Otley, 1977 ; Johnson et Kaplan, 1987). Ils peuvent, par exemple, servir à informer les subordonnés des objectifs de la direction. Chacun connaît alors les objectifs stratégiques de l'organisation et le rôle qu'il joue individuellement dans leur mise en œuvre. Ils peuvent également donner des informations aux responsables hiérarchiques sur les performances « réelles » de leurs subordonnés.

1.5.2.5. La motivation

Le budget a également une fonction liée aux aspects comportementaux de l'utilisation de l'outil budgétaire et concerne la motivation des individus et l'animation sociale. Le rôle du budget dans la motivation des salariés s'articule autour de deux thématiques. La première concerne la participation des salariés à la fixation des objectifs et le degré de difficultés que suppose l'atteinte de ces objectifs. La deuxième thématique met l'accent sur les systèmes de rétribution en cas d'atteinte des objectifs fixés.

Les discussions sur la question de la participation budgétaire semblent remonter aux ouvrages des initiateurs de l'approche behavioriste dans la comptabilité managériale (Argyris, 1952 ; Hopwood, 1976). Les années 1970 sont marquées par l'intérêt porté à la participation budgétaire comme remède au manque de motivation des managers et des employés dans l'exécution des budgets définis par la hiérarchie sans aucune concertation (Brownell, 1981 et 1982 ; Shields et Shields, 1998).

Selon Argyris (1952) les budgets traditionnels font partie d'un système coercitif qui impose les objectifs de manière hiérarchique et écrase la motivation des individus. Or, les individus qui composent l'organisation ont leurs propres aspirations et l'organisation devrait leur fournir des conditions permettant de satisfaire ces aspirations tout en les faisant travailler pour les objectifs organisationnels. Argyris (1952) et Hofstede (1967) montrent que les budgets sont motivants à la condition que les managers les intériorisent et les identifient à leurs propres objectifs. Cette intériorisation se réalise d'autant mieux qu'existe une bonne

[44] Cité par Berland (1999a)

communication autour des budgets. Enfin, des variables culturelles, organisationnelles et personnelles interviennent permettant de mieux comprendre la motivation face aux budgets. La participation des collaborateurs dans la préparation des budgets contribue à l'« internalisation » des objectifs et augmente la motivation (Hofstede, 1967).

La participation au processus budgétaire et à la détermination des objectifs peut être une source de satisfaction pour les « budgétés ». Mais cette implication peut toutefois n'être qu'une pseudo-participation, c'est-à-dire un moyen d'obtenir l'accord des opérationnels sur le budget déterminé par la direction (Argyris, 1952). Bryan et Locke (1967) sont parmi les premiers à montrer dans une recherche expérimentale sur la psychologie au travail que la fixation d'objectifs précis par la hiérarchie est un facteur de motivation. Au contraire, la participation et la négociation des objectifs démotivent. Selon Stedry (1960)[45], la participation ne génère pas forcément de meilleurs résultats qu'un budget optimal, coordonné et imposé par la direction.

Après que la performance du manager a été mesurée et évaluée en comparant la performance réalisée avec le budget, les managers peuvent recevoir des récompenses financières ou non financières. Les primes financières peuvent être proportionnelles au résultat ou attribuées en totalité une fois l'objectif atteint (Jensen, 2001). C'est largement par les systèmes d'incitation que les budgets jouent leur rôle de motivation (Kren, 1997). On sait depuis Argyris (1952) que lier la rétribution à l'atteinte d'objectif budgétaire peut avoir des effets pervers.

1.5.2.6. L'évaluation et le contrôle

Le budget peut représenter un standard de l'évaluation de la performance d'une entité. Comme il définit la consommation de ressources nécessaires pour réaliser une activité, la comparaison entre les montants prévus et réalisés peut être comprise comme une évaluation de la performance. C'est sans doute l'un des rôles les plus importants du contrôle budgétaire. Les agents ayant leurs objectifs propres, il faut éviter qu'ils les poursuivent au détriment de ceux de l'organisation (Hopwood, 1974). Dans sa fonction de standard, le budget sert à limiter le slack organisationnel, en comparant les besoins prévus aux ressources réellement consommées (Cyert et March, 1963 ; Onsi[46], 1973).

À travers une série d'études, Hopwood (1972, 1974) montre une utilisation contrastée des

[45] Cité par Berland (1999a)
[46] Cité par Berland (1999a)

budgets aux fins de contrôle. Il distingue trois attitudes différentes en matière de management : l'utilisation des budgets comme principal outil d'évaluation, l'utilisation du profit à long terme comme critère de jugement et l'évaluation non comptable. Hopwood conclut que le deuxième style de management fait preuve d'une plus grande efficacité. Cela tend à réduire la pertinence des budgets comme critère de jugement. Alors qu'Hopwood ne trouve pas de liens entre le style de management adopté et l'atteinte des budgets, Otley (1978), faisant la même étude, montre que les managers qui s'appuient sur le budget comme mode de contrôle (style 1 de Hopwood), ont plus de chance de voir les budgets parfaitement réalisés.

Mais le budget ne peut pas jouer plusieurs rôles à la fois. Comme l'ont souligné Barret et Fraser (1977), certains rôles semblent parfois incompatibles et l'utilisation du budget pour différents rôles peut avoir un coût. Par exemple, les budgets utilisés pour la planification doivent être fixés à un niveau réaliste pour permettre l'allocation et la coordination alors que s'ils sont utilisés pour évaluer la performance, ils doivent être fixés de façon à être difficiles à atteindre pour motiver les contrôlés. De même, les intérêts des supérieurs et des subordonnés diffèrent selon le rôle qui est accordé au budget. Ainsi, si le budget est d'abord utilisé dans un but de planification, les contrôlés ont intérêt à ce qu'on leur fixe des objectifs budgétaires plus importants pour disposer de plus de ressources. Si le budget est utilisé dans un but de motivation, les contrôlés vont chercher à minimiser leurs objectifs budgétaires pour accroître leurs chances de les atteindre. Hofstede (1967) souligne, à partir d'une étude en entreprise, que l'effet de budgets difficiles à atteindre est positif jusqu'à une certaine limite, et qu'au-delà il réduit la motivation.

Une des caractéristiques du processus budgétaire lors de la phase de pilotage réside dans la durée du budget et son niveau de rigidité. Celui-ci dépend de la possibilité de faire évoluer le budget pendant l'année (en fonction du niveau de production par exemple et dans ce cas, on parle de budget flexible ; Brownell et Merchant, 1990), ou de le réactualiser chaque mois de façon glissante (Hope et Fraser, 1997). Accepter un budget glissant ou flexible, c'est retirer au budget son rôle de motivation et de contrôle au profit des rôles de prévision, coordination, d'allocation de ressources et d'apprentissage.

Section 2 : le contrôle de gestion à l'hôpital public

Selon Paulsson (2012), le secteur public dans la plupart des économies occidentales est soumis, à partir des années 1980, à des demandes croissantes de contrôle financier, d'efficience et d'efficacité (Hopwood, 1984 ; Chua et Degeling, 1991 ; Covaleski et al. 1993).

Les établissements hospitaliers sont confrontés à une double contrainte qui remet en cause son équilibre. II s'agit, d'une part, d'un accroissement continu de la demande avec un fort accroissement des exigences qualitatives et quantitatives concernant les prestations et, d'autre part, un renforcement des contraintes budgétaires et une pression budgétaire accrue. Ce phénomène s'inscrit, au niveau international, dans le mouvement du nouveau management public qui voit l'ensemble des services publics soumis à une exigence croissante de performance. L'évolution des pratiques médicales et chirurgicales ajoute une contrainte supplémentaire à la gestion hospitalière en remettant en cause la nature même de l'activité hospitalière. En particulier, l'introduction massive de la technologie (Bazy-Malaurie et Berthod-Wurmser, 1996 ; Chandernagor et al., 1996) et la réduction des durées de séjour entraînent une modification des pratiques qui impactent les équilibres organisationnels internes au sein de l'hôpital (Nobre, 2001).

Ce contexte particulier de l'hôpital public français (limitation des ressources, exigence d'augmentation de la qualité des soins et évolution des technologies médicales) rend l'introduction d'outils de gestion au sein des unités de soins et des plateaux techniques indispensable (Alvarez, 2011). Dans l'établissement de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler « nouveau management public » (NMP), qui orchestre la transposition au secteur public des outils de gestion utilisés dans le privé, la comptabilité et le contrôle s'avèrent jouer un rôle fondamental (Hood, 1995).

L'évolution du contexte de l'hôpital public se traduit par une forte demande d'outils de gestion issus du secteur marchand. En réponse à ces demandes, les gouvernements ont décidé de nombreuses réformes. Une des principales réformes à l'hôpital est le passage d'un système de paiement « rétrospectif » qui consiste à rembourser les hôpitaux sur le fondement de leurs dépenses constatées (effectives) à un schéma de paiement « prospectif » (Prospective Payment Schemes ou PPS) qui rembourse les hôpitaux sur le fondement des DRG (Diagnosis

Related Group) avec un tarif déterminé (Preston, 1992 ; Covaleski et al. 1993, Abernethy et Stoelwinder, 1995).

Dans cette section, nous examinons progressivement la manière dont le NMP a influencé l'introduction des outils de gestion à l'hôpital public. Ainsi, nous présentons le modèle des DRG importé en France des États-Unis sous l'appellation de Groupes Homogènes de Malades (GHM). Ensuite, nous présentons le contrôle budgétaire et la comptabilité analytique à l'hôpital. Ces deux systèmes sont le support du contrôle à l'hôpital public. Enfin, nous présentons la manière dont le contrôle de gestion est confronté aux spécificités de l'hôpital public. Ainsi, nous présentons les limites des systèmes de contrôle existants. Nous mettons l'accent sur une des spécificités majeure de l'hôpital public à savoir la présence d'une domination des professionnels et la présence d'un découplage entre la planification et l'action.

2.1. Le nouveau management public et le « DRG / GHM »

Selon Halgand (1997), le mouvement du nouveau management public s'est traduit par l'introduction du modèle des DRG (Diagnosis Related Groups) dans les hôpitaux de nombreux pays de l'OCDE. En France, ce modèle se développe sous le label de « Groupes Homogènes de Malades » (GHM) dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), dont la généralisation à l'ensemble des hôpitaux date du début des années 1990 (loi du 31 juillet 1991). Ce modèle, conçu par l'équipe de recherche du professeur Fetter à l'université de Yale, aux États-Unis, répond en effet aux deux exigences du nouveau management public : « réduire ou supprimer les différences existantes entre les secteurs public et privé et évoluer d'une obligation de moyens à une obligation de résultat » (Hood, 1995, p. 94).

2.1.1. Le contrôle de gestion à l'hôpital s'inscrit dans le mouvement du nouveau management public

Les évolutions et les réformes dans le secteur public en général et le secteur hospitalier en particulier depuis les années 1990 s'inscrivent dans le cadre de ce qui est communément appelé le « nouveau management public » (Paulsson, 2012). Le « nouveau management public » est un mouvement qui dépasse le cadre national et vise à développer une culture de gestion au sein du secteur public (Hood, 1995 ; Pettigrew et al, 1995, Keraudren, 1999). L'introduction de la gestion de la performance, de la comptabilité et du budget annuel, la

décentralisation et l'allocation des ressources sur le fondement de la production sont des exemples des orientations du nouveau management public (voir aussi Hood, 1995 ; Bromwich et Lapsley, 1997 ; Lapsley, 2008).

Les réformes issues du nouveau management public sont construites sur le fondement d'un modèle rationnel de prise de décision où les systèmes de comptabilité, d'audit et de responsabilisation sont introduits dans le but de fournir des informations pertinentes afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du secteur public (Nyland et Pettersen, 2004).

Nyland et Pettersen (2004) font le constat des changements introduits par le nouveau management public dans la gestion des hôpitaux en Norvège. Les techniques de gestion issues du secteur privé sont introduites dans le secteur hospitalier. Cette mise en œuvre est accompagnée par des schémas d'audit de performance et par des demandes des pouvoirs publics visant la mise en place de programmes d'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des hôpitaux.

2.1.2. Le DRG ou le PMSI comme support au contrôle de gestion

La transposition à l'hôpital des schémas traditionnels du contrôle de gestion a été rendue possible par la conception d'un modèle conceptuel fournissant une représentation du produit hospitalier se prêtant à une démarche de calcul de coût. Dans les années 1970, répondant à une demande d'outils d'évaluation de la performance des établissements hospitaliers émanant d'organes de contrôle nationaux, l'équipe du professeur Fetter construit le modèle des « DRG » (Diagnosis Related Groups). Ce modèle sera notamment adopté pour le financement du programme fédéral de soins « Medicare » (destiné à la prise en charge des personnes âgées) avant d'être largement exporté dans nombre de pays de l'OCDE dont la France (Halgand, 1995).

Ainsi, en fournissant à l'hôpital un concept de produit (le DRG / GHM), les spécificités imputables au secteur de la santé s'estompent, permettant d'appréhender cette organisation de façon analogue à une entreprise du secteur privé. Dans la publication rapportant le travail des chercheurs de l'équipe de Yale (Fetter et al., 1980), le modèle des DRG / GHM fournit à l'hôpital un concept opérationnel de produit. Ainsi, le concept de produit offre une possibilité de transplantation des systèmes de comptabilité et de contrôle traditionnels au domaine

hospitalier et le mécanisme comptable de calcul des coûts peut alors être appliqué (Halgand, 1997).

Sur le plan méthodologique, l'obtention des DRG / GHM résulte du traitement statistique d'une base de données consistant à expliquer la consommation totale de ressources des patients traités à partir d'une batterie de variables cliniques (Halgand, 1995). Ne disposant pas directement du coût des prises en charge (puisque la conception d'un tel modèle est précisément motivée par la recherche d'une solution de calcul de ce coût), l'équipe du professeur Fetter s'est reportée sur un indicateur, la « durée de séjour », dont on postule une corrélation satisfaisante avec la consommation totale de ressources (Fetter et al., 1980, p. 6). En conséquence, la partition de produits est issue d'un processus de segmentation visant à expliquer la « durée de séjour » (variable dépendante), sur la base d'une plateforme explicative réunissant les variables dépendantes suivantes : le diagnostic principal, les actes médico-chirurgicaux, les éventuels diagnostics secondaires, l'âge, le sexe et le mode de sortie du patient (Halgand, 1995).

Selon Preston (1992), l'introduction des DRG en 1983 aux États-Unis est un exemple de l'émergence des mécanismes de contrôle fondés sur un principe de contrôle des coûts plus que sur le remboursement des coûts comme c'était le cas dans le cadre du financement par une dotation annuelle globale. Le financement par une dotation globale annuelle consistait à financer l'hôpital en fonction des coûts générés par son activité sur l'année précédente. Le système de financement devient donc prospectif et non pas seulement rétrospectif, le remboursement par l'assurance maladie est déterminé par le diagnostic de la pathologie des patients selon un classement défini par les GHM. À chaque DRG est affecté un tarif calculé correspondant au coût moyen des DRG de la même catégorie (Smith et Fottler, 1985).

À l'instar du système anglo-saxon, la mise en place du PMSI et de catégorisation de l'activité hospitalière à travers les GHM a favorisé l'introduction de la Tarification à l'activité (T2A) comme fondement du mode de financement. La T2A relie directement les ressources perçues par la structure hospitalière à l'activité qu'elle déclare via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Le PMSI permet de classer les séjours des patients dans un Groupe Homogène de Malades (GHM). Chaque GHM renvoie alors à un Groupe Homogène de Séjours (GHS) qui déterminera le tarif « facturable » par l'hôpital à l'assurance-maladie. L'inscription en GHS,

dans le cadre du PMSI est réalisée à partir d'un codage des actes et diagnostics par les praticiens, sur la base d'un Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Les tarifs des GHS sont déterminés au niveau national à partir des travaux de l'Étude Nationale des Coûts à méthodologie Commune (ENCC) qui, sur la base d'un échantillon d'établissements volontaires calculant leurs coûts selon la méthodologie de la comptabilité analytique hospitalière, définit des standards permettant de déterminer des tarifs bruts (Georgescu et Naro, 2012).

Le DRG / GHM représente le produit hospitalier dans sa double dimension médico-économique. Il définit au sein des catégories majeures de diagnostics (CMD), des profils de patients (DRG ou GHM). Pendant le séjour, le diagnostic majeur détermine le GHM dans lequel sera affecté et classé le séjour (exemple : un patient admis à l'hôpital pour un suivi de son diabète présente des complications nécessitant une intervention chirurgicale cardiaque. Le diagnostic est donc l'acte chirurgical et le séjour du patient sera classé dans un GHM chirurgical et non médical même s'il était admis initialement pour un suivi de son diabète). L'homogénéité s'entend du point de vue du montant des ressources requises pour leur traitement. Cette modélisation permet d'accéder à une meilleure connaissance de l'activité de l'établissement en caractérisant la demande de soins par le type de pathologie des patients. II devient alors possible d'associer aux différents profils (GHM) une combinaison d'intrants correspondant aux activités mises en œuvre pour traiter les patients (Halgand, 1995). Aussi, un contrôle comptable de l'activité émerge par l'utilisation de données chiffrées, représentées par les Groupes Homogènes de Séjours (GHS). Le calcul des coûts des séjours hospitaliers constitue ainsi l'un des fondements de la T2A.

Mais le système des DRG / GHM et la tarification qui en découle pour le financement des hôpitaux font l'objet de plusieurs débats. Dana et Giroux (1989) soulignent que l'objectif d'un système de paiement prospectif est la réduction de la durée de séjour et des coûts associés. Comme précisé précédemment, l'équipe du professeur Fetter s'est reportée sur la « durée de séjour » pour l'affectation des charges postulant une corrélation satisfaisante avec la consommation totale de ressources (Fetter et al., 1980, p. 6). La démarche de réduction des coûts par patient renvoie ainsi à la réduction des durées de séjours.

Selon Dana et Giroux (1989), l'impact du système de financement fondé sur les DRG en termes d'amélioration de l'efficience ou en termes de baisse de la qualité des soins prodigués

au patient est un sujet de débat considérable. Depuis son introduction en 1983 aux États-Unis, la communauté médicale a exprimé sa préoccupation quant à l'impact potentiel d'un système de contrôle des « tarifs » sur les coûts et sur la qualité des services de soins rendus.

Selon Macinati (2010), le système des DRG crée un ensemble de « produits standards » de santé. Cette standardisation conduit à la standardisation du niveau de remboursement tout en garantissant aux médecins la liberté de traiter (soigner) les patients de la manière qu'ils jugent la plus appropriée. Ainsi, le système impose un comportement de quasi-marché en prédéterminant le remboursement au lieu de financer les dépenses. Cette situation crée des possibilités et des incitations à la manipulation du système. Les médecins peuvent « sur-diagnostiquer » dans l'intérêt de l'hôpital. L'hôpital, à travers ses gestionnaires, peut décourager l'admission à l'hôpital pour des diagnostics ayant une « faible marge ».

En offrant un mécanisme de calcul des coûts des produits, le modèle des DRG / GHM favorise la mise en place d'un système de contrôle axé sur les résultats qui met l'accent sur l'efficience, au travers d'une comptabilité en coûts complets et d'un système de contrôle budgétaire. En définitive, le modèle des DRG / GHM peut être défini comme une construction conceptuelle permettant la transplantation à l'hôpital des systèmes de comptabilité et de contrôle traditionnels (i.e. fondés principalement sur une comptabilité analytique par produits alimentant un système de contrôle budgétaire) utilisés dans le secteur privé (Halgand, 1997).

2.2. Le contrôle externe budgétaire et la comptabilité analytique

Selon Nyland et Pettersen (2004), le budget et la comptabilité dans la gestion du secteur public ont souvent été considérés comme des moyens de planification et de reporting. Cependant, à travers les différentes réformes du secteur public, le budget et la comptabilité sont aussi devenus des dispositifs de contrôle (Olson et al., 1998). Les systèmes de comptabilité contribuent à la construction d'organisations plus rationnelles, en particulier, des hôpitaux rationnels où les individus peuvent être contrôlés sur le fondement de responsabilités attribuées (Miller, 1992 ; Roberts et Scapens, 1985). Les services publics ont tendance à être contrôlés à travers des systèmes de comptabilité ou par l'intermédiaire de procédures d'évaluation qui comparent les objectifs aux résultats (Power, 1997).

En France, le modèle des groupes homogènes de malades (GHM) peut être considéré comme un instrument du pouvoir gestionnaire et confirme l'hypothèse du contrôle externe de

l'activité médicale. En effet, le modèle des GHM et le système de comptabilité analytique sont développés par le ministère, afin de mieux contrôler le système de santé dans son ensemble, compte tenu des contraintes de financement auxquelles il est soumis. II existe ainsi une absence de contrôle interne et plus particulièrement de pilotage car ce n'est pas l'objectif visé par les autorités de tutelles (ministère et agences régionales de santés) pour mettre en œuvre ces outils de gestion (Nobre, 2001).

Tant la littérature française qu'internationale mettent l'accent sur deux modalités de contrôle au niveau hospitalier. La première modalité est un contrôle des résultats à travers le système de tarification à l'activité fondé sur le modèle de DRG dont le corollaire en France est le GHM dans le cadre du PMSI.

La deuxième modalité de contrôle se matérialise par une comptabilité analytique hospitalière censée permettre aux responsables hospitaliers, notamment les directeurs, un meilleur pilotage de l'activité et du budget de l'hôpital.

2.2.1. Un contrôle externe limité au contrôle budgétaire des résultats

La logique de budgétisation est traditionnelle dans la sphère publique. Preston et al. (1992) soulignent que le système de contrôle budgétaire est présenté comme un moyen pour influencer la planification, l'allocation et l'utilisation des ressources et les méthodes d'évaluation de la performance à plusieurs niveaux (régions, districts et hôpitaux) du NHS (National Health Service) au Royaume Uni. La logique budgétaire a induit la mise en place de tableaux de bord dans le système hospitalier (Leteurtre et Vaysse, 1994 ; Merlière et Kieffer, 1997) présentant les caractéristiques des tableaux de bord traditionnels utilisés par les entreprises et ayant trois caractéristiques : une forte logique financière et budgétaire, un objectif de reporting interne et un fonctionnement centralisé. À l'hôpital, ces outils sont destinés à être utilisés par la direction générale pour le suivi budgétaire, avec en arrière-plan un objectif de justification par rapport aux tutelles (Nobre, 2001).

La loi du 31 juillet 1991 qui vise notamment l'accroissement de l'autonomie des établissements et le développement de la responsabilité des acteurs, pose surtout les bases pour une gestion accrue des coûts. Cela est illustré par la démarche contractuelle préconisée par la loi du 24 avril 1996 (Alvarez, 2011). La contractualisation, qui traduit une volonté de responsabilisation des acteurs, est mise en place à deux niveaux (Marquet, 1996) : (1) de

manière obligatoire entre l'établissement et la tutelle : il s'agit du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (déjà prévu dans la loi de 1991) ; (2) de manière facultative à l'intérieur de l'établissement : il s'agit de la délégation par centre de responsabilité. Ces délégations, sans cesse élargies, qu'induit le contrôle de gestion, ont pour corollaire « le contrôle des moyens mis à disposition. C'est pourquoi s'impose la pertinence d'une démarche systématique d'évaluation des coûts et de la mesure de l'efficacité des activités » (Merlière et Kieffer, 1997).

La France introduit un contrôle des résultats dans le secteur public. Cela se traduit, dans les hôpitaux publics français, d'une part par un réaménagement du mode d'allocation des ressources et, d'autre part, par des changements organisationnels au sein de la structure. (Georgescu et Naro, 2012). À l'instar de la Loi Organique relative aux Lois de Finance (LOLF), mise en œuvre dans la fonction publique d'État, le train de réformes dans lequel s'inscrivent la nouvelle gouvernance (mise en place des pôles dans les hôpitaux) et la T2A, semble largement inspiré des logiques du nouveau management public. Affichant l'ambition d'une gestion plus responsable, efficiente et efficace, ces réformes dites de « modernisation », visent à substituer une logique de résultats à une logique de moyens et, instaurent ainsi, un contrôle organisationnel fondé sur le contrôle des résultats (Georgescu et Naro, 2012).

L'émergence des centres de responsabilité a été renforcée par la réorganisation de l'hôpital public en pôle d'activité. Ces derniers, financés en fonction du montant de l'activité qu'ils déclarent réaliser, perçoivent des recettes supplémentaires en cas d'objectifs budgétaires dépassés ou, a contrario, voient leur financement se réduire si l'activité déclarée diminue par rapport à l'exercice précédent. (Georgescu et Naro, 2012).

L'introduction de la T2A et la réorganisation interne de l'institution hospitalière poursuivent un objectif déclaré d'orienter cette dernière vers plus d'efficacité et d'efficience. Ainsi, ces transformations financières et organisationnelles orientent l'hôpital, dominé par un contrôle professionnel, vers un autre mode de contrôle organisationnel à savoir le contrôle par les résultats. Le financement en fonction l'activité déclarée introduit un lien de dépendance direct entre les ressources perçues et la production réalisée (Georgescu et Naro, 2012).

Ainsi, les conditions nécessaires et suffisantes qui sous-tendent l'existence d'un contrôle par les résultats (Sponem et Chatelain-Ponroy, 2010) semblent réunies : une division de l'hôpital en pôles d'activités disposant d'une autonomie de gestion, des objectifs de performance

établis en fonction du niveau d'activité à atteindre, une mesure de l'activité par le PMSI et un système de sanction récompense visant à financer les pôles en fonction de leur activité déclarée (Georgescu et Naro, 2012).

Selon Nobre (2001), le contrôle budgétaire implique une notion de performance conduisant à un suivi de conformité. La performance consiste en un degré maximal d'adéquation entre la consommation de ressources et la prévision, sans que le résultat obtenu et son impact n'entrent vraiment en ligne de compte. II s'agit ainsi d'un contrôle externe puisqu'il a pour objectif d'informer les financeurs de l'affectation des ressources. Ce contrôle se révèle peu opérationnel dans la mesure où les informations utilisées ne sont pas déclinables en actions par le centre opérationnel au sens de Mintzberg (1982).

2.2.2. La comptabilité analytique et le tableau du « case-mix »

Les systèmes de comptabilité à l'hôpital sont traditionnellement au service du contrôle externe et sont destinés à rendre compte (Paulsson, 2012). Comme le rappelle Halgand (2000), les outils développés correspondent aux besoins de régulation de la tutelle. La comptabilité analytique développée à l'initiative du ministère de la Santé privilégie ainsi un contrôle budgétaire (Nobre, 2001).

Selon Paulsson (2012), les systèmes de calcul des coûts issus du secteur industriel sont implémentés à l'hôpital de telle manière que les coûts associés à des patients ou des groupes de patients puissent permettre d'évaluer la profitabilité des différentes « lignes de produits » de l'hôpital (Chua et Degeling, 1991 ; Preston, 1992). Un des objectifs de la comptabilité analytique hospitalière est le calcul du coût par GHM.

En plus de son rôle dans la détermination des tarifs de remboursement des séjours (GHS) à travers l'alimentation de la base ENCC, la comptabilité analytique permet à chaque hôpital de construire son « Tableau Coût de Case-Mix (TCCM) ».

Le « tableau coût case-mix (TCCM) » permet de comparer les données de coûts et d'activité d'un établissement avec les données de la base de l'Étude Nationale de Coûts (ENC). L'objectif est de comparer les dépenses directes et indirectes d'un établissement aux dépenses d'un établissement fictif disposant du même case-mix (ensemble des séjours réalisés à l'hôpital). Cette démarche permet d'identifier les spécificités, en termes de structure de coûts

ou d'activité, d'un établissement par rapport à l'échantillon des établissements de l'ENC participant au référentiel.

Le rapprochement entre les recettes issues des GHM (T2A) et les coûts engendrés (à travers le TCCM) fournit des informations permettant de guider l'allocation des ressources et l'évaluation de la performance des différentes sous-unités de l'hôpital (Fetter et Freeman, 1986 ; Fetter et al., 1991). Cette approche assume que le GHM / DRG et le « case-mix » cherchent à représenter fidèlement les coûts (Covaleski et al., 1993).

Selon Covaleski et al. (1993), le « case-mix » fournit aux administrateurs de l'hôpital un moyen de mesure de l'efficacité de la production et encourage les comparaisons entre les services et les médecins. Il établit ainsi une relation entre les décisions médicales et administratives (Thompson et al., 1979 ; Fetter et al., 1980 ; Fetter et al., 1991). Eastaugh (1987), par exemple, suggère que les hôpitaux pourraient et devraient utiliser les DRG / GHM et le système du case-mix pour offrir uniquement des produits qui promettent un certain seuil de profitabilité. De plus, les patients qui ne peuvent pas être soignés de manière profitable pour l'hôpital devraient être dirigés ailleurs pour être traités (Fetter et Freeman, 1986 ; Eastaugh, 1987)**.**

Le DRG et le « case-mix » peuvent aussi servir pour la redistribution du pouvoir au sein des hôpitaux. L'hôpital est une « bureaucratie professionnelle » (Mintzberg, 1979). Les médecins ont longtemps agi en tant que praticiens autonomes et ont longtemps possédé le pouvoir organisationnel (Freidson, 1986 ; Abbott, 1988 ; Scott et Backman, 1990) ; par exemple, les médecins prennent traditionnellement des décisions unilatérales en matière d'admission des patients, de traitement, de durée de séjour et de fin de séjours (Covaleski et al. 1993).

2.3. Le contrôle de gestion à l'épreuve des spécificités de l'hôpital public

Le contrôle de gestion est confronté aux spécificités de l'hôpital public. Nous présentons dans ce qui suit les limites des systèmes de contrôle existants notamment le contrôle budgétaire et la comptabilité analytique. Nous mettons ensuite l'accent sur une des spécificités majeure de l'hôpital public à savoir la présence d'une domination des médecins. Enfin, nous présentons le découplage entre la planification et l'action qui caractérise l'hôpital public du fait de l'existence d'un corps médical dominant.

2.3.1. Les limites du contrôle externe et de la comptabilité analytique

Selon Pettersen (1995), les hôpitaux sont face à des problèmes de systèmes d'information comptable pour le contrôle de gestion. Selon le cadre normatif, les budgets sont des éléments importants pour les systèmes de contrôle de gestion. Les écarts entre les données ex-ante comme le budget et les prévisions et les données ex-post exprimées par l'information comptable comme données réelles doivent représenter l'information essentielle pour l'évaluation annuelle. La littérature normative soutient que l'information sur le passé (ex-post) devrait influencer les décisions concernant le futur (ex-ante) et ces décisions devraient affecter les actions.

Le contrôle budgétaire suppose la connaissance des objectifs à atteindre, la description claire des « outputs » et une bonne connaissance des relations de causalité. Avoir une bonne mesure des « outputs » permet l'exercice d'un contrôle sur ces « outputs » et une bonne connaissance des relations de causalité permet l'exercice d'un contrôle des comportements (Pettersen, 1995). Thompson (1967) souligne que l'efficacité de l'approche budgétaire repose à la fois sur une bonne mesure de la production et sur une bonne connaissance des règles de causalité des consommations des ressources. Or l'hôpital, de par la particularité de son activité, ne satisfait pas à ces conditions (Ouchi, 1977).

La mesure de la production reste problématique même si le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) est une avancée non négligeable (Nobre, 2001). En effet, le rassemblement des séjours en groupes homogènes de malades (GHM), pour définir des consommations standards par pathologie et par catégorie de malades, implique de fortes simplifications qui ne rendent pas compte de la diversité des situations des établissements et des traitements thérapeutiques (Escaffre et al., 1994).

De surcroît, les soins produits à l'hôpital ne sont ni « inventoriables » ni transportables. L'hôpital dispose de peu de possibilités pour anticiper la demande des clients (patients) : les patients gravement blessés ou les patients présentant des complications sévères doivent être traités dès qu'ils arrivent à l'hôpital. Ces facteurs réduisent la flexibilité des hôpitaux et introduisent une importante source d'incertitude pour les organisations. Si les firmes industrielles peuvent constituer des stocks pour gérer les demandes imprévisibles des clients, cette option est plus difficile pour l'activité hospitalière. Cet aspect d'imprévisibilité est une

importante dimension pour le contrôle de gestion et pour la prise de décision stratégique au sein des organisations (Pettersen, 1995).

La causalité en matière de consommation des ressources constitue la deuxième limite de l'approche budgétaire. La diversité des patients et des protocoles de soins correspondants ne permettent pas d'identifier facilement des régularités d'activité. En effet, l'imbrication des facteurs est telle qu'une loi permanente invariable ne saurait expliquer de manière exhaustive la consommation de ressources. Les indicateurs comme la cotation des actes, la pathologie ou la durée de séjour, lorsqu'ils sont pris comme critère unique, ne permettent pas d'expliquer la logique de consommation de l'ensemble des ressources (Regnard, 1998). « Il n'y a pas de relation entre cotation et temps d'occupation de bloc » (Dispot, 1992, p, 10), la pathologie ne suffit pas pour expliquer le coût de la prise en charge (Feldstein, 1965) et l'intensité des soins varie indépendamment de la durée moyenne de séjour (Labourdette, 1988).

Le processus de soins demeure méconnu. II n'y a pas un enchaînement linéaire d'une cause et de son effet mais un enchevêtrement de causes multiples concourant à la réalisation d'un service aux « spécifications techniques » imprécises. Si la méthode de comptabilité analytique fondée sur les activités (Activity based Costing) a l'avantage d'éviter un raisonnement exclusivement volumique (par unité d'œuvre), le calcul nécessite tout de même un seul inducteur de coût pour chaque activité recensée, la prise en charge hospitalière obéit à de multiples causes qui ne sont pas toutes mesurables quantitativement (Regnard, 1998).

La difficulté d'établir une relation de causalité pose également des difficultés pour le système de calcul des coûts et de comptabilité analytique à l'hôpital. Comme le précise Regnard (1998), l'ambition affichée du calcul du coût des soins est de parvenir à relier des données médicales et sanitaires à des données financières. Cette liaison revêt un caractère artificiel dans la mesure où le coût représente ce qui est consommé en ressources et non ce qui est produit en valeur. Les mesures de coûts à l'hôpital sont souvent des mesures de coûts des « inputs » et ne peuvent pas être utilisées pour le contrôle des « outputs ». Les coûts des établissements hospitaliers sont largement discrétionnaires dans la mesure où « la liaison entre le niveau des coûts engagés et le résultat obtenu est difficile à établir » (Gervais, 1997, p. 305). Il devient alors délicat de savoir si les coûts sont efficients, c'est-à-dire si les charges engagées sont pertinentes par rapport à l'utilisation qui en est faite (Thenet, 1995, p. 425).

Une autre limite du système de calcul des coûts à l'hôpital réside dans le problème de l'imputation des charges indirectes (Thenet, 1996, p. 28-52). En effet, un système de soins n'est pas vraiment observable ni mesurable en raison de l'hétérogénéité et de l'immatérialité des prestations. La variété de situations et l'incertitude des besoins ne permettent pas à un établissement de soins de constituer une marge de manœuvre à partir d'une standardisation des produits et des processus. (Regnard, 1998).

Halgand (1995) identifie deux difficultés au modèle de répartition des charges indirectes en comptabilité analytique hospitalière. La première est liée au poids « exorbitant » des charges indirectes. Dans une étude réalisée dans un hôpital, Halgand (1995) constate que la proportion des composantes du coût total complet qui se déverse sur le produit (le GHM) au travers de l'unité d'œuvre « durée de séjour » s'élève à plus de 70 %. En d'autres termes, l'indicateur « durée de séjour » conditionne plus de 70 % du coût total du produit.

La deuxième difficulté réside dans la prédominance de la durée de séjour comme unité d'œuvre. Cette prédominance présuppose l'homogénéité en matière de consommation des ressources de tous les cas traités (séjours) à l'intérieur d'un GHM. Selon les discours des médecins, chaque patient est unique et requiert un traitement individualisé. Il y aurait donc autant de produits différents que de patients traités, autrement dit, le produit hospitalier échapperait à toute tentative de standardisation comptable. Le modèle du PMSI ne permet pas de mettre en évidence une éventuelle variabilité des charges en fonction de la composition du case-mix (ensemble des séjours réalisés à l'hôpital et regroupés dans des GHM).

Le contrôle budgétaire et les outils qui l'accompagnent (mesure de la production par le modèle de calcul de coût par GHM) sont peu adaptés à un pilotage effectif de la performance des établissements hospitaliers. II s'agit d'un contrôle aveugle (Olson, 1985), d'un rituel (Olsen, 1971 ; Ouchi, 1977), d'une action hypocrite (Brunsson, 1986), d'un rituel rhétorique (Pettersen, 1995) ou d'un mythe rationalisé (Scott, 1981). Les constats réalisés par ces différents auteurs se révèlent très pessimistes quant à l'efficacité du système. Par ailleurs, « la relation entre l'activité et les ressources reste inconnue dans la mesure où les professionnels ne la spécifient pas eux-mêmes, si bien que la prévisibilité de la production et des moyens pour l'assurer est faible » (Alvarez, 2011).

Selon Alvarez (2011), le contrôle budgétaire dans les hôpitaux s'apparente plus à un processus politique fondé sur une rationalité caractérisée par des négociations qu'à une

volonté d'utiliser des mesures d'output pour réaliser le contrôle **(**Pettersen, 1995). Le contrôle externe de la tutelle n'est pas le seul facteur qui influence fortement l'organisation et la gestion à l'hôpital. Un autre aspect participant à influencer cette gestion a trait au type d'organisation particulière qui conduit à caractériser l'hôpital de bureaucratie professionnelle, telle qu'elle a été développée par Mintzberg (1982).

2.3.2. Le contrôle de gestion et le pouvoir des acteurs hospitaliers

L'hôpital public constitue un cadre favorable à un renouvellement de la réflexion sur les systèmes de contrôle, qui « procède largement du contexte des entreprises employant des acteurs à forte identité professionnelle, associant des champs de compétence reconnus et variés et développant des gestions en réseau ce qui implique coordinations, synergies et démarches stratégiques communes » (Cauvin, 1999). Ces caractéristiques fondamentales déterminent les enjeux du contrôle du point de vue de sa constitution, de sa finalité, de ses interactions avec l'environnement et de son évolution (Schmitt, 1994, p. 16). Sur le plan organisationnel, la complexité des processus se traduit par une hyperspécialisation des tâches, et plus globalement, par une professionnalisation de la structure qui débouche sur une bipolarisation de la carte des pouvoirs, axée sur les sphères gestionnaires et médicales (Halgand, 1995).

Selon Alvarez (2011), le domaine de la santé utilise « des référentiels professionnels puissants » et nourrit « des préventions fortes envers les démarches de gestion » (Cauvin, 1999). Gauthier et al. (1975, p. 26) précisent à ce sujet qu'un certain « humanisme » propre à la profession tend à rejeter toute approche quantitative, chiffrée, des divers domaines de l'activité hospitalière. Debrosse (1994, p. 89) enfin, souligne que « […] tous ces éléments, recueillis et analysés, sont les outils d'une démarche stratégique, en rupture avec l'exercice traditionnel de la médecine. Il faut reconnaître que la mutation recherchée est particulièrement forte. Il est donc compréhensible que le corps médical résiste ».

Le service rendu (ou produit) par l'hôpital est réalisé lors d'un « moment de vérité » où le client (patient) interagit en face-à-face avec le médecin ou l'infirmier. La gestion n'a aucune influence sur ce qui se produit du fait que le service rendu (le soin) est créé par la combinaison des qualifications et de la compétence des professionnels et au regard de la situation. Dans beaucoup de cas, la vie et la mort des patients dépendent des qualifications professionnelles des médecins et des infirmiers. De ce fait, la coordination des activités

médicales peut difficilement s'opérer uniquement à travers des règles mais elle nécessite une gestion guidée par le jugement professionnel et les pratiques médicales acceptées (exemple : procédures opérationnelles standardisées) (Pettersen, 1995).

Le budget est un mécanisme administratif formel de contrôle conçu suivant les principes bureaucratiques du contrôle **(**Paulsson, 2012). Plusieurs travaux de recherche démontrent que les professionnels (médecins et infirmiers) sont en conflit quand ils sont invités à participer à cette forme de contrôle (Scott, 1966 ; Hall, 1967 ; Copur, 1990 ; Raelin, 1991). Une des solutions pour éviter ce qui peut être qualifié de conflit « professionnel-bureaucratique » est d'éviter la confrontation entre les professionnels et les systèmes bureaucratiques qui restreignent l'autorégulation de leurs activités (Abernethy et Stoelwinder, 1995). En raison de l'environnement financier et politique actuel auquel les hôpitaux doivent faire face, les professionnels subissent une pression pour s'impliquer dans le budget et les autres formes administratives de contrôle (Paulsson, 2012).

Selon Mintzberg, la partie la plus importante d'une organisation professionnelle est le centre opérationnel, dominé par les cliniciens. Le système comptable reposant sur le modèle des DRG / GHM peut alors être analysé comme une tentative de conquête de pouvoir émanant de la technostructure aux dépens du corps médical (Halgand, 1997).

L'approche de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg (1982) permet d'appréhender le rôle central joué par le centre opérationnel, c'est-à-dire le corps médical. L'analyse proposée par Mintzberg montre comment les médecins et les chirurgiens détiennent le pouvoir. La spécificité et la spécialisation de leur activité leur ont permis jusqu'à récemment de constituer une zone interdite à tout membre extérieur au « clan » au sens de Ouchi (1980) et Merchant (1982). Selon Pettersen (1995), la complexité du processus de production au sein de l'hôpital confère aux professionnels qui fournissent les soins (médecins et infirmiers) le monopole de la production (pour exercer l'activité médicale il faut être médecins). Les normes et les valeurs professionnelles sont la plateforme sur laquelle est fondée l'évaluation de la qualité (seuls les chirurgiens peuvent évaluer les résultats des traitements chirurgicaux). Quand l'évaluation est fondée sur les normes professionnelles, les professionnels ont le monopole de l'information et de l'évaluation. Ce double monopole de la production et de l'évaluation confère aux professionnels à l'hôpital une position unique de

supériorité (suprématie) à travers de fortes normes d'autorité légitime. Ainsi, on découvre un mode de contrôle par le « clan » à l'hôpital (Ouchi, 1980).

Le modèle de la bureaucratie professionnelle décrit les rapports de pouvoir existant au sein de l'hôpital avec la prédominance du corps médical (Nobre, 2001). Quand les processus de production dépendent de l'expertise des professionnels, ces derniers bénéficient d'une autonomie considérable au sein des organisations (Abernethy et Stoelwinder, 1995).

Raelin (1989) souligne qu'il existe un risque de « choc de cultures » quand les professionnels (médecins) appartiennent à une organisation bureaucratique. Selon Abernethy et Stoelwinder (1995), le conflit entre les professionnels et les normes et valeurs bureaucratiques est réduit quand les professionnels travaillent dans un environnement où les contrôles de la production ne restreignent pas l'autorégulation de leurs activités.

Certes, les démarches découlant des procédures budgétaires sont nécessaires pour le contrôle de la consommation des ressources dans le cadre d'une gestion centralisée des différentes unités appartenant à un même établissement. Néanmoins, elles se révèlent incapables de favoriser un pilotage effectif des activités en aidant les différents acteurs à guider leur prise de décision et leurs actions (Nobre, 2001). Le budget représente une preuve externe de l'adhésion de l'hôpital aux plans et aux décisions gouvernementales mais il n'est pas une preuve d'efficience. Ainsi, l'évaluation met plus l'accent sur la conformité avec les règles que sur les résultats atteints (Scott, 1992, p. 124). Le contrôle à l'hôpital est enraciné dans les décisions cliniques et non dans l'évaluation administrative (Pettersen, 1995).

2.3.3. Le contrôle de gestion face au découplage entre planification et action

March et Olsen (1976) mettent l'accent sur le découplage entre la planification et l'action à l'hôpital. Ce découplage est la conséquence de l'existence de différentes logiques dans ce type d'organisations. La culture administrative est construite suivant la logique de « conséquences », tandis que la culture des médecins et des infirmiers est guide par une logique de pertinence.

Dans une étude concernant les hôpitaux en Norvège, Pettersen (1995) constate que les décisions exprimées à travers les budgets sont séparées des actions exprimées sous forme d'information comptable. En référence à la littérature normative en contrôle de gestion, ce

découplage remet en question la possibilité de considérer les budgets comme des instruments de contrôle de gestion. La théorie institutionnelle, postule que la séparation entre la planification et les actions se produit car la planification (budget) a une fonction de légitimation de l'existence des organisations gouvernementales. L'information comptable est le résultat des actions. Ainsi, la planification peut être considérée comme une cérémonie ou un rituel plus qu'un document stratégique pour le contrôle de gestion.

Le découplage entre les décisions et les actions est un découplage entre les budgets et le réalisé dans les hôpitaux. Il peut être analysé comme un comportement « hypocrite » dans le sens où les budgets reflètent les normes externes exprimées par le système politique (Pettersen, 1995).

L'information comptable est l'expression en termes monétaires des actions de soins prodigués par les professionnels. Le processus budgétaire à l'hôpital peut être considéré comme un rituel. Dans ce rituel les différents services de l'hôpital sont représentés par des avocats dont l'intention est d'influencer le processus de décision et ainsi légitimer leur existence (Brunsson et Jönsson, 1979). En décrivant ainsi le processus budgétaire, le contrôle de gestion au sein de l'hôpital peut se présenter comme la gestion de normes et de valeurs incompatibles afin d'intégrer les décisions et les actions des chefs des services cliniques (Wikings, 1987). Pour le contrôle de gestion à l'hôpital, le système d'action doit être intégré avec le système de décision politique (Pettersen, 1995).

Le découplage entre la planification et l'action renvoie sur l'existence de deux types de contrôles à l'hôpital. Mintzberg (1979) observe l'émergence de deux systèmes de contrôle dans les bureaucraties professionnelles comme les hôpitaux. Dans le premier système de contrôle, les professionnels cherchent à maintenir les communications latérales, le contrôle de leur propre travail et le contrôle collectif des décisions administratives qui impactent leurs activités telles que la distribution des ressources. Le deuxième système, le flux d'information et de contrôle est inversé. L'administration de l'hôpital contrôle et dirige les activités des fonctions support. Mintzberg note l'émergence de hiérarchies parallèles au sein de l'hôpital : « la première est une hiérarchie démocratique et buttom-up pour les professionnels et la seconde est une machine bureaucratique et top-down pour les équipes support » (1979, p. 360).

Ouchi (1979) distingue deux catégories de mécanismes à travers lesquels les organisations peuvent être gérées : le contrôle bureaucratique et le contrôle professionnel ou par le « clan ». Ouchi indique que le contrôle bureaucratique, comme le contrôle budgétaire, présente un caractère explicite. Même si les règles peuvent être arbitraires, le mode de communication est objectif et le langage utilisé est compréhensible par tous les membres de l'organisation. L'efficacité du contrôle bureaucratique dépend du degré d'arbitraire de ses règles et de sa capacité à représenter des activités de plus en plus complexes (voir aussi Thompson, 1967).

Selon Georgescu et Naro (2012), le contrôle par les résultats à l'hôpital public se juxtapose avec un contrôle professionnel qui domine dans les bureaucraties professionnelles (Mintzberg 1982). Sur ce point, la littérature (Ouchi, 1979 ; Abernethy et Stoelwinder, 1995) indique que le contrôle professionnel ou le contrôle par le « clan » se retrouve dans un corps d'experts, autonome ou indépendant des règles de l'organisation. Il caractérise toute profession disposant de règles déontologiques ou de codes éthiques. De surcroît, lorsqu'il est difficile de connaître le processus de production et d'en mesurer les résultats, ce mode de contrôle social prend effet grâce à l'expertise de ses acteurs (Orlikowski, 1991).

Section 3 : la perspective pratique dans l'étude du contrôle de gestion

Dès le début des années 1980, le champ de la recherche en contrôle de gestion connaît l'émergence d'approches dites « alternatives ». Ces approches se sont développées en réaction au modèle dominant. Le point commun des approches alternatives est le rejet de l'hypothèse de l'approche rationnelle du contrôle de gestion selon laquelle le contrôle de gestion est impliqué dans la réalisation efficiente et efficace de la stratégie organisationnelle. De plus, ces approches, contrairement à l'approche positiviste, semble être capable de questionner le processus de compréhension et d'interprétation du phénomène « contrôle de gestion ».

En 2003, Baxter et Chua réalisent un inventaire des publications parues dans le journal « Accounting, Organizations and Society (AOS) » entre 1976 et 1999 traitant de la recherche en contrôle de gestion selon des approches alternatives. Elles identifient différents courants alternatifs de recherche en contrôle de gestion : le courant du « design non rationnel », la perspective naturaliste, la perspective radicale, la sociologie néoinstitutionnelle, la théorie de

la structuration, les recherches influencées par les travaux Foucault ou ceux de Latour. Leur point commun unique est d'être « non positiviste », c'est-à-dire ne pas appartenir au courant dominant.

À partir des années 1980, les chercheurs en contrôle de gestion commencent à reconnaître l'existence d'un écart entre la théorie et la pratique et à estimer que des recherches sont nécessaires pour décrire la pratique. Dès lors, une prise de conscience de la nécessité de dépasser le cadre normatif classique et de chercher à comprendre les pratiques qui prévalent en matière de contrôle de gestion s'impose.

Nous présentons dans un premier temps les limites des approches dominantes dans l'étude du contrôle de gestion qui ont conduit à l'émergence des approches alternatives. Dans un deuxième temps, nous présentons les fondements et les caractéristiques de l'approche pratique issue du développement des approches alternatives. Enfin, nous proposons le positionnement de l'approche pratique par rapport aux paradigmes mobilisés pour l'étude du contrôle de gestion.

3.1. Les limites des approches dominantes dans l'étude du contrôle

La recherche académique en contrôle durant les années 1970 s'intéresse aux analyses économiques et aux modèles quantitatifs. Les chercheurs en contrôle de gestion adoptent une approche économique pour la prise de décision. Le contrôle est fondé sur des modèles mathématiques, simples ou complexes, qui prescrivent ce que les praticiens doivent faire. Scapens (2006).

Selon Scapens (2006), l'idée dominante est que toutes les théories sont développées et qu'il suffirait de les communiquer aux praticiens. Ces derniers, conscients des nouveaux modèles, les appliquent en pratique. Il souligne que les chercheurs estiment qu'ils ont développé la théorie et les techniques de contrôle de gestion que les praticiens doivent utiliser. Ainsi, le rôle essentiel des académiques est conçu comme étant la communication des analyses économiques aux étudiants pour qu'ils deviennent la nouvelle génération de praticiens. Les praticiens du contrôle de gestion doivent donc apprendre comment appliquer les nouveaux modèles économiques.

Le courant de recherche dit « dominant » se caractérise par une vision objective du monde, par un comportement individuel déterministe, par l'utilisation de l'observation empirique et une méthodologie de recherche positiviste (Hopper et Powell, 1985 ; Chua, 1986 ; Ryan et Scapens, 2002 ; Andon et Baxter, 2007 ; Tuttle et Dillard, 2007). De surcroît, les recherches fondées sur le courant dominant s'appuient sur des données empiriques et se limitent généralement à des données publiques disponibles dans les bases de données. Or, la plupart des données intéressantes dans le domaine du contrôle de gestion ne sont pas publiques (Ittner et Larcker, 2001).

Le contrôle de gestion au sein de l'hôpital public est une illustration parfaite des limites des approches classiques en contrôle de gestion. La perspective orthodoxe soutient que l'objectif du contrôle est de faciliter la prise de décisions rationnelles à travers la représentation de la réalité économique et technique de l'organisation (Ijiri, 1965 ; Homgren, 1977 ; Cooper et Kaplan, 1991 ; Chandler et al., 1991). Ainsi, le contrôle en général et le modèle des DRG (GHM en France) et le système de comptabilité (case-mix) en particulier représentent une réalité économique et technique de l'hôpital. Contrairement à la perspective orthodoxe, la théorie institutionnelle (par exemple, Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1983) met l'accent sur les aspects sociaux et comportementaux déterminant les pratiques de contrôle. Cette perspective suggère qu'on ne peut pas comprendre des pratiques organisationnelles et réglementaires comme le modèle des DRG (GHM) et la comptabilité « case-mix » uniquement en référence à la rationalité générale de leurs propriétés structurelles. Covaleski et al. (1993) estiment qu'il est possible de caractériser plus précisément des pratiques telles que le modèle DRG (GHM) et la comptabilité « case-mix » comme étant de nature sociale. L'objectif principal de ces pratiques est d'exprimer et de démontrer une conformité aux règles et aux attentes institutionnalisées (Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1983). Contrairement à la perspective orthodoxe, l'approche institutionnelle estime que la survie d'une organisation exige autant la conformité aux normes sociétales que l'atteinte de niveaux élevés d'efficacité et d'efficience de la production.

La théorie institutionnelle a fait l'objet de critiques dont les plus importantes portent sur les questions du pouvoir et du découplage. En ce qui concerne le pouvoir, Perrow (1985, 1986) souligne que la théorie institutionnelle ne porte pas une attention au pouvoir et aux intérêts des groupes. Or, comme nous l'avons présenté précédemment, l'hôpital public se caractérise par l'existence d'un contrôle par le « clan » (Ouchi, 1980) exercé par les professionnels de

santé notamment les médecins. Concernant le découplage, Meyer et Rowan (1977) soulignent que les organisations tendent à éviter un dysfonctionnement massif en « découplant » leurs systèmes d'images externes et relativement simplistes de leurs processus opérationnels internes, complexes et relativement idiosyncratiques.

Selon Tolbert (1988, p. 101, 109), bien que la perspective institutionnelle établisse explicitement le lien entre les attentes du niveau macro (ou du contexte) et les pratiques organisationnelles au niveau micro (voir, par exemple, DiMaggio et Powell, 1983, p. 154-156), la recherche s'est concentrée presque exclusivement sur les effets macro, laissant les pratiques institutionnalisées au sein des organisations non examinées.

La théorie de la contingence et la théorie de l'agence sont une autre illustration des limites des approches dominantes dans l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital.

La théorie de la contingence est rejetée pour son appréhension restrictive et statique des voies par lesquelles les systèmes comptables sont affectés par un certain nombre de facteurs (Hopwood dans Miller, 1994, p. 18). Selon cette approche, la forme du contrôle dépend des conditions environnementales. Même si la relation entre l'organisation et l'environnement est considérée comme dialectique (Neimark et Tinker, 1986), la théorie de la contingence fournit peu d'informations sur les processus par lesquels les environnements changeants, les technologies opérationnelles changeantes et les systèmes de contrôle changeants interagissent. Selon Preston et al. (1992), bien que les systèmes de contrôle puissent être contingents, ils le sont de manières beaucoup plus spécifiques que par rapport aux seules caractéristiques générales de l'environnement comme suggéré par la théorie conventionnelle de contingence. De telles caractéristiques générales ne peuvent pas expliquer la forme particulière ou la nature changeante des systèmes de contrôle.

Preston et al. (1992) estiment que la théorie de l'agence ne permet pas d'expliquer les modes de création des systèmes spécifiques de contrôle et la manière dont ces systèmes changent. De surcroît, la théorie de l'agence explique la nature des systèmes de contrôle et de budgétisation en fonction des intérêts prédéterminés des principaux et des agents. Or, les intérêts émergent au cours du processus de création des systèmes budgétaires et peuvent changer par la fabrication des systèmes budgétaires. Les intérêts n'existent pas indépendamment des systèmes budgétaires.

Dominantes jusqu'au début des années 1980, les approches fonctionnalistes ont commencé à faire l'objet de plusieurs critiques. La principale réside dans l'incapacité du courant dominant à rendre compte des phénomènes observés (Morales et Sponem, 2010). De surcroît, le modèle dominant a été critiqué pour sa difficulté à rendre compte des situations telles qu'elles sont vécues par les praticiens et son incapacité à leur proposer des solutions qui leur paraissent utiles. Selon Bromwich (2007, p. 14), « ce type de recherche, très technique et formel, ne peut être transféré directement dans les pratiques ». Ainsi, « dans de nombreux cas les théories économiques ne peuvent pas expliquer de manière complète les pratiques observées » (Ittner et Larcker, 2001, p. 395), et « les disciplines économiques ne donnent pas une image suffisamment riche et claire des activités internes de l'organisation pour guider les concepteurs de systèmes de contrôle » (Otley, 1999, p. 363).

Le point commun entre les courants critiques envers le courant dominant en recherche en contrôle de gestion est la non-adoption des postulats économiques et une conception du contrôle comme « phénomène à la fois organisationnel et social » (Hopwood, 1976, p. 3). Il s'agit notamment de prendre en compte de manière plus explicite des « questions de pouvoir, d'influence et de contrôle » (Hopwood, 1976, p. 3).

Le contrôle de gestion peut être étudié à travers une approche moins objectiviste et moins réaliste. Cette manière d'étudier abandonne les abstractions des approches économiques et adopte une logique de l'interaction, des actions et du réseau (Macintosh et Quattrone, 2010). En effet, les modèles économiques, les métaphores biologiques et les compréhensions structuralistes sont utiles mais laissent peu d'espace à l'interprétation, à la subjectivité et au relativisme dans la compréhension de l'information produite par un système de contrôle, de ses conséquences et de la manière dont cette information est utilisée.

Une variété de théories et un nombre d'approches méthodologiques différentes commencent à être utilisés pour étudier les pratiques du contrôle de gestion. Ces nouvelles approches visent à étendre le domaine théorique, de l'économique à un travail interprétatif et des perspectives critiques fondés sur la théorie sociale.

3.2. L'approche pratique : une réponse aux limites de l'approche dominante

Dès le début des années 1980, le champ de la recherche en contrôle de gestion connaît l'émergence d'approches dites « alternatives ». Ces approches se sont développées en réaction

au modèle dominant. Les approches alternatives comportent l'approche économique « néoinstitutionnelle » qui est une opposition à la théorie néoclassique et à l'approche économique institutionnelle ancienne (ou classique). Cette approche « néoinstitutionnelle » est plus adaptée à l'étude de la pratique du contrôle de gestion (Scapens, 1994). Les approches alternatives mettent l'accent sur le caractère routinier et institutionnalisé des pratiques de contrôle. Elles privilégient l'étude le contrôle de gestion comme une pratique plutôt que de comparer la pratique du contrôle à un « idéal ». Elles suggèrent que, mettre l'accent sur des idéaux théoriques, peut conduire à des « failles » dans l'étude approfondie de la pratique du contrôle de gestion (Scapens, 1994).

Les perspectives alternatives, notamment « néoinstitutionnelle », considèrent les pratiques de contrôle comme des routines institutionnalisées qui permettent aux organisations de produire et de légitimer le comportement et d'atteindre la cohésion organisationnelle. Selon Nelson et Winter (1982, p. 410), le contrôle est un « ensemble hautement structuré de routines ».

Le cadre d'analyse fourni par les perspectives alternatives permet d'identifier les pratiques de prise de décision (décision de planification, décision de suivi et de contrôle ex post) dans une firme comme des habitudes, routines et un comportement fondé sur les règles, à l'inverse de l'approche rationnelle de maximisation de l'utilité dite « économique néoclassique » (Scapens, 1994).

Dans le sillage du développement des approches alternatives, émerge au Royaume uni, au début des années 1980, une réflexion autour d'une perspective de recherche qui décrit et qui explique la nature de la pratique du contrôle de gestion. Les années 1980 constituent le moment où les chercheurs britanniques commencent à étudier les pratiques de contrôle de gestion (et non le développement de modèles normatifs) (Scapens, 2006). Les chercheurs ne doivent pas être concernés uniquement par des comparaisons entre la pratique du contrôle de gestion et des « idéaux » théoriques. Ils doivent s'intéresser à l'étude de la pratique du contrôle de gestion (Scapens, 2006).

3.2.1. L'intérêt et l'apport de l'approche pratique

Johnson et al. (2003) soulignent que la perspective pratique met l'accent sur les processus et les pratiques détaillées qui sont les activités quotidiennes dans la vie organisationnelle et qui sont liés à des résultats stratégiques. Cette perspective s'intéresse aux activités dites

« micro ». Ces activités, même si elles sont souvent invisibles pour la recherche traditionnelle en stratégie, ont des conséquences pour les organisations et pour ceux qui y travaillent. Johnson et al. (2003) ne s'intéressent pas seulement aux activités quotidiennes des individus mais aussi à ce que ces derniers font de manière occasionnelle pendant les réunions de direction ou dans d'autres épisodes (Hendry et Seidl 2003) qui contribuent au développement de la stratégie. L'accent est mis sur ce que les individus font en relation avec la stratégie (ce que les chercheurs appellent « le micro ») et sur le contexte dans lequel se réalisent les activités des individus.

Selon Gerry et al. (2007), il existe des raisons économiques, théoriques et empiriques qui justifient l'intérêt pour ce que les individus font en lien avec les stratégies des organisations.

Au niveau économique, les marchés deviennent ouverts, communs, les ressources échangeables, l'information disponible et le travail mobile. Dans un environnement concurrentiel, les comportements interactifs des individus dans les organisations deviennent un avantage durable. Les théoriciens de l'approche sur les ressources l'appellent « ressources micro ». L'hôpital public exerce ses missions dans un environnement caractérisé par une concurrence interhôpitaux mais aussi une concurrence avec le secteur privé. Le développement de grands groupes de cliniques privées peut attirer des médecins notamment les chirurgiens de l'hôpital public. Le financement en fonction de l'activité réalisée avec la tarification à l'activité (T2A) est un élément qui accentue la concurrence entre le secteur public et privé. Chacun essayant de recruter le maximum de patients.

La réponse à la concurrence est d'aller vers plus de décentralisation. Les décisions stratégiques sont prises et l'influence stratégique est exercée par ceux qui sont proches des consommateurs, des clients ou des compétences organisationnelles (Zenger et Hesterley 1997 ; Wittington et al., 1999), par ceux qui sont à la périphérie des organisations plus qu'à son centre. Au sein de l'hôpital public, ce sont les médecins qui sont sur le terrain, qui soignent et qui sont proches des clients (si on peut considérer les patients comme des clients).

L'apport de l'approche pratique au niveau théorique se justifie par le nombre des travaux empiriques explorant la forme des activités et la façon dont elles contribuent à l'atteinte d'un avantage compétitif. La théorie évolutionniste souligne l'importance de la variété d'activités générées au niveau micro qui peuvent avoir des effets macro. Néanmoins, elle n'examine pas l'origine des capacités dynamiques dans ces niveaux et ne s'intéresse qu'aux routines

systématiques, documentées et observables au niveau des organisations considérées comme des « boîtes noires » d'activités.

Les théories institutionnalistes reconnaissent leur tendance à mettre l'accent sur le comportement des organisations en tant qu'entités, sur la nature et les effets de leurs parties formelles et collectives (Tolbert et Zucker, 1996). Elles s'intéressent à la façon dont les individus sont considérés au sein des normes et règles distinctement du rôle qu'ils jouent dans la création de telles normes et règles.

Au niveau empirique, plusieurs exemples peuvent être cités pour confirmer l'intérêt de mobilier l'approche pratique. À titre d'exemple, l'étude de la relation entre la performance et la structure multi-divisionnelle de l'entreprise (Whittington, 2002) nécessite l'étude des activités impliquées dans la création et l'implémentation de ce type de structures. Un autre exemple concerne le processus stratégique. Ce processus reconnaît l'importance des politiques organisationnelles (Pettigrew, 1977) et les tensions organisationnelles (Normann, 1977). Mais les études de processus s'intéressent aux systèmes et processus des organisations comme des unités d'analyse (Chakravarthy et Doz, 1992 ; Chakravarthy et White, 2002) et négligent la pratique qui se trouve au sein de tels processus (Brown et Duguid, 2000). La planification stratégique, par exemple, comme processus stratégique s'intéresse aux liens entre la présence de telle planification et les résultats de performance de la firme (Miller et Cardinal, 1994). Elle néglige entièrement les activités impliquées dans une telle planification.

3.2.2. Les caractéristiques de la perspective pratique

Mettre l'accent sur l'importance de ce que font les individus implique un intérêt non seulement pour la firme et sa performance mais aussi pour les acteurs, les outils qu'ils utilisent, leurs pratiques dans le développement de la stratégie. Cette perspective implique de s'écarter des perspectives qui s'intéressent uniquement à un seul niveau d'analyse et à un type d'acteurs.

La pluralité est une caractéristique fondamentale qui distingue la recherche suivant une approche pratique. Cette approche met l'accent sur la pluralité des niveaux d'analyse, des acteurs, des variables dépendantes et des théories.

En ce qui concerne les niveaux d'analyse, la recherche selon la perspective pratique s'intéresse à différents niveaux et surtout aux relations entre ces niveaux. Elle s'intéresse aux

sous-processus au niveau organisationnel pour investiguer ce qui se passe dans l'organisation. Elle va au-delà de ces processus pour interroger la manière dont les pratiques et les outils proviennent de l'environnement de l'entreprise, extérieur à la firme (niveau macro) (Molloy et Whitington, 2005). Au lieu de considérer tous ces éléments (extérieurs à la firme) comme un phénomène systématique au niveau organisationnel (routines ostensives), il faut aussi reconnaître leur malléabilité en référence à la façon dont ils sont adoptés (routines performatives). On s'intéresse donc aussi au comportement des individus dans la mesure où il influence les résultats de la stratégie.

L'intérêt porté par l'approche pratique à la pluralité des acteurs la distingue de la recherche traditionnelle en stratégie qui tend à s'intéresser aux responsables et aux managers supérieurs (top management). Leurs visions et leurs opinions sont considérées comme une position stratégique de la firme ou comme la rationalité de la stratégie (Hambrick et Mason, 1984). De ce fait, ils sont considérés comme des décideurs stratégiques. Plusieurs recherches en processus stratégique démontrent que cette image est fausse. Le développement de la stratégie ne dépend pas d'un individu ou d'un petit groupe (Pettigrew, 1977, 1985 ; Mintzberg et al., 1976 ; Johnson, 1987). Il existe des influences comme celles des managers intermédiaires, des consultants et des banquiers investisseurs.

L'approche pratique met également l'accent sur la pluralité des variables dépendantes. March et Sutton (1997) soulignent les dangers et les limites des études qui cherchent à expliquer la performance organisationnelle par des mesures uniques et qui supposent une relation de causalité entre variables explicatives. La performance organisationnelle peut être appréhendée à différents niveaux. Il y a peu de sens d'essayer d'expliquer la performance des firmes si on ne comprend pas bien les composantes de cette performance. Ainsi, une notion étendue de « variables dépendantes » de la performance est requise.

La perspective pratique soutient la valeur explicative de la performance par les individus, par leur interaction et leur adoption des pratiques institutionnelles et organisationnelles. De telles variables « dépendantes » incluent la faculté des individus à comprendre les questions stratégiques et à influencer les décisions stratégiques, l'importance de l'individu mais aussi des groupes et leur interaction. Il est pertinent de s'interroger sur la nature des outils analytiques, des systèmes de planification ou des épisodes stratégiques tels que les réunions

de direction ou les séminaires stratégiques et la manière dont ils affectent le développement des stratégies prévues (ou voulues) ou réalisées (Mintzberg et Waters, 1985).

Pour conclure, l'approche pratique pose la question de la possibilité de comprendre la complexité qui nous intéresse dans l'étude des pratiques et de l'action avec un angle théorique singulier. Elle s'interroge sur la nécessité d'employer multiples angles théoriques.

3.3. Le positionnement paradigmatique de la perspective pratique

Dès le début des années 1980, les chercheurs se revendiquant d'une tradition de recherche alternative en contrôle de gestion ont fait preuve de réflexivité. Leurs travaux questionnent notamment la focalisation sur un paradigme, marqué par la théorie de la contingence et la théorie de l'agence, et donc sur une vision influencée par la sociologie fonctionnaliste et l'économie néoclassique. Hopper et Powell (1985) utilisent la typologie proposée par Burrell et Morgan (1979) pour identifier les courants les plus présents dans les recherches en contrôle de gestion.

Afin de faciliter le processus de création et d'évaluation de la recherche en contrôle de gestion, certains chercheurs ont proposé une classification de la recherche en contrôle de gestion suivant des hypothèses philosophiques, telle que l'ontologie, l'épistémologie et la méthodologie.

S'inspirant du modèle initié par Burell et Morgan (1979), Hopper et Powell (1985) utilisent une perspective avec deux extrémités « subjective et objective » pour élaborer une taxonomie de la recherche en contrôle de gestion. Leur modèle est fondé sur deux dimensions indépendantes pour regrouper les théories. La première concerne les postulats relatifs à la nature des sciences sociales et la seconde met l'accent sur la nature de la société.

La première oppose l'approche subjective et l'approche objective au niveau de quatre caractéristiques : l'ontologie, l'épistémologie, la nature humaine et la méthodologie. La seconde oppose les postulats caractérisant l'ordre, le consensus, l'intégration et la cohésion dans la société aux postulats qui caractérisent le conflit, le changement radical et les contradictions (Audet et Larouche, 1988).

3.3.1. Subjectivisme versus objectivisme

L'*ontologie* concerne la nature de la réalité. Le monde social, avec ses structures, peut être considéré comme ayant une existence empirique, concrète indépendante (et externe) de la cognition des individus. Il s'agit d'une position *objectiviste*. A contrario, l'ontologie *subjectiviste* (conscience individuelle) conçoit la réalité comme étant le produit de la conscience individuelle. Le monde social externe consiste simplement en des concepts et des labels créés par les individus pour les aider à comprendre la réalité et négocier une conception partagée de sa nature avec les autres (Hopper et Powell, 1985). Cette ontologie subjective assume que la réalité est une construction mentale intangible. Elle existe dans l'esprit et la mémoire de l'individu.

L'*épistémologie* renvoie à la nature de la connaissance, aux formes qu'elle prend et à la manière dont elle peut être obtenue et transmise (Hopper et Powell, 1985). Gill et Johnson (2002) définissent l'épistémologie comme « la branche de philosophie qui s'intéresse à l'étude des critères qui nous permettent de déterminer ce que constitue ou pas une connaissance valide et justifiée ». La vision *objectiviste* de l'épistémologie présuppose que la connaissance peut être acquise à travers l'observation et construite peu à peu de manière fragmentée (Hopper et Powell, 1985). Le résultat était qu'il est possible d'accéder au monde objectivement et qu'il existe une théorie du langage observationnel neutre. Le point de vue de l'épistémologie *subjectiviste* réfute la possibilité de l'observation neutre. Pour Hopper et Powell (1985), le monde social ne peut être compris que par la première connaissance acquise du sujet étudié.

La *nature humaine* est liée aux relations entre les êtres humains et leur environnement (Hopper et Powell, 1985). Le comportement humain peut être compris de manière déterministe (*objectiviste*) qui traite les individus comme des entités irréfléchies sous l'influence des forces externes. Le comportement et les expériences des individus sont considérés comme complètement déterminés et contraints par leur environnement externe. Pour la vision *subjectiviste*, les individus peuvent être vus comme des êtres potentiellement autonomes, libres de volonté et capables de créer leur propre environnement (Hopper et Powell, 1985). Selon Johnson et Cassell (2006), l'être humain est un agent capable de faire des choix et d'interpréter différentes situations.

Les trois dimensions (ontologie, épistémologie et nature humaine) ont des impacts directs sur la *méthodologie*. La méthodologie se réfère aux façons dont sont élaborés des principes, des « lois », des recueils d'informations et à l'interprétation de celles-ci (Audet et Larouche, 1988). Le débat méthodologique se situe entre la méthode idéographique (qualitative) qui est subjective et la méthode nomothétique (quantitative).

Pour Ryan et Scapens (2002), quand la réalité est considérée comme concrète et *objective* et que le comportement humain est *déterministe*, la connaissance est produite à travers l'observation. Dans ce cas, la méthode positiviste est appropriée. Selon Hopper et Powell (1985), si le monde social est traité comme le monde physique ou naturel, les méthodes des sciences naturelles sont utilisées pour expliquer les modèles sociaux et prédire les régularités. Ainsi, les techniques statistiques sont souvent utilisées pour tester les hypothèses et analyser les données collectées à travers des instruments de recherche classiques tels que les questionnaires et les enquêtes.

En revanche, dans le cas où l'accent est mis sur les expériences *subjectives* des individus et sur la création du monde social, la connaissance est acquise à travers l'interprétation du monde (Hopper et Powell, 1985 ; Chua, 1986). Les méthodes qui permettent un aperçu du monde intérieur de l'individu sont privilégiées telles que l'observation participante et les entretiens approfondis (Hopper et Powell, 1985). La méthode idéographique (qualitative) repose sur l'implication dans les situations quotidiennes de la vie sociale (biographie, journal, agenda, etc.) (Audet et Larouche, 1988).

3.3.2. Régulation versus changement radical

La deuxième dimension du cadre développé par Burell et Morgan (1979) s'intéresse à la nature de la société. Cette dimension porte sur deux approches différentes que les chercheurs peuvent adopter par rapport à la société. Elle oppose les postulats caractérisant l'ordre, le consensus, l'intégration et la cohésion dans la société à ceux qui caractérisent le conflit, le changement radical et les contradictions.

La première concerne la « *régulation* », l'ordre et la stabilité et tente d'expliquer pourquoi la société tend à se maintenir ensemble. L'analyse de la régulation tente d'expliquer la société en termes d'unité, d'ordre, de cohésion et d'équilibre (Audet et Larouche, 1988).

Pour la seconde approche, les chercheurs sont intéressés par les conflits, les inégalités et la distribution inégale du pouvoir dans la société. Par conséquent, les chercheurs sont intéressés par le « *changement radical* » potentiel (Burell et Morgan, 1979 ; Hopper et Powell, 1985). Contrairement à la sociologie de la régulation, la sociologie du changement radical tente d'expliquer la société en termes de conflit, de domination, de paradoxes et de changements structurels profonds (Audet et Larouche, 1988).

Hopper et Powell (1985) soutiennent que même si les deux positions (objective versus subjective) sont analytiquement distinctes, il existe souvent des relations ou des liens solides entre elles. Burell et Morgan (1979) les intègrent dans une dimension « objective-subjective » où une extrémité met l'accent sur la nature objective de la réalité, de la connaissance et du comportement humain, l'autre extrémité soulignant les aspects subjectifs. Sur l'axe concernant la nature des sciences sociales, il doit y avoir un fort degré de congruence entre les quatre caractéristiques pour qu'il y ait existence d'une théorie. En revanche, pour ce qui est de la nature de la société, l'axe régulation-changement n'est pas totalement étanche. En effet, une théorie peut emprunter des éléments aux deux positions extrêmes qui apparaissent sur ce continuum (Audet et Larouche, 1988).

3.3.3. Le positionnement de la théorie de la pratique dans les paradigmes en sciences sociales et la recherche en contrôle de gestion

En combinant les deux dimensions (nature des sciences et nature de la société), Burell et Morgan (1979) obtiennent quatre cadres de référence : fonctionnaliste, interprétatif, humaniste radical et structuraliste radical. Ces termes sont utilisés par Burell et Morgan pour catégoriser la recherche en organisation.

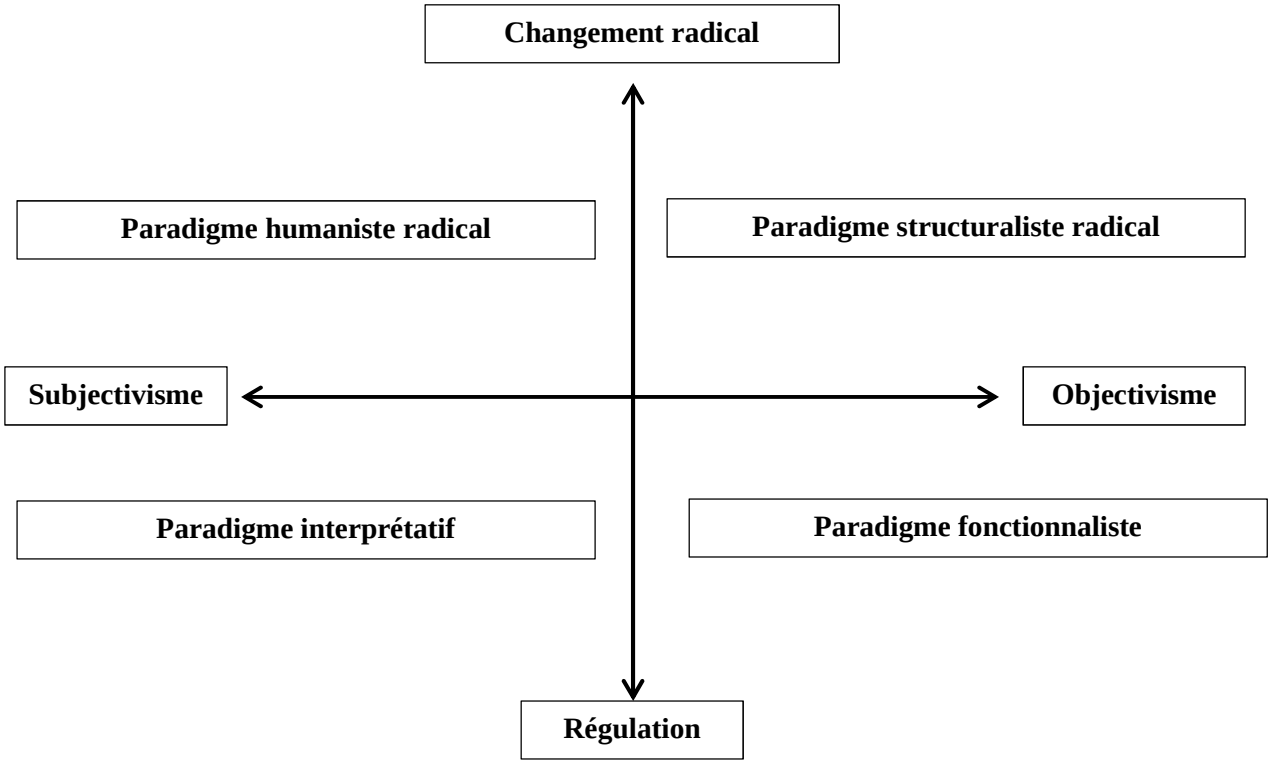


Figure 1 : Les paradigmes sociologiques en contrôle (Hopper et Powell, 1985)
(adapté de Burell et Morgan, 1979)

Chua (1986) met en évidence des postulats implicites des recherches en contrôle comme le savoir, la réalité physique et sociale et les liens possibles entre théorie et pratique. Cette démarche lui permet de proposer une typologie des recherches en contrôle : le courant dominant, la démarche interprétative et le courant critique.

Le tournant critique s'est largement développé à partir des années 1980. Dans le cadre de la conférence IPA[47] qui a eu lieu à Manchester en 1985, l'objectif était de « questionner l'image du contrôle comme une technique neutre qui reflète la base théorique et pratique des recherches existantes » et de « développer de nouveaux thèmes de recherches sur la manière dont le contrôle affecte et est affecté par les conditions économiques, politiques et sociales et de fournir un espace pour les recherches interdisciplinaires et critiques » (Gendron et Baker, 2001, p. 17).

[47] Interdisciplinary Perspectives on Accounting

Ryan et Scapens (2002) présentent une taxonomie de la recherche en contrôle de gestion inspirée du modèle proposé ci-dessus par Hopper et Powell (1985). Ils positionnent les deux premières catégories de recherche en contrôle à savoir la recherche dominante et la recherche interprétative en faisant référence respectivement au courant fonctionnaliste (objectiviste) et interprétatif (subjectiviste). Ils positionnent aussi le courant dit « critique en recherche en contrôle » entre le structuralisme radical, l'humanisme radical du côté du changement radical sur l'axe concernant la nature de la société.

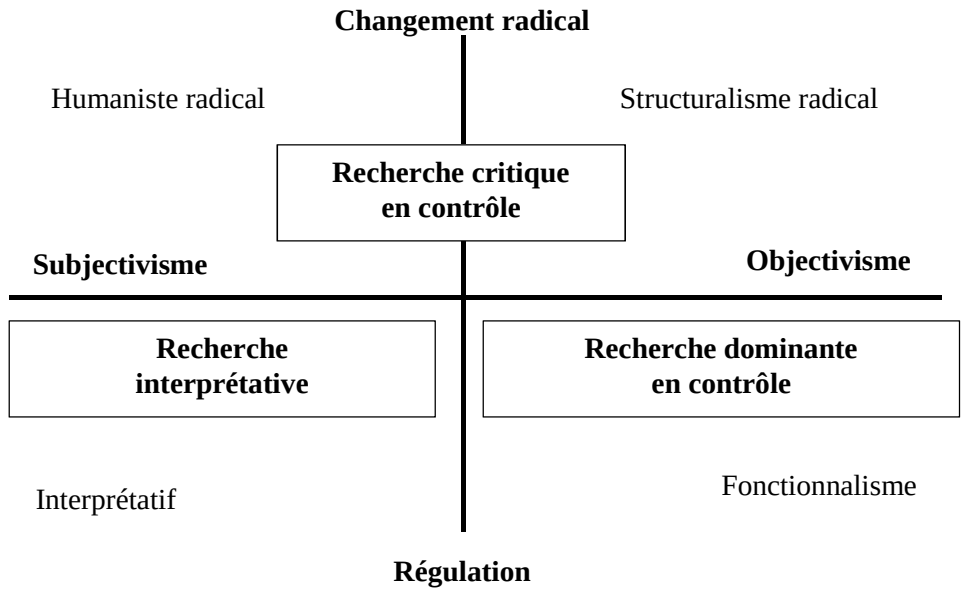


Figure 2 : Taxonomie de la recherche en contrôle de gestion
(Ryan et Scapens, 2002)

La recherche dominante en contrôle de gestion met l'accent sur la fonction du contrôle de gestion. Cette catégorie de recherche présente les caractéristiques suivantes : une vision objective du monde, le comportement individuel est déterministe, l'utilisation de l'observation empirique et une méthodologie de recherche positiviste (Hopper et Powell, 1985 ; Chua, 1986 ; Ryan et Scapens, 2002 ; Andon et baxter, 2007 ; Tuttle et Dillard, 2007). Ainsi, la recherche dominante en contrôle de gestion est fondée sur un ensemble d'hypothèses philosophiques fondé sur des perspectives instrumentalistes et positivistes. Ces hypothèses sont caractérisées par la « croyance » ontologique concernant un monde généralisable en attente d'être découvert (Laughlin, 1995 ; Baker et Bettner, 1997).

Le paradigme fonctionnaliste représente le courant de recherche dominant en contrôle de gestion. Son fondement théorique se situe au niveau de la théorie économique néoclassique de l'organisation (Wickramasinghe et Alawattage, 2007). La vision économique néoclassique fournit un cadre qui considère le contrôle de gestion comme un ensemble de « pratiques de calcul » qui aident à la prise de décision. Les théories fonctionnalistes du contrôle de gestion, développées à partir de la théorie économique néoclassique et la théorie de l'organisation, englobent la théorie du coût de transaction, la théorie de l'agence et la théorie de la contingence.

La théorie du coût de transaction soutient que la coordination managériale dans les organisations est la clé pour faire des économies et pour être efficient (Coase, 1998). Le rôle du contrôle de gestion est de réduire les coûts de cette coordination managériale. La théorie de l'agence a pour but de formuler les relations entre les « principaux » et les « agents » à travers lesquelles les agents sont motivés pour agir dans l'intérêt du principal. Le rôle du contrôle de gestion est de résoudre les problèmes de divergence d'intérêts entre les « agents » et les « principaux » par le développement des modèles d'évaluation des performances, de contrôle, de prise de décision et des systèmes de rémunérations adaptés (Rutherford, 1994). Enfin, la théorie de la contingence est fondée sur l'approche du système ouvert qui étudie l'organisation et ses sous-systèmes en référence à leur large environnement. En conséquence, la théorie de la contingence conçoit les pratiques de contrôle de gestion comme une tentative de faire correspondre les propriétés organisationnelles et les circonstances internes et externes (Groot et Lukka, 2000).

En ce qui concerne les recherches interprétatives, l'idée est que les pratiques sociales, incluant le contrôle de gestion, ne sont pas des phénomènes naturels. Les études interprétatives sont fondées sur l'idée que les pratiques de contrôle sont socialement construites et peuvent être changées par les acteurs sociaux (Burrell et Morgan, 1979 ; Hopper et Powell, 1985 ; Kakkuri-Knuuttila et Lukka, 2007). La perspective interprétative en recherche en contrôle de gestion a pour objectif d'interpréter et de comprendre le contrôle de gestion comme une pratique sociale (Ryan et Scapens, 2002 ; Kakkuri-Knuuttila et Lukka, 2007).

Ryan et Scapens (2002) soutiennent qu'une étude interprétative en contrôle de gestion nécessite une investigation des pratiques en tenant compte des contextes historiques, économiques, sociaux et organisationnels.

Hopper et Powell (1985) soulignent que l'utilisation des méthodes de recherche interprétatives pour étudier comment les significations du contrôle sont socialement générées et soutenues, permet d'obtenir une meilleure compréhension du contrôle. Baxter et Chua (2003) ; Ryan et Scapens (2002) citent des exemples d'approches interprétatives appliquées en contrôle de gestion telles que la théorie de structuration de Giddens, la théorie institutionnelle et l'approche de Latour.

La troisième catégorie de recherche, à savoir la recherche critique, conçoit la société comme un ensemble d'éléments contradictoires soutenu par des systèmes de pouvoir qui conduisent à des inégalités et à l'aliénation dans tous les aspects de la vie. Cette perspective met l'accent sur le développement de la compréhension du monde social et économique afin de fournir une critique sociale et promouvoir le changement dans la société (Hopper et Powell, 1985). Une des critiques de cette perspective à l'égard de l'approche interprétative est que cette dernière n'incorpore pas le changement social. Baker et Bettner (1997) concluent que la grande différence entre une étude interprétative et une étude critique est que cette dernière s'intéresse aux implications politiques, sociétales de la recherche.

La différence principale entre la recherche interprétative et la recherche critique est que la première vise la compréhension du monde alors que la seconde ajoute un élément de critique sociale et le besoin de changement dans l'agenda de recherche.

En conclusion, la recherche dominante en contrôle de gestion suppose que le chercheur soit un observateur neutre et objectif du phénomène étudié. Le chercheur tente de mesurer les associations entre des variables pertinentes afin de produire des prédictions concernant le phénomène en question. En revanche, les deux autres approches, interprétative et critique (approches alternatives), rejettent la vision positiviste des chercheurs. L'étude des sciences sociales n'est pas objective.

La théorie de la pratique, telle que décrite par Ortner (1984, 2006), « cherche à expliquer la (les) relation(s) entre l'action humaine, d'une part, et une entité globale que nous appelons le « système », de l'autre ». L'approche vise à résoudre l'antinomie entre les approches structuralistes et les approches traditionnelles telles que l'individualisme méthodologique qui tentent d'expliquer les phénomènes sociaux à partir des actions individuelles. La théorie de la pratique cherche une voie médiane entre les excès de l'individualisme méthodologique (explication des phénomènes sociaux sur le fondement des actions individuelles) et ceux de

l'holisme méthodologique (explication des phénomènes au moyen des structures ou des ensembles sociaux). Les théoriciens de la pratique dépassent la théorie sociale anciennement divisée entre, d'une part le microréductionnisme des approches théoriques individualistes qui se concentrent sur les activités des individus, et d'autre part des macroréifications défendues par les tenants de l'holisme, qui croient grandement en le pouvoir des systèmes et structures sociales abstraites (Schatzki 2002). Les théoriciens de la pratique prennent en compte la micro-activité et le macrocontexte.

À travers le concept d'habitus, Bourdieu (1987, p. 43) veut dépasser l'opposition entre l'objectivisme et le subjectivisme, entre individu et société : « l'opposition tout à fait absurde scientifiquement, entre individu et société, que la notion d'habitus en tant que social incorporé, donc individué, vise à dépasser ». Bourdieu (1980, p. 92) ajoute : « l'habitus n'est difficile à penser qu'aussi longtemps qu'on reste enfermé dans les alternatives ordinaires, qu'il vise à dépasser, du déterminisme et de la liberté, du conditionnement et de la créativité, de la conscience et de l'inconscient ou de l'individu et de la société ».

À l'instar de Bourdieu, Giddens (1984), à travers la théorie de la structuration, veut dépasser le dualisme existant entre l'objectivisme, qui met l'accent sur la société, et le subjectivisme qui focalise sur l'individu. Deux concepts qui ressortent de son examen de la tradition sociologique. Giddens (1984) juge ces deux perspectives antagonistes et les présente comme deux impérialismes. Il qualifie l'objectivisme d'« impérialisme de l'objet sociétal » et le subjectivisme d'« impérialisme du sujet » (Giddens, 1984, p. 50). Giddens substitue le concept de dualité de la structure à celui de dualisme. La dualité signifie que les structures sociales sont à la fois constituées par l'action humaine (agence) et sont en même temps le « medium » de cette constitution. Les structures sont à la fois le medium et le résultat de la conduite des agents, qu'ils organisent de façon récursive (Macintosh et Quattrone, 2010). La structure sociale est définie comme « des règles et ressources, ou ensemble de relations de transformation, organisées en tant que propriétés de systèmes sociaux » (Giddens, 1987, p. 74). Les structures font référence à un ensemble de règles et de ressources sur lesquels les acteurs s'appuient pour la production et la reproduction de l'activité sociale.

La théorie de la pratique ne rejette ni l'approche objectiviste ni l'approche subjectiviste. Son projet vise à les réconcilier. Comme présenté plus haut, la différence entre la perspective critique et l'approche interprétative est que cette dernière n'incorpore pas le changement

social. De ce fait, le positionnement paradigmatique de la théorie de la pratique se trouve au croisement, d'une part, des approches objectivistes et des approches subjectivistes et d'autre part entre le changement radical et la régulation. Nous positionnons la théorie de la pratique dans la taxonomie de la recherche en contrôle de gestion proposée par Ryan et Scapens (2002) comme suit :

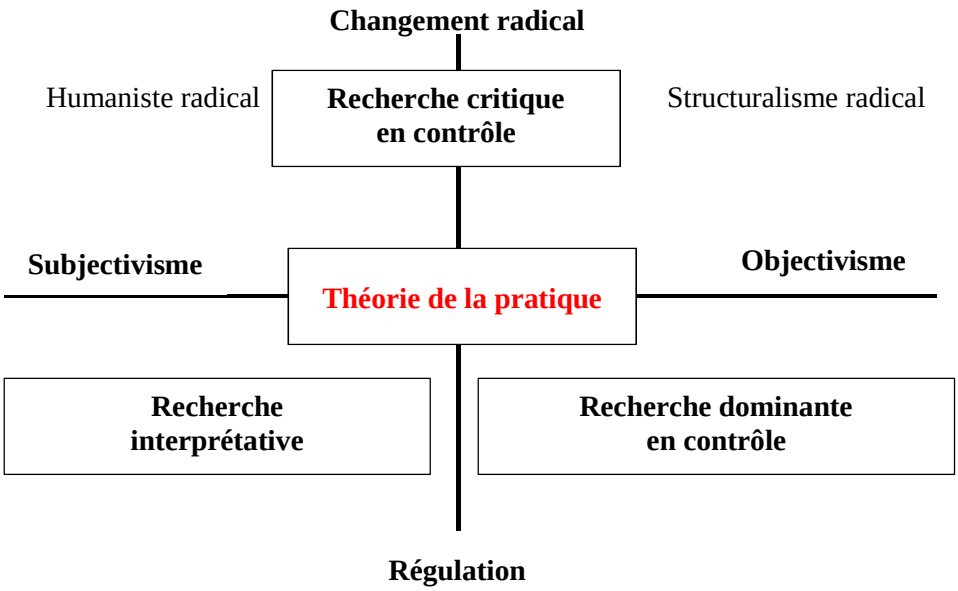


Figure 3 : Taxonomie de la recherche en contrôle de gestion
(Ryan et Scapens, 2002)

Pour conclure, nous reprenons la classification et la description, proposées par Chua (1986), des hypothèses majeures relatives à chaque courant (dominant, interprétatif et critique). Cette catégorisation résume les principaux points au regard des postulats épistémologiques (nature de la connaissance), ontologiques (nature de la réalité, physique ou sociale) et le lien entre la théorie et la pratique.

Nous présentons dans ce qui suit les hypothèses du courant de recherche dominant, de la recherche interprétative et de la recherche critique telles qu'elles sont définies par Chua (1986) et Ryan et Scapens (2002).

	Recherche dominante	Recherche interprétative	Recherche critique
a) Nature de la connaissance	La théorie et l'observation sont indépendantes l'une de l'autre. L'analyse des données doit être fondée sur les méthodes quantitatives permettant les généralisations	La théorie est utilisée pour fournir des explications des intentions humaines. L'adéquation d'une théorie est évaluée via la cohérence logique, l'interprétation subjective et les interprétations de bon sens. Dans ce type de recherche, l'étude ethnographique, les études de cas et l'observation participante sont les méthodes de recherche les plus adéquates pour investiguer le monde quotidien des acteurs.	Les critères pour juger la théorie sont temporels et limités par le contexte. La recherche historique, ethnographique et les études de cas sont les méthodes de recherche les plus appropriées pour une recherche critique.
b) Nature physique et sociale de la réalité	La réalité empirique est objective et externe au sujet (et au chercheur). Les êtres humains sont des objets passifs qui poursuivent rationnellement une maximisation de l'utilité. La société et les organisations sont simplement stables et le comportement dysfonctionnel peut être géré à travers la conception de systèmes de contrôle adéquats.	La réalité est socialement créée et objectivée à travers l'interaction humaine. Toutes les actions humaines ont une signification et une intention. Elles sont conçues dans le contexte social et historique. De plus, l'ordre social est supposé et l'ensemble commun de croyance et de valeur est le médiateur lors des conflits.	La réalité empirique existe et est objective, mais elle est transformée et reproduite à travers l'interprétation subjective. L'intention humaine et la rationalité sont acceptées, mais doivent être analysées de manière critique car le potentiel humain est soutenu par une conscience et une idéologie fausses. En outre, il est supposé que le conflit est courant dans la société en raison de l'injustice sociale qui restreint la liberté humaine.
c) Relation entre la théorie et la pratique du contrôle	Le contrôle est lié aux moyens, pas les fins. La théorie peut être une valeur neutre et les structures institutionnelles existantes sont considérées comme acquises.	La théorie du contrôle vise l'explication de l'action et la compréhension de la manière dont l'ordre social est produit et reproduit.	La théorie joue un rôle important dans le processus d'identification et d'élimination des pratiques idéologiques de domination.

Certes, cette catégorisation faciliterait la discussion autour de la recherche en contrôle de gestion mais il n'en demeure pas moins que la différence entre les paradigmes n'est ni claire ni simple. D'ailleurs, Ahrens et Becker (2008) discutent la difficulté de définir la recherche interprétative et la différencier des autres positions en recherche en contrôle de gestion.

Section 4 : le contrôle de gestion « as practice »

Le processus traditionnel de recherche, notamment en stratégie, a ignoré l'importance de ce que font les individus. Un mouvement et un intérêt pour le « FAIRE » émergent à travers, notamment, le « tournant pratique » en sciences sociales avec Bourdieu (1980) et Giddens (1984). Si le champ de la recherche s'est éloigné de l'intérêt pour ce que les individus font, la « stratégie comme pratique », par exemple, et donc la théorie de la pratique en général cherche à remettre cet intérêt au niveau central.

Le mouvement dans le champ de recherche en stratégie vers la question de ce que font les individus en lien avec la stratégie ou les organisations est amorcé à partir des années 1970. Il connaîtra une rapide évolution durant les trois décennies qui ont suivi. L'objectif est de s'intéresser au « comment » dans son lien avec la stratégie. Selon Whittington (2003), ce n'est pas pour ignorer le pourquoi mais parce que nous nous intéressons sérieusement à la pratique du « management stratégique », nous nous intéressons à l'accomplissement de la stratégie comme une pratique du management stratégique. L'objectif n'est pas seulement d'aider les managers dans leurs réflexions stratégiques mais de développer la pratique du management stratégique.

Dans le domaine de la stratégie, l'intérêt croissant pour les micros dynamiques de l'accomplissement de la stratégie peut être observé notamment à travers les travaux de Jarzabkowski et al. (2007) et Whittington (2006). Ces auteurs ont adopté la notion d'« accomplissement de la stratégie (strategising) » comme un raccourci pour les diverses activités à travers lesquelles des idées et des objectifs stratégiques, plutôt abstraits, sont interprétés et adoptés par les membres de l'organisation. Ces derniers, à leur tour, forment (façonnent) et développent ces idées (Jorgensen et Messner, 2010). La notion de « strategising » est devenue l'emblème de l'intérêt porté à la manière détaillée dont la stratégie est pratiquée dans les opérations quotidiennes d'une organisation (Jarzabkowski et al. 2007).

À la lumière de la place accordée à la pratique dans le champ de recherche en stratégie, la question fondamentale en matière de contrôle de gestion concerne la manière dont le contrôle de gestion peut être étudié à travers les pratiques. La recherche en stratégie est la première à s'être appuyée sur l'approche pratique donnant ainsi naissance à une perspective appelée

« stratégie comme pratique » (en anglais strategy-as-practice). La recherche en contrôle de gestion reste encore embryonnaire dans l'utilisation de la démarche entreprise par la recherche en stratégie. Néanmoins, la littérature recense des travaux qui ont adopté l'approche pratique pour étudier le contrôle de gestion.

À l'instar de la recherche en stratégie, nous identifierons ces travaux par « contrôle de gestion as practice ». Nous présentons dans ce qui suit les fondements de cette approche « as practice » en contrôle de gestion et la manière dont elle conçoit la recherche en contrôle de gestion avec un prisme pratique.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'étude du « contrôle de gestion comme pratique » (Ahrens et Chapman, 2007). La littérature concernant le contrôle de gestion comme pratique a beaucoup focalisé sur la pratique du contrôle au service de la stratégie organisationnelle ou sur la relation entre le contrôle de gestion et la stratégie. Ces études nous offrent un large champ permettant de définir le contrôle de gestion « as practice ».

Le contrôle de gestion « as practice » mesure et rapporte des informations financières aussi bien que d'autres types d'information destinés en premier lieu à assister les managers dans la réalisation des buts de l'organisation (Bhimani et al., 1999). Les activités des managers apparaissent sous forme de chaîne d'action incorporées dans les pratiques de contrôle de gestion. Aussi, les pratiques de contrôle de gestion requièrent l'identification, la génération, la présentation, l'interprétation et l'utilisation d'informations pertinentes pour la formulation la stratégie, pour les activités de planification et de contrôle, la prise de décision, l'utilisation efficiente des ressources, l'amélioration de la performance, la sauvegarde des actifs, la gouvernance de l'entreprise et pour le contrôle interne (CIMA[48], 2000, p. 3). Ces actions sont contenues dans la structure téléo-affective[49] de la pratique du contrôle de gestion (c'est-à-dire, l'utilisation efficiente des ressources, l'évaluation de la performance).

Ahrens et Chapman (2007) s'appuient sur l'approche de Schatzki pour analyser le contrôle de gestion dans une chaîne de restaurant britannique. Selon les deux auteurs, le contrôle de

[48] Chartered Institute of Management Accounting

[49] Schatzki (2002), la structure téléo-affective fait partie des quatre éléments qui relient les activités pour former une pratique. Il définit la structure téléo-affective comme un ensemble hiérarchisé et ordonné de buts, de projets et de tâches vers lesquels une pratique est orientée. Les trois autres éléments sont : les règles, les compréhensions générales et les compréhensions pratiques

gestion émerge comme un effort continu pour aligner les pratiques des acteurs au sein du restaurant sur les objectifs financiers et stratégiques globaux de l'organisation.

Les managers du restaurant et leur responsable hiérarchique discutent différentes alternatives d'action et les évaluent en donnant sens à la manière dont ces actions se rapportent aux priorités stratégiques de l'entreprise et aux conséquences qu'elles impliquent. Par exemple, Ahrens et Chapman décrivent la pratique de « conception de menu » et la manière dont elle est intrinsèquement liée aux considérations concernant la marge sur les aliments que chaque menu doit plus au moins atteindre.

Les questions de la profitabilité sont mêlées à des décisions opérationnelles dans le sens où « le plat et sa présence calculatoire dans le tableur se constituent mutuellement durant le processus de conception de menu » (Ahrens et Chapman, 2007, p. 15). L'information financière, dans une pratique, n'est pas utile pour tout mais elle est considérée comme un simple paramètre (Ahrens et Chapman, 2007, p. 21). Dans la majorité des cas, elle a besoin d'être contextualisée en la reliant aux messages stratégiques et aux activités opérationnelles. Comme les activités opérationnelles sont discutées au regard de l'information financière et des messages stratégiques, les managers s'engagent concomitamment dans le « strategising » et le « contrôle » (dans le sens de l'accomplissement de la stratégie et du contrôle).

Les efforts des managers en local pour améliorer la profitabilité de leur restaurant sont « guidés par des impératifs financiers et stratégiques annoncés par le management supérieur » (Ahrens et Chapman, 2007, p. 21). Ainsi, la pratique du contrôle de gestion qui émerge au sein de l'entreprise n'est pas guidée que par les règles et les objectifs inscrits dans l'information comptable. Elle est aussi liée aux compréhensions générales des messages stratégiques de l'organisation et aux compréhensions pratiques que les managers ont des pratiques opérationnelles. Nous reviendrons dans le deuxième chapitre sur la définition que donne Schatzki (1996, 2001) aux compréhensions générales (general understanding) et aux compréhensions pratiques (practical understanding).

À l'instar d'Ahrens et Chapman (2007), d'autres auteurs ont analysé la pratique du contrôle de gestion selon la perspective de la théorie de la pratique. Ils se sont intéressés à la manière dont les acteurs réalisent des pratiques en poursuivant des objectifs organisationnels.

Vaivio (1999), par exemple, discute l'impact des chiffres comptables sur le discours autour du client dans une entreprise britannique de produits chimiques. Dans le cas de cette compagnie, la manière informelle, et souvent ad hoc, de gérer les clients a été, à un moment donné, remise en cause par une initiative visant plus la quantification du client et de ses besoins (voir, Jorgensen et Messner, 2010).

Avec l'introduction d'un ensemble d'indicateurs de performance non financiers, un nouvel « espace calculable » est créé permettant l'émergence d'une « nouvelle forme de connaissance fondée sur la clarté numérique » (Vaivio, 1999, p. 697). « Beaucoup de règles de la pratique opérationnelle, dans des domaines fonctionnels tels que l'ingénierie et les routines de facturation, ont été remodelées par cette connaissance formelle » (Vaivio, 1999, p. 702). Avec cette nouvelle démarche, l'influence du contrôle sur les domaines fonctionnels augmente et elle décroît sur la gestion des ventes.

Au fil du temps, le « client quantifié » fait face à une connaissance fondée sur les interprétations des besoins du client par les managers locaux des ventes (les commerciaux). Le point de vue des managers des ventes reconnaît la complexité du travail, l'ambiguïté des demandes des clients et l'instabilité de leurs préférences. Cette connaissance est fondée sur les qualités et les caractéristiques des clients particuliers et non sur leur représentation quantitative : « les chiffres représentant les clients deviennent douteux et parfois plus subtils qu'ils ne peuvent pas être quantifiés de manière significative » (Vaivio, 1999, p. 705).

Afin de mettre fin ou au moins atténuer cette controverse entre les deux modes de management, la compagnie a finalement réduit la taille de l'espace calculable et a décidé de le séparer fortement du management opérationnel. Le résultat est une forme « plus passive et non intrusive » de suivi et de contrôle.

À l'instar de Vaivio (1999), Mouritsen (1999) propose un débat similaire entre deux visions du contrôle de gestion. Ce débat n'est pas motivé par des questions autour du client mais par les coûts en étudiant le cas d'une entreprise (BusinessPrint). Cette entreprise fait face à un niveau important de coûts indirects de production. Les managers sont d'accord sur le fait que ce constat menace la rentabilité globale de l'entreprise. Le directeur général voit les coûts indirects à travers le système du contrôle (comptabilité) qui met l'accent sur les coûts variables (directs). De son point de vue, les coûts indirects représentent une somme forfaitaire qui résulte du degré élevé de la flexibilité de la production (voir, Jorgensen et Messner, 2010).

Le directeur général défend un système d'information comptable intégré qui pourrait aider à augmenter la visibilité sur le processus de production. Se faisant, il augmente la possibilité de planifier, surveiller, suivre et stabiliser la production, ce qui pourrait finalement aider à réduire les coûts indirects en réduisant la flexibilité.

Le manager de la production a un point de vue différent. S'il est conscient de la nécessité de gérer les coûts indirects, il considère que cela ne peut pas être réalisé à travers le renforcement de la planification et du suivi intégrés mais par des efforts pratiques de coordination (hands-on) en local. La coordination est donc atteinte par le discours, l'improvisation et le maintien d'un degré élevé d'autonomie dans l'atelier. Selon Mouritsen (1999, p. 38) « les coûts indirects représentent plus qu'une réduction de la rentabilité. Ils donnent une impulsion pour la redéfinition de ce que la flexibilité doit être, de ce que signifie être innovant et par conséquent de ce que signifie que de servir le client ». La question du contrôle axé sur les coûts est liée à des questions stratégiques majeures.

Mouritsen (1999, p. 39) explique qu'« il est difficile, si ce n'est en principe impossible, de produire une comptabilité qui trie et évalue les avantages et les inconvénients de la flexibilité. Bien que la performance comptable ait été mise à profit pour produire et encadrer le débat concernant la flexibilité, elle ne peut pas définir le niveau souhaitable de flexibilité. Elle a simplement permis le débat sur ses avantages et ses inconvénients. Le débat connecte les coûts indirects et la flexibilité mais fait un peu plus allusion aux conséquences possibles des différents modes et niveaux de flexibilité ».

En conclusion, si les arguments opérationnels et stratégiques sont fortement compatibles dans le cas du restaurant (Ahrens et Chapman, 2007), ils ne le sont pas automatiquement dans tous les environnements comme l'ont démontré Vaivio (1999) et Mouritsen (1999). Les conflits entre différents types de connaissance peuvent aboutir à des opinions différentes sur la meilleure manière de rendre compte de la pratique organisationnelle (Jorgensen et Messner, 2010). Selon Jorgensen et Messner (2010), Mouritsen (1999) illustre que cette pluralité de perspectives ne peut pas toujours être traduite dans un langage comptable. Vaivio (1999) montre que les efforts pour faire cette traduction peuvent être contestés sur le fondement du caractère imparfait de la comptabilité pour représenter les pratiques en question. Dans ce type de cas, le calcul économique est remplacé par des « politiques d'explication » (Mouritsen,

1999) où différents types d’apports sont en concurrence pour donner sens à l’opportunité d’un ensemble particulier de pratiques.

Résumé du 1er Chapitre

Les approches fonctionnalistes dans l'étude du contrôle de gestion présentent des limites quant à leur possible adaptabilité à l'hôpital public. La difficulté de leur adaptabilité est imputable, d'une part, aux hypothèses qui les sous-tendent mais également aux spécificités de l'hôpital public, de l'autre. L'approche bureaucratique, par exemple, conçoit l'organisation comme un système fermé. De ce fait, elle ne prend pas en compte l'influence du contexte et de l'environnement sur les systèmes de contrôle. Le deuxième aspect de l'approche bureaucratique est l'hypothèse que le contrôle est fondé sur des mécanismes formels en termes de règles, d'objectifs, de système de récompense et de standardisation. Cet aspect du contrôle suppose une homogénéité de la production avec possibilité de standardisation. La production de l'hôpital de par sa nature ne se prête pas à la standardisation. Il en va de même des autres approches.

Le modèle cybernétique est fondé sur trois hypothèses : l'existence de standards (normes) qui correspondent à la réalisation efficace et efficiente des objectifs de l'organisation, la « mesurabilité » des outputs et le calcul de ratios par rapport aux inputs. La comparaison des normes et des réalisations permet d'entreprendre les actions correctives. Le modèle cybernétique atteint ses limites dans une organisation comme l'hôpital. En effet, les trois hypothèses y sont difficilement toutes vérifiables : les standards n'existent pas, les productions ne sont pas mesurables et le « feedback » est difficile pour mettre en place les actions correctives. Comment fixer un standard de la prise en charge d'une pathologie ? Quel critère prendre en compte, la qualité, le coût (quand il est mesurable), la durée… ? Comment déterminer le coût de la prise en charge d'une pathologie ? À quoi faut-il le comparer ? Certes la T2A fournit certaines réponses puisque tous les séjours sont tarifés.

La diversité des activités médicales rend ses productions difficilement standardisables, la manière dont les médecins et les paramédicaux exercent leurs activités n'est pas comparable, les coûts sont moyennement mesurables (une pathologie peut avoir le même tarif en T2A mais pas le même coût). Aujourd'hui c'est le tarif T2A qui fait office de coût de revient et prix de vente. Ainsi, la meilleure manière d'étudier le contrôle de gestion est de s'intéresser à ce que font les médicaux et les paramédicaux sur le terrain. En effet, les soignants (médecins et cadres) détiennent le monopole des pratiques de production à l'hôpital. Ils sont également les seules à pouvoir influencer les facteurs qui impactent le volume de production

(le recrutement des patients, la sortie d'un patient pour l'hospitalisation d'un autre), les recettes (ce sont les médecins qui codent les actes des séjours remboursés) et ce sont eux qui sont à l'origine des dépenses liées à l'activité (prescriptions des actes de biologie et d'imagerie par exemple). L'intérêt de cette approche est d'investiguer les pratiques spécifiques à l'hôpital et qui peuvent être inscrites dans un système de contrôle de gestion.

Il ne suffit pas de mettre en place des normes de gestion en termes de production, d'analyse des coûts pour réussir une stratégie. Il n'est pas inutile de rappeler, comme nous l'avons présenté dans la première section de ce chapitre, que les approches dominantes ne mettaient pas l'accent sur l'interaction des acteurs. Or, l'hôpital public présente des spécificités majeures qui justifient la nécessité de prendre en compte les interactions dans la mise en place du contrôle de gestion. Ces spécificités concernent la nature de ses productions, le statut de ses acteurs, la nature de ses missions en tant que service public.

Au-delà des difficultés de mesure des outputs et de calcul des coûts, l'inadéquation des approches fonctionnalistes pour un système de contrôle de gestion à l'hôpital réside dans le manque de considération du rôle des acteurs. Un des apports de l'approche pratique par rapport aux approches fonctionnalistes est l'intérêt qu'elle accorde aux acteurs hospitaliers et à leurs interactions. Comme nous l'avons présenté plus haut, l'hôpital est géré par un directeur mais ce sont les médecins qui produisent l'activité qui elle-même induit des dépenses et génère des recettes. Comment donc doit être géré le partage d'informations entre ces deux groupes d'acteurs pour mettre en place des actions correctives en cas de besoin ? L'approche pratique s'intéresse à l'interaction entre les individus mais aussi aux significations que chacun donne à ce que fait l'autre et aux éléments du contexte. La T2A présente-t-elle le même enjeu pour un directeur et pour un médecin ?

L'approche pratique est plus adaptée à l'étude du contrôle de gestion au sein de l'hôpital public. Elle met en avant l'interaction et les pratiques plus que l'utilisation de modèles rationnels et économiques. Dans une entreprise privée, les objectifs sont fixés par le management supérieur et les ouvriers, au niveau opérationnel, appliquent les standards établis. À hôpital, il est difficile d'envisager une telle démarche. La production hospitalière échappe à tout mécanisme de standardisation. La théorie de la pratique nous paraît plus adaptée. Elle met l'accent sur les relations réciproques entre le niveau « micro » (où est exercée l'activité

des médecins), le niveau « meso » représenté par l'hôpital et le niveau « macro » avec toutes les lois et la réglementation.

Chapitre II
La théorie de la pratique dans l'étude du contrôle de gestion

Le thème central des théories sociales concerne les relations entre l'individu et la société avec l'enjeu d'expliquer l'ordre social. Traditionnellement, les réponses des théories du social sont groupées suivant l'opposition entre deux extrêmes. La première extrême concerne les théories fondées sur une perspective « structuraliste ». Le système et les structures sociales existent comme une réalité donnée et déterminent dans une large mesure les actions des individus. La seconde comporte les théories dont le point de départ est l'individu autonome mais qui peuvent réduire la société à une somme d'individus et de leurs actions.

Plusieurs courants tentent de dépasser cette opposition, notamment par la conception d'une influence réciproque entre « structures » et « acteurs » : les structures ne peuvent être établies qu'à travers les actions des individus, et réciproquement, ces actions sont influencées par les structures. La théorie de la pratique s'inscrit dans cette perspective.

Ce chapitre est organisé en quatre sections. La première section met l'accent sur les origines et la genèse de la théorie de la pratique. La deuxième présente les fondements de la théorie de la pratique. La troisième section expose la manière dont l'approche pratique est mobilisée dans l'étude du contrôle de gestion. La dernière section présente le modèle conceptuel retenu dans le cadre de l'étude du contrôle de gestion au sein d'un hôpital public. Sur le fondement de ce modèle conceptuel nous présentons les questions de recherche.

Section 1 : origines et genèse de la théorie de la pratique

Il n'existe pas une « théorie de la pratique » cohérente et unifiée, mais un ensemble d'écrits qui adoptent une « approche pratique » relativement peu définie. Selon Schatzki (2001), il n'y a pas de compréhension commune de ce qu'est la théorie de la pratique, mais il y a beaucoup de contributions différentes issues de la philosophie, des sciences sociales, de la théorie culturelle et des études scientifiques et technologiques. Ces courants ont en commun de placer les pratiques au centre de la compréhension du social (la vie sociale) alors que d'autres théories mettent l'accent sur les actions, le langage, le système ou la structure dans leur définition du social.

Nous abordons successivement dans cette section les origines de la perspective la pratique et sa définition à travers notamment le concept central de « pratique ». Nous présentons ensuite les autres concepts clés de la théorie de la pratique.

1.1. Genèse et origines

Les origines de la perspective pratique remontent à Wittgenstein (1953) et Heidegger (1962). Durant les dernières décennies, les théories de la pratique ont proliféré au point de parler d'un « tournant pratique » dans les sciences sociales (Reckwitz, 2002 ; Rouse, 2007 ; Schatzki et al., 2001).

Selon Gerry et al. (2007), le pragmatisme en philosophie et la théorie sociale de la pratique insistent sur l'importance de l'activité pratique et de l'expérience. Elles offrent des possibilités à l'agence et reconnaissent le rôle de la connaissance dans le soutien de l'agence.

Le pragmatisme a plus de cent ans. Ses fondateurs - Peirce, James et Dewey – ont proposé une philosophie qui donne une importance à la pratique. L'objectif de la recherche selon une perspective pragmatique n'est pas de créer des généralisations abstraites mais d'être suffisamment proche des acteurs et de leurs activités pour les aider à être efficaces dans leur domaine.

La perspective pragmatique est fondée sur trois thèmes principaux. Premièrement, elle met l'accent sur l'activité au niveau « micro » et sur la valorisation de l'action et de l'expérience concrètes. Deuxièmement, elle place les individus au centre de l'analyse et les conceptualise comme des agents actifs, créatifs et capables d'utiliser la connaissance pour façonner le monde et atteindre leur objectif. Troisièmement, elle insiste sur l'importance de la connaissance comme pratique et ne s'efforce pas à établir une correspondance avec une réalité insaisissable. Du point de vue de la perspective pragmatique, la connaissance n'est pas une recherche intellectuelle de la vérité absolue mais elle est découverte dans l'activité pratique. Sa valeur n'est pas établie par rapport à des standards abstraits mais elle découle de son utilité pour guider l'activité. L'activité est, donc, le producteur de la connaissance et le moyen de mesure de sa valeur. Le critère pragmatique de la connaissance est l'utilité pratique plutôt que la réalité ontologique (Rorty, 1998).

Si la philosophie a poursuivi son « tournant pratique » en insistant sur la dimension pratique (Egginton et Sandbothe, 2004), la théorie sociale regarde son « tournant pratique » avec plusieurs visions qui partagent toutes l'intérêt pour ce que font les individus (Schatzki et al., 2001 ; Reckwitz, 2002). Mais la philosophie et la théorie sociale présentent néanmoins des différences. La position pragmatique est naturellement plus concernée par les critères de validité et dépasse la recherche de la vérité absolue. La théorie sociale de la pratique donne une grande importance au lien entre l'activité et les conditions qui la rendent possible. Elle se distingue du pragmatisme par sa focalisation sur la relation entre cette activité et les pratiques composants les systèmes sociaux dans lesquels elle est intégrée. Les auteurs de la théorie sociale s'intéressent à la dépendance réciproque de l'activité locale et des structures larges, plus que la plupart des courants pragmatiques.

Il est également possible de distinguer deux générations d'auteurs adoptant la perspective pratique. La première génération comportant des auteurs du XX^{e} siècle comme Bourdieu (1977), de Certeau (1998), Foucault (1993) ou Giddens (1979, 1984) a posé les fondements de ce que nous considérons « la théorie de la pratique ».

La deuxième génération construit de nouvelles extensions à cet édifice théorique. Les principaux auteurs de cette génération sont Ortner (1984, 2006), Schatzki (1996), Reckwitz (2002) et Warde (2005). Ces auteurs continuent à insister sur la centralité du corps humain pour la pratique. Ils accordent une plus grande attention aux questions de culture, d'histoire et appliquent la théorie de la pratique à de nouveaux domaines (par exemple les études sur la consommation, la théorie organisationnelle, la culture matérielle de la maison, les neurosciences, l'environnement…). Dans le sillage de cette deuxième vague, la théorie de la pratique est mobilisée dans de nombreuses disciplines telles que l'étude des pratiques domestiques et de loisirs (Shove, 2003 ; Shove et Pantzar, 2005 ; Shove et al., 2007) ou encore, en sciences de gestion, la recherche en stratégie (Jarzabkowski et al., 2007 ; Whittington, 2006).

1.2. Définition de la théorie de la pratique

La théorie de la pratique cherche une voie médiane entre les excès de l'individualisme méthodologique et ceux de l'holisme méthodologique. Elle a pour objectif de résoudre l'antinomie entre les approches structuralistes (holisme méthodologique) qui expliquent les

phénomènes sociaux au moyen des structures ou des ensembles sociaux et les approches telles que l'individualisme méthodologique qui tentent d'expliquer les phénomènes sociaux à partir des actions individuelles.

La perspective pratique pose une des questions centrales dans les études sociales, celle de la manière dont les ensembles sociaux et l'agence humaine se relient dans l'explication de l'action. Elle libère l'agence (la capacité humaine d'agir sur le monde et de le changer) des conceptions des structuralistes et des modèles systémiques tout en évitant le « piège » de l'individualisme méthodologique. Bourdieu (1977) à travers le concept d'« habitus » et Giddens (1979) à travers la théorie de la structuration remettent les acteurs au cœur des processus sociaux sans négliger les structures qui permettent et contraignent leurs actions.

Bourdieu (1980, p. 88) définit l'habitus comme suit : « les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus, systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre, objectivement réglées et régulières sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles, et, étant tout cela, collectivement orchestrées sans être le produit de l'action organisatrice d'un chef d'orchestre ».

À travers le concept d'habitus, Bourdieu (1987, p. 43) veut dépasser l'opposition entre l'objectivisme et le subjectivisme, entre individu et société : « l'opposition tout à fait absurde scientifiquement, entre individu et société, que la notion d'habitus en tant que social incorporé, donc individué, vise à dépasser ». Bourdieu (1980, p. 92) ajoute : « l'habitus n'est difficile à penser qu'aussi longtemps qu'on reste enfermé dans les alternatives ordinaires, qu'il vise à dépasser, du déterminisme et de la liberté, du conditionnement et de la créativité, de la conscience et de l'inconscient ou de l'individu et de la société ». Ainsi, l'habitus agit comme médiation entre le système des régularités objectives et le système des conduites individuelles, et il les intériorise. Ainsi, l'habitus, en tant qu'intégration de dispositions sociales, rend possible par la pratique du sujet humain l'extériorisation de l'intériorisation de cet habitus. Pour se sortir des pièges des différentes interprétations qui se fondent soit sur l'objectivisme, soit sur le subjectivisme, Bourdieu conçoit une théorie de la pratique qui

s'appuie sur le construit d'*habitus*, ensemble de dispositions sociales acquises par la socialisation avant tout primaire (au sein de la famille, du milieu immédiat et de l'école) qui permettent aux êtres humains d'adopter de manière largement inconsciente des conduites en accord avec la lecture du réel qu'ils font par le biais des *habitus* incorporés du monde social, ce que Bourdieu nomme le sens pratique[50].

À l'instar de Bourdieu, Giddens (1984), à travers la théorie de la structuration, veut dépasser le dualisme existant entre l'objectivisme, qui met l'accent sur la société, et le subjectivisme qui se focalise sur l'individu. Giddens (1984) juge ces deux perspectives antagonistes et les présente comme deux impérialismes. Il qualifie l'objectivisme d'« impérialisme de l'objet sociétal » et le subjectivisme d'« impérialisme du sujet » (Giddens, 1984, p. 50). Giddens substitue le concept de dualité de la structure à celui de dualisme. La dualité signifie que les structures sociales sont à la fois constituées par l'action humaine (agence) et sont en même temps le « medium » de cette constitution. La structure sociale est définie comme « des règles et ressources, ou ensemble de relations de transformation, organisées en tant que propriétés de systèmes sociaux » (Giddens, 1987, p. 74). Le structurel fait référence à un ensemble de règles et de ressources sur lesquelles les acteurs s'appuient pour la production et la reproduction de l'activité sociale.

La théorie de la pratique s'intéresse à la manière dont les acteurs, avec leurs motivations et leurs intentions diverses, façonnent et transforment le monde dans lequel ils vivent. Il s'agit d'une relation dynamique entre la structure et l'action humaine. La théorie de la pratique, telle que décrite par Ortner (1984, 2006), « cherche à expliquer la (les) relation(s) entre l'action humaine, d'une part, et une entité globale que nous appelons le « système », de l'autre ».

Rechwitz (2002, p. 245) définit la théorie de la pratique, comme une catégorie de ce qu'il appelle « les théories culturelles ». Il définit les théories culturelles, dont fait partie la théorie de la pratique, en les distinguant des deux appellations classiques en théorie sociale : l'« homo economicus » et l'« homo sociologicus ». Le modèle de l'« homo economicus » explique l'action par les buts, les intentions et les intérêts individuels. L'ordre social est le produit de la combinaison d'intérêts individuels. Le modèle de l'« homo sociologicus » explique l'action à travers les normes, les valeurs et les règles de la société. L'ordre social est assuré par un

[50]Y. LENOIR (2007), « L'habitus dans l'œuvre de Pierre Bourdieu: un concept central dans sa théorie de la pratique à prendre en compte pour analyser les pratiques d'enseignement », Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke.

consensus normatif. Les théories culturelles expliquent les actions par la reconstruction des structures symboliques de connaissance qui habilitent et contraignent les agents à interpréter le monde selon certaines formes et à se comporter d'une certaine manière. L'ordre social n'apparaît donc pas comme un produit de la conformité à des attentes normatives mutuelles, mais intégré dans des structures cognitives et symboliques collectives, dans une « connaissance partagée » qui permet d'attribuer un sens au monde de manière socialement partagée.

Rechwitz (2002) distingue la théorie de la pratique de trois autres versions de la théorie culturelle à savoir, le « mentalisme culturaliste », le « textualisme culturaliste » et l'« inter-subjectivisme culturaliste ».

En effet, le « mentalisme culturaliste » place le social dans l'esprit car ce dernier est le lieu de la connaissance et des structures mentales. Le social peut se trouver, pour ainsi dire, dans la tête des êtres humains. L'unité d'analyse sociale se situe au niveau des « structures mentales ». Le « mentalisme culturaliste » est fondé sur « l'idée que l'esprit est une substance, un lieu ou un domaine qui abrite une gamme particulière d'activités et d'attributs » (Schatzki, 1996, p. 22).

Pour le « textualisme culturaliste », les structures symboliques ne sont pas situées à l'intérieur de l'esprit. Elles se placent à l'extérieur dans des chaînes de signes, des symboles, des discours, dans la communication ou dans des « textes ».

Selon l'« inter-subjectivisme culturaliste », le social est situé dans les interactions. Le social possède donc une structure intersubjective ; dans leurs actes de langage, les agents se réfèrent à un domaine non-subjectif de propositions sémantiques, de règles pragmatiques concernant l'utilisation des signes. Le social ne peut être situé que dans une constellation d'interactions symboliques entre les acteurs.

Contrairement aux trois autres versions de la théorie culturelle, la théorie de la pratique ne place le social ni dans les qualités mentales, ni dans le discours, ni dans l'interaction. Elle le place dans les « pratiques » et traite les pratiques comme la plus petite unité de l'analyse sociale (Rechwitz, 2002). La théorie de la pratique peut être définie comme toute théorie qui présente la pratique comme une catégorie fondamentale (Stern, 2003, p. 185) à partir de laquelle se développe « une nouvelle image du social et de l'agence humaine » (Reckwitz,

2002, p. 244). Ce qui unifie les auteurs de la théorie de la pratique est la recherche d'une réalité sociale qui permet de surmonter les oppositions entre sujet et objet, structure et action, micro et macro, individuel et totalité (Stern, 2003, p. 185). La pratique du contrôle de gestion, comme le souligne Hofstede (1978) à une dimension sociale. Il le définit comme un processus social dans un système social ou sociotechnique.

1.3. Définition de la pratique

Le dictionnaire donne plusieurs définitions au terme « pratique ». La pratique est définie comme l'application, l'exécution, la mise en action des règles, des principes d'une science, d'une technique ou d'un art par opposition à la théorie (exemple : connaître la pratique de la navigation). Elle est aussi définie comme l'exercice d'un métier (exemple : condamner pour la pratique illégale de la médecine), la connaissance acquise par l'expérience, par l'action concrète (exemple : avoir la pratique de la mer). La pratique est aussi appréhendée comme une façon d'agir ou une conduite habituelle à un groupe (exemple : l'auto-stop est une pratique courante).

Il ressort de ces définitions élémentaires que le vocable « pratique » fait référence à l'action conditionnée par des règles. La pratique renvoie aussi à l'acquisition de connaissances à travers l'exercice de l'action. Elle revêt aussi un aspect de routinisation quand elle est répétitive.

Selon Jorgensen et Messner (2010, p. 186) il existe deux significations de la notion de pratique. Une pratique peut être définie comme « ce qui est fait », i.e. ce que les individus font « en pratique ». La notion de « pratique » peut aussi être définie de manière analytique comme un « ensemble d'activités » (Schatzki, 2001, p. 2) ou comme « un type routinier de comportement » (Reckwitz, 2002, p. 249).

Selon Reckwitz (2002), une « pratique » se compose de plusieurs éléments interconnectés les uns aux autres : les formes d'activités physiques, les formes d'activités mentales, des « choses » et leur utilisation, une connaissance de fond sous forme de compréhension, le savoir-faire, les états d'émotion et de motivation. Une pratique (par exemple : une façon de cuisiner, de consommer, de travailler, d'enquêter, de prendre soin de soi-même ou d'autrui) forme un « bloc » dont l'existence dépend nécessairement de l'existence et de

l'interconnexion spécifique entre ces éléments et ne peut être réduite seulement à l'un de ces éléments (Reckwitz, 2002).

1.3.1. La pratique comme un agrégat d'activités

Les activités des individus sont guidées par l'intelligibilité pratique. L'intelligibilité pratique correspond à ce qui est logique de faire du point de vue de l'individu, elle est donc quelque chose d'individuel. La manière dont l'intelligibilité pratique guide les activités n'a pas besoin d'être la plus rationnelle ou de correspondre à une norme. Les individus font ce qui leur paraît, à partir de leur intelligibilité pratique, logique de faire.

Selon Cook et Brown (1999), une pratique est un ensemble d'activités coordonnées faites par des individus et des groupes dans l'exécution de leur travail effectif tel qu'il est guidé par le contexte particulier de l'organisation ou du groupe. Selon Schatzki (2001), la plupart des théoriciens de la pratique définissent la pratique comme un ensemble d'activités humaines organisées autour de compréhensions pratiques partagées.

Les pratiques n'ont pas besoin d'être régulières. Elles comprennent des faits et gestes, des tâches et des projets occasionnels, rares ou nouveaux. Par exemple, l'achat d'une machine à laver fait partie de la pratique de lavage. Mais c'est un fait rare par rapport au fait de mettre les vêtements dans la machine. Les pratiques sont sociales. En réalisant une pratique, l'individu existe non seulement avec ceux avec qui il interagit (principalement les autres membres de la famille) mais aussi avec d'autres personnes qui réalisent cette pratique (la plupart des individus dans les sociétés occidentales partagent les pratiques de lavage).

Schatzki (1996, 2002) souligne qu'une pratique est un ensemble de « faits et gestes ». Contrairement aux activités individuelles, les pratiques sont collectives et ont besoin de liens collectifs partagés pour maintenir les faits et gestes ensemble. Selon Schatzki (1996, 2002), les activités ou les faits et gestes sont liés par quatre éléments pour composer une pratique : (1) les compréhensions pratiques (par exemple de ce qu'il faut dire et faire), (2) les règles explicites, les principes, les préceptes et les instructions, (3) les structures téléo-affectives englobant les objectifs, les croyances, les émotions et les humeurs, (4) les compréhensions générales.

Les compréhensions pratiques sont les capacités (facultés) liées aux actions composant une pratique. Il existe trois types de facultés pertinentes : savoir comment faire quelque chose, comment l'identifier, et comment lui réagir. Par exemple, la compréhension pratique comme

savoir-faire en matière de régulation des systèmes de chauffage et de ventilation est de tourner les vannes et ouvrir et fermer les fenêtres et les portes (Gram-Hanssen, 2010). Cette notion est proche de la notion d'« habitus » chez Bourdieu et de la notion de « conscience pratique » chez Giddens (1984).

Par « *règles* », Schatzki (2002) indique les formulations explicites, les principes, les préceptes et les instructions qui ordonnent aux individus la réalisation d'actions spécifiques. Admettre que les règles lient les « faits et gestes » revient à admettre que les individus prennent en compte et adhèrent aux mêmes règles quand ils réalisent ces « faits et gestes ». Il s'agit de règles explicites sur la façon de faire les choses, ce qui est autorisé (permis) et ce qui ne l'est pas. Sont à exclure les règles tacites ou implicites. Par exemple, certains quartiers avec des systèmes de chauffage partagés peuvent avoir des règles écrites pour la gestion du système, le paiement des factures, la maintenance ou les températures à respecter en été et en hiver (Gram-Hanssen, 2010). Cette notion est proche de la notion de « règles et ressources » qui définissent les structures selon Giddens (1984).

La *« structure téléo-affective »* est un ensemble hiérarchisé et ordonné de buts, de projets et de tâches vers lesquels une pratique est orientée. Cet ensemble est lié à des émotions rattachées aux objectifs. Schatzki (2002) souligne que la structure téléo-affective n'est pas un ensemble de propriétés des acteurs. C'est une propriété de la pratique : un ensemble de buts (objectifs), de projets et d'affectivités. Ces éléments sont exprimés à travers un ensemble fermé de « faits et gestes » qui composent la pratique et sont intégrés de manière inégale dans les esprits et les actions des différents participants.

Les structures téleo-affectives sont des propriétés des pratiques et ne sont pas fondées sur ce que l'individu estime être logique de faire (l'intelligibilité pratique). Un individu n'a pas besoin d'être au courant de la fin téléologique d'une pratique pour la réaliser. Ainsi, les structures téleo-affectives ne régissent pas l'activité individuelle comme le fait l'intelligibilité pratique. Cette dernière est formée durant les processus d'apprentissage de la manière dont les pratiques sont réalisées. Quand les individus expliquent leurs habitudes de lavage, ils ne se réfèrent pas directement à la compréhension culturelle de ce qui est propre et ce qui ne l'est pas. Leurs actions vont probablement suivre des normes générales. Les pratiques contribuent donc à la construction et à la reproduction de la structure téleo-affective qui participent à la liaison des

faits et gestes pour former les pratiques. À tire d'exemple, les normes de propreté et la façon dont elles font partie des pratiques de lavage sont des structures téléo-affectives.

Les Compréhensions générales, enfin, sont des éléments des pratiques (des buts, des règles, des émotions, etc.) qui sont liés au site auquel appartient la pratique et ils sont donc communs à plusieurs pratiques au sein de ce site. Il existe des compréhensions générales telles que l'efficacité et la profitabilité qui guident de manière indirecte un ensemble de pratiques organisationnelles (Schatzki, 2002, p. 87). Schatzki (2002) cite l'exemple des compréhensions religieuses et communautaires. Les compréhensions générales sont des croyances communes partagées. Par exemple, l'idée que « préserver l'environnement est une bonne chose » est une compréhension commune.

Le concept de pratique se distingue de celui de l'action en fonction du contexte dans lequel elle s'exerce. Selon Wenger (1998, p. 47), les pratiques sont les actions quotidiennes des agents dans des communautés de pratiques[51]. Une communauté de pratique peut être une famille, une école, groupe de pairs, le lieu de travail ou un groupe dans lequel les membres interagissent. Une pratique prend place dans les communautés et implique des codes, des règles, des régulations et des procédures mais aussi des compréhensions implicites, des règles de base, des sensibilités établies, des visions partagées du monde et les hypothèses sous-jacentes.

Selon Cook et Brown (1999), une pratique fait référence à l'action guidée par la signification ou le sens tirés du contexte particulier de la pratique. Cook et Brown (1999, p. 386-387) s'appuient sur un exemple tiré de la médecine pour différencier une pratique et une action : l'utilisation du marteau du genou pour tester les réflexes des personnes. Quand un non spécialiste teste le réflexe pour son propre genou, cette activité est une « action ». Si un médecin teste le réflexe du genou d'une personne au cours d'un examen spécialisé, cette procédure est une « pratique ». La logique de cette distinction réside dans la nature spécifique des pratiques médicales. La pratique dans ce cas est ancrée dans un contexte particulier organisé, articulé dans des pratiques spécifiques de comportement, socialement développées à travers l'apprentissage et la formation pour la profession. Par pratique, nous entendons, comme la plupart des théoriciens de la pratique, entreprendre et s'engager pleinement dans une tâche, travail ou profession (Brown et Duguid 2001, p. 203).

[51] Lesser et Prusak (1999) « Communities of Practice, Social Capital and Organisational Knowledge », Information Systems Review, vol. 1, no. 1, pp. 3-9. Les auteurs définissent une communauté de pratique comme « un ensemble d'individu liés par des relations informelles et qui partagent des rôles de travail similaires et un contexte commun ».

1.3.2. La pratique comme entité

Schatzki (1996) distingue deux notions différentes de la pratique : la pratique comme entité et la pratique comme performance. Les « pratiques comme entité » sont celles formées historiquement comme une réalisation collective à travers leurs propres « pratiques comme performance » c'est-à-dire que les individus en agissant reproduisent et transforment les entités au cours du temps. Les individus agissent ainsi comme des « porteurs » de pratiques.

Les « pratiques comme performance » représentent la manière dont les acteurs s'appuient sur les « pratiques comme entité ». Les « pratiques comme performance » correspondent à la manière dont une pratique est adoptée.

Un ensemble organisé d'activités est considéré comme une entité coordonnée quand il est reconnaissable à travers le temps et l'espace : une pratique est une entité relativement durable et relativement reconnaissable (Shove et al., 2007). Une telle entité ne peut exister que lorsque les activités impliquées sont réalisées par de larges groupes d'individus et non par quelques individus en particulier.

Shove et Pantzar (2005, p. 44) notent que les versions antérieures des théories de la pratique telles que celle de Bourdieu et de Giddens « sont des théories strictement sociales dans le sens où les artefacts matériels, les infrastructures et les produits y figurent à peine ». La matérialisation dans les théories sociales de la pratique est un point central pour Shove et Pantzar (2005). Selon ces derniers, la pratique est une configuration de trois composants : matériel, signification et compétence, en d'autres termes, équipements, images et compétences. Les liens entre ces éléments sont assurés par les praticiens qui les intègrent dans leurs pratiques.

Le composant « compétence » fait référence aux compétences et aux connaissances nécessaires pour mener à bien la pratique (réaliser la pratique). Les compétences et les connaissances sont souvent tirées de l'expérience et de la formation du praticien. Une certaine connaissance peut être codifiée dans des règles formelles, des principes, préceptes et instructions, alors que d'autres restent tacites sous la forme de savoir-faire.

Certaines compétences sont génériques dans le sens où elles sont utilisées dans de nombreuses pratiques (lire et écrire par exemple). D'autres sont plus spécifiques à une pratique. Selon la perspective pratique, les compétences, bien qu'elles soient incarnées par les praticiens, sont

considérées comme une partie de la pratique et sont donc sociales dans le sens où elles sont partagées.

Selon Rechwitz (2002, p. 250) « une pratique sociale spécifique contient des formes spécifiques de connaissances. Pour la théorie de la pratique, cette connaissance est plus complexe que le simple fait de « savoir ». La connaissance englobe des manières de comprendre, des savoir-faire, des façons de vouloir et de sentir qui sont liées les unes aux autres dans une pratique. La connaissance dans une pratique est la façon particulière de « comprendre le monde ». Elle inclut la compréhension des objets (même abstraits), des humains, de soi-même. Cette compréhension est implicite, historiquement et culturellement spécifique. Elle est collective dans le sens d'une connaissance partagée et non la somme de compréhensions individuelles ».

Le composant « signification » permet de donner sens aux activités. La question posée est celle de l'utilité des activités mais aussi de leur caractère problématique, des émotions liées aux activités, des croyances et des compréhensions.

Les significations peuvent être génériques dans le sens où elles sont partagées par de nombreuses pratiques. Les praticiens sont les porteurs des croyances, des émotions et des objectifs (fins) liées à la pratique au moment de sa réalisation. Ces aspects de signification appartiennent à la pratique et n'émergent pas d'individus autonomes.

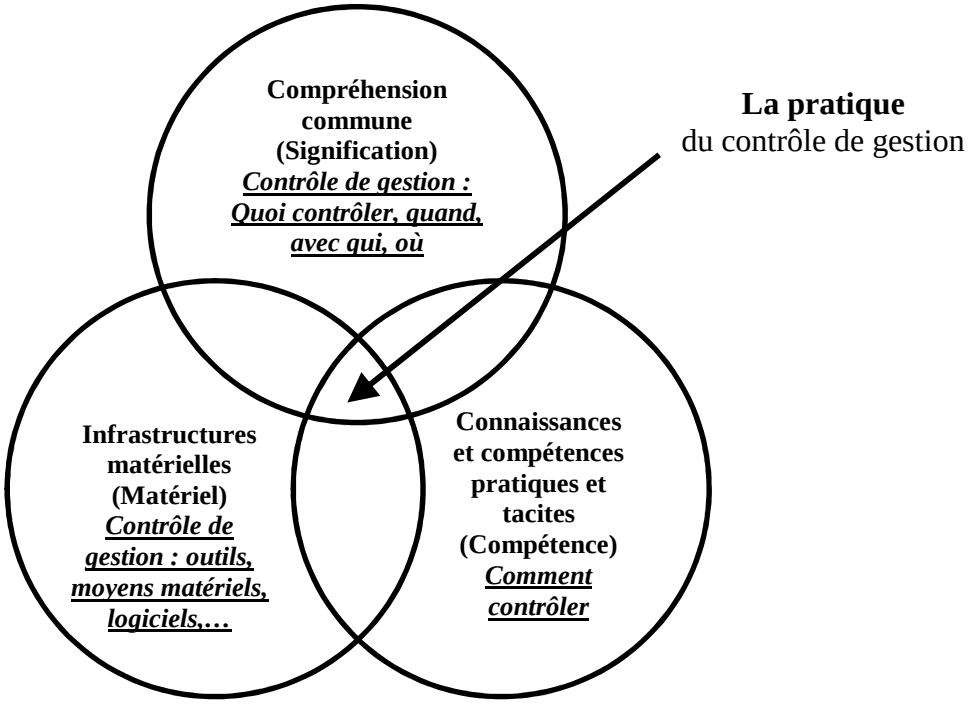
Le composant « matériel » comprend l'ensemble des dispositions matérielles. Une des lacunes dans la littérature de la « pratique » est le manque d'attention accordée aux composants matériels des pratiques à quelques exceptions près (par exemple, Molloy et Whittington, 2005).

Orlikowski (2007) préconise l'incorporation du matériel. Elle constate l'absence, dans de nombreuses études s'intéressant aux pratiques, de la prise en compte des objets matériels, des organismes et des infrastructures à travers lesquels sont réalisées les pratiques. Orlikowski (2007) conceptualise les pratiques comme socio-matérielles dans la mesure où la réalisation d'une activité ne peut pas être séparée des dispositions matérielles à travers lesquelles elle se produit.

Selon Rechwitz (2002, p. 250), « pour la théorie de la pratique, les objets sont des composants nécessaires pour de nombreuses pratiques aussi indispensables que les activités physiques

et mentales. Réaliser une pratique signifie souvent utiliser des choses particulières d'une certaine façon. Pour jouer au football, nous avons besoin d'un ballon et des cages comme ressources indispensables ».

Le concept de la « pratique comme entité » avec ses trois composants peut être conceptualisé comme suit :



Les composants ou éléments de la pratique sociale du contrôle de gestion
(Adaptation du modèle développé par Strengers (2009) ; Strengers et Mallers (2011))

Ce modèle présente la pratique comme étant constituée d'éléments différents incluant des infrastructures matérielles (exemple : bâtiments, parcs, technologies), des compréhensions culturelles communes (comment et pourquoi faire), des connaissances et des compétences pratiques (tacites et explicites) (Reckwitz, 2002 ; Strengers, 2009 ; Strengers et Maller, 2011).

1.3.3. Typologie, liens entre les pratiques et interactions

Schatzki (1996) introduit une distinction entre ce qu'il appelle « pratiques intégratives » et « pratiques dispersées ». Les premières sont les pratiques les plus complexes se trouvant dans et constitutives de domaines particuliers de la vie sociale (Schatzki, 1996), comme, la cuisine, l'agriculture ou le domaine des affaires. En revanche, les pratiques dispersées comprennent

« la description, l'explication, le questionnement, les rapports, l'examen et l'imagination » (Schatzki, 1996). Elles peuvent prendre place dans des domaines ou entre des domaines et des sous-champs différents.

À l'instar des activités (ou des « faits et gestes ») qui sont liées entre elles pour former une pratique, les pratiques sont interconnectées avec d'autres pratiques (par exemple, les pratiques de cuisine et les pratiques d'achat de nourriture, d'aliments). Elles se constituent mutuellement au sein de systèmes politiques, économiques, juridiques et culturels plus ou moins formels (Røpke, 2009). Giddens (1984) soutient que chaque pratique est façonnée par un large domaine de relations de pouvoir, d'infrastructures et de technologies. Chaque pratique participe à la formation de larges systèmes sociaux.

Les pratiques sont liées entre elles à travers les significations (sens), les compétences et les objets qu'elles partagent. Les pratiques sont également liées par d'autres moyens : par exemple, certaines sont *complémentaires* comme la cuisine et les achats de produits alimentaires. D'autres pratiques peuvent être *remplacées mutuellement* comme les différents modes de transport. Les pratiques peuvent également être reliées au sein de groupes (par exemple, toutes les activités impliquées dans la conduite et l'entretien d'une voiture).

Certaines pratiques peuvent être effectuées individuellement (lire un livre ou faire une promenade). Mais de nombreuses activités impliquent une sorte d'*interaction* avec les autres comme, par exemple, jouer au football. Shove et Pantzar (2005) n'incluent pas explicitement l'*interaction*, probablement parce que leur apport met l'accent sur les composants de la pratique sans décrire les activités quand il définit la pratique. Røpke (2009), à l'instar de Schatzki, préfère mettre explicitement l'accent sur les *activités* et prendre en compte l'importance de l'*interaction*. Selon Jarzabkowski (2004), la pratique est un processus d'évolution de l'ordre social qui émerge de l'interaction entre la structure sociale externe et la structure sociale interne. Sztompka (1991) définit la structure externe comme un large contexte sociétal dans lequel il y a un mouvement social « ce qui se passe dans la société ». La structure interne est tout groupe donné engagé dans sa propre construction locale de la pratique « ce que les gens font ».

Jarzabkowski et Whittington (2008), en lien avec leurs travaux sur la stratégie, soulignent que les praticiens de la stratégie sont définis de façon large, afin d'inclure tous ceux qui sont directement impliqués dans la réalisation de la stratégie (les managers et les consultants) et

ceux qui exercent une influence indirecte (les décideurs politiques, les médias…) qui façonnent la praxis et les pratiques légitimes.

En conclusion, une pratique implique des individus (ceux qui réalisent la pratique), un contexte dans lequel la pratique est réalisée et un ensemble d'activités interconnectées qui composent la pratique. Ces trois éléments constituent les thèmes centraux de la théorie de la pratique que nous explicitons dans la section suivante.

Section 2 : les fondements de la théorie de la pratique

Pour la théorie de la pratique, le social est abordé différemment que dans les approches individualistes ou holistes (Reckwitz, 2002). Si ces approches situent le social plutôt à un niveau micro ou à un niveau macro, selon les théories de la pratique les phénomènes sociaux dérivent de la praxis sociale. Les auteurs de la théorie de la pratique cherchent à réconcilier le « micro » et le « macro » à travers la conceptualisation de la « praxis » sous forme d'activités localement situées (sphère micro) et des « pratiques » comme des types routiniers de comportement qui s'étendent dans le temps et dans l'espace (sphère macro) (Schiller-Merkens, 2007).

Selon Whittington (2006), la théorie de la pratique est fondée sur trois thèmes centraux. Le premier thème est la « société ». Les auteurs de la théorie de la pratique mettent l'accent sur la manière dont le social (compréhensions partagées, règles culturelles, langages et procédures) définit les pratiques qui guident et permettent l'activité humaine. La notion de social fait référence à la notion de « champ » chez Bourdieu (1980) ou celles de « systèmes » chez Giddens (1984). Cette influence du social sur l'activité humaine est conceptualisée par Foucault (1993) à travers la manière dont les pratiques disciplinaires guident les attentes et le comportement. De manière analogue, Bourdieu (1980), à travers la notion d'« habitus », introduit l'idée de l'incorporation inconsciente de traditions et de normes sociales dans la conduite humaine. Les acteurs ne sont pas des individus « atomisés » mais ils font partie du social.

Le deuxième thème met l'accent sur l'activité en tout genre. Pour Whittington (2006), les auteurs de la théorie de la pratique s'intéressent à l'activité réelle des individus « en

pratique ». Les pratiques sociales sont suivies ou mobilisées « en pratique » par les individus en fonction des exigences de la situation.

La distinction entre « pratiques » et ce qui est réalisé « en pratique » renvoie au troisième thème de la théorie de la pratique à savoir les acteurs. L'activité dépend des compétences et de l'initiative de ces acteurs. Bourdieu (1980) présente l'exemple des joueurs de cartes qui peuvent jouer la même main de manière différente en fonction de leur compétence et du déroulement de la partie. Ces acteurs ne sont pas considérés comme de simples automates mais comme des interprètes astucieux des pratiques.

Les trois thèmes de la théorie de la pratique sont donc les « pratiques » présentes au sein des organisations et dans les champs sociaux auxquels elles appartiennent, l'activité réelle des acteurs que Whittington (2006) nomme « praxis » et les acteurs qualifiés de « praticiens ». La théorie de la pratique ne traite pas ces trois thèmes de manière séparée mais elle les considère comme des parties interdépendantes d'un ensemble (Giddens, 1984).

2.1. La praxis

Selon Reckwitz (2002) et Sztompka (1991), la praxis est définie comme un flux d'activité qui relie (interconnecte) les actions « micro » des individus et des groupes avec les institutions plus larges dans lesquelles ces actions sont situées et auxquelles elles contribuent.

En effet, pour Sztompka (1991), « la praxis est le lieu où le fonctionnement (l'opérationnel) et l'action se rencontrent, une synthèse de ce qui se passe dans une société et ce que les individus font », ce qui indique que la praxis peut se produire sur plus qu'un niveau (micro, méso et macro). Dans cette définition, les niveaux d'interconnexion de la praxis peuvent être situés au niveau « micro » si on examine ce que les individus font, alors qu'étudier ce qui se passe dans la société met en avant le niveau macro de la praxis.

La praxis fait référence à ce que les individus font. Feldman et Pentland (2003) qualifient ce que font les individus de « routines performatives ». Ce sont des « actions spécifiques, par des individus spécifiques dans une place et un temps spécifiques » (Feldman et Pentland 2003, p. 101). Ce n'est pas loin de ce que Whittington qualifie de « praxis » qui concerne non seulement les activités de chaque jour mais les relations entre ces activités et le contexte (sociétal, institutionnel ou organisationnel) dans lequel l'activité se produit.

Selon Reckwitz (2002), la théorie de la pratique accorde une importance particulière à l'activité humaine, souvent appelée « praxis ». Cependant, pour la théorie de la pratique, le comportement individuel est toujours intégré dans un réseau de pratiques sociales : la praxis s'appuie sur les pratiques (Vaara et Whittington, 2012).

2.2. Les pratiques

Les activités des individus sont liées à un contexte. Ce contexte est constitué par les pratiques institutionnalisées et organisationnelles sur lesquelles les individus s'appuient pour réaliser leurs activités.

Les pratiques s'étendent dans le temps et dans l'espace pour former de larges « champs » (Bourdieu, 1980), « systèmes » (Giddens, 1984) ou « appareils » (Foucault, 1993) dans lesquels l'action sociale a lieu et auxquels elle est reliée. Cependant, ces champs n'impliquent pas nécessairement une détermination (Vaara et Whittington, 2012). La nature contradictoire et négociable des pratiques peut permettre un changement délibéré (Giddens, 1984). Les pratiques sont toujours sujettes à des processus incrémentaux d'ajustement qui, dans l'urgence de l'action, sont généralement à peine conscients (Bourdieu, 1980). Pour Schatzki (2001), le social est un champ de pratiques incarnées, matériellement imbriquées, organisées autour de compréhensions pratiques partagées. Le maintien des pratiques au fil du temps dépend de l'inculcation réussie de savoir-faire incarné, partagé (Schatzki, 2001) ainsi que de leur exécution continue (Schatzki, 1996).

Les pratiques constituant le social incluent des procédures et des systèmes institutionnels comme la planification stratégique, les outils et les techniques de l'analyse stratégique. Elles incluent aussi les normes ou les comportements scriptés (Barley et Tolbert, 1997). Les épisodes stratégiques (Hendry et Seidl 2003) comme les réunions de direction, les épisodes de planification et de budgétisation en font également partie.

Les pratiques peuvent aussi être définies comme des outils et des artefacts utilisés par les individus dans leur travail stratégique (Jarzabkowski, 2004 ; Whittington, 2002, 2003). Il s'agit par exemple :

- Des pratiques administratives rationnelles : planification, budgets, prévisions, systèmes de contrôle, indicateurs et cibles de performances ;

- Des pratiques « discursives » : fournissent des ressources linguistiques, cognitives et symboliques (discours et outils qui alimentent le langage quotidien dans un domaine particulier) ;

- Et des pratiques qui organisent l'interaction (épisodes pratiques) : réunions, séminaires, etc.

Les pratiques sont communes à toute l'organisation. Mais elles sont aussi des routines organisationnelles spécifiques : « des modèles reconnus et répétitifs d'actions interdépendantes réalisées par de multiples acteurs » (Feldman et Pentland 2003, p. 95) qui guident les activités dans les organisations. Feldman et Pentland qualifient les pratiques de « routines ostensives » qui sont une forme idéale ou schématique des routines et les distinguent des « routines performatives » qui elles font référence à la « praxis ». Les routines performatives affectent et modifient les routines ostensives (les pratiques).

Les pratiques contribuent à la praxis sociale et sont constituées par elle : les pratiques permettent (habilitent) la praxis dans le sens où elle est reliée à des compréhensions pratiques partagées du pourquoi, du comment et du lieu de sa réalisation. Les pratiques résultent de la praxis dans le sens où la praxis « rafraîchit » les connaissances mutuelles qui lui sont associées (Schiller-Merkens, 2007).

2.3. Les acteurs (les praticiens)

Les auteurs de la théorie de la pratique ont, dans l'ensemble, négligé l'individu bien qu'il ait une place bien précise en théorie de la pratique. Les pratiques sociales étant diverses et chaque agent effectuant une multitude de pratiques sociales différentes, l'individu est le point de passage unique des pratiques et des routines corporelles et mentales (Reckwitz, 2002, p. 256).

Les acteurs ne devraient pas être vus simplement comme programmés par la pratique sociale mais plutôt comme des acteurs qui s'appuient sur des contraintes et du capital offerts par leurs positions sociales (De Certeau, 1998 ; Bourdieu, 1980). Giddens (1984), en liant la structure sociale et l'agence humaine à travers le concept de structuration, insiste sur la primauté des pratiques sociales, organisées à travers le temps et l'espace ; c'est en agissant ainsi que les

acteurs reproduisent et modifient le stock des règles et ressources sociales avec lequel ils lient leurs activités.

Pour Bourdieu (1980), la notion de pratique est la façon d'expliquer comment le monde objectif et l'acteur subjectif se rassemblent dans l'action sociale. Ainsi, l'acteur humain n'est jamais un individu discret détaché du contexte, mais plutôt un être social dont les possibilités sont définies par les pratiques dans lesquelles il est immergé.

La littérature est riche de définitions très larges de ce qui pourrait être considéré comme un praticien. Pour Rechwitz (2002, p. 250), l'agent se présente soit comme un acteur qui cherche son propre intérêt (avantage personnel) « d'homo economicus », soit comme un acteur qui suit des normes et qui joue un rôle « d'homo sociologicus ». Dans le premier cas, le monde social semble être peuplé par des individus interdépendants qui s'affrontent les uns avec les autres à travers leurs décisions. Dans le second cas, le monde social est avant tout un système de règles et d'attentes normatives auquel les agents se conforment (ou deviennent « déviants »). Selon la théorie de la pratique, les agents sont des corps et des esprits qui portent et qui effectuent des pratiques sociales. De ce fait, le monde social est peuplé de diverses pratiques sociales portées par les agents. Ces agents réalisent des pratiques qui ne sont pas seulement physiques mais aussi mentales. Ils ne sont pas autonomes sans pour autant être « dupes » en se conformant aux normes ; ils comprennent le monde et se comprennent, ils utilisent leur savoir-faire et leurs connaissances de motivation dans la réalisation d'une pratique particulière.

Dans leurs travaux en stratégie, Jarzabkowski et Whittington (2008) définissent les praticiens comme suit : « les praticiens de la stratégie sont définis de façon large, afin d'inclure tous ceux qui sont directement impliqués dans la réalisation de la stratégie (les managers et les consultants) et ceux qui ont une influence indirecte (les décideurs politiques, les médias, les maîtres à penser et les écoles de commerce) qui façonnent la praxis et les pratiques ».

Le concept de praticien peut faire référence non seulement aux praticiens individuels, mais aussi à des groupes de praticiens. Cela implique une catégorisation des praticiens.

Ainsi, deux principales dimensions se distinguent pour identifier les praticiens. La première est fondée sur la nature individuelle ou collective des praticiens. La deuxième focalise sur

l'emplacement du praticien par rapport aux frontières de l'organisation. Le praticien, est-il à l'intérieur de l'organisation ou à l'extérieur de l'organisation ?

Selon la première dimension, les praticiens peuvent être identifiés comme des individus en examinant les données de ce qu'un individu a fait et en attribuant des activités spécifiques à cet individu. Le praticien est un acteur individuel qui peut agir comme un individu en interaction avec d'autres acteurs. D'autres études identifient les praticiens comme un ensemble d'acteur, une catégorie d'acteurs comme les « cadres supérieurs », « cadres intermédiaires » ou « ingénieurs ». Ainsi, identifier si un praticien est individu ou un ensemble d'acteurs dépend de considérations épistémologiques et méthodologiques**.** Du point de vue épistémologique, l'interrogation concerne la façon dont ces praticiens pourraient être étudiés. En revanche, au niveau méthodologique, le questionnement vise à identifier si ces données représentent l'activité d'un ensemble d'acteur ou d'un acteur individuel (voir Balogun et al., 2003).

Selon la seconde dimension, l'intérêt est porté sur les praticiens en lien avec les frontières organisationnelles. Le praticien peut donc être interne ou externe. Un manager peut être interne, c'est-à-dire ayant une position hiérarchique, un rôle opérationnel ou fonctionnel dans les dispositions de gouvernance de l'organisation, tels que le directeur général, le manager intermédiaire ou le chef de projet.

En revanche, un praticien externe fait référence aux catégories d'acteurs qui pourraient influer sur l'organisation mais qui n'appartiennent pas à la hiérarchie ou n'ont pas un rôle opérationnel ou fonctionnel au sein de l'organisation. Les acteurs externes incluent les consultants, les « maîtres à penser » et les acteurs institutionnels, tels que la chambre de commerce et d'industrie, les régulateurs (organismes de régulation), les syndicats, les médias ou autres groupes d'intérêt (comme les écologistes) (Whittington et al., 2003 ; Whittington, 2006).

Section 3 : l'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion

Si la décennie 1980 marque le début de l'intérêt porté à la pratique en contrôle de gestion, nous assistons vers la fin des années 1980 et durant les années 1990 à un élargissement considérable de la recherche sur la nature du contrôle de gestion. Le mot « pratique » est

devenu un des termes les plus à la mode dans les études en contrôle et en management (Macintoch et Quattrone, 2010).

Les pratiques de contrôle de gestion peuvent être présentées comme un « phénomène très situé » (Baxter et Chua, 2003). Selon les deux auteurs, le contrôle de gestion émerge comme un phénomène situé délimité par : (1) les conditions historiques spécifiques à un temps et des lieux donnés, (2) les significations et les valeurs locales, (3) les rationalités locales découvertes dans des contextes organisationnels particuliers et (4) les habitudes individuelles des participants organisationnels impliqués dans la conduite du contrôle de gestion.

La recherche en contrôle de gestion fondée sur les théories positivistes « peut être utile pour prédire la tendance générale, mais elle n'aide pas à expliquer le comportement individuel. Elle n'est pas non plus utile pour guider les managers individuels ou les firmes dans leur propre comportement économique » (Ryan et Scapens, 2002, p. 79).

La perspective pratique décrit et explique la nature de la pratique du contrôle de gestion. À l'inverse de l'approche rationnelle de maximisation, la perspective pratique permet d'identifier les pratiques de prise de décision (décision de planification, décision de suivi et de contrôle ex post) dans une firme comme des habitudes, des routines et comme un comportement fondé sur les règles (Scapens, 1994).

Selon Scapens (1994), l'étude du contrôle de gestion comme une pratique pose la question du lien entre la théorie et la pratique. La recherche en contrôle a besoin d'un nouveau processus de production de connaissance qui permet de lier de manière efficace la pratique et la théorie (Berry et al., 2009). Une conception de collaboration entre la théorie et la pratique à l'instar de la « recherche-action » peut combler l'écart qui les sépare (Reason et Rowan, 1981 ; Reason, 1994).

Nous allons donc présenter, dans un premier temps, la manière dont le contrôle de gestion peut être analysé dans le cadre d'un processus de production de connaissance pour combler l'écart entre les conceptions théoriques et la manière dont il se présente en pratique. Dans un deuxième temps, nous analyserons la littérature sur la manière dont le contrôle de gestion a été étudié en suivant une approche pratique.

3.1. Le contrôle de gestion entre théorie et pratique : un processus de production de connaissance et de construction de nouveaux artefacts sociotechniques

Scapens (1994) met l'accent sur l'écart entre la théorie et la pratique en contrôle de gestion. Il compare la vision conventionnelle (qu'il appelle théorie) du contrôle de gestion aux résultats d'enquêtes et de questionnaires sur la manière dont le contrôle de gestion est pratiqué. Il constate un décalage clair entre le « matériel théorique des manuels », qui vise à montrer aux praticiens comment le contrôle de gestion doit être réalisé et les pratiques des contrôleurs de gestion dans les firmes au Royaume Uni et aux États-Unis.

La relation entre la théorie et la pratique peut s'analyser de trois manières (Van de Ven et Johnson, 2006) :

- Comme un problème de transfert de connaissance ;
- Comme représentant des types distincts de connaissance ;
- Ou comme un problème de production de connaissance.

Le transfert de connaissance est souvent conçu comme émanant des producteurs académiques de connaissance vers les praticiens. Mais il peut y avoir un processus inverse ou plus riche si ce processus est interactif (Berry et al., 2009). Les difficultés du transfert de connaissance entre la théorie et la pratique du contrôle ont été soulevées par Scapens (2006, p. 3) : « nous croyons que lorsque les praticiens sont au courant de nouveaux modèles, ils les appliquent en pratique. Le problème c'est qu'ils ne le font pas, d'où l'intérêt d'une recherche décrivant la pratique ». Hopwood (2007) soutient que les connaissances globales ne résistent pas souvent aux connaissances locales. Ces connaissances globales éprouvent des difficultés à s'intégrer dans le détail des contextes institutionnels locaux : les nouvelles connaissances restent faiblement liées (déconnectées) aux milieux dans lesquels elles opèrent et donc incapables d'insuffler le fonctionnement de la pratique.

La recherche en contrôle peut aussi être traitée comme un problème de production de connaissance dans le sens où elle s'oriente vers la production de connaissances nouvelles (Berry et al., 2009). La production de la connaissance peut être accomplie par un compromis entre la pratique et la théorie (Berry, 2006). Considérant la connaissance en lien avec la philosophie de Wittgenstein, Shotter (2003, p. 298) soutient que « les enquêtes de

Wittgenstein ne visent pas du tout le développement de théories explicatives. Elles ont pour but de travailler à partir de pratiques déjà existantes pour trouver des ouvertures précédemment inaperçues. Ensuite, les affiner, les élaborer et les corriger ». Le plus important n'est pas d'expliquer des théories existantes, mais de travailler avec les réactions expressives et spontanées des individus à des événements. L'objectif étant de produire « des études descriptives détaillées de la dynamique de nos pratiques et le rôle joué par les discours et les textes notamment dans leur développement réflexif » afin d'éviter de privilégier la théorie et la méthode.

La question de production de connaissance est liée au développement des artefacts sociotechniques du contrôle. Le contrôle de gestion est socialement adopté avec des artefacts techniques et sociaux. Rares sont les organisations qui produisent leurs propres artefacts ; cependant elles modifient ceux dont elles ont hérité ou qu'elles ont développés (Berry et al., 2009). Peu de chercheurs académiques (excepté Simons, 1995 et Otley, 1999) ont analysé la production d'artefacts (cela a été laissé aux consultants tel que Kaplan et Norton) (Berry et al., 2009). Les auteurs soulignent que les artefacts sociotechniques sont des matérialisations (formalisations) de la pratique et de la théorie. La pratique et la théorie constituent de riches gisements pour la création et la modification des artefacts à travers l'expérience de leur utilisation. Le travail de Simons s'intéresse à la manière dont les systèmes de contrôle de gestion sont utilisés (Abernethy et Brownell, 1999 ; Vaivio, 2004). La construction de nouveaux (et meilleurs) artefacts sociotechniques du contrôle est posée comme un défi pour la production de la connaissance (Berry et al., 2009).

Complexité	**Artefacts**	**Artefacts techniques du contrôle**	**Artefacts sociotechniques du contrôle**
Simple	- Marteau	- Budget	- Processus budgétaire
Niveau moyen	- Machines numériques de contrôle - Pilotes automatiques	- ABC - Modèles de programmes linéaires	- Les processus et les structures de gestion des coûts
Complexe	- Bombardiers furtifs - Centrales électriques	- Rapports financiers - Tableaux de bord prospectifs (BSC)	- Les processus et les structures de contrôle financier
Très complexe	- Systèmes des machines - Réseaux électriques	- Modèle de chaînes d'approvisionnement par ordinateur	- Les processus et les structures globales de contrôle financier utilisant des systèmes (SAP, ORACLE)

Les artefacts du contrôle (Berry et al., 2009)

Pour conclure, l'objectif recherché n'est pas l'application par les praticiens des artefacts que les chercheurs académiques ont développés. Il n'est pas non plus d'expliquer la pratique. L'objectif est de s'inscrire dans un processus de production de connaissance, notamment avec la construction de nouveaux artefacts (outils) sociomatériels en prenant en compte le contexte dans lequel cette production s'opère. Il s'agit d'une collaboration dans la construction de la connaissance à travers un processus itératif entre la théorie et la pratique, entre les chercheurs académiques et les praticiens. Berry et al. (2009) identifient la théorie de la pratique comme une des approches possibles de production de connaissances.

L'approche pratique pour la production de la connaissance en matière de systèmes de contrôle peut être « inconfortable » pour ceux qui défendent l'importance de la connaissance académique pour conduire la pratique. La pratique est, en effet, considérée comme une application de la connaissance académique. Elle est aussi inconfortable pour les praticiens qui réduisent la connaissance académique à une description et une explication de la pratique.

En revanche, elle peut satisfaire ceux qui conçoivent et développent les artefacts de contrôle car ils travaillent dans un monde où les solutions sont conçues à partir de la théorie disponible, de la pratique et de l'expérience (Berry et al., 2009).

Ce qui est recherché dans cette approche est un cercle vertueux où l'interdépendance entre la connaissance abstraite et la construction rigoureuse d'artefacts dépend de l'engagement mutuel entre la théorie et la pratique, entre les chercheurs académiques et les praticiens.

3.2. L'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion

La perspective pratique dans les études en sciences de gestion a été plutôt mobilisée dans des études portant sur la stratégie. Son adoption dans le domaine du contrôle de gestion reste encore embryonnaire à l'exception des travaux d'Ahrens et Chapman (2007), Jorgensen et Messner (2010), Moutitsen (1999), Vaivio (1999) et Ahrens et Mollona (2007). Les études qui se sont intéressées à l'étude de la stratégie comme une pratique ou ce qui est connu sous le vocable anglais « strategising » (accomplissement de la stratégie) ont émergé à partir des années 1990. Depuis, plusieurs travaux ont contribué au développement de ce courant notamment ceux de Jarzabkowski (2005), Golsorkhi (2006), Johnson et al. (2007), Golsorkhi et al., (2010).

Les travaux consacrés à l'étude du contrôle de gestion en suivant une approche pratique peuvent être catégorisés en deux groupes. Le premier groupe met l'accent sur l'importance du contexte social dans l'étude du contrôle de gestion en pratique (Hopwood, 1976 et 1983, Macintosh et Scapens, 1990). Le deuxième groupe adopte une approche qui met l'accent sur les acteurs, leurs actions, leurs interprétations et compréhensions du contrôle de gestion. Ce groupe s'intéresse aussi au rôle des interactions entre les acteurs dans la conception des systèmes de contrôle de gestion. Ahrens et Mollona (2007) s'intéressent aux dynamiques sociales des relations organisationnelles et les interactions entre les acteurs organisationnels dans l'étude du contrôle de gestion. Ils qualifient cette conception d'approche culturelle du contrôle de gestion.

3.2.1. Le rôle du contexte dans l'étude du contrôle de gestion

Dans une perspective pratique, le contrôle de gestion ne peut pas être détaché du contexte dans lequel il opère. Les modes d'exercice de contrôle sont devenus non seulement des pratiques managériales importantes mais aussi des pratiques dont l'existence et les conséquences sont difficilement dissociables du fonctionnement des organisations. Malgré cela, on connaît peu de choses sur la nature organisationnelle de la pratique du contrôle (Hopwood, 1983).

Hopwood (1983) constate que la plupart des études détachent le contrôle de son ensemble organisationnel (l'organisation) préférant l'étude des conséquences de ce contrôle sur l'individu plutôt que sur le niveau organisationnel. Les études au niveau individuel détachent le contrôle de son ensemble organisationnel et des autres pratiques organisationnelles. Ainsi, elles ne permettent pas d'apporter un éclairage sur les manières avec lesquelles le contrôle s'articule avec les autres pratiques organisationnelles, les processus de prise de décision et les structures de pouvoir. Elles ne permettent pas non plus d'investiguer les facteurs qui, à la fois, donnent lieu (font émerger) au phénomène du contrôle et le conduisent au changement. Macintosh et Scapens (1990) mettent l'accent sur l'importance d'étudier la façon dont les systèmes de contrôle de gestion se développent au fil du temps. Ils insistent sur l'importance de comprendre le contexte social et organisationnel dans lequel ces systèmes sont enracinés (imbriqués).

Dans ce cadre, Hopwood (1983) opère une distinction entre la vision cognitive et la vision organisationnelle du contrôle de gestion. Selon la vision cognitive, le contrôle est conçu comme une variable indépendante, un élément organisationnel indépendant. L'accent est mis sur la nature contingente du contrôle et la manière dont il émerge des ensembles sociaux et organisationnels (organisations, société). A contrario, la vision organisationnelle du contrôle soutient qu'il ne peut pas être isolé des processus qui le font émerger. Le contrôle est un phénomène à la fois dépendant et indépendant. L'intérêt est porté sur les manières dont le contrôle influence l'ensemble organisationnel dans lequel il opère.

Les chercheurs en organisation visent plutôt à comprendre les significations qui sont données au contrôle au sein des organisations. Ils ne s'intéressent pas seulement aux interprétations et à la compréhension d'un système de contrôle, mais aussi aux manières actives avec lesquelles il participe à la construction de l'ensemble social dont il fait partie. Il existe de larges dimensions organisationnelles, sociales et culturelles caractérisant les pratiques du contrôle (Morgan et Willmott, 1993).

À titre d'exemple, Scapens et Roberts (1993) adoptent la théorie de la structuration pour essayer de comprendre le cas de résistance au changement du contrôle de gestion. À travers cette étude, ils illustrent comment les pratiques organisationnelles, de manière générale, et les pratiques de contrôle de gestion en particulier, évoluent à partir de l'interaction d'un ensemble disparate d'influences, d'actions intentionnelles des membres de l'organisation. L'individu et le contexte sont deux concepts indissociables et indispensables pour étudier une pratique comme le contrôle de gestion.

Il est possible de soutenir que les règles et les routines sont institutionnellement (socialement construites) déterminées et sont le contexte dans lequel les pratiques existent. Ces règles et routines (ou modes de régulation) constituent le contrôle (Berry et al., 2009).

Selon Hopwood (1976, p. 3), « il faut voir le contrôle comme un phénomène à la fois organisationnel et social ». Ainsi, la perspective pratique implique aussi bien l'individu que le contexte social dans la construction du contrôle de gestion. Bien que le manager doive utiliser le langage pour construire les significations, les mots utilisés ne sont pas des significations fixes et stables. En effet, ils prennent sens uniquement dans un contexte, au moment où ils sont utilisés et dans un ensemble de relations dans lesquelles ils sont utilisés (Macintosh et Quattrone, 2010).

3.2.2. L'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion

Selon Ahrens et Mollona (2007), les études de terrain concernant le contrôle de gestion tendent à étudier les organisations à travers les pratiques. Ils identifient trois volets de la recherche pratique en contrôle : la gouvernementalité (governmentality), la théorie de l'acteur-réseau (ANT) et la responsabilité. Ils proposent une quatrième approche : la pratique culturelle.

Les études de gouvernementalité (governmentality) théorisent le concept de pratique comme enraciné dans le pouvoir disciplinaire du contrôle. Elles considèrent le contrôle comme le résultat de la combinaison temporaire des programmes gouvernementaux avec diverses technologies telle que le contrôle (Ahrens et Mollona, 2007). Pour Miller (2001), ces technologies sont caractérisées par des ambitions programmatiques spécifiques qui leur donnent des formes particulières et les rendent utilisables laissant les actions des acteurs individuels indéterminées. Les choix des acteurs sont conditionnés mais non déterminés par les effets disciplinaires des programmes et des technologies.

Le point commun entre la gouvernementalité et l'ANT réside dans l'intérêt que porte l'ANT à la combinaison entre les ambitions programmatiques et les actions des acteurs humains et non-humains (les logiciels, les machines et les matériels par exemple) produisant des assemblages capables de faire une différence et de laisser une empreinte du chercheur adoptant l'ANT (Latour, 1987, 1999 ; Law et Hassard, 1999).

Le troisième champ investigué dans les études du contrôle théorise les pratiques organisationnelles en référence aux notions de responsabilité ou de responsabilisation. Ce champ met l'accent sur les relations systématiques entre les systèmes de contrôle et les systèmes de responsabilité « analysés comme des formes institutionnalisées de pratiques sociales interdépendantes » (Roberts et Scapens, 1985). La littérature concernant la responsabilité s'intéresse au potentiel des systèmes de contrôle de gestion pour remplacer les notions de responsabilité personnelle et bilatérale par des formes anonymes de contrôle (Roberts, 1991 ; Robson, 1992).

Les trois champs décrits ci-dessus s'intéressent à l'exploration de la constitution du contrôle à travers les pratiques organisationnelles et aux interactions réciproques. Mais, contrairement à l'approche culturelle de l'école du symbolisme organisationnel, les trois champs ignorent les

dynamiques sociales des relations organisationnelles et des interactions entre les acteurs organisationnels (Ahrens et Mollona, 2007). Les perspectives interactionnistes essayent de comprendre l'ordre social en tant que résultat des interactions des acteurs sociaux. L'interactionnisme symbolique regroupe un ensemble de propositions qui tentent de décrire et d'expliquer certains aspects du comportement humain. Ce que les humains disent et font est le résultat de la manière dont ils interprètent leur monde social. L'individu se construit dans ses relations avec son environnement. Dans la recherche en contrôle de gestion, ces perspectives permettent la compréhension large de la conception et du développement du système de contrôle (Berg et Lune, 2012).

L'idée principale de l'approche culturelle est que toutes les idées sur les organisations et les questions connexes sont socialement construites par des processus de création et de signification des membres de l'organisation (Berry et al., 1985). Ce point de vue suppose qu'il existe des cultures organisationnelles, semblables à des cultures nationales, qui sont composées de nombreux éléments intangibles et souvent irrationnels. Les cultures organisationnelles, composées de valeurs, de normes, de traditions, de modèles cognitifs, de perceptions, d'artefacts et de croyances fournissent une énergie sociale qui incite les individus à agir (Kilmann et al., 1985).

La culture est pratique et conceptuelle en même temps car les significations ne peuvent pas exister sans les pratiques. Rosaldo (1993) souligne que les significations ne peuvent pas déterminer les activités et ne peuvent pas non plus leur être simplement reliées car les significations et les pratiques sont coproduites. Ainsi, la culture comme système symbolique n'est jamais un ensemble de valeurs, de croyances et d'hypothèses réifiées mais souvent la conséquence de l'activité pratique (Ortner, 1984).

La littérature concernant le contrôle selon une approche culturelle a souvent adopté une position objectiviste (Jönsson et Macintosh, 1997 ; Power, 1991). Au lieu d'étudier la relation entre le contrôle et les cultures organisationnelles spécifiques, la culture a souvent été encadrée par une conception fonctionnelle de l'organisation.

La vision culturelle rejette l'idée que les objectifs formulés de manière rationnelle, les règles, les documents et les processus sont les principales forces motrices pour les activités organisationnelles. Les auteurs qui défendent ce point de vue soutiennent que l'influence des aspects de la culture sur les pratiques comptables et les pratiques de contrôle est significative

(Ansari et Bell, 1991). Ils mettent l'accent sur la façon dont les actions individuelles et sociales définissent, affinent et façonnent les systèmes de contrôle. Ils s'intéressent également à la manière dont les concepts de rationalité et d'efficience sont utilisés pour légitimer les intérêts politiques des individus et pour renforcer leur position de pouvoir. La culture influence les systèmes de contrôle dans le sens où le fonctionnement des sous-systèmes de contrôle (planification, suivi, évaluation et récompense) peut dépendre des dispositions psychologiques (cultures) de leurs utilisateurs (membres de l'organisation) (Birnberg et Snodgrass, 1988).

L'étude du contrôle comme pratique culturelle conceptualise le contrôle comme l'effet des actions et des idées des membres de l'organisation au-delà des managers élargissant ainsi le champ de la recherche empirique. Le contrôle de gestion est le résultat des actions et des idées de tous les membres de l'organisation et non seulement des managers. A contrario, le contrôle managérial met l'accent sur les plans managériaux pour changer les pratiques de contrôle avec peu d'attention accordée aux réponses des autres acteurs. La pratique du contrôle de gestion est une « action collective » qui définit les praticiens à travers une description générale et évolutive de certaines activités combinée à leurs intentions pour contribuer à la pratique en question. Cette notion d'action collective est intrinsèquement politique car elle définit, comme membres du collectif, tous ceux qui souhaitent contribuer à la pratique indépendamment de la qualité de leurs contributions (Ahrens et Mollona, 2007).

Conçu comme l'effet de l'aspect symbolique des pratiques, le contrôle dépend, mais aussi influence, les ambitions des membres de l'organisation. Van Maanen et Barley (1984) soutiennent que l'analyse culturelle doit renseigner sur les sources de ces ambitions. Elle doit aussi informer sur le degré de partage de ces ambitions ou sur le fait qu'elles sont en compétition les unes avec les autres. Ainsi, l'analyse culturelle peut nous éclairer sur la manière dont ces ambitions contribuent à rendre certaines pratiques « banales » prises pour acquises. Elles peuvent également rendre des pratiques sujettes à des discussions « techniques » objectives, à des contentieux et à des luttes sur les objectifs organisationnels et, possiblement, sur la nature de l'organisation (organising) elle-même.

L'intérêt de la perspective pratique réside aussi dans sa capacité à questionner le processus de compréhension et d'interprétation du phénomène « contrôle de gestion ». Cette manière d'étudier le contrôle de gestion abandonne les abstractions des approches économiques et

adopte une logique de l'interaction, des actions et du réseau (Macintosh et Quattrone, 2010). Elle met l'accent sur le caractère routinier et institutionnalisé des pratiques de contrôle et privilégie l'étude du contrôle de gestion comme une pratique plutôt que de comparer la pratique du contrôle avec un « idéal ». Macintosh et Scapens (1990) soulignent que les pratiques de contrôle fournissent un schéma interprétatif pour donner sens aux activités organisationnelles. Comme elles fournissent les moyens de représenter la performance, les règles et les procédures du contrôle, elles définissent également les droits des groupes d'individus (actionnaires, prêteurs, managers, travailleurs, etc.) et constituent le fondement pour la prescription des actions (comme l'allocation des ressources, les décisions de tarification et les décisions opérationnelles).

L'approche fondée sur la pratique culturelle ouvre la possibilité de comprendre et de considérer les assemblages de personnes, d'objectifs et de technologies, qui donnent lieu à des formes spécifiques de contrôle, comme moins éphémères que dans les études de gouvernementalité et la théorie du réseau d'acteurs. L'étude du contrôle comme pratique culturelle offre la possibilité d'étudier la stabilité des organisations contrairement aux études de changement des pratiques de contrôle. Elle permet d'identifier des éléments des pratiques de contrôle qui présentent des continuités telles que les dispositions culturelles, la classe sociale, l'éducation… Les études du changement ont probablement fourni plus de connaissances sur les pratiques actuelles de contrôle mais peuvent avoir biaisé les notions de contrôle existantes (Ahrens et Mollona, 2007).

Néanmoins, la perspective fondée sur la pratique culturelle n'exclut pas le changement organisationnel de l'agenda des études du contrôle comme pratique culturelle dans la mesure où le changement est endémique à l'organisation (Ahrens et Chapman, 2002). Mais cette perspective met l'accent sur le fait que le changement n'est pas prioritaire.

Ahrens et Mollona (2007) soutiennent que ce qui est souvent considéré comme une connaissance en contrôle telles que les théories ou les conventions de contrôle, auxquelles les contrôleurs de gestion en particulier font référence, ne constituent qu'une petite partie de la connaissance du contrôle organisationnel. La plus grande partie de cette connaissance est pratique. Il s'agit du contrôle comme il est compris par les membres de l'organisation à travers leurs diverses activités (Ahrens, 1997).

Section 4 : les questions de recherche et le modèle conceptuel pour l'étude du contrôle de gestion dans une perspective pratique

Le modèle conceptuel pour l'étude du contrôle de gestion « as practice » doit prendre en compte l'articulation entre les quatre concepts de la théorie de la pratique à savoir : les acteurs (praticiens), leurs activités (praxis), le contexte social composé d'un ensemble de pratiques et les interactions entre les acteurs.

Nous mobilisons deux modèles conceptuels. Le premier présente l'articulation entre les trois concepts fondamentaux de la théorie de la pratique. Jarzabkowski et al. (2007) et Canal (2008) soulignent que l'activité stratégique (strategizing) se situe au carrefour entre la pratique, les pratiques et les praticiens et que toute recherche dans ce domaine devra faire en sorte d'intégrer ces trois aspects. Le deuxième modèle s'inspire des travaux de Jarzabkowski (2005). Ce modèle est fondé sur ce que Jarzabkowski (2005) appelle la théorie de l'activité. Il met l'accent non seulement sur les trois concepts de la théorie de la pratique mais aussi sur l'interaction entre les acteurs et le rôle de médiation joué par les pratiques dans cette interaction.

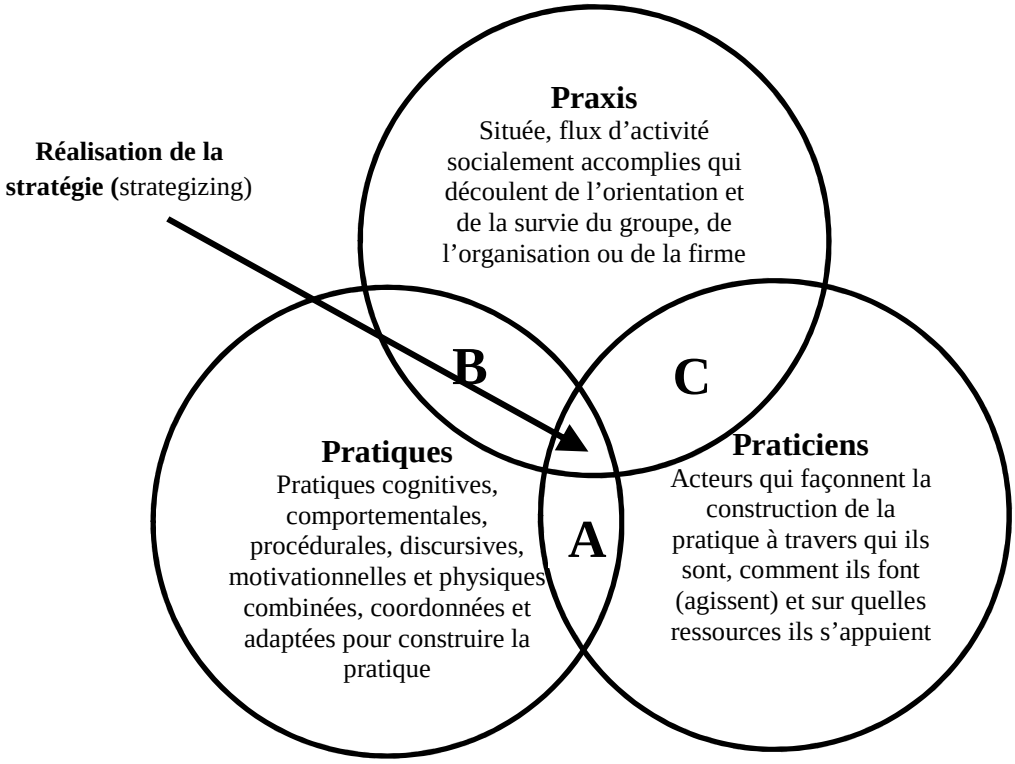
4.1. L'articulation entre les concepts de la théorie de la pratique

Jarzabkowski et al. (2007) proposent un cadre pour les études de la stratégie « as practice » fondé sur les trois concepts d'études définis par Whittington (2006) à savoir les pratiques, la praxis et les praticiens. Selon Jarzabkowski et al. (2007) il faut prendre en compte les interrelations entre ces trois éléments pour étudier la stratégie suivant l'approche « as practice ». S'appuyant sur l'approche de Giddens, Whittington (2006) conceptualise la réalisation des activités stratégiques à travers trois composantes différentes : (1) les pratiques (routines comportementales partagées telles que les traditions, les normes et les procédures de réfléchir et de penser, l'action et l'utilisation des « choses et des objets »), (2) la praxis (activité effective, ce que les individus font en « pratique »), (3) les praticiens (ceux qui réalisent les pratiques).

Dans leur praxis concrète (c'est-à-dire l'action locale), les praticiens s'appuient réflexivement sur les pratiques existantes au sein de l'organisation ou de la société. Jarzabkowski et al. (2007) et Canal (2008) soulignent que l'activité stratégique (strategizing) se situe au carrefour

entre la pratique, les pratiques et les praticiens. Tout travail de recherche fondé sur l'approche pratique devra faire en sorte d'intégrer ces trois concepts. Cette conceptualisation peut être transposable pour l'activité de contrôle de gestion à l'hôpital.

Le schéma ci-dessous présente le modèle conceptuel développé par Jarzabkowski et al. (2007) pour l'étude de la stratégie « as practice » :



Cadre conceptuel pour analyser la stratégie « as practice »
Jarzabkowski et al. (2007)

Selon Mehrdad et Khammar (2010), les zones A, B et C sont des domaines de recherche possibles sur lesquels les chercheurs peuvent mettre l'accent dans la recherche « as practice ». La zone A est l'intersection entre les praticiens et les pratiques, B représente la relation entre pratiques et praxis et C fait référence à l'interconnexion entre praticiens et praxis.

À l'instar de la stratégie, la réalisation du contrôle de gestion est située à l'intersection de ces trois éléments. Ces trois éléments répondent à trois interrogations : qui sont ceux qui font le contrôle de gestion (les praticiens) ? Comment le font-ils ? Et quelles sont les pratiques qui guident les praticiens dans la réalisation de leurs activités ?

L'adoption de ce modèle pour notre travail de recherche implique la définition des acteurs (praticiens) retenus pour ce travail de recherche. Comme nous l'avons présenté précédemment, une des particularités de l'hôpital public est la multiplicité des catégories socioprofessionnelles des acteurs. Ils sont de formations différentes, investis de missions différentes. Comme nous l'avons présenté au premier chapitre, l'hôpital se caractérise par la présence de deux catégories majeures d'acteurs à savoir les « administratifs » et les « médecins ».

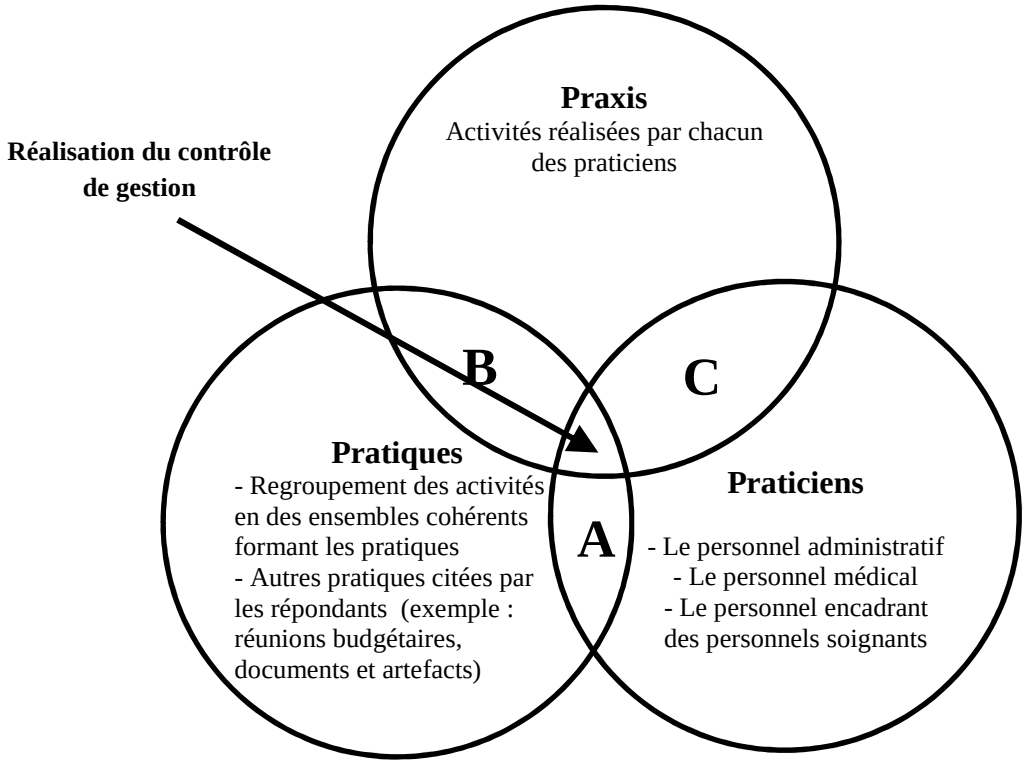
Dans le cadre de ce travail, il nous paraît plus judicieux de retenir trois catégories du fait de leur rôle dans l'exercice des missions de l'hôpital.

Ainsi, nous retenons les « administratifs » pour leur rôle dans la gestion de l'hôpital sous les aspects administratifs tels que la gestion des admissions des patients, la gestion logistique, informatique et surtout budgétaire.

Le deuxième groupe est composé de médecins pour leur rôle dans l'exercice de l'activité médicale qui est la source des financements de l'hôpital mais aussi pour leur fonction de management car ils sont des chefs de service et/ou des chefs de pôle.

Le troisième groupe d'acteurs est constitué par le personnel d'encadrement du personnel soignant. Il s'agit des cadres de santé ou des cadres supérieurs de santé. La nécessité, de notre point de vue, de retenir ce groupe est liée à leurs missions indispensables et vitales pour un service médical et pour l'hôpital. Ce sont eux qui accueillent le patient, qui lui prodiguent les soins (en cas de besoin) qui relèvent de leurs compétences et leurs champs d'action. Au même titre que les médecins, leurs activités auprès des patients sont intimement liées au financement de l'hôpital. Un autre argument qui justifie la nécessité de considérer ce groupe réside dans leur rôle d'encadrement du personnel soignant à savoir les infirmières, les aides-soignants et les agents hospitaliers. Ils sont des responsables identifiées d'unités de soins de tous les aspects de gestion : ressources humaines et gestion du personnel, gestion des approvisionnements, gestion des entrées et des sorties des patients avec la problématique d'occupation des lits, etc.

Ainsi, l'adaptation du modèle conceptuel ci-dessus à l'étude des activités du contrôle de gestion à l'hôpital se présente comme suit :



Cadre conceptuel pour l'analyse du contrôle de gestion « as practice »
(Adaptation du modèle développé par Jarzabkowski et al. (2007) pour analyser la stratégie as practice)

Notre démarche commence par l'identification des différentes activités (praxis) réalisées par chacun des répondants des trois groupes : le personnel administratif, le personnel médical et le personnel encadrant des personnels soignants.

Notre raisonnement a comme point de départ les activités. L'étude de ces activités permet d'identifier les pratiques constituées par ces activités. Nous allons ensuite regrouper les activités de manière cohérente pour constituer les pratiques existantes au sein du système social considéré à savoir l'hôpital.

Les relations entre les différents composants de la théorie de la pratique peuvent être appréhendées en suivant deux angles d'attaque. Le premier vise à identifier les activités (praxis) de chaque individu dans les trois groupes : médicaux, administratifs et encadrants du personnel soignant. Ces activités forment des pratiques qui composent le système social « hôpital ». Le deuxième angle d'étude, qui dépend du premier, a pour objectif d'étudier la manière dont les pratiques identifiées influencent les interactions entre les trois groupes d'acteurs acteurs. Nous empruntons le modèle conceptuel développé par Jarzabkowski (2005)

afin d'étudier et d'analyser les interactions entre les trois groupes d'acteurs et le rôle des pratiques identifiées dans ces interactions.

4.2. L'interaction et le rôle de médiation des pratiques

Nous nous inspirerons du modèle conceptuel développé par Jarzabkowski (2005) pour étudier l'émergence des activités stratégiques. Ce modèle est fondé sur ce qu'elle appelle une « théorie de l'activité » dans le sens où l'unité étudiée est l'activité et non la pratique. Nous avons défini la pratique dans la première section de ce chapitre comme un ensemble d'activités coordonnées. Ainsi, l'intérêt du modèle conceptuel fondé sur l'activité est qu'il nous permet d'identifier les activités qui composent les pratiques de contrôle de gestion à l'hôpital.

La théorie de l'activité fournit un cadre conceptuel composé de quatre éléments interactifs à partir desquels la stratégie émerge : les acteurs principaux, les structures collectives de l'organisation, les activités stratégiques et les pratiques stratégiques qui jouent un rôle de médiation dans l'interaction entre les trois éléments précédents (Jarzabkowski, 2005).

Bien qu'ils ne soient pas les seuls acteurs stratégiques, les membres de l'équipe de direction, pour des raisons de position formelle et d'accès au pouvoir et aux ressources, est indispensable pour l'action stratégique (Child, 1997 ; Finkelstein et Hambrick, 1996 ; Hambrick et Mason, 1984 ; Pettigrew, 1992 ; Whittington, 1992, 1996). De ce fait, ils sont positionnés comme « acteurs principaux ». L'équipe de direction interagit avec les structures organisationnelles collectives qui comprennent l'histoire, la culture, et ceux (autres acteurs) qui contribuent à l'activité stratégique (Weick et Roberts, 1993).

Selon Blackler (1993), les pratiques stratégiques clés sont identifiées comme des procédures opérationnelles formelles impliquées dans la définition des orientations, de l'allocation des ressources, le suivi et le contrôle. Les procédures formelles ont une double fonction à la fois d'infrastructures matérielles et d'objets (artefacts) sociaux qui conduisent à ce qu'on les définisse comme pratiques stratégiques impliquées dans la construction de la stratégie en tant que pratique. « Les pratiques » sont les habitudes, les artefacts et les modes d'action socialement définis à travers lesquels le flux d'activité stratégique est construit (Turner, 1994 ; Whittington, 2001). Elles peuvent donc être considérées comme l'infrastructure par

laquelle des stratégies « micro » et la « réalisation de la stratégie » se produisent, générant un flux continu d'activité stratégique qui forme la pratique.

Jarzabkowski (2003, 2005) met l'accent sur rôle de médiation des pratiques administratives telles que l'attribution (allocation) des ressources, le suivi et le contrôle. Elle analyse la manière dont ces pratiques sont contextuellement intégrées jouant un rôle de médiation entre les intérêts des dirigeants (top managers) et la communauté organisationnelle.

Comme indiqué par les flèches dans la figure1 ci-dessous, les pratiques permettent à l'équipe de direction et aux organisations collectives d'interagir (les unes avec les autres) et de s'engager dans une activité stratégique partagée. Les flèches internes illustrent les propriétés de médiation des pratiques lorsque des contradictions apparaissent entre l'activité stratégique existante, les intérêts collectifs (de la collectivité) et les intérêts de l'équipe de direction. Le cadre conceptuel de la théorie de l'activité est développé dans la figure 1 suivante :

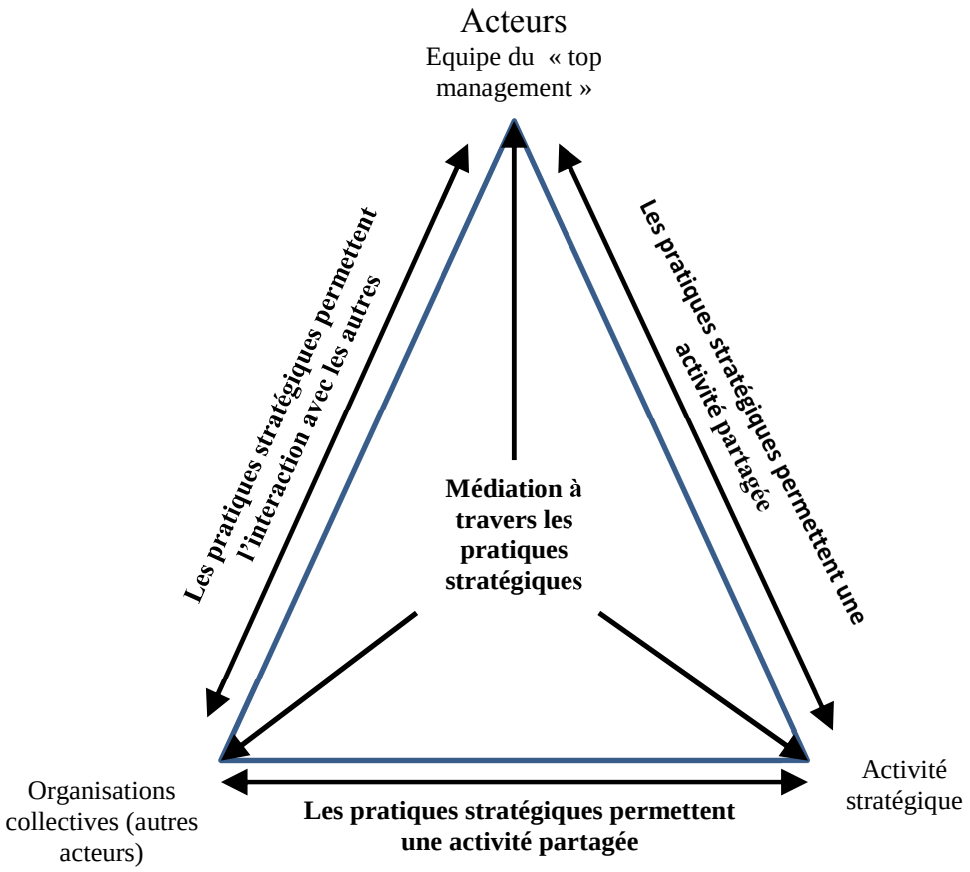


Figure 1 : le système d'activité dans lequel la « stratégie comme pratique émerge », Jarzabkowski (2003, 2005)
(Les flèches indiquent les propriétés de médiation des pratiques stratégiques)

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous adaptons ce modèle pour l'étude du contrôle de gestion au sein de l'hôpital et l'investigation de la manière dont il est réalisé au sein de l'hôpital sous forme d'un ensemble d'activités.

Nous empruntons ce modèle pour nous guider dans l'étude des pratiques et des interactions au niveau hospitalier. Le point d'ancrage est « la pratique du contrôle de gestion » à partir « des activités relevant du contrôle de gestion ». L'adaptation passe inéluctablement par la redéfinition des trois constituants principaux.

Les acteurs : comme nous l'avons présenté précédemment, nous retenons trois groupes d'acteurs : le groupe des « administratifs », le groupe des « médecins » et le groupe du « personnel encadrant des personnels soignants ». Nous reviendrons dans le troisième chapitre sur la composition de chacun des trois groupes en termes de nombre de répondants par groupe mais aussi leur position hiérarchique.

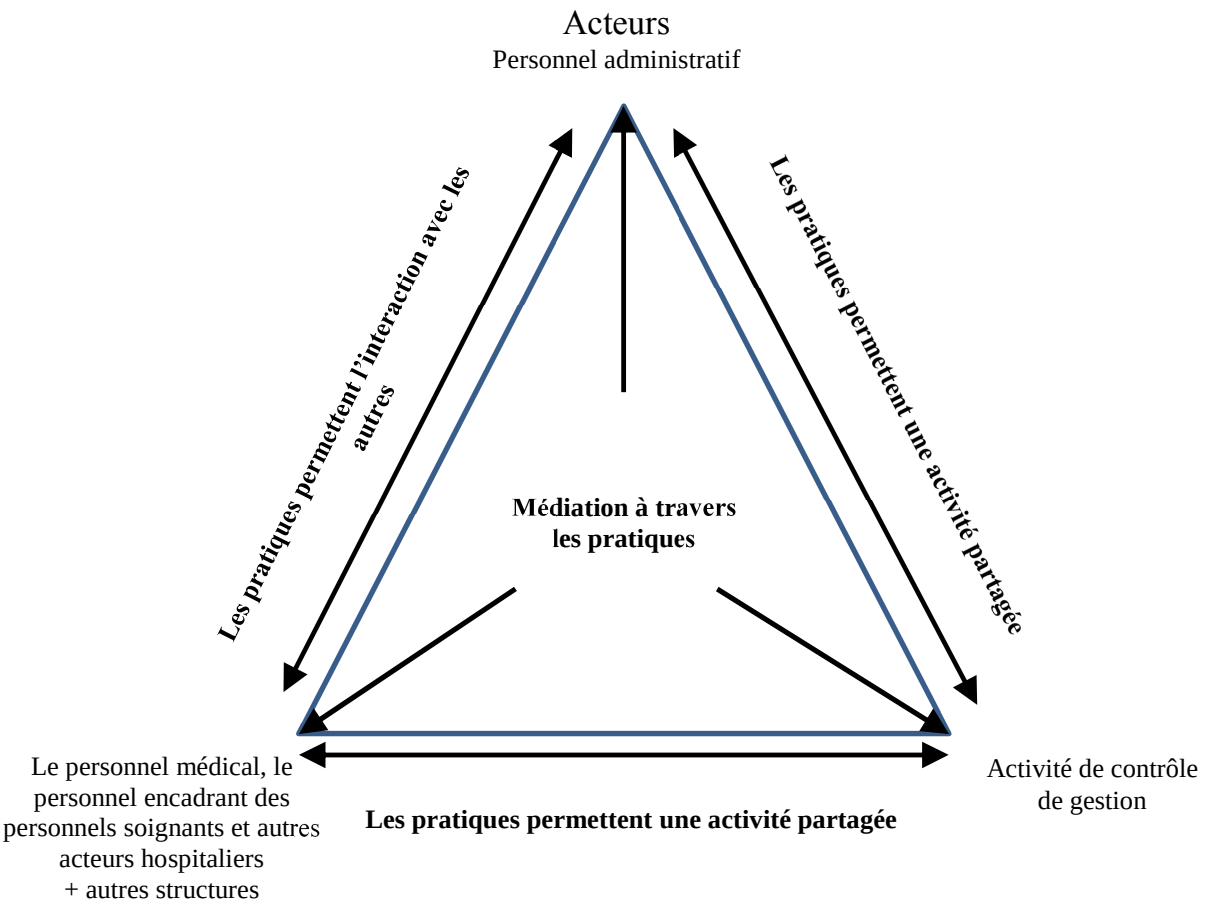
Dans l'élaboration de notre modèle conceptuel, nous considérons les membres de l'un des trois groupes comme acteurs principaux, les autres seront intégrés dans les structures collectives. Dans le modèle conceptuel initial (figure 1), l'équipe de direction, pour des raisons de position formelle, d'accès au pouvoir et aux ressources, est positionnée comme « acteurs principaux ». Nous adoptons le même raisonnement en positionnant les membres du groupe du « personnel administratif » comme « acteurs principaux ». Les membres des deux autres groupes d'acteurs à savoir les « médecins » et le « personnel encadrant du personnel soignant » seront intégrés dans les structures collectives.

Les structures sociales collectives sont composées par les autres acteurs qui n'ont pas été considérés comme principaux. Il s'agit des médecins et du personnel encadrant des personnels soignants.

Les activités pratiques dans lesquelles les acteurs s'engagent font référence aux activités pratiques des acteurs qu'ils soient principaux ou appartenant aux structures collectives. L'objectif est d'identifier les activités qui sont en lien avec la pratique du contrôle de gestion.

À l'instar du modèle conceptuel, ces trois éléments interagissent à travers la médiation des pratiques existant au sein de l'hôpital. Ces pratiques constituent le quatrième composant à identifier dans le cadre de ce travail de recherche. Il s'agit des pratiques qui existent dans un système social comme l'hôpital.

Notre modèle conceptuel se présente ainsi comme suit :



Ce modèle permet d'étudier et d'identifier comment les différentes interactions débouchent sur une activité de contrôle de gestion. Elle a aussi pour objectif d'identifier les pratiques institutionnelles et organisationnelles qui jouent le rôle de médiation lors des différentes interactions. La réalisation de ces deux objectifs passe par l'analyse des activités qui forment les pratiques individuelles des acteurs hospitaliers.

4.3. Les questions de recherche

Les deux modèles conceptuels présentés plus haut nous permettent de formuler nos questions de recherche.

Questions de recherche :

Quelles pratiques composent le contrôle de gestion à l'hôpital public et comment s'articulent-elles avec les pratiques opérationnelles ?

- *Quels sont les objectifs et les règles qui guident les pratiques composant le contrôle de gestion ?*
- *Quel rôle joue le contexte dans la réalisation des pratiques de contrôle de gestion ?*
- *Quel est le rôle des acteurs et des interactions dans la pratique du contrôle de gestion ?*

Résumé du 2ème Chapitre

L'objectif de la théorie de la pratique est de résoudre l'antinomie entre les approches structuralistes (holisme méthodologique) qui expliquent les phénomènes sociaux au moyen des structures ou des ensembles sociaux et les approches telles que l'individualisme méthodologique qui tentent d'expliquer les phénomènes sociaux à partir des actions individuelles. La perspective pratique pose une des questions centrales dans les études sociales, celle de la manière dont les ensembles sociaux et l'agence humaine s'imbriquent dans l'explication de l'action. Elle libère l'agence (la capacité humaine d'agir sur le monde et de le changer) des conceptions des structuralistes et des modèles systémiques tout en évitant le « piège » de l'individualisme méthodologique.

La théorie de la pratique ne place le social ni dans les qualités mentales, ni dans le discours, ni dans l'interaction. Elle le place dans les « pratiques » et traite les pratiques comme la plus petite unité de l'analyse sociale.

Une pratique fait référence à ce que font les individus. Les individus font ce qui leur paraît, à partir de leur intelligibilité pratique, logique de faire.

Une pratique se compose de plusieurs éléments interconnectés les uns aux autres : les formes d'activités physiques, les formes d'activités mentales, des « choses » et leur utilisation, une connaissance de fond sous forme de compréhension, le savoir-faire, les états d'émotion et de motivation. Une pratique est un ensemble d'activités coordonnées faites par des individus et des groupes dans l'exécution de leur travail effectif tel qu'il est guidé par le contexte particulier de l'organisation ou du groupe.

La théorie de la pratique est fondée sur trois thèmes centraux. Le premier est la société. Il fait référence à la manière dont le social (compréhensions partagées, règles culturelles, langages et procédures) définit les pratiques qui guident et permettent l'activité humaine. Le deuxième thème met l'accent sur les activités des individus (praxis). Le troisième thème est représenté par les acteurs qui mobilisent les pratiques sociales (premier thème) dans la réalisation de leurs activités (praxis).

Chapitre III
Méthodologie de la recherche, des activités aux pratiques

Le choix d'une stratégie et d'un design de recherche appropriés ne dépend pas uniquement du cadre théorique mobilisé mais aussi de l'objet de recherche, du but du projet de recherche et des questions de recherche.

Ce chapitre est organisé en quatre sections. La première section présente le design de la recherche. Nous présentons dans une deuxième section la stratégie de recherche.

La troisième section présente les méthodes de collecte de données retenues. La quatrième et dernière section présente la perspective et la démarche d'analyse des données.

Section 1 : le design de recherche et le modèle conceptuel

Nous abordons dans cette section la démarche suivie pour étudier le contrôle de gestion dans une perspective pratique avec une optique de production de connaissance. Ainsi, nous nous appuyons sur les travaux de Rouleau (2013) dans le cadre des études des pratiques de stratégie. Nous présentons dans un deuxième temps, le modèle conceptuel et les questions de recherche.

1.1. La démarche de recherche pour la production de connaissance

Comme exposé au deuxième chapitre, l'étude du contrôle de gestion selon une perspective pratique renvoie au lien entre la théorie et la pratique. Van de Ven et Johnson (2006) soutiennent que la relation entre la théorie et la pratique peut être encadrée comme un problème de production de connaissance. Bourdieu (1977) s'intéresse à la manière dont une règle ou une routine voit le jour et se maintient sans jamais être écrite ou formellement promulguée. Ahrens et Chapman (2007) notent que les membres d'une organisation reconstituent la pratique de contrôle de gestion comme une activité pratique habile.

Berry et al. (2009) soulignent que la recherche en contrôle pourrait être traitée comme un problème de production de la connaissance. En posant la question de la production de la

connaissance, les auteurs évoquent celle des artefacts sociotechniques du contrôle à travers lesquels le contrôle de gestion est adopté socialement.

Rouleau (2013) fait une synthèse des démarches possibles pour étudier la stratégie suivant une perspective pratique et distingue cinq options pratiques pour la recherche en « strategy as practice » : (1) la pratique comme une action managériale, (2) les pratiques comme un ensemble d'outils, (3) la pratique comme une connaissance, (4) les pratiques comme des ressources organisationnelles et (5) la pratique comme un discours global. Respectivement, les questions de recherche pour chaque vision sont : comment les managers et les autres acteurs élaborent la stratégie ? Comment ils utilisent les outils de la stratégie ? Comment ils réalisent et accomplissent la stratégie ? Comment les pratiques organisationnelles façonnent et forment un avantage compétitif stratégique ? Comment le discours stratégique produit des managers et des organisations ?

	La pratique comme action managériale	Les pratiques comme un ensemble d'outils	La pratique comme connaissance	Les pratiques comme ressources organisationnelles	La pratique comme discours global
Question de recherche	Comment les managers et les autres acteurs élaborent la stratégie ?	Comment ils utilisent les outils de la stratégie ?	Comment ils réalisent et accomplissent la stratégie ?	Comment les pratiques organisationnelles façonnent et forment un avantage compétitif stratégique ?	Comment le discours stratégique produit des managers et des organisations ?
Influences théoriques	Théories des organisations et du management	Théories du langage et de la communication	Théories des sciences sociales	Théories des organisations et du management	Théories critiques
Unité d'analyse	Activités managériales	Plans stratégiques, outils et réunions	Routines, conversations et interactions	Routines organisationnelles, compétences et processus	Discours extra-organisationnels
Méthodologies principales	Entretiens, agendas	Entretiens, observation, vidéo ethnographique	Recherche ethnographique (observation participante)	Études de cas	Documents
Principales contributions	Compréhensions approfondies des rôles managériaux, des compétences et des capacités liés à l'accomplissement de la stratégie.	Une compréhension forte des procédures informelles de la planification stratégique	Meilleure interprétation des caractéristiques contextuelles et cachées de la manière dont la stratégie est réalisée	Compréhension renouvelée du niveau organisationnel	Compréhension critique du rôle institutionnel et disciplinaire de la stratégie

Notre positionnement est clairement celui de la production de la connaissance. Ce choix découle de plusieurs constats. D'abord, l'échec de la transposition et du transfert des connaissances des académiques aux praticiens. Ensuite, le manque de littérature sur la manière dont le contrôle de gestion peut être réalisé à l'hôpital. Nous sommes donc sur une problématique de production de connaissance. Notre positionnement s'oriente donc vers la troisième vision pratique parmi les cinq choix proposés par Rouleau (2013). Il s'agit de la pratique comme connaissance en interprétant, selon les acteurs, les caractéristiques contextuelles de la réalisation du contrôle de gestion à l'hôpital public.

Rouleau (2013) propose quelques orientations pour la production de connaissance. L'objectif est moins de fixer des orientations spécifiques mais d'attirer l'attention des chercheurs sur le rôle des pratiques dans la production de connaissances. Elle identifie quatre pistes de production de connaissance.

1 - Le renforcement de l'utilisation des théories sociologiques de la pratique

Le projet qui sous-tend la recherche « as practice » est fondé sur l'engagement avec les théories sociologiques de la pratique (Vaara et Whittington, 2012). Cependant, l'engagement avec la vision de la « pratique comme connaissance » reste peu développé comparativement à la vision de la pratique comme « action managériale », comme un « ensemble d'outils » et comme un groupe de « ressources organisationnelles ». Afin de renforcer le champ « as practice », il y a une nécessité de renouveler ou de revitaliser cet engagement. Fondamentalement, les théories sociales pratiques ancrées dans les domaines sociopolitiques et cognitifs fournissent différentes visions pour mieux comprendre comment le contrôle de gestion est accompli en action et comment il est façonné par les éléments de contexte. Il est indispensable de mieux prendre en compte la trajectoire institutionnelle et collective à travers laquelle les praticiens du contrôle de gestion réalisent leur relation d'agence. D'ailleurs, Chia et Rasche (2009) reprochent le manque de prise en compte dans le cadre de la recherche en « strategy as practice » du social et du collectif.

2 - Le renforcement de la position de la recherche « as practice » comme une alternative

Il s'agit de positionner l'approche « as practice » par rapport aux courants dominants de la recherche en contrôle de gestion comme nous les avons développés dans le premier chapitre. La recherche en « strategy as practice » a été développée pour offrir une alternative au discours formel en stratégie. Ainsi, une perspective « as practice » pour étudier le contrôle de gestion doit suivre le même chemin. Une autre manière de renforcer le caractère alternatif de l'approche « as practice » pourrait être le positionnement du nouveau travail de recherche « as practice » par rapport aux connaissances existantes dans ce champ et l'acceptation des désaccords. Aussi, les chercheurs doivent positionner ou situer leur travail en recherche « as practice » plutôt que de contribuer à une littérature générale et acceptée. Ils doivent être réflexifs et critiques vis-à-vis de la connaissance qu'ils produisent et ses effets.

3 - Favoriser des contributions théoriques spécifiques

Si les pratiques sont souvent ancrées dans des processus et des activités formels, le danger pour les chercheurs en « as practice » est de mettre l'accent sur un ensemble de questions empiriques sans prêter d'attention à leur cohérence. Ils doivent trouver un équilibre entre les constructions d'ensemble et les constructions de transition. Dans ce sens, il est intéressant d'évaluer les résultats en relation avec différents prismes théoriques (pratiques de sensemaking, pratiques discursives, pratiques institutionnelles…) dans le but d'identifier l'existence ou non de cohérence entre ces résultats. En « strategy as practice », les épisodes stratégiques, les conversations stratégiques, la compétence stratégique, par exemple, doivent servir de constructions de transition pouvant aider à renforcer les questions de validité et d'opérationnalisation des concepts.

4 - S'appuyer sur des méthodes ethnographiques organisationnelles

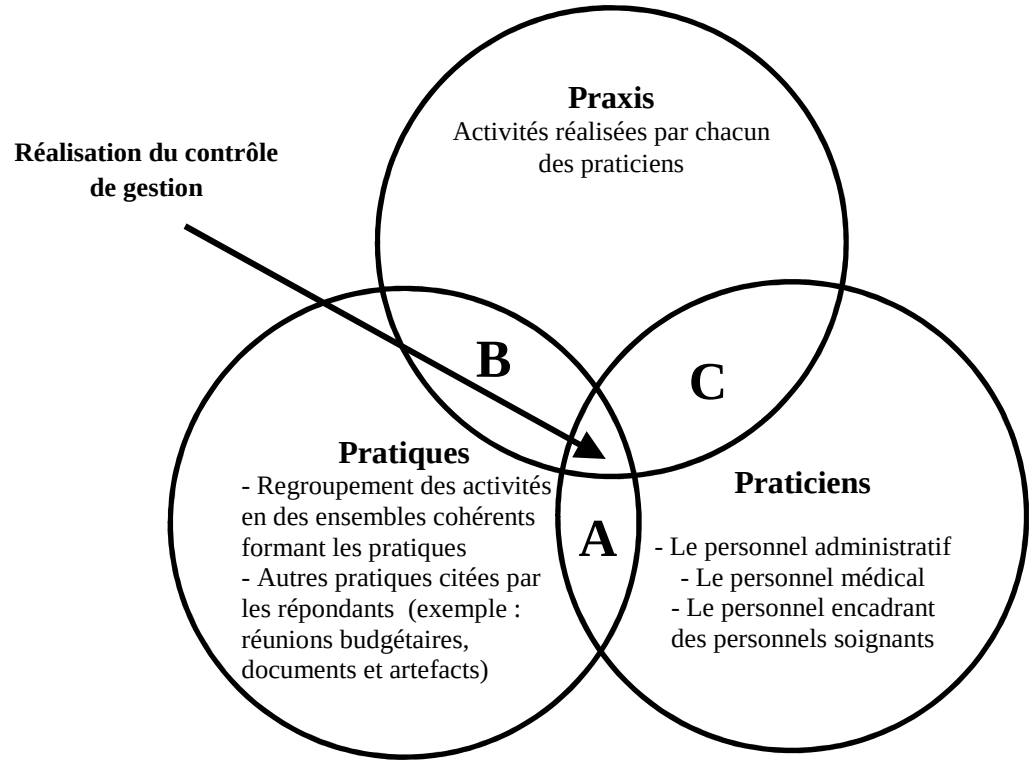
Afin de transcender la vision positiviste de la pratique répandue dans le domaine, surtout en stratégie (Corradi et al. 2010) et pour renforcer l'engagement avec les théories sociales de la pratique, les chercheurs mobilisant les perspectives « as practice » doivent prendre en compte le potentiel de l'ethnographie organisationnelle pour comprendre le « faire » de la stratégie. Une telle option méthodologique comprend un vaste ensemble de variantes avec une meilleure adéquation avec les exigences de la recherche. Elle permet d'étudier de manière détaillée l'accomplissement du contrôle de gestion qu'il soit réalisé au sommet de l'organisation, au niveau intermédiaire ou au niveau interorganisationnel.

Même si les méthodes ethnographiques possèdent un potentiel important pour observer la connaissance « cachée » qui soutient les pratiques de contrôle de gestion, il est nécessaire toutefois de développer des processus solides et systématiques d'analyse des données qui permettent de rassembler une connaissance robuste et cohérente de l'accomplissement du contrôle de gestion.

Selon Rouleau (2013), la recherche ethnographique comparative devrait être encouragée à poursuivre la production de connaissances cumulatives des descriptions empiriques consistantes qui aident à mieux revoir les questions posées pour le contrôle de gestion.

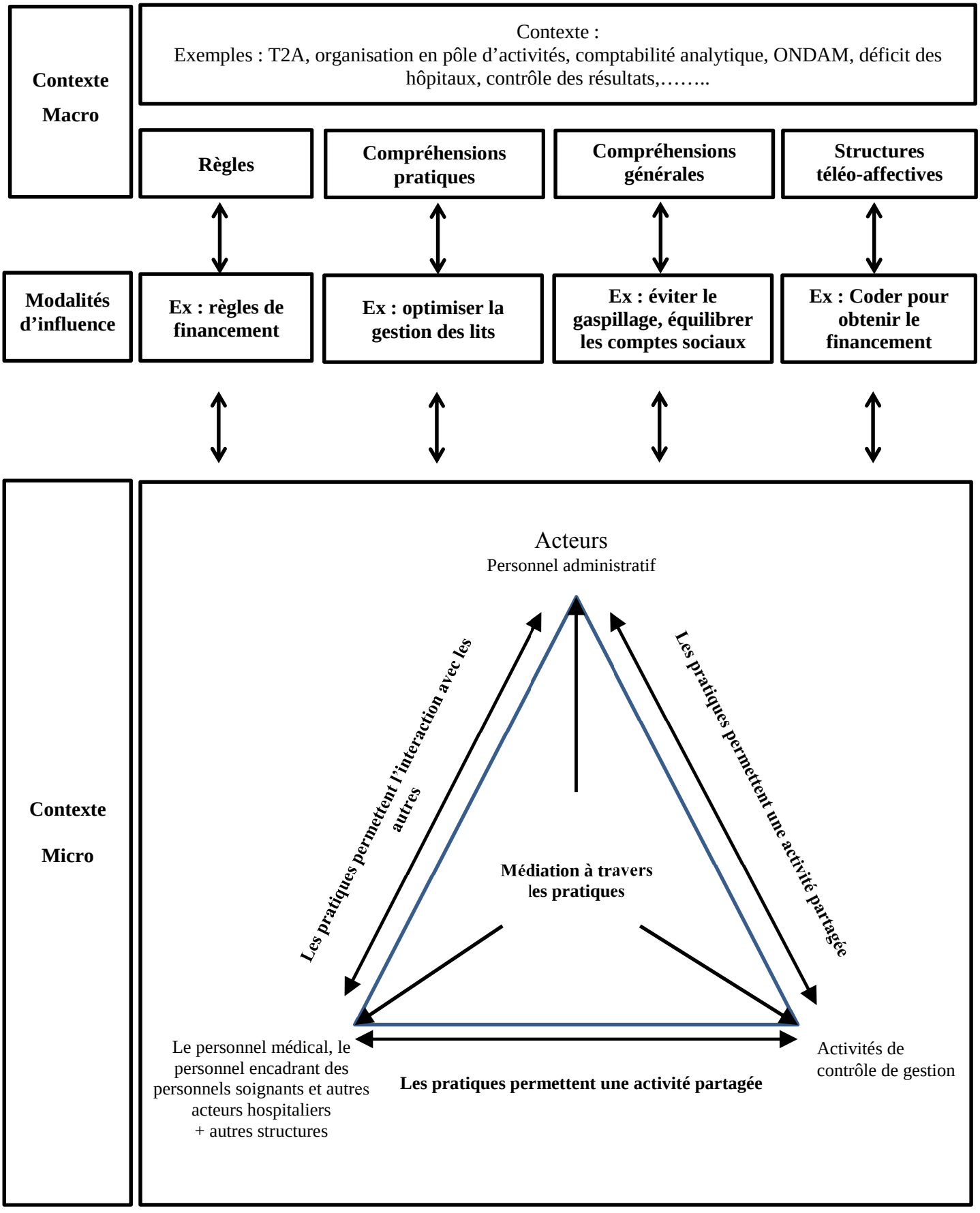
1.2. Le design de recherche

Comme présenté à la dernière de section du deuxième chapitre, notre modèle conceptuel se présente en deux étapes. La première étape consiste à modéliser l'articulation entre les trois concepts fondamentaux de la théorie de la pratique. Jarzabkowski et al. (2007) et Chanal (2008) soulignent que l'activité stratégique (strategizing) se situe au carrefour entre la pratique, les pratiques et les praticiens et que toute recherche dans ce domaine devra faire en sorte d'intégrer ces trois aspects. L'objectif de ce modèle est d'orienter l'identification des pratiques du contrôle de gestion de l'hôpital étudié. Ce modèle suppose la spécification des praticiens étudiés afin de définir les pratiques existantes à l'hôpital. Comme présenté dans le deuxième chapitre, une pratique est un ensemble d'activités (praxis) reliées par des règles, des compréhensions pratiques, des compréhensions générales et des structures téléo-affectives. Ce modèle permet d'identifier les pratiques composant un système social comme l'hôpital.



La deuxième étape s'inspire des travaux de Jarzabkowski (2005). Le modèle conceptuel est fondé sur ce que Jarzabkowski (2005) appelle la théorie de l'activité. Il met l'accent non seulement sur les trois concepts de la théorie de la pratique mais aussi sur l'interaction entre

les acteurs et le rôle de médiation joué par les pratiques dans cette interaction. Ce modèle mobilise les résultats obtenus à partir du modèle précédent. L'objectif de ce deuxième modèle est, d'une part, d'étudier la manière dont les pratiques identifiées influencent les interactions entre les acteurs, et d'autre part, d'analyser la manière dont le contexte social (de l'hôpital) influence le comportement des acteurs. Cette analyse est fondée sur les quatre éléments qui relient les activités pour former une pratique. Ces éléments sont identifiés dans le premier modèle conceptuel. Il s'agit des règles, des compréhensions pratiques, des compréhensions générales et des structures téléo-affectives.


Contexte Macro
Contexte :
Exemples : T2A, organisation en pôle d'activités, comptabilité analytique, ONDAM, déficit des hôpitaux, contrôle des résultats,……..
Règles
Compréhensions pratiques
Compréhensions générales
Structures téléo-affectives
Modalités d'influence
Ex : règles de financement
Ex : optimiser la gestion des lits
Ex : éviter le gaspillage, équilibrer les comptes sociaux
Ex : Coder pour obtenir le financement
Contexte Micro
Acteurs
Personnel administratif
Les pratiques permettent l'interaction avec les autres
Les pratiques permettent une activité partagée
Médiation à travers les pratiques
Le personnel médical, le personnel encadrant des personnels soignants et autres acteurs hospitaliers + autres structures
Les pratiques permettent une activité partagée
Activités de contrôle de gestion

Section 2 : la stratégie de recherche

Selon Rouleau (2013), la première génération de chercheurs en « strategy as practice » a utilisé des données recueillies à travers les études de cas longitudinales. La recherche empirique dans ce cadre tend à être fondée sur l'observation des réunions (Stensaker et Falkenberg, 2007), les entretiens (Paroutis et Pettigrew, 2007) et les agendas des praticiens (Balogun et Johnson, 2004). Vesa (2012), en étudiant les méthodologies utilisées par les chercheurs en « strategy as practice », conclut que l'utilisation d'une démarche ethnographique robuste fondée sur la participation reste plutôt rare.

Beaucoup de chercheurs ont défendu le fait qu'il y a un besoin d'utiliser d'autres méthodes que l'ethnographie en « strategy as practice ». Balogun et al. (2003) soutiennent que les ensembles organisationnels complexes nécessitent des méthodes diversifiées qui fournissent plus de largeur et de flexibilité. Huff et al. (2010) suggèrent l'utilisation d'un ensemble large de méthodes qui offrent plus de robustesse dans la construction de la théorie plus que les méthodes ethnographiques toutes seules.

2.1. Une approche qualitative

Dans sa tentative de différencier les approches quantitatives des approches qualitatives, Dabbs (1982) indique que la notion de « qualité » est essentielle pour la nature des choses. La « qualité » tente de répondre aux questions du quoi, comment, quand, où et du pourquoi des choses.

La recherche qualitative fournit les moyens d'accéder à une connaissance non quantifiable sur la réalité des individus observés et représentés par leurs traces personnelles (telles que les lettres, les photographies, les journaux et les agendas). Les techniques qualitatives permettent aux chercheurs d'explorer comment les individus structurent et donnent du sens à leur vie quotidienne et d'examiner comment ils apprennent et donnent sens à eux-mêmes et aux autres (Berg et Lune, 2012).

Les objectifs de la recherche qualitative émanent de la perspective « interactionniste symbolique » qui est un concept central dans la méthodologie qualitative. Le thème qui unifie les différents éléments de l'interactionnisme symbolique est le fait de mettre l'accent sur les

compréhensions subjectives et les perceptions des individus, sur les symboles et sur les objets (Berg et Lune, 2012).

La recherche qualitative cherche à répondre à des questions par l'examen d'ensembles sociaux variés et des groupes ou des individus qui habitent ces ensembles. Les tenants de la recherche qualitative sont intéressés à la manière dont les individus s'organisent et organisent leurs ensembles, à la manière dont les habitants de ces ensembles donnent sens à leur environnement à travers des symboles, des rituels, des structures sociales et des rôles sociaux.

Selon Ahrens et Chapman (2006, p. 819) : « le chercheur d'orientation qualitative et celui d'orientation positiviste partagent de nombreuses méthodes en commun. Tous les deux peuvent se rendre dans les organisations dans le champ qu'ils ont choisi, recueillir et analyser des documents, faire des statistiques, conduire des entretiens avec des praticiens et peut-être même les observer au travail ».

L'apport théorique qui sous-tend la conduite d'une recherche qualitative de terrain porteuse de nouvelles connaissances est souvent ignoré. Deux raisons principales expliquent ce constat. D'une part, certaines recherches qualitatives contiennent des descriptions très riches de la vie organisationnelle étudiée mais ne parviennent pas à élever ce matériau à un niveau plus conceptuel (Ahrens et Chapman, 2006, p. 820 ; Suddaby, 2006, p. 636). Les apports de ce type de recherche ont été ironiquement décrits par Coase (cité par Suddaby, 2006, p. 638) comme « une masse de matériau descriptif en attente d'une théorie ou d'un incendie ». D'autre part, les recherches qualitatives sont souvent évaluées à travers les critères de validité des recherches positivistes. Ceci conduit à présenter des études de terrain qualitatives en adoptant un plan de rédaction conforme aux canons d'une recherche hypothético-déductive (Suddaby, 2006, p. 637). Le travail constant de théorisation qui caractérise l'interaction continue du chercheur avec les données de son terrain est alors souvent obscurci. Le processus abductif de création de connaissances, qui est fréquemment à l'origine des apports d'une méthodologie qualitative, est largement ignoré.

La recherche concernant les individus affecte la manière dont ces personnes vont être observées (Taylor et Bogdan, 1998). L'étude des humains de façon réduite et statistiquement agrégée peut conduire à des conclusions, certes arithmétiquement précises, mais qui déforment les individus ou les circonstances étudiés (Mills, 1959).

Selon Berg et Lune (2012), les significations que nous donnons aux événements et aux objets proviennent de leurs qualités. Ils posent et répondent par l'affirmative à la question : pouvons-nous réellement mesurer les essences non quantifiables du phénomène qui imprègne nos vies ? Ils soutiennent l'idée qu'il est possible d'étudier et de mesurer les qualités comme des collections de significations, comme un spectre des états d'être, mais pas comme des objets précis et solides. Les qualités sont comme la fumée : elles sont réelles et visibles mais ne sont pas immobiles et ne forment pas des lignes droites que les chercheurs peuvent capturer. Clairement, la recherche qualitative requiert des outils et des techniques spécialisés.

Selon Linda Rouleau (2013), la recherche en « strategy as practice » a principalement mobilisé les méthodes qualitatives. Conduire une recherche n'a pas pour but d'amasser des données. L'objectif est de découvrir des réponses aux questions à travers l'application de procédures systématiques (Berg et Lune, 2012).

L'adoption d'une recherche qualitative en contrôle de gestion as-practice se justifie aussi par le caractère exploratoire du projet de recherche. Comprendre comment les systèmes de contrôle influencent l'action dans les organisations est une préoccupation majeure des recherches de terrain qualitatives en contrôle de gestion (Ahrens et Chapman, 2006, p. 830). Cela implique de cerner les différents sens que les acteurs du terrain donnent au contrôle dans et pour la conduite de leurs activités. Cela explique l'intérêt des chercheurs pour exprimer socialement les pratiques des acteurs liées à l'engagement des informations produites par les systèmes de contrôle : « L'habileté du chercheur à montrer comment le contrôle influence l'action réside, pour une large part, dans le positionnement des données pour apporter une contribution théorique parce que « l'infusion de l'action » doit se référer à quelque activité répondant à une préoccupation théorique. Sinon, le chercheur se trouve confronté à la question du « tout ça pour ça ? ». Au cœur des recherches qualitatives de terrain en contrôle de gestion portant sur l'étude des pratiques se situe une compréhension aux multiples facettes du terrain en relation avec la théorie en contrôle de gestion » (Ahrens et Chapman, 2006, p. 831). Nous retrouvons ici l'exigence continue de théorisation qui constitue la source principale des apports de ce type de recherche.

Si la recherche quantitative est fondée sur les dénombrements et les mesures des choses, la recherche qualitative fait référence aux significations, concepts, définitions, caractéristiques, métaphores, symboles et aux descriptions des choses. Elle tend à évaluer la qualité des objets

en utilisant des mots, des images et des descriptions. Ainsi, le choix de cette méthodologie se justifie par l'objet de notre recherche et le cadre théorique adopté. L'hôpital est un système social ouvert sur son environnement. Ainsi, l'étude des pratiques de contrôle de gestion ne peut pas être réalisée uniquement à l'intérieur de frontières organisationnelles fermées et délimitées. Elle ne peut pas non plus ignorer la complexité des relations entre les acteurs au sein d'un système social comme l'hôpital.

La recherche qualitative utilise plusieurs manières de collecte de données : entretiens, focus groupe, ethnographie, sociométrie, mesures discrètes, historiographie, et les études de cas (Berg et Lune, 2012). Certains auteurs associent la recherche qualitative à la seule observation participante. D'autres auteurs l'étendent aux entretiens. Berg et Lune (2012) soulignent que la recherche qualitative inclut aussi des méthodes comme l'observation des ensembles naturels, les techniques de photographie (incluant l'enregistrement vidéo), l'analyse historique (historiographie), l'analyse textuelle et l'analyse des documents, la sociométrie, le sociodrame et des expérimentations ethnométodologiques similaires et la recherche ethnographique.

2.2. L'unité d'analyse

Beaucoup de travaux notent la large diffusion des pratiques comme les outils de gestion stratégique, les techniques et les concepts enseignés dans les salles de classe répertoriés dans les manuels (Jarzabkowski, 2004 ; Seidl, 2007 ; Whittington, 2003, 2006 ; Jarzabkowski et Wilson, 2006). Néanmoins, il y a eu peu d'attention empirique à la manière dont ces pratiques sont diffusées ou réalisées.

Dans la définition de la pratique, l'accent est mis sur ce que font les individus dans leurs contextes organisationnels et institutionnels (Whittington, 2006). Jarzabkowski (2004) s'appuie sur les travaux de Giddens pour souligner que la relation entre le niveau micro des activités stratégiques et la société est établie en mettant l'accent sur « les pratiques utilisées comme unité d'analyse » (Whittington et Seidl, 2014). Elle Souligne que les niveaux micro et macro sont liés à travers les pratiques : dans leurs activités micro, les stratèges utilisent les pratiques stratégiques générales telles que des techniques ou des outils en usage. De cette manière, le niveau macro façonne les activités situées au niveau micro. Les acteurs déploient les pratiques et l'action locale est traitée comme une variation de la pratique au niveau macro.

De ce fait, et comme nous l'avons précisé dans la première section de ce chapitre, nous adoptons la démarche de « pratique comme connaissance » parmi les cinq démarches proposées par Rouleau (2013). Cette démarche s'appuie sur les routines et les interactions comme unité d'analyse. Dans notre travail de recherche, nous adoptons la même posture en nous fondant sur « les activités » des acteurs comme unité d'analyse. La notion d'activité n'est pas loin de celle de routine. Elle est retenue pour deux raisons principales. La première réside dans la méthode de collecte des données qui est fondée sur des entretiens. Un entretien ne permet pas de juger de la routinisation ou non d'une activité, seule une observation sur une longue période le permet. La deuxième raison se justifie par le cadre théorique présenté au deuxième chapitre où la pratique est définie comme un ensemble d'activités.

Rouleau (2013) souligne qu'il est important de développer de nouvelles manières de rassembler des données dans le but de renforcer la relation entre l'évidence empirique et l'ensemble des interprétations liées à la notion de pratique. À plus long terme, la recherche « strategy as practice » doit continuer à favoriser le pluralisme associé aux méthodes mixtes ou la prise en compte de l'extension de l'observation participante ethnographique. Autrement dit, il y a nécessité d'opter pour la réflexivité critique ou la validation de connaissances pour mieux comprendre comment les managers et les autres acteurs font la stratégie ou font le contrôle de gestion. La réflexivité critique et la validité de la connaissance sont requises pour avancer sérieusement dans le projet de production de connaissance. La réflexivité critique et la validité de la connaissance dépendent de la manière dont la notion de la pratique est définie lors d'un projet de recherche.

2.3. Positionnement sur le terrain de recherche : quel type d'observation ?

Déterminer le positionnement du chercheur revient à s'interroger sur son rôle lors de la conduite de son projet de recherche. Devrait-il tenir un rôle ouvert et annoncé ou un rôle couvert et secret ? (Berg et Lune, 2012).

Le choix d'une méthodologie est l'expression du lien qu'entretien le chercheur avec le terrain de recherche. « Ce qui distingue un chercheur dans un champ qualitatif, c'est sa manière particulière de connaître terrain. Ces chercheurs sont d'accord pour affirmer que « la réalité sociale est émergente, créée subjectivement et objectivée par des interactions humaines » (Chua, 1986, p. 615). Pour eux, la tâche méthodologique et théorique consiste à représenter

(exprimer) socialement le terrain et à ne pas le décrire ou le clarifier seulement pour le lecteur comme s'il faisait partie d'un ordre naturel. Mener des études de terrain qualitatives ne se résume pas à la conduite d'une simple activité empirique mais recouvre l'exercice d'une activité théorique profonde » (Ahrens et Chapman, 2006, p. 820).

Le choix du terrain de recherche impose le positionnement du chercheur et le type d'observation à adopter. Plusieurs éléments guideront le choix d'un type de positionnement et d'observation. D'abord, le chercheur est connu par la majorité des managers (directeur, chef de pôle, médecins et cadre de santé). Ensuite, le cadre de travail spécifique au sein d'un service médical notamment les règles déontologiques rend difficile une observation participante. Enfin, l'expérience du chercheur au sein de l'entité étudiée lui permet de mieux orienter les entretiens et les questions en fonction des objectifs recherchés par le travail.

Berg et Lune (2012) citent plusieurs auteurs (Denzin et Lincoln, 2005 ; Marks et Yardley, 2004 ; Punch, 2005) qui ont établi une typologie de recherche pour déterminer le rôle du chercheur. Cette typologie comporte : la participation complète, la participation comme observateur, l'observation complète et l'observateur comme participant.

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous optons pour une stratégie d'« observateur comme participant ». Nous présentons, dans ce qui suit, les raisons de ce choix par rapport aux trois autres possibilités.

La participation complète n'est pas adaptée pour le projet de recherche entrepris. Ce type d'observation s'appuie sur l'hypothèse d'un engagement total du chercheur dans les activités du groupe ou de l'organisation étudiée. Ce rôle requiert que le chercheur entre « sous couvert » dans le milieu étudié comme un investigateur secret ou caché. Les membres du groupe étudié ne doivent pas être informés de son intention de conduire une recherche. Or, le chercheur est connu au sein de l'hôpital. De surcroît, il doit préciser son intention de conduire un travail de recherche et le motiver, pour avoir accès aux acteurs et à la documentation nécessaire.

Dans le cadre d'une *participation comme observateur*, le chercheur accepte d'avoir un rôle ouvert et annoncé. Dans ce cas, le chercheur formalise sa présence et ses intentions sont connues du groupe étudié. En revanche, cette stratégie comporte des problèmes liés à la capacité du chercheur à développer un rapport suffisant avec les participants et à son potentiel

d'être un « natif » du milieu. Être « natif » est lié à la capacité d'immersion dans les activités. Si le développement d'un relationnel avec les participants n'est pas problématique dans notre cas, la condition d'immersion dans les activités est un frein pour l'adoption de cette posture. Comme exposé plus haut, le chercheur n'est pas médecin, ni cadre de santé. Ainsi, il ne peut ni faire les activités d'un personnel médical ni le suivre pendant la réalisation de ses activités pour des raisons déontologiques.

L'observation complète suggère un rôle ouvert et annoncé en tant que chercheur. Ce dernier reste dans le milieu étudié pour une période de temps prolongée mais il y est en tant qu'observateur passif du déroulement des activités et des interactions. Ce rôle d'observateur est difficile au sein d'un service médical. À titre d'exemple, le chercheur ne peut pas observer un médecin ou une infirmière en train de prodiguer des soins aux patients. Le chercheur ne peut pas non plus se déplacer librement dans un bloc opératoire ou dans une salle de réanimation ou de soins intensifs.

L'observateur comme participant s'éloigne de l'idée de participation et correspond à un rôle ouvert du chercheur comme investigateur. Ce rôle implique souvent l'utilisation d'entretiens et une observation relativement plus formelle (par exemple l'examen de la structure organisationnelle de l'hôpital et du pôle étudié, les politiques explicites et différents documents). Ces outils remplacent une observation ou une participation plus informelle souvent associée aux autres rôles observationnels du chercheur. Cette stratégie présente le risque d'un manque de compréhension de certaines subtilités et de nuances entre les participants impliqués dans l'organisation. Mais ce risque est nuancé par la connaissance que possède le chercheur dans le domaine de gestion à l'hôpital, du pôle étudié et ses problématiques, des acteurs et leur rôle. Cette connaissance donne la possibilité au chercheur de mieux orienter ses questions lors des entretiens sur les pratiques et les activités des participants. Cette stratégie permet aussi au chercheur de contourner les problèmes de déontologie que pose une observation plus informelle dans un service médical.

2.4. Quel type d'entretien ?

Selon Goodall (2000), il existe au moins trois catégories de comptes rendus d'expériences observables.

- Les échanges verbaux (entre les acteurs ou entre le chercheur et les autres)

- Les pratiques (routines diverses, actions et les interactions entre les participants)
- Les connexions entre les échanges observés et les pratiques.

Les échanges verbaux incluent les entretiens avec les participants et tout autre type similaires d'interactions fondées sur la communication avec le chercheur. C'est le cas notamment des conversations et interactions entre différents individus.

Les pratiques observées se réfèrent aux manières dont les individus ou les groupes disent et font les choses de manière routinière. Autrement dit, la manière dont les participants s'engagent régulièrement dans des actions, des interactions et des activités. Enfin, les connexions font référence aux liens, présumés ou interprétés, entre les actions observées, les interactions et les comportements. Ces connexions opèrent le long de la dimension des significations et des compréhensions telles qu'elles sont appréhendées par le chercheur (significations éthiques) et par les participants (significations émiques).

Dans le cadre d'une approche qualitative fondée sur les entretiens comme outils de collecte, il est indispensable de faire le choix du type d'entretien. Ce choix est guidé par l'objectif de la recherche et des questions posées.

Le choix doit se faire entre trois types d'entretiens : l'entretien standardisé (formel et hautement structuré), l'entretien non standardisé (informel et non directif) et l'entretien semi-standardisé (guidé semi-structuré). La principale différence entre les structures de ces entretiens réside dans leur degré de rigidité.

Berg et Lune (2012) présentent les caractéristiques de chaque type d'entretien que nous synthétisons dans le tableau suivant :

	Entretien standardisé	**Entretien Semi-standardisé**	**Entretien Non standardisé**
Structuré	Fortement	Plus au moins	Non
Ordre des questions	À respecter	Réorganisées durant l'entretien	Non
Formulation des questions	Comme elles sont écrites	Flexible	Non définie
Ajustement du niveau de langage	Non	Oui	Possible
Clarifications et réponses de la part de l'intervieweur	Non	Oui	Oui
Suppression de questions entre les entretiens	Non	Oui	Oui
Questions additionnelles	Non	Oui	Oui

Nous avons opté pour les entretiens semi-standardisés (semi-directifs ou semi-structurés) qui se situent entre les deux extrémités à savoir les entretiens standardisés et les entretiens non standardisés.

Comme présenté plus haut, les acteurs participant à l'étude appartiennent à trois groupes : administratif, médical et paramédical. Ils ont des statuts différents, des grades différents, des formations différentes et des attributions différentes. Ainsi les questions ne peuvent pas être standardisées.

Aussi, étant donné que l'objectif au travers de l'entretien est d'identifier les activités des acteurs et leurs interactions, l'ordre des questions ne peut pas être immuable car le chercheur doit pouvoir rebondir sur certaines réponses. Il apparaît donc que l'entretien standardisé (structuré) n'est pas adapté pour notre travail de recherche et les objectifs de l'entretien. De surcroît, la logique pour un entretien directif est d'offrir la possibilité de comparer les réponses aux questions (Babbie, 2007).

L'entretien semi-structuré est organisé avec des questions prédéterminées et des thèmes définis. Ces questions sont posées à chaque participant de manière ordonnée et cohérente. Mais le chercheur est libre de s'écarter de cet ordre et d'aller au-delà des réponses données aux questions prédéterminées. Ce n'est pas le cas pour un entretien non-structuré où la liste complète des questions n'est pas obligatoirement fixée d'emblée. Dans le cadre de notre travail de recherche, il est indispensable de fixer à travers un guide d'entretien les thèmes et les questions qui orientent les réponses des répondants vers les objectifs de la recherche.

Cette stratégie obéit à certaines hypothèses. Si les questions sont standardisées, elles doivent être formulées dans des termes familiers aux personnes interviewées (dans le vocabulaire des sujets). Le langage informel change avec les générations et varie considérablement suivant le lieu. Il est donc important d'adapter les termes et les mots au contexte de l'entretien ce qui renforce la crédibilité du chercheur.

Les questions utilisées dans les entretiens semi-standardisés doivent refléter la conscience du fait que les individus comprennent le monde de façons différentes (Gubrium et Holstein, 2003). Les chercheurs tendent à approcher le monde à travers la perspective des sujets. Ils peuvent y parvenir en ajustant le niveau du langage des questions planifiées ou à travers d'interrogations imprévues qui émergent durant le processus d'entretien. À titre d'exemple, l'interviewé peut répondre par « oui » ou « non » à une question. Afin d'obtenir des informations additionnelles, l'intervieweur peut, par exemple, enchaîner en demandant « et alors ? » ou encore « pourriez-vous m'en dire plus sur ce sujet ? ». En d'autres occasions, l'interviewé peut avoir à poser une autre question complète pour recueillir des informations additionnelles. Souvent les questions et les notes préparées par l'intervieweur n'anticipent pas tous les tournants d'une conversation.

La flexibilité de l'entretien semi-structurée permet aux intervieweurs de poser des séries de questions structurées, permettant de comparer les entretiens. Elle permet aussi de poursuivre des zones initiées et évoquées spontanément par l'interviewé. Il en résulte un apport important de la part des participants plus que ce que peuvent donner les questions prévues.

Selon Berg et Lune (2012) le chercheur doit formuler les questions de telle manière qu'elles fournissent les données nécessaires et qu'elles motivent les répondants à répondre le plus complètement et honnêtement possible. L'objectif est d'obtenir des informations pertinentes.

Section 3 : les méthodes de collecte des données

Dans le cadre de ce travail de recherche, le rôle du chercheur est déterminé par sa connaissance du terrain de recherche et ses liens avec les acteurs.

Le chercheur a exercé au sein de l'« Assistance Publique – Hôpitaux de Paris » (AP-HP) dont une année aux services centraux et trois années au sein de l'hôpital « Pitié Salpêtrière ». L'hôpital « Pitié Salpêtrière » fait partie des hôpitaux de l'AP-HP.

Son expérience aux services centraux de l'AP-HP (le siège) en qualité de contrôleur de gestion lui a permis de découvrir le milieu hospitalier. Elle était aussi l'occasion pour lui de prendre connaissance de la manière dont est géré un hôpital. Il a travaillé sur la comptabilité analytique des hôpitaux de l'AP-HP. De ce fait, il a acquis une connaissance en matière de comptabilité analytique hospitalière, sur la manière dont est construite et la manière dont elle peut affecter les résultats de l'Échelle Nationale des Coûts. Le chercheur a aussi participé à la mise en place de la réforme de la nouvelle gouvernance au sein des hôpitaux de l'AP-HP consistant à organiser l'hôpital en pôles d'activité. Il a ainsi contribué à la construction des pôles d'activité. Cette mission lui a permis de mieux comprendre l'organisation des hôpitaux et d'apprendre comment ils fonctionnent.

Sa deuxième expérience s'est déroulée entre 2006 et 2008 à l'hôpital Pitié Salpêtrière. Il a été recruté en qualité de cadre administratif de pôle. Il a été affecté à deux pôles d'activité : le pôle « cœur » et le pôle « endocrinologie ». Ces deux pôles ont ensuite fusionné pour n'en faire qu'un seul appelé « Cœur Métabolisme ».

Sa mission, de manière générale, consistait à établir le suivi de l'activité et des finances de chacun des deux pôles. Cette mission incluait aussi tous les travaux de préparation des conférences budgétaires annuelles, des suivis de projets, des études ponctuelles sur certains sujets. Il conduisait aussi des analyses soit à la demande de l'administration soit à la demande de la direction. Ces analyses mettaient l'accent sur certains événements comme l'évolution des recettes, des dépenses, de certains indicateurs comme la Durée Moyenne de Séjour (DMS), le Taux d'Occupation Corrigé des lits (TOC), l'Index de Performance (IP), le nombre de séjours etc…

Au-delà des acquis techniques, cette expérience était bénéfique pour le chercheur à double titre. D'abord elle lui a permis d'avoir un œil critique sur la manière dont est pratiqué le contrôle de gestion au sein d'un hôpital public. D'ailleurs, l'idée de ce travail de recherche est le fruit de cette expérience et de la confrontation de ses observations avec son directeur de recherche. Ensuite, sa collaboration avec le personnel de l'hôpital, qu'il soit médical,

paramédical ou administratif lui a permis de nouer des relations solides avec différents acteurs.

En résumé, le choix de l'hôpital Pitié Salpêtrière et le pôle « Cœur Métabolisme » comme terrain de recherche découle de l'expérience du chercheur.

Ce choix présente plusieurs avantages :

- Connaissance approfondie du pôle, son personnel, ses activités, ses particularités…
- Relation de confiance avec les acteurs ;
- Accès facile aux informations et aux acteurs ;
- Et ciblage des acteurs clés à interroger par rapport au thème de recherche.

3.1. Le terrain de recherche

Notre terrain de recherche est le pôle « Cœur Métabolisme » au sein de l'hôpital Pitié Salpêtrière. Cet hôpital, comme d'autres hôpitaux parisiens, fait partie de l'AP-HP.

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris est un établissement public de santé et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la région Ile-de-France. Elle est le premier employeur d'Ile-de-France avec 95000 salariés (médecins, chercheurs, paramédicaux, personnels administratif et ouvrier) qui y travaillent[52]. L'AP-HP est organisée en douze groupes hospitaliers (GH), pour un total de 37 hôpitaux[53].

L'hôpital de la Pitié Salpêtrière appartient au groupe hospitalier « Hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière - Charles-Foix ». Le groupe hospitalier est constitué de deux hôpitaux : l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, situé à Paris dans le 13ème arrondissement et l'hôpital Charles-Foix, dédié à la gériatrie, situé à Ivry s/Seine (94). Hôpitaux de proximité et de spécialité, d'enseignement et de recherche, ces deux hôpitaux constituent de par leur taille, le 1er groupe hospitalier français.

[52] Site internet de l'AP-HP
[53] En plus des 37 hôpitaux appartenant à des GH, l'AP-HP compte trois hôpitaux hors GH et l'« Hospitalisation A Domicile ».

La création des « Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix » a réuni en 2010 deux sites hospitaliers : l'un, essentiellement MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), de 1715 lits (La Pitié Salpêtrière à Paris 13ème), l'autre de 474 lits dédiés à la gériatrie (Charles Foix à Ivry-sur-Seine).

Ces deux sites pavillonnaires (90 bâtiments sur 33 hectares à la Pitié Salpêtrière et 20 bâtiments sur 20 hectares à Charles Foix) proposent des activités médicales et chirurgicales hormis la pédiatrie (sauf pédopsychiatrie), la dermatologie, le traitement des grands brûlés et la chirurgie thoracique.

Au niveau du budget, le groupe hospitalier totalise en 2014 des recettes à hauteur de 884,464 millions d'euros pour des dépenses à hauteur de 866,655 millions d'euros.

Budget en M€	PS[54]	CFX[55]	Total
Charges relatives au personnel	***420,764***	***42,695***	***463,459***
dont personnel médical	*102,123*	*6,1*	*108,223*
dont personnel non-médical	*318,872*	*36,586*	*355,458*
Charges à caractère médical	***235,549***	***7,323***	***242,872***
Charges à caractère hôtelier et général	***91,180***	***13,905***	***105,085***
Amortissement, provisions, autres charges	***51,438***	***3,801***	***55,239***
Total des dépenses	***798,931***	***67,724***	***866,655***
Produits de l'assurance maladie	***619,614***	***45,718***	***665,332***
Produits de l'activité hospitalière (mutuelles, particuliers)	***76,108***	***4,072***	***80,180***
Recettes subsidiaires	***131,540***	***7,412***	***138,952***
Total des recettes	***827,262***	***57,202***	***884,464***

En termes de ressources humaines, le groupe emploie 8 970 personnels dont 1 559 médecins et 7 411 paramédicaux. Ils sont répartis par statut sur les deux hôpitaux du groupe comme suit :

[54] Pitié Salpêtrière.
[55] Charles Foix.

Ressources Humaines	PS	CFX	Total
Personnels Hospitalo-Universitaires	***390***	***41***	***431***
Praticiens hospitaliers, Praticiens contractuels, Assistants hospitaliers	***457***	***27***	***484***
Praticiens attachés	***229***	***18***	***247***
Internes, résidents, faisant fonction d'internes	***365***	***32***	***397***
Total Personnel Médical	***1441***	***118***	***1559***
Personnel administratif et secrétaires médicales	**669**	**65**	**734**
Personnel hospitalier	**5442**	**617**	**6059**
Personnel socio-éducatif	**105**	**11**	**116**
Personnel technique et ouvrier	**415**	**87**	**502**
Total Personnel Paramédical	***6631***	***780***	***7411***

En 2014, la Pitié Salpêtrière compte 1715 lits répartis en 1461 lits de « Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO) » composés de 823 lits de médecine, 575 lits de chirurgie et 63 lits de gynécologie – obstétrique. L'hôpital compte aussi 113 lits de psychiatrie, 104 lits de « Soins de Suite et Réadaptation (SSR) » et 37 lits de « Soins de Longue Durée (SLD) ».

En 2014, le groupe hospitalier « Hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière - Charles-Foix » a enregistré 165 363 séjours en MCO répartis en 70 596 séjours en hospitalisation complète (plus de 24 heures) et 94 767 séjours en hospitalisation en ambulatoire (hôpital de jour). Le groupe a enregistré 583 228 consultations externes dont 571 863 pour le site de la Pitié-Salpêtrière.

Le pôle « Cœur – Métabolisme » totalise 14 422 séjours en hospitalisation complète avec une DMS (Durée Moyenne de Séjour) de 4,11 jours et un TO (Taux d'occupation des lits) de 88 %. Le pôle a réalisé aussi 10 489 séjours en hospitalisation ambulatoire sur un total de 94 767 pour tout le groupe hospitalier.

Au niveau des recettes, le pôle « Cœur – Métabolisme » a généré une recette évaluée à 91,306 millions d'euros en hospitalisation complète (structure ouverte du lundi au dimanche) pour 14 422 séjours, l'hospitalisation de jour a généré 7,976 millions d'euros en 2014. Les recettes du pôle représentent 25,5 % des recettes du groupe hospitalier « Pitié Salpêtrière - Charles-Foix » sur les deux types d'hospitalisation.

3.2. Les acteurs à l'hôpital public

Le personnel hospitalier est catégorisé dans une multitude de statuts régie par une réglementation différente. La plupart des agents publics non médicaux relève du statut de la fonction publique hospitalière créé par les lois du 13 juillet 1983 et du 9 janvier 1986. Le personnel médical hospitalier et universitaire (chef de clinique assistant, praticien hospitalo-universitaire, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, professeur des universités-praticien hospitalier) est, par sa partie universitaire, fonctionnaire. Les autres médecins (praticiens hospitaliers attachés, contractuels et praticiens hospitaliers) sont régis par un statut propre. Tous les médecins sont également soumis au code de déontologie médicale. Comme précisé dans le chapitre introductif de cette thèse, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, modifie quelque peu la donne en renforçant le pouvoir du directeur de l'hôpital.

Le personnel hospitalier peut être regroupé en deux grandes catégories : le personnel médical, le personnel paramédical. Le personnel médical regroupe les médecins, les odontologistes, les pharmaciens, les internes et les « faisant fonction d'internes en formation ».

Le personnel paramédical peut être scindé en cinq groupes. Le personnel soignant regroupant les sages-femmes, les personnels d'encadrement des personnels soignant, les infirmiers (ères), les aides-soignants (es), les agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux, les rééducateurs, les psychologues. Le personnel d'encadrement des personnels soignant dans un service médical est composé principalement des « cadres de santé (CS) » des « cadres supérieurs de santé (CSS) ». Les « cadres de santé (CS) » encadrent les personnels d'une unité au sein d'un service alors que les « cadres supérieurs de santé (CSS) » encadrent tous le personnel soignant du service y compris les « cadres de santé ».

Les quatre autres groupes sont : le personnel administratif, le personnel technique, les personnels éducatifs et sociaux et les personnels médico-techniques (techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie).

Le personnel administratif comprend le directeur de l'hôpital, ses adjoints, le directeur des finances, le directeur des ressources humaines, le directeur informatique et tous les personnels administratifs des unités fonctionnelles. Cette catégorie regroupe aussi le contrôleur de gestion de l'établissement et les « cadres administratifs de pôle ». Les deux étant souvent

rattachés à la direction générale, aux adjoints du directeur ou à un directeur fonctionnel ressources humaines, finances…

Le personnel médical regroupe :

- Les praticiens hospitalo-universitaires, les Praticiens Hospitaliers (PH), les attachés, les praticiens contractuels, les assistants hospitaliers, les internes, les résidents et les « faisant fonction » d'internes.

- Les praticiens hospitalo-universitaires sont les « Professeurs des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH) », les « Maîtres De Conférences des Universités – Praticien Hospitalier (MCU-PH) » et les chefs de clinique – assistants. Ils ont des activités de soins, d'enseignement et de recherche.

- Les Praticiens Hospitaliers (PH) sont sélectionnés par concours, ils consacrent la totalité de leur temps de travail aux activités hospitalières.

- Les assistants hospitaliers (ou médecins assistants) sont recrutés sur contrats à durée déterminée.

- Les « médecins attachés » sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel et pouvant exercer dans un ou plusieurs établissements publics ou en libéral.

- Le chef de clinique assistant est un grade et un titre hospitalo-universitaire associant l'exercice de la clinique hospitalière à une fonction universitaire d'enseignement et de recherche. Les médecins peuvent y postuler pendant les trois années qui suivent l'obtention de leur diplôme de docteur.

- Les internes sont les étudiants de médecine en 3ème cycle, de façon facultative pour les étudiants en pharmacie et odontologie.

- Les « faisant fonction d'internes » sont les médecins, étudiants en médecine, pharmaciens, étudiants en pharmacie occupant provisoirement un poste non occupé par un interne dans un établissement de santé.

3.3. Les répondants

Dans le cadre de ce travail de recherche, notre sélection des personnels à interroger est fondée sur leur position hiérarchique qui leur confère un pouvoir de décision, sur leur rôle dans la mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement et sur leur pouvoir en matière d'engagement des dépenses à travers leurs activités ou à travers les orientations et les consignes qu'ils donnent à leurs collaborateurs. Notre choix est fondé sur ce triptyque et est guidé par d'une part, la position hiérarchique de chaque acteur conférée par la loi (exemple : le directeur de l'hôpital) et par l'expérience du chercheur dans cet hôpital, d'autre part. En fait, cette expérience permet au chercheur d'identifier les acteurs clés de l'hôpital.

Les acteurs sélectionnés pour notre étude sont regroupés en trois groupes : personnel administratif, personnel médical et personnel d'encadrement des personnels soignant.

Pour le personnel administratif

- L'adjoint au directeur de l'hôpital : cet adjoint exerce aussi la fonction de directeur délégué du pôle « Cœur – Métabolisme ». Comme précisé dans le chapitre introductif, le pôle d'activité est piloté par un trio composé d'un médecin (PUPH), un cadre paramédical de pôle et un cadre administratif de pôle. Le directeur délégué du pôle travaille étroitement avec ce trio pour piloter le pôle. L'intégration du directeur adjoint nous permet d'avoir sa vision à la fois de la politique globale de l'établissement et du pôle dont il a la charge.

- Le cadre administratif du pôle : lui aussi à un rôle de soutien au chef de pôle et au directeur délégué du pôle pour tous les aspects de gestion.

- Le directeur administratif et financier : son rôle dans la gestion et le suivi des aspects budgétaires légitime le choix de son intégration dans notre échantillon.

- Le contrôleur de gestion du groupe hospitalier : il est chargé de faire des bilans de manière régulière sur la réalisation des objectifs d'activité des pôles et des services de l'hôpital, sur les recettes des séjours d'activité.

- Le directeur de l'information médicale (DIM) : c'est un médecin dont la mission est de travailler sur le « groupage » des codes saisis par les différents médecins. Comme

son nom l'indique, le « groupage » consiste à grouper les codes dans des GHM (Groupe Homogène de malades) qui aboutissent à un GHS (Groupe Homogène de Séjour) qui le tarif du GHM sur la base duquel l'hôpital est remboursé par la Sécurité sociale. Le fait d'intégrer le DIM dans le groupe du personnel administratif est justifié par le fait que bien qu'il soit médecin il ne pratique plus. Il travaille sur des logiciels.

Pour le personnel médical

- Le chef de pôle : il fait partie du trio comme indiqué plus haut. Il a une autorité sur les praticiens hospitaliers du pôle et la responsabilité des actes effectués par les étudiants ce qui lui confère une autorité sur eux.

- Les chefs de service : leur statut de chef de service leur confère une dimension de gestion en plus de la responsabilité médicale du service. Ils sont le lien entre les opérationnels (le personnel de service notamment les médecins, les CSS et les CS).

- Les praticiens hospitalo-universitaires (hors le chef de pôle et les chefs de service) : font partie des opérationnels qui produisent l'activité médicale au sein du service (consultations, HDJ (Hôpital De Jour), chirurgie…).

- Les Praticiens Hospitaliers : comme les praticiens hospitalo-universitaires, ils font partie des opérationnels qui produisent l'activité médicale au sein du service consultations, HDJ, chirurgie…

- Anciens praticiens hospitalo-universitaires (consultants) : anciens chefs de service ou de pôle, ils bénéficient de contrat de trois au sein du service. Ils continuent à consulter. Leur regard sur les évolutions qu'a connu l'hôpital est important dans le sens où ils peuvent s'exprimer librement car ils n'exercent plus de fonction de responsabilité.

Pour le personnel d'encadrement des personnels soignants

- La cadre paramédicale de pôle : comme le cadre administratif du pôle, elle joue un rôle dans le pilotage du pôle avec le chef de pôle (PUPH) et le directeur délégué.

- Des « cadres supérieures de santé » : souvent responsables du personnel paramédical infirmier, aides-soignants… Ils s'occupent de la bonne marche du service de manière

opérationnelle (présence des effectifs, gestion des approvisionnements, délégation des tâches aux cadres de santé).

- Des « cadres de santé » : souvent responsable de secteur HDJ, consultations, salle, soins intensifs… Ils aident la CSS dans la gestion des unités.

Pour ce travail de recherche, les entretiens ont concerné 32 répondants appartenant aux trois groupes présentés plus haut à savoir le personnel administratif, le personnel médical et le personnel d'encadrement des personnels soignant. La répartition se présente comme suit :

- Le personnel administratif (5 répondants) : adjoint au directeur du groupe hospitalier, le cadre administratif du pôle, le directeur financier, le contrôleur de gestion du groupe hospitalier, directeur de l'information médicale

- Le personnel médical (18 répondants) : chefs de pôle (5), chefs de service (6), praticiens hospitalo-universitaires (2), praticiens hospitaliers (2), anciens praticiens hospitalo-universitaires (consultants) (3)

- Le personnel d'encadrement des personnels soignant (9 répondants) : cadre paramédicale de pôle (1), cadres supérieures de santé (2), cadres de santé (6) dont un référent logistique et un référent formation.

Le tableau ci-dessous présente la liste des répondants en fonction leur sexe, leur grade, leur fonction, leur groupe d'appartenance (administratif, médical, personnel encadrant du personnel soignant) et la durée de l'entretien.

	Groupe	Grade	Fonction	Sexe	Durée
1	Administratif	Cadre administratif de pôle	Cadre administratif de pôle	Homme	1 h 09 min 15 s
2	Administratif	Contrôleur de gestion	Contrôleur de gestion	Homme	1 h 28 min 30 s
3	Administratif	Adjoint au directeur	Adjoint au directeur	Femme	1 h 37 min 42 s
4	Administratif	Directeur administratif et financier	Directeur administratif et financier	Homme	1 h 11 min 06 s
5	Administratif	Praticien hospitalier	Directeur de l'information médicale	Homme	1 h 47 min 03 s
6	Encadrant du personnel soignant	Cadre supérieure de santé	Cadre paramédicale de pôle	Femme	0 h 42 min 11 s
7	Encadrant du personnel soignant	Cadre de santé	Encadrant	Femme	0 h 55 min 10 s
8	Encadrant du personnel soignant	Cadre de santé	Encadrant	Femme	0 h 59 min 59 s
9	Encadrant du personnel soignant	Cadre de santé	Encadrant	Femme	0 h 51 min 11 s
10	Encadrant du personnel soignant	Cadre de santé	Encadrant	Femme	0 h 53 min 47 s
11	Encadrant du personnel soignant	Cadre de santé	Référent logistique du pôle	Femme	0 h 58 min 35 s
12	Encadrant du personnel soignant	Cadre de santé	Encadrant	Femme	0 h 47 min 46 s
13	Encadrant du personnel soignant	Cadre supérieure de santé	Encadrant	Femme	0 h 46 min 53 s
14	Encadrant du personnel soignant	Cadre supérieure de santé	Référent Qualité du pôle	Femme	0 h 49 min 20 s
15	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de pôle	Femme	1 h 01 min 19 s
16	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de pôle	Femme	1 h 46 min 23 s
17	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de pôle	Homme	0 h 28 min 45 s
18	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de pôle	Homme	0 h 53 min 52 s
19	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de pôle	Femme	0 h 40 min 25 s
20	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de service	Homme	1 h 16 min 18 s
21	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de service	Homme	1 h 40 min 32 s
22	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de service	Homme	1 h 04 min 34 s
23	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de service	Homme	1 h 51 min 12 s
24	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de service	Homme	1H 13 MIN 55 S
25	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Chef de service	Homme	0H 54 MIN 10 S
26	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Consultant	Homme	1H 22 MIN 51 S
27	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Consultant	Homme	0H 48 MIN 30 S
28	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Consultant	Homme	1H 17 MIN 16 S
29	Médical	Maître de conférence Universitaire – Praticien Hospitalier	Médecin	Homme	1H 26 MIN 21 S
30	Médical	Praticien hospitalier	Médecin	Femme	1H 42 MIN 02 S
31	Médical	Praticien hospitalier	Médecin	Homme	1H 50 MIN 22 S
32	Médical	Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier	Médecin	Homme	1H 28 MIN 13 S

3.4. Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans les bureaux des répondants. Une exception concerne un PUPH dont l'entretien s'est déroulé dans une salle de réunion. L'ensemble des entretiens a duré 37 heures 45 minutes et 28 secondes avec une moyenne par entretien de 1 heure 10 minutes et 48 secondes.

Pour le groupe du personnel administratif, la durée totale des entretiens est de 7 heures 13 minutes et 36 secondes pour une moyenne de 1 heure 26 minutes et 43 secondes par entretien.

Pour le groupe du personnel d'encadrement des personnels soignant, la durée totale des entretiens est de 7 heures 44 minutes et 52 secondes pour une moyenne de 51 minutes et 39 secondes par entretien.

Pour le personnel médical, la durée totale des entretiens est de 22 heures 47 minutes pour une moyenne de 1 heure 15 minutes et 57 secondes par entretien.

Ces entretiens ont été enregistrés et transcrits en respectant les règles de confidentialité concernant les répondants.

Le guide d'entretien pour notre travail de recherche est composé de questions organisées autour de quatre thématiques portant sur :

- Les activités réalisées par le répondant ;
- Les relations du répondant avec les autres acteurs de l'hôpital ;
- L'environnement et le contexte (interne et externe) et ses évolutions ;
- Des questions diverses permettant au répondant d'exprimer son opinion et ses propositions, le cas échéant, sur la culture gestionnaire à l'hôpital, les relations et la coopération entre acteurs…

Vous, le service, le pôle et l'hôpital

Fiche d'identité de l'interviewé

Nom :

Prénom :

Fonction : Praticien / chef de service / chef de pôle / attaché

Grade : CCA / PH / PUPH

- Pourquoi avez-vous opté pour une carrière médicale ? Qu'est ce qui a influencé votre choix de carrière : milieu social, enfance, vos expériences, des événements, vécu… ?

- Que représente pour vous l'hôpital public ou que doit-il représenter ? Quels sont les objectifs de l'hôpital public ?

- Comment concevez-vous votre mission et votre rôle au sein de l'hôpital ?

    - En tant que médecin ou de praticien

    - En tant que chef de service

    - En tant qu'attaché

    - En tant que chef de pôle

<u>Les activités exercées</u>

- Quelles sont vos activités au sein de l'hôpital ? Consultation, chirurgie, explorations fonctionnelles, activités infirmières…

- Pourriez-vous décrire une journée type ?

- Comment réalisez-vous ces différentes activités, de manière détaillée si possible ?

- Quels sont les éléments que vous preniez en compte pour réaliser vos activités ? Qu'est-ce qui vous guide lors de la réalisation de vos activités quotidiennes ?

- Et les impératifs économiques et financiers ? Les prenez-vous en compte lors de l'exercice de vos activités et comment ?

<u>Les relations avec les autres acteurs de l'hôpital notamment les administratifs</u>

- Que représente pour vous le directeur de l'hôpital ? Le directeur délégué ? Le contrôleur de gestion ?

- Quelles sont vos relations avec l'administration de l'hôpital ? Le cadre administratif du pôle ?

- Quel est leur rôle ? Quel type d'informations vous fournissent-ils ?

- Exploitez-vous les informations fournies par les administratifs (Cadre Administratif du Pôle), DIM (Directeur de l'Information Médicale) ?

- Comment la direction réagit-elle à vos demandes de moyens ? Comprenez-vous cette réaction ?

- Comprenez-vous les exigences de la direction en termes d'objectifs d'activités et de moyens octroyés ?

- Pourriez-vous me décrire la manière dont vous exerciez votre activité dans le passé et ce qui a changé avec les réformes telles que la T2A et l'organisation en pôle ? Que préfériez-vous et pourquoi ?

L'environnement (c'est-à-dire l'hôpital, la T2A, l'actualité hospitalière)

- Quelles sont les orientations stratégiques de l'hôpital

- Comment pourriez-vous participer à la réalisation des objectifs stratégiques de l'hôpital ?

- En tant que chef de pôle ou chef de service comment les mettez-vous en place ou essayer de les réaliser ?

- Comment réagissez-vous devant des informations telles que le déficit du secteur, fermetures des hôpitaux ? Les économies trois milliards par exemple d'économies annoncées dernièrement ? Et des informations d'ordre internes communiquées par les administratifs : DMS longue, taux d'occupation faible, des séjours déficitaire en T2A… ?

- Comment essayez-vous de respecter les exigences économiques ?

- Comment sont fixés les objectifs du pôle et du service lors des réunions budgétaires ? Quelle est votre marge de négociation avec la direction ?

- Peut-on concilier les impératifs médicaux et de service public de l'hôpital et les exigences économiques et financières tels que l'équilibre financier ? Comment ?

Divers

- Y aurait-il une place pour une culture gestionnaire à l'hôpital ?

- Concevez-vous un service efficace et efficient ? Et comment ?

- À quelle occasion discutez-vous avec l'administration des moyens, quel rythme ou périodicité ?

- Les exigences de l'administration changent-elles quelque chose dans la façon dont vous exercez votre activité ?

- Quel type de coopération peut exister entre vous et l'administration ?

- Que signifient pour vous les termes DMS, séjours, le taux d'occupation, équilibre financier, déficit ? Les considérez-vous et comment lors de l'exercice de vos fonctions ?

- Comprenez-vous les indicateurs présentés par la direction lors de points budgétaires ? Vous apportent-ils quelque chose pour la réalisation de vos activités ?

3.5. Analyse des documents

Elle est composée des documents internes échangés entre les différentes catégories d'acteurs. Il s'agit des documents envoyés par les administratifs au personnel médical et paramédical, les états de suivi mis à disposition par le DIM, les documents préparés et présentés par le cadre administratif de pôle. Lors des entretiens, nous avons aussi pu collecter différents documents confectionnés par le personnel encadrant dans le cadre du suivi de leur unité. Ces documents portent sur des suivis des ressources humaines (personnel), des plannings, des suivis des stocks de matériel. La documentation porte aussi sur des outils techniques mis en place pour des suivis particuliers comme la logistique.

Section 4 : la démarche d'analyse des données

La démarche d'analyse des données se veut interprétative de par notre méthode de collecte des données et notre unité d'analyse. Selon Berg et Lune (2012), les approches interprétatives permettent aux chercheurs de traiter l'action sociale et l'activité humaine comme un texte. En d'autres termes, l'action humaine peut être appréhendée comme une collection de symboles exprimant des strates de significations et de sens. Les entretiens et les données d'observation peuvent être retranscrits dans des textes écrits pour être analysés. La manière dont le texte est interprété dépend en partie de l'orientation théorique prise par le chercheur. Cette approche fournit les moyens de découvrir les compréhensions pratiques des significations et des actions. Les chercheurs adoptant une orientation interprétative sont susceptibles d'organiser ou réduire les données afin de découvrir des modèles d'activité, d'action et de signification humaines.

Nous présentons dans cette section démarche d'analyse des données fondée sur une perspective interprétative dictée par notre approche théorique. Nous présentons ensuite la stratégie de codage et de présentations des données.

4.1. Une démarche interprétative pour analyser les données

Nous nous intéressons aux comportements sociaux, aux significations véhiculées par ces comportements et aux valeurs qui leur sont attachées : « Il s'agit alors, dans cette visée de retrouver le sens des actions, des institutions, des processus sociaux et culturels » (Mouchot 1990, p. 59). Nous nous intéresserons, dans le cadre de ce travail de recherche, aux systèmes de significations et aux interprétations que représentent pour les acteurs les pratiques des autres acteurs dans le champ des relations sociales. Cet objectif n'est pas nouveau comme le soulignent plusieurs travaux : il s'agit de centrer l'attention du chercheur sur les significations spécifiques que recouvre la comptabilité pour les acteurs sur le terrain. Les recherches qualitatives de terrain ont souvent été associées à une quête de sens (Czarniawska-Joerges, 1992). Les pratiques de contrôle de gestion peuvent être caractérisées par des interprétations et des fonctionnements hautement spécifiques à un contexte (Burchell et al., 1980 ; Hopwood et Miller, 1994) et la mise à jour de ces significations locales et de ces usages a souvent été considérée comme la tâche centrale d'une recherche de terrain qualitative (cf. Ahrens et Dent, 1998 ; Hopwood, 1983 ; Preston, 1986). Les études en contrôle de gestion entendue comme

des systèmes de signification cherchent à explorer l'utilité de concevoir le contrôle comme un symbole structurant le flot continu de l'action organisationnelle au quotidien (cf., Ahrens, 1996 ; Czarniawska-Joerges et Jacobsson, 1989 ; Dent, 1991) (Ahrens et Chapman, 2006).

Miles et Huberman (1994) identifient, en plus de l'approche interprétative, deux autres approches majeures pour l'analyse des données qualitatives : les approches de l'anthropologie sociales et les approches de recherche collaboratives sociales. Il n'est pas inutile de présenter les caractéristiques de ces deux approches qui justifient notre adoption d'une démarche interprétative.

Les chercheurs adoptant une approche anthropologique sociale conduisent souvent différentes sortes d'étude de cas ou de terrain pour rassembler des données. Afin de collecter les données, ils passent beaucoup de temps dans une communauté donnée, ou avec des groupes d'individus dans le champ étudié. Cette perspective fournit au chercheur une compréhension spéciale des participants et la manière dont ces individus interprètent leur monde social.

L'analyse des données anthropologiques est accomplie via l'application d'un style interprétatif pour traiter l'information comme du texte. Le processus d'analyse requiert souvent l'analyse de sources multiples de données telles que les agendas, les observations, les entretiens, les photographies et les artefacts. La détermination du matériel à inclure ou à exclure, la manière d'organiser la présentation du matériel et ce qu'il faut rapporter en premier ou en dernier sont des choix analytiques que le chercheur doit faire.

Les chercheurs employant l'approche anthropologique sociale sont souvent intéressés par les régularités du comportement dans la vie de tous les jours, le langage et son utilisation, les rituels et les cérémonies et les relations. Le travail analytique consiste à identifier et expliquer les manières utilisées par les individus dans un ensemble particulier et comment ils comprennent les choses, agissent et managent leur vie quotidienne. Beaucoup de chercheurs utilisant cette approche commencent par un cadre conceptuel et théorique et se déplacent ensuite sur le terrain afin de tester et affiner cette conceptualisation.

Dans le cadre des approches de recherche collaboratives sociales, les chercheurs travaillent avec leurs sujets dans un milieu donné afin d'accomplir du changement et de l'action. L'analyse des données recueillies dans les études collaboratives est réalisée avec la participation des sujets qui sont considérés par le chercheur comme des « parties prenantes »

dans le besoin de changement et d'action. Les données collectées sont considérées comme une réaction à l'action et comme une information pour comprendre la situation, résoudre le problème et satisfaire (réaliser) des expériences de terrain. La stratégie d'analyse appliquée peut être similaire à celle utilisée dans les approches interprétatives et anthropologiques sociales.

4.2. La stratégie de codage et de présentation des données

Le codage est réalisé de manière individuelle par répondant appartenant à chacun des trois groupes retenus pour ce travail. Le codage des données a été réalisé sur le progiciel Nvivo.

Comme présenté dans la première section, l'unité d'analyse est l'activité réalisée par le répondant. La praxis (activités) est le nœud principal du codage. Nous avons procédé, dans un premier temps, à l'identification des activités de chaque répondant. Dans un deuxième temps, nous identifierons les acteurs impliqués dans chaque activité et les artefacts matériels utilisés quand ils sont cités par les répondants. Suivant la même démarche, nous mettrons l'accent sur les éléments de contexte qui guident les activités des répondants.

Afin d'identifier, dans les « *Verbatims* », les activités réalisées par le répondant, nous procédons en deux étapes. La première consiste à interroger de manière directe le répondant sur ses activités à travers des questions telles que : Quelles sont vos activités ? Comment pourriez-vous décrire une journée ou une semaine type ?

En fonction des réponses du répondant, le chercheur lui demande d'approfondir ou de détailler la description des activités, des acteurs impliqués avec lui dans la réalisation de ces activités.

La deuxième étape consiste à interroger le répondant sur certaines activités qui relèveraient de son champ de compétence en sa qualité de chef de pôle, de chef de service, de cadre de soins ou encore de contrôleur de gestion… etc.

L'expérience du chercheur en tant que contrôleur de gestion du pôle d'activité étudié, sa connaissance du domaine hospitalier lui permettent de questionner le répondant de manière précise sur des thématiques identifiées qui relèvent de la gestion de manière générale et qui présentent un lien avec l'objectif de la recherche à savoir l'identification des pratiques de contrôle de gestion. À titre d'exemple, le chercheur interroge le répondant sur la manière dont

il intervient dans la gestion des lits. La gestion des lits fait partie des thèmes qui soulèvent des débats entre les administratifs et le corps médical car elle impacte directement le nombre de séjours d'hospitalisation réalisés et de ce fait le niveau de recettes attendues par l'hôpital. Un autre exemple concerne le questionnement sur les activités du répondant en matière de gestion du personnel, de la logistique ou encore ses activités en matière de codage des actes médicaux réalisés sur les patients. Si le lien entre la gestion du personnel ou la logistique avec la gestion n'est plus à démontrer, le codage des actes a des répercussions très fortes sur les recettes de l'hôpital en T2A. Un codage incomplet signifie un manque à gagner pour l'hôpital car un mauvais codage peut faire classer le séjour dans un GHM moins bien valorisé en T2A.

Le processus de codage a permis d'identifier trois nœuds de codage supplémentaires issus du contenu des entretiens : un nœud « interactions », un nœud « propositions » et un troisième identifié « non-praxis ». Le nœud « interactions » répertorie tout ce qui concerne la manière dont le répondant interprète les actions d'autres répondants, la manière dont il les décrit, le regard qu'il porte sur ses propres activités, ses actions ou son positionnement. Le nœud « proposition » regroupe toutes les propositions faites par les répondants pour améliorer la gestion de l'hôpital public. Enfin, le nœud « non-praxis » a été identifié pour recenser toutes les activités que les répondants déclarent ne pas faire. Les données correspondant à ces trois derniers nœuds de codage seront mobilisées dans l'analyse des données.

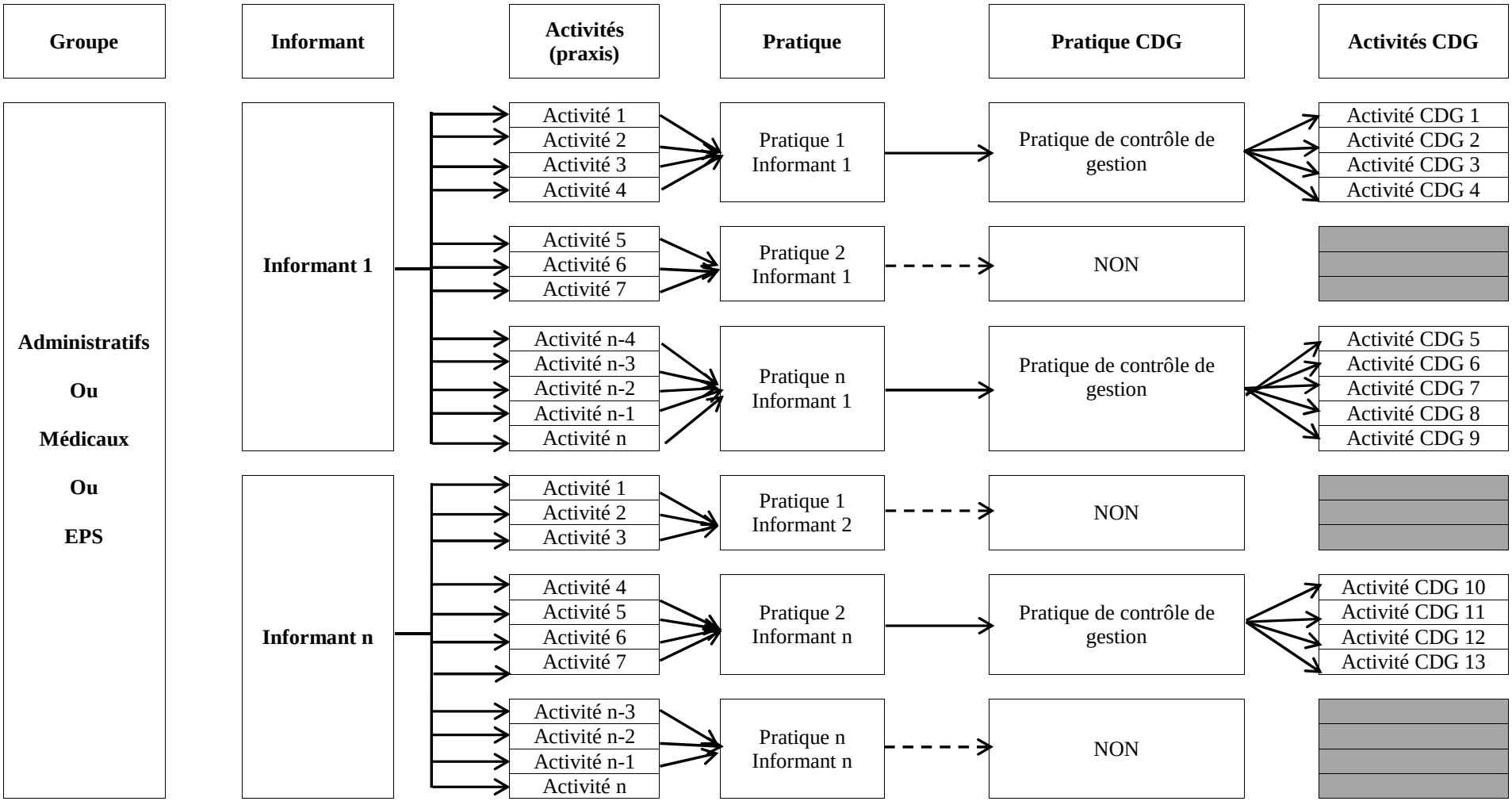
Le processus de codage consiste donc à identifier pour chaque répondant des trois groupes (administratif, médical, encadrant du personnel soignant) le contenu des nœuds suivants : la praxis (activités), le contexte, les interactions, la « non-praxis » et les propositions.

Notre stratégie de codage se veut donc itérative (Wahyuni, 2012). Elle est à la fois déductive et inductive. Nous adoptons donc un raisonnement abductif avec des « allers-retours » entre le cadre théorique et les données collectées. L'objectif est d'assurer une cohérence entre le cadre théorique adopté, le cadre conceptuel et la présentation des données collectées afin de donner sens à ces dernières (Ahrens et Chapman, 2006).

La grille de codage présentée ci-dessous nous a amenés à entreprendre un codage à trois niveaux (Wahyuni, 2012). Le premier niveau dit « codage ouvert » consiste à distinguer dans les réponses des répondants les différents thèmes et concepts qui correspondent à des activités. Le deuxième niveau dit « codage axial » vise le regroupement de ces activités sur la base de la pertinence de leur contenu pour former des « pratiques ». Plusieurs activités

forment une pratique. Le regroupement des activités en pratique est fondé sur la notion de structure téléo-affective d'une pratique telle qu'elle est définie par Schatzki (1996, 2002). La structure téléo-affective correspond aux objectifs et aux buts liés à une pratique. Ainsi, nous avons regroupé au sein d'une même pratique toutes les activités en lien avec la réalisation des buts de la pratique formée. L'objectif est d'identifier les pratiques qui composent un système social comme l'hôpital. Le dernier niveau est le codage « sélectif » qui consiste à réaliser le lien ou la connexion entre les catégories centrales (pratiques) pour leur donner sens. Ainsi, les différentes pratiques identifiées sont regroupées au sein de catégories cohérentes.

Grille de codage



Comme indiqué au deuxième chapitre, la théorie de la pratique est fondée sur l'idée que, dans un flux continu d'activité, il est possible d'identifier des groupes ou des blocs d'activités où la coordination et l'interdépendance les rendent utiles aux praticiens pour les concevoir comme des pratiques.

Le schéma de présentation des données pour les trois groupes de répondants se présente comme suit :

Groupe de pratique	**Pratiques**	**Activités**	**Répondant**	**Acteurs**	**Artefacts Matériels**
Groupe 1	Pratique 1	Activités 1			
		Activité N			
	Pratique 2	Activités 1			
		Activité N			
	------	Activités 1			
		Activité N			
	Pratique N	Activités 1			
		Activité N			

Le tableau ci-dessous illustre la démarche de présentation des données.

Groupe de pratique	Pratiques	Activités	Répondant	Acteurs	Artefacts Matériels
Organisationnelle	Gérer les lits	Ne pas aller en formation ou en congrès	CDP		
		Ne pas fermer les hôpitaux de jour	CDP		
		Faire tourner les lits	CDS		
		Ne plus allonger le patient en HDJ	CDP		
	Gérer la liste des patients	Gérer la liste d'attente des patients	CDP		Liste d'attente
		Gérer la file d'attente	CDP		
		Surbooker l'HDJ avec l'existence d'un réservoir de malades	CDS		
	Gérer les séjours longs	Développer des réseaux de soins	CDP	Centre de cicatrisation	
		Mettre des garde-fous pour sortir les patients qui peuvent l'être	CDS		
		Regarder la durée de séjour des patients	CDS		
		Sensibiliser l'équipe pour ne pas garder les patients qui peuvent sortir	CDS		Tableaux de bord
		Travailler avec l'assistante sociale pour gérer les séjours longs	CDS	Assistante sociale	
		Identifier les séjours longs	PH		Glycémies, classeur des prescriptions
		Faire attention à la durée de séjour lors des visites en salle	CDP		
		Interpeller les jeunes sur les séjours longs	CDP	Les jeunes médecins (internes)	
	Organiser la prise en charge	Remplacer les collègues absents	PH	Collègues médecins	
		Revoir les aspects organisationnels en HDJ	PH	Chefs de clinique	
		Faire Programmer des HDJ par les aides-soignantes	CDP	Aides-soignantes	

Résumé du 3ème Chapitre

Au-delà de l'identification des pratiques de contrôle de gestion à l'hôpital public et les acteurs impliqués, l'objectif de ce travail est d'étudier les interactions entre les différents acteurs. Ce travail vise aussi l'investigation de la manière dont le contexte de l'hôpital public influence les interactions entre les acteurs et la formation des pratiques de contrôle de gestion.

L'adoption d'une approche pratique, comme présenté au deuxième chapitre, nous paraît plus adaptée. Cette approche, met l'accent sur les agents, sur ce qu'ils font et sur les interactions qui en découlent.

Le choix d'une approche qualitative est donc justifié par sa cohérence avec les objectifs de la recherche et le cadre théorique adopté. La recherche qualitative permet, en effet, d'accéder à une connaissance non quantifiable sur les individus. De surcroît, la perspective qualitative met l'accent sur les compréhensions subjectives et les perceptions des individus, sur les symboles et sur les objets. La recherche qualitative s'intéresse à la manière dont les individus s'organisent et organisent leurs ensembles, à la manière dont ils donnent sens à leur environnement à travers des symboles, des rituels, des structures sociales et des rôles sociaux.

Comme exposé dans le deuxième chapitre, une pratique est constituée d'un ensemble d'activités liées entre elles pour former une pratique. Notre unité d'analyse est l'activité des répondants.

Notre terrain de recherche est le pôle « Cœur – Métabolisme » du groupe hospitalier parisien « Pitié-Salpêtrière – Charles Foix ». Le groupe hospitalier fait partie des hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. La liste des répondants est composée de trois groupes. Le premier groupe est composé de cinq personnels « administratifs ». Le deuxième groupe est composé de médecin (dix-huit répondants). Les médecins appartenant à ce groupe sont des chefs de pôle, des chefs de service, de praticiens et des consultants. Le troisième groupe appelé « personnel encadrant du personnel soignant » est composé de cadres de santé et de cadres supérieures de santé (neuf répondants).

La méthode de collecte de données est fondée sur les entretiens semi-directifs et sur l'analyse des documents fournis par les répondants.

Chapitre IV

Etude des pratiques dans un pôle médical d'un hôpital public

Ce chapitre présente les données issues des entretiens. Les entretiens concernent trois groupes de répondants : le personnel administratif, le personnel médical et le personnel encadrant du personnel soignant.

La condensation des données collectées s'est déroulée en trois étapes. La première étape consiste à regrouper les activités de chaque groupe de répondants pour former des pratiques. Ensuite, les différentes pratiques identifiées pour chacun des trois groupes de répondants forment des groupes de pratiques. La première section présente les résultats de cette première étape de condensation des données collectées. La troisième étape consiste à identifier, d'un côté, les pratiques de production et celles qui relèvent du support à la production, de l'autre, les pratiques et les activités qui relèvent du processus contrôle de gestion suivant les quatre phases du modèle classique du contrôle de gestion (programmation, budgétisation, pilotage de l'action et la phase de post-évaluation).

La deuxième section présente les pratiques de production et les pratiques dites « support à la production » indispensable à la réalisation des pratiques de production.

La troisième section présente les pratiques relevant du contrôle de gestion. Ces pratiques sont présentées suivant le schéma fonctionnel du processus de contrôle de gestion tel qu'il est proposé par Anthony (1965, 1988). Ainsi, nous identifions, pour chaque groupe d'acteurs, les pratiques relevant de la phase de programmation, de budgétisation, de pilotage de l'action et enfin, des pratiques présentant la phase de post-évaluation.

La première section nous livre une cartographie de toutes les pratiques qui forment le système social hospitalier. La littérature existante met davantage l'accent sur la gestion hospitalière de manière générale en focalisant sur le système de financement, les jeux de pouvoir, l'articulation entre le mécanisme de financement et la production hospitalière… etc.

La présentation des pratiques de production hospitalières et les pratiques dites « support à la production » nous permet de mieux comprendre ce que produit l'hôpital, d'identifier les acteurs de cette production et les conditions de sa réalisation (pourquoi ils le font, quelles sont

les contraintes auxquelles ils sont soumis…). Cette présentation nous permet également de mieux analyser l'influence des pratiques de contrôle de gestion sur les pratiques de production et inversement la manière dont ces pratiques sont en lien avec les objectifs du contrôle de gestion en termes d'économie, d'efficacité et d'efficience.

À travers l'identification des pratiques formant les quatre phases du processus du contrôle de gestion à l'hôpital, la troisième section apporte un éclairage sur la manière dont ces différentes phases du processus sont opérationnalisées, les acteurs qui interviennent dans le processus, les liens existants entre les pratiques des différentes phases, les objectifs des pratiques composant chacune des phases, leurs impacts au regard du système de financement de l'hôpital et enfin les interactions entre les acteurs qu'ils soient interne ou externes.

Section 1 : des activités aux pratiques

Cette section est consacrée à la présentation de notre premier regroupement des activités des différents répondants. Nous suivons la démarche de regroupement présentée au chapitre précédent qui a pour point de départ l'activité considérée comme l'unité d'analyse. Ces activités sont regroupées pour former des pratiques, elles-mêmes formant des groupes de pratiques.

Ainsi, nous présentons pour chaque groupe de répondants les activités formant chacune des pratiques pour ensuite regrouper ces dernières dans des groupes de pratiques. Les résultats de ce double regroupement sont présentés en annexe pour les trois groupes de répondants.

Les tableaux en « annexe 1 » présentent, pour chaque groupe de répondants, les groupes de pratiques, les pratiques composant chaque groupe, les activités associées à chaque pratique, la fonction du répondant, les artefacts mobilisés et les autres acteurs avec qui le répondant interagit pour réaliser l'activité. Pour chacune des activités, nous présentons le répondant, les acteurs impliqués et les artefacts matériels correspondants quand ils existent et sont cités par le répondant. Le codage des activités du groupe des répondants composé de médecins aboutit à l'identification de 36 pratiques regroupées en 14 groupes de pratiques (annexe 1-1). Pour le personnel administratif, le codage des activités a permis à la constitution de 30 pratiques regroupées en 8 groupes de pratiques (annexe 1-2). Enfin, le codage des activités du groupe

des répondants composé du personnel encadrant du personnel soignant (les cadres et les cadres supérieurs) aboutit à la formation de 60 pratiques regroupées en 15 groupes de pratiques (annexe 1-3).

Les données collectées et organisées comme décrit ci-dessus sont ensuite classées en deux catégories. La première catégorie correspond aux pratiques de production à l'hôpital et les pratiques dites « support à la production » indispensables à la production.

La deuxième catégorie regroupe toutes les activités et les pratiques qui relèvent d'un processus de contrôle de gestion dans sa conception classique. Ainsi, nous identifions les activités et les pratiques qui composent les quatre phases du processus de contrôle de gestion à savoir la programmation, la budgétisation, le pilotage de l'action et la phase de post-évaluation.

Nous nous appuyons, présentation des pratiques, sur la notion de « pratique comme entité » proposée par Shove et Pantzar (2005) et sur la définition de la pratique selon Schatzki (1996, 2002) pour présenter chacune des pratiques.

Selon Shove et Pantzar (2005), une pratique est la configuration de trois composants : matériel, signification et compétence, en d'autres termes, équipements, images et compétences. Les liens entre ces éléments sont assurés par les praticiens qui les intègrent dans leurs pratiques. La signification revoit à l'utilité de la pratique, les compétences correspondent aux connaissances mobilisées par les praticiens pour la réalisation de la pratique et le composant matériel comprend l'ensemble des dispositions matérielles.

Le concept de signification chez Shove et Pantzar (2005) est proche de celui de structures téléo-affectives chez Schatzki (1996, 2002). Le composant « compétences » renvoie aux compréhensions générales, aux règles explicites et aux compréhensions pratiques.

En définitive, le rapprochement des deux définitions aboutit à l'identification de cinq composants permettant de présenter et d'analyser une pratique. Le tableau qui suit présente ces cinq composants :

Composants d'une pratique				
Shove et Pantzar (2005)		**Schatzki (1996, 2002)**		**Cadre d'analyse et de présentation des données**
Composant	**Définition**	**Composant**	**Définition**	
Signification	La question posée est celle de l'utilité des activités mais aussi de leur caractère problématique, des émotions liées aux activités, des croyances et des compréhensions. Les aspects de signification appartiennent à la pratique et n'émergent pas d'individus autonomes.	Structures téléo-affectives	Ensemble hiérarchisé et ordonné de buts, de projets et de tâches vers lesquels une pratique est orientée. Cet ensemble est lié à des émotions rattachées aux objectifs. La structure téléo-affective n'est pas un ensemble de propriétés des acteurs. C'est une propriété de la pratique : un ensemble de buts (objectifs), de projets et d'affectivités.	Signification - Structures téléo-affectives
Compétence	Compétences et aux connaissances nécessaires pour mener à bien la pratique (réaliser la pratique). Les compétences et les connaissances sont souvent tirées de l'expérience et de la formation du praticien. Une certaine connaissance peut être codifiée dans des règles formelles, des principes, préceptes et instructions. D'autres connaissances restent tacites sous la forme de savoir-faire.	Compréhensions générales	Éléments des pratiques (des buts, des règles, des émotions, etc.) qui sont liés au site auquel appartient la pratique et ils sont donc communs à plusieurs pratiques au sein de ce site. Il existe des compréhensions générales telles que l'efficacité et la profitabilité qui guident de manière indirecte un ensemble de pratiques organisationnelles.	Compétence - Compréhensions générales
		Règles explicites	Formulations explicites, les principes, les préceptes et les instructions qui ordonnent aux individus la réalisation d'actions spécifiques.	Compétence - Règles explicites
		Compréhensions pratiques	Capacités (facultés) liées aux actions composant une pratique. Il existe trois types de facultés pertinentes : savoir comment faire quelque chose, comment l'identifier et comment lui réagir.	Compétence - Compréhensions pratiques
Matériel	Comprend l'ensemble des dispositions matérielles. Il s'agit des objets matériels, des organismes et des infrastructures à travers lesquels sont réalisées les pratiques.			Matériel

Ainsi, la présentation des différentes pratiques met l'accent, pour chaque pratique, sur ses objectifs (Signification - Structures téléo-affectives), les éléments qui guident ou qui motivent les acteurs pour la réalisation de la pratique en termes de connaissances notamment de l'environnement (Compétence - Compréhensions générales), de règles établies (Compétence - Règles explicites) et de savoir-faire ou la manière de réaliser la pratique (Compétence - Compréhensions pratiques). Le dernier élément concerne les dispositions matérielles à travers lesquelles se réalise la pratique. De surcroît, l'analyse des pratiques selon le modèle présenté ci-dessus nous permet d'identifier les interactions entre les acteurs dans la réalisation de chacune des pratiques. Dans la présentation des données, nous utilisons dans certains passages le vocable « cadres » pour désigner le personnel encadrant du personnel soignant dans un but de faciliter la lecture. Les annexes 2, 3, 4 et 5 présentent les résultats de notre analyse des pratiques en fonction de leurs structures téléo-affective, des règles explicites, des compréhensions générales et des compréhensions pratiques).

Section 2 : Les pratiques de production hospitalière

2.1. Les pratiques de production

Les pratiques de production renvoient à toutes les pratiques de prise en charge des patients valorisées dans le cadre de la tarification à l'activité. Dans notre regroupement des activités présenté au début de ce chapitre, nous les avons identifiées dans le groupe « pratiques médicales ». Ces pratiques sont monopolisées par le personnel médical. Ces pratiques se composent des consultations, des opérations chirurgicales et des visites en salles d'hospitalisation pour les patients hospitalisés (en hospitalisation complète[56], en hospitalisation de semaine[57] ou en hôpital de jour[58]). Les visites en salles ont pour objectif le suivi des patients hospitalisés. Elles sont aussi l'occasion pour les médecins de rencontrer les infirmières qui interviennent dans les salles et d'enseigner aux étudiants en médecine puisque ces derniers accompagnent les médecins lors des visites.

[56] L'hospitalisation complète correspond à des lits d'hospitalisation ouverts tous les jours de la semaine.
[57] L'hospitalisation de semaine correspond à des lits d'hospitalisation ouverts du lundi au vendredi et fermés le week-end.
[58] L'hôpital de jour correspond à la prise en charge sur une journée. Le patient ne passe pas la nuit à l'hôpital. L'hôpital de jour est également appelé prise en charge en ambulatoire.

MED_CDP_CM : *« Je consulte énormément… Je viens le samedi alors que normalement personne n'est censé venir le samedi donc je donne déjà beaucoup en consultation… Il y a les visites en salle dans le service où on voit les patients, les infirmières avec de l'enseignement pendant les visites, ça, c'est resté assez traditionnel… »*

2.1.1. Faire des consultations médicales, hôpital de jour, réaliser des activités chirurgicales et des visites en salle d'hospitalisation

La réalisation des activités de consultations et des visites en salle peuvent être guidées par la volonté de certains médecins, en l'occurrence un chef de pôle, de rester un acteur de soins, proche du personnel du service, en dépit de ses fonctions de chef de pôle et de chef de service. Ainsi, il maintient une activité clinique de consultations et une activité chirurgicale.

MED_CDP_CN : *« Rester un acteur de soins, proche des personnels, au sens large du terme, du service. En tant que praticien, j'essaie de maintenir une activité clinique, par rapport à des consultations, l'activité chirurgicale… Donc de rester, si vous voulez, un fantassin »*

MED_CDP_OM : *« Je passe deux fois par semaine dans les secteurs d'hospitalisation, je fais la visite… Je vois beaucoup de malades, même si je suis chef de service, je continue à voir beaucoup de patients, je continue à faire de la visite, je continue à passer le week-end et d'avoir les mains dans le cambouis, parce que c'est comme ça qu'on sait ce qui se passe. »*

MED_PH_MI : *« J'ai une activité qui est pour un tiers à moitié d'hospitalisation donc je m'occupe des malades qui sont hospitalisés. Je fais la visite, je ne fais pas la visite tous les jours, mais deux fois par semaine. »*

Pour un autre chef de pôle, le raisonnement n'est pas le même que son collègue. Son activité se limite à la réalisation de consultations. Il réalise des visites en salle pour voir les patients uniquement à la demande de ses collègues. S'il fait des visites à la demande et pas de manière systématique comme pour ses collègues c'est parce qu'il a démissionné de la chefferie de service pour se consacrer à celle du pôle.

MED_CDP_NE : *« En tant que praticien, j'ai toute une journée de consultations par semaine… Je fais de la visite un peu à la demande, quand il y a des patients qu'on me*

demande d'aller voir… »

À la question sur la réduction de la durée des consultations dans le but d'en réaliser davantage et ainsi augmenter l'activité médicale (nombre de consultations), un répondant souligne qu'il s'adapte au cas par cas au lieu de raccourcir la durée des consultations car la logique médicale prévaut.

> ***MED_CON_CM :*** *« Non, jamais ça ne m'est venu à l'idée et je veux dire il y a des consultations qui sont rapides et d'autres qui nécessitent beaucoup plus de temps et on s'adapte au cas par cas. Là, c'est la logique médicale qui prévaut… »*

L'hôpital du jour est une autre activité médicale pratiquée par les médecins. Ça particularité réside dans sa durée car les soins sont prodigués sur la journée et le patient quitte l'hôpital le soir.

> ***MED_MCUPH_EM :*** *« Il y a un hôpital de jour et je fais une visite par semaine en hôpital de jour… Le problème de l'hôpital de jour, c'est que ce n'est pas du tout comme une salle, parce que la salle, les patients sont hospitalisés quelques jours, et donc on fait une visite par semaine, généralement. L'hôpital de jour, c'est un jour. Et donc entre tous les praticiens hospitaliers du service, les permanents, on a tous chacun un jour, et donc il y a cinq visites… »*

2.1.2. Se concerter et se coordonner

Les pratiques médicales décrites ci-dessus occasionnent des activités de concertation et de coordination entre les médecins au sujet des dossiers des patients. Ces activités correspondent, par exemple, à la supervision des dossiers problématiques avec les chefs de clinique et l'organisation de l'unité d'hôpital de jour.

> ***MED_PH_EMD :*** *« Je vais en hôpital de jour superviser les dossiers qui ont posé problème la semaine avec les chefs de cliniques*[59] *et revoir tous les aspects organisationnels en hôpital de jour »*

La coordination avec les autres collègues est illustrée à travers deux exemples cités par les répondants. Le premier exemple concerne la coordination au sein du service et consiste en un

[59] Le chef de clinique-assistant (CCA) est un personnel médical non titulaire, qui exerce, au sein d'un CHU (Centre hospitalo-universitaire), une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Le CCA est rémunéré principalement par l'université, secondairement par l'hôpital dans lequel il exerce ses fonctions.

point hebdomadaire avec l'éducateur (responsable de l'activité dite physique des patients hospitalisés dans le service de diabétologie et le service de nutrition). L'objectif est de faire un bilan hebdomadaire sur l'organisation de la prise en charge des patients et les problèmes éventuels.

> ***MED_PH_EMD :*** *« Je vois l'éducateur, enfin l'ancienne activité physique adaptée avec lequel on fait un point hebdomadaire sur les problèmes, l'organisation, la mise en place »*

Le deuxième exemple est la coordination avec les autres services de l'hôpital pour identifier les profils des patients en difficulté et qui ont besoin d'une prise en charge dans le service de nutrition. La prise en charge, par exemple, des grossesses chez les patientes qui ont une obésité extrême nécessite une coordination entre le médecin nutritionniste, les diététiciennes, les infirmières et la maternité.

> ***MED_PH_EMD :*** *« Essayer de bien collaborer avec les autres services de l'hôpital d'une façon un peu intelligente, essayer d'identifier les profils des patients qui sont le plus en difficulté et qui ont besoin de soins… Par exemple toutes les grossesses après chirurgie « bariatrique »*[60] *ou alors toutes les grossesses chez les femmes qui ont des obésités extrêmes. Ça demande de la synergie entre la maternité et nous, il faut quand même qu'on travaille ensemble, avec les diététiciennes, les infirmières… C'est de la coordination. »*

La concertation et la coordination entre les médecins se matérialisent également par les réunions de staff[61] du service dont l'objectif est d'échanger sur les dossiers des patients, les réunions de laboratoire et la présentation de dossiers médicaux et l'animation d'une RCP[62] (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) de neuro-oncologie. La participation à ces réunions est motivée par la volonté du médecin, en l'occurrence un chef de pôle, de préserver une activité clinique soutenue.

De surcroît, la coordination n'est pas limitée au périmètre de l'hôpital mais elle peut

[60] La chirurgie « bariatrique » est une alternative thérapeutique pour les patients obèses. Elle consiste à restreindre les apports de calories et/ou à faire en sorte que ces calories ne soient pas assimilées par l'organisme.
[61] Staff du service : regroupe tous les médecins et les cadres de santé du service.
[62] Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) regroupe les professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.

également concerner des dossiers médicaux de patients d'autres hôpitaux pour lesquels les médecins peuvent être sollicités pour donner leur avis.

> ***MED_CDP_NE :*** *« Je participe au staff du service dans la mesure du possible, donc je reste quand même avec une activité clinique soutenue, je participe aux réunions du laboratoire… Là, ce cas de Bayonne, il va me bouffer deux heures de travail… Il n'y aura pas un centime à la clé, je vais le présenter en RCP, je vais appeler les gynécos, je vais passer beaucoup, beaucoup de temps pour ce dossier. La dame elle ne saura même pas que j'existe. J'anime une réunion de concertation pluridisciplinaire de neuro oncologie, à peu près trois, quatre heures par semaine… »*

2.1.3. Organiser la prise en charge des patients

Comme exposé ci-dessus, la réalisation des pratiques de production occasionne un travail de concertation et de coordination entre les médecins au sein du service, dans l'hôpital ou extra-hôpital avec les collègues d'autres hôpitaux. Mais, la prise en charge des patients nécessite également une organisation qui permet d'assurer la continuité du service notamment en termes de coordination avec les collègues des autres services comme décrit ci-dessus. Tout le travail réalisé pour la prise en charge des patientes obèses enceintes nécessite la présence d'un médecin dans le service de nutrition dans l'unité de l'hôpital de jour. Ainsi, les médecins s'organisent pour se remplacer mutuellement en cas d'absence de l'un ou de l'autre.

> ***MED_PH_EMD :*** *« C'est toute la maternité, je récoltais les demandes de première fois de la maternité j'essaie de les organiser… J'essaie d'aménager notre façon de faire pour bien les prendre en charge par exemple toutes les grossesses après chirurgie « bariatrique » ou alors toutes les grossesses chez les femmes qui ont des obésités extrêmes. Ça demande de la synergie entre la maternité et nous, il faut quand même qu'on travaille ensemble, avec les diététiciennes, les infirmières… C'est de la coordination… On se remplace les uns les autres… Remplacement des collègues qui ne sont pas là… En revanche quand je dois m'absenter et que je suis obligée du coup de fermer une demi-journée ou en particulier en hôpital de jour, ça me pose un problème et je dois voir si quelqu'un peut me remplacer. »*

2.2. Les pratiques « supports à la production »

Ce groupe recense toutes les pratiques liées à la prise en charge des patients. Ces pratiques accompagnent les pratiques de production des soins exercées par le personnel médical. Les pratiques dites « supports à la production » sont exercées exclusivement par le personnel soignant (les cadres supérieurs, les cadres, les infirmières). Si elle nécessite de la coordination, de la concertation et de l'organisation du temps médical, les pratiques de production de soins (consultations, visites en salle d'hospitalisation, opérations chirurgicales) ne peuvent avoir lieu sans l'existence des pratiques de support à la production.

2.2.1. Informer les équipes

Donner des missions à l'ensemble des équipes d'encadrement

Si les pratiques de production nécessitent une coordination entre les médecins, les pratiques « support à la production » appellent un travail de coordination entre le personnel soignant de la cadre paramédicale du pôle aux infirmières en passant par les cadres supérieurs de santé des services et les cadres de santé dans les unités. La cadre paramédicale du pôle (CPP) exerce ainsi sa mission de management en assignant des missions à l'équipe d'encadrement (les cadres supérieurs et les cadres). L'objectif étant, entre autres, de répondre au mieux à la prise en charge des patients, au projet de soins et aux projets de l'institution.

> ***EPS_CPP :*** *« Donner des missions à l'ensemble des équipes d'encadrement, afin de répondre au mieux à la prise en charge des patients, de répondre au mieux aux projets de soins, de répondre au mieux aux projets de l'institution. »*

2.2.2. Vérifier et contrôler la prise en charge

La vérification et le contrôle de la prise en charge des patients portent sur plusieurs domaines. L'objectif est de s'assurer que toutes les conditions indispensables à la prise en charge des patients sont réunies. Ces conditions concernent le personnel, le matériel, son fonctionnement et son utilisation par le personnel, la conformité des locaux notamment les blocs opératoires, la communication entre le personnel du service et la circulation de l'information notamment au moment de changement d'équipes de soignants.

<u>Le personnel :</u>

Vérifier si tout le monde est présent, si on a tout le personnel pour fonctionner

En ce qui concerne le personnel, la vérification vise à s'assurer de la présence du personnel en nombre suffisant pour fonctionner et pour prendre en charge les patients présents.

> ***EPS_CS_RM : «*** *C'est on va voir si tout le monde est là, si on a tout le personnel pour fonctionner, on voit est-ce que, par rapport aux malades qui sont dans les lits, par rapport à des dysfonctionnements… Est-ce qu'ils ont des choses à me dire… De façon à ce que j'intègre un petit peu avant de commencer ma journée de travail… »*

Le matériel :

En ce qui concerne le matériel, la vérification a pour objectif de s'assurer de sa présence, de son bon fonctionnement et de sa correcte utilisation par le personnel. Il ne s'agit pas d'activités de contrôle stricto sensu (pour éviter les vols et les disparitions de matériels par exemple) mais d'un contrôle de la disponibilité et de la fiabilité du matériel pour la prise en charge. La vérification porte également sur l'approvisionnement de certains matériels comme les blouses, les gants, les masques et les solutions hydroalcooliques (pour lavage des mains) indispensables pour pénétrer dans les chambres des patients.

Contrôler les dates de péremption, contrôler la présence et le fonctionnement de scialytique en chambre, relire et valider les protocoles de soins faits par les infirmiers.

La présence et le bon fonctionnement du matériel sont les deux premières vérifications opérées par le personnel chaque matin. Ce matériel, appelé « d'urgence », est disposé sur un chariot et comprend un défibrillateur, un respirateur, une bouteille d'oxygène, deux pacemakers de transports, des sondes et des prolongateurs de sondes d'électro-entraînement. Le contrôle à échéance régulière de ce matériel est obligatoire comme le défibrillateur qui doit être contrôlé tous les matins et le respirateur qui doit l'être toutes les semaines avec changement des valves. Au-delà du matériel disposé sur un chariot, le contrôle concerne la présence de matériel à l'intérieur des chambres comme le scialytique indispensable au cas où le patient devrait être opéré dans la chambre. Le contrôle porte également sur les dates de péremptions de certains matériels et produits.

La cadre s'assure chaque jour que le personnel soignant a effectué toutes les vérifications décrites plus haut. Ces vérifications permettent au personnel soignant de localiser le matériel et les procédures qui l'accompagnent.

> ***EPS_CS_CC :*** *« En soins intensifs, dont je suis la référente, j'ai mis dans chaque*

unité un chariot de matériel d'urgence, donc avec un défibrillateur, un respirateur, une bouteille d'oxygène, il y a aussi les deux pacemakers de transports, il y a aussi des sondes et les prolongateurs de sondes d'électro-entraînement, voir si tout est en place, si tout est contrôlé chaque jour comme le défibrillateur, comme le respirateur, le respirateur doit être contrôlé toutes semaines et les valves doivent être changées toutes les semaines, il y a aussi le fait de vérifier si le chariot de reprise en chambre qui est donc un chariot de bloc opératoire mis dans les unités, si elles ont bien contrôlé sa présence, bien contrôlé les dates de péremption, ainsi que la présence du scialytique si on opère un malade en chambre… Donc il y a un scialytique de chaque côté et voir si elles ont tout « checké » chaque jour, où est le matériel parce qu'en fait, au-delà de regarder si ce matériel fonctionnait, ça leur permettait de savoir où il était et où étaient les procédures… »

Contrôler si le personnel utilise le matériel correctement

Le contrôle de la présence et du bon fonctionnement du matériel est accompagné de la vérification de sa correcte utilisation par le personnel. Ce contrôle est dicté par la nécessité de respecter les critères de sécurité notamment pour la pose des différents dispositifs sur le patient et la surveillance en continue du patient ou la nécessité de respecter la pudeur du patient lors du brancardage par exemple. Le contrôle de la bonne utilisation du matériel vise aussi à s'assurer que le personnel applique les bonnes postures pour le transport des patients.

EPS_CS_CM1 : *« La gestion du matériel, on contrôle si le matériel est présent, s'il est déjà dans les chambres, s'il y a le matériel au niveau de la sécurité, s'il est présent, s'il est fonctionnel, si le personnel l'utilise à bon escient et correctement, ne serait-ce que par exemple, quand on fait du brancardage, qu'on ramène un patient du bloc et qu'on le met dans son lit, il faut respecter la pudeur du patient, en même temps les critères de sécurité, s'il y a le scope de transport, si le transfert se fait dans les bonnes règles c'est-à-dire les règles de sécurité en contrôlant le patient, en sachant poser correctement les différents dispositifs dans un certain ordre, donc c'est là où on a un rôle qui est important aussi, on regarde si le personnel fait attention déjà aux bonnes postures, s'il utilise bien le matériel, et s'il y a ce contact avec le patient, parce que voilà le patient il est là, et on doit absolument regarder… On ne le quitte pas des yeux au final… C'est un moment qui est très délicat, le brancardage, et donc*

là, c'est là qu'on voit si le matériel, finalement, est bien utilisé et fonctionnel, et on regarde les pratiques. »

Regarder si les unités mobiles d'isolement sont correctement remplies, vérifier si les patients bien installés, vérifier si les unités sont bien installées, voir si les procédures sont appliquées.

La vérification porte aussi sur la bonne installation des unités et des patients. Elle concerne également l'application des procédures mises en place comme l'approvisionnement des « unités mobiles d'isolement »[63]. Une unité mobile d'isolement correspond à un « chariot » sur lequel sont disposés tous les matériels nécessaires notamment pour pouvoir pénétrer dans les chambres comme les blouses, les masques et les gants d'isolement. Cette unité d'isolement doit aussi comporter des affichages à destination du personnel et des familles mais également des informations sur le ménage qui est réalisé dans les chambres.

EPS_CS_CC : *« À part la mission contrôle, voir si les unités sont bien installées, si le matériel fonctionne, si les patients sont bien installés, si le matériel est bien, les entrées et sorties des patients contrôlés, voir si toutes les procédures qu'on a mises en place sont appliquées. Bon, les isolements, très classiques chez nous puisqu'il y en a plusieurs, regarder si simplement les unités mobiles d'isolement sont bien remplies correctement, si ce sont les bons affichages… Et voir s'il est bien fait. Et s'il n'y a pas du matériel qui ne doit pas y être aussi. Et donc il faut faire le… Et entretenu, voir si les ménages sont faits dessus, et donc il faut voir ça avec les aides-soignantes et les infirmières, et leur rappeler quotidiennement… Une unité mobile d'isolement, c'est donc un chariot qu'on met devant les chambres où dessus il y a du matériel, il y a donc des blouses d'isolement, il y a simplement des masques d'isolement, et il y a aussi des gants d'isolement, il y a l'affichage qui correspond sur le plan informatif pour le personnel ainsi que pour les familles et l'entourage… Et en plus, il y a les informations pour le ménage. Il faut que toutes ces informations soient sur un simple chariot. »*

Disposer partout les solutions hydroalcooliques

En plus du matériel disposé dans les chariots d'isolement, une des précautions prises par les soignants afin de s'assurer de la qualité des soins en termes d'hygiène est illustrée par la mise

[63] Une unité mobile d'isolement correspond à un « chariot » sur lequel sont disposés tous les matériels nécessaires notamment pour pouvoir pénétrer dans les chambres comme les blouses, les masques et les gants d'isolement.

à disposition des solutions hydroalcooliques. Ces produits sont mis à la disposition de tout le monde dans différents endroits en plus des unités mobiles d'isolement.

> ***EPS_CS_RM :*** *« Tout ce qui est procédure d'hygiène… Il y a de la solution hydroalcoolique partout pour qu'il n'y ait de gens qui, enfin, On ne peut pas dire : il n'y a rien pour se laver les mains. Ce n'est pas possible, il y a du matériel… »*

La communication et la circulation de l'information entre le personnel et les équipes :

La prise en charge des patients dans un service est assurée par un personnel soignant organisé en équipe. Ainsi, en fonction des secteurs d'hospitalisation, le patient peut être suivi par une équipe le matin, une équipe l'après-midi et une troisième équipe la nuit. Il est donc indispensable que les informations concernant son hospitalisation soient transmises de manière fidèle et fiable d'une équipe à une autre. Le rôle des cadres dans ce domaine est donc de s'assurer que les transmissions sont bien faites entre les différentes équipes.

Être aux transmissions[64] *une fois par semaine, vérifier si les bonnes informations sont dites, lire les transmissions et le résumé des entrants.*

Les transmissions sont les informations transmises entre les soignants au moment où il y a un changement d'équipe. Il s'agit des informations concernant les patients transmises par l'équipe du matin à l'équipe de l'après-midi par exemple qu'il s'agisse des infirmiers (ères) ou des aides-soignants (es). Les cadres vérifient que les informations sont bien transmises oralement entre les équipes.

> ***EPS_CS_CM :*** *« Enfin je vais m'y tenir, d'être aux transmissions, une fois dans la semaine… Les transmissions orales entre l'équipe du matin et l'équipe d'après-midi… Les infirmières de l'après-midi arrivent, et je suis à côté, j'écoute un peu qu'est-ce qu'elles se racontent. Si c'est intéressant ou si c'est de la bagatelle… Enfin si c'est vraiment professionnel, parce que souvent on voit qu'il y a des dérives et qu'en vrai, justement, les bonnes informations ne sont pas dites. »*

La vérification des transmissions se fait également sur un logiciel dédié qui résume le dossier du patient comme les soins qu'il a reçu et les médicaments qu'il a pris… etc. Les cadres lisent les informations inscrites, notamment les résumés d'hospitalisation, dans le logiciel par les

[64] Ce qui appelé « Transmissions » est la communication des informations concernant les patients entre les soignants (infirmières notamment) lors de changement d'équipe.

soignants. L'objectif étant de s'informer sur les raisons d'hospitalisations des patients, d'identifier les nouveaux patients et de s'assurer que les informations nécessaires sont bien inscrites comme la désignation de la personne de confiance par le patient et l'enregistrement de ses coordonnées. Ces vérifications permettent d'éviter des dysfonctionnements observés par le passé où les bonnes informations ne seraient pas transmises.

> ***EPS_CS_RM :*** *« On lit toutes les transmissions, enfin, je dis « on » parce que mes collègues font la même chose, on est trois mais bon, alors je vais dire « je ». Je lis toutes les transmissions des infirmières, d'accord. Et puis des aides-soignants s'il y en a, donc je me mets sur le logiciel dans mon bureau, et je regarde toutes les transmissions, s'il y a eu des patients qui sont entrés, je lis le résumé, pourquoi ils sont là, etc.… Je regarde, puisqu'il y a des choses qui sont importantes, est-ce que ce sont des nouveaux patients, est-ce que la personne de confiance a bien été notée, est-ce qu'on a les coordonnées, le vestiaire il a été fait, pas fait. Je regarde tout ça… »*

<u>*Les locaux notamment les blocs opératoires et les chambres :*</u>

Vérifier la conformité dans les blocs, la propreté des chambres et des sanitaires, regarder si les chambres sont rangées.

Le contrôle de la prise en charge des patients ne se limite pas aux vérifications de la présence du personnel et du matériel, son approvisionnement et son bon fonctionnement. Il comprend également le contrôle opéré sur les locaux notamment les blocs opératoires pour s'assurer de leur conformité et sur les chambres d'hospitalisation et les sanitaires pour vérifier leur propreté et si tout est bien rangé dans les chambres.

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« Il a fallu donc rentrer dans les blocs, voir ce qui existait, ensuite regarder si c'était conforme ou pas, donc il y a des choses qu'on a mises en conformité »*

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« Il y a le contrôle quotidien qu'on peut faire comme ça – tac – en passant, en disant bonjour aux patients, bracelet présent… Parce que vous passez faire le tour pour dire bonjour aux patients, et c'est le moment où vous allez voir si la chambre est propre, si les toilettes sont propres, donc ça, c'est le lien avec la société de nettoyage… »*

EPS_CS_RM : *« On peut aller faire un… On va dans les unités, on peut regarder certaines chambres, si ça a été rangé, pas rangé… Oui il y a l'accompagnement des équipes dans les unités où on fait notre tour, on regarde si ça va, on peut discuter des pratiques de soins, des difficultés rencontrées, etc… »*

La sécurité des patients :

Les cadres veillent à la sécurité des patients en procédant à certaines vérifications lors des visites dans les chambres (tour des chambres). Ces vérifications portent sur la présence des mesures de protection pour éviter les chutes des patients comme sur l'état général des chambres. La désignation d'une personne de confiance par le patient, le port du bracelet d'identification (identito-vigilance) et le contrôle du lavage des mains des soignants font partie des mesures qui doivent être entreprises par le personnel.

Faire le tour des chambres, regarder si le patient a à proximité toutes les mesures de protection, regarder si le patient est conscient.

À l'occasion de la visite dans les chambres, les cadres procèdent à des vérifications comme vérifier que le « lit est bien fait », que le patient a toutes les mesures de protection à proximité afin d'éviter les chutes. Elles vérifient également si le patient est conscient et s'il est « scopé »[65].

EPS_CS_CM1 : *« Il y a d'autres jours où je me dis : tiens, aujourd'hui je vais faire le tour des chambres… Et je ne fais que le tour des chambres. Mais bon, c'est rare qu'on arrive jusqu'au bout parce qu'on est tout le temps interrompu. Alors après on dit : je ne vais faire qu'un secteur et plus tard je ferai un autre secteur… Ensuite vous allez regarder si le lit est bien fait… Le patient lui-même s'il est conscient, pas conscient, s'il y a des signes, etc… Si le patient a à proximité toutes les mesures de protection, pour ne pas avoir des chutes, etc… S'il est bien scopé »*

Alerter la secrétaire pour les patients qui ne sont plus intubés

Comme nous l'avons précisé plus haut, la désignation de la personne de confiance par le patient fait partie des procédures qui doivent être respectées par le personnel soignant et

[65] Le scope (ou moniteur) est un écran TV qui permet de suivre en permanence les paramètres vitaux comme le rythme cardiaque, le pouls, le taux d'oxygène dans le sang (saturation en O2), la tension artérielle ou encore la température. Il est relié au patient par des électrodes. En cas de trouble du rythme par exemple, l'appareil déclenche une alarme visuelle et sonore.

vérifiées lors des transmissions. Ainsi, les cadres peuvent alerter ou informer la secrétaire du service que le patient n'est plus intubé[66] et qu'il est possible de l'interroger pour qu'il désigne une personne de confiance.

> ***EPS_CS_RM :*** *« Pour les personnes également qui étaient intubées puis qui ne le sont plus, j'alerte la secrétaire, « si ce n'est pas fait, attention, maintenant, peut-être qu'il peut désigner une personne de confiance, il faut aller le voir », etc. donc voilà… »*

Contrôler de manière inopinée par exemple le bracelet d'identification, contrôler l'identito-vigilance avec le bracelet d'identification, regarder et vérifier le lavage des mains des soignants.

À l'occasion de leur passage dans les chambres, les cadres procèdent à d'autres vérifications qui sont en lien avec la sécurité du patient comme la présence du bracelet identito-vigilance[67] et le lavage des mains des soignants. Les cadres entreprennent un travail de sensibilisation des soignants à la nécessité de respecter les procédures notamment en matière de lavage des mains et si besoin le leur apprendre.

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« Il y a quand même des critères qui sont pour moi incontournables au niveau de l'identité vigilance… Donc à ce moment-là, on vous donne l'information : le patient doit avoir son bracelet. Mais derrière il faut s'assurer que les organisations que vous avez mises en place sont cohérentes avec les demandes. Donc le bracelet identification, soit, s'il y est, mais est-ce que… À quel moment il a été mis, est-ce que le contrôle a été fait avant… Voyez… Il y a à peu près une dizaine d'items juste pour un bracelet, donc derrière, vous, il faut que vous ayez bien regardé les procédures, que vous les ayez réajustées en fonction des contextes… Il fallait les prendre par la main, regarder s'ils se lavaient bien les mains, comment ils se lavaient les mains… Je vois si tu te laves bien les mains, sinon je t'apprends, tu recommences. »*

[66] L'intubation du patient vise à dégager les voies respiratoires à l'aide d'une sonde d'aspiration lors d'un encombrement bronchique pour rétablir la perméabilité des voies aériennes.
[67] Le bracelet d'identité-vigilance permet à l'ensemble des professionnels de s'assurer de l'identité du patient tout au long de son séjour et plus particulièrement avant la réalisation d'un soin, d'un examen ou d'une intervention.

2.2.3. Travailler sur les chutes

Cette pratique est composée d'un ensemble d'activités entreprises afin d'éviter les chutes des patients. Les travaux sur les chutes des patients sont déclenchés par les déclarations d'événements indésirables sur le logiciel OSIRIS[68], par les audits sur les bracelets d'identification ou encore par les EPP[69] (Évaluation des Pratiques Professionnelles).

> ***EPS_CS_CM :*** *« Qu'est-ce que je fais d'autre… À côté de ça on a aussi les travaux, ça va être un travail sur les chutes, ça, je vais commencer en janvier… Et aussi on va faire des audits sur le bracelet d'identification à partir de janvier, voilà, puis reprendre les EPP »*

Le travail sur les chutes a pour objectif l'identification et l'analyse des causes afin d'entreprendre les actions nécessaires pour éviter les chutes des patients. Il peut s'agir par exemple des chutes dans la salle de bains à cause d'un problème d'éclairage et une absence de demande d'intervention. La prévention des chutes inclut plusieurs autres actions comme la mise en place d'un affichage en raison du nombre important de personnes âgées accueilli dans le service.

> ***EPS_CS_CM :*** *« Alors travail sur les chutes, parce qu'on s'est aperçu par rapport aux OSIRIS, aux événements indésirables, qu'il y avait des chutes, donc ça sera en fait… Voir comment éviter les chutes… Est-ce qu'il faudra un affichage parce qu'on a de plus en plus de personnes âgées, ! Mais c'est « pourquoi le patient a chuté dans la salle de bains la nuit et la lumière ne fonctionnait pas, donc pourquoi il n'y avait pas une demande d'intervention de faite », voilà, c'est pour après, avoir des actions correctives pour éviter les chutes… Après les audits, ce sont les audits qu'on nous demande… Donc ce sont les bracelets d'identification. »*

2.2.4. Gérer les risques

La gestion des risques fait partie des pratiques liées à la prise en charge des patients. L'objectif de la gestion des risques est de garantir une prise en charge de qualité d'où le

[68] OSIRIS est un logiciel permettant de déclarer et répertorier les incidents ou les événements indésirables qui peuvent nuire à la sécurité des patients.

[69] L'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) peut être définie comme la conduite d'une action explicite d'amélioration par rapport à une pratique cible définie au regard des données de la littérature. Cette action doit être menée selon une méthodologie rigoureuse et les résultats doivent être mesurés.

travail réalisé en coordination avec le service de la qualité des soins de l'hôpital. Ce travail vise la réalisation d'un relevé des risques liés aux activités et aux matériels et la constitution d'un document institutionnel appelé « document unique ».

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Le document unique, c'est le relevé des risques par rapport aux activités, aux matériels que vous avez… C'est institutionnel… »*

En plus du relevé des risques, les cadres travaillent sur l'établissement et le suivi d'une cartographie des risques avec le service de la qualité des soins de l'hôpital. L'objectif est d'identifier les risques afin de mettre en place des actions d'amélioration.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« On a travaillé beaucoup avec le service de la qualité des soins pour faire une cartographie des risques du bloc, déterminer quels étaient les risques principaux, pour essayer de mettre après derrière en route des actions d'amélioration. Donc, on a un suivi de la cartographie des risques, et un peu… Et du document unique… »*

Section 3 : Les pratiques de contrôle de gestion

Anthony (1988) distingue trois sous-ensembles du processus de contrôle : stratégie, tactique, opérations. Ainsi, le « management control » (contrôle de gestion) est présenté comme « les dispositifs que les managers emploient pour contrôler d'autres managers, donc finaliser, piloter et post évaluer leur action ». Le contrôle est un processus scindé en trois temps ou phases :

- *La phase de finalisation* qui correspond à la définition des finalités assignées à un ensemble d'actions. S'appuyant sur l'approche classique du contrôle de gestion (Anthony, 1965), la phase de finalisation peut être scindée en deux sous-phases *: la programmation et la budgétisation.*
- *La phase de pilotage de l'action* consiste à suivre le déroulement, anticiper et entreprendre les actions correctives. Cette phase s'appuie essentiellement sur le contrôle des opérations en cours d'action.
- *La phase de post-évaluation* où les résultats obtenus sont évalués dans trois domaines : économie, efficience et efficacité.

3.1. Les pratiques de programmation

Les pratiques relevant de la phase de programmation sont du ressort exclusif des administratifs (l'administration de l'hôpital). Les pratiques de programmation identifiées sont au nombre de sept. La première concerne les actions entreprises pour augmenter la part de marché de l'hôpital en matière d'activités hospitalières (nombre de patients hospitalisés, nombre de consultations).

La deuxième porte sur les projets et leurs financements notamment à travers les négociations avec le siège de l'APHP pour inscrire les projets proposés par l'hôpital dans l'agenda d'investissement de l'APHP. La troisième pratique porte sur les négociations les autorités de tutelles que sont le ministère et l'Agence régionale de Santé (ARS) dont l'objectif est de bénéficier de financements pour certaines activités médicales ou la révision des tarifs de remboursement pour d'autres. La quatrième pratique concerne les études réalisées par la direction pour la substitution des prises en charge de patients en ambulatoire à l'hospitalisation.

La cinquième pratique met l'accent sur la capacité d'accueil de l'hôpital (nombre de lits d'hospitalisation). La sixième pratique s'intéresse aux réflexions sur la restructuration et la réorganisation des services administratifs de l'hôpital. La dernière pratique s'intéresse aux actions entreprises par la direction de l'hôpital afin d'intégrer les résultats de sa comptabilité analytique dans l'échantillon retenu pour la constitution de l'étude nationale des coûts qui constitue le fondement de l'établissement des tarifs de remboursement.

3.1.1. Gagner des parts de marché

L'objectif du travail réalisé sur les parts de marchés est la détermination d'un schéma directeur pour l'hôpital aboutissant à des possibilités d'accueillir d'autres activités ou de reprendre des activités exercées dans d'autres hôpitaux y compris des hôpitaux appartenant à l'APHP. Cet objectif est motivé par la croissance de l'activité de l'hôpital au moment où d'autres hôpitaux de l'APHP connaissent la tendance inverse avec un décroissement de leur niveau d'activité.

ADM_2 : *« C'est redéterminer un schéma directeur, à partir de là je dégage des possibilités, à partir de là, en termes de supra GH* (Groupe Hospitalier)*, je suis prêt à refaire d'autres activités, je suis prêt à prendre une autre activité. C'est refaire de l'activité : c'est plus « politiquement correct ». La difficulté c'est que nous, on est en croissance d'activités alors que derrière, l'autre partie Tenon, Saint-Antoine perdent complètement. Et que derrière, une partie ce serait de récupérer ce qui est une partie de l'activité de Saint-Antoine, on voudrait reprendre tout ce qui est en neurologie (les AVC etc…) mais c'est un peu délicat… Ça nous a permis* (la construction d'un nouveau bâtiment) *de récupérer toute la transplantation hépatique de Saint-Antoine… On est en capacité de reprendre une partie des AVC des équipes de Saint-Antoine. Mais après on ne peut pas dire officiellement ou ouvertement qu'on veut aller raser le voisin… Il faut développer la neurochirurgie, la neurologie, ça renvoie au projet « Castaigne »* (bâtiment de neurologie)*, les AVC, que l'on pourrait récupérer de Saint-Antoine. »*

Afin de renforcer sa stratégie en matière de parts de marché, l'hôpital s'appuie sur les statistiques nationales pour travailler *« sur les thématiques qui semblent nécessaires en termes de besoins de santé publique telles que l'insuffisance cardiaque, la chirurgie cardiaque, les valves percutanées et les ECMO*[70] *»*. Encouragé par son positionnement « *en 2008 comme le cinquième ou le sixième centre mondial en chirurgie cardiaque (dans le tiercé peut-être mondial en 2016) »*, l'hôpital travaille également sur les activités sur lesquelles il aurait une valeur ajoutée et qui présentent des créneaux possibles *soit en part de marchés sur le privé, soit de positionnement national sur la chirurgie cardiaque.*

ADM_3 : *« On a bien sûr travaillé sur les thématiques qui nous semblaient, en termes de besoins de santé publique, nécessaires donc là on a repris les statistiques nationales sur l'insuffisance cardiaque, sur la chirurgie cardiaque, les valves percutanées, tout ce qui était ECMO… »*

ADM_3 : *« On a regardé ce sur quoi on avait une valeur ajoutée et sur lesquels on avait effectivement des créneaux soit en part de marchés sur le privé, soit de positionnement national sur la chirurgie cardiaque puisqu'on était très clairement, je*

[70] ECMO : Extracorporelle Membrane Oxygénation, une des techniques d'assistance circulatoire utilisée en urgence pour sauver les malades en grand choc cardiogénique (cœur qui ne fonctionne quasiment plus !!) menacés de mort imminente.

crois qu'en 2008 on était le cinquième ou sixième centre mondial est maintenant je pense dans le tiercé peut-être mondial… »

La gestion des parts de marché se matérialise par un certain nombre d'activités comme l'exercice de nouvelles activités médicales ou la reprise de celles d'autres hôpitaux qui sont en difficulté en termes de niveau d'activité. Ainsi, afin d'accroître sa part de marché, l'hôpital envisage l'accueil de certaines activités comme la neurologie et les activités en lien avec les accidents vasculaires cérébraux de l'hôpital Saint Antoine. La direction a également comme objectif de récupérer l'activité de cardio-interventionnelle de l'hôpital Tenon. Elle a entrepris des contacts au niveau médical pour aboutir à la concrétisation de ce projet.

ADM_3 : *« On a commencé d'une part sur le plan médical à prendre des contacts, on a pris contact avec Tenon pour faire venir la cardio-interventionnelle… »*

Le travail réalisé sur les parts de marchés avec la possibilité d'accueillir davantage de patients nécessite une coordination avec la direction des soins de l'hôpital pour dimensionner les lits supplémentaires et les équipes de personnel nécessaires. Ce travail s'articule sur des normes en matière de nombre de personnels obligatoire pour un nombre de lits (ou de patients).

ADM_2 : *« Si tu as 25 lits et tu en veux 40, pourquoi 40, quelle est la part de marché, vous allez prendre tant de patients etc. Après on va l'appliquer sur l'aspect économique, les normes… On a travaillé avec la direction des soins de façon à être le plus proche possible de ce qui doit être fait. »*

3.1.2. Travailler sur des projets

Le travail sur les projets est réalisé en trois étapes, chacune est composée d'un certain nombre d'activités. La première étape est composée des activités de formalisation et de calibrage du projet. La deuxième regroupe les activités liées au montage financier et au chiffrage du projet. La troisième étape qui complète les deux précédentes consiste à négocier avec le siège de l'APHP le financement du projet en l'inscrivant dans son plan d'investissement.

La formalisation du projet consiste en un travail sur le projet médical avec les médecins et la rédaction du projet par le chef du pôle. Ce travail conjoint sur le projet médical s'appuie sur l'identification de « *ce qui nous semblait politiquement porteur en termes de santé publique »* et sur la part de marché cible afin de déterminer le nombre de lits à ouvrir. Certes, le projet

médical constitue le point de départ de la réflexion pour un projet mais avec raisonnement financier. L'objectif est de s'assurer de la cohérence du projet avec le marché.

> ***ADM_3 :*** *« On a travaillé le projet médical avec les médecins donc ça soude, avec le cadre paramédical de pôle… Et donc le chef de pôle écrivait le projet, on regardait ensemble ce qu'on mettait en avant, ce qui nous semblait politiquement porteur en termes de santé publique et on chiffrait derrière, on en rediscutait… On chiffrait aussi bien l'activité, le personnel nécessaire avec la CPP, salle par salle, les mutualisations possibles ou pas… »*
>
> ***ADM_2 :*** *« On part d'un projet médical avec une logique financière, comme on l'a fait sur l'IE3M* (un bâtiment de l'hôpital regroupant plusieurs services du pôle étudié). *Ils vont écrire un projet médical et après on va observer si c'est cohérent déjà par rapport au marché, si tu as 25 lits et t'en veux, 40 pourquoi 40, quelle est la part de marché, vous allez prendre tant de patients etc. Après on va l'appliquer sur l'aspect économique, les normes… »*

La formalisation des activités à développer dans le cadre du projet médical et la capacité en termes de nombre de lits dédiés au projet est donc suivie d'un premier chiffrage pour bien calibrer le projet portant sur *« l'activité, le personnel nécessaire, salle par salle, les mutualisations possibles ou pas… » **(ADM_3)***. Le calibrage du projet n'a pas pour objectif *« de faire de la recette à tout prix mais d'avoir le meilleur parcours patient possible »* mais d'adopter un raisonnement *« médico-économique, pour faire adhérer le corps médical il faut parler médical. » **(ADM_2)***.

Le calibrage des besoins du projet se fait en appliquant l'Etude Nationale des Coûts (ENC)[71] comme norme de référence. L'objectif de ce calibrage est justement de faire en sorte que le projet soit équilibré financièrement en fonction des activités prévues et des moyens nécessaires.

[71] L'Étude Nationale des Coûts à méthodologie Commune (ENCC) est base de données qui, sur la base d'un échantillon d'établissements volontaires calculant leurs coûts selon la méthodologie de la comptabilité analytique hospitalière, définit des standards permettant de déterminer des tarifs bruts (Georgescu et Naro, 2012).

> ***ADM_2 :*** *« Pour avoir ce raisonnement moi ce que je fais, quand je fais une activité je regarde : quel est le coût de l'ENC, parce que l'on s'aperçoit que certaines activités sont excédentaires, déficitaires… »*

L'étude de l'équilibre financier passe par le chiffrage des recettes potentielles en fonction des activités prévues dans le projet et les dépenses valorisées sur le fondement des coûts estimés sur la base de données de l'ENC.

> ***ADM_2 :*** *« Ils sont allés voir l'ensemble des moyens, ils ont fait le tour et en disant voilà on peut créer 100, 200 emplois. J'ai dit moi j'applique l'ENC, je suis à 88. À partir de là il faut arrêter de déconner ! Après ils sont allés revoir l'ensemble des pôles pour arriver à cadrer le projet et avoir l'équilibre financier… Pour avoir ce raisonnement moi ce que je fais, quand je fais une activité je regarde quel est le coût de l'ENC, parce que l'on s'aperçoit que certaines activités sont excédentaires, déficitaires. Ce n'est pas de faire de la recette à tout prix, c'est d'avoir le meilleur parcours patient possible. On raisonne toujours médico-économique pour le faire adhérer au corps médical il faut parler médical. »*

Les dépenses sont liées aux moyens nécessaires pour mettre en place le projet. Ainsi, étant donné que les dépenses de l'hôpital sont constituées à plus de 56 % de la masse salariale (budget 2014), le dimensionnement des unités en termes de nombre de lits et de nombre de personnels nécessaires revêt une importance cruciale pour l'équilibre du projet.

> ***ADM_2 :*** *« Quand on avait vu les plans arrivaient, je caricature, mais quand je demande 12 lits et on me met 10 d'un côté, 2 de l'autre, à partir de là on travaille sur des normes, des choses qui sont normées vis-à-vis de l'extérieur, par exemple en médecine interne, on travaillait avec des équipes pour huit* (Lits), *on est passé à des équipes pour onze* (Lits), *c'était ça ou vous n'aviez pas les travaux. C'est la logique de travailler sur ce que font les autres. »*

Cet exemple illustre l'enjeu d'un bon calibrage des unités dans le sens où une unité avec 12 lits nécessite moins de personnel que deux unités avec 10 lits d'un côté et deux de l'autre. De même, un bon calibrage du projet permet de mettre en place des unités avec onze lits surveillés par le même nombre de soignants qu'une unité composée de huit lits.

Après la formalisation et le calibrage du projet, vient l'étape du *chiffrage et du montage financier*. Le montage financier du projet consiste à transcrire et décliner le projet médical en budget prévisionnel et par le chiffrage des coûts et des recettes attendues en se fondant sur l'idée que le projet médical permet d'avoir une visibilité sur l'avenir du projet dans sa globalité. Le chiffrage des coûts et des recettes vise à s'assurer de l'équilibre financier du projet dans sa globalité sans pour autant demander aux médecins d'augmenter uniquement les recettes chiffrer. L'intérêt est porté également sur les coûts notamment en matière de personnel et de travaux qui sont des postes de dépenses important dans le montage financier d'un projet.

> ***ADM_1 :*** *« On leur demande* (aux médecins) *rarement d'augmenter les recettes comme ça. C'est-à-dire qu'on leur demande d'abord quel est le projet médical et on voit comment le projet médical se transcrit en budget prévisionnel. C'est rarement une injonction de dire : on augmente les recettes. En tout cas moi, je ne l'ai pas observé. Et par contre, quand on a un projet médical, on sait où on va. On connaît les moyens nécessaires à la réalisation de ce projet et on sait exactement, enfin pas exactement au centime près, mais on arrive à savoir grosso modo où on va… »*
>
> ***ADM_1 :*** *« À chaque fois qu'il y a un projet, on le décline en budget prévisionnel en disant : où est-ce qu'on va, combien ça coûte, combien ça va rapporter ? »*
>
> ***ADM_3 :*** *« On chiffre, on regarde l'équilibre financier et on retouche, sachant qu'on voit forcément l'aspect masse salariale, travaux, équipement… »*

Le montage financier du projet prend en compte des considérations en termes d'arbitrage aussi bien en interne au niveau de l'hôpital qu'au niveau de du siège de l'APHP qui valide le projet in fine. Ainsi, la direction de l'hôpital doit s'assurer de l'équilibre financier du projet (projet non déficitaire) pour donner le maximum de chance au projet d'avoir un arbitrage favorable à son lancement. Elle entreprend ainsi un certain nombre d'activités pour éviter que le projet soit déficitaire ou qu'il ne soit pas approuvé par indisponibilité de crédits d'investissement. Ainsi, pour un projet (BEH pour le bâtiment IE3M) réalisé, l'augmentation de l'activité prévisionnelle a permis de passer d'un déficit prévisionnel de 4 millions d'euros à l'équilibre en mettant sur les plans du bâtiment des lits qui ne seront pas ouverts à l'ouverture du bâtiment. L'objectif étant uniquement de montrer que le projet est équilibré.

ADM_2 : *« On va faire en sorte qu'il ait le plus de chance de passer. Quand on a fait le BEH*[72]*, j'avais demandé au directeur : qu'est-ce que tu veux ? Moi je fais la réalité des comptes, 4 millions, on ne les aura jamais. Qu'est-ce que tu veux ? On plante le projet ou on le sauve… Tu connais la comptabilité, le contrôle de gestion, suivant comment tu présentes les choses c'est bon ou ce n'est pas bon. On est passé de 4 millions de déficit à l'équilibre pour avoir le projet… On augmente l'activité en partant sur des ratios… On va les mettre sur les plans, on ne les ré-ouvrira pas parce que derrière c'est pour arriver à l'équilibre ».*

Une autre démarche consiste à financer des dépenses relevant de l'investissement sur l'enveloppe de fonctionnement (classe 6 en comptabilité) suite au manque de crédits sur le budget d'investissement. L'objectif est d'éviter que le projet ne soit refusé ou retardé à cause d'un manque de crédits d'investissement suffisants.

ADM_2 : *« On a réussi à avoir notre IE3M* (un bâtiment de l'hôpital regroupant plusieurs services du pôle étudié) *Nous, on a eu de la chance avec le directeur, il n'y avait plus un rond dans l'investissement, je ne suis pas là pour faire de l'excédent, on a fait des travaux en classe 6 qu'on n'aurait pas pu faire. On a fait de la réanimation, on a fait des tas de choses… »*

L'équilibre financier d'un projet reste un critère essentiel dans l'approbation du projet comme en témoigne le projet d'ouverture d'un centre de dialyse. Ce projet a été abandonné suite à la baisse des tarifs de remboursement de cette activité médicale. Cette baisse engendrant une réévaluation à la baisse des prévisions de recettes, aboutissant à un déficit prévisionnel du projet ce qui a motivé son abandon par la direction.

ADM_2 : *« Je me souviens avec le directeur on disait : un centre de dialyse ça rapporte, super. On avait le projet d'ouvrir un centre et 2 mois après les tarifs sortent moins 30 %, je lui ai dit : on arrête tout »*

La réponse d'un autre répondant nuance l'affirmation du précédent. Le déficit prévisionnel d'un projet peut être un motif de demande de financement par les tutelles.

[72] Le Bail Emphytéotique Hospitalier (BEH) est théoriquement un contrat de longue durée (18 à 99 ans). Par ce contrat, l'établissement public de santé met à disposition d'un opérateur privé son terrain en lui conférant un droit réel qui lui permettra d'être propriétaire des constructions que l'opérateur y érigera afin de pouvoir ainsi consentir aux banques des garanties réelles, telles que des hypothèques, en vue de financer la construction. En contrepartie, l'opérateur finance, conçoit, construit, entretient et opère la maintenance de la construction contre le paiement d'un loyer.

ADM_5 : *« Quand je vois l'adjoint au directeur, je lui dis que ça ne marche pas, c'est sous-financé, on va apporter le dossier à l'ATIH, au ministère pour dire qu'il faut le financer, il dit « ok », il ne dit pas : non arrête on va abandonner l'activité »*

Les projets sont arbitrés en conseil exécutif local (CEL[73]). L'administration présente, avec l'équipe médicale, les « business plans » des différents projets. Ces « business plans » sont consolidés pour former la feuille de route quinquennale pour l'hôpital présentée par la direction au conseil exécutif local.

ADM_2 : *« Ils* (les médecins) *vont venir avec des projets travaillés, on va faire une sorte de brainstorming comme une feuille de route : quels sont les projets ? Est-ce pertinent ou pas ? Quand ils présentent le projet avec le chef de pôle, on dit : qu'est-ce qu'en pense le CEL ? C'est bon, pas bon. Il est bon, on y va et on présente le projet. À un moment, soit le projet entre guillemet est « débile » et c'est le corps médical qui va dire : tu es gentil avec ton truc mais bon… »*

ADM_2 : *« On va présenter, avec l'équipe médicale, tous les projets, avec un business plan pour chacun d'eux et une feuille de route avec l'ensemble des efficiences. Et à partir de là, voilà comment on peut s'en sortir, où on veut arriver. Au début je démoralise tout le monde et après je leur dis on peut s'en sortir et on a réussi à le faire entre 2008 et 2015, il n'y a aucune raison qu'on n'y arrive pas entre 2015 et 2020… Je vais travailler un mois et demi pour présenter une feuille de route type au conseil exécutif ».*

L'arbitrage se fait sous forme de vote du conseil exécutif ou du COMEX. Le directeur de l'hôpital est, néanmoins, le dernier arbitre pour décider de l'approbation ou la désapprobation du projet.

ADM_2 : *« Le dernier arbitre s'avère être le directeur mais on fait toujours voter le conseil exécutif. Le projet on le fait voter… Il va y avoir des discours sur les projets et*

[73] La loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) substitue au conseil exécutif un « directoire » dont la composition et les attributions sont réduites. Alors que le conseil exécutif était composé, au maximum de 12 membres (16 membres dans les CHU), le directoire voit sa composition uniformément fixée, par la loi, à 7 membres (9 membres dans les CHU). La loi ne prévoit plus l'exigence d'une composition paritaire du directoire. Cette loi renforce le pouvoir du directeur pour nommer et, le cas échéant révoquer, après information du conseil de surveillance, les autres membres du directoire, tout en exigeant que le directoire soit composé, en majorité, des représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

après c'est vraiment le COMEX[74] ou le conseil exécutif local qui va prendre la décision. »

Négocier des projets avec le siège de l'APHP

L'arbitrage des projets au niveau de l'hôpital n'est pas la dernière étape dans le processus de validation des projets. En effet, les projets font l'objet de négociation avec le siège de l'APHP. En sa qualité de contrôleur de gestion du groupe hospitalier, le répondant participe aux travaux en lien avec le siège de l'APHP dans le cadre de la conférence stratégique sur le fondement de la feuille de route établie par la direction générale de l'hôpital.

ADM_2 : *« Moi je vais travailler plus en retrait. Et je travaille plus en conférence stratégique avec le siège. Comme la feuille de route est faite avec le directeur général… »*

La conférence stratégique est un moment de rencontre important entre l'administration de l'hôpital et le siège du fait que les projets y sont validés pour qu'ils soient inscrits dans le plan d'investissement de l'AP-HP. De ce fait, la direction de l'hôpital est accompagnée par les chefs de pôles porteurs des projets. L'objectif est de renforcer la position de la direction de l'hôpital vis-à-vis de ses interlocuteurs au siège et ainsi montrer que *« la Pitié est soudée »*.

ADM_2 : *« Quand on va au siège, on vient toujours avec 5 ou 6 chefs de pôles qui sont les porteurs de projets. La Pitié est soudée, c'est ce qui fait notre force. L'administration* (le siège) *se sent forte vis-à-vis des directeurs mais quand en face d'eux ils ont les grands, le doyen… C'est du Monsieur le Professeur, on ne t'envoie pas balader parce que tu es un directeur. »*

La négociation porte sur les projets proposés par l'hôpital et discutés avec le siège de l'APHP en vue de leur inscription dans le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) de l'APHP. Pour la négociation, l'hôpital s'appuie sur des arguments pour obtenir l'inscription de certains projets dans le plan de financement de l'APHP. Ainsi, le premier argument est l'absence de projets concernant l'hôpital dans le PGFP de l'APHP 2015-2019 bien que l'hôpital affiche un équilibre financier depuis 2012 avec une croissance un résultat positif de 10 millions par an. L'hôpital met en avant que ses résultats lui permettraient d'autofinancer ses projets ou d'obtenir un concours bancaire pour les financer s'il était un établissement autonome.

[74] Comité Exécutif (COMEX) est l'abréviation du Conseil Exécutif Local.

ADM_3 : *« Dans le PGFP* (Plan Global de Financement Pluriannuel) *de l'assistance publique de 2015-2019, il n'y avait aucun investissement sur la Pitié. À un moment donné avec xxxx* (le directeur de l'hôpital) *on a dit : attendez ! On est quand même à l'équilibre depuis 2012, on fait 10 millions de plus chaque année, il y a un moment donné on serait autonome on demanderait un bâtiment à 15 millions on pourrait se l'autofinancer. Karine xxxx l'a très bien compris. Ce n'est pas intégrer au PGFP on va réinstaller Thomas xxxx dans les cliniques médicales, le projet à 15 millions on l'a fait passer en mars. Et « Castaigne »* (un bâtiment de l'hôpital) *c'est la même chose, au mois d'octobre, je veux mes 15 millions pour « Castaigne ». Ça fait 10 ans, soit elle me les donne et je repars soit on fera différemment… »*

ADM_3 : *« Mais très clairement qu'est-ce qui nous donne cette capacité de négociation c'est d'obtenir nos 20 millions de résultats. Parce qu'effectivement, moi j'irai voir une banque, j'ai tout de suite ce qu'il me faut… Donc ça donne une crédibilité et ça, ils le voient bien puisqu'ils ont* (les médecins) *vu le nouveau plan global de financement de l'APHP… »*

L'hôpital a réussi à obtenir le financement d'un certain nombre de projets (bâtiment sud, I3M, travaux les bâtiments « La Rochefoucauld et Benjamin Delessert…). Comme précisé précédemment, la soumission des projets au siège de l'APHP est précédée par un examen en CEL et par une étude portant sur chaque projet.

ADM_3 : *« Alors bon on n'était pas malheureux on a eu le bâtiment sud, on a eu I3M* (un bâtiment). *Là on refait complètement La Rochefoucauld et Benjamin Delessert* (deux bâtiments) *il y en avait quand même pour 7 millions d'euros. Et on avait le projet de Thomas xxxx… Qui avait dû partir parce que c'est là que s'est construit l'ICM* (Institut du Cerveau et de la Moelle). *Et à l'époque le DG de l'époque lui avait promis qu'il serait relogé. Il lui a promis en 2007, on était en 2014 on a vu que ce n'était pas inscrit, on en a discuté en CEL, on a regardé, fait les études, payé les études, tout regardé et on a monté le projet. Et on a été le vendre ! Et c'est passé et ça, ils le voient bien ! Thomas xxxx, il n'est pas chef de pôle, il est moins dans ce background médico-économique mais il a vu qu'on s'était battu qu'au début il n'y avait rien… »*

3.1.3. Négocier les tarifs et des financements avec les tutelles (ministère de la santé et l'ARS)

Les négociations portent sur trois sujets. Le premier concerne la révision des tarifs de remboursement des activités réalisées en ambulatoire. En effet, la prise en charge ambulatoire (soins réalisés sur une journée et le patient rentre chez lui) en médecine oscille entre la logique médicale qui milite pour son développement et la logique financière qui démontre que son développement est préjudiciable financièrement à l'hôpital. La logique médicale est favorable au développement de l'ambulatoire car il présente des avantages pour le patient et pour la société. Pour le patient, ce dernier ne reste pas à l'hôpital (les soins sont réalisés sur la journée). Pour la société, le fait de ne pas hospitaliser le patient fait qu'il ne sera pas en arrêt de travail pour la durée de son hospitalisation. Mais cette logique médicale, favorable au développement des activités ambulatoires, va à l'encontre de la logique financière et budgétaire de l'hôpital. En effet, les activités réalisées en ambulatoires sont moins bien valorisées en T2A par rapport à une prise en charge avec hospitalisation. Selon un répondant, il est du ressort de la direction des finances d'informer et de faire pression sur les tutelles pour reconnaître des tarifs supérieurs et ainsi éviter de perdre des recettes en cas de développement de l'ambulatoire en médecine.

> ***ADM_4 :*** *« Alors la contradiction, il faut la lever, et vite, quand elle existe, quand elle est détectée. Il faut la lever vite, et ça, c'est le boulot des directions…, d'abord d'informer, puis de faire pression auprès des tutelles pour faire reconnaître éventuellement des tarifs supérieurs. Mais à terme, il ne faut pas qu'elles durent ces contradictions parce qu'effectivement on peut perdre énormément d'argent. Et on est vraiment au cœur du débat puisqu'en ce moment, on a un sujet sur les tarifs d'ambulatoire en médecine ».*

Le deuxième sujet de négociation avec les tutelles met l'accent le financement de certaines activités comme la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)[75] ou de certains autres projets. Considérant qu'il n'existe pas de raisons pour que les activités réalisées par la PASS ne soient pas valorisées comme les activités réalisées dans les autres secteurs de soins de

[75] Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions, représentent un outil efficace pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes démunies.

l'hôpital. La direction estime que la PASS n'a pas à être déficitaire et qu'elle représente un attachement fort au service public. La direction travaille sur le montage de dossiers pour financer l'activité PASS à travers notamment l'enveloppe de financement appelée MIGAC[76] (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation).

> ***ADM_3 :*** *« Ça n'avait pas à être déficitaire en soi, c'était à nous de prouver que c'était utile d'avoir exactement la même logique, de pouvoir voir quel était le type d'activité et les moyens qu'on mettait derrière et de faire des dossiers de façon à avoir des MIGAC correspondant au service rendu et que c'était effectivement pour ça. C'est vraiment un attachement très fort au service public… »*

De surcroît, afin d'appuyer cette démarche de demande de financement, la direction invite des personnalités de l'ARS (Agence Régionale de Santé) et de « Médecins du monde » pour le comité de pilotage sur le PASS pour donner *« un petit peu d'ampleur au comité de pilotage ».*

> ***ADM_3 :*** *« on a fait venir des gens de l'ARS, de médecins du monde, pour donner un petit peu d'ampleur au comité de pilotage… »*

Au-delà de la PASS, la direction de l'hôpital négocie avec les tutelles le financement d'autres projets. Elle est encouragée dans cette démarche par la connaissance de l'existence de fonds de financement à l'ARS hérités de l'enveloppe dédiée au plan « Hôpital 2017 ». Ainsi, l'hôpital a réussi à obtenir le financement d'un projet pour un montant de 10 millions d'euros.

> ***ADM_3 :*** *« On a rédigé le projet, on l'a fait valider au directeur, il est parti à l'ARS parce qu'il y avait des fonds, il y avait 10 millions, je ne sais plus, il y avait l'ARS qui avait des fonds de tiroir du plan hôpital je ne sais pas quoi… Hôpital 2017, je crois, voilà, on a dû récupérer 10 millions d'euros… »*

Le troisième et dernier sujet de négociation entre l'hôpital et les tutelles concerne le codage. L'objectif de cette négociation est de démontrer les incohérences du codage pour certaines disciplines dont la prise en charge des patients requiert du matériel spécifique et adapté avec un accompagnement psychologique. En effet, la direction estime que le codage associé aux

[76] Le financement des hôpitaux inclut une dotation Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette dotation permet de financer les activités des établissements de MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) qui ne sont pas tarifées à l'activité. Les missions d'intérêt général sont limitativement énumérées et recouvrent notamment les activités d'enseignement et de recherche, le financement des SAMU et des SMUR, de certains centres de référence, etc. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

séjours de nutrition (obésité par exemple) n'était pas optimal aboutissant à une sous valorisation du remboursement. Ce constat nécessite donc la révision des GHS[77] (tarif associé au GHM[78]). Suite à la soumission d'un dossier de révision du codage aux tutelles, la direction a réussi à obtenir la révision du GHS lui permettant d'équilibrer le « business plan » de la discipline concernée.

> ***ADM_3 :*** *« Pareil, on a monté un dossier pour montrer que c'était mal codé et c'est passé. Donc d'un business plan qui était au départ très défavorisé par le GHS, le dossier a été monté comme pour les valves percutanées et le GHS a été revu. Donc quand on a ouvert, on a eu un GHS qui était à peu près cohérent par rapport à la typologie extrêmement… Puisque nous ces quand même des gens qui font 190-200 kg, ce n'est pas une nana qui veut perdre 20 kg, c'est vraiment de l'obésité morbide avec des fonds adaptés, des rails etc. des prises en charge spécifiques, un accompagnement psychologique etc.… »*

3.1.4. Réaliser des études : étudier et organiser le basculement de l'activité en ambulatoire

L'exemple de l'étude citée porte sur la possibilité d'exercer certaines activités médicales en ambulatoire (en hôpital de jour) au lieu d'hospitaliser les patients. Il s'agit, plus concrètement, du basculement des hospitalisations complètes en ambulatoire avec tous les enjeux de financement liés à cette démarche.

La réflexion sur le développement de l'ambulatoire est fondée sur un contexte général où les autorités (ministère notamment) mettent en place un système d'incitation au développement de l'ambulatoire au détriment des hospitalisations. Mais l'impact de ces incitations tarifaires diffère selon les activités concernées. Les activités de chirurgie présentent un intérêt à être basculées en ambulatoire grâce à l'incitation tarifaire (les tarifs de remboursement permettent d'équilibrer les dépenses) mise en place. Pour les activités de médecine, il n'existe pas

[77] Dans le cadre de la T2A, le groupe homogène de séjours (GHS) correspond au tarif du groupe homogène de malades (GHM). La très grande majorité des GHM ne correspondent qu'à un seul GHS, c'est-à-dire un seul tarif, mais dans certains cas, un GHM peut avoir deux ou plusieurs tarifs (dépendant, pour une même prise en charge – pour un même GHM –, de niveaux d'équipement différents, par exemple).

[78] Un groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient.

d'incitation tarifaire pour les réalisées en ambulatoire ce qui revient à prendre le risque d'être déficitaire sur ce segment car la recette prévue ne couvrirait pas la dépense engendrée.

> ***ADM_1 :*** *« Pour le coup, on est en train de réaliser une étude sur l'HDJ. L'HDJ de médecine, c'est un vrai problème. Autant il y a eu une incitation à développer l'ambulatoire sur la chirurgie, sur la prise en charge des patients médicaux, il n'y a pas d'incitation. Donc de fait, au-delà de l'incitation, ou même sans incitation, aujourd'hui, on constate que sur certains patients accueillis, on est déficitaire. Parce qu'il y a une recette prévue par l'assurance maladie et une dépense que nous, on constate qui est supérieure aux recettes… »*

L'incitation tarifaire peut même encourager à transférer des activités réalisées en hospitalisation (le patient reste au minimum une nuit à l'hôpital) en ambulatoire. Comme précisé plus haut, cette incitation prend la forme d'une revalorisation à la hausse des tarifs de remboursement des activités ambulatoires.

> ***ADM_2 :*** *« Parce que, d'une part, il y avait une incitation tarifaire puisqu'à l'époque on nous payait 2 500 euros pour faire de l'hospitalisation complète, 500 euros pour l'hospitalisation partielle, il fallait être fou pour y aller. Dès le moment où on a mis à 1 500 euros le séjour, on perdait de l'argent si on restait en hospitalisation complète donc l'intérêt c'était bien l'ambulatoire. »*

Si l'incitation financière (à travers à la revalorisation à la hausse des tarifs) permet d'équilibrer les recettes et les dépenses pour les activités de chirurgie par rapport l'hospitalisation, son absence pour les activités de médecine aboutit à un déficit sur ces activités si elles sont réalisées en ambulatoire.

Afin d'objectiver le constat de déficit sur certaines activités dans le cas où elles seraient réalisées en ambulatoire, l'administration (contrôleur de gestion, cadre administratif du pôle et le directeur de l'information médicale) a réalisé une étude sur 4 GHM (séjours) de l'hôpital de jour. L'objectif de cette étude est de calculer les coûts engendrés par ces activités et ensuite le comparer avec la recette correspondante. Cette étude a montré que sur certains parcours de patients, la recette correspondante au séjour ne couvre pas ne serait-ce que les coûts directs de production du séjour.

ADM_1 : *« On vient de terminer une étude sur l'HDJ de médecine et on a pris quatre GHM, enfin quatre programmes d'HDJ, on a identifié les GHM correspondants et on a refait l'ensemble du parcours patient, et en s'arrêtant uniquement sur les coûts directs, on s'aperçoit déjà que la recette prévue devant couvrir les coûts directs et les coûts indirects ne suffit pas… Donc juste les coûts directs (le personnel, les consommables, les actes d'exploration et les actes de biologie) »*

La direction considère que les activités de médecine en ambulatoire sont structurellement déficitaires. Il est donc inutile de demander aux médecins de produire plus d'activité surtout si la capacité d'offre de soins est utilisée au maximum (service ayant une activité soutenue avec peu de marge de manœuvre en termes de capacité d'hospitalisation). En revanche, la direction présente les résultats de son étude aux instances de l'ENC pour montrer le déséquilibre existant entre les recettes de remboursement et les coûts constatés et ses dangers pour le budget de l'hôpital.

ADM_1 : *« Sur la prise en charge des patients médicaux, il n'y a pas d'incitation. Donc de fait, au-delà de l'incitation, ou même sans incitation, aujourd'hui, on constate que sur certains patients accueillis, on est déficitaire. Parce qu'il y a une recette prévue par l'assurance maladie et une dépense que nous, on constate qui est supérieure aux recettes. Donc structurellement, on est déficitaire. Et ça, on ne va pas demander aux médecins d'aller en faire plus si la capacité est utilisée… Si l'offre de soin est utilisée à son maximum. On ne va pas aller au-delà de ce qui est réalisable… »*

ADM_2 : *« On a fait notamment avec le CAP une étude sur un parcours patient sur 4 GHM, qui a montré que sur certains parcours ça coûterait plus cher de faire l'activité en ambulatoire, d'ailleurs ils vont le présenter avec le DIM au niveau de l'ENC, ce que ça rapporte. Donc ce serait suicidaire, et bien au-delà des 30 % c'est-à-dire en coût complet tu as un GHS qui te rapporte 500 €, ça te coûte 1 000 €. »*

3.1.5. Optimiser la capacité d'accueil des patients en termes de lits

La capacité d'accueil de l'hôpital renvoie au nombre de lits pouvant être mis à disposition pour accueillir les patients. Le travail sur le capacitaire est dicté par un contexte marqué, d'un côté, par la volonté du siège de l'APHP de réduire le nombre de lits et, de l'autre, par la

stratégie de l'hôpital qui envisage le développement de certaines activités présentant des possibilités de « recrutement » de patients comme la rhumatologie, la neurochirurgie, etc… Cette stratégie est formalisée dans une feuille de route présentée au conseil exécutif de l'hôpital.

> ***ADM_2 :*** *« Je travaille sur l'environnement pour voir sur le capacitaire. Actuellement l'enjeu est très fort on travaille sur le capacitaire, on nous dit qu'il faudrait supprimer des lits… Mon rôle c'est une veille sur les textes qui sortent, là on est sur le capacitaire. Je vais travailler un mois et demi pour présenter une feuille de route type au conseil exécutif. Le capacitaire, il y a cinq ou six axes identifiés sur la rhumatologie, la neurochirurgie, etc. sur lesquels il y a des possibilités. »*

La politique du siège visant à « supprimer » des lits est fondée notamment sur le positionnement comparatif de l'hôpital au niveau national sur certaines disciplines médicales. Ce positionnement est mesuré par le niveau de recettes produites par la discipline par rapport à la moyenne nationale combiné à une capacité d'accueil non optimisée par l'hôpital c'est-à-dire la présence de lits vides. Ces deux constats constituent l'argument du siège pour solliciter la réduction du nombre de lits de l'hôpital.

> ***ADM_2 :*** *« J'ai 560 euros de recettes et en France, les 10 meilleurs sont à 700 euros pour la même activité et que derrière j'ai un capacitaire. Donc ce capacitaire soit je suis dans une logique du siège et super je vais le supprimer… »*

L'hôpital opte pour une stratégie différente de celle du siège en substituant une politique de réorganisation et de « densification » à la réduction du nombre de lits comme préconiser par le siège. La politique de réorganisation et de densification est fondée sur un travail sur les indicateurs. L'objectif est que cette politique permette à l'hôpital d'améliorer ses indicateurs notamment le taux d'occupation des lits (TOC) ou l'indice de performance (IP) par rapport au niveau national. La densification permet de regrouper les disciplines pour éviter la présence de lits vides dans chaque secteur.

> ***ADM_2 :*** *« Mais nous, on n'est pas dans cette logique-là ! Je ne vais pas faire des bureaux à… Certains des médecins seraient contents parce que tu le sais il faut toujours des bureaux, des trucs comme ça. On n'est pas dans une logique de réduire. Mais à partir de là je peux organiser différemment, ou de dire que s'il y a des chirurgiens, actuellement on perd nos chirurgiens d'orthopédie, à la rigueur on ferme*

une structure et il y en a deux ou trois qui vont venir chez nous et moi je re-densifie. Donc, on travaille toujours sur des indicateurs, la logique de notre structure est de densifier en ayant les meilleurs indicateurs car comme on a des taux d'occupation, c'est dire comment on se situe au niveau national, pour encore améliorer »

ADM_2 : *« Donc on va essayer de voir comment pour chaque discipline comment se situent les autres CHU, et le présenter en CEL. En orthopédie vous avez un IP (indice de performance qui présente le rapport entre la Durée Moyenne du Séjour observée à l'hôpital et la moyenne nationale) qui est à 1,20 et l'autre à 0,2. Il faut les comparer, il n'y a aucune raison qu'à la Pitié ce ne soit pas pareil qu'à Bordeaux, Marseille, Lille… Je vais comparer l'orthopédie de la Pitié, à quel IP on est, à 1,13 sachant qu'au niveau national c'est 0,98 et si on prend les 10 meilleurs CHU on est à 0,90… Les dix meilleurs CHU. Je ne suis pas dans la logique comme voudrait le siège qui prend les trois meilleurs. Donc j'en prends dix parce qu'on a une logique un peu particulière, on a une complexité donc je ne prends pas les premiers… J'avais présenté les indicateurs et dis : là on perd du fric »*

ADM_2 : *« J'avais présenté comment on se situait et dire qu'en ambulatoire on n'apparaissait pas bons. La Pitié n'apparaissait pas bonne. Comment on évoluait en l'ambulatoire par rapport aux autres… Au cœur, notre référent c'est Rennes, etc. On va regarder la typologie de patients… Un des documents que j'ai sorti, par exemple, : pour chaque typologie d'activité, j'ai comparé au niveau de l'APHP* (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris) *comment on se situe. Ça permet de voir quand un service me demande comment on est en rhumatologie, est ce qu'on est bon ou pas et que font les autres. Cette logique-là, je l'ai faite à l'interne de l'APHP et en orthopédie, comme je te l'ai montré, sur les CHU… Ce qui nous intéresse beaucoup c'est de se comparer dans l'environnement, que font les autres, comment évoluent les autres, de façon effectivement à ne pas subir les choses »*

L'amélioration du niveau d'un indicateur comme le taux d'occupation des lits (réduire le taux d'occupation) est confrontée au problème de manque de structures d'aval pouvant accueillir les patients dont il n'existe plus de raison médicale pour rester à l'hôpital. Une des solutions à laquelle a recours l'hôpital est la structuration d'un autre hôpital du groupe en structure d'aval

pour accueillir ces patients et ainsi permettre à l'hôpital d'optimiser (améliorer) le taux d'occupation et d'hospitaliser d'autres patients.

> ***ADM_3 :*** *« On a beaucoup travaillé, maintenant ça fonctionne, sur Charles Foix* (un autre hôpital du groupe) *dont on a fait je dirais un aval spécialisé pour cardiologie, neurologie et donc ça a créé l'osmose avec le corps médical de Pitié qui a fait du bien au corps médical de Charles Foix, ça l'a upgradé. On est sur du SSR très spécialisé et des MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) très spécialisés, ça va de la cardio, on a travaillé avec eux, concrètement il y en a un qui s'est spécialisé en cardiologie et donc au lieu de s'égarer* (les patients) *dans les lits de Pitié, au bout du temps retenu en MCO, ils partent sur Charles Foix et avec des équipes médicales qui se consacrent… »*

3.1.6. Restructurer et réorganiser les services administratifs, logistiques et techniques

Dans un objectif de maîtrise des dépenses, l'administration met l'accent sur la maîtrise de la masse salariale, la réduction des effectifs, l'externalisation et les restructurations. La restructuration et la réorganisation des services sont motivées par le fait que la focalisation sur les recettes atteint ses limites notamment vis-à-vis des médecins. Il est donc nécessaire de travailler sur les dépenses pour équilibrer la balance « recettes – dépenses » d'autant plus qu'il ne faut pas « basculer » dans le « surcodage » des activités pour augmenter davantage les recettes. Mais les dépenses visées ne sont pas celles liées à l'activité médicale. La raison est que la stratégie d'augmentation de l'activité, et donc des recettes, est forcément liée à une augmentation des dépenses. La cohérence du discours vis-à-vis des médecins les incitant à augmenter l'activité peut être remise en cause par ces derniers.

> ***ADM_4 :*** *« Il y aura un moment où, sans basculer dans le surcodage, on sera à la limite de l'exercice et puis après on attaque autre chose. On n'attaque plus la recette, on attaque les dépenses. Et là, attaquer les dépenses, c'est pour 60 % attaquer la masse salariale, c'est pour 100 % des dépenses, potentiellement attaquer les organisations. On arrive sur des choses compliquées après. Autant pour les équipes médicales, on peut leur dire « allez-y, faites l'activité, ça couvrira les dépenses du*

projet qu'on a engagé ». Demain, leur dire « faites l'activité, faites les recettes mais en revanche on va taper les dépenses », là on va arriver sur des débats compliqués. »

L'optimisation des dépenses met l'accent sur les organisations et sur la masse salariale notamment au niveau des services administratifs. Cette optimisation n'exclut pas des démarches de restructuration des services médicaux et de renforcement de la coordination entre pôles en cas de nouveaux projets comme l'extension du bâtiment de « cardiologie ». L'externalisation de certaines activités logistiques fait partie des pistes d'économies étudiées par la direction.

ADM_4 : *« On a également tapé sur les dépenses. Clairement, on n'a pas fait que de la recette d'activité, on a également maîtrisé des dépenses, maîtrisé au sens rendu d'emplois, restructuration, externalisation, des fois, aussi »*

Comme précisée plus haut, le renforcement de la coordination entre le pôle « cardiologie » et le pôle « imagerie » a permis d'éviter la création d'un plateau technique au sein du bâtiment de « cardiologie ». En effet, le pôle « cardiologie » aura recours au plateau technique du pôle « imagerie ». La création d'un plateau technique dédié au sein du pôle « cardiologie » aurait nécessité la création de 28 postes (ETP, équivalent temps plein). La direction a refusé cette création afin d'optimiser les dépenses d'autant plus que le pôle « imagerie » est déficitaire.

ADM_2 : *« Je me souviens quand on a fait le bâtiment cœur, il était prévu un scan, un IRM, pleins d'imagerie supplémentaires. Alors le pôle imagerie était le plus déficitaire. Ils demandaient 28 ETP, le directeur a dit « puisque c'est ça, vous n'aurez pas de matériel ». Le corps médical a accepté pour avoir le matériel, de s'arranger. »*

Les projets de réorganisation concernent également des structures comme la biologie médicale appartenant au pôle biologie médicale. Les travaux de regroupement des unités fonctionnelles de biochimie et d'hématologie dans un même bâtiment permettent de réaliser des économies au niveau du matériel avec une gestion logistique commune et au niveau du personnel avec des rendus de postes.

MED_CDP_BM : *« De plus, dans cette rénovation, l'hôpital, du fait de son histoire et de son gigantisme, avait des laboratoires qui étaient dispersés sur quatorze bâtiments ce qui limitait l'efficience bien évidemment et donc le laboratoire d'hémato était*

dispersé sur quatre bâtiments, le laboratoire de biochimie sur trois bâtiments. Donc en même temps que nous faisons cette plate-forme commune, nous regroupons toutes les unités fonctionnelles de biochimie, d'hématologie dans ce même bâtiment. La génétique, qui est logée dans des bâtiments très anciens, obsolètes, pas aux normes va être très bien logée dans deux étages et nous partageons toute la logistique. Donc ce bâtiment aura toute une organisation logistique commune de stockage. Donc là, c'est vraiment un très gros effort d'efficience qui se paye car bien sûr, on a une dotation de l'Assistance Publique mais en même temps, nous avons ce qu'on appelle un ROI (Return On investment ou retour sur investissement) avec un rendu de poste très important puisqu'il y a 45 postes qui seront à la clé dont huit postes médicaux. Donc c'est très lourd, et donc maintenant nous sommes à la phase de définition du ROI. »

Ce genre d'opération, notamment celle citée par le médecin est imposée par la direction qui vise une mutualisation des moyens matériels en raison, entre autres, de leur coût. Du point de vue du médecin, il y a nécessité de mutualiser les moyens dans un contexte économique difficile.

MED_CDP_BM : *« C'est le sens de l'histoire donc c'est imposé par la direction mais accepté par tous parce qu'on sait bien aujourd'hui, si vous voulez, les appareils coûtent excessivement cher, généralement plusieurs centaines de milliers d'euros. Les budgets d'équipement sont dérisoires, nous avons, en tout et pour tout pour le pôle, 200 000 à 250 000 euros par an d'équipement. Les budgets d'équipement annuels ne permettent que de renouveler un niveau d'appareillage intermédiaire spécifique à chaque discipline mais dès que vous voulez avoir, enfin développer de la biologie du 21ème siècle, vous êtes obligés de partager… On sait très bien quel est l'état économique de la France qui aide à la prise de conscience malheureusement, mais même, je pense que même s'il n'y avait pas cette crise économique, il y aurait quand même cette prise de conscience de la nécessité du partage ou de la mise en commun ou de la mutualisation au moins des appareils. »*

La réorganisation des services administratifs est présentée comme une démarche qui participe à l'optimisation des dépenses notamment par la réduction des effectifs.

ADM_3 : *« Il y a de vraies actions quand même en parallèle de réorganisation des services logistiques, des services techniques, des services administratifs. Effectivement*

on a diminué à la direction des finances de la Pitié il y a quatre adjoints administratifs, deux adjoints des cadres, donc ce n'est quand même pas… Pour Pitié-Salpêtrière Charles-Foix… »

3.1.7. Se comparer à l'Etude Nationale des Coûts (ENC)

L'ENC présente les coûts complets moyens par séjour d'hospitalisation issus de la comptabilité analytique d'un échantillon d'hôpitaux. Comme indiqué au premier chapitre, le « tableau coût case-mix (TCCM) » [79] d'un hôpital permet de positionner ses coûts par rapport à l'ENC. Il n'est pas inutile de rappeler que l'ENC constitue le fondement du calcul des tarifs de remboursement des séjours hospitaliers pour l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). De ce fait, le positionnement de l'hôpital par rapport à cette norme présente une dimension stratégique car il préfigure l'équilibre financier de l'hôpital. D'ailleurs, dans le cadre du travail réalisé pour le chiffrage et le montage financier des projets décrit plus haut, l'administration utilise les données issues de l'étude nationale des coûts (ENC).

Pour toutes ces raisons, il s'avère important pour l'hôpital que les résultats de sa comptabilité analytique, reflétant les coûts complets de sa production, soient intégrés dans l'échantillon retenu pour la constitution de l'étude nationale des coûts. La direction de l'hôpital a donc entrepris des démarches pour s'inscrire au recensement de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) en charge de la constitution de l'ENC. La première étape est l'obtention de l'accord du siège de l'APHP.

ADM_3 : *« Enfin ils ont l'air de vouloir bouger là-dessus parce qu'il y a Lariboisière, Saint-Louis qui vont rentrer aussi, il y aura Pitié. Donc moi j'en avais parlé à xxxx qui était très intéressée, la nouvelle secrétaire générale de l'APHP. Elle a dû bouger elle aussi, parce que là on a été contacté avant l'été… »*

ADM_3 : *« Et donc là on s'est inscrit, on commence à rassembler les données, on attend la réponse de l'ATIH et l'ENC en septembre et normalement on y rentre l'année prochaine… »*

[79] Le « tableau coût case-mix (TCCM) » permet de comparer les données de coûts et d'activité d'un établissement avec les données de la base de l'Étude Nationale de Coûts (ENC). L'objectif est de comparer les dépenses directes et indirectes d'un établissement aux dépenses d'un établissement fictif disposant du même case-mix (ensemble des séjours réalisés à l'hôpital).

L'inscription au recensement a certes pour but d'intégrer l'échantillon d'hôpitaux participant à la constitution de l'ENC, mais l'hôpital tient à s'inscrire à tous les autres recensements à l'initiative de l'ATIH afin de faire remonter ses spécificités. De surcroît, les résultats des recensements organisés par l'ATIH permettent à certains magazines comme le « Point » de publier le classement des hôpitaux. L'hôpital tient dons systématiquement à s'inscrire aux recensements pour faire remonter ses spécificités et améliorer son classement.

> ***ADM_3 :*** *« C'est logique de s'inscrire dès qu'il y a des recensements de l'ATIH… Avec le DIM, dès qu'on trouvait quelque chose… On s'est toujours inscrit pour être dans les groupes et faire remonter nos spécificités. Et ça marche bien parce qu'à un moment donné, je suis contente parce qu'on est cinquième au classement du Point… »*

Cette veille sur le classement publié par l'ATIH ou par des magazines permet à l'hôpital de vérifier la complétude des informations et des données communiquées lors des recensements.

> ***ADM_3 :*** *« On suit quand même les données parce que justement cette année j'ai vraiment voulu superviser les chiffres parce qu'on avait perdu des places l'année d'avant et je n'avais pas bien compris pourquoi on avait mal rempli certains points, ils nous demandent les Évènements Indésirables Graves (EIG) on n'avait pas répondu sur les EIG par erreur et ça nous a fait baisser dans le classement. Cette année on a déclaré le nombre d'EIG, on a pointé partout donc tous ces EIG, il y en a qui avaient coché, d'autres pas… Le sujet n'est pas qu'il y en ait ou pas, est-ce qu'ils sont déclarés, est-ce que tout est mis en place pour… »*

3.2. Les pratiques de budgétisation

La présentation des pratiques budgétaires est présentée en cinq phases suivant le schéma proposé par Bouquin (1992). La première phase présente les pratiques de fixation des objectifs notamment de volume d'activité par l'administration. La deuxième phase porte sur l'élaboration du prébudget. Elle recense les pratiques réalisées dans ce cadre par le personnel administratif pour établir les projections d'activité, celles du personnel médical pour l'établissement des prévisions d'activité et enfin les pratiques réalisées par le personnel encadrant du personnel soignant en ce qui concerne le budget de formation et le budget de matériel. La troisième phase présente les pratiques relevant de la négociation du budget et des objectifs d'activité entre, d'un côté, le personnel administratif et, de l'autre, le personnel

médical et le personnel encadrant du personnel soignant. La quatrième phase est celle de la construction des budgets des pôles et des services. La cinquième et dernière phase met l'accent sur la validation du budget.

3.2.1. Phase1 : fixation des objectifs par l'administration

La fixation des objectifs d'activité aux pôles est le résultat d'un processus d'échange et de négociation entre le siège de l'APHP et la direction de l'hôpital, d'un côté, et entre la direction de l'hôpital et les pôles, de l'autre. L'hypothèse retenue en termes de niveau d'activité à réaliser pour construire le budget de l'hôpital est le maintien du niveau de l'année précédente. Les conférences budgétaires avec les pôles ont lieu après la conférence budgétaire de la direction de l'hôpital avec le siège de l'APHP. Elles ont pour objectif de présenter au pôle les résultats des négociations avec le siège et la fixation des objectifs pour le pôle.

> ***ADM_4 :*** *« On fait des conférences après les conférences qu'on a avec le siège… On pourrait les faire avant, on les fait après, historiquement c'est comme ça à la Pitié. On s'assure quand même que les cibles d'activité qu'on propose, qu'on suggère aux pôles, pas qu'on impose aux pôles, sont réalistes. La plupart du temps, le réalisme est fondé sur le maintien de l'activité d'une année, ça ne va pas plus loin. On n'est pas à rajouter des pourcentages d'évolution délirants et donc on réalise ces échanges avec le siège, on construit le budget de l'année et ensuite on fait sous forme de conférence budgétaire interne, de reporting des résultats des négociations qu'on a eu avec le siège, on fait ces conférences. »*

La fixation des objectifs au moment de la conférence budgétaire est précédée par un bilan de l'année sous forme d'un « état des lieux » dont l'objectif est de partager le diagnostic de l'année écoulée avec la communauté médicale et paramédicale.

> ***ADM_1 :*** *« En général, avant d'arriver à la définition de l'objectif, on se met tous d'accord sur le diagnostic. Et une fois qu'on est tous d'accord sur le diagnostic, en général, les objectifs suivent assez facilement… »*

Faire le bilan de l'année écoulée

Le bilan de l'année écoulée a pour objectif d'analyser les résultats et les écarts avec les prévisions. Cette analyse est réalisée par le chef de pôle et le cadre paramédical du pôle. Mais l'état des lieux ne concerne pas uniquement les résultats en termes d'activités médicales ou

les éléments budgétaires. L'analyse porte également sur des sujets logistiques (la restauration des patients par exemple), sur le personnel ou encore sur la qualité des prises en charges de manière générale.

> ***ADM_3 :*** *« On fait le bilan de l'année écoulée avec ce qui a été prévu, moins bien prévu, avec l'analyse du chef de pôle du CPP pour dire : là on a été nettement mieux, finalement notre DMS a diminué, là on a un nouveau créneau d'activités, on va le développer cette année. C'est le bilan de l'année mais vraiment sur tous les plans, du soin (la politique de soins est intégrée), l'hôtelier : on regarde exactement ce qui s'est passé, la restauration, le nombre de repas commandé par rapport au nombre de patients… »*
>
> ***ADM_2 :*** *« Toute l'équipe de direction participe aux conférences budgétaires… C'est le moment où l'établissement fait le point sur l'ensemble des éléments : les éléments financiers, les éléments sur le personnel, sur la qualité. C'est vraiment un ensemble de points »*

La fixation des objectifs pour le pôle en conférence budgétaire est fondée sur la feuille de route élaborée par la direction générale de l'hôpital sur le fondement des résultats de ses négociations avec le siège et les objectifs fixés par ce dernier à la direction de l'hôpital. Un premier travail réalisé par le contrôleur de gestion de l'hôpital permet d'établir, en fonction de la feuille de route de l'hôpital, le potentiel d'activité pour chaque pôle. Cette première version est ensuite discutée avec les responsables au niveau de chaque pôle lors de la conférence budgétaire.

> ***ADM_2 :*** *« On va faire un état des lieux, on connaît déjà notre feuille de route sur les aspects budgétaires, c'est déjà ciblé sur des points. Par exemple, j'avais déterminé le potentiel que peut avoir un pôle. »*
>
> ***ADM_1 :*** *« Alors moi je les fais les objectifs d'activité. On les fait, il y a une feuille de route qui est tracée par la direction générale en disant : voilà où on veut aller… »*

Au moment de la conférence budgétaire, le niveau d'activité qu'un service est en mesure de produire déterminé par le contrôleur de gestion est le point de départ des discussions avec le pôle dans le but de fixer les objectifs. Le contrôleur de gestion présente les tableaux de bord avec le niveau d'activité que chaque service, et donc le pôle, peut réaliser. Ce niveau est

déterminé sur le fondement des indicateurs comme le taux d'occupation (TOC), la durée moyenne de séjour (DMS) et l'indice de performance (IP). Le TOC est le rapport entre le nombre de jours où les lits ont été occupés et le nombre de jours de disponibilité des lits (nombre de jours possibles pour hospitaliser les patients). À titre d'illustration, si un service dispose d'une capacité de 20 lits ouverts (en retirant les jours de fermeture notamment pour travaux) pendant 250 jours sur l'année, sa capacité est 5000 jours. Si le service totalise 3000 journées d'hospitalisations, son TOC est de 60 % (3000 / 5000). Si la direction estime que le taux d'occupation acceptable est de 80 %, le service a donc une marge de 20 % (potentiel de progression de son activité). La durée moyenne de séjour (DMS) est l'indicateur qui présente le nombre de jours moyen que les patients restent à l'hôpital. Elle est le résultat du rapport entre le nombre de jours d'hospitalisations réalisé (3000 dans notre exemple) et le nombre de séjour produit (un séjour correspond à une hospitalisation). Si le nombre de séjour produit est de 600, la DMS est égale 5 jours (3000 / 600). Si la direction, sur la base de comparaisons notamment avec les résultats de l'étude nationale des coûts (ENC), estime que la DMS est supérieure à ce qui ressort des comparaisons (admettons que la DMS est de 3 jours sur l'ENC), le nombre de séjours que le service aurait dû produire devrait être 1000 séjours (3000 / 3). Donc le service à un potentiel d'activité supplémentaire de 400 séjours. L'indice de performance (IP) complète la DMS dans le sens où il mesure le rapport entre la DMS constatée à l'hôpital à la DMS figurant dans la base ENC. Ainsi, un IP supérieur à 1 signifie que la DMS à l'hôpital (dans le service étudié) est supérieure à celle affichée par l'ENC. À l'inverse, un IP inférieur à 1 signifie que les patients restent en moyenne moins de temps à l'hôpital que la moyenne des hôpitaux faisant partie de l'ENC.

Cette présentation donne lieu à des échanges avec le pôle dans le but d'expliquer le niveau des indicateurs.

> ***ADM_2 :*** *« Je présente les tableaux du potentiel, pour tel pôle au regard du taux d'occupation de chaque structure, des IP etc. Vous avez tel potentiel d'activité. Vous êtes en capacité de faire 2 % de plus d'activité… L'IP, on voit avec le DIM, alors est-ce que l'IP est bon ou pas bon, est-ce un problème de codage ou de DMS trop longue, des fois c'est un mixte des deux. Alors des fois on ne peut pas dire que c'est la DMS parce qu'il y a le chef de pôle, et on sait que derrière c'est un moment de pression. Et*

là, on va renvoyer sur des indicateurs en disant la DMS… Parfois ils disent ma DMS elle est bonne c'est ce que je faisais il y a quatre ou cinq ans. »

L'analyse du niveau des différents indicateurs constitue le point d'ancrage pour la fixation des objectifs. Elle permet d'identifier les marges de progression dont dispose le pôle. Elle permet également d'objectiver le niveau auquel seront fixés les objectifs pour s'assurer qu'ils sont compris par le pôle et surtout qu'il est possible de les atteindre.

ADM_4 : *« On met l'accent sur les marges de progression quand elles sont identifiées et puis on se réassure que les objectifs sont bien compris et qu'on va les atteindre. »*

La fixation des objectifs d'activité pour les services du pôle est donc fondée sur l'analyse de leur activité et des indicateurs comme la DMS et l'IP. À travers cette analyse, la fixation des objectifs obéit à des règles qui déterminent la démarche à suivre. Ainsi, pour service dont les indicateurs de DMS et d'IP sont dans la moyenne, l'objectif est le maintien du niveau d'activité constaté l'année précédente.

ADM_4 : *« Je veux dire, rares sont les cas quand même où, sauf à avoir des mesures nouvelles, on impose des pourcentages d'activité. On est dans « vous faites », si vous avez des indices de performance, des indices de type DMS ou IP*[80] *qui sont dans la moyenne, s'il n'y a pas de sujets d'organisation ou de surcoût, on maintient la tendance de l'année précédente et à ce titre-là, il n'y a pas vraiment de débat. »*

En revanche, en cas de mesures nouvelles avec allocation de moyens, il est exigé du service un volume d'activité supplémentaire pour contrebalancer les dépenses engagées. Dans le cas de mesures nouvelles, un business plan est construit avec des objectifs d'activité permettant d'équilibrer le business plan. Cette exigence est d'autant plus forte que pour tout projet nouveau, la direction, présente et s'engage vis-à-vis du siège pour avoir son accord sur un business plan. Cet engagement engendre une surveillance de la part de la direction du déroulement du projet et de la réalisation des prévisions établies.

ADM_4 : *« Si en revanche, on est sur de la mesure nouvelle, business plan construit avec les services du pôle, on est là par contre sur une exigence d'activité*

[80] L'indice de performance (IP) présente le rapport entre la durée moyenne de séjour (DMS) constatée à l'hôpital et la DMS de l'Etude Nationale des Coûts. Si le rapport est supérieur à 1, la DMS à l'hôpital est supérieure à la moyenne constatée pour les hôpitaux participant à l'Etude Nationale des Coûts (ENC). L'analyse porte sur les raisons de cet écart.

supplémentaire dans le cadre des dépenses allouées et avec de notre côté une surveillance que l'activité sera bien au rendez-vous. Là, il y a un deal, enfin, je veux dire qu'on a passé avant d'avoir présenté notre copie au siège et ensuite on est bien dans : « c'est acté donc vous le faites », on va vraiment le faire. »

Les deux cas présentés ci-dessus correspondent à la situation d'un service avec des indicateurs de suivi situés dans la moyenne. Dans le cas où les indicateurs s'écartent négativement de la moyenne (mauvais indicateurs), l'exigence en termes de niveau d'activité produite devient plus présente avec une nécessité d'accompagner et de fixer, avec le pôle, des objectifs, à court terme ou progressifs, pour redresser la situation.

ADM_4 : *« Il reste le cas de figure où on a identifié des marges de progression parce que l'indice de mesure, la DMS n'est pas bon ou parce que l'indice de valorisation n'est pas bon non plus, là on est clairement dans une réflexion collective pour améliorer les choses. Et on se fixe des objectifs (collectivement avec le pôle), ce peut être des objectifs de court terme, des objectifs progressifs pour rectifier le tir… »*

Pour ce dernier cas, deux situations se présentent. La première situation est celle des services dont les indicateurs (DMS et IP) présentent des écarts modérés par rapport à la moyenne. La deuxième concerne les services dont le niveau des indicateurs s'écarte amplement de la moyenne.

Pour la première situation, un objectif est fixé après un diagnostic préalable pour identifier les causes. Le but est de permettre au service un retour à la moyenne de ses indicateurs à une échéance déterminée.

ADM_4 : *« On se met d'accord sur le diagnostic… On constate que la DMS n'est pas conforme à ce qu'on attend en moyenne sur ce type de prise en charge, et on fixe un objectif qui est d'emblée que la DMS revienne à la moyenne à telle échéance. »*

Dans le cas où l'écart est trop important par rapport à la moyenne, un travail d'analyse est entrepris avec la fixation d'un objectif intermédiaire assortie d'un point à mi-parcours. Cet accompagnement et ce suivi ont pour objectif l'identification des causes de l'écart des indicateurs de la moyenne. Elles peuvent être multiples et leur identification permet de résoudre certaines difficultés permettant ainsi au service de retrouver un niveau d'indicateurs acceptable. Les causes de l'écart sur des indicateurs comme la DMS ou l'IP peuvent être

situées par exemple au niveau de l'aval de l'hospitalisation. En effet, les patients ne sortent pas car il n'y a pas de places dans les structures d'accueil ce qui engendre l'allongement de leur séjour à l'hôpital et donc de la DMS et impacte l'IP.

> ***ADM_4 :*** *« Si le gap est trop important, on peut se fixer un objectif intermédiaire, quitte à se refaire un point à mi-parcours sur pourquoi – peut-être si on n'a pas eu le temps ou si on n'avait pas tous les éléments – on objective la raison de ce décalage à la moyenne, pourquoi on n'y arrive pas. Est-ce que c'est un problème d'aval, est-ce qu'on n'arrive pas à faire sortir les patients, auquel cas le service n'est pas complètement responsable, est-ce que c'est un problème de prise en charge qui n'est pas adaptée, ou est-ce que c'est la patientèle qui… mais pourquoi on ne le voit pas dans les tarifs à ce moment-là ou dans la valorisation des comorbidités associées et autres donc on peut imaginer une mise à la moyenne progressive… L'année dernière, on a eu cet exercice à faire avec un service et ça s'est bien passé. Clairement, on a fait le constat que quelque chose n'allait pas dans la prise en charge. On avait un objectif de réduction d'un point de la DMS, le service est au rendez-vous. »*

Au-delà de la réalisation du bilan de l'année écoulée et de la fixation des objectifs d'activité pour le pôle, la conférence budgétaire est consacrée également aux discussions sur les recettes de l'activité hospitalière. Elle est l'occasion pour modéliser la manière dont le pôle peut optimiser son codage afin d'améliorer le niveau des recettes supplémentaires potentielles. Cette démarche est renforcée par le décalage existant entre le moment de la tenue de la conférence budgétaire (mars avril) et la publication des tarifs de remboursement de l'activité qui a lieu avant. Cette connaissance des tarifs permet à l'hôpital de revoir sa manière de coder et d'identifier ses marges de manœuvre pour prendre en compte la modification des tarifs dans les prévisions.

> ***ADM_3 :*** *« On a toujours quand même des marges internes et ça, en fait, on les modélise lors de la conférence de pôle annuelle où là, comme on les fait en mars avril, on a l'impact réel de ce qu'on va perdre et on essaie de regarder service par service, effectivement là où on peut essayer de gratter par le codage donc du coup on récupère à peu près d'un tiers à la moitié et après effectivement si on ne peut pas on ne peut pas… »*

3.2.2. Phase2 : élaboration du prébudget

La deuxième phase est celle de l'élaboration du prébudget, qui peut prendre deux formes :

- Celle d'une simulation par le contrôleur de gestion des conséquences des hypothèses qu'il juge les plus réalistes, après avis des services fonctionnels appropriés : le but recherché est de disposer d'une première référence qui permettra d'analyser les propositions faites par les opérationnels dans leurs propres domaines ;
- Celle, de la part de ces derniers, de la première construction des plans d'action, programmes et budgets en résultant.

La première forme concerne la manière dont la direction, sur le fondement du potentiel d'activité identifié et des objectifs fixés à la « phase1 », établit les projections d'activité pour les services. Dans cette étape, la direction prend en compte un certain nombre d'hypothèses pour établir les projections d'activité pour chaque service.

La deuxième forme porte sur la manière dont les acteurs médicaux et paramédicaux établissent leurs prévisions d'activité.

3.2.2.1. Établissement des projections d'activité par le personnel administratif

L'établissement des projections d'activité pour les services est fondé, comme nous l'avons présenté plus haut, sur la feuille de route de la direction générale et à partir de l'analyse des situations des différents services. Cette analyse portait sur les indicateurs de chaque service et aboutissait à la détermination du potentiel d'activité pour chaque service. La transcription du potentiel d'activité de chaque service en des projections d'activité à réaliser prend en compte un certain nombre d'hypothèses qui ne se présentent pas de la même manière pour tous les services.

La première hypothèse met l'accent sur les réorientations des projets médicaux et leur impact sur la capacité d'accueil des services en termes de nombre de lits. Ces réorientations concernent par exemple l'évolution de certains traitements. Le traitement du lupus[81] par

[81] Le lupus est une maladie auto-immune chronique et diffuse à tout le corps. Elle se manifeste le plus souvent par des lésions au niveau de la peau et des douleurs articulaires, mais le lupus peut également atteindre des organes comme le rein, le cœur, le cerveau.

exemple, qui évolue d'un traitement intraveineux nécessitant une hospitalisation à un traitement par médicament, peut impacter le nombre de lits nécessaires pour le service de médecine interne. Cette évolution doit être prise en compte dans les prévisions du nombre de séjour à réaliser (activité) pour ce service. Un autre exemple est celui du développement de l'activité ambulatoire pour certains services qui, de la même manière que l'exemple précédent, peut impacter le besoin du service en nombre de lits (moins de lits en hospitalisation). Ce genre d'événements peut engendrer des décisions de basculement de lits libérés par certains services suite aux réorientations de leur projet médical sur d'autres services qui connaissent une augmentation de la demande et donc un besoin de lits supplémentaires.

> ***ADM_1 :*** *« Il peut y avoir aussi des changements et des réorientations de projets médicaux : par exemple on a des évolutions de traitement, je pense une nouvelle fois au traitement pour le lupus où on a vu qu'on pouvait passer d'un traitement IV* (Intraveineux) *à un traitement per os… C'est-à-dire qu'on le prend en médicament… Les premiers critères c'est le projet médical, ensuite le deuxième critère c'est de quelle capacité il dispose, en général on essaie de revoir justement la capacité en fonction du projet médical c'est-à-dire qu'il y a peut-être à un moment donné un service qui va avoir une augmentation de sa demande et du coup qui va avoir besoin de plus de place… Et donc de fait on peut réduire un peu les capacités de certains… On sait que par exemple on fait une bascule assez importante de l'hospitalisation traditionnelle vers de l'ambulatoire, on a réduit la voilure sur certains services, augmenter sur d'autres et ainsi de suite… »*

La deuxième hypothèse vise à prendre en compte dans l'établissement des projections d'activité l'impact de l'annulation par la Sécurité sociale de certaines activités de séjour réalisées en hospitalisation de jour. En effet, la Sécurité sociale opère des contrôles pour vérifier la régularité des prises en charge codées par les médecins comme des « hôpitaux de jour ». Il n'est pas inutile de préciser que la Sécurité sociale exige, dans le cadre de la « circulaire frontière »[82], qu'un certain nombre d'examens doivent être réalisés pour que le

[82] La circulaire du 31 août 2006 (appelée circulaire frontière) apporte les précisions d'ordre technique sur les conditions de facturation d'un GHS lorsque le patient est hospitalisé moins d'une journée (hôpital de jour) ou lorsqu'il est pris en charge dans une unité d'hospitalisation de très courte durée (UHCD). Les prises en charge ne remplissant pas les conditions fixées par cette circulaire sont requalifiées en consultations. Cette requalification

séjour puisse être considéré comme un « hôpital de jour » (HDJ). Dans le cas contraire le séjour est requalifié en consultation. Cela est préjudiciable à l'hôpital car le tarif de remboursement d'un HDJ est beaucoup plus important qu'une consultation.

> ***ADM_1 :*** *« On regarde le bilan 2013, les différents faits marquants, là par exemple sur cette année-là en hospitalisation partielle[83] en diabétologie on avait eu un contrôle de la Sécurité sociale qui avait annulé tous nos séjours en HDJ pour des pieds diabétiques. Ça ne s'invente pas, on ne peut pas le prévoir, je vous assure que si vous perdez quasiment 500 séjours ça fait drôle, donc du coup typiquement quand on a préparé cette conférence budgétaire, on n'est pas reparti en 2014 en disant « on refait des pieds diabétiques ». Donc, ça fait partie des éléments de discussion… »*

Le troisième facteur pris en compte dans l'établissement des projections d'activité porte sur l'impact des fermetures de lits liées à la détection de bactéries multirésistantes et émergentes. Ces fermetures engendrent une baisse d'activité suite au blocage des admissions de patients. Ainsi, pour l'exercice suivant, la prévision d'activité est révisée à la hausse par rapport au réalisé de l'année précédente.

> ***ADM_1 :*** *« Des BMRE, ce sont des bactéries multirésistantes et émergentes, ça fait partie des choses qu'il faut pouvoir et identifier, ça fait partie des faits marquants dans l'année. Ce sont des moments où forcément il y a moins de patients puisqu'on bloque les admissions. Pour prévenir la diffusion des infections et tout ça… »*

La quatrième hypothèse prise en compte pour l'établissement des prévisions d'activité et de recettes concerne l'effet tarifaire et l'évolution de l'ONDAM[84]. L'évolution de ces deux éléments influence fortement le niveau attendu des recettes. L'administration met l'accent sur la nécessité d'anticiper une baisse des tarifs de remboursement et une évolution de l'ONDAM qui constitue l'enveloppe de base pour le financement des hôpitaux. L'ONDAM est le budget de soins voté par le parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale.

---

réduit de fait les recettes attendues par l'hôpital car le tarif de remboursement d'une consultation est inférieur à celui d'un hôpital de jour (HDJ).

[83] Hospitalisation partielle ou Hôpital de jour (HDJ) est la prise en charge sur une journée. Le patient ne passe pas la nuit à l'hôpital.

[84] L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale fixe l'enveloppe de financement prévue pour les hôpitaux mais également tous les autres secteurs de soins comme les soins de ville, les établissements et services médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées).

L'évolution des tarifs de remboursement de l'activité peut influencer les recettes à la hausse ou à la baisse en fonction du type d'activité impacté et sa proportion dans la production globale de l'hôpital.

> ***ADM_1 :*** *« On a l'effet tarifaire de la V11* (la version 11 de la classification des actes en T2A) *qui nous fait perdre un million d'euros. On arrivait sur l'hospitalisation complète à une activité presque plus qu'à l'équilibre pour plus 45 millions mais n'empêche que voilà, il fallait pouvoir expliquer pourquoi est-ce qu'on est arrivé à ça… »*

Comme indiqué précédemment, les conférences budgétaires ont lieu quatre mois avant la publication des tarifs de l'exercice. L'administration fait le choix d'anticiper une baisse des tarifs pour la construction du budget. Ce décalage rend compliquées les prévisions d'activité.

> ***ADM_3 :*** *« Le mécanisme est simple puisqu'en fait ce qui est gênant c'est que l'on connaît l'effet tarifaire en mars quand on fait nos budgets quatre mois avant. On part à base constante et on essaie donc d'anticiper la baisse… »*

Les prévisions de recettes sont également impactées par le niveau de l'ONDAM. Cet impact est indirect car une évolution de l'ONDAM se répercute sur les tarifs impactant les recettes de l'hôpital comme explicité plus haut. Comme présenté au premier chapitre, l'ONDAM est voté chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Il est décomposé en six sous-objectifs dont un est dédié au financement des établissements de santé tarifés à l'activité. Elles regroupent les dépenses relatives aux activités de « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) » des établissements de santé publics et privés faisant l'objet d'une tarification au séjour. Ce groupe comprend les tarifs des séjours (T2A au sens strict), les forfaits annuels, médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des séjours. Il comprend également les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

En prévision de l'évolution à la baisse de l'ONDAM pouvant impacter les tarifs et donc ses recettes, l'hôpital anticipe cette baisse en prévoyant des mesures d'économies.

> ***ADM_3 :*** *« Je dirais que cette année maintenant la ministre a annoncé l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie), donc on voit bien que ça n'augmente pas ça ne fait que diminuer donc très clairement on essaie d'anticiper et*

on prévoit très clairement, moins souvent, le siège me demandait de faire, je ne sais pas… 5-6 millions d'économies, très clairement j'en prévoyais 15 voire 20 par année parce qu'il y avait plein de choses qui pouvaient être faites facilement, d'autres étaient des projets d'ouverture de lits… »

La cinquième hypothèse concerne la prise en compte de l'évolution du case-mix[85] de l'hôpital c'est-à-dire la nature des prises en charge et leur représentativité dans la production globale de l'hôpital. Comme explicité précédemment, l'évolution des tarifs impacte les recettes de l'hôpital en fonction du type d'activité produite. Le case-mix représente la nature des activités produite à l'hôpital (séjours) et la proportion de chaque type d'activité dans la production globale.

ADM_1 : *« On avait l'évolution du case-mix, donc là c'est typiquement du projet médical. C'est-à-dire qu'il y a ça, il y a la modification du case-mix, c'est un changement des patients, soit des sévérités et ainsi de suite et ensuite on a la durée moyenne de séjour… »*

3.2.2.2. Prévisions du niveau d'activité par le personnel médical

Au moment de la conférence budgétaire, il y a tout un travail de prévision de l'activité des services du pôle. L'objectif est d'établir un plan d'action en termes d'activité qui se traduit, du point de vue des médecins, en un projet budgétaire. Pour le personnel médical, ce plan d'action est fondé sur une prévision d'augmentation raisonnable de l'activité et ses conséquences financières.

Les prévisions sont fondées sur la spécificité et la nature de l'activité de chaque service du pôle, sur les thématiques en développement et les changements d'activité liés au projet médical et sur les prévisions de travaux (dans le service) occasionnant des fermetures de lits et impactant la prévision du volume d'activité.

MED_CDP_NE : *« On a des conférences budgétaires annuelles, où, en fonction de l'activité des différents services, des travaux, des thématiques en développement, on*

[85] Case-mix est le « tableau coût case-mix (TCCM) » permet de comparer les données de coûts et d'activité d'un établissement avec les données de la base de l'Étude Nationale de Coûts (ENC). L'objectif est de comparer les dépenses directes et indirectes d'un établissement aux dépenses d'un établissement fictif disposant du même case-mix (ensemble des séjours réalisés à l'hôpital).

essaie de voir quelle est l'augmentation raisonnable d'activité ou les changements d'activité qu'on peut prévoir ainsi que leurs conséquences financières. Et donc à partir de là, on fait un plan d'action en termes d'activité qui va se traduire en un projet budgétaire… »

Pour chaque service du pôle, sont discutées par exemple les ouvertures et les fermetures de lits qui peuvent impacter l'activité dans un sens comme dans l'autre. Les conférences budgétaires sont également l'occasion pour vérifier que les demandes d'amélioration demandées par le pôle sont raisonnables budgétairement.

MED_CDP_NE : *« Chaque service, on essaie de voir quelles sont… Je ne sais pas, si on ouvre des lits, si on ferme des lits… Par rapport à des demandes comme des améliorations qu'on peut faire, comment prévoir l'année à venir, vérifier qu'elles rentrent dans un cadre budgétaire qui est raisonnable, et puis l'appliquer. »*

La prévision d'activité par le personnel médical est guidée par un certain nombre de facteurs. Ainsi, pour certains services, leur positionnement comme centres de référence sur les pathologies prises en charge fait qu'ils reçoivent des patients lourds qui ne peuvent pas être traités en ambulatoire et qui nécessitent une hospitalisation. Le vieillissement de la population qui fait que les patients pris en charge sont de plus en plus lourds (en termes de prise en charge) et de plus en plus exigeants. S'ajoute à tous ses facteurs, l'évolution des modalités de prise en charge quand la maladie est très évoluée. Tous ses facteurs justifient, du point de vue du personnel médical, la nécessité de préserver une capacité d'hospitalisation traditionnelle pour certains services et limiter le basculement des prises en charges dans le secteur ambulatoire.

MED_CDP_NE : *« On est un centre de référence et de recours, on nous envoie des patients lourds où le virage ambulatoire n'a pas sa… Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas énormément de patients qu'on peut traiter dans des conditions ambulatoires avec des points d'accueil extérieurs, des partenariats, etc.… Malheureusement notre population vieillit, nos patients sont de plus en plus lourds, et à juste titre, de plus en plus exigeants, il y a des nouvelles modalités même de prise en charge quand la maladie est très évoluée, et là il faut garder une bonne capacité d'hospitalisation*

conventionnelle[86], et là moi, personnellement, je ne céderai pas là-dessus… Donc on va augmenter beaucoup notre activité extérieure en projection. »

La prise en compte de ses facteurs est déconnectée de l'établissement de la prévision du niveau d'activité par les médecins si on juge de la description faite de la manière dont un médecin définit une cible d'activité médicale dans le cadre de la préparation des négociations avec la direction. En effet, la prévision d'activité est réalisée à travers un tableau « Excel » fourni par le cadre administratif du pôle. Selon la description donnée, ce tableau permet au médecin de réaliser des simulations de niveau d'activité et un rapprochement avec le niveau des recettes attendues.

MED_CDP_CM : *« Alors c'était très drôle, j'étais chez moi. Le cadre administratif m'avait donné son tableau Excel qui était incroyable, si je faisais monter le chiffre de séjours, je voyais monter le chiffre des recettes, je voyais les dollars qui tournaient comme au casino. J'étais chez moi je me rappelle j'ai montré ça à mon compagnon j'ai dit « regarde là si je fais 20 séjours de plus, ça monte en recettes ». Tiens ce serait génial si on arrivait à faire ça, car je trouvais que le chiffre de recettes… Il montait à un million. »*

Si la description ci-dessus montre que la participation des médecins à la fixation des objectifs reste très limitée car, d'une part, elle ne se fonde sur aucun élément objectif et, d'autre part, car les projections d'activité sont monopolisées par les administratifs comme nous l'avons présenté précédemment. De surcroît, les déclarations d'autres médecins confirment que la décision finale et la fixation des objectifs sont monopolisées par l'administration.

MED_CDS_EMR : *« La grande discussion l'année dernière, c'était comme on n'avait pas atteint la cible, on avait discuté pour mettre une cible plus basse qu'on a atteinte, enfin nous en tout cas on l'a atteinte… La question par exemple… Nous, on ne nous a pas recontactés pour décider de la cible de 2016… Mais je ne sais pas, moi, je n'ai pas d'info là-dessus… J'ai jamais eu de retour sur une cible de 2016… Est-ce que – petit 1 – c'est la même que 2015… D'ailleurs moi j'ai dû partir moi de la réunion de pôle, peut-être que ça a été discuté mais faudrait demander… Je ne sais pas si la cible de 2016 a été établie par le responsable du pôle et avec quelqu'un. »*

[86] L'hospitalisation conventionnelle désigne l'hospitalisation complète qui correspond à des lits d'hospitalisation ouverts tous les jours de la semaine.

MED_CDS_CC : *« Je pense que l'administration en fixe… Logique ou pas logique, je m'en moque, vraiment complètement. C'est-à-dire que l'administration fixe les objectifs qu'elle veut, moi mon objectif c'est de travailler, de faire travailler l'outil qu'on m'offre pour ça, au maximum de ses possibilités… »*

MED_CDS_EM : *« Ce sont des trucs qui sont faits à la va-vite, on nous dit on augmente de 2 %. Non, non, il n'y a pas vraiment de discussion là-dessus. Je dis : c'est un chiffre dans un tableau et on verra bien ce qu'on fait… »*

MED_PH_EMD : *« Je n'en sais rien comment ils sont fixés… Quand le matin on vous raconte qu'en chirurgie il faut qu'on opère 400 patients mais je dis : qui a dit que c'était 400 patients ? Je ne sais pas, il y a eu une réunion avec les directeurs je n'en sais rien et depuis on nous ravage qu'on n'atteint pas les 400 patients. Oui, je sais qu'on ne les atteint pas les 400 patients. Ni cette année, ni l'an prochain Matériellement ce n'est pas possible donc je ne sais pas qui les fixe… »*

3.2.2.3. Construction du budget de formation et de matériel par le personnel encadrant du personnel soignant

La contribution du personnel encadrant du personnel soignant à la construction budgétaire concerne le plan de formation et toutes les demandes logistiques en termes d'achat et de réparations de matériel et de travaux également.

- *Gérer la formation*

L'élaboration du budget de formation est réalisée par la cadre référente pour les actions de formations pour tout le personnel du pôle. En effet, le pôle a mis en place une gestion centralisée confiée à une cadre pour les actions de formation mais aussi pour la gestion de la logistique pour tous les services du pôle.

L'élaboration du budget de formation commence par le recueil et la compilation des demandes de formation formulées par les cadres de tous les services du pôle aboutissant à l'établissement d'un projet de formation pour le pôle, ensuite la discussion du plan avec les cadres avant de l'arbitrer et de l'envoyer à la direction.

Le recueil des besoins de formation est fondé sur les demandes formulées dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation du personnel.

> ***EPS_CS_RM :*** *« On recueille aussi les besoins du personnel par rapport aux cours médicaux qu'ils souhaiteraient faire… Alors c'était le recueil, à l'issue des entretiens annuels d'évaluation, le recueil sur l'ensemble des services, des besoins de formation… »*

Après le recueil des besoins, la cadre référente consolide toutes les demandes de formations pour les soumettre à l'arbitrage de l'encadrement supérieur. L'objectif de la compilation de toutes les demandes de formation exprimées est d'établir un document unique pour tout le pôle sur la base des tableaux des demandes envoyés par la direction aux cadres supérieurs des services du pôle. La cadre référente est donc chargée de la construction du plan de formation pour le pôle dans son ensemble à travers la consolidation des plans de formation de tous les services du pôle. Cette consolidation permet d'avoir une vision globale du projet du pôle en matière de formation en fonction de l'offre de soins du pôle afin de mieux orienter les actions de formation.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Les cadres supérieurs recevaient un tableau de l'institution avec une dead-line, et moi ensuite, j'étais chargée de compiler l'ensemble de ces documents, pour en faire un document unique en quelque sorte… La constitution du plan de formation de l'ensemble du pôle, c'est-à-dire compiler tous les plans de formation pour en faire un plan de formation… Et ce qui nous permettait à nous de faire un projet de pôle, et de fait, de savoir quelles étaient...en fonction de l'offre du pôle, de savoir un peu dans quel sens nous allions orienter un peu l'ensemble des formations du pôle… »*

L'établissement du plan de formation par compilation de toutes les demandes est suivi par l'arbitrage du plan avec tous les cadres supérieurs du pôle. La discussion du plan de formation est réalisée avec un support vidéo pour faire une projection des différents documents qui seront le support pour l'arbitrage.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« C'est une réunion dans les pôles avec tous les cadres supérieurs, donc c'est une projection vidéo… On disait par service : on a retenu ceci, cela, on a éliminé ceci, cela. Chacun argumentait, à la fin on arrivait à un consensus… »*

Cet arbitrage est une étape préalable à l'envoi du document unique et final à la direction. L'objectif de l'arbitrage est de répartir de manière équitable les demandes de formation entre les services et le personnel, et de les valider avec les cadres supérieurs des services. L'arbitrage est fondé sur un critère de priorisation en fonction, notamment, des formations qui ont déjà été suivies par le personnel.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Ça se faisait quand même l'arbitrage avec l'ensemble de l'encadrement supérieur du pôle… Une fois que le plan de formation était compilé, on recevait les cadres et avant de l'envoyer à la direction, de dire : on priorise ceci, cela, dans tel service, une telle a eu un DU, une telle a fait ci, telle infirmière a fait ça.... On essayait de répartir équitablement et que ce soit validé par l'ensemble et qu'on soit bien tous d'accord… L'encadrement supérieur… »*

La priorisation des demandes de formation dans le cadre de l'arbitrage du plan de formation est fondée sur la politique envisagée par le pôle en matière de formation. Il s'agit par exemple de prioriser les formations en fonction des besoins du pôle et de son activité.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Savoir quelles étaient les formations payantes que nous allions demander par exemple, ce qui revient beaucoup de manière récurrente, par exemple, des choses autour des troubles musculo-squelettiques parce que c'est un pôle où il y a beaucoup d'activités de brancardage etc.…, ça nous permet de nous dire : sur le pôle, par exemple, on va axer sur cette formation et on va déléguer une partie de notre enveloppe à la formation des agents sur cette problématique… »*

La priorisation des demandes prend également en compte le type de formation (DU, Master…) et la possibilité de ne pas retenir certaines demandes du fait que la formation peut être dispensée par les infirmiers (qui ont déjà suivi la formation) aux aides-soignants. La démarche de priorisation oblige les cadres supérieurs des services à justifier leurs demandes de formation.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Savoir qui ont les gens qui vont demander des DU, des Masters, quelle est la justification à ça, pour quel projet… Et prioriser… On travaille aussi en ce moment avec les infirmiers pour qu'ils fassent des cours pour les aides-soignants… »*

- *Gérer le matériel*

À l'instar de la formation, le pôle a mis en place une gestion centralisée du domaine logistique. Une référente logistique centralise tout l'approvisionnement des services. Les cadres des services travaillent avec la référente logistique sur leurs besoins en matière logistique notamment le matériel, les réparations (travaux). Ces besoins sont centralisés par la référente logistique dans le cadre de l'élaboration du budget du pôle.

> ***EPS_CS_CM :*** *« Tout ce qui est logistique, le matériel, des réparations… Des demandes par rapport au budget, les besoins, les réparations, donc tout ce qui concerne la logistique… »*

3.2.3. Phase3 : négociation du prébudget

La troisième phase est celle de la négociation du prébudget avec la hiérarchie.
Dans cette phase d'ajustement et de négociation, le contrôle de gestion joue souvent un rôle de proposition : sa compétence spécifique appuyée sur sa connaissance large des activités, les données qu'il a pu réunir au long de l'année, les études de rentabilité qu'il a faites lui permettent en effet de suggérer des solutions susceptibles d'améliorer les objectifs pour obtenir une meilleure convergence avec les buts des dirigeants et préserver le long terme.
Obliger un responsable à réduire ses coûts de 5 % doit logiquement conduire à :

- Identifier avec lui les zones où des gains de productivité sont possibles et dire comment s'y prendre pour y parvenir,
- Et admettre, sinon, que la réduction des moyens impliquera la réduction du niveau de réalisation de certaines missions.

La négociation du prébudget porte sur deux sujets : l'enveloppe de personnel négociée avec la direction des ressources humaines et les discussions entre l'exécutif du pôle (chef du pôle, cadre paramédicale du pôle et le cadre administratif du pôle) et l'administration portant sur les objectifs d'activité fixés.

3.2.3.1. Négociation de l'enveloppe du personnel avec la DRH

La conférence budgétaire est toujours précédée par une « préconférence » qui réunit l'exécutif du pôle et la direction des ressources humaines. Lors de cette « préconférence », l'exécutif du pôle annonce les futurs projets du pôle et les présentes à la direction des ressources humaines.

EPS_CPP : *« Alors tu as tes préconférences budgétaires où déjà tu annonces un petit peu tes futurs projets… »*

L'objectif de la tenue de « la préconférence budgétaire » avec la direction des ressources humaines est la négociation de l'enveloppe du personnel qui sera allouée au pôle et acté au moment de la conférence budgétaire. La négociation de l'enveloppe de personnel en amont de la conférence budgétaire est motivée par la présence d'un nombre d'acteurs du pôle telle qu'il devient difficile de négocier cette enveloppe. La conférence budgétaire est ouverte à tous les médecins du pôle (chef de service et d'autres médecins), aux cadres et non seulement la cadre paramédicale du pôle. En revanche, la « préconférence budgétaire » est limitée à l'exécutif du pôle (chef du pôle, cadre paramédicale du pôle et le cadre administratif du pôle). Donc la discussion de l'enveloppe de personnel en conférence budgétaire peut même engendrer des conflits. De surcroît, il faut éviter, pour la cadre paramédicale du pôle, de présenter en conférence budgétaire ce qui n'a pas été validé par la DRH en amont.

EPS_CPP : *« Les préconférences, je les fais avec la RH… Je les fais uniquement avec la RH, ça, ce sont les préconférences budgétaires et, en général, tout se… Enfin… Tout se demande et tout se négocie en préconférence budgétaire parce que les conférences budgétaires il y a tellement de monde que tu ne peux pas négocier. Tu ne peux pas. C'est très compliqué et ça peut engendrer même, voire, des conflits. Parce que si tu présentes quelque chose où ton RH n'est pas informé avant, ça fait désordre, je trouve. »*

Si la négociation de l'enveloppe de personnel est réalisée en amont de la conférence budgétaire lors de la réunion avec la DRH, la négociation d'une enveloppe d'heures supplémentaire en contrepartie d'un effort pour la réduction du recours à l'intérim est réalisée en conférence budgétaire. La cadre paramédicale du pôle justifie cette demande par le nombre de congés « bonifiés » et de congés « maternité » qu'elle doit gérer.

EPS_CPP : *« J'annonce la couleur aux conférences budgétaires en disant : je suis prête à dire que je vais faire tant d'effort avec ce que j'ai mis en place sur l'intérim, par contre sur les heures supplémentaires, c'est impossible, parce que je sais très bien que j'ai encore tant de congés maternité, je sais très bien que j'ai signé X congés bonifiés. Tu vois, je l'annonce aux conférences budgétaires : vous me laissez telle somme pour les heures supplémentaires… »*

3.2.3.2. Négociation des objectifs fixés entre le pôle et l'administration

La discussion autour des objectifs d'activité se fait en deux temps lors de la conférence budgétaire. Dans un premier temps, le pôle présente sa version des objectifs d'activité. Ensuite, l'administration peut valider ou ne pas valider la proposition du pôle. La décision de l'administration est fondée sur les indicateurs de suivi de l'activité (TOC, IP, DMS). Pour l'administration, il n'est pas possible de valider un niveau prévisionnel d'activité inférieur au niveau réalisé l'année précédente sauf en cas de travaux programmés qui vont engendrer des fermetures de lits impactant ainsi le niveau d'activité.

> ***ADM_2 :*** *« Généralement on laisse le pôle présenter. On est dans un système où on demande généralement au pôle qui va présenter ses éléments d'activité. À partir de nos indicateurs on va dire si on valide ou pas. La première logique, c'est de dire : hors de question qu'on fasse moins que l'année précédente, sauf travaux etc. Après, je laisse le DAF, j'ai un potentiel par exemple de 500 séjours, parce qu'ils ont un taux de 78 %, un IP etc., À partir de là on va entamer le dialogue. »*

Dans un deuxième temps, l'administration présente le potentiel d'activité du pôle. Le potentiel d'activité du pôle est estimé par le contrôle de gestion de sur le fondement des indicateurs comme le TOC (Taux d'Occupation Corrigé des lits) et l'IP (Index de Performance) et le schéma directeur de l'hôpital matérialisé par une feuille de route. À l'issue des négociations entre le pôle et l'administration un contrat sur l'activité est acté.

> ***ADM_2 :*** *« On va faire un état des lieux, on connaît déjà notre feuille de route sur les aspects budgétaires, c'est déjà ciblé sur des points. Par exemple, j'avais déterminé le potentiel que peut avoir un pôle. C'est-à-dire j'indique si votre IP n'est pas bon, si vous avez un bon IP ou que le taux d'occupation n'est pas bon, on va dire : voilà vous êtes en capacité de faire tant de séjours supplémentaires. On va en discuter et c'est comme ça que l'on va passer un contrat sur de l'activité. »*

Néanmoins, le pôle présente les arguments justifiant sa prévision d'activité comme le changement du corps médical. Dans ce cas, l'administration peut accepter un objectif d'activité situé au niveau de la fourchette basse du potentiel d'activité déterminé par le contrôleur de gestion de l'hôpital. Cet accord est assorti d'un suivi mensuel de l'évolution de l'activité et des recettes avec une présentation en conseil exécutif.

> ***ADM_2 :*** *« Soit on peut aller sur l'argumentaire du pôle qui dirait : effectivement j'ai un changement du corps médical, alors on dit : ok on est d'accord là-dessus, mais on prend la fourchette basse. Après on suit au mois le mois ses évolutions d'activité et on les présente en conseil exécutif tous les mois. Tous les mois je présente l'activité et les recettes. »*

Du point de vue de l'administration, la fixation des objectifs d'activité s'inscrit dans un dialogue et échange avec les médecins. Ce dialogue n'est uniquement dans un sens ascendant (administration vers les médecins) mais également ascendant (médecins vers l'administration). À titre d'exemple, le business plan d'un projet est révisé chaque fois que le projet médical établi par les médecins évolue. Une prévision d'activité dans le cadre d'un business plan ne se résume pas à une estimation de recettes par la pondération du nombre de séjour par une recette moyenne. Elle est la résultante d'une analyse des GHM concernés par le projet médical et une estimation de la demande de soins liés à ce GHM par les médecins.

> ***ADM_1 :*** *« Je ne suis pas sûr que ce soit vraiment que dans ce sens-là. Je ne suis pas sûr que ce ne soit que la direction générale, ce n'est pas que descendant, il y a aussi un moment où c'est ascendant. C'est-à-dire qu'on a pu observer sur notamment… Il y a eu le budget prévisionnel de IE3M* (un bâtiment de l'hôpital regroupant plusieurs services du pôle étudié)*, il y avait une première version du business plan, il y en a eu une deuxième, puis une troisième. En fait à chaque fois qu'on avait une évolution du projet médical, on refaisait un business plan. Et in fine, on s'est aperçu que si on prend juste par exemple le business plan en se disant : il y a tant de lits, il y a une recette moyenne par séjour de tant, et on ne va pas plus loin, au final on arrive à une recette globale qui est d'un montant « X » et en l'occurrence, si on prend le temps de revoir justement les GHM concernés par le projet médical en se disant : tiens ce type de GHM on va en faire plus parce qu'en consultation on va… Les médecins s'aperçoivent qu'il y aurait plus de patients qui demanderaient tel type de soin, et ben on va augmenter ce type de séjour sur ce type de GHM. Là en l'occurrence on est arrivé à une augmentation de la recette moyenne parce qu'il y avait des séjours avec des sévérités supérieures à celles qu'on avait imaginées… »*

Mais le dialogue de gestion avec les médecins pour la fixation des objectifs d'activité peut se heurter à des réticences de la part des médecins d'augmenter leur niveau d'activité.

L'administration justifie cette réticence par un problème de partage du diagnostic sur la situation du service concerné. Autrement dit, le diagnostic des résultats du service peut révéler une capacité pour produire davantage d'activité (TOC bas, DMS longue..).

> ***ADM_1 :*** *« Donc ça veut dire que si déjà on lui demande 10 % d'augmentation d'activité c'est qu'il n'est pas d'accord sur le diagnostic de la situation… Donc déjà là, il y a un souci. Alors avant d'aller plus loin, avant de demander 10 %, je reviendrais sur le diagnostic en disant : pourquoi est-ce qu'il n'est pas d'accord, et s'il n'est pas d'accord, c'est parce qu'il ne partage pas le diagnostic… »*

La négociation budgétaire entre le pôle et la direction obéit dans certains cas à des règles fixées par la direction. Du point de vue d'un médecin biologiste, ces règles ont évolué depuis quelques années. Cette règle consistait auparavant à financer les mesures nouvelles proposées par un hôpital dans la mesure où elles permettent de générer des recettes.

> ***MED_CDP_BM :*** *« Quand j'ai pris la chefferie de pôle, c'est-à-dire dans les années 2012-2013, les choses étaient assez positives dans la mesure où on nous disait : vous faites votre business plan, vous calculez combien ces mesures nouvelles vont rapporter à l'hôpital et nous, on mettra les moyens en regard… »*

La règle a changé de logique dans le sens où les mesures nouvelles ne sont plus financées par des moyens supplémentaires. La direction demande au pôle de réaliser ces mesures nouvelles à moyens constants. Cette démarche ou cette logique permet à l'hôpital d'augmenter la marge réalisée sur les activités produites du fait de l'augmentation du niveau d'activité mais pas celles des dépenses du moins de manière proportionnelle.

> ***MED_CDP_BM :*** *« Depuis deux ans les choses ont changé, c'est-à-dire que vous posez des mesures nouvelles, on vous dit : ok, c'est très bien mais vous les faites à moyens constants. C'est évidemment quelque chose qui n'est pas concevable c'est-à-dire que, alors je veux bien que l'on nous dise cela à cause de la crise économique, ok ça c'est possible, mais si c'est par mesure d'efficience indépendamment de la crise économique, c'est une mesure d'efficience imbécile qui coupe totalement la capacité d'innover et de développer des actes. Donc cette incapacité, là, depuis un an, à*

financer les mesures nouvelles va faire qu'il n'y aura plus de mesures nouvelles et que l'hôpital va complètement stagne… »

3.2.4. Phase4 : confection des budgets des services

La quatrième phase est celle de la confection des budgets des centres de responsabilité. Dans les réponses du directeur financier de l'hôpital, nous avons identifié une activité qui consiste à envoyer les budgets par service tous les mois aux chefs de service. Cette activité témoigne bien du fait que les budgets des services sont confectionnés à l'issue des conférences budgétaires. De surcroît, les tableaux envoyés font état des dépenses et des recettes constatées permettant d'analyser les écarts avec la prévision ce qui prouve qu'il existe une prévision inscrite dans un budget prévisionnel.

Les documents du suivi budgétaire communiqués mensuellement aux services par la DAF (Direction Administrative et Financière) portent sur les dépenses et les recettes constatées au regard du budget prévu. L'objectif étant de collaborer avec tous les services de l'hôpital, qu'ils soient administratifs (la direction de la logistique, de l'informatique…), cliniques (services médicaux d'hospitalisation) ou médicotechniques (imagerie, radiologie, laboratoires…), pour analyser les écarts constatés, sur les dépenses et sur les recettes, par rapport aux prévisions.

ADM_4 : *« Tous les mois, on envoie, nous, ce qu'on appelle les budgets de service, ce sont les dépenses constatées, non retraitées, les dépenses constatées aux pôles et aux services. »*

ADM_4 : *« C'est, au moins au niveau de la direction des finances, rendre compte de l'état des recettes et des dépenses, et au mieux, en lien avec la direction et les services concernés, que ce soit les directions ou les services cliniques ou médicotechniques, c'est de piloter réellement en cas d'écart à la prévision. Les dépenses, ce sont des écarts en plus, les recettes des écarts en moins. Ça, c'est le gros du sujet. Et autour de ça, par nature, les dépenses et les recettes alimentent aussi des sujets en soi. »*

3.2.5. Phase5 : validation du budget par le CEL

La cinquième phase est celle de la dernière négociation et de l'approbation du budget par le conseil d'administration. Cette phase regroupe les pratiques d'information réalisées par le personnel administratif et destinées aux membres du CEL (Comité Exécutif Local[87] réunissant la direction générale et les chefs de pôle), le président de la CME (Commission Médicale d'Établissement) et le doyen.

Le Conseil Exécutif Local de l'hôpital est l'organe délibérant sur les projets qui lui sont présentés. En amont de la soumission des projets au CEL, la direction de l'hôpital travaille avec le doyen de l'université (l'hôpital est un CHU) et le président de la CME pour préparer les dossiers qui passent en CEL pour décision.

> ***ADM_2 :*** *« C'est le conseil exécutif local qui décide. Tu fais en sorte d'orienter, tous les dossiers sont travaillés avant tous les mercredis. On a une réunion les mercredis avec le doyen, avec le président de la CME »*

> ***ADM_3 :*** *« Avec le président de la CME, on fait le point sur tous les sujets médicaux et non médicaux de l'établissement… »*

La présentation des dossiers (projets) du CEL est faite de manière conjointe avec l'équipe médicale. Elle comprend la présentation des business plans des projets avec tous les éléments permettant de juger de l'efficience des projets. Ces projets s'intègrent dans un cadre budgétaire global présenté sous forme d'une feuille de route pour l'hôpital.

> ***ADM_2 :*** *« On va présenter, avec l'équipe médicale, tous les projets, avec un business plan pour chacun d'eux, et une feuille de route avec l'ensemble des efficiences… Je vais travailler un mois et demi pour présenter une feuille de route type au conseil exécutif. »*

Le passage en CEL est une étape préalable avant la validation du siège de l'APHP. Ainsi, la présentation des projets et de manière générale de la feuille de route en CEL est l'occasion

[87] La loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) substitue au conseil exécutif un « directoire » dont la composition et les attributions sont réduites. Alors que le conseil exécutif était composé, au maximum de 12 membres (16 membres dans les CHU), le directoire voit sa composition uniformément fixée, par la loi, à 7 membres (9 membres dans les CHU). La loi ne prévoit plus l'exigence d'une composition paritaire du directoire. Cette loi renforce le pouvoir du directeur pour nommer et, le cas échéant révoquer, après information du conseil de surveillance, les autres membres du directoire, tout en exigeant que le directoire soit composé, en majorité, des représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

pour préparer la soumission de la feuille de route au siège. Cette feuille de route s'intègre dans la phase de programmation de l'hôpital telle qu'elle a été décrite précédemment.

> ***ADM_2 :*** *« Tu as le siège qui regarde toujours tous les sujets. C'est moi qui ai fait toute la feuille de route 2015-2019 : quels sont les projets… On a présenté la feuille de route c'est le travail qu'on a fait pour le conseil exécutif élargi avec l'ensemble des chefs de pôles. C'est dire que là on travaille sur un tendanciel… »*

Mais les interactions avec le CEL ne se limitent pas à l'approbation des projets et de la feuille de route de l'hôpital. Le CEL est informé par la direction des résultats réalisés par l'intermédiaire de la présentation des tableaux de bord, des comptes d'exploitation par pôle et des indicateurs d'activité et de recettes par le contrôleur de gestion de l'hôpital. Autrement dit, la direction présente au CEL les résultats obtenus dans le cadre de la feuille de route établie avec l'analyse des écarts. Par exemple, le contrôleur de gestion impute la réduction du déficit de l'hôpital, passé de 62 à 18 millions d'euros, au niveau réalisé en termes d'activité dans le cadre de la feuille de route.

La direction présente également au CEL les résultats des études sur des projets spécifiques comme le développement de l'activité ambulatoire et ses conséquences financières pour l'hôpital.

> ***ADM_2 :*** *« Le corps médical, c'est bien vécu parce qu'on partage tout. C'est-à-dire le conseil exécutif, on partage toujours les indicateurs. Je présente les comptes d'exploitation, je les présente dans 8 jours au conseil exécutif. À partir de là, on travaille toujours si tu veux en étroite collaboration avec eux… J'avais présenté les indicateurs et dis : là on perd du fric… J'avais présenté comment on se situait et dire qu'en ambulatoire on n'apparaissait pas bons. La Pitié n'apparaissait pas bonne. Comment on évoluait en ambulatoire par rapport aux autres… »*

> ***ADM_2 :*** *« Tu vois notre feuille de route, c'est pour montrer au corps médical et au conseil exécutif on est passé de 62 à 18, c'est énorme, on l'a présentée au directeur général de l'APHP. Montrer que derrière c'est lié à l'activité… À chaque fois on présente toujours les résultats, y compris l'activité, les recettes etc. »*

3.3. Les pratiques de pilotage de l'action

Les pratiques de pilotage de l'action identifiées dans le cadre du processus de contrôle de gestion sont réalisées par le personnel administratif et le personnel encadrant du personnel soignant.

3.3.1. Les pratiques de codage

Le codage est le fondement du financement de l'hôpital dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). C'est sur le fondement des codes associé aux prises en charge que l'hôpital est remboursé. Comme nous l'avons précisé au premier chapitre, chaque prise en charge donne lieu à un séjour qui est classé dans un GHM (Groupe Homogène de Malade). À chaque GHM est associé un GHS (tarifs de remboursement). Le classement d'un séjour dans un GHM dépend des codes saisis par les médecins. Ainsi, un codage incomplet ou qui n'est pas optimal peut aboutir au classement du séjour dans un GHM dont le GHS est inférieur à ce qu'il pouvait être si le codage était optimal.

3.3.1.1. Le personnel administratif

- *Optimiser le codage*

Face à l'enjeu que présente le codage en termes de financements et de recettes, l'administration veille à ce que le codage soit optimisé (coder tous les actes médicaux réalisés sur le patient). L'objectif recherché est l'amélioration du codage (la manière de coder), sans pour autant surcoder, afin d'améliorer le niveau des recettes. Cette démarche est guidée par le fait que l'évolution des tarifs occasionne une perte de recettes de l'hôpital à périmètre constant (même activité en typologie et en volume). Elle est aussi le résultat de l'existence de marges d'amélioration du codage qu'il faut exploiter. L'optimisation du codage reste une solution pour contrebalancer la perte occasionnée par l'évolution des tarifs.

> ***ADM_4 :*** *« Il faut savoir comment, concrètement, on rattrape ce qui représente cette année par exemple, quelque chose comme 2,5 millions d'euros de perte nette, parce que les tarifs ont changé, sans rien faire, alors que nos coûts, eux, n'ont pas bougé.*

Donc il faut être inventif. Alors on a un DIM[88] qui nous aide à gommer une partie de ces écarts parce que, là aussi, jusqu'à un certain point, on a encore des marges pour améliorer le codage, pas pour surcoder mais pour coder légitimement ce qui nous est dû. Donc là, l'expérience montre qu'on arrive, alors tous les ans, la marge se réduit, à continuer d'optimiser le codage. »

L'optimisation du codage passe par leur vérification par le DIM. Ce dernier, en lien avec le cadre administratif du pôle, analyse les codages afin de déceler l'impact de l'évolution des tarifs et celui lié à des codages insatisfaisants. Pour le premier cas, le DIM préconise une stratégie de codage pour s'adapter à la nouvelle version de codage et de tarification. Pour le deuxième cas, la correction des codages peut générer des recettes supplémentaires.

ADM_3 : *« Soit effectivement l'analyse est menée par le cadre administratif[89] et le DIM, très clairement on regarde s'ils ont des effets l'année dernière ou s'il y a des codages qui n'ont pas été très satisfaisants on pourrait gratter parce que ça a été mal codé et puis le DIM nous analyse à chaque fois la version il trouve parfois des astuces de codage une année il avait dit : on va faire comme ça : non cette année il vaut mieux faire comme ça… On a exactement le même patient en face mais il décrypte vraiment dans le détail tous les éléments nouveaux… »*

Le directeur de l'information médicale est en charge du contrôle du codage réalisé par le personnel soignant. Il produit les tableaux de bord à destination notamment du personnel médical.

ADM_5 : *« Je fais aussi du codage, je fais aussi du contrôle du codage, je fais ce travail-là, ensuite en tant que responsable du DIM, j'ai un temps de courriel important, je produis des tableaux de bord, je réponds à des questions sur les activités diverses et variées… »*

[88] La Direction de l'Information Médicale (DIM) est chargée de la mise en œuvre des traitements automatisés des données médicales nominatives. Elle assure donc le recueil et l'agrégation des données médicales, dans un cadre strictement formalisé et dans le respect rigoureux des droits des patients. Les informations collectées et traitées par la DIM permettent d déterminer la partie des financements des établissements liée à l'activité (soit la plus grande partie des ressources de l'hôpital depuis 2008). 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.

[89] L'ordonnance du 2 mai 2005 instaure l'organisation des établissements de santé en pôles d'activité. La gestion du pôle est confiée à un trio composé du médecin chef de pôle, un cadre paramédical (cadre supérieur de santé) et un cadre administratif représentant la direction dans le but d'associer les responsabilités.

Aider et informer les médecins sur la manière de coder

Le travail réalisé par le DIM est renforcé et accompagné par une politique d'information à destination des médecins pour les sensibiliser à la manière de coder afin d'optimiser les recettes.

> ***ADM_3 :*** *« Pour les aider on regarde ça, qu'on décrypte tout ça pour eux, on leur dit le plus simple c'est de mettre ça et ça donc soit effectivement on considère que le codage est parfait mais c'est quand même très rare que le codage soit parfait sur tous les services d'un pôle… »*

Le directeur de l'information médicale (DIM) informe les pôles et les services de leur niveau d'activité, de recettes et sur l'exhaustivité de leur codage[90].

> ***ADM_5 :*** *« en tant que DIM je leur envoie des tableaux de bord, moi j'ai trois tableaux de bord mensuels… J'ai un tableau de bord en début de mois pour leur dire quelle est l'évolution de l'activité du mois »*

Le directeur de l'information médicale nous a fourni le tableau comportant les informations communiquées aux pôles et aux services. Les informations portent sur le volume de recettes générées par l'activité de chaque service de chacun des pôles de l'hôpital. Il présente les recettes générées par l'activité d'hospitalisation complète et l'activité d'hospitalisation partielle (hôpital de jour). Les chiffres portent sur deux années consécutives (2014-2015) et présentent le réalisé et l'évolution du niveau d'activité et des recettes[91].

Comme nous l'avons présenté plus haut, l'exhaustivité du codage est une condition sine qua none pour que le séjour soit remboursé par la Sécurité sociale. Un défaut de codage fait que le DIM ne peut pas l'intégrer dans les données transférées à la Sécurité sociale. Le DIM, informe les médecins des défauts de codage qu'il a constatés en les incitants à coder tous les actes. Cette information est d'autant plus importante que le codage des actes liés à un séjour peut concerner plusieurs médecins, dans des services différents car le patient a été pris en

[90] L'exhaustivité du codage signifie que tous les actes réalisés au sein du service doivent être codés (saisis) dans le logiciel prévu à cet effet. Ce codage exhaustif permet d'estimer les recettes attendues et surtout le transfert à la sécurité sociale pour remboursement. Si un médecin ne code pas un acte ou un Dispositif Médical Implantable (DMI), le codage est réputé non exhaustif et donc intransférable à la sécurité sociale.

[91] Pour des raisons de confidentialité des données figurant dans le tableau, nous ne l'annexons pas à cette thèse. En revanche, il est mis à disposition des membres du jury au même titre que les supports de présentation qui nous ont été fournis par le cadre administratif de pôle et les tableaux de suivi des stocks mis à notre disposition par une cadre de soins.

charge de manière continue dans plusieurs services lors de son hospitalisation à l'hôpital. Ainsi, s'il manque un codage par un médecin, le séjour est réputé non exhaustif.

> ***ADM_5 :*** *« Ensuite vers le 10, c'est pareil le 11 le 12 ou le 10, je leur dis : voilà ou vous en êtes dans votre exhaustivité et voilà le défaut d'exhaustivité de valorisation. Parce que des fois l'exhaustivité, en leur disant on aimerait que les codes soient arrivés au 10 comme ça on a le temps de vérifier que tout est bien parce qu'il n'y a pas que votre code qui compte il y a aussi celui des copains et donc si on veut vérifier s'il y a une erreur et qu'il faut corriger. Et le dernier tableau c'est après la ligne rouge-là qui est la remontée aux conférences où je leur dis : voilà l'activité du mois précédent s'est arrêtée à temps vous avez été exhaustif ou pas exhaustif il manque l'exhaustivité à coder ou pas. Ça, c'est le tableau de bord classique que j'envoie au pôle et ce sont les cadres administratifs des pôles qui le remettent aux sauces de leur chef de pôle. »*

La pratique opérationnelle du codage relève exclusivement des opérationnels à savoir le personnel médical et le personnel encadrant du personnel soignant.

3.3.1.2. Le personnel médical

- *Coder l'activité médicale réalisée*

Le codage des actes réalisés sur le patient est réalisé par le médecin du service ayant pris en charge le patient. Le codage est validé ensuite en réunion de service par les médecins présents.

> ***MED_CDS_RM :*** *« L'activité de codage chez nous, elle est commune à tous les médecins. Le médecin responsable du séjour code et le codage est validé tous les jours à l'issue de la réunion de service par les médecins présents à la réunion… Au fil de l'eau tous les jours… »*

Le codage des actes de certaines activités obéit à certaines règles. Le codage des consultations en « C3 » est réservé aux médecins qui ont le grade de « Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier » (PUPH). Ces consultations sont mieux rémunérées en T2A que celles réalisées par les médecins non « PUPH ». Cette règle est appliquée par les médecins PUPH qui veillent à coder en « C3 » les consultations qu'ils réalisent. Les codes sont ensuite saisis par la secrétaire sur l'outil dédié.

MED_CDP_CM : *« Moi personnellement comme cheffe de service, quand je fais des consultations, je relève ce qu'on appelle les C3, les C, qui sont des codages de consultation différents, que je transmets ensuite à la secrétaire qui saisit ça »*

MED_PH_MI : *« On a deux types de consultations. On a les malades que l'on suit en chronique cela s'appelle MCS. Et après des malades à qui l'on donne un avis ponctuel et cela s'appelle une C2. Je ne suis pas universitaire donc c'est une C2… La C3 c'est pour le PU-PH et le MCU. Et sur la feuille du malade que l'on a vu en consultation on note c'est C2 ou CS, MCS. Et après on le donne à la personne de l'accueil, qui le rentre dans un logiciel mais je ne sais pas ce que c'est. »*

Le codage est le fondement du financement de l'hôpital dans le cadre de la T2A. Les examens non codés ou mal codés peuvent générer un sous financement pour l'hôpital. Le terme utilisé au sein de l'hôpital est « l'exhaustivité » du codage. L'exhaustivité du codage signifie que tous les actes réalisés au sein du service doivent être codés (saisis) dans le logiciel prévu à cet effet. Ce codage exhaustif permet d'estimer les recettes attendues et surtout le transfert à la Sécurité sociale pour remboursement. Si un médecin ne code pas un acte ou un Dispositif Médical Implantable (DMI), le codage est réputé non exhaustif et donc intransférable à la Sécurité sociale. Il est donc important pour un chef de service de relancer les médecins pour qu'ils codent tous les examens.

MED_CDS_MI : *« Le codage exhaustif tous les mois, il y a une des secrétaires du service, toutes les semaines, elle envoie à tous les médecins du service, les codages en retard… Je relance tous les mois, je n'en peux plus ça me rend fou, l'équipe pour avoir un codage exhaustif. »*

MED_CDP_OM : *« C'est le nerf de la guerre… Tous les problèmes de codage, de retard de codage, il faut restimuler tout le monde parce qu'il faut la remontée tel jour… C'est tous les jours… Le codage c'est un vrai problème, il faut comprendre l'enjeu »*

Un médecin évoque le manque de formation sur le codage.

MED_PH_MI : *« Quand le malade sort d'hospitalisation, on code. On n'a eu aucune formation sur le codage par exemple. Je suis arrivé, on m'a dit voilà tu codes… Et comment je fais ? Alors il y a deux, trois règles mais on ne sait pas comment ça*

marche, à quoi cela correspond. On est toujours en train de se dire : est-ce que l'on code de manière exhaustive, qu'est-ce qu'on code, qu'est-ce qu'on ne code pas. »

Un autre médecin estime qu'il est compliqué de faire adhérer le personnel médical à la nécessité de coder les examens dans les temps, de coder de manière correcte et parfaite. L'implication des médecins dans la réalisation parfaite et ponctuelle du codage est d'autant plus compliquée que le chef de service ne possède aucun moyen de pression. Dans le secteur privé, il existe un lien entre le salaire du praticien et le codage qu'il a réalisé.

MED_CDS_CC : *« Le codage bien sûr c'est quelque chose de très important, on essaie d'améliorer avec les chirurgiens, avec les secrétaires, avec les cadres, avec tout le monde, c'est vraiment et extrêmement complexe, pour le faire accepter, faire comprendre, responsabiliser les gens, faire en sorte que ce soit fait en permanence, en temps et en heure etc., c'est vraiment quelque chose d'extrêmement compliqué… On peut toujours dire : il n'y a qu'à le faire. Ce n'est pas si simple que ça, d'autant plus qu'on n'a pas un moyen de levier sur ce genre de choses. C'est-à-dire qu'on ne peut pas dire à un chirurgien : si tu ne codes pas, tu ne seras pas payé parce que tu n'as pas codé, ça n'existe pas. Dans le privé c'est clair, pas de codage, pas de paie, en sachant qu'il y a de l'hyper-codage dans le privé, on sait très bien. »*

Afin d'assurer un codage complet, la direction organise des réunions de travail avec les chirurgiens sur le thème du codage pour s'assurer qu'il est fait correctement. Il n'est pas inutile de préciser que les actes chirurgicaux sont mieux rémunérés en T2A que les actes médicaux d'où l'intérêt porté par la direction à la qualité du codage.

MED_CON_CC : *« Il y avait un suivi, j'allais dire mensuel… Puis il y a une valorisation dans la T2A qui est les facteurs de gravité, le diabète, ceci, cela, qui permettent de grader le malade en fonction de son facteur de gravité et de sa lourdeur… C'est à vous demander est-ce que vos chirurgiens et vos docteurs codent correctement les actes faits pour qu'on ait la valorisation correcte, et régulièrement, il y a des séances de travail entre les finances et les équipes chirurgicales… »*

Dans l'objectif de faciliter le codage, un service a pris l'initiative de mettre en place une synthèse du codage sous forme de « check-list » pour regrouper les codages utilisés par les médecins du service et ainsi faciliter le repérage des codes adéquats par les médecins.

MED_CDP_CN : *« Dans un autre style on a essayé de faire des… Pour le codage puisque, justement, ça a été à mon avis un écueil, le codage… Donc on a essayé de faire une espèce de synthèse du codage, qui se fasse plutôt en check-list… Plutôt que de coder comme ça, en cherchant… C'est-à-dire, en gros, d'avoir une espèce de cortex que vous avez, et vous regardez immédiatement si les gens ont ça. »*

- *Multiplier les codes pour les patients « non rentables »*

Du point de vue de certains médecins, le système de financement en T2A peut occasionner des dérives notamment en matière du codage.

MED_CDP_OM : *« Et il ne faut pas oublier que derrière il y a quand même du malade, donc ce n'est pas uniquement comptable. Donc là, et c'est vrai que la T2A c'est… parfois, il y a des dérives, même en codage, on peut coder un peu des trucs qui rapportent… Quand on connaît bien le codage, c'est ce qu'ils font en clinique (privé), ils sont les rois du codage »*

Le codage peut présenter des difficultés dans le cas où des patients sont pris en charge pour des soins qui ne sont pas suffisamment valorisés en T2A pour équilibrer les dépenses. Ces patients restent longtemps dans le service pour bénéficier de ces soins.

Un médecin explique la manière dont il essaie de s'en sortir pour les patients dont l'état de santé nécessite de les garder plus longtemps au sein du service avec des prises en charge qui ne sont pas « rentables » (le tarif du séjour en T2A ne couvrirait pas les dépenses). Cet exemple illustre bien que le médecin prend en compte le mécanisme du financement à l'activité car il fait le lien entre la durée de séjour, les soins prodigués et leur valorisation en T2A. Afin de pouvoir garder le patient pour qu'il bénéficie des soins qui lui éviteront l'amputation du pied, le médecin multiplie des codes pour essayer de mieux valoriser le remboursement des soins prodigués.

MED_CDP_CM : *« L'ostéite ça rapporte, l'artérite, si on le revascularise, ça rapporte alors par contre c'est sûr que le patient chez qui on ne peut pas faire tous ces gestes, quand il commence à rester trop longtemps et qu'on essaie de ne pas l'amputer, là il commence à ne plus rapporter. Et là, en fait, pour qu'il soit rentable pour l'hôpital, il faut qu'on s'en débarrasse le plus vite possible… Pour l'instant on arrive encore à être déontologiques sur des cas comme ça. Mais ça a obligé à multiplier les codes pour essayer de s'en sortir »*

Un autre médecin confirme qu'il peut exister des écarts au niveau du codage.

> ***MED_CDS_EMR :*** *« Le codage n'est pas toujours optimal, donc c'est tout le problème… On se retrouve en train de tricher sur du codage, et ce que je trouve très dérangeant dans la T2A au fond, c'est l'hôpital qui dit : je n'en ai rien à foutre de la Sécu… Et la Sécu qui dit : écoutez il y en a ras le bol de l'hôpital qui se fout de la Sécu. Voyez, c'est… Ça doit rentrer dans les caisses de l'hôpital, peu importe si ça abîme celles de la Sécu. Enfin, si je caricature un tout petit peu »*

- *Faire des examens inutiles médicalement aux patients*

Un exemple similaire à la multiplication des codes concerne la prise en charge du patient en hôpital de jour. En effet, une prise en charge en hôpital de jour est plus rémunératrice (remboursement en T2A) qu'une simple consultation. Néanmoins, la frontière entre une prise en charge en consultation et une prise en charge dans le cadre d'un hôpital de jour est très étroite. La distinction entre les deux est fondée sur le nombre et la nature des examens qui sont réalisés au patient. Ainsi, afin que la prise en charge soit qualifiée d'hôpital de jour et ne pas être requalifiée en consultation par les contrôleurs de la Sécurité sociale, le médecin multiplie les examens, certes pas dangereux mais inutiles, réalisés au patient. Par exemple, il se peut que le médecin fasse faire à un patient un doppler alors qu'il n'est pas médicalement justifié. Le médecin fait le lien entre cette pratique, les recettes de l'hôpital et les demandes de l'administration en matière de recettes notamment.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Un hôpital de jour il faut qu'il y ait quand même beaucoup de choses, d'examens faits au patient donc ça nous pousse à faire des examens inutiles au patient… On se met alors vraiment à faire des dopplers qui ne sont pas dangereux mais qu'on n'a pas besoin de faire tous les ans ou tous les trois ans donc on se met à en faire pour que la Sécurité sociale dise : oui vous avez fait un doppler donc c'est bien hôpital de jour et pour que le directeur de l'hôpital soit content qu'on ait fait des recettes… »*

En lien avec l'activité de multiplication des examens, le médecin doit justifier la réalité de l'hôpital du jour (HDJ) en cas de contrôle de la Sécurité sociale. Il faut préciser que la Sécurité sociale opère des contrôles pour vérifier que les prises en charge en hôpital de jour ne sont pas la résultante d'un abus d'examens inutiles. Le médecin doit donc justifier aux contrôleurs de la Sécurité sociale le bien-fondé d'une prise en charge en hôpital de jour. Le

médecin justifie, sans aucune aide de l'administration, médicalement quelque chose qui ne l'est pas.

> ***MED_CDP_CM :*** *« On est complètement schizophrènes parce que moi la seule chose que j'ai envie de leur dire aux contrôleurs de la Sécurité sociale c'est : vous avez complètement raison, cet hôpital de jour n'a pas de sens médical, vous devriez le fermer. Alors je ne leur dis évidemment pas ça. Donc je justifie médicalement un truc qui n'est pas vraiment… Et je peux vous dire qu'il n'y a personne de l'hôpital pour m'aider à ce moment-là »*

3.3.1.3. Le personnel encadrant du personnel soignant

- *Optimiser le codage*

La pratique de codage pour le personnel encadrant du personnel soignant concerne exclusivement le codage et la saisie des Dispositifs Médicaux implantables[92] (DMI) associés à une prise en charge. Les cadres se chargent de la saisie des DMI posés aux patients dans le logiciel afin d'obtenir le remboursement de ces DMI par la Sécurité sociale. Ils procèdent également à la vérification de l'adéquation entre le nombre de DMI achetés et le nombre saisi.

Saisir les DMI pour avoir le remboursement par la Sécurité sociale

L'optimisation du codage passe par la saisie des DMI (dispositifs médicaux implantables) pour que l'hôpital puisse obtenir leur remboursement par la Sécurité sociale.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Je suis moins, moins là-dedans mais, en tout cas, nous, on est impacté en ce sens que nous, on doit rentrer par exemple, les DMI de telle sorte qu'on ait un retour de paiement par la Sécurité sociale… »*

Vérifier l'adéquation entre les poses de DMI (Dispositifs Médicaux implantables) et les achats, faire un compte rendu pour expliquer l'écart sur les DMI

Le suivi des DMI est crucial pour les services consommateurs notamment en cardiologie et en chirurgie cardiaque. D'une part, le coût de ces DMI est très élevé d'où l'intérêt de suivre la consommation et d'éviter la perte. D'autre part, si le DMI est implanté sans qu'il ne soit codé dans le logiciel prévu à cet effet, cela entraînera un problème de codage (exhaustivité du codage) ce qui se répercutera négativement sur les recettes du pôle et de l'hôpital. Donc, il y a

[92] DMI

un intérêt à bien suivre l'évolution de la consommation des DMI. Cette évolution est suivie par l'intermédiaire d'un tableau communiqué par l'administration sur le nombre de DMI achetés. La cadre compare le nombre de DMI achetés et le nombre posés aux patients. En cas d'écart, le cadre procède à son analyse afin de l'expliquer et faire un compte rendu.

> ***EPS_CPP :*** *« Comment je les exploite ? Je vois, si tu veux, s'il y a une adéquation entre les poses et les achats… S'il n'y a pas d'adéquation il faut que j'essaie de comprendre. Sur les DMI, si tu veux, il y avait un écart. Alors soit ils ne sont pas rentrés* (dans le logiciel de codage), *ce qui est le cas, soit aussi on pose des DMI que l'on achète, mais qui ne sont pas encore remboursés, tu vois ? Voilà comment j'exploite. Et après je fais un compte rendu en disant : l'écart il est de là… »*

3.3.2. Les pratiques de gestion des lits

La gestion des lits est une pratique que nous retrouvons dans les données collectées auprès des trois groupes de répondants à savoir les administratifs, les médecins et les cadres.

3.3.2.1. Le personnel administratif

- *Optimiser l'occupation des lits*

La gestion des lits a pour objectif d'éviter, la sous-utilisation des lits qui engendre une sous-activité et par conséquent une minoration des recettes attendues. Les décisions prises par l'administration sont fondées sur les résultats des services objectivés par des indicateurs de suivi de l'occupation des lits (TOC, taux d'occupation et la DMS) comme l'illustrent les alertes de l'administration à destination des services sur l'allongement des durées de séjour. Il n'est pas inutile de rappeler que l'allongement de la durée de séjour n'augmente pas la recette associée au séjour et en même temps empêche la prise en charge d'un autre patient avec et donc la production d'un autre séjour.

> ***ADM_3 :*** *« C'est à nous de les alerter quand effectivement on arrive : tel GHM, pourquoi on a pris deux jours de DMS en plus… »*

En matière d'indicateurs notamment la DMS et l'IP, le directeur de l'information médicale analyse les causes du décalage entre la DMS des services de l'hôpital et la moyenne de l'APHP pour éviter toute contestation des moyennes de l'ENC. Il informe les médecins sur

les raisons éventuelles de ce décalage qui peuvent être liées soit à un codage imparfait ou eu fait que le service garde les patients plus longtemps ou les deux à la fois.

> ***ADM_5 :*** *« Quand tu as des durées de séjour, l'IP sert à ça, il dit ta durée de séjour moyenne est plus longue que la durée en moyenne attendue par rapport à l'ENC. Donc tu peux prendre le référentiel que tu veux moi je prends l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris donc des hôpitaux appartenant à l'APHP) comme ça je me dis on ne vient pas m'emmerder avec les calculs de l'ENC. On prend les calculs de l'AP-HP qui existent...Donc quand tu as un IP qui est plus élevé, moi je leur ai dit c'est parce que vous ne codez pas bien ou bien vous les gardez trop longtemps. Les deux grandes raisons, ça peut être les deux à la fois… »*

Avant de prendre les décisions correctrices, l'administration procède à l'analyse des résultats des services pour identifier les raisons de la sous-utilisation des lits ou de l'allongement des durées de séjour par rapport aux prévisions. Rappelons que cet allongement occasionne une sous production pour le service. Un patient dont la durée de séjour est supérieure à la moyenne empêche le service d'hospitaliser un autre patient et donc de produire davantage d'activité.

Cette analyse porte sur l'ensemble du parcours du patient. Les difficultés d'occupation des lits peuvent se situer en amont du parcours, c'est-à-dire avant la consultation. La sous occupation des lits peut donc être la résultante d'un problème de « recrutement » des patients. En revanche, les écarts entre la durée moyenne de séjour (DMS) constatée et la DMS prévue peut s'expliquer par des problèmes en aval du séjour du patient. En effet, des patients qui ont des problèmes sociaux et ne pouvant pas quitter l'hôpital reste plus longtemps impactant ainsi la DMS qui s'allonge. Ce travail d'analyse est guidé par la volonté d'occuper les lits de manière efficiente et donc augmenter l'activité quand la capacité de l'hôpital n'est utilisée de façon efficiente.

> ***ADM_1 :*** *« Je pense que c'est une erreur de dire : augmenter les recettes. Il faut augmenter l'activité quand la capacité de l'établissement n'est pas occupée de façon efficiente. C'est-à-dire que si on observe que les lits du service sont sous-utilisés, on va essayer de savoir pourquoi. Alors pour ça, pour savoir pourquoi, on va analyser l'ensemble du parcours patient… Ça va être en amont de la consultation. C'est : est-*

ce qu'on a des filières, si on a un souci de recrutement, on va essayer de savoir pourquoi, ça sera la première chose. Ensuite il y a un autre sujet qui est quand on a une activité qui n'est pas forcément dans les clous, c'est-à-dire ce qu'on a prévu, c'est de se dire qu'on a peut-être des soucis en aval, on a des durées moyennes de séjour qui sont plus longues que celles qu'on avait prévues. Donc on a des patients avec des problèmes sociaux qu'il faut réussir à solutionner et ça, ça prend du temps. Donc du coup, on n'est pas sur une injonction d'augmenter l'activité, on est sur une obligation d'occuper les lits de façon efficiente… »

L'analyse de la situation de l'occupation des lits et des DMS des services motive la prise de certaines décisions par l'administration afin d'optimiser l'occupation des lits. Ainsi, l'administration peut décider de basculer des lits vides sur une autre discipline (un autre service) disposant d'un taux d'occupation des lits (TOC) à 98% ou de les consacrer à l'accueil des patients des urgences. Ces décisions sont dictées par la règle de la T2A où un hôpital n'est financé que s'il produit de l'activité. Donc, plus l'hôpital hospitalise des patients plus ses recettes seront importante.

ADM_3 : *« Donc on l'a déjà fait au pôle chirurgie notamment, il y a des services comme la neurologie, qui sont régulièrement vides. On l'a rempli par des urgences, le chef de service croit que c'est médico-économique, donc c'est lui qui les remplit, donc ça nous arrange. Le jour où les urgences, on n'aura pas besoin de les mettre là et ces lits basculeront sur d'autres disciplines qui sont à 98% de taux d'occupation, on leur donnera les lits et je pense que tous les chefs de pôle sont conscients de ça. Pour ça la règle est très claire en T2A ! ... »*

En matière de gestion des lits, l'administration prend d'autres décisions visant à augmenter sa capacité d'accueil en termes de nombre de lits d'hospitalisation. Deux exemples illustrent cette politique. Le premier exemple porte sur l'installation d'activités nouvelles dans les locaux libérer suite à la construction d'un nouveau bâtiment. L'objectif est double. D'un côté, l'hôpital peut accueillir d'autres activités en provenance d'autres hôpitaux comme il est inscrit dans sa planification stratégique (gagner des parts de marché). De l'autre, financer le remboursement de l'investissement lié à la construction du nouveau bâtiment (4 millions d'euros par an). En agissant ainsi, la direction raisonne de manière globale permettant le

financement de son investissement par l'activité globale de l'hôpital et ne fait pas supporter le coût de l'investissement uniquement aux services ayant bénéficiés de l'investissement.

> ***ADM_3 :*** *« L'IE3M* (un bâtiment de l'hôpital regroupant plusieurs services du pôle étudié) *comme c'est un BEH* (Bail Emphytéotique Hospitalier) *c'est 4 millions de loyer chaque année. Je ne vais pas demander à ces médecins qui faisaient déjà cette activité dans de vieux locaux de rentabiliser 4 millions. Ce que j'ai fait au périmètre de Pitié, dans les surfaces libérées on a mis autre chose, puisqu'on a eu les arrivées de la greffe etc. On a eu d'autres projets sur les espaces vides. Et l'enjeu c'était de montrer qu'on arrivait à s'autofinancer au périmètre de Pitié. Alors qu'au périmètre de cœur et métabolisme ce n'était absolument pas rentable… »*

Le deuxième exemple illustrant la politique d'augmentation de la capacité d'accueil de l'hôpital réside dans le remplacement des salles de repos par des chambres d'hospitalisation permettant ainsi d'augmenter le volume d'activité et par conséquent le niveau des recettes.

> ***ADM_3 :*** *« on a quand même pu changer des salles de repos, on a mis des chambres à la place… »*

- *Gérer des unités d'hospitalisation en fonction de la programmation*

La gestion des unités d'hospitalisation consiste par exemple à fermer l'HDS (Hospitalisation De Semaine, lits ouverts du lundi au vendredi) en l'absence de programmation. Les quelques patients programmés en HDS sont transférés dans les unités d'Hospitalisation Traditionnelle (lits ouverts tous les jours de la semaine). Les fermetures de lits engendrent une baisse d'activité non souhaitable par la direction (*je préfèrerais que ce soit programmé).* Afin d'amoindrir l'impact des fermetures sur l'activité, les cadres en profitent pour autoriser des repos au personnel d'autant plus que le nombre accumulé de repos est important. Le fait d'autoriser les repos au personnel à un moment où les lits sont fermés permet de bénéficier de sa présence quand les lits seront ouverts avec des patients. Il faut éviter que les personnels accumulent des repos qu'il devront prendre à un moment où le service a besoin d'eux obligeant les cadres à avoir recours à l'intérim.

> ***ADM_3 :*** *« Par contre, ça m'est arrivé quand j'étais directeur des finances, un hôpital de semaine, une semaine, on sent qu'il n'y a pas de programmation, de m'appeler et de me dire : on a trois programmations demain et après-demain, on*

pourrait très bien les mettre en hospitalisation complète, on va utiliser les lits et je ferme et je peux donner les repos, il y a tant de repos qui n'ont pas été donnés elles sont crevées. OK, mais je préfèrerais que ce soit programmé… »

- *Gérer de manière mutualisée intra-groupe hospitalier des lits vides*

La gestion mutualisée des lits ou la gestion intra-groupe des lits vides consiste à transférer les patients d'un hôpital du groupe à un autre dans le cas où ce dernier dispose de lits vides. L'objectif étant d'éviter des dépenses notamment de personnel intérimaire en cas de manque de personnel. Le recours au personnel intérimaire est limité à des cas particuliers comme les urgences où les patients âgés dont le transfert peut s'avérer problématique.

ADM_3 : *« …On était vendredi. Elle me dit : écoute, il manque un peu de personnel, on va devoir faire recours à l'intérim et je rouvre, ou je rouvre lundi et on risque d'avoir des visites et des unités que je ne remplis pas, ou je rouvre lundi ? Du coup j'ai regardé la situation, le planning et honnêtement j'ai dit : au début août tu rouvres avec de l'intérim, là toute la semaine a été calme, moi j'ai encore plein de lits libres sur Pitié, on est vendredi, il y en a marre, non, tu laisses comme ça, par contre tu dis à l'administrateur de garde que si vraiment il avait des arrivées des urgences qui avaient besoin d'un lit à Charles Foix, des plus de 75 ans, tu donnes l'accord pour de l'intérim pour compléter l'équipe, sinon on n'ouvre pas… A chaque moment on se pose la question. Là je me suis dit l'intérêt est nul parce qu'effectivement j'avais encore de la place sur Pitié et ça ne risquait pas de durer… »*

3.3.2.2. Le personnel médical

- *Gérer les lits*

Les actions du personnel médical en matière de gestion des lits d'hospitalisations visent d'un côté à limiter les fermetures des lits d'hôpital de jour et à multiplier les hospitalisations sur les lits en octroyant des permissions aux patients.

La limitation des fermetures des lits d'hôpital de jour est dictée par la nécessité d'être productif qu'un médecin qualifie « d'ambiance de productivité à tout prix ». Par le passé, les médecins fermaient les lits d'hôpital de jour pendant une semaine pour participer à des congrès de formation avec les infirmières. Désormais, avec le discours consistant à corréler

l'activité de l'hôpital de jour aux recettes générées, les médecins doivent opérer une sélection des personnes susceptibles de profiter des congrès de formation pour maintenir les hôpitaux de jour ouverts au moins à moitié. Cette nouvelle organisation préoccupe les médecins au point que neuf réunions sur dix sont monopolisées par sa mise en place aux dépens des discussions sur les projets de soins.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Avant, par exemple, on part une fois par an, la plupart des médecins arrivaient à partir une fois par an en formation, en congrès, et on emmenait beaucoup d'infirmières en congrès de formation et donc on fermait les hôpitaux de jour pendant une semaine pour que le maximum de gens puisse partir en formation… Donc il y a aussi une baisse de l'accès à la formation à cause de cette ambiance de productivité à tout prix… Moi je m'étais dit mais au moins une réunion sur deux il faut qu'on parle de soins, de projet de soins de qualité des soins et en fait quasiment neuf réunions sur dix on parle de comment ne pas fermer des hôpitaux de jour… Maintenant qu'on nous dit les recettes dépendent de votre activité d'hôpital du jour, notre préoccupation c'est, dans cette année, qui ne va pas aller en formation pour maintenir les hôpitaux de jour ou faire au moins la moitié »*

En lien avec la fermeture des unités médicales occasionnant une baisse de l'activité, un médecin (chef de service) s'intéresse à la gestion des jours d'absences (pour congés) de ses collaborateurs pour éviter un manque de personnel médical. Il a donc pris l'initiative de vérifier les jours d'absences afin d'éviter que le personnel ne soit absent en même temps.

> ***MED_CDS_EMR :*** *« Parce que si vous voulez au fond, tout ce personnel médical est totalement dans la méconnaissance de l'hôpital, c'est-à-dire, par exemple, un truc bête, je leur ai expliqué qu'il fallait arrêter de poser des vacances sans tenir compte des autres ! Parce que moi si j'ai 5 personnes qui partent au moment de Noël, je dis non. Et que moi j'ai un droit de regard sur les vacances des uns et des autres… Je leur demande, voilà, leur planning de…, leur planning d'absences, j'ai imposé des jours de consultation, en augmentant les plages de consultation parce qu'on a du retard aussi à rattraper »*

Afin de favoriser l'activité, les médecins entreprennent un travail en amont de l'hospitalisation pour avoir des sources de recrutement. Un médecin renforce ses relations extérieures notamment avec les médecins de ville, comme les cardiologues, pour qu'ils lui

adressent des patients. Il met l'accent sur la nécessité d'établir de bonnes relations avec ses interlocuteurs extérieurs. Il souligne également la nécessité de prendre en charge les patients dans de bonnes conditions. Les patients deviennent les « ambassadeurs » du service à l'extérieur.

> ***MED_CDS_CC :*** *« Je pense que notre rôle dans la gestion pour pouvoir favoriser l'activité, c'est un, bien sûr, les relations publiques, avec les cardiologues, les petits coups de fil, les réunions etc., serrer les mains dans les amicales etc. ça, c'est important, c'est-à-dire que les gens nous connaissent, non seulement ils nous connaissent par le retour des patients, les patients disent : on a été bien accueillis, bien soignés, j'ai eu une complication mais j'ai été pris en compte, on m'a écouté. Puis simplement que les correspondants (les médecins de ville qui adressent les patients à l'hôpital) soient contents, parce que directement eux, on les contacte, on les appelle, on les met au courant etc., ça, c'est une partie… L'autre partie de gestion que l'on fait pour favoriser l'activité aussi, on essaie de faire la meilleure médecine quand même. »*

> ***MED_CON_CC :*** *« L'augmentation du volume d'activité ça dépend un peu, du côté urgence, si vous développez, il est clair qu'ici, en ECMO, en dix ans, on s'est fait 500 malades de plus, en volume d'activité, et puis il y a la réputation, les choses comme ça… Alors la région parisienne est très particulière parce qu'il y a une concurrence farouche. Il faut faire son marché comme on dit. En province c'est assez stable. Ils. Les actions particulières, on n'a pas le droit à la publicité, ce sont les réunions scientifiques. Les réunions avec l'association de cardiologues, les choses comme ça… »*

Une autre démarche qui favorise l'occupation des lits et par conséquent le volume d'activité produite est l'augmentation du nombre de consultations réalisées dans le service. La réalisation d'un nombre important de consultations augmente la probabilité d'hospitaliser les patients. Un médecin affirme que l'augmentation de son activité de consultations en volume a pour unique objectif l'augmentation des hospitalisations et donc du volume d'activité produit.

> ***MED_CDS_N :*** *« Par exemple, la chirurgie bariatrique, c'est supposé être plus rentable, c'est supposé être une activité qui va nous permettre d'équilibrer au niveau*

de l'hôpital. Et donc, parce qu'on n'arrive pas à dépasser un certain seuil, un volume d'activité, on a tous fait des consultations en plus pour faire entrer plus de malades dans le système. C'est uniquement pour des impératifs d'activité que l'on fait ça. Je veux dire, les malades peuvent être soignés ailleurs, moi je peux occuper mes journées à faire autre chose que des consultations. C'est pour remplir nos objectifs que l'on fait ça, donc ça impacte directement notre fonctionnement… J'ai demandé à tous mes collègues de faire des consultations en plus pour qu'il ait plus de malades qui rentrent dans cette filière. Parce que l'on sait que cette filière, c'est le flux d'entrées qui va déterminer le flux de sorties et qu'il y a une perte incroyable, c'est un système très, très long. Donc, pour avoir trois cents malades à la sortie, il faut qu'on en ait, je ne sais pas, cinq cents, six cents, à l'entrée. Cela, c'est directement pour des raisons de chiffres ça, uniquement pour des raisons de chiffres. »

Le médecin veille à ce que les lits vides soient occupés par des patients. Il estime qu'il n'est pas normal de laisser les lits vides alors qu'il y a du personnel et une offre de soins. De surcroît, l'existence d'une liste de patients en attente d'hospitalisations renforce la conviction du médecin de la nécessité de faire sortir les patients pour en hospitaliser d'autres. Le médecin considère qu'il s'agit de la mission de l'hôpital en tant que service public. De ce qui précède, les motivations du médecin sont d'ordre médical et sont orientées « patient » (liste d'attente de patients). Mais, les motivations sont également d'ordre gestionnaire puisque le médecin a conscience que cette gestion impacte un indicateur qui est le taux d'occupation des lits.

MED_CDP_CM : *« Ils peuvent sortir, donc à la limite ils sortent et puis on fait un autre séjour et ça permet de prendre quelqu'un d'autre en attendant donc le taux d'occupation est de ne pas laisser des lits vides à l'hôpital alors qu'il y a du personnel et une offre de soins, ça me paraît normal ça… Parce que le service public doit permettre ça. Il n'y aurait pas d'attente… Mais comme il y a de l'attente pour être hospitalisé, ça me paraît normal de ne pas laisser de lits vides »*

Comme nous l'avons présenté, la nécessité de gérer la liste d'attente des patients conduit le médecin à sortir les patients pour en hospitaliser d'autres. Afin de renforcer sa réponse à l'existence de cette liste d'attente, le médecin procède à l'ouverture et à la programmation de lits supplémentaires sous condition d'être utilisés. L'utilisation ou l'occupation de ces lits

reste une condition pour avoir l'aval de la direction.

> ***MED_CDP_NE :*** *« Si dans un service comme le nôtre, on est sans arrêt à gérer ici une liste d'attente, on peut réussir à ouvrir deux ou trois lits d'hospitalisation conventionnelle supplémentaires, alors on va programmer, on sait que ces lits vont être utilisés. »*

Les actions entreprises pour hospitaliser davantage de patients du fait de l'existence d'une liste d'attente conduisent le médecin à sensibiliser les patients à l'existence d'autres patients qui attendent d'être hospitalisés. L'exemple exposé met l'accent sur les patients dont l'opération chirurgicale est programmée dans une semaine. Le médecin estime qu'ils peuvent attendre chez eux et ainsi permettre l'hospitalisation d'autres patients.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Avant ce qui arrivait c'est qu'on avait des patients qui auraient dû sortir mais qui nous disaient : non, je préfère rester une semaine en attendant la chirurgie. Mais moi je leur disais : écoutez, on a une liste d'attente de patients qui vont mal, notre rôle c'est de les soigner aussi donc maintenant que nous avons fini avec vous, il faut que vous partiez parce qu'il y a des gens qui attendent d'être pris en charge. »*

En réponse à une question du lien entre la T2A, les tableaux de bord avec des indicateurs (notamment la Durée Moyenne de Séjour) envoyés par l'administration, un médecin nous informe qu'il est préoccupé de faire tourner les lits.

> ***MED_CDS_RM :*** *« Oui, oui. On a toujours, on a cette préoccupation-là. Et puis, en tant que chef de service, on a la préoccupation de faire tourner les lits, oui… »*

Ne pas allonger les patients en hôpital du jour

En matière de gestion des lits, notamment en hôpital de jour, le médecin a décidé de ne plus allonger les patients et de les installer sur des fauteuils. Ces actions sont motivées par le nombre de postes de personnel supprimés qui occasionne que le travail dans l'unité d'hôpital de jour repose sur une aide-soignante. L'analyse des tâches effectuées par l'aide-soignante démontre qu'elle était obligée de refaire les lits et de changer les draps pour chaque patient. Donc afin de la décharger de ces tâches, le médecin a décidé de ne plus allonger les patients et de les installer sur des fauteuils. Une deuxième motivation a guidé cette décision. En effet, le médecin estime que changement des draps est une dépense inutile puisqu'on peut faire

autrement.

> ***MED_CDP_CM :*** *« En HDJ, quand on nous a supprimés du personnel et qu'il y avait une aide-soignante qui courait partout on s'est dit : au fond, qu'est-ce qu'on lui fait faire d'inutile ? Cette aide-soignante, on s'est rendu compte qu'à chaque hôpital de jour quand on allongeait les patients, elle était obligée de refaire des lits, de changer des draps… Ça coûte de l'argent de faire des lits mais on s'est dit : on n'a pas besoin d'allonger les gens, il faut qu'on les mette dans des fauteuils ça ira plus vite, ça évitera qu'elle ne change des draps »*

Enfin, la préoccupation des médecins pour la gestion des lits ne concerne pas que les lits destinés aux patients. Elle concerne également la mise en place de lits d'accompagnement pour les familles des patients. Le médecin y trouve deux avantages. Le premier est la diminution de l'angoisse des patients en ayant leurs proches à côté d'eux la nuit. Le deuxième est que cette démarche évite aux infirmières une présence auprès des patients, certes nécessaire, mais considérée comme une charge de travail supplémentaire.

> ***MED_CDP_CN :*** *« Je prends un exemple tout à fait accessoire que sont les lits accompagnants pour les familles. Pour que les gens aient la possibilité de rester à côté de leur proche la nuit, ça diminue l'angoisse des patients, ça évite aux infirmières la nécessité d'une présence ou de petits soins qui étaient pour elles du plus par rapport à ce qu'elles ont à faire déjà, il y a en même temps une surveillance. »*

La gestion des lits impacte le volume d'activité produit en fonction de la stratégie d'hospitalisation dans les services. L'exemple ci-dessous montre comment un médecin adapte sa manière de prendre en charge les patients pour augmenter le niveau d'activité. Ainsi, il a opté pour des hospitalisations de semaine (du lundi au vendredi). L'unité est fermée le samedi et le dimanche, c'est qui est une source d'économie. De surcroît, il programme des hospitalisations en deux jours ce qui lui permet de doubler son activité.

> ***MED_CDS_EMR :*** *« On reste très stable dans notre désir de fonctionner avec la DMS la plus courte de l'Assistance Publique en endocrinologie… C'est-à-dire on prend les gens le lundi… Nous, on a une HDS de 6 lits – on a renoncé au conventionnel — on ferme le vendredi soir, j'ai mis en place, ça fait 10 ans, des HDS de deux jours, pour faire lundi mercredi, mercredi vendredi… Ça tombe très bien, c'est-à-dire que j'ai 6 fois 2, 12 malades en moyenne, et donc on tourne comme ça, on*

s'était posé un moment la question de faire une action pour faire une nuit / une nuit / deux nuits… C'est-à-dire faire trois séjours au lieu de deux sur un lit. On n'y arrive pas. »

3.3.2.3. Le personnel encadrant du personnel soignant

- *Gérer les lits*

La gestion des lits fait partie intégrante des attributions du personnel paramédical.

> ***EPS_CPP :*** *« La gestion des lits, mine de rien, en tant que cadre supérieur, il y a une partie que je dois faire… »*

Les pratiques liées à la gestion des lits par les cadres peuvent être présentées en trois groupes étroitement liés. Le premier groupe recense les pratiques qui consistent à identifier (trouver) un lit pour pouvoir hospitaliser le patient. La deuxième pratique regroupe les activités entreprises dans le but de libérer les lits afin de pouvoir notamment hospitaliser d'autres patients. La troisième pratique met l'accent sur la manière dont les cadres gèrent les lits en cas d'une baisse d'activité liée soit à des travaux d'entretien ou de nettoyage, soit à une faible demande.

Trouver un lit pour hospitaliser le patient

L'objectif des cadres est de trouver un lit au patient après les soins. Il faut donc résoudre les problèmes de disponibilité de lits. La solution, en cas d'indisponibilité de lits dans un service, consiste à imposer la mutualisation des lits entre les différents services du pôle partant du principe qu'aucun lit n'appartient de manière exclusive à un service. Cette mutualisation nécessite un dialogue avec les médecins pour les convaincre.

> ***EPS_CPP :*** *« Je fais le plus simple et je me dis le plus important pour moi, c'est que le malade soit soigné. Donc je prends le malade, on débouche les coronaires, on fait les soins au patient, et après je le laisse en salle de surveillance, et puis après, collectivement, j'essaie de trouver un lit… Aucun lit n'appartient à aucun service. Ça, vraiment, je suis très claire. C'est-à-dire que si la chirurgie à un moment donné a besoin de plus de lits et qu'en médecine, il y en a, la médecine doit donner ses lits. Moi je parlemente avec les médecins… Si on me dit : non, je dis : mais il n'y a pas à*

discuter, il vous faut un lit d'urgence vous le gardez, le reste vous donnez… Si la médecine est en difficulté pour des infarctus, ça s'est passé un soir, ils ne voulaient pas en chirurgie, il n'y a pas à discuter : ils ont reçu un malade… »

Cette mutualisation nécessite une coordination entre les services pour identifier les lits disponibles.

> ***EPS_CS_RM :*** *« Soit nous, soit la secrétaire on appelle les services pour savoir s'ils peuvent prendre les patients, on voit avec eux « tiens il y a un malade qui doit arriver », « non on n'a pas de lits » »*

Hospitaliser et installer le patient

Afin de faciliter l'identification des lits pour l'installation du patient hospitalisé, la cadre a mis en place une organisation pour l'installation des patients et la gestion de l'occupation des lits. Cette gestion est fondée sur une collaboration et une coordination avec les médecins. La cadre a instauré un tableau de suivi avec un descriptif complet du patient qui permet aux médecins de prendre la décision par rapport à l'accueil d'un patient même en cas d'absence de la cadre. À chaque fois qu'un médecin prend un patient, le lit disponible de l'est plus et donc il est rayé sur le tableau et les informations concernant le patient hospitalisé y sont inscrites. Ce tableau permet aux médecins d'identifier s'il reste un lit disponible sans avoir besoin de consulter la cadre et ainsi accepter ou refuser la prise en charge sauf en cas d'une urgence réelle.

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« Ensuite il faut savoir où mettre le patient. Dans quel lit, dans quel secteur, donc il faut bien connaître le descriptif du patient à prendre. Et ça, c'est une éducation à faire avec les médecins qui acceptent les patients. D'où vraiment une bonne entente et une bonne relation de confiance. Mettre en place des systèmes pour que ça tourne même quand vous n'êtes pas là, et que, au même moment on peut avoir deux demandes différentes… Moi j'ai même instauré sur le tableau un espace en disant tac-tac-tac le nombre de lits, si les internes ou les médecins, qui que ce soit, prennent un patient, on raye le lit, on met le nom du patient, moi je demande le nom, le prénom, si possible le NIP* (Identifiant National du Patient)*, femme ou homme, pour mettre dans les lits, parce qu'on a quand même des lits doubles, et puis la pathologie, un numéro de téléphone pour pouvoir les rappeler et le délai… Urgent, c'est tout de suite, maintenant, ou alors dans la journée, ou demain. Comme ça, si jamais on est*

dans les chambres, occupé ailleurs et que le médecin veut prendre un patient, il voit que son collègue en a pris déjà deux, s'il reste un lit il va dire oui, s'il ne reste plus de lit il va dire non, sauf s'il y a une urgence réelle. »

Dans le service de réanimation, la cadre libère les lits de réanimation en transférant les patients en unité de surveillance continue[93]. Cette action permet de prendre des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge en réanimation. L'unité de surveillance continue est une étape intermédiaire entre la réanimation et les lits en salle d'hospitalisation.

EPS_CS_RM : *« Tiens, tel malade pourrait passer en unité de surveillance continue de façon à ce qu'on puisse prendre un malade de réanimation… »*

Libérer les lits pour pouvoir hospitaliser d'autres patients

L'identification des lits disponibles pour hospitaliser les patients est étroitement liée aux actions entreprises par les cadres afin de libérer les lits occupés par des patients qui n'ont plus de raisons médicales de rester à l'hôpital. L'occupation des lits par ces patients peut être le résultat de plusieurs facteurs. Le séjour du patient peut se prolonger par manque de structures d'aval pour l'accueillir, parce qu'il n'a pas de liens sociaux (familles) ou tout simplement parce qu'il ne dispose pas de vêtements.

La libération des lits nécessite un travail étroit avec les médecins pour pouvoir sortir les patients. Le rôle des médecins est d'autant plus important car, d'une part, la décision de faire sortir le patient relève, médicalement, de leur responsabilité et, d'autre part, parce qu'ils sont plus aptes à trouver une place d'hébergement à l'extérieur pour le patient.

Parlementer avec les médecins pour libérer des lits

EPS_CPP : *« Il n'y a pas de lits. Qu'est-ce qu'on fait ? Il va falloir parlementer avec les médecins, de la médecine cardiaque ou de la chirurgie, pour qu'ils libèrent un lit… Et ça les cadres, elles ne le font pas parce que c'est un peu compliqué, c'est connaître toutes les ficelles, c'est plus compliqué pour elles… »*

[93] L'unité de surveillance continue a pour vocation de prendre en charge « des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique » (Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002). En pratique, il s'agit de « situations où l'état ou le traitement du malade font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique » (Circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003).

Collaborer avec les médecins, l'assistante sociale et les familles

La libération des lits est une pratique prégnante car les cadres doivent s'assurer de la disponibilité des lits en nombre suffisant pour hospitaliser les patients programmés. Il peut arriver que la cadre soit dans l'incertitude quant à la disponibilité des lits la veille de l'hospitalisation de patients programmés. Ainsi, les cadres travaillent de manière étroite avec les médecins sur le volet médical pour pouvoir sortir les patients et avec l'assistante sociale et la famille du patient sur le volet social.

Au niveau médical, la libération des lits consiste à collaborer et à se coordonner avec les médecins pour recueillir toutes les informations permettant de juger de la possibilité de faire sortir le patient ou de le garder en hospitalisation. Sur le volet social, les cadres travaillent avec l'assistante sociale, contactent les familles pour les patients dont les difficultés sociales ne permettent pas de les faire sortir. Les facteurs sociaux expliquant le maintien du patient à l'hôpital peuvent être l'absence de famille, le manque de vêtement. Les cadres essaient donc, en collaboration avec les médecins et l'assistante sociale de trouver une place pour accueillir le patient dans une structure extérieure d'aval (maison de retraite ou unité de long séjour par exemple).

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« Ça prend énormément de temps. La gestion des lits c'est… Parce que vous avez par exemple 10 entrants, la veille vous ne savez pas si vous allez avoir vos 10 lits, et en plus de ça, se rajoutent les urgences relatives et les urgences vitales concrètes. Donc c'est vraiment… Savoir, alors quel patient va sortir, il faut avoir une étroite collaboration avec les médecins, de façon à savoir, avoir les informations, qu'est-ce qu'il vous manque pour qu'on puisse faire sortir le patient, quels sont les critères qui vont faire qu'on va faire sortir plus vite ou qu'on va garder le patient… Il y a aussi tout le volet social pour le patient parce que des fois on ne peut pas le faire sortir, parce qu'il n'a pas de famille, parce qu'il n'a pas de vêtement, parce qu'on n'a pas trouvé de place, donc il faut contacter l'assistante sociale, il faut contacter la famille, il faut essayer de rechercher aussi par nous-mêmes des solutions avec les médecins, pour savoir comment est-ce qu'on peut faire pour libérer des lits, au final, Et prendre d'autres patients. »*

Travailler avec les centres de convalescence

La libération des lits est aussi recherchée par le biais de la coopération avec les centres ou les maisons de convalescence. Ces centres peuvent jouer le rôle de structures d'aval pouvant accueillir les patients qui peuvent quitter l'hôpital pour y poursuivre leur éducation thérapeutique. Il s'agit par exemple des patients opérer du cœur qui n'ont plus besoin que d'un suivi et d'une surveillance dans le cadre de ce qui est appelé éducation thérapeutique[94]. Cette coopération nécessite au préalable la formation de ces centres pour la prise en charge des patients nécessitant une éducation thérapeutique.

> ***EPS_CSS_QUA_CC :*** *« Par exemple, actuellement, les patients porteurs de cette assistance cardiaque pourraient sortir. En bénéficiant bien sûr d'éducation thérapeutique, mais en formant le personnel d'aval… Dans les maisons de convalescence, de manière à ce qu'ils puissent prendre en charge ce patient… Sans risque, et de manière efficace. Mais pour ça il faut aussi former, il y a des demandes, et du coup, s'ils sont formés et que les patients peuvent sortir dans ces maisons de convalescence, ça nous libère des places parce que ce travail peut réellement être fait et bien fait ailleurs, et nous, on est là pour faire de la chirurgie cardiaque. Donc du coup chacun fait son métier bien, donc cette action va jusque-là. Donc on est quand même aussi quelque part… C'est de la qualité mais c'est de la finance aussi… »*

Gérer la sous-occupation des lits (Lits vides)

Si les cadres entreprennent un certain nombre d'actions visant à trouver des lits pour hospitaliser les patients ou à libérer des lits en faisant sortir les patients qui peuvent l'être, ils doivent, en revanche, également mettre en place des actions pour occuper les lits au cas où ils ne le sont pas de manière optimale.

Ces actions sont parfois entreprises en réaction aux alertes de l'administration sur le niveau d'indicateurs (DMS, TOC) jugé insuffisant. En cas de mauvais indicateurs que ce soit la DMS[95] (Durée Moyenne de Séjour) ou le TOC[96] (Taux d'Occupation Corrigé), la cadre est

[94] L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient (site de la Haute Autorité de Santé).

[95] Durée Moyenne de Séjour (DMS) correspond au rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation et le nombre d'entrée de patients. Elle représente le nombre de journées que passe en moyenne un patient à l'hôpital. Le nombre de journée rapporté au nombre de séjour produits mesure la DMS par séjour.

[96] Taux d'Occupation Corrigé (TOC) des lits d'un hôpital représente la somme des journées d'hospitalisation au cours d'une période donnée rapportée au nombre de lits disponibles. Il indique le degré d'utilisation des lits disponibles durant une période déterminée. Il est dit corrigé car il exclut certaines périodes pendant lesquelles les lits ne sont pas disponibles (à cause de travaux par exemple). Par exemple, si un service dispose de 20 lits

enjointe par l'administration de mettre en place de nouvelles organisations et imagine des scenarii pour optimiser l'occupation des lits.

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« On nous appelle, on nous dit : ce n'est pas bien… On nous dispute : il faut faire quelque chose… Donc il va falloir que vous imaginiez des scenarii pour pouvoir mettre en place de nouvelles organisations de façon à optimiser les lits »*

Parmi les actions entreprises par la cadre dans le but de répondre aux exigences de l'administration est le chargement des plages d'occupation du bloc opératoire même si la cadre est consciente que tout ce qui est programmé au bloc ne sera pas réalisé (tous les patients ne seront pas opérés). Le bloc est géré via un logiciel appelé « e-BOP » qui suit la programmation au niveau du bloc. Ainsi, les patients non opérés restent dans le service, occupent des lits vides en attendant leur opération. De cette manière, la cadre occupe les lits pour répondre aux alertes de l'administration. Les patients quant à eux sont informés que leur intervention chirurgicale est reportée.

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« De façon à optimiser le temps de présence des infirmières, optimiser le matériel comme quand j'ai fait… J'ai mis en place le logiciel e-BOP, alors c'était transparent au niveau de la direction : il fallait vraiment optimiser. On charge les plages de bloc, et puis on sait très très bien qu'on ne fera pas tout… Et le patient, après on s'organise pour dire : tu vas prévenir le patient qu'on ne pourra pas le faire aujourd'hui mais qu'on le déplace… »*

Annoncer les lits au SAMU et aux URGENCES

Afin de remplir les lits vides, la cadre communique au service des « Urgences » et au « SAMU » les lits vides et disponibles.

> ***EPS_CPP :*** *« Je les annonce clairement au SAMU, et je les annonce aux urgences… »*

La cadre se coordonne avec ses collègues du service des « Urgences » pour qu'ils orientent sur le pôle des patients à tendance « Cardio » qui est une des spécialités du pôle. Cette démarche peut être contestée par certains médecins qui refusent d'accueillir des patients en provenance des urgences. La cadre fait preuve de fermeté en imposant l'accueil de ces

---

ouverts pendant 250 jours sur l'année, les lits sont réputés être disponibles pour produire 5000 journées d'hospitalisation. Si le service réalise 3000 journées d'hospitalisation, son TOC est de 60 % (3000 / 5000). La capacité d'hospitalisation est donc sous-utilisée.

patients arguant du fait que l'hôpital a une mission de service public.

> ***EPS_CPP :*** *« J'essaie toujours de me mettre d'accord avec les urgences pour qu'ils nous envoient des patients à tendance cardio, maintenant ça nous est arrivé, moi je rencontre les médecins qui ne voulaient pas, en disant : non, on est service public, il n'y a pas à discuter… »*

Fermetures des lits en cas de baisse d'activité (pour travaux)

La gestion des lits ne se limite à celle de leur disponibilité ou de leur occupation. Elle se matérialise également par leurs fermetures en cas de baisse d'activité ou en cas de travaux de réparation ou de nettoyage en coordination avec la référente logistique du pôle. Cette pratique est aussi corrélée à la gestion du planning des soignants. Elle permet par exemple à la cadre d'autoriser des journées de congés aux soignants.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Ensuite il y a la gestion de tout ce qui est logistique, donc, qui est loin d'être anodine, c'est la gestion, tout d'abord, des lits… Donc on a fait ce choix de dédier ça à des infirmiers formés* (équipe de coordination)*, qui ont des compétences particulières, sous notre – effectivement, donc avec notre présence permanente de lien pour savoir parce que si, par exemple, on a une activité qui baisse, nous, on va agir là-dessus en disant : on va fermer des lits, ça veut dire que je peux, en termes de planning, je peux donner des journées aux soignants, je peux dégager des week-ends etc., et ça, c'est l'encadrement qui fait ça… L'été par exemple, on ferme des lits, on organise tout, le nettoyage et la logistique, les réparations, c'est avec elle* (la référente logistique) »

3.3.3. Les pratiques de gestion du flux des patients

La gestion du flux des patients regroupe un ensemble de pratiques réalisées par les opérationnels à savoir le personnel médical et le personnel encadrant du personnel soignant (les cadres).

3.3.3.1. Le personnel médical

Pour le personnel médical, la gestion du flux des patients se manifeste à travers deux pratiques. La gestion des listes d'attente des patients et la gestion des séjours dits « longs », autrement dit les patients dont le séjour se prolonge au-delà de la durée normale pour la

pathologie prise en charge.

- *Gérer les listes d'attente des patients*

Cette pratique est liée à la pratique de gestion des lits et à la pratique de gestion des séjours longs. La gestion des listes d'attente ou de la « file d'attente » nécessite l'optimisation des durées de séjours. Cette démarche est issue d'une réflexion globale sur l'amélioration du niveau d'activité permettant aussi de gérer la file d'attente des patients.

> ***MED_CDP_NE :*** *« On va aussi réfléchir, comment optimiser les durées de séjour… C'est une démarche globale d'amélioration de l'activité, puisqu'on est presque tous à gérer des files d'attente. Mais on ne le fait pas, comment dire, au forceps »*

L'existence de liste d'attente des patients conduit les médecins à sortir les patients qui le peuvent afin de prendre d'autres patients.

> ***MED_PH_MI :*** *« On a plein de pression parce qu'il y a plein de malades qui attendent des lits de libres et celui qui n'a plus rien à faire à l'hôpital il ne va pas rester une nuit de plus. Ce n'est pas un hôtel. Sauf s'il n'y a pas de lit, ça arrive qu'il y ait des problèmes de… Mais moi je me mets à la place du patient, si le médecin considère que je peux sortir, je sors tout de suite. Je ne reste pas une minute de plus. Donc on est dans cette optique-là ! Mais je pense que c'est quelque chose de bien cette pression pour faire sortir les malades… »*

Au-delà des arguments médicaux, le médecin évoque également des arguments financiers comme le déficit de l'hôpital. De son point de vue, un lit à l'hôpital est différent d'un lit à l'hôpital car à l'hôpital le lit génère des dépenses. Le médecin précise que ce sont ces éléments-là qui le motivent sa gestion du turn-over sur les lits. Il ne fait pas sortir les patients pour réduire la DMS ou pour avoir un meilleur indicateur.

> ***MED_PH_MI :*** *« Oui et puis que l'hôpital ça coûte cher en déficit encore une fois. Et donc autant utiliser le lit. Le lit n'est pas un hôtel. Et on prend le lit avec des soins, des prises de sang des connaissances médicales, paramédicales pour quelqu'un qui en a besoin. Je suis tout à fait d'accord, on ne garde pas un malade pour bloquer le lit. Et je ne fais pas sortir un malade pour diminuer la DMS, pour dire que j'aurai un meilleur indicateur… »*

Pour le service de chirurgie cardiaque, la gestion de la liste d'attente est présentée plutôt

comme un avantage par rapport aux cliniques privées. La réduction ou la maîtrise du délai d'attente par rapport aux cliniques permet au service de prendre plus de patients. Le chef du service estime que la capacité du service à « encaisser » une augmentation d'activité participe à la maîtrise des délais d'attente des patients.

> ***MED_CDS_CC :*** *« L'avantage d'un service comme celui-ci, c'est qu'au moment où on a l'expansion brutale, on peut l'encaisser et c'est ça qui fait la force d'un service comme ici. Alors qu'il y a des cliniques qui disent : là ça déborde, ça déborde, et eux, ils allongent leur liste d'attente. Nous notre liste d'attente quand elle s'allonge, elle s'allonge d'une semaine. C'est un peu la différence. C'est ça, à la fois l'activité, ils n'y arrivent pas, plus les urgences plus les transplantations, plus tout ce qui vient se rajouter, on peut l'encaisser. Ça, c'est un avantage. »*

L'existence d'une liste d'attente des patients pousse un médecin à surcharger (surbooker) le nombre de patients prévu en hôpital de jour ou en consultation. L'objectif est d'éviter l'impact des patients qui ne se présentent pas au rendez-vous ce qui pénalise le service en termes de niveau d'activité et donc de recettes. La surprogrammation est le résultat du constat du nombre important de ce que le médecin qualifie de « non-venues » ou les patients qui ne se présentent dont le pourcentage est estimé à 15 %. Il s'agit d'une réflexion nouvelle car les médecins ne se préoccupaient pas auparavant de la problématique des désistements. Au-delà de l'impact des non-venues sur le niveau d'activité, cette démarche est guidée par la prise de conscience des médecins sur la nécessité de s'intéresser aux dépenses et aux coûts.

> ***MED_CDS_MI :*** *« Il y a plein de non-venues donc je demande qu'on « surbooke ». Ce n'est pas le bon terme. Surtout, n'écrivez pas ça (rire) comme en consultation, on fait ça en consultation… On a 15 % des gens qui ne viennent pas… C'est vraiment une réflexion nouvelle pour nous,* c*'est un truc qu'on n'a jamais fait… Les lits étaient libres on s'en foutait. Bon, le malade il ne vient pas en consultation ce n'est pas grave. Moi ça ne me plaît pas mais parce que je pense sincèrement qu'on doit faire attention à nos dépenses. Parce qu'on coûte. »*

> ***MED_CDS_EMR :*** *« Comment optimiser au mieux l'activité justement pour augmenter l'HDJ et donc l'organisation, parce que par exemple il y a beaucoup de gens qui ne viennent pas, les désistements, est-ce qu'on doit faire du surbooking, des choses comme ça… La question du moment c'est : est-ce qu'on se met à faire du*

surbooking… C'est-à-dire on prend un malade de plus, et en se disant qu'il y en aura toujours un qui ne viendra pas… Et le jour où ils viendront tous, on se dira : on trouvera un lit quelque part »

Dans un objectif d'augmentation du volume d'activité de consultation, un médecin a mis en place des consultations réalisées par les internes qui discutent le dossier avec un médecin titulaire. En instaurant cette démarche, le chef de service augmente le volume d'activité réalisé. Cette initiative permet de répondre à l'impatience des patients car elle permet de réduire les délais. C'est une réponse à la concurrence et aux impératifs financiers car le médecin est conscient du fait que les patients qui n'obtiennent pas un rendez-vous de consultation rapide s'orientent vers la concurrence (publique ou privée).

MED_CDS_EMR : *« Moi j'ai mis en place des consultations d'internes, pour que ça aille plus rapidement, les accueils de patients, c'est une démarche qui me paraît très simple, qui pourrait être faite par beaucoup de chefs de service, et qui est une démarche que les internes adorent, ils sont « seniorisés » et ils apprennent un contact direct en consultation… Ils font des consultations, donc moi, si vous m'appelez pour avoir un rendez-vous chez moi, je vous dis : dans une semaine à l'hôpital public vous êtes vu par un médecin, un interne, qui ira pointer votre dossier à un senior… Et on ne vous dit pas : rendez-vous dans 6 mois… C'est-à-dire c'est une démarche simple, qui permet un accueil rapide. Voyez, ça, c'est une démarche simple dans la gestion, parce que si vous voulez, très concrètement si je vois la retombée financière… Aujourd'hui les gens sont impatients. Donc si vous ne donnez pas un rendez-vous, ils vont chez le voisin. Et vous lui donnez un rendez-vous pour le 13 janvier, il a un rendez-vous le 9 janvier, il ira à celui du 9, il essaiera éventuellement de vous appeler pour annuler et même pas. »*

Toujours dans un souci d'augmentation du volume de consultations produit, le médecin a mis en place une plate-forme téléphonique pour la prise de rendez-vous. Il a aussi mutualisé et « automatisé » l'accueil en consultation avec prise de ticket par le patient, ce dernier sera appelé et son numéro s'affiche sur un tableau électronique au même titre que le box dans lequel le médecin l'attend.

MED_CDS_EMR : *« C'était un projet qui consistait… Comment est-ce qu'on organise… C'est la mise en place d'une plate-forme téléphonique… On a un numéro*

unique maintenant à appeler… On est souvent dans du 70-90 % de décrochage… Les organisations des organigrammes de stratégie de prise en charge téléphoniques des patients pour, suivant les services, essayer d'harmoniser les prises en charge des procédures, donc ça, c'est ce que j'ai fait l'année d'avant l'arrivée, donc ça fait 3 ans maintenant… Le circuit patient avec les trucs électroniques, les tickets, les affichages, etc., les tableaux d'affichages « Le numéro X23 est attendu dans le box 12 ». Maintenant avec les diffusions d'informations de ce qui se fait dans les services, les protocoles etc., donc tout ça, ça a été des mises en place qui se sont faites. »

Dans un souci de simplification et de gain de temps notamment pour le personnel infirmier, le médecin tente de mettre en place une automatisation entre le progiciel qui permet la gestion du secteur de consultation appelé « AGENDA » et le progiciel qui gèrent les hospitalisations « GILDA ». Ce progiciel qui répertorie les actes réalisés sur le patient en vue de leur remboursement soit individuellement (uniquement la consultation) soit dans le cadre d'un séjour car le patient est hospitalisé. Mais le médecin est confronté à un manque de réactivité de la part de l'administration et à l'inefficacité de l'« informatique » à l'hôpital.

ED_CDS_EMR : *« J'essaie de mettre en place avec l'informatique un système… L'informatique est une catastrophe sur un hôpital. Le lien entre agendas et GILDA ? Impossible ! Donc les infirmières reprennent les noms des patients, et retapent, en disant : c'est une C3, c'est une CS, etc. Je suis le seul où depuis 15 jours, on essaie de faire un circuit directement entre agendas et le système et qui partirait directement à GILDA pour être répertorié, où l'infirmière, progressivement, ne va pas avoir à retaper… Ça, c'est une perte de temps organisationnelle considérable… Pendant ce temps-là elle ne fait pas autre chose ! Eh bien quand vous allez parler avec les autorités, ils vous disent : ce n'est pas possible… »*

- *Gérer les séjours dits « longs »*

Cette pratique est étroitement liée à la gestion des lits et à la gestion des listes d'attente des patients. Les activités composant cette pratique ont pour objectif d'optimiser l'occupation des lits. Cette optimisation passe notamment par la solution des problèmes des structures d'aval qui accueillent les patients qui peuvent quitter l'hôpital mais qui restent faute d'avoir des structures capables de les accueillir. L'absence de structure d'aval (par exemple de rééducation) pénalise le volume d'activité réalisé car les patients ne peuvent pas sortir et de

fait le service ne peut pas en hospitaliser d'autres.

> ***MED_CON_CC :*** *« Alors ça, ce sont des vrais sujets. Depuis quelque temps on a des augmentations de durée de séjour qui sont liées au goulot d'étranglement des centres de réadaptation. Il y a des malades ils restent là pour rien. Ils veulent aller en rééducation et il n'y a pas de place. Plus ça va et plus on est en train d'étudier des alternatives pour qu'ils rentrent chez eux… »*

Un autre médecin fait le même constat. Il estime que la réduction de la DMS nécessite un travail sur les structures d'aval pour pouvoir faire sortir les patients.

> ***MED_PH_MI :*** *« Par exemple si on veut diminuer la DMS, par exemple. On aurait besoin d'aide, il y a pas mal d'hôpitaux en médecine interne qui ont un pourcentage de patients qui ont des problèmes sociaux. Des personnes âgées, les patients qui sont déments et qui sont jeunes, qu'est-ce qu'on en fait de ces patients-là ? Si on ne peut pas les renvoyer chez eux, il faut trouver des structures qui les acceptent. Et là-dessus on n'a aucune aide. On a une assistante sociale, elle fait simplement le lien. Ce n'est pas elle qui va créer la structure, qui va organiser des circuits. Donc on peut se retrouver avec des patients comme ça. Et on ne peut pas agir… »*

Ces activités se matérialisent par l'identification des séjours longs, la sensibilisation des médecins aux effets négatifs d'un allongement non médicalement justifié de la durée de séjour et enfin par un travail de recherche de solution notamment à travers le « déblocage » de lits dans les structures susceptibles d'accueillir les patients à leur sortie de l'hôpital (structures d'aval).

La gestion des séjours dits « longs » passe d'abord par leur identification ou l'identification des patients présents dans le service depuis longtemps. Obnubilés par les durées de séjour, les médecins se basent sur certaines informations pour identifier les séjours longs. Ainsi, un médecin s'appuie sur le classeur de suivi présent au pied du lit du patient pour repérer la durée de sa présence dans le service. En effet, dans le service de diabétologie, ce classeur contient la date d'entrée et le relevé des insulines. La présence de trois feuilles de relevé d'insulines signifie que le patient est présent dans le service depuis trois semaines.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Je viens toutes les semaines, je vois bien qui sont ceux qui sont là depuis plus longtemps que les autres… On l'a facilement dans le classeur, on la voit*

tout de suite la date d'entrée, il y a le relevé des insulines, si je vois trois feuilles sur le tableau, ça veut dire qu'il est là depuis trois semaines… Quand je fais ma visite en unité d'hospitalisation aiguë là, je suis tout le temps obnubilée par la durée des séjours… »

Un autre médecin, du même service, a comme point de contrôle supplémentaire le relevé des glycémies et les prescriptions.

MED_PH_EMD : *« Je fais juste attention que dans la salle qu'il n'y en a pas trop qui reste trop longtemps… Je sais quand il est entré et je sais quand est-ce qu'il sort… En diabétologie il y a les glycémies, donc on voit depuis quand il est là en fait… On voit sa prescription… Dans le classeur des prescriptions… »*

Afin de répondre à la problématique des séjours « longs », les chefs de service sensibilisent les médecins du service et notamment les jeunes (nouveaux) sur la nécessité de s'interroger sur les raisons de la présence prolongée d'un patient, sur les possibilités de le faire sortir et sur son orientation vers une structure d'aval. Le médecin estime que les jeunes sont surpris au départ par ce genre de directives mais ils comprennent en même temps les demandes de leur responsable.

MED_CDP_CM : *« J'interpelle l'équipe en disant : attendez, ce patient, ça fait quinze jours qu'il est là, est-ce qu'il ne peut pas sortir, est-ce qu'on ne peut pas l'envoyer ailleurs ? Les jeunes qui n'ont comme souci que la qualité des soins ne se posent pas ce genre de questions… Je n'arrête pas de les interpeller là-dessus et petit à petit ils prennent le pli de ça mais ils me regardent en se disant : mais qu'est-ce qu'elle nous raconte ? Ils comprennent en même temps mais… »*

La sensibilisation des médecins passe également par des instructions aux médecins du service, de la part du chef du service, de ne plus garder un patient une journée de plus en attendant qu'il soit remplacé. De ce fait, le chef de service contrôle la durée de séjour des patients et donne ses instructions pour faire sortir les patients. Dans sa communication avec les médecins sur le sujet, le chef du service évite de justifier ses directives par les aspects financiers mais implicitement c'est bien de ces aspects-là qu'il s'agit.

MED_CDS_MI : *« Je regarde les durées de séjour des malades… J'ai mis des garde-fous volontairement parce que sinon ça se fait partout. C'est très compliqué parce que*

je ne veux qu'il y a de lit de libre. On garde les gens une journée de plus en attendant qu'ils soient remplacés. Non. Je dis tout le temps à mon équipe : vous n'avez jamais été hospitalisé, si vous aviez été hospitalisé, une journée de plus à l'hôpital, je ne mets pas ça sur le plan financier mais indirectement c'est ça, vous ne seriez pas contents de rester donc, quand le malade a fini, il sort… »

Comme préciser plus haut, les activités d'identification des séjours longs et de sensibilisation des médecins sont complétées par les activités de recherche de solution pour les séjours longs. Plusieurs activités sont donc entreprises par les médecins. Les médecins mobilisent leur réseau et leurs contacts anciens pour trouver des solutions et débloquer des lits dans structures d'aval notamment en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) pouvant accueillir les patients. Cette réflexion émane d'un constat où les médecins, se préoccupant peu des durées de séjour des patients, font peu d'effort et ne s'impliquent pas pour trouver des places d'accueil pour pouvoir sortir les patients. Ce travail de recherche de places d'accueil extérieur est mené en coordination avec la cadre du service (surveillante) et l'assistante sociale.

MED_CDP_OM : *« Avec les médecins du service, et on repasse en revue, comme le lundi matin avant la visite, tous les patients qui sont hospitalisés, les problèmes sociaux, les problèmes médicaux… »*

MED_CDS_MI : *« On se rend compte qu'il n'y a pas d'effort fait du côté des médecins pour régler la solution sur le plan médical… Il y a des gens par exemple qui vont rester plus longtemps parce qu'on est en attente d'un lit de SSR*[97]*… Il suffit qu'on s'en occupe avec la surveillante et surtout avec l'assistante sociale et que par exemple le chef de service téléphone lui-même et appelle, ce n'est rien du tout mais bon, on peut débloquer des lits. Quand on a des contacts plus anciens, on peut arriver à régler… En fait les médecins ne faisaient pas l'effort. Bon, ce n'est pas tout le temps comme ça mais en tout cas j'ai découvert ça et c'est très souvent. »*

Le développement des réseaux de soins externes (centre de cicatrisation par exemple pour les patients diabétiques) est une solution qui peut aider le service à faire sortir des patients en cours de cicatrisation dans le service. Cette démarche tranche avec les pratiques du passé où

[97] Les structures dites de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) contribuent à la fluidité de « l'après hôpital ». Cela, à travers 3 missions : la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier.

le patient était gardé dans le service pour les soins de cicatrisation.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Donc à l'époque de l'ancien chef de service, on pouvait garder quelqu'un comme ça pendant trois mois en assurant ça comme un centre de cicatrisation, ce qu'on ne fait plus. Maintenant, on a développé des réseaux de soins avec des centres de cicatrisation pour que ces patients-là partent et ne restent pas trop longtemps… »*

Afin de libérer les lits et favoriser l'activité, un médecin a mis en place une démarche de prise en charge à domicile qui permet de faire sortir les patients, qui sera suivi chez lui, et par conséquent prendre en charge d'autres patients.

> ***MED_CDS_CC :*** *« C'est la gestion des lits, faire en sorte que le turn-over, qu'on n'a pas de patients qui soient là pour rien. On invente des systèmes, par exemple le retour à domicile directement, par exemple la prise en charge de médiastinite à la maison en HAD (hospitalisation à domicile), le cadre met en place une coordination avec une infirmière qui donc gère en permanence les entrées et sorties, les flux de malades, pour favoriser au maximum, pour vraiment rendre ce service extrêmement dynamique, en termes de gestion, ça, c'est tout ce qui peut être fait, ce n'est pas particulièrement moi, c'est vraiment l'équipe d'encadrement… »*

3.3.3.2. Le personnel encadrant du personnel soignant

- *Gérer le flux de patients*

La gestion du flux de patients est étroitement liée à celle des lits. Elle consiste à gérer le flux de patients entre ceux qui rentrent et ceux qui sortent. L'objectif est de trouver des lits pour hospitaliser les patients entrants.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Ici il y a deux unités d'hospitalisation, deux unités de soins intensifs… Donc la gestion de ce flux de patients, sachant qu'ici les patients vont au bloc, ensuite, vont en réanimation, même si la réanimation maintenant fait partie d'un autre pôle… Mais c'est nous qui gérons tout ce flux de patients, les patients qui rentrent, les patients qui sortent, il faut qu'on ait les lits… »*

Le pôle a fait le choix de mettre en place une équipe de coordination qui centralise la gestion des lits pour tous les services du pôle. L'objectif étant de centraliser l'information sur les lits

disponibles au sein de tous les services du pôle. De cette manière, les cadres et les médecins perdent beaucoup moins de temps à chercher un lit et surtout à répondre rapidement en cas d'urgence. L'idée de la coordination en matière de gestion de lits rejoint celle de la mutualisation des lits entre tous les services du pôle. L'équipe de coordination gère les flux pour tous les services du pôle.

> ***EPS_CS_CC :*** *« On a mis en place une équipe de coordination, qui… On dit toujours que c'est la tour de contrôle… Il y a 4 postes, la quatrième personne va arriver au mois de février, ce sont trois infirmiers à l'heure actuelle qui gèrent les flux des patients entrés et sorties, qui nous en informent… Qui, en collaboration avec les médecins des unités… La mise en place de cette équipe, mais en plus de ça… On considérait – parce qu'on l'a fait, le flux, faut pas… Voilà, moi je l'avais fait pendant deux ans et je l'avais fait précédemment… C'est une mission sur le plan cadre qui ne relève pas de compétence cadre, clairement, on peut avoir un regard, c'est une évidence »*

Afin de mieux comprendre l'apport de l'équipe de coordination en matière de gestion du flux des patients, une cadre nous livre un bref historique de la création de l'équipe de coordination. L'équipe de coordination prend en charge la gestion de toutes les entrées et les sorties de patients avec la problématique de recherche de lits disponibles, la gestion des urgences téléphonique, les entrées au bloc, les ECMO, les urgences… Ainsi, les cadres sont déchargés de certaines activités qu'ils réalisaient avant la mise en place de cette équipe de coordination. Par le passé, les cadres géraient les greffes, recevaient tous les appels, géraient les lits, les contacts avec les correspondants internes et externes…

> ***EPS_CSS_QUA_CC :*** *« Mettre en place une coordination avec des infirmiers… Au départ, le cadre ou le faisant fonction qui avait un téléphone, et qui gérait les greffes, qui gérait les appels, qui gérait les correspondants, qui gérait les lits… Et puis, compte tenu du travail qu'on avait à faire, on s'est dit de quelles compétences on avait besoin pour bien gérer ça, pour qu'il n'y ait pas de perte de chance pour les patients quand on avait un appel urgent, parce que là chaque minute compte parfois… On*

parlait d'ECMO[98], aller poser une ECMO, tout ça, chaque minute compte… Libérer un téléphone donc, qui pourrait être capable de par son métier, sa formation, d'être formé pour assurer ce métier ? De manière à dégager du temps de cadre pour faire autre chose, encore d'améliorer, d'accompagner, de faire la gestion RH, etc., donc on a mis en place, on a innové cette fonction dans le service, qui continuera j'espère d'évoluer au fur et à mesure des évolutions du service et tout mais, déjà, donc on a des personnes qu'on a pu, des infirmiers, mettre pour faire de la coordination donc, ils gèrent un appel de greffe, ils gèrent toutes les urgences téléphoniques, ils coordonnent, ils font du flux, ils font de la coordination sur l'ensemble des entrées sorties du service… Avec ces entrées au bloc, ces sorties… Ces sorties en aval, les greffes à gérer, les urgences, les ECMO, les assistances, les dissections aortiques, enfin, c'est toutes ces activités qui représentent une grosse activité… »

La création du poste d'infirmier coordinateur a permis d'améliorer la gestion du flux avec l'utilisation d'outils de programmation. Elle a permis aux cadres de se libérer de la gestion du flux et de se consacrer en priorité à d'autres tâches comme la gestion des urgences, des transplantations, la gestion du personnel (par exemple le planning) et de l'accompagnement des agents. Mais le flux des patients demeure, néanmoins, sous la responsabilité des cadres d'où leur intervention en cas de problème sur les entrées ou les sorties de patients. Les cadres soutiennent l'équipe de coordination quand cette dernière rencontre de grosses difficultés à trouver des lits ou en cas de conflits.

EPS_CS_CC1 : *« On a un gros projet sur tout ce qui est amélioration du flux du patient avec utilisation d'outils de programmation… Le monsieur que vous avez vu en bas qui est un infirmier de coordination et qu'on a créé un peu un nouveau métier d'infirmier avec toute une organisation justement pour la gestion du flux, pour que le cadre soit moins en perpétuel impacté par ça et puisse travailler aussi sur autre chose, et puis nous, on a la gestion des urgences, des transplantations, donc l'infirmier de coordination travaille là-dessus… Et donc du coup qui nous dégage, nous, à l'heure actuelle du flux… Mais le flux reste sous notre responsabilité, on est quand même sans arrêt pour les aider, quand il y a des problèmes d'entrants, sortants, etc., mais on a*

[98] ECMO : Extracorporelle Membrane Oxygénation, une des techniques d'assistance circulatoire utilisée en urgence pour sauver les malades en grand choc cardiogénique (cœur qui ne fonctionne quasiment plus !!) menacés de mort imminente.

fait ce choix d'organisation parce que sinon quand on fait ça, on ne fait que ça. Et le problème de ce service, ce qui est quand même spécifique à ce service, c'est que si vous faites que ça, vous ne faites pas tout ce que je vous ai dit à côté, ou vous le faites très très mal et de façon… Très lente. »

EPS_CS_CC : *« Alors chercher les lits ce sont eux qui s'en occupent, on intervient réellement s'ils sont en très grosse difficulté ou en cas de conflit »*

Le soutien à l'équipe de coordination se manifeste également au niveau des relations que les membres de l'équipe peuvent avoir avec les médecins. Les cadres interviennent auprès des médecins qui ont tendance à considérer les membres de l'équipe de coordination comme de simples exécutants.

EPS_CS_CC : *« En plus de ça, on va le dire très clairement, les médecins ont une nette tendance à considérer cette équipe de coordination comme de simples exécutants, alors qu'ils ont une capacité de réflexion énorme et des compétences énormes, donc en tant que cadres, par contre là nous mettons les limites… Donc là, nous, on intervient aussi… »*

Ce soutien opérationnel et vis-à-vis des médecins apporté à l'équipe de coordination est renforcé par le contrôle opéré par les cadres du bien-fondé des sorties des patients et la vérification que les entrées et les sorties de patients sont contrôlées. Afin d'éviter la sortie des patients qui représentent peu de demandes sur le plan médical mais qui, sur le champ de l'hospitalisation, sont beaucoup trop lourds, la cadre s'oppose à la sortie de ces patients.

EPS_CS_CC : *« Moi je mets un veto extrême si je vois que le patient est trop lourd par rapport à l'hospitalisation, selon mon expertise professionnelle d'infirmière, là, par contre. Il y a des patients qu'on peut sortir, qui représentent peu de demandes sur le plan médical, sauf que sur un champ d'hospitalisation, sont beaucoup trop lourds, alors le médecin donne son accord, sauf que moi je considère que ce n'est pas adapté… »*

Au niveau du secteur des consultations, la gestion du flux des patients se confond avec la gestion des rendez-vous de consultation à travers la mise en place d'un logiciel dédié appelé « AGENDA ». Ce logiciel permet de planifier et d'enregistrer les patients prévus en consultation.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« L'informatique à l'APHP c'est catastrophique, mais après, par exemple, la gestion en bas* (secteur des consultations) *des patients, des rendez-vous, il y a un outil qui est très bien, mais qui, par exemple, quand j'ai pris le service elles étaient encore sur un calepin papier… Alors que pratiquement tout l'APHP était passée sous l'informatique sur le dossier agenda… On était un des seuls, je crois même le dernier service de l'APHP à ne pas avoir ça, oui, oui, c'était… »*

La mise en place du logiciel est d'autant plus importante que la gestion des relances des patients par SMS est subordonnée à l'utilisation du logiciel « AGENDA » pour les rendez-vous. La gestion automatique de ces relances permettrait de réduire le nombre de patients qui ne se présentent pas aux rendez-vous comme nous l'a expliqué un médecin plus haut qui a recours au « surbooking » pour limiter l'impact des « non-venues ».

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Avant même qu'on se soit posé la question de se dire : oui on voudrait qu'il y ait des rappels téléphoniques par SMS, oui mais ça ne fonctionne qu'avec « Agenda », mais vous n'avez pas « Agenda »...»*

3.3.4. Les pratiques de suivi budgétaire

3.3.4.1. Le personnel administratif

Le personnel administratif, notamment le cadre administratif du pôle, procède à l'analyse de l'activité médicale réalisée dans le but d'apporter un éclairage aux médecins et de faciliter le dialogue de gestion avec eux.

- *Analyser l'activité*

Chercher les diagnostics principaux et faire parler les GHM

L'activité hospitalière produite est exprimée en GHM. L'analyse de l'activité consiste à faire le lien entre les pathologies prises en charge et les GHM de classement. Le cadre administratif du pôle analyse de manière détaillée les GHM en étudiant les diagnostics principaux qui reflètent entre autres le motif de l'hospitalisation. Cette analyse est importante dans les discussions avec les médecins portant sur leur activité. Elle est importante de par la complexité de la classification en GHM notamment les GHM médicaux (non chirurgicaux). En effet, ces GHM sont composés de plusieurs diagnostics ce qui rend difficile leur analyse par les médecins sur le fondement du seul intitulé du GHM.

ADM_1 : *« Sur les GHM médicaux c'est beaucoup plus compliqué. Parce qu'il y a beaucoup de diagnostics et souvent on perd un petit peu le motif de l'hospitalisation, on ne le retrouve pas tout de suite dans le GHM donc du coup il faut essayer d'aller chercher dans les diagnostics principaux et essayer justement de faire parler un peu ces GHM… Je disais qu'il fallait faire parler les GHM, on avait sur le service métabolique un des GHM les plus présents c'est maladies endocriniennes hors diabète alors ça, je suis désolé mais ça ne veut rien dire quand on va discuter avec des médecins. Du coup il faut savoir ce qui se cache derrière ça, en l'occurrence des acromégalies du gigantisme et des maladies de Cushing. Alors en l'occurrence une fois qu'on a abordé ça, on peut commencer à discuter sérieusement avec les médecins parce que si je lui dis vous avez fait 76 maladies endocriniennes hors diabète, ils vous regardent avec des yeux ronds et ils vous disent : très bien mais je n'ai pas compris… »*

Savoir ce qu'il y a derrière le GHM

L'analyse fine des GHM par le cadre administratif du pôle vise à maintenir l'intérêt que peuvent manifester les médecins pour la gestion de l'hôpital. Elle vise aussi la facilitation du dialogue de gestion avec les médecins. Ces deux objectifs peuvent être remis en cause si les médecins ne disposent pas d'informations claires qui ne leur demandent pas de faire eux-mêmes le lien entre, par exemple, une insuffisance cardiaque et le GHM dans lequel elle est classée.

ADM_1 : *« Ça veut dire qu'il faut réussir à savoir ce qu'il y a derrière le GHM. Parce que le médecin, lui, dans ses études, il n'a pas appris à dire qu'une insuffisance cardiaque allait donner tel GHM. Alors ça l'intéresse tout ce qui va concerner la gestion de l'établissement, mais si on lui parle en GHM… À un moment donné le dialogue va être rompu… »*

Faciliter le dialogue de gestion

ADM_1 : *« Faciliter le dialogue de gestion. C'est de pouvoir justement dire quand un médecin parle de lupus par exemple, on travaille beaucoup en ce moment avec l'IE3M* (un bâtiment de l'hôpital regroupant plusieurs services du pôle étudié) *sur l'HDJ… Les HDJ « hypophyse » ou les HDJ « lupus », on ne les retrouve pas comme ça, avec ces termes-là, dans les GHM. Il faudrait réussir à trouver les diagnostics, les actes qui*

correspondent et réussir à faire parler le GHM… »

- *Informer les médecins*

L'information des médecins passe par plusieurs activités visant la communication des informations sous forme d'indicateurs. Ces informations portent sur la situation du service en matière d'occupation des lits, le niveau d'activité réalisée, les changements de tarifs de remboursement… etc.

Envoyer les indicateurs à l'exécutif du pôle, envoyer un mail au médecin pour les lits vides du SSR pour essayer de comprendre

Dans ses rapports avec les médecins, l'administration les informe et les alertes par E-mail en leur envoyant des indicateurs. Elle leur demande des informations et des explications sur des points particuliers tels que des lits vides (non occupés par des patients). Les médecins apportent des éléments de réponse à l'administration sur les questions posées.

> ***ADM_2 :*** *« Je les envoie* (les indicateurs) *à l'exécutif du pôle et après tu as les CAP, le CPP. Je pense que dans certains pôles, ils partagent, après c'est la gouvernance… J'ai envoyé un mail, par exemple les lits de SSR étaient plutôt vides. J'envoie un mail donc j'ai le retour de médecins : effectivement on a eu des anomalies, des patients qui devaient venir et ne sont pas venus, et ainsi de suite, pour essayer de comprendre le pourquoi. »*

Présenter la situation financière du pôle aux médecins, le DIM communique dans les services sur les changements des tarifs

En plus des indicateurs sur l'occupation des lits et l'activité, l'administration informe également les médecins sur la situation financière du pôle notamment en termes de recettes. Elle leur présente l'impact des évolutions du contexte notamment l'évolution des tarifs de remboursement sur les recettes du pôle. Le DIM prend en charge le « décryptage » des évolutions des tarifs et l'information des médecins sur les changements et leurs répercussions.

> ***ADM_3 :*** *« le DIM l'a calculé cette année, effectivement on sait que sur le pôle cœur et métabolisme on a 800 000 € de moins à case-mix constant. Et donc effectivement, mais ça, on l'affiche très clairement auprès des médecins, ils ne nous rendent pas responsables de ça, ils savent que c'est le système lui-même qui est comme ça et on*

essaye effectivement de trouver d'autres marges… On a exactement le même patient en face mais il (le DIM) *décrypte vraiment dans le détail tous les éléments nouveaux et il passe dans tous les services pour dire attention ça a changé… »*

Fournir aux médecins l'information sur les GHS, présenter l'activité

La réunion du pôle est l'occasion de présenter de manière détaillée l'activité réalisée par les services du pôle. Cette présentation est assurée par le cadre administratif du pôle.

***ADM_1 :** « La réunion est toujours présidée par le chef de pôle, le directeur délégué est toujours présent, moi je suis toujours présent aussi. En règle générale on a toujours une présentation de l'activité plus au moins détaillée selon l'ordre du jour… »*

Donner des chiffres qui parlent aux médecins, faire découvrir au médecin l'outil PMSI-pilot

Afin de s'assurer de la compréhension par les médecins des chiffres présentés, le cadre administratif du pôle détaille les résultats d'activité jusqu'au niveau des diagnostics liés aux GHM et aux GHS. Il est plus facile aux médecins de saisir ce qui est présenté quand il comprend les diagnostics plutôt qu'une volumétrie d'activité exprimée uniquement en nombre de GHM produits.

***ADM_3 :** « Très clairement ça leur parle quand même quand on leur donne leur GHS, les diagnostics, quand on est au niveau des diagnostics ils comprennent tout. Alors qu'avant c'était un magma pour eux comme pour nous… »*

Donc, la forme de présentation des données est très importante pour s'assurer de la compréhension et de l'appropriation par les médecins des informations présentées de leur implication dans l'analyse des résultats.

***ADM_3 :** « Mais quand on demande à un médecin combien vous avez traité de ci, ils ne savent pas. Moi chaque année, sur le pôle cœur, quand on leur donnait exactement le nombre d'ECMO* (assistance cardiaque)*, le nombre de DEF* (défibrillateur)*, le nombre de pacemakers qui avaient été posés tout ça ce sont des chiffres qu'ils comprenaient vite du coup ils rentrent dans les statistiques, pourquoi j'ai baissé là, qu'est-ce qui s'est passé, là aussi c'est de donner des chiffres qui leur parlent et ça, il faut le construire avec eux… »*

Afin de faciliter l'appropriation des indicateurs par les médecins, un outil, « PMSI-pilot », est mis à leur disposition. Cet outil leur fournit des informations diverses et variées sur le niveau d'activité, les recettes, les DMS… etc.

> ***ADM_3 :*** *« Madame XXXX (*médecin) *quand je lui fais découvrir tout ce que je voyais avec PMSI-pilot*[99]*, elle n'en revenait pas et ça lui plaisait vachement… »*

- *Réaliser le suivi de l'exécution budgétaire*

Le suivi de l'exécution budgétaire renvoie au travail réalisé par l'administration et qui associe les médecins et les soignants. Ce suivi est également réalisé avec les directions fonctionnelles de l'hôpital (services techniques, logistiques, administratifs…).

> ***ADM_4 :*** *« Ça concerne principalement la préparation et le suivi d'exécution budgétaires. Cela dit, ça renvoie à un gros travail de préparation qui associe l'ensemble de la communauté hospitalière, les communautés médicales et soignantes, quand il s'agit de présenter des projets d'organisation et de développement d'activité. Ça peut concerner aussi les services techniques et les services administratifs quand il y a des sujets de réorganisation. Il y a, à l'APHP particulièrement, des relations internes qui se doublent d'échanges avec le siège. Donc, il y a un gros travail de préparation… »*

De manière plus précise, le suivi de l'exécution budgétaire par la direction des finances de l'hôpital focalise sur les deux composantes du budget de l'hôpital à savoir les recettes et les dépenses. La focalisation sur les dépenses et les recettes est dictée par la logique de la tarification à l'activité (T2A). Comme présenté dans le premier chapitre, le financement avec la T2A fait que l'hôpital perçoit un remboursement fixe par séjour indépendamment des dépenses que la production de ce séjour a pu engendrer. Donc l'hôpital doit veiller à ce que le volume des recettes permette a minima de couvrir les dépenses générées. À l'inverse, le système existant avant la T2A et appelé dotation globale, assurait à l'hôpital un financement à hauteur du niveau des dépenses constatées.

> ***ADM_4 :*** *« Il y a ensuite un gros travail de suivi dans l'exécution budgétaire, avec cette particularité aujourd'hui que les dépenses sont autant à suivre que les recettes, ce qui n'était pas le cas avant la T2A. Aujourd'hui, il y a vraiment deux grands leviers*

[99] PMSI-pilot est un logiciel qui permet de disposer de l'ensemble des données de codage diagnostique, d'actes réalisés et de l'activité réalisée.

à suivre, je ne parle pas encore pilotage parce que piloter un paquebot comme la Salpêtrière, c'est quelque chose d'énorme avec une inertie terrible, et en même temps sur certains sujets, on sait être très réactifs, du coup il y a ce double levier à manipuler : les dépenses et les recettes. »

Élaborer les tableaux de bord, suivre l'activité et les dépenses

Le suivi de l'exécution budgétaire se matérialise par des tableaux de bord, élaborés par le contrôleur de gestion de l'hôpital, présentant le niveau d'activité réalisé par les services médicaux, le volume des dépenses notamment les dépenses de personnel. Comme présenté au troisième chapitre, les dépenses de personnel représentaient 56 % des dépenses de l'hôpital en 2014.

ADM_1 : *« Mes activités dans l'ensemble, il y a des activités de routine qui sont : élaborer les tableaux de bord, voire un petit peu suivre l'activité, où on en est dans les dépenses, la masse salariale… »*

Envoyer les budgets par service tous les mois

Le travail réalisé par le contrôleur de gestion sur les tableaux de bord est complété par le bilan de la situation budgétaire mensuelle établie par la DAF (Direction Administrative et Financière). Les documents du suivi budgétaire communiqués mensuellement aux services portent sur les dépenses et les recettes constatées au regard du budget prévu. L'objectif étant de collaborer avec tous les services de l'hôpital, qu'ils soient administratifs (la direction de la logistique, de l'informatique…), cliniques (services médicaux d'hospitalisation) ou médicotechniques (imagerie, radiologie, laboratoires…), pour analyser les écarts constatés, sur les dépenses et sur les recettes, par rapport aux prévisions.

ADM_4 : *« Tous les mois, on envoie, nous, ce qu'on appelle les budgets de service, ce sont les dépenses constatées, non retraitées, les dépenses constatées aux pôles et aux services. »*

ADM_4 : *« C'est, au moins au niveau de la direction des finances, rendre compte de l'état des recettes et des dépenses, et au mieux, en lien avec la direction et les services concernés, que ce soit les directions ou les services cliniques ou médicotechniques, c'est de piloter réellement en cas d'écart à la prévision. Les dépenses, ce sont des*

écarts en plus, les recettes des écarts en moins. Ça, c'est le gros du sujet. Et autour de ça, par nature, les dépenses et les recettes alimentent aussi des sujets en soi. »

Se comparer à l'Etude Nationale des Coûts (ENC)

L'analyse des dépenses constatées se fait par rapport aux prévisions mais également par rapport à l'étude nationale des coûts (ENC). L'ENC présente les coûts complets moyens par séjour d'hospitalisation issus de la comptabilité analytique d'un échantillon d'hôpitaux. Comme indiqué au premier chapitre, l'établissement du case-mix d'un hôpital permet de positionner ses coûts par rapport à l'ENC.

ADM_3 : *« Parce qu'on peut regarder par rapport à l'ENC, on sait qu'historiquement l'APHP, notamment sur tout ce qui est examen de laboratoire, on a des charges beaucoup plus fortes que dans l'ENC… »*

Creuser pour savoir pourquoi ça ne marche pas

L'objectif du suivi de l'exécution budgétaire à travers notamment les tableaux de bord est l'analyse des résultats pour identifier par exemple les causes des écarts constatés entre le niveau d'activité réalisé et la cible prévue. Ces résultats et leur analyse sont présentés aux médecins lors des réunions de pôle.

ADM_1 : *« Ce n'est jamais présenté brutalement, c'est-à-dire il y a toujours une explication ce n'est pas juste tel service a fait moins tant. Ça ne s'arrête pas là. C'est-à-dire qu'avant la réunion je vais creuser pour savoir pourquoi ça ne marchait pas, et en général ce n'est jamais la raison de : on n'a pas travaillé, ce n'est jamais ça… »*

Faire des situations mensuelles sur les dépenses

Les différents documents établis dans le cadre du suivi budgétaire (les tableaux de bord pour l'activité et les dépenses, les documents de suivi de l'exécution budgétaire élaborés par la DAF) sont présentés lors des réunions de pôle. Le contrôleur de gestion de l'hôpital, rattaché au directeur général, se concentre sur les tableaux de bord présentant les résultats en termes d'activité et les dépenses de manière globalisée afin d'informer le directeur de la tendance générale.

Au moment de la réunion, l'analyse des dépenses détaillée des dépenses de personnel est du ressort de la Direction des Ressources Humaines (DRH), celle portant sur les dépenses et les

recettes revient à la direction des finances, ce qui concerne la qualité est présenté par la direction de la qualité.

> ***ADM_2 :*** *« J'ai une vision globale comme le personnel c'est-à-dire tous les mois je fais une situation sur les dépenses, je note au niveau de la direction générale comment se situe le personnel : bon, pas bon etc. Après pour rentrer au niveau du pôle c'est la DRH qui va faire le personnel, la direction des finances qui va faire l'aspect finance, la qualité qui va faire la qualité etc. »*

Suivre et piloter l'exécution budgétaire : suivre les recettes de titre 3

Comme indiqué plus haut, la Direction Administrative et Financière (DAF) travaille avec tous les services de l'hôpital pour analyser les écarts constatés par rapport aux prévisions. Dans ce cadre, elle entreprend un travail d'analyse des recettes dites de « titre 3 » qui ne sont pas liées à l'activité hospitalière. Il s'agit par exemple à des refacturation de surfaces de l'hôpital concédées à d'autres organismes. Ces recettes représentées 16 % des recettes de l'hôpital inscrites au budget de l'année 2014.

> ***ADM_4 :*** *« Pour la partie recettes dans laquelle on a aussi les recettes de titre 3 qui n'intéressent pas directement l'activité hospitalière mais qui sont aussi à la fois importantes et chronophages quand on refacture des prestations à l'extérieur, quand on facture des surfaces. Enfin, tout cela ça prend du temps. »*

- *Réaliser le suivi des recettes liées à l'activité médicale*

Le suivi des recettes est assuré exclusivement par le personnel administratif à travers notamment le renforcement de la facturation. Les actions entreprises dans le cadre de cette pratique concernent deux services rattachés à la direction des finances. Il s'agit du service administratif des admissions (enregistrement des dossiers des patients) et du service des traitements externes (facturation). Ces deux services jouent un rôle important en matière de recettes de l'activité hospitalière. En effet, pour pouvoir facturer les soins, il faut que toutes les informations requises soient correctement enregistrées par les agents des deux services.

Ainsi, la direction met l'accent sur la sensibilisation, l'explication et la pédagogie envers les agents de ces deux services sur l'importance de leur rôle dans la chaîne de facturation de l'hôpital et donc des recettes. Ce travail de sensibilisation et d'accompagnement est d'autant plus primordial que ces équipes ont dû s'accommoder de la T2A et de son mécanisme de

financement.

> ***ADM_4 :*** *« C'est le gros sujet de la direction des finances. Directement lié à cela, il y a tout le sujet de l'accueil, de l'entrée et de la sortie des patients sous l'angle admission, frais de séjour et traitements externes qui sont des services rattachés à la direction des finances et c'est bien normal puisque générant potentiellement, générant énormément de recettes d'activité hospitalière. Ici, il y a de grosses équipes, des équipes importantes à gérer et il y a de notre part une attention toute particulière prêtée à ces équipes parce qu'elles ont dû s'accommoder de la T2A, ce qui n'était pas forcément leur quotidien par le passé et donc, ce sont des équipes auprès desquelles il faut régulièrement, ce n'est pas peu de le dire, faire un travail d'explication et de pédagogie sur l'importance de leur rôle dans la chaîne de facturations et de recettes… »*

Pour le service des admissions, la sensibilisation vise l'enregistrement de manière correcte de l'identité du patient et de son adresse, l'identification ses débiteurs et la facturation correcte du séjour. Pour le service des traitements externes, les instructions mettent l'accent sur l'enregistrement de l'identité des patients et de facturation correcte des actes et des consultations.

> ***ADM_4 :*** *« Je parle des services administratifs, des admissions, prendre correctement l'identité d'un patient, son adresse, identifier ses débiteurs, facturer correctement un séjour. »*

> ***ADM_4 :*** *« Pour les traitements externes, de la même manière, s'assurer de l'identité des patients, facturer correctement les actes ou les consultations réalisées. »*

L'accompagnement de ces deux maillons de la chaîne de facturation et de recettes est crucial du fait de l'impact que peut avoir la qualité de leur travail sur les finances de l'hôpital. Les deux services assurent le lien entre l'hôpital et les différents débiteurs que ce soit l'assurance maladie, les patients ou les mutuelles.

L'hôpital peut être performant en matière d'activité, de codage mais si ces deux maillons sont défaillants et que l'activité n'est pas correctement facturée, les finances de l'hôpital peuvent facilement en pâtir et les conséquences peuvent être importantes. Le travail des deux services peut impacter une assiette de recettes estimée à 400 millions d'euros.

ADM_4 : *« On peut avoir la meilleure activité et le meilleur codage du monde, si derrière, ce dernier maillon qui transmet les factures à payer, si je fais simple, à l'assurance maladie, aux mutuelles, aux patients, si ce dernier maillon n'est pas performant, et aujourd'hui il y a un vrai sujet de performance sur ce dernier maillon, le codage et l'activité ne sont pas valorisés, en tout cas, pas valorisés en recettes. Cela peut avoir pour nous, vu le volume de recettes que ça représente, des conséquences terribles en termes de pilotage et d'écart à la cible. Sur des assiettes, par exemple les frais de séjour, c'est de l'ordre de 400 millions d'euros d'assiette. Si j'ai 10 % de ma facturation qui n'est pas faite. Ce sont vite des montants terribles, énormes. »*

3.3.4.2. Le personnel médical

Les médecins sont conscients que les administratifs opèrent un contrôle sur le niveau d'activité, des recettes et des dépenses.

MED_CDP_OM : *« On est surveillé comme de l'huile sur le feu donc voilà, pourquoi on a eu moins d'activité sur tel mois, pourquoi on a rapporté moins d'argent, pourquoi il manque des problèmes de codage, nous, on est un pôle un peu, malheureusement, qui devait rapporter beaucoup, donc quand ça descend, ça se répercute sur l'hôpital, donc c'est : pourquoi vous avez moins d'activité, qu'est-ce que vous faites, on vous a ouvert des lits, il faut que vous les remplissiez… C'est la pression de tous les jours, En sachant qu'on a l'impression quand même qu'on ne tricote pas toute la journée, »*

Cette surveillance pousse les médecins à mettre en place un suivi budgétaire. Ce suivi est symbolisé par les actions entreprises, par exemple, par le pôle biologie pour prévenir les « dérives » budgétaires. Ce suivi porte sur l'activité et les dépenses. Ce suivi est impliqué par trois éléments. Le premier est la position du pôle comme prestataire d'actes pour les services cliniques. Le service, constatant une augmentation de son activité du fait de l'augmentation des demandes des services cliniques, surveille l'impact de cette augmentation sur ses dépenses de consommables. Le deuxième, qui découle du premier, est que l'administration met à disposition du pôle l'enveloppe budgétaire qui correspond à l'activité produite du fait du mécanisme T2A. En effet, dans le mécanisme du financement à l'activité, le pôle biologie bénéficie de financement dans le cadre des enveloppes MIGAC (Mission d'Intérêt Générale et

d'Aide à la Contractualisation) qui est une enveloppe complémentaire de la T2A pour financer des activités spécifiques et innovantes notamment en matière d'actes de biologie. Le troisième élément qui motive un suivi budgétaire est le vieillissement des équipements qui engendre des dépenses de maintenance importantes qui influent sur le budget du pôle. Le suivi budgétaire vise à identifier les causes des dépassements et l'adéquation entre les moyens et les dépenses.

> ***MED_CDP_BM :*** *« Alors ça, c'est une bonne question et là, on rentre complètement dans le cœur de la T2A. Donc, nous considérons que nous n'avons pas à nous en préoccuper pour la partie des consommables dans la mesure où, finalement, l'hôpital met à disposition la masse financière qui correspond à l'activité qui nous est demandée, par les cliniciens. Et il est vrai que nous sommes très régulièrement en augmentation. Donc on a une augmentation d'activité de diagnostics, régulière, de plus 5 % par an depuis cinq ans. Et donc en gros, nos dépenses de consommables suivent comme ça, voire les dépassent un peu parce que les réactifs coûtent de plus en plus chers. On est plutôt à 6 ou 7 % mais c'est vrai que n'étant plus dans le système de budget attribué, nous n'avons pas ce couperet qui nous dit à la fin de l'année, il n'y a plus d'argent. Et donc, nous suivons notre activité et nos dépenses chaque mois.*
>
> *Donc nous faisons le maximum pour suivre l'adéquation entre les moyens et les dépenses et nous essayons d'analyser les causes de dépassement très rapidement pour ne pas laisser de dérives… Les appareils vieillissent de façon épouvantable et donc il y a des frais de maintenance qui sont imputés aux pôles qui sont très importants qui font qu'on est en dépassement mais malgré tout, on est à l'équilibre, globalement, grâce à cette très, très, importante activité d'innovation qui se quantifie en BHN (Actes de biologie hors nomenclature remboursés), une part de MERRI, MIGAC qui est très importante ; c'est 30 % du pôle…»*

Un autre répondant précise qu'il assure, en tant que chef de pôle et dans le cadre des réunions du bureau du pôle, le suivi des éléments financiers, de l'activité et des problèmes de ressources humaines (le personnel).

> ***MED_CDP_OM :*** *« Le bureau de pôle, on revoit les problèmes financiers, l'activité, les problèmes de RH, les problèmes de la qualité, etc… C'est en gros un mardi après-midi sur deux, et le reste du temps c'est gérer un peu où sont les finances, l'activité,*

recevoir les médecins qui ont des soucis sur le pôle enfin, plus m'occuper de la gestion de mon service, des réunions de mon service… Donc mardi c'est un peu plus administratif… »

3.3.4.3. Le personnel encadrant du personnel soignant

Les actions entreprises par le personnel encadrant dans le cadre du suivi de l'exécution budgétaire concernent les domaines de gestion de la formation et de la gestion de l'enveloppe de personnel. Les encadrants mettent également l'accent sur les activités d'information et de communication avec les médecins dans le cadre de l'analyse des indicateurs d'activité et de recettes.

- *Gérer la formation*

Pour la gestion de la formation, le personnel encadrant du personnel soignant réalise des activités visant le respect de l'enveloppe budgétaire allouée à la formation et le suivi de sa consommation.

Suivre l'enveloppe budgétaire de formation

Le suivi de l'enveloppe budgétaire allouée à la formation est réalisé avec la cadre paramédicale de pôle et le cadre administratif du pôle.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Le suivi de l'enveloppe budgétaire et de formation, et du TPRE avec le cadre paramédical de pôle et le cadre administratif de pôle… »*

Respecter l'enveloppe financière du pôle, dépenser l'enveloppe pour qu'elle soit a minima reconduite

L'objectif associé à la gestion de l'enveloppe budgétaire de formation allouée au pôle est le respect de cette enveloppe. Le respect de cette enveloppe, du point de vue des cadres, se traduit par sa consommation dans sa globalité pour qu'elle soit a minima reconduite l'année suivante. Cette vision du respect de l'enveloppe budgétaire est dictée par l'idée que si le pôle sous-consomme son enveloppe dédiée à la formation, le montant non consommé sera transféré sur d'autres pôles.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« D'ailleurs on essaie, on la respecte à tel point d'ailleurs qu'on fait en sorte d'essayer de la dépenser, de telle sorte qu'elle soit a minima reconduite l'année suivante… Ça aussi c'est important… Mais, en revanche, si vous avez une*

enveloppe, il faut être aussi, enfin, à la hauteur de cette enveloppe, je veux dire, en termes de formation continue parce que… Il y a des gens… Tout le monde a des besoins. Si vous, vous êtes peu promoteur en quelque sorte de la formation, après toute votre enveloppe peut être redégagée sur un autre pôle… »

- *Respecter l'équilibre budgétaire RH*

Respecter l'équilibre budgétaire, suivre le TPRE, regarder les lignes budgétaires

À l'instar du suivi réalisé pour l'enveloppe budgétaire de formation, la cadre assure le suivi du Tableau Prévisionnel des Ressources et des Emplois (TPRE) en collaboration avec la cadre paramédicale de pôle et le cadre administratif du pôle.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Le suivi de l'enveloppe budgétaire et de formation, et du TPRE* (Tableau Prévisionnel des Ressources et des Emplois) *avec le cadre paramédical de pôle et le cadre administratif de pôle… »*

L'objectif de ce suivi est d'assurer le respect du nombre d'effectif alloué au pôle synonyme du respect de l'équilibre budgétaire sur l'enveloppe de personnel. Ce suivi permet d'identifier les évolutions du TPRE et de pouvoir justifier les modifications constatées.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Voilà. On peut… Enfin, c'est… Ça peut évoluer en fonction des besoins au cours de l'année, l'essentiel étant de justifier les modifications, et de respecter, enfin, l'équilibre budgétaire… »*

Au-delà du suivi intrapôle, des réunions sont organisées plusieurs fois par an avec la direction des ressources humaines et la direction des soins pour analyser les lignes budgétaires relatives à l'enveloppe de personnel et vérifier l'équilibre budgétaire entre ce qui a été prévu lors de la conférence budgétaire et ce qui est réalisé. Ces réunions ont également pour objectif d'étudier certaines options comme la transformation des postes (par exemple, transformer un poste prévu pour une infirmière en un poste d'aide-soignante).

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Nous avions plusieurs fois par an des réunions avec la DRH et avec la direction des soins, où nous reregardions l'ensemble de nos lignes budgétaires, de sorte de voir si nous sommes à l'équilibre ou pas, et de voir si on fait des transformations de poste… »*

- *Analyser et informer*

Cette pratique concerne le travail réalisé dans le cadre des réunions de l'exécutif du pôle (avec le chef de pôle et le CAP) ainsi que l'analyse conduite à l'occasion des remontées d'information de la direction sur les indicateurs d'activité tels que le TOC (Taux d'occupation des lits) ou la DMS (Durée Moyenne de Séjour).

Traiter des sujets, apporter des précisions au chef de pôle et parler des recettes

Pour les réunions de l'exécutif du pôle, la cadre paramédicale du pôle discute le volet recettes et apporte des précisions au chef du pôle sur différentes thématiques notamment l'activité du pôle.

> ***EPS_CPP :*** *« Les sujets qu'on traite c'est soit le sujet où le chef de pôle veut des précisions sur telle et telle thématique, souvent liée à l'activité, enfin, il ne faut pas rêver, soit nous, on lui amène des informations sur cette partie du pôle qu'elle n'a pas… Ça peut être des conflits, d'ailleurs, ou alors ça peut être des problématiques sur des fermetures de lits, sur le plan d'équipement, sur des choses comme ça… On parle des recettes. »*

Voir chaque chef de service pour l'interroger sur les indicateurs (DMS, TOC)

Sur le fondement des indicateurs communiqués par la direction, notamment le TOC et la DMS, à la cadre paramédicale du pôle, cette dernière se charge d'informer et d'alerter les chefs de service du pôle. Ses relations avec les différents chefs de service lui facilitent les contacts.

> ***EPS_CPP :*** *« Je vais voir chaque chef de service. C'est là que ça me prend beaucoup de temps. Je vais voir chaque chef de service. C'est simple… Ce n'est pas tout à fait à moi de faire ça, mais sur ce pôle, le chef de pôle est plus de l'autre côté* (un autre bâtiment)*, et bon c'est facilitateur pour moi parce que je les connais bien quand même. Et je vais voir chaque chef de service, je les alerte »*

3.3.5. Les pratiques de contrôle

Les pratiques de contrôle sont identifiées pour les trois groupes d'acteurs. Pour le personnel médical, le contrôle porte le volume d'activité produit par les médecins vacataires (les attachés) et sur les dépenses de médicaments. Le personnel administratif assure le contrôle des dépenses de l'intérim. En ce qui concerne les cadres, les pratiques de contrôle identifiées

visent les dépenses non justifiées (abusives) et les dépenses relatives à l'achat de matériel.

3.3.5.1. Le personnel médical

Les chefs de service opèrent un contrôle sur le volume d'activité produit par les vacataires et sur les dépenses relatives aux médicaments.

- *Contrôler l'activité médicale réalisée par les attachés*

Les attachés sont des médecins vacataires réalisant des consultations une fois par semaine au sein du service. Le contrôle de leur activité a pour objectif de les inciter à réaliser davantage de consultations. Cette démarche est motivée par la « pression » qu'exerce l'administration sur les services en cas de baisse du niveau de l'activité notamment les consultations. Par le passé, le médecin ne s'intéressait pas au nombre de consultations réalisées par les attachés partant de l'idée que cette activité n'est pas très bien payée. Donc, la « pression » de l'administration a incité le médecin à vérifier le nombre de consultations et ensuite à demander à une attachée de faire une consultation en plus.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Je ne regardais pas l'activité des attachés qui viennent une fois par semaine consulter dans le service, parce que je me disais : déjà une vacation ce n'est pas très bien payée, ils font une activité de consultation, je ne vais pas les ennuyer avec leur charge de travail. Et en fait là, c'est la première année où j'ai regardé combien il y avait de consultations, uniquement parce que l'administration m'avait dit : vous avez baissé en activité de consultation cette année par rapport à l'année dernière, comment vous l'expliquez ? Toujours cette pression fait que j'ai jeté un coup d'œil et j'ai vu qu'il y avait une attachée qui voyait beaucoup moins de patients que les autres sur sa demi-journée, donc je l'ai interpellée là-dessus, elle m'a dit qu'elle, elle prenait une heure avec les patients, que dans son cabinet, elle faisait ça, et qu'elle ne voyait pas pourquoi elle ferait différemment dans le service public et je lui ai simplement dit : écoute, ce qui serait bien pour le service, ce serait que tu en vois un de plus. Après je me suis excusée de lui avoir demandé ça en me disant : mais c'est complètement dérisoire, et je m'en suis voulu ! Alors elle fait un effort, elle voit un patient en plus mais voilà »*

- *Contrôler l'évolution des dépenses de médicaments*

Le contrôle des dépenses de médicaments concerne le contrôle a posteriori de l'évolution des

dépenses des médicaments « hors GHS » c'est-à-dire tous les médicaments qui ne sont pas inclus dans les tarifs ou la rémunération du séjour. Le tarif lié à un séjour (Groupe Homogène de Malades (GHM)) est appelé Groupe Homogène de Séjour (GHS). Ces médicaments sont remboursés indépendamment du séjour s'ils sont inscrits dans la liste des médicaments éligibles au remboursement. Le contrôle est réalisé aussi a priori par le médecin à travers la vérification des prescriptions de médicaments dits « hors GHS ». Le contrôle des prescriptions passe par leur validation par le chef de service. Le contrôle des dépenses de médicaments est réalisé dans le but de comparer leur évolution à celle de l'activité pour éviter que ces dépenses accroissent plus que le niveau de l'activité.

> ***MED_CDS_MI :*** *« Je les regarde aussi… C'est quand même important, mais je regarde l'évolution… Toutes les prescriptions de médicaments de service hors GHS doivent être validées par moi… J'aime bien voir l'évolution. Je n'aime pas que ça monte plus que l'activité. »*

Un autre médecin, de par la nature de son activité, il s'intéresse davantage à l'évolution des chiffres de dépenses sachant qu'il existe une validation en amont avec la pharmacie de l'hôpital de tout ce qui est DMI (dispositifs médicaux implantables).

> ***MED_CDS_CC :*** *« Non, vaguement en médicaments, mais je ne regarde pas, je jette un coup d'œil pour voir s'il n'y a pas un truc qui flambe d'un seul coup. Tout ce qui est matériel, les « dispositifs » (dispositifs médicaux implantables comme les pacemakers ou les valves cardiaques), c'est largement discuté en amont avec la pharmacie, donc on sait où on va, donc ça, je ne regarde pas vraiment… En tout cas, j'ai les chiffres, dans l'ordinateur quelque part j'ai les chiffres, mais de but en blanc dire combien je dépense en médicaments, je n'en ai aucune idée, en plus ce sont des montants tellement faramineux que ça n'évoque pas grand-chose. Moi je regarde, ce sont les évolutions de ces chiffres. »*

- *Contrôler la juste prescription*

Dans un objectif de réduction des dépenses, la direction vise la juste prescription comme nous le verrons dans le point suivant concernant le personnel administratif (maîtriser le recours à l'intérim et les prescriptions d'actes). Le pôle biologie est sensibilisé à cette préoccupation de la direction. Il travaille en étroite collaboration avec les services cliniques pour promouvoir la juste prescription. La juste prescription vise à éviter les doublons dans les demandes d'actes

par les services cliniques. Ainsi, le pôle biologie informe les services cliniques sur leur consommation en nombre d'actes et en valorisation monétaire en les incitant à « senioriser » les prescriptions c'est-à-dire une supervision des prescriptions par les médecins seniors (PUPH et PH).

> ***MED_CDP_BM :*** *« Et puis il y a un troisième pan qui pourrait vous intéresser également, que l'on démarre, beaucoup à la demande du directeur général, qui est la juste prescription. Donc cette fois-ci, c'est la coordination, avec les services cliniques, pour arriver à réduire les prescriptions. On a identifié les pôles cliniques les plus prescripteurs et je travaille étroitement avec le pôle le plus prescripteur qu'est le pôle de réanimation et d'urgences. Donc nous avons identifié le besoin pour les cliniciens de suivre leurs prescriptions, sur le plan quantitatif, par des marqueurs de couleur. Donc, nous leur signalons, chaque mois, leur consommation, en euros, d'actes de biologie. Nous avons travaillé ensemble pour qu'ils mettent en place des actions de « seniorisation » de la prescription, en particulier les examens les plus coûteux et puis des règles de réduction de la redondance des examens de manière à éviter des répétitions inutiles des examens. »*

3.3.5.2. Le personnel administratif

- *Maîtriser le recours à l'intérim et les prescriptions d'actes*

Dans le but de réduire les dépenses, l'administration mène une politique d'économies sur le personnel notamment en maîtrisant le recours à l'intérim et sur les prescriptions de biologie et d'imagerie. Le ciblage des dépenses d'intérim est motivé par le coût d'un poste en intérim qui est plus coûteux qu'un poste de titulaire. Mais la direction se trouve devant un dilemme. D'une part, elle veut maintenir le niveau d'activité, d'autre part, elle constate qu'il existe des postes vacants. Donc pour pouvoir maintenir le niveau d'activité, il faut que les postes soient occupés. En l'absence de recrutement de personnel titulaire, la direction n'a pas d'autres choix que de recourir au personnel intérimaire pour réaliser l'activité. Ainsi, afin de résoudre ce dilemme, la direction vise d'autres postes budgétaires sur lesquels elle peut réaliser des économies. Elle cible la juste prescription sur les radios, les actes de biologie et sur les radios au lit du patient en évitant notamment les doublons.

> ***ADM_3 :*** *« On peut le faire parfois un petit peu sur le personnel, il y a eu des*

moments, des années où on a effectivement, on a eu beaucoup de l'intérim parce qu'il y avait des postes vacants pour peu qu'on ait à nouveau des postes remplies mais on a quand même de la dépense d'intérim, qui coûte beaucoup plus cher qu'un poste titulaire qui a été rempli… Ce n'est pas sur la prescription de médicaments qu'on va les faire donc si on veut maintenir justement le niveau d'activité… Donc cette année on a misé sur tout ce qui était juste prescription, acte de biologie, acte d'imagerie, réflexion en CEL, les doublons, les radios au lit du patient… »

3.3.5.3. Le personnel encadrant du personnel soignant

Les actions entreprises par les cadres dans le but de contrôler les dépenses s'articulent autour de la remise en cause de certaines dépenses considérées comme injustifiées et faisant référence à des « privilèges » plutôt qu'à des besoins liés aux missions de soins. La maîtrise des dépenses de la part des cadres passe également par des initiatives comme la mise en place de matériel à usage unique (jetables) au lieu d'un recours à un matériel lourd nécessitant de l'entretien et de la maintenance.

- *Analyser et maîtriser les dépenses*

La maîtrise des dépenses porte sur l'« éradication » de certains abus et de mauvaises habitudes du passé. C'est le cas par exemple des dépassements d'honoraires, des astreintes et des commandes de taxis qui étaient totalement injustifiés. Ces dépenses étaient la contrepartie octroyée à certains personnels pour des tâches qui ne rentrent pas dans le cadre de leurs missions (réceptionner les colis des médecins qui partaient en voyage, commande de taxi après une soirée). Les bénéficiaires considéraient que ces rétributions étaient totalement justifiées par la cadence du travail, les tâches réalisées et qu'il s'agit d'une forme de compensation. La cadre, en mettant fin à ces pratiques, a pu orienter ces dépenses vers d'autres postes de dépenses.

EPS_CS_CC : *« Je dis « abus », il y en avait même ici, je vais être très claire. Quand je vous avais dit tout à l'heure que je faisais le bureau à l'époque, donc moi, je suis partie pendant huit ans de ce service, ce sont des infirmiers qui faisaient, donc le flux, on leur demandait tout et rien en même temps, de faire la secrétaire, d'assurer les sorties, de faire les greffes, de réceptionner les colis des médecins qui partaient en voyage, enfin, c'était des missions totalement inadaptées et insensées… Et ces gens-là,*

je pense, dans leur tête, pour certains, c'était accorder des astreintes de greffes qui étaient mises en place la nuit, mais on a découvert, a fortiori, qu'il y avait des petits dépassements d'honoraires et puis des petits abus de commandes de taxis… Ce sont des taxis qui étaient en abus « je revenais de soirée, je commandais des taxis, je venais les chercher », là on a découvert ce genre de chose… C'était quand même assez dramatique. Mais je pense qu'il y avait un non-dit, je pense qu'ils ont abusé un peu…, on va le tourner comme ça, il y avait une perversité induite comme ça, qui était assez dramatique… Donc tous ces abus financiers… Alors ça, ça a été une belle économie, ça nous a permis de faire autre chose à côté… Mais eux considéraient que ce n'était pas du vol, c'était une rétribution, parce qu'il y en a avec qui j'ai discuté, c'était une rétribution par rapport au fait qu'ils avaient, franchement, ils passaient des journées monstrueuses, monstrueuses… Ils étaient le petit chien de tout et n'importe quoi, donc en fait, pour eux c'était une compensation, ils ne le voyaient pas ainsi ! »

Les abus se manifestent également par des achats de matériel inadapté, commandé pour satisfaire une personne.

EPS_CS_CC : *« J'ai vu des matériaux parfois qui étaient commandés, qui étaient inadaptés, qu'on n'utilisait pas. Quand j'étais dans ma réanimation précédente, qui n'avaient mais aucun sens, en fait, aucun sens, c'était… Comment dire, le petit plaisir du réanimateur qui était là, qui avait son joujou. »*

La CPP, épaulée par certains cadres, a mis à plat toutes ces pratiques pour mettre fin aux abus.

EPS_CS_CC : *« La CPP a mis à plat tout ça, c'était horrifiant, les passe-droits qu'il y avait sur ce genre de choses, c'était horrifiant. Donc en mettant à plat… Alors on est passées un peu pour des méchantes… On a fait table rase d'une coordination qui était obligatoirement viciée, parce qu'en plus ils n'étaient pas contents, ils n'avaient pas du tout les mêmes revenus qu'avant… Franchement, ils avaient des missions qui étaient inadaptées et encore, maintenant, certains médecins tentent leur chance : « je n'ai pas reçu ma Nespresso, tu peux t'arranger pour me la faire venir ici ?. »*

Faire des études et trouver des solutions en cas d'évolution des dépenses (utiliser l'usage unique exemple : fibroscope)

La maîtrise des dépenses de la part des cadres passe par leur analyse afin d'identifier des

pistes d'actions. Il s'agit, par exemple, de la réalisation d'études sur des sujets tels que « le recours à l'usage unique sur des équipements » ou les « fibroscopes à usage unique ». Ces études sont motivées à l'augmentation des dépenses sur ces lignes budgétaires. Le choix du recours à des fibroscopes en usage unique permet de réduire les dépenses du fait de leur coût inférieur à l'achat de fibroscopes « normaux ».

> ***EPS_CPP :*** *« Sur l'usage unique, par exemple, on a fait une étude qui montrait, qui mettrait en évidence que, bien on était passé sur l'usage unique dans tel et tel secteur alors que… Maintenant ils étaient en usage multiple. Ça, c'est une chose. Ensuite, il y avait une augmentation d'activité, des patients beaucoup plus lourds dans tel secteur, avec plus de cathéter, etc.. Après, les fibroscopes et les réparations, je peux te dire qu'on a explosé, parce qu'on n'a pas été correct dans l'utilisation de fibroscopes dans tel et tel secteur et qu'il fallait trouver des solutions. Donc là, la solution que j'ai trouvée c'est peut-être l'usage unique… Et c'est cher… Ça ne sera pas plus cher que d'acheter deux fibroscopes… »*

3.3.6. Les pratiques « projets et études »

Les pratiques « projets et études » sont identifiées dans les réponses du personnel médical uniquement.

- *Réaliser des études de coûts*

Une étude de coûts a été réalisée en collaboration avec la directrice déléguée et le cadre administratif du pôle. L'étude portait sur quatre séjours d'hôpital de jour dans quatre services différents du pôle dont la nutrition, l'endocrinologie et la médecine interne. L'objectif de cette étude est d'évaluer le coût généré par ces séjours et de le comparer la recette qui en découle (remboursement). Le résultat de cette étude montrait que l'écart entre le coût et la recette n'est pas le même en fonction de services. Ainsi, pour la nutrition, la recette est supérieure au coût ce qui n'est pas le cas des autres services. Le médecin estime que la raison de cet écart de traitement entre les services réside dans le fait que la prise en charge de l'obésité (service nutrition) devait être encouragée d'où une surcote sur ce type de prise en charge. Le constat inverse pour les autres services vise à obliger les services à réaliser des économies notamment sur les postes de personnel pour ajuster les coûts aux recettes.

> ***MED_CDS_MI :*** *« On a pris quatre hôpitaux de jour représentatif de quatre services*

différents et on a regardé combien ça coûtait réellement. Et cela ne coûte pas pareil en fonction des services. En nutrition cela rapporte 900 € et ça coûte 600 €. En endocrinologie ou en médecine interne on est largement en dessous, on touche beaucoup moins… J'ai essayé de savoir pourquoi et en fait c'était à un moment où l'obésité avait le vent en poupe. Et donc ils ont surcoté… Je ne sais pas, mais après l'idée derrière ça, c'est d'obliger les gens à faire beaucoup d'économies sur les dépenses et donc certainement sur des postes quand même, non ? »

- *Travailler sur des projets*

Le travail sur les projets porte exclusivement sur des thématiques médicales. Il s'agit du montage des projets comme la mise en place d'une « consultation mixte en diabétologie ». Ce projet est porté par un médecin nutritionniste en collaboration avec un diététicien.

> ***MED_PH_EMD :*** *« On essaie de monter une consultation particulière mixte diabétologie avec un médecin-diététicien. »*

Un chef de pôle met l'accent sur la mise en place de projets et le soutien qu'il apporte pour les faire avancer auprès de la direction. Le projet médical reste la priorité.

> ***MED_CDP_CN :*** *« Les principales activités, c'est essentiellement des réunions… Des projets, la mise en place des projets…, si vous voulez, ça se fait toujours en discussion avec la direction, c'est quand même très limité la gestion de ce que l'on peut faire réellement. Ce que l'on peut simplement c'est que l'on rend compte plutôt de ce que l'on fait, de notre activité, on essaie de pousser les projets parce que je pense que, dans le pôle, pour moi, le plus important en tant que médecin, il y a le projet médical… »*

3.3.7. Les pratiques de ressources humaines

Les pratiques identifiées comme faisant partie de la gestion des ressources humaines sont réalisées par le personnel encadrant du personnel soignant et par le personnel administratif.

3.3.7.1. Le personnel administratif

- *Fidéliser le personnel médical*

Renforcer la stratégie de l'hôpital et les forces vives sur de la chirurgie

Face à un contexte qualifié de difficile notamment avec les cliniques qui débauchent les chirurgiens de l'hôpital, la direction engage des actions afin de fidéliser les chirurgiens. Cette fidélisation passe par le renforcement de la stratégie de l'hôpital en récupérant des parts de marché et en évitant la fermeture de lits.

> ***ADM_2 :*** *« Alors après c'est d'anticiper les choses, comment évoluent les choses. De grosses problématiques sur les années à venir, sur les équipes médicales, notamment l'anesthésie et la chirurgie. Il y a un contexte extérieur qui est très difficile, on s'aperçoit notamment que des cliniques débauchent nos chirurgiens. À un moment on renforce la stratégie de l'hôpital et les forces vives notamment sur de la chirurgie etc. »*

La fidélisation des chirurgiens, en particulier, est liée au fait que l'activité chirurgicale est beaucoup plus rémunérée que l'activité de médecins dans le cadre de la T2A. Par conséquent, l'administration a tout intérêt à fidéliser les chirurgiens et éviter leur départ chez les concurrents.

> ***ADM_5 :*** *« Tu as le défaut du modèle qui est vrai c'est que la partie interventionnelle chirurgicale est à peu près bien valorisée ou monétarisée, la partie médicale l'est beaucoup moins bien. Le modèle est moins performant pour cette partie-là. Vous êtes plus de la prestation intellectuelle, vous êtes plus de la recherche de diagnostic qui est coûteuse et pas bien rémunérée. Donc là c'est vrai que lorsque tu prends des patients avec des pathologies chroniques, sévères, évolutives, compliquées, tu as l'impression que tu arrives au bout du modèle T2A. »*

- *Recourir à l'intérim*

Maîtriser le recours à l'intérim et les prescriptions d'actes

Dans le but de réduire les dépenses, la direction mène une politique d'économies sur le personnel en maîtrisant notamment le recours à l'intérim dont le coût est plus élevé que pour un personnel titulaire. Mais cette politique peut être contradictoire avec la volonté de l'hôpital de maintenir son niveau d'activité. Afin de pallier les vacances de postes et les absences de personnel, l'hôpital peut être amené à recourir à l'intérim pour le maintien du niveau d'activité. Dans ce cas, afin de contrebalancer le surcoût occasionné par le recours à l'intérim, l'hôpital met l'accent sur les dépenses liées aux prescriptions de biologie, d'imagerie et de radios au lit du patient. L'objectif est de veiller à la juste prescription de ces actes pour réduire

les dépenses y afférentes.

> ***ADM_3 :*** *« On peut le faire parfois un petit peu sur le personnel, il y a eu des moments des années où on a effectivement, on a eu beaucoup de l'intérim parce qu'il y avait des postes vacants pour peu qu'on ait à nouveau des postes remplies mais on a quand même de la dépense d'intérim, qui coûte beaucoup plus cher qu'un poste titulaire qui a été rempli… Ce n'est pas sur la prescription de médicaments qu'on va les faire donc si on veut maintenir justement le niveau d'activité… Donc cette année on a misé sur tout ce qui était juste prescription, acte de biologie, acte d'imagerie, réflexion en CEL, les doublons, les radios au lit du patient… »*

Recourir à l'intérim pour éviter le transfert des patients dans le privé

Dans la continuité de ce qui est présenté plus haut sur le recours à l'intérim pour maintenir le niveau d'activité réalisé par l'hôpital, la direction favorise également le recours à l'intérim pour éviter le transfert des patients dans le privé. Mais pour éviter ce transfert, il faut disposer du personnel pour pouvoir ouvrir les lits et prendre en charge les patients.

> ***ADM_3 :*** *« Au cas où, on était prêt à mettre de l'intérim effectivement pour que les patients soient pris en charge et qu'on ne les transfère pas dans le privé… »*

- *Mutualiser le personnel*

La mutualisation du personnel consiste à mettre une infirmière à la disposition d'autres services du pôle, d'autres pôles de l'hôpital ou de l'équipe de soutien (Pool). L'administration est intransigeante sur cette politique estimant qu'elle relève d'une organisation des rythmes de travail et de la bonne gestion des effectifs. L'objectif de la direction est de substituer la mutualisation du personnel au recours à l'intérim en cas de besoin.

> ***ADM_3 :*** *« Je n'ai aucun état d'âme là-dessus ou au pire elle vient à tout prix, elle se met à disposition d'un autre pôle de l'établissement, elle va aller bosser dans un autre service. À l'échelle de notre établissement, il n'y a pas de sujet. L'organisation des rythmes de travail ça passe par là, la bonne gestion ça passe par là… Après en plus on peut voir au sein du pôle s'il n'y a pas des besoins ailleurs, si vous demandez de l'intérim, l'infirmière, elle va être au service du pôle, et au-delà du pôle il y a la distribution d'équipe de soutien… »*

Au-delà de la mutualisation du personnel, l'organisation des rythmes de travail permet

d'accompagner les projets de mutualisation de certains secteurs comme c'était le cas pour la construction d'un nouveau bâtiment. Le secteur des consultations est mutualisé dans le sens où les consultations de tous les services sont effectuées dans des locaux situés au rez-de-chaussée du bâtiment. Cette mutualisation des locaux de consultations est accompagnée de la mutualisation du personnel soignant. Cette démarche permet d'éviter des périodes où le personnel n'est pas suffisant pour assurer l'ouverture du secteur de consultations et aussi adapter le nombre de personnel en fonction de la saisonnalité de l'activité.

> ***ADM_3 :*** *« Quand on a fait l'IE3M* (un bâtiment de l'hôpital regroupant plusieurs services du pôle étudié)*, les consultations sont mutualisées, le personnel est là, on ne va pas en prendre un qui part en juillet, l'autre qui part en août et puis nous, on met un personnel comme ça, ils se sont organisés. C'est impossible, ils sont indépendants, la cadre l'a parfaitement organisé. On a trois fois moins de personnel en août, on fait des choix, on a organisé et on n'a pas du gruyère comme ça, un coup il y en a qui partent 3 semaines comme ça, nous, on n'a pas pu mettre du personnel les semaines donc tout ça, ça doit s'organiser… »*

La mutualisation peut également prendre la forme d'un redéploiement du personnel soignant recruté dans le cadre d'un projet. Ce redéploiement est dicté par le manque de personnel médical pour faire fonctionner les unités. En effet, dans le cadre d'un projet d'ouverture d'unités médicales dans un hôpital du groupe, la direction a redéployé le personnel soignant prévu car les médecins n'ont pas pu être recrutés. Donc les unités ouvertes ont été fermées et le personnel soignant affecté dans d'autres services.

> ***ADM_3 :*** *« Sur Charles Foix on a eu plus de mal, vraiment les chiffres étaient affreux. C'était un hôpital à l'abandon, les extérieurs, la prise en charge et l'intérieur. Et on a reconstruit un projet médical a minima en disant on va faire 450 lits on a requantifié la partie aiguë et la partie SSR, la partie USLD, toute la chaîne. On a mobilisé les médecins autour du schéma… La gériatrie c'est un petit peu différent de l'aigu pur ! Et il y en a un ou deux qui ont eu du mal, et on a investi dans un chantier à 12 millions d'euros, ouverture 1er mai, et les mecs ne pouvaient pas ouvrir parce qu'ils n'avaient pas de médecins, ils ne l'avaient pas dit !.. Et là pareil, passage en CEL on a fermé, on avait recruté des infirmières on les a redéployées… »*

- *Gérer le temps de travail du personnel*

Cette pratique recense toutes les activités visant la gestion du temps de travail du personnel. La gestion du temps de travail du personnel renvoie sur la gestion des jours de récupérations du personnel ou les jours de repos correspondant à des RTT (Réduction du Temps de Travail). La direction estime qu'une cadre peut imposer à un soignant de prendre des jours de récupération ou des jours de RTT. Elle justifie cette position par le fait que ce ne sont pas les agents qui doivent décider et que l'élément à prendre en compte est la nécessité du service vis-à-vis du patient. Du point de vue de la direction, la fermeture des lits et/ou des blocs opératoires par manque d'activité sont des arguments suffisants pour que les cadres puissent imposer au personnel de prendre des jours de récupération ou des jours RTT.

> ***ADM_3 :*** *« Et pourquoi ça ? Il y a des récupérations à poser déjà. Un, on met des récupérations et deux, les RTT… La base, ce n'est pas le personnel qui décide. Moi la base c'est : est-ce que le service public fait que le patient a besoin de moi, oui ou non ?.. Elle dit : tu ne viens pas, moi mes lits sont fermés, mon bloc est fermé… »*

La fermeture des unités (lits d'hospitalisation, bloc opératoire) peut être occasionnée par le départ du personnel, notamment médical, en congrès. Ainsi, les cadres peuvent anticiper et organiser les fermetures des unités avec mise du personnel en récupération ou en RTT. Cette anticipation est possible d'autant plus que les dates des congrès sont connues. Les cadres peuvent aussi se renseigner auprès des médecins pour s'informer sur les dates de congrès.

> ***ADM_3 :*** *« Les blocs opératoires de la même façon, sans arrêt, on disait : le bloc opératoire* (le personnel du bloc opératoire) *est en congrès, on n'est pas au courant. Ce n'est pas compliqué de demander en début d'année, au chef de service, quelles sont les dates de votre congrès neurologie et anesthésie. Le congrès anesthésie on sait que c'est en septembre. Toute l'activité tombe cette semaine-là en septembre. Eh bien les cadres elles mettent en RTT ou en récupération leur personnel. Ça ne sert à rien de les avoir dans les blocs et cela ne sert à rien de découvrir chaque année qu'il y a un congrès. On l'organise et on l'anticipe… »*

Cette gestion du temps de travail que souhaite la direction et qu'elle impose corrobore les problèmes de personnel auxquels sont confrontés les médecins en termes d'absentéisme du personnel.

> ***MED_CDP_OM :*** *« Beaucoup le problème du PNM (personnel non médical c'est-à-dire les infirmiers et les aides-soignants), parce qu'il y a énormément d'absentéisme,*

il y a énormément d'arrêts longs maladie sur le pôle, il y a les problèmes des gens qui ne sont pas là, ceux qui ne sont pas revenus, c'est un pôle de radiothérapie aussi donc il y a les problèmes de manipulateurs… Quand même les problèmes qu'on a qui sont monstrueux de RH, de recrutement… Les infirmières quand elles s'en vont, elles ont deux mois de récupération… »

3.3.7.2. Le personnel encadrant du personnel soignant

Comme nous l'avons présenté précédemment, les pratiques de support à la production sont réalisées par le personnel infirmier. Ce dernier doit être recruté, formé, géré en termes de planning et d'effectif. Le groupe des pratiques de « ressources humaines » recense toutes les pratiques qui relèvent d'une gestion des ressources humaines de manière générale.

La gestion des ressources humaines par les cadres se manifeste par des pratiques de gestion des effectifs en termes budgétaire et en termes d'affectation et un accompagnement du personnel sur des projets. Sur l'aspect budgétaire, les cadres gèrent le tableau des emplois dans le respect de l'enveloppe budgétaire déléguée par la direction. L'affectation du personnel se matérialise par la gestion du planning du personnel et les actions de mutualisation du personnel entreprises par les cadres. Enfin, l'accompagnement du personnel dans l'élaboration de certains projets vise la fidélisation du personnel.

- *Gérer le tableau des emplois*

Le nombre de personnel par service est décidé lors de la réunion dite « préconférence » budgétaire entre le pôle et la direction des ressources humaines. Cette pratique de négociation des effectifs est répertoriée dans la phase de budgétisation du processus de contrôle de gestion présenté dans la section 2.

À l'issue de la négociation du tableau des emplois avec la direction des ressources humaines, la cadre paramédicale du pôle communique aux cadres du pôle les effectifs prévus pour leurs secteurs respectifs afin qu'ils assurent le suivi.

EPS_CSS_BLOC : *« Je suis effectivement mes mouvements en sachant… Que Madame la cadre paramédicale de pôle, m'a dit exactement quel était mon effectif sur l'ensemble des catégories professionnelles, et bien entendu, je me cale là-dessus… »*

Croiser mon tableau avec celui de l'APHP pour vérifier les noms et le nombre, repérer le

nombre de personnes allouées par service.

La gestion au quotidien du tableau des emplois est fondée sur un tableau institutionnel réalisé par le siège de l'APHP répertoriant le nombre d'agent par service de manière nominative. La cadre vérifie le nombre et les noms du personnel en croisant un tableau qu'elle tient avec celui du siège de l'APHP.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Parce que j'ai une casquette RH précédente, je me suis fait mon tableau des emplois, de mes petits emplois, de mes 50 emplois… Moi, je travaillais avec un tableau propre que je croisais ensuite avec le tableau de l'APHP pour être sûre que nous étions « ok » sur les noms et les nombres… »*

La gestion au quotidien du nombre d'agent par service et par unité est réalisée avec la direction des soins de l'hôpital qui est rattachée à la direction des ressources humaines. Le travail réalisé avec la direction des soins permet à la cadre de déterminer et d'identifier, sur un tableau Excel, le nombre de personnel, par catégorie professionnelle, alloué par service en fonction des grades et des métiers.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Pour le recrutement, par exemple j'avais un tableau de suivi de l'ensemble des 1024 agents par service, ce qui me permettait sur un outil tout simple, Excel, de repérer par catégories professionnelles combien de personnes étaient allouées par service en fonction des métiers et des grades, ça, ce sont des choses qui étaient déterminées avec la direction des soins… »*

La gestion du tableau des emplois apparaît dans les réponses des répondants à travers un ensemble d'activités. La description présentée ci-dessous résume la manière dont les cadres gèrent le tableau des emplois. Elle présente les objectifs, les contraintes, les règles à respecter, les problèmes pouvant être rencontrés ainsi que la manière dont les cadres s'efforcent de les résoudre.

À l'instar du précédent répondant, le suivi du personnel est réalisé sur un tableau Excel qui permet de gérer, entre autres, les arrivées et les départs donnant ainsi aux cadres la possibilité d'anticiper sur les mouvements (exemple : congés bonifiés, congés de maternité). Ce suivi est d'autant plus important qu'il faut respecter un délai de trois mois avant de recruter. Ce délai est fixé, selon les cadres, pour des raisons financières (faire des économies de masse salariale). Les différents mouvements du personnel sont suivis à travers des « codes

couleurs » mis en place par la cadre. Ces mouvements peuvent être de différentes natures. En plus des arrivées et des départs, il peut s'agir des mouvements de personnel entre les équipes (de jour, d'après-midi et de nuit). Ce tableau permet également le suivi par statut en distinguant le personnel qui est encore en formation et le personnel en contrat à durée déterminée. Le suivi par statut est important du fait que les postes occupés par du personnel en formation ou en CDD risquent d'être vacants suite au départ de l'étudiant ou à la fin du CDD. Il est donc nécessaire de les identifier afin de pouvoir anticiper leur vacance et de fait leur remplacement.

La gestion des effectifs via le tableau de suivi fourni par la direction des ressources humaines permet à la cadre d'éviter de dépasser le nombre de personnel budgété pour le service. En fait, le nombre de cases libres correspond au maximum d'effectifs dont le service peut bénéficier.

En revanche, en cas de difficultés liées à la vacance de postes notamment pour des raisons d'absentéisme, de « congés bonifiés »[100] ou de « congés maternité », la cadre prévient la direction des ressources humaines pour obtenir l'autorisation d'embaucher ou de dépasser l'enveloppe budgétaire prévue pour les heures supplémentaires.

> ***EPS_CPP :*** *« Par exemple si tu prends le secteur de médecine, tu vois, moi je me fais un tableau… Par exemple tu prends les IDE* (Infirmier (ère) Diplômé (é) d'Etat), *je fais un tableau « nom / prénom » donc tu as dans quel secteur elle travaille, je sais qu'en « rythmologie »*[101]*, j'ai droit à 21,5 emplois, donc je n'ai pas le droit de dépasser et je ne les dépasserai pas parce que mes cases ne me permettent pas de dépasser… Après, chaque RH* (responsable des ressources humaines dans les unités) *gère comme il veut. Mais moi, si tu veux, c'est plus facile, tu vois, elle* (elle montre un tableau sur son ordinateur), *je sais qu'elle arrive, voilà elle est arrivée, elle va arriver, elle, elle s'en va, tu vois ça, ce sont mes commentaires, c'est un départ… Donc, elle quand elle va partir c'est-à-dire dans le mois prochain – enfin ; fin janvier, d'ailleurs,*

[100] Le congé bonifié est un congé particulier accordé au fonctionnaire originaire d'un département d'outre-mer (Dom) qui travaille en métropole ou dans un autre Dom ou au fonctionnaire originaire de métropole qui travaille dans un Dom. Le congé permet d'effectuer périodiquement un séjour sur le lieu d'origine. Il donne lieu à une majoration de la durée du congé annuel, une prise en charge des frais de transport du fonctionnaire et des membres de sa famille et au versement d'une indemnité.

[101] La rythmologie est une spécialité de la cardiologie dédiée à la prise en charge des anomalies du rythme cardiaque, extrasystoles, emballements (fibrillation atriale, flutter auriculaire, tachycardie jonctionnelle,…) ou ralentissements anormaux (dysfonction sinusale, bloc auriculo-ventriculaire).

elle va partir. Elle va tomber sur un autre tableau de départ, parce que j'avais toute la liste des gens qui sont partis à l'année, tu vois… Et après bah voilà, c'est complet. Et là c'est pareil. Tu vois. Là c'est quelqu'un qui veut passer sur une autre équipe, tout ce qui est jaune, c'est l'équipe de nuit, tu vois… Et donc si tu veux, tu vois, comme là, lui, il va partir, il va être remplacé par cette personne. Tu vois je le sais à l'avance… En répartissant sur le jour, après-midi, et la nuit… Donc je sais à l'instant T, si on me demande, combien j'ai de postes, je suis capable de le dire… Je sais qui est CDD, c'est du vert – bon là je n'ai pas de CDD infirmière, tu vois… Là il n'y a personne, elle va s'en aller, elle, elle vient d'arriver, tant qu'elle n'a pas fini sa formation je la laisse en bleu tu vois, mais j'ai des codes, tu vois. Tu vois, elle est arrivée, elle va finir sa formation, c'est bon tu peux la repasser en blanc… J'ai quand même des codes couleurs… Je n'ai pas le droit de dépasser et je ne les dépasserai pas parce que mes cases ne me permettent pas de dépasser… J'ai des tableaux donnés par la RH et voilà… Pour ne pas dépasser, bien entendu… Je suis très réglo là-dessus… C'est quand je suis en difficulté, je demande, j'envoie un e-mail aux RH en disant « j'ai trop de congés bonifiés », « j'ai trop de congés maternité », « là si vous m'autorisez d'embaucher… » – il faut respecter le délai des trois mois – « là on va dépenser tellement d'heures supplémentaire qu'il va se passer quelque chose » quand tu vois que tu ne vas pas y arriver, ce n'est pas la peine ; il faut prévenir, alerter, bon… Je n'ai pas trop de problèmes là-dessus, mais moi je ne dépasse pas ma masse salariale. »

EPS_CPP : *« Et ensuite, tu as toutes les problématiques d'absentéisme… Où les cadres n'ont pas trouvé de solution… Tu as toutes les problématiques de demandes du personnel où les cadres n'ont pas trouvé de solution, qui me reviennent. »*

Prendre des emplois et les basculer sur un autre service pour rééquilibrer la situation

L'exigence de respect du nombre d'effectif autorisé sur le tableau des emplois conjuguée aux difficultés que peut rencontrer un service suite aux absences (congés bonifiés, congés maternité et des arrêts de travail), renforce le rôle joué par les cadres dans le suivi du tableau des emplois et l'importance de ce travail. Les cadres peuvent, dans la mesure du possible, basculer temporairement des postes vacants dans certains services qui n'arrivent pas à recruter sur d'autres qui ont un besoin en personnel. Ensuite, quand la situation s'équilibre, la cadre

remet le tableau des emplois à son état initial.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Vous savez, tous les postes ne sont pas toujours occupés et donc, de fait, sur votre masse globale, des fois, si sur un service, on n'arrive pas à recruter, ça vous permet, pendant un temps, de prendre des emplois, de les basculer sur un autre service, et quand la situation se rééquilibre, on revient à la normale… En pratique, non, on ne peut pas dépasser le nombre d'effectifs décidés sur le tableau des emplois, sauf si vous êtes dans une situation particulière de crise, enfin, je ne sais pas, il y aurait 36 personnes en AT* (arrêt de travail)*, ce qui est plus rare, mais par exemple un nombre très très important de jeunes femmes enceintes, vous ne pouvez pas dépouiller les autres services… »*

Gérer des emplois dans le cadre de projets spécifiques

La gestion du tableau des emplois présentée ci-dessus décrit des situations habituelles et routinières. Mais elle peut aussi comporter d'autres activités engendrées par des projets décidés dans le cadre du projet d'établissement (ce qui renvoie sur les pratiques de programmation en contrôle de gestion présentées dans la section 2). C'est le cas par exemple de l'accueil d'autres disciplines médicales ou d'autres services médicaux (exemple du service d'urologie accueilli dans le pôle). Il peut s'agir également du développement de nouvelles activités comme l'éducation thérapeutique pour les patients ayant subi un infarctus du myocarde.

Une telle décision, prise dans le cadre d'un projet stratégique, peut imposer une gestion plus fine des effectifs avec une nécessité d'absorber le volume additionnel d'activité tout en limitant les dépenses de personnel notamment celles liées au recours à l'intérim. La cadre est donc responsable de la mise en place d'une organisation permettant la réalisation des deux objectifs.

> ***EPS_CPP :*** *« Le projet d'établissement, si on a décidé, par exemple, de recevoir une nouvelle activité, si on a décidé de recevoir une autre personne, ou d'héberger, par exemple en ce moment on héberge au bloc opératoire d'urologie. Si on a décidé de créer une nouvelle activité, par exemple, qui soit la prise en charge des infarctus sur le volet éducation thérapeutique, tu vois tout ce qui avait été décidé en amont, c'est à moi de faire en sorte, avec l'équipe d'encadrement, de leur présenter et de mettre en place, si tu veux, les objectifs pour que ça aboutisse… Parce qu'on a des comptes à*

rendre… Si on me dit que, bon, on a par exemple, je mélange CPP et RH parce que c'est la même fonction pour moi, malheureusement, si on me dit que, bon, il faut freiner sur l'intérim, c'est à moi de mettre en place, si tu veux, eh bien ce que j'ai fait avec Patricia, tout ce qui est dans mon pouvoir de baisser l'intérim… »

La baisse des dépenses d'intérim passe par des actions telles que l'étalement, la bonne répartition des vacances du personnel et le prolongement du temps de travail avec un paiement en heures supplémentaires. L'objectif est donc de respecter les décisions prises dans le cadre du projet de soins.

EPS_CPP : *« Alors, de passer autrement, soit par un étalement mieux réparti des vacances, soit par une prolongation du temps de travail payé en heures supplémentaires, tu vois c'est de mettre en place, c'est ce que j'ai fait… Et puis, bien sûr, de respecter le projet de soins… Parce que les CPP, on travaille directement avec la direction des soins. »*

Les projets stratégiques peuvent aussi concerner l'augmentation du nombre de lits d'hospitalisations dédiés à une activité médicale (rythmologie par exemple). L'augmentation de la capacité d'accueil (25 lits au lieu de 10 lits) due à une forte demande d'hospitalisation nécessite une augmentation des plages horaires du bloc opératoire dédiées au service de cardiologie (pour la rythmologie). Par conséquent l'augmentation de l'amplitude horaire implique celle du nombre d'équipe de soignant. Ainsi, la cadre révise son recrutement afin de pouvoir constituer une équipe pour la prise en charge des 25 patients en rythmologie.

EPS_CS_CM1 : *« Ensuite la partie bloc opératoire, il a fallu donc ouvrir plus de marge pour les blocs, en sachant qu'on avait plus de lits, on passait de 10 lits à 25 lits, donc une plus grande demande d'hospitalisation, donc j'ai augmenté le nombre d'équipe en rythmologie, donc il a fallu reconstituer une équipe puisqu'on passait de 10 lits à 25 lits. Donc sur l'hospitalisation il a fallu revoir tout le recrutement, constituer une équipe »*

Réaliser des statistiques sur le volume d'activité

Dans leur pratique de gestion du tableau des emplois, les cadres réalisent des statistiques sur le volume d'activité réalisé (compter le nombre de dialyses, plasmaphérèse). L'objectif de la réalisation de ces statistiques est d'abord d'estimer la charge de travail pour ensuite pouvoir

négocier des postes de personnel ou justifier les demandes de personnel supplémentaire.

> ***EPS_CS_RM :*** *« Après, il y a des choses, c'est nous qui faisons les comptes, combien on a fait de dialyses, combien on a fait de plasmaphérèse, c'est nous qui calculons tout ça pour voir à peu près par rapport à la charge de travail, parce que grâce à ça, quand même, on a réussi à avoir un peu de personnel en plus, parce que ça demande une charge de travail importante, donc ça, c'est pour ça aussi qu'on surveille les TISS[102], parce qu'on surveille le nombre de dialyses, tout ça, ça nous permet de voir un petit peu notre activité, est-ce qu'elle monte, est-ce qu'elle descend et puis de pouvoir justifier justement si un jour on avait besoin de personnel supplémentaire… »*

- *Gérer le planning du personnel*

La deuxième pratique en matière des ressources humaines pour le personnel encadrant du personnel soignant est la gestion du planning des agents. Nous présentons cette pratique en mettant l'accent sur quatre points. Le premier point porte sur la définition de la gestion du planning du personnel et sur ses objectifs. Le deuxième point présente la manière dont les cadres qualifient cette pratique et les arguments qu'ils mettent en avant. Ensuite, nous présentons l'outil informatique (progiciel) utilisé pour la réalisation du planning. Le quatrième point met l'accent sur les contraintes et les difficultés rencontrées par les cadres dans l'élaboration du planning et, le cas échéant, les solutions apportées.

Définition et objectifs

Cette pratique consiste en la planification des jours de travail pour les infirmières et les aides-soignantes pour tout le mois.

> ***EPS_CS_CM :*** *« Concrètement, je planifie, je mets en place, je fais le planning de janvier des infirmières, c'est-à-dire que je recueille… On leur demande leur jour, ce qu'ils souhaitent, et après on met en place, on fait un planning… La planification mensuelle des infirmières, ça prend beaucoup de temps de mettre… »*
>
> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Je gère le planning aide-soignant et le planning de l'hôpital de jour en bas… »*

[102] Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) permet d'évaluer la charge en soins à partir de la cotation des actes thérapeutiques effectués et pondérés en fonction de leur lourdeur. En effet, il existe un lien étroit entre activité thérapeutique et charge en soins infirmiers. Les infirmières coche sur une grille avec plusieurs items les actes réalisés aux patients.

L'objectif de l'établissement du planning par les cadres est de s'assurer qu'il y aurait le personnel soignant suffisant pour travailler pour tous les jours du mois. Ainsi, afin d'anticiper toute difficulté, le planning est réalisé avant le 15 du mois précédant celui concerné par le planning.

> ***EPS_CS_RM :*** *« La gestion des ressources humaines, évidemment, le planning, donc oui effectivement on fait les plannings, donc avant le 15 du mois, on s'assure qu'il y a du monde pour travailler, à la fin du mois… »*

Au-delà de ses objectifs opérationnels, l'élaboration du planning des infirmiers et des aides-soignants peut être guidée par la volonté de la cadre d'instaurer du lien dans l'équipe qui permet un équilibre pour les agents, à l'extérieur de l'hôpital comme au sein du service, et qui favorise la création d'une cohésion d'équipe. La recherche de cet objectif implique que la cadre consacre une grande partie de son temps au planning.

> ***EPS_CS_CC :*** *« Moi, je suis essentiellement orientée sur la RH parce que c'est moi qui ai les plannings de 80 personnes sur… J'ai les plannings des infirmiers et les aides-soignants de nuit depuis 2 ans, j'ai les infirmiers de jours depuis 3 ans, ce qui me plaisait, en fait, c'est de faire les plannings, c'est trouver du lien dans l'équipe parce que je trouve que c'est ça qui permet de trouver un équilibre et de créer une cohésion d'équipe… M'astreindre au planning me prend beaucoup de temps. Parce que je souhaite trouver un équilibre pour les agents, à l'extérieur et sur le plan quotidien du travail – c'est quand même, pour être très clair, une grande partie de leur vie et de la mienne. »*

La gestion du planning ne se limite pas à positionner les agents dans les différents secteurs. Elle permet également de planifier les jours de formations et des jours pour travailler sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). La réorganisation du planning peut aider à planifier un temps de formation par un infirmier du service et ainsi éviter le recours à des prestataires extérieurs, ce qui a forcément un coût.

> ***EPS_CSS_QUA_CC :*** *« Donc c'est réorganiser les plannings, pour pouvoir dégager ce temps de formation, et puis après pour voir, pour réfléchir à l'EPP, pour travailler et former le personnel, il faut dégager aussi l'infirmier pour qu'il puisse être le formateur. Ce sont des moyens ! »*

Pratique consommatrice de temps

La gestion du planning est considérée comme une pratique consommatrice de temps. Une cadre estime qu'elle consacre 80 % du temps dédié à la gestion des équipes à l'élaboration du planning.

> ***EPS_CS_CM :*** *« Le management, donc il y a 80 %, c'est le planning »*

Une première explication de la quotité de temps consacrée à l'élaboration du planning réside dans la vacance de postes dans des secteurs ce qui oblige la cadre à revoir régulièrement le planning pour l'adapter à l'effectif disponible et aux lits susceptibles d'être ouverts en fonction du personnel disponible. La cadre estime qu'elle travaille à « flux tendus » car les équipes ne sont que rarement complètes.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Alors le planning, ça c'est énorme, pourquoi aussi, parce qu'on travaille énormément à flux tendus, qu'on a des équipes qui sont rarement complètes, c'est-à-dire par exemple, moi j'ai des postes vacants sur l'équipe aide-soignante… »*

Une autre explication pourra se trouver dans l'intégration du planning dans un ensemble d'autres missions des cadres ce qui réduit le temps disponible. À titre d'exemple, la cadre s'occupe de la gestion du flux des patients qui est chronophage et irrégulier. De ce fait, la gestion du flux laisse peu de temps à la cadre pour exercer ses autres missions et notamment le planning.

> ***EPS_CS_CC :*** *« Le flux c'est beaucoup trop chronophage… Il y a une réorganisation sur l'équipe de nuit à mettre en place, je ne vois pas comment en étant au flux, et je vais l'être jeudi matin parce qu'il manque quelqu'un, je peux faire mes évaluations, réfléchir sur l'organisation de l'équipe de nuit, de l'autre côté, réfléchir à la réorganisation du plan d'encadrement de l'équipe c'est beaucoup trop chronophage. »*

Matériel

Le planning est réalisé sur un logiciel appelé « GESTIME »[103]. Le planning est ensuite exporté sur Excel pour être retravaillé en cas de besoin. La saisie des plannings dans Gestime est précédée d'un contrôle car le paiement des agents est lié aux informations saisies dans le progiciel.

[103] Progiciel dédié à la gestion du planning du personnel soignant

EPS_CS_RM : *« Alors on fait sur Gestime ensuite on fait sur Excel… On exporte sur Excel… On est obligé de contrôler nos plannings pour les rentrer dans le logiciel qui s'appelle Gestime, voilà, de façon à ce que les gens soient payés correctement… »*

Contraintes, difficultés et solutions pour l'établissement du planning

Comme nous l'avons exposé plus haut, le planning vise à positionner les infirmières dans les différents secteurs. Ce positionnement obéit à des règles réglementaires comme le respect d'un effectif minimum requis (législation) pour surveiller les patients et l'autorisation des repos pour le personnel.

EPS_CS_CM : *« Parce qu'il faut les placer, il faut les positionner sur les différents secteurs… Tout en respectant le minimum d'effectifs, en leur donnant leur jour, et là, en plus, on a mis un nouveau logiciel, enfin, une sorte de planning pour éviter le planning hebdomadaire parce que ça leur permettait de recopier donc ça, on ne veut plus… »*

L'élaboration du planning n'est pas contrainte que par les règles réglementaires mais par des événements comme la vacance de postes ou l'absentéisme qui obligent les cadres à réviser le planning et trouver des solutions. Les cadres optent pour des solutions, que certains qualifient de palliatives, telles que demander aux agents de changer de plage horaire en fonction des absences, « tirer » sur les repos dans le sens où la cadre n'autorise pas à l'agent de prendre tous ses jours de repos mais dans la limite de ce qui est autorisé par la législation, faire du « rafistolage » en appelant les agents et leur proposer des heures supplémentaires. Ces actions ont un impact sur les cadres mais aussi sur les agents. Les cadres consacrent plus de temps à la réalisation du planning car il faut le revoir chaque qu'un événement vient remettre en cause le planning initial. Ces changements inopinés ne sont pas non plus confortables pour les agents et pour leur vie privée (de famille).

EPS_CS_CC1 : *« Au jour d'aujourd'hui, je n'ai plus le nombre qu'il faut, et donc du coup je ne fais que du palliatif, je tire sur la corde, je leur demande sans arrêt de changer, je tire un peu sur les repos, alors elles ont ce qu'elles doivent avoir, je reste dans la législation, mais je tire sur beaucoup de choses, je fais beaucoup de rafistolage, et donc, ça les fatigue, ça… C'est moins confortable pour leur vie de famille, pour moi, ça me prend énormément de temps parce que mon objectif c'est quand même c'est qu'elles soient toujours au nombre qu'il faut, et donc je passe du*

temps à appeler des gens pour des heures supplémentaires, pour chaque week-end, trouver, et donc dès qu'il y a un arrêt, ça re-déficèle tout ce que j'avais fait, donc je prends beaucoup de temps »

Les changements et les rectificatifs opérés sur le planning ne résultent pas uniquement d'un problème d'absence ou de vacance de postes. Ils peuvent être liés aux spécificités du service et de l'organisation du temps de travail qui y est adopté. Ainsi, dans un service où les agents travaillent en roulement (deux mois de jour, un mois de nuit avec un mois de nuit supplémentaire dans l'année), le refus d'un agent de travailler la nuit peut engendrer la modification de tout planning prévu.

EPS_CS_RM : *« On fait les rectificatifs… Alors ce qui nous prend quand même beaucoup de temps, c'est que les gens ici ont un roulement, deux mois de jour, un mois de nuit avec un mois de nuit supplémentaire dans l'année, et là c'est pour les infirmiers, mais évidemment, il y en a qui ne veulent pas faire de nuit, donc ils se font remplacer, donc on est obligé de… Le logiciel nous met un planning, mais nous, on est obligé de tout modifier, voilà, on a mis DR* (droit de récupération) *à telle personne, maintenant c'est untel qui les veut, donc ça demande quand même… Ça demande quand même… »*

Une autre solution pour remédier aux différentes absences est le recours au personnel du « pool » de l'hôpital. Le « pool » est une équipe de soignants qui ne sont affectés à aucun service de l'hôpital. Cette équipe est rattachée à la direction des soins et mise à disposition des services en cas de besoin. Une cadre souligne qu'elle a recours au personnel du « pool » mais en dernier recours après avoir épuisé toutes les autres possibilités présentées précédemment. La cadre est consciente que le « pool » a un coût car il est refacturé au pôle dans le cadre de l'établissement des bilans de consommation au même titre que l'intérim.

EPS_CS_CM1 : *« Mais en dernier recours… Parce que ça a un coût »*

Mais le recours au personnel du « pool » en cas de besoin reste une solution privilégiée par rapport à d'autres possibilités comme le personnel intérimaire. Deux raisons justifient cette stratégie. La première est liée au coût de l'intérim beaucoup plus onéreux que le personnel titulaire et le personnel du « pool ». La deuxième est liée au secteur qui demande le renfort en personnel. Par exemple, le service de réanimation privilégie un remplacement par le personnel

du « pool » au lieu des intérimaires car le personnel du « Pool »[104] est composé d'agents de l'hôpital qui sont formés à l'utilisation du matériel spécifique à la réanimation ce qui n'est pas sûr pour le personnel intérimaire. Ils sont également familiarisés avec les multiples techniques médicales spécifiques à la prise en charge en réanimation.

> ***EPS_CS_RM :*** *« On ne prend pas d'intérimaire parce que déjà il y a un logiciel, notre logiciel c'est « Clinisoft », le dossier de soins, donc déjà il faut se familiariser avec l'outil… Ce n'est déjà pas facile, voilà, il y a très peu de services en plus sur l'hôpital il y a que nous qui avons « Clinisoft », voilà donc il y a quand même des gens du pool qui viennent, mais ce sont des gens qui ont été formés chez nous. Donc ils ont passé quelques jours pour voir le logiciel, etc. Et puis il y a tellement de techniques, on fait de la plasmaphérèse, il y a des surveillances d'ECMO, d'assistance cardiaque… Enfin je veux dire, les gens, enfin, ne connaissent pas ces techniques-là, donc, faire de l'hémodialyse conventionnelle, de l'hémodiafiltration continue, donc il y a beaucoup, beaucoup de techniques de soins. C'est un peu dur quand même pour les intérimaires, c'est très spécifique… »*

Comme nous l'avons présenté, la gestion du planning doit répondre à des objectifs et les cadres doivent surmonter des contraintes qui peuvent impacter les agents même dans leur vie privée notamment par les changements inopinés du planning ou encore le raccourcissement des durées de repos. Les cadres entreprennent un travail de pédagogie et d'explication vis-à-vis des agents, a fortiori en cas de problème dû à des arrêts qui perturbent le planning initial. L'objectif est de les impliquer dans la résolution de ce genre de problème, de les responsabiliser sur la nécessité d'avertir bien amont d'une absence et de leur expliquer que le recours à une solution interne au service n'est fait qu'après avoir demandé le « pool ».

> ***EPS_CS_CM :*** *« Répondre un peu à leur demande, comprendre, leur dire : oui j'entends bien ce que vous dites, mais voilà, l'arrêt du matin, comment voulez-vous qu'on gère, si aussi les collègues vous appelaient, enfin, appelaient en temps et en heure, il n'y aurait peut-être pas de soucis. Après c'est vrai qu'elles étaient persuadées qu'on ne demandait pas du pool, justement, donc là j'ai dit : si, j'étais avec la CPP, de moi-même, j'ai vu qu'il y avait la demande, mais il n'y a pas eu de…*

[104] Les « pools de suppléance » regroupent du personnel infirmier prestant pour tout ou partie des différents services de l'hôpital, en fonction de leur niveau de spécialisation. Ce personnel n'est rattaché à aucun service médical. Il est sous la responsabilité de la direction des soins de l'hôpital.

De retour. Elles ont besoin d'être entendues en fait. »

Donc, la gestion du planning ne peut pas être dissociée d'un dialogue avec les agents. L'objectif étant de motiver les agents à venir travailler et instaurer un lien entre la cadre et ses équipes, propice pour limiter les arrêts ou du moins mieux les anticiper.

> ***EPS_CS_CC :*** *« Si on veut que ça se passe bien et qu'ils aient plaisir à venir bosser, je trouve qu'il faut inscrire un dialogue au sein du planning. Donc, ma mission, enfin, moi, ma mission réelle et on en a déjà parlé avec ma collègue, c'est créer ce lien avec toutes les équipes, donc ma porte est généralement très ouverte et on vient me voir pour tout et n'importe quoi, je pense, puisque même me demander comment organiser ses vacances… »*

- *Mutualiser le personnel*

La démarche de mutualisation des personnels permet d'assurer une plus grande flexibilité pour l'occupation des postes. Cette gestion mutualisée est motivée, selon un répondant, par l'entraide entre collègues en cas de difficultés notamment de recrutement ou d'absence de personnel. La mutualisation consiste à *« faire tourner les gens et en les faisant passer d'un service à un autre »*.

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« On peut très bien demander aux collègues. Parce que moi je gère le planning de rythmologie, mais j'ai d'autres collègues qui gèrent le planning du 2ème étage, voilà, et donc on regarde si on ne peut pas s'entraider… Et mutualiser… »*
>
> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Et puis, à un moment les gens ils vont tourner, on va les faire passer sur un autre service, pour qu'un moment il y ait des services qui soufflent, des moments où… »*

- *Accompagner les équipes sur les projets*

Fidéliser le personnel et réduire l'intérim

La fidélisation du personnel soignant est une des préoccupations des cadres du fait du turn-over du personnel soignant à Paris. Ce turn-over occasionne des périodes de vacance de postes obligeant les cadres de recourir à des solutions alternatives notamment le personnel intérimaire pour assurer la continuité du service et la prise en charge des patients. Ce constat est renforcé par les refus du personnel d'effectuer des heures supplémentaires pour remédier au déficit du personnel. Le recours à l'intérim augmente les dépenses de personnel (le coût est

plus élevé en intérim que pour le personnel titulaire). Ainsi, afin de fidéliser le personnel, les cadres les intègrent et les associent dans le travail sur des projets (hygiène, la coordination et le métier de l'assistance cardiaque…). Rendant le travail des soignants plus attractif, l'implication du personnel dans les projets a permis de réduire le recours à l'intérim, de fluidifier la mutualisation du personnel entre les secteurs et a engendré une baisse du nombre de réclamations reçues par les cadres des patients sur la perte de leurs biens et de leurs affaires.

> ***EPS_CSS_QUA_CC :*** *« On a beaucoup travaillé sur l'hygiène, on a travaillé donc sur la coordination et le métier de l'assistance cardiaque chez les infirmiers… Et du coup on a pu travailler sur la fidélisation des personnes. Depuis qu'on travaille sur tous ces projets, on n'a plus d'intérimaire… Il y en a, du turn-over, je ne peux pas dire qu'il n'y en a pas parce que qui peut dire ça dans Paris, qu'il n'y a pas de turn-over des équipes, mais depuis quelque temps il n'y a plus eu d'intérimaire dans le service… Oui puisque même les personnes en heures supplémentaires ne voulaient pas venir. Et maintenant il y a cette fluidité d'un secteur sur l'autre… Non, je crois que vraiment, de travailler, de rendre attractif, ça donne quand même des choses intéressantes, il n'y a plus d'intérimaire… Enfin… Ou en tout cas c'est assez anecdotique… Pour les affaires, les biens des patients, je suis passée de… Une réclamation… à deux réclamations voire trois par semaine… Et là, je pense que cette année je n'ai pas eu une réclamation de portefeuille, de dentier… »*

3.3.8. Les pratiques logistiques

L'analyse des réponses des différents répondants nous a permis d'identifier des pratiques logistiques relevant du domaine exclusif du personnel encadrant du personnel soignant. Le pôle a mis en place une gestion centralisée de la logistique du pôle. Ainsi, les pratiques logistiques regroupent aussi bien celles qui sont exercées par les cadres dans leur service que celles réalisées par la cadre référente responsable de la logistique du pôle. Les pratiques logistiques portent sur quatre thèmes : la gestion du matériel, le contrôle des commandes de médicaments et de la consommation des produits, le contrôle des repas (nombre de repas commandés), la gestion des approvisionnements (par les cadres et par la référente logistique) et la gestion du linge, du nettoyage et des déchets. Ces différentes pratiques sont

accompagnées par un travail de communication et d'informations du personnel notamment en matière d'application des procédures.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« La gestion de tout ce qui est matériel, que ce soit les bouts de seringue, le matériel qu'on achète, les compresses, et puis la gestion des locaux, des lits physiques, des tables de nuit, enfin toute la logistique du patient, ensuite, dans la logistique, il y a la gestion des circuits avec tous les interlocuteurs extérieurs, à savoir, la gestion des repas avec toute sa filière, la diététique et puis comment les repas arrivent… Comment on gère tout ça, et là on travaille avec des prestataires… »*

- *Éviter la disparition du matériel*

La gestion du matériel se caractérise par un ensemble d'actions entreprises par les cadres afin d'éviter la perte de certains matériels comme les pacemakers, les bouteilles d'oxygène et le « Kalinox »[105]. Le contrôle quotidien (tous les matins) du matériel concourt à la réalisation de trois objectifs. Le premier est d'éviter sa perte, le deuxième est de permettre aux agents de ne plus perdre de temps à la recherche d'un pacemaker en cas de besoin. Le troisième objectif est la vérification du fonctionnement du matériel. Cette pratique tranche avec les habitudes du passé où le matériel était souvent perdu. La cadre estime que cette démarche participe à l'efficience en matière de gestion du matériel et du temps de personnel.

> ***EPS_CS_CC :*** *« L'organisation au niveau des pacemakers, et d'une, ça évite de courir partout pour en chercher un, ce qui était le cas avant, au bloc, ça se passe encore un peu comme ça. Nous, on a un tel contrôle : tous les jours je regarde s'ils sont là, s'il y a un problème, le lendemain je suis sur le coup, ma collègue fait la même chose dans les étages, donc déjà sur le plan efficience… On va être très clair : les filles ne courent plus après. Elles en ont un dans l'immédiat, il n'y a plus de perte de matériel réelle, je crois qu'on en a perdu un, en un an et demi. Ce qui n'a plus rien à voir, c'est clair et net. Ça permet de savoir s'il fonctionne ou pas, là, vraiment, on parle vraiment d'efficience.* »

La cadre a mis en place des procédures visant à contrôler la présence des pacemakers tous les matins tout en veillant à la vérification de leur application. Ce contrôle est motivé par le constat de disparition de ces matériels dont le nombre est passé de 60 en dotation initiale à 20.

[105] Le « Kalinox » est un gaz analgésique classé comme anesthésique qui permet au patient d'être relaxé dans un état de sédation consciente.

Cette diminution est imputable à la disparition des pacemakers dans d'autres unités de l'hôpital ou d'autres hôpitaux. La cadre affirme que ces matériels pourraient même se retrouver en revente aux « Puces ». L'impact de la perte de ces dispositifs est préjudiciable pour le fonctionnement du service, mais il l'est aussi au niveau financier car un pacemaker coûte 1 500 euros l'unité.

> ***EPS_CS_CC :*** *« Tout le temps… Donc on a mis en place toutes ces procédures, qu'il a fallu donc… Vérifier l'application, vérifier que les pacemakers ne disparaissaient pas, et en hospitalisation il y a 15 pacemakers, pareil, utilisés dans les chambres… Les pacemakers sur chaque patient, il y avait, je crois, une dotation de plus de 60, sur la fin on n'en a retrouvé que 20, parce que les pacemakers partaient dans les autres hôpitaux, dans les autres unités, on pouvait aussi les retrouver aux Puces, ça, ce n'était pas un problème, en train d'être vendus, ce sont des pacemakers externes de transport qui valent 1 500 €…Donc on pouvait les retrouver aux Puces. »*

Afin de renforcer le contrôle sur les pacemakers, la cadre a mis en place des procédures de transport pour les pacemakers et vérifie l'application de ces procédures. Elle a également procédé à la fixation d'un pacemaker dans chaque chambre au sein de l'unité de soins intensifs. Les procédures mises en place consistent à utiliser les pacemakers fixés dans les chambres pour les patients en provenance du bloc opératoire. De même, pour transporter les patients à destination des salles d'hospitalisation (après les soins intensifs) ou pour réaliser des examens, deux pacemakers sont mis à leur disposition.

> ***EPS_CS_CC :*** *« A été travaillée toute une procédure, donc on a fait un rachat global, une mise à plat de nos besoins, et on a mis une procédure de transport en place, on a fixé déjà, en tout cas en soins intensifs, un pacemaker dans chaque chambre, c'est-à-dire que les patients quand ils revenaient du bloc, il n'y avait plus qu'à les brancher directement dans la chambre, et pour les transporter en hospitalisation, on a deux pacemakers par unité, ou en cas d'urgence ou au cas où ils vont en examen, donc on a mis en place toutes ces procédures, qu'il a fallu donc… Vérifier l'application, vérifier que les pacemakers ne disparaissaient pas, et en hospitalisation il y a 15 pacemakers, pareil, utilisés dans les chambres. »*

La mise en place des procédures pour le transport les pacemakers résulte d'un travail coordination avec le personnel du bloc opératoire car les pacemakers externes concernent en

partie les patients qui sont transportés du bloc opératoire vers les unités de soins intensifs.

> ***EPS_CS_CC :*** *« Tout ça c'est un travail qui a été fait entre autres, par ma collègue, et la mise en application on l'a faite toutes les deux, avec le bloc opératoire. »*

En plus du contrôle de la présence des pacemakers tous les matins, des procédures consistant à fixer les pacemakers dans les chambres et à formaliser leur transport, la cadre « dissimule » (cache) les pacemakers pour éviter leur disparition quand l'unité est fermée. Le volume de ce matériel (très petit) induit que leur « vol » ne présenterait pas de difficulté. La cadre estime, comme nous l'avons indiqué plus haut, que ces différentes procédures *« ont changé le quotidien du personnel »* qui n'est plus obligé de chercher l'emplacement du matériel en cas de besoin.

> ***EPS_CS_CC :*** *« On n'est pas dans une efficacité, c'est de l'efficience… J'en ai 4 dans l'unité qui ne sont pas accrochés… Et là, si vous voyez l'unité fermée, ils sont cachés… Ça fait un peu police, comment dire, un peu paranoïaque, mais franchement, on n'a pas le choix. On n'a pas le choix parce que c'est du vécu. Ceux qui sont dans les chambres, pour les voler… Parce que c'est quand même des matériaux qui ont des très petits volumes et qui peuvent être embarqués très aisément, on est très vigilantes par rapport à l'organisation des infirmières, ça leur permet, de pas courir partout… Elles l'ont dit, que ça a changé leur quotidien de travail… »*

À l'instar du contrôle sur les pacemakers, la cadre a mis en place un certain nombre d'actions de contrôle des bouteilles à oxygène et le « Kalinox » pour éviter leur disparition. La mise en place de ce contrôle, comme pour les pacemakers, vise à éviter aux soignants la recherche des bouteilles en cas de besoin. Elle vise également la vérification des échanges de commande de bouteilles ce qui permet d'identifier leur emplacement et éviter leur perte. Le contrôle des matériels est motivé par un constat, similaire à celui réalisé sur les pacemakers, de disparition des bouteilles des gaz avec une dotation initiale de 12 bouteilles dont il ne reste plus que 4 à l'inventaire. Cette disparition est imputable au fait que les ambulances externes transportant les patients avec les bouteilles des gaz ne les restituent pas au service ou que les bouteilles restent dans les autres services. L'approvisionnement des bouteilles des gaz se fait par remplacement des bouteilles vides par d'autres pleines. Le livreur ne remplace que les bouteilles vides présentes. Afin de remédier à ce dysfonctionnement, la cadre a mis en place une procédure de gestion des bouteilles des gaz. Elle a dédié un espace (pharmacie) au

stockage des matériels. Il y a installé deux chariots, un pour entreposer les bouteilles pleines et un autre pour les bouteilles vides. Les deux chariots sont vérifiés tous les matins pour s'assurer que le total de bouteilles sur les deux chariots correspond bien au nombre dont dispose le service (8 bouteilles). Cette nouvelle organisation permet aux soignants de savoir rapidement où ils peuvent se procurer une bouteille en cas d'urgence ou de déplacement de patient d'autant plus que l'emplacement des chariots dans la pharmacie est plus proche que l'emplacement initial dans le bureau de l'équipe de coordination loin de 50 mètres du service avec des portes codées à franchir.

> ***EPS_CS_CC :*** *« Ça peut, peut-être, vous paraître banal l'organisation des gaz, c'est-à-dire, des bouteilles à oxygène et du Kalinox, qui sont donc des gaz, on va dire dans un service, utilisés de façon très usuelle, les bouteilles étaient perdues. Clairement, on avait une dotation, on a recherché la dotation initiale d'il y a dix ans, qui était, il semblerait, de 12. On en a trouvé 4… Personne ne s'était acharné à les chercher, il suffit que les ambulances externes partent avec, on ne les reverra jamais… Ou elles sont parties dans les services… En fait, les organisations c'est quand on fait une commande de bouteilles à oxygène, le livreur fait un échange. S'il n'y a pas présence de la bouteille vide, il ne vous échangera rien. Donc il a fallu refaire toute l'organisation sur les gaz, on a commandé… Avec les travaux dans le service, on a une pharmacie qui est peut-être plus grande que mon bureau, au sein du service, qui est très spacieuse. On a fait mettre des chariots tout à fait adaptés, un chariot plein, un chariot vide, ils sont checkés tous les jours pareils ou par l'équipe de coordination, ou par moi-même, et ce qui permet d'avoir des vrais échanges de commande, puisqu'en fait, on sait où sont toutes les bouteilles, nous avons une dotation de 8 bouteilles et on sait où elles sont… Donc, là, il n'y a plus de perte depuis un an… Pareil, ça a été remis en place. Ce qui évite donc aux infirmières ou aux aides-soignants, de les chercher. Sur les fameux chariots et points de check que j'ai mis en place dans chaque unité de soins intensifs, il y a une bouteille d'oxygène… Ce qu'il n'y avait pas avant. Donc en fait, quand elles font un déplacement ou une sortie, ou une urgence, elles ont juste à faire 4 mètres pour prendre une bouteille et revenir… Avant, quand il y avait une urgence, c'est « où est l'oxygène ? » Et en plus elles étaient toutes localisées au niveau du bureau de coordination, c'est-à-dire qu'on avait 50 mètres à faire en courant, en passant par des portes codées. »*

- *Suivre les commandes de matériel*

Le suivi des commandes de matériel est effectué à plusieurs niveaux. Le premier concerne le volume de matériel commandé. L'objectif est de prioriser les demandes du fait que l'enveloppe budgétaire ne permet pas la satisfaction de toutes les demandes. Cette priorisation est renforcée par le contrôle du bien-fondé des commandes déclenchées par le personnel soignant. Le deuxième niveau de contrôle porte sur le stock de matériel dans les petites réserves situées dans les services. Le troisième et dernier niveau concerne le contrôle de l'utilisation du matériel.

Prioriser les demandes de matériel car on n'aura pas tout

La contrainte budgétaire est prise en compte par les cadres dans l'établissement de la liste de leur besoin en matériel. Ainsi, les cadres priorisent leur demande partant de l'idée qu'elles ne peuvent pas voir toutes leurs demandes satisfaites car l'enveloppe budgétaire est limitée à cause des problèmes financiers. De dépit de leur méconnaissance du volume du budget dédié au matériel, elles priorisent leurs demandes.

> ***EPS_CS_RM :*** *« Nous, on fait notre liste, toute notre liste de matériel, on sait qu'on n'aura pas tout parce qu'il y a tant d'enveloppes, tant de budget, après on n'a pas toujours le budget, etc., Mais on essaie de prioriser ce qui est le plus important puisqu'on sait qu'on n'aura pas tout… Pour le matériel on a bien ça en tête, qu'on ne peut pas avoir ce qu'on veut… Ouais, parce qu'il y a des problèmes financiers… »*

Le pôle a mis en place une gestion centralisée des commandes de matériel avec une réserve commune (centrale) à tous les services du pôle géré par une référente « logistique ». Les réserves situées dans les services (petites réserves) sont approvisionnées par les agents sous la responsabilité de la référente à partir de la grande réserve commune. Les infirmières ont la possibilité de contacter le personnel de l'unité logistique du pôle pour approvisionner les petites réserves des services.

Les cadres veillent à la vérification de ces demandes d'approvisionnement afin de s'assurer qu'elles correspondent à un besoin et qu'elles sont justifiées.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Une infirmière qui a besoin de quelque chose, soit il manque quelque chose dans la réserve, soit elle a besoin de quelque chose qu'elle n'a pas… Alors maintenant on est assez bien organisé, elles savent elles-mêmes appeler ceux qui*

remplissent les réserves ou la cadre logistique… Mais nous, on a un regard là-dessus. C'est-à-dire il leur manque tel matériel, « mais pourquoi elles ont besoin de ça » ; est-ce que… Est-ce que c'est justifié »

Le contrôle réalisé sur les commandes faites par les infirmières à l'unité logistique du pôle suivi est complété par la vérification des stocks dans les petites réserves des services. Ce contrôle porte sur le volume de matériel dans les petites réserves. L'objectif est d'éviter la constitution d'un stock dans les petites réserves disproportionnées par rapport aux besoins du service. La cadre a mis en place une « check-list » du matériel qui doit être présent dans les petites réserves. Le contrôle des réserves porte aussi sur la qualité du rangement et la propreté.

EPS_CS_RM : *« Les grandes réserves…, il faut qu'il y ait tant de…, qu'il n'y ait pas trop de matériel non plus dans les petites réserves parce qu'il y a une grande réserve centrale, c'est l'unité logistique qui vient la réapprovisionner, et puis comme, peut-être, elle est un petit peu excentrée par rapport à certaines unités, les aides-soignants reprennent du matériel pour aller mettre dans les petites, enfin, une petite salle qui est dans chaque unité, donc au plus près des soins… Donc on est en train de refaire aussi, pour qu'il n'y ait pas trop de matériel qui dorme là aussi, parce que s'il y a du matériel qui dort partout, ça ne va pas. On a surtout fait des check-lists par rapport au matériel… »*

EPS_CS_RM : *« On va à la réserve, on regarde…, du coup on en profite pour regarder quand même, quand on va voir tout le monde, on en profite pour voir si c'est bien rangé, s'il n'y a rien qui traîne, voilà, un petit peu le coup d'œil pour que tout soit propre… On regarde les réserves… »*

Aux actions de priorisation des demandes de matériel et de contrôle des stocks dans les petites réserves s'ajoute une vérification de la consommation du matériel par la mise en place d'un certain nombre d'actions. Ainsi, afin d'éviter le gaspillage sur les tenues du personnel, la cadre installe le chariot dans son bureau pour contrôler leur distribution.

EPS_CS_RM : *« Les tenues du personnel, par contre, ça c'est problématique, mais on n'y peut pas grand-chose, c'est-à-dire que… Il n'y a jamais assez de tenues. Donc on utilise beaucoup de tenues papier, en fait, quand le chariot arrive, on le met dans notre bureau ici, on contrôle un peu qui vient se servir pour ne pas qu'il y ait des tenues qui s'empilent dans les vestiaires… »*

À l'instar des tenues, d'autres actions permettent de réduire le nombre de matériel utilisé. La réduction du nombre d'entrée et « allées et venues » dans les chambres permet d'éviter le gâchis. La cadre veille à ce qu'il n'y ait pas trop de matériel qui est rentré dans les chambres car il est jeté ensuite. Donc il ne faut faire renter que ce dont le personnel a besoin. De surcroît, le fait de faire rentrer du matériel dans les chambres occasionne l'accumulation du volume du matériel (stock énorme) avec un risque de péremption. La cadre a donc mis en place une « check-list » du matériel qui doit être présent dans la chambre.

> ***EPS_CS_RM :*** *« On va utiliser 10 gants pour nettoyer le patient alors que des fois on pourrait en utiliser un peu moins… On rentre plein de matériel dans les chambres puis du coup, après, on est obligé de le jeter, donc ça, on a revu, on est très vigilant par rapport à ça… On rentre le moins dans les chambres, enfin, on a des check-lists, il y a de toute façon tout ce qui a été ouvert, forcément, est jeté, il vaut toujours mieux éviter de rentrer du matériel… Parce qu'après, des fois il y a du matériel qui stagne, ça peut se périmer même chez nous aussi, chez nous, quand même… Le matériel va très vite, mais voilà, qu'il n'y a pas des stocks énormes et puis du coup c'est de l'argent qui dort, quoi… Par exemple c'est, dans une chambre de patient, il faut le matériel qu'il doit y avoir… Il doit y avoir une dizaine de sondes d'aspiration, pas plus, il ne doit pas y avoir de draps qui traînent, il doit y avoir du matériel d'aspiration, de bocaux… On mettait des bâtonnets de soin de bouche, il pouvait y en avoir 15 paquets, maintenant il y en a 3, Pour empêcher le gâchis, donc nous, on a la check-list des chambres… »*

La bonne gestion de la consommation de matériel passe par la mutualisation de certaines consommations. L'exemple du matériel spécifique au service « ORL » dont certains services peuvent avoir besoin de manière occasionnelle illustre bien une action de gestion optimale du matériel. Afin d'éviter à un service d'acheter en quantité un matériel (exemple des canules) qui ne sera utilisé qu'occasionnellement, la cadre a recours au service spécialiste, en l'occurrence l'ORL, pour s'approvisionner de la quantité souhaitée. Ainsi, il n'y aura pas de gaspillage de tous ce qui ne sera pas consommé par le service demandeur. La cadre estime qu'il s'agit d'une pratique qui engendre des économies qualifiées d'intelligentes et évite des économies fondées que la suppression de postes de personnel ou de matériel.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Je vous donne un exemple, un patient qui a une trachéotomie, vous*

voyez un peu ce que c'est, ici, on n'en a pratiquement jamais. Moi, quand j'étais en ORL, on avait tout une gamme de types de canules, et justement il y avait un groupe qui avait été fait sur l'hôpital avec l'idée de recenser ce qu'il y a en ORL, de façon à ce que des services qui sont très peu utilisateurs puissent venir chercher, prendre juste une, deux, sans commander une boîte qui va dormir… Et qui va se périmer et qui a un coût réel. C'est vraiment de la gestion logistique qui fait faire… Ce sont des économies réelles à l'hôpital, quand on est bien organisé, qui sont faciles, qui n'impactent personne parce que, franchement, on gagne de l'argent et les gens ont ce dont ils ont besoin quand il faut… Donc c'est vraiment de l'économie intelligente, il n'y a pas « on supprime du personnel », « on supprime du matériel ». »

- *Contrôler les commandes de médicaments et l'utilisation des produits*

Le contrôle des commandes de médicaments passe par la tenue d'un tableau afin de s'assurer que les infirmières ne commandent que ce dont elles ont besoin. En effet, ce sont les infirmières qui commandent les médicaments et d'autres produits (solutés) à la pharmacie de l'hôpital via un logiciel appelé « FEDRA ». Les cadres vérifient que les infirmières ne commandent pas de manière abusive en procédant à une vérification de ce qui est stocké dans les réserves. Au-delà de la tenue d'un tableau Excel pour le suivi des commandes et la vérification des réserves, les cadres dispose d'un troisième point de contrôle qui est l'alerte de la pharmacie en cas de commande « anormale ». En fait, la pharmacie l'alerte de la pharmacie est lancée quand une commande dépasse le niveau de solutés, par exemple, que le service a l'habitude de commander.

EPS_CS_CM : *« La pharmacie, pour tout ce qui est commande de médicaments, ce sont les infirmières qui le font sur le logiciel « FEDRA »...Ensuite, les solutés, les commandes de solutés, c'est les infirmières qui le font… Moi je vais regarder, je vais voir avec elles par contre pour faire un tableau pour ne pas qu'elles en commandent de trop… C'est clair, je vais voir la réserve et quand j'ai un appel de la pharmacie, ils me disent : non, mais là c'est la commande pour trois mois, à ce moment-là je revois avec les infirmières, on va voir la commande, et elles refont la commande… On sait, depuis le temps, c'est toujours le même nombre de solutés dont on a besoin… Il y a eu là, parce que j'ai des nouvelles, donc elles s'étaient trompées, elles avaient mis un zéro de plus. Au lieu de mettre 40, elles avaient mis 400. »*

Afficher le coût des produits comme dans les supermarchés

Le suivi de la consommation des produits est accompagné par des actions de sensibilisation du personnel sur les coûts des produits. La cadre et une infirmière souhaitent mettre en place un affichage du coût des produits comme dans les supermarchés. Cette initiative est motivée par le fait que les coûts des produits destinés à la chirurgie cardiaque sont très élevés. La motivation est aussi liée à des critères relatifs au développement durable et aux économies que peuvent être réalisées grâce à cette démarche. L'objectif est que les personnels soient attentifs à leur manière d'utiliser les différents produits.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Ce d'autant que la chirurgie cardiaque, enfin, l'hôpital, c'est cher, tout est cher. On a des produits notamment par rapport à la CEC* (Circulation Extra-Corporelle) *qui sont extrêmement chers. Donc il y a tout un travail autour de ça aussi pour que le personnel soit attentif au coût des choses. Et, en l'occurrence, moi j'ai une IBODE* (Infirmier du Bloc Opératoire Diplômé d'Etat) *qui revient de l'école des IBODES, qui a fait un travail sur le développement durable, donc autour de ça, l'économie, etc., et notre projet, c'est de faire un affichage comme dans les supermarchés, du coût des choses… Pour que quand les gens vont chercher un produit, ils sachent que celui-là, il coûte 2 500 €, celui-là, il coûte 3,50 €Ceci n'empêche pas cela mais… Mais qu'ils aient une idée, et que les gens soient encore plus attentifs, en tout cas, à faire attention dans leur utilisation. Mais moi, après, je ne fais pas un calcul comptable… Non… »*

La cadre réalise un suivi des matériels sur une feuille Excel. Elle répertorie, pour chaque produit, le fournisseur, le type de matériel, le lieu de rangement et le mode de commande.

- *Contrôler les commandes de repas*

Le contrôle des repas fait partie des pratiques logistiques réalisée par les cadres. Ce contrôle porte sur les commandes de repas, leur quantité et leur circuit pour éviter les gaspillages.
En ce qui concerne le nombre de repas, les cadres disposent d'un listing envoyé par la cuisine de l'hôpital récapitulant le nombre de repas commandés par rapport au nombre de patients hospitalisés. Ce listing permet aux cadres de vérifier s'il n'y a pas de commandes abusives qui mènent à du gaspillage comme elles ont pu le constater (30 repas commandés pour 10 patients). Parmi les actions entreprises, les cadres ont substitué une fontaine à eau à la livraison des bouteilles d'eau.

EPS_CS_RM : *« On est très vigilant aussi aux commandes de repas… De toute façon la cuisine nous envoie des listings régulièrement pour dire : vous avez eu tant de patients, vous avez commandé tant de repas. Donc s'il y a un peu trop, on va voir… On commande plus de bouteilles d'eau, enfin il y a des choses, avant, on commandait des petites bouteilles d'eau pour les patients, c'est fini… Il y a une fontaine à eau… On peut commander jusqu'à 30 repas, donc ils en commandent 30 même s'ils sont 10 ce n'est pas grave… Après, c'est jeté, bien évidemment… »*

En ce qui concerne le circuit des repas, le pôle dispose d'un référent logistique qui centralise tout l'approvisionnement des services. La cadre de santé travaille avec la référente logistique et se coordonne avec les aides-soignantes, les infirmières et les médecins pour assurer le bon fonctionnement de la logistique du service en remettant en place les bonnes pratiques en matière de traçabilité et le respect de la chaîne de froid dans les offices alimentaires. Ce travail est motivé par les contrôles réalisés par l'autorité chargée de la certification de l'hôpital.

EPS_CS_CM : *« Ensuite c'est aussi tout ce qui est logistique, le matériel, des réparations, des demandes par rapport au budget, les réparations, donc tout ce qui concerne la logistique, avec les aides-soignantes et avec le référent logistique, on travaille sur les offices alimentaires, par rapport justement à la certification, donc là c'est remettre les bonnes pratiques en route, la traçabilité, donc c'est un gros travail »*

- *Gérer les approvisionnements*

La gestion des approvisionnements s'articule autour de deux groupes d'activités. Le premier groupe concerne le processus de commande et le deuxième groupe porte sur la gestion des stocks pour mieux calibrer les demandes d'approvisionnement.

Faire des commandes à travers un logiciel institutionnel, préparer la justification pour le service économique, remettre les bonnes pratiques en route

Au sein de l'hôpital, les commandes sont passées par les cadres via un logiciel institutionnel. Les demandes sont traitées par le service économique de l'hôpital. Les cadres fournissent un trois devis pour respecter le code des marchés publics qui impose une mise en concurrence des fournisseurs.

EPS_CSS_BLOC : *« Je fais des commandes via un logiciel institutionnel, et ensuite le relais est pris par le service économique qui va lancer mes commandes… »*

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Mais par habitude, quand c'est comme ça, je commence à préparer ma justification, soit en présentant trois devis comme il est dit dans la réglementation… Un argumentaire de l'opérateur si on va faire une intervention extrêmement particulière, et de constituer un dossier de telle sorte qu'il soit recevable… »*

Informer la CPP sur des commandes particulières

Les commandes ne sont pas toutes adressées directement par les cadres au service économique de l'hôpital. Certaines commandes nécessitent l'accord de la cadre paramédicale du pôle. Les cadres doivent donc l'en informer afin d'avoir sa contre signature.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Et puis parce que je sais de toutes les façons que je ne suis pas la personne qui ait pouvoir d'autorisation donc je vais l'en informer, et souvent elle contresigne derrière moi ces dossiers qui sont particuliers, »*

Faire l'inventaire de ce qui manque dans les chambres, faire la liste de ce qu'on souhaite avoir pour la cadre logistique, mettre en place les choses qui manquent dans les chambres

L'approvisionnement des services en termes de matériel est calibré en fonction des besoins. Ces besoins sont identifiés à travers un inventaire réalisé par la cadre avec deux aides-soignantes de tout ce qui manque dans les chambres. Cet inventaire permet d'établir la liste des demandes à la référente logistique du pôle qui se charge de gérer ces demandes pour approvisionner les services.

> ***EPS_CS_CM :*** *« C'est… Ensuite, à deux aides-soignants, je leur ai demandé de faire tout le tour pour voir tout ce qui manquait pour que les chambres… Le référent logistique nous a demandé de faire la liste de ce qu'on souhaitait avoir, donc des pieds à perfusion, de l'adaptable, voilà, donc on a fait la liste et ensuite on la donne, et ensuite c'est en fonction du budget, on aura… Maintenant j'ai la liste, il n'y a plus qu'à… Donc dans un deuxième temps, je vais voir comment je peux mettre en place les choses qui manquent, je ne sais pas… Un porte-savon… »*

L'approvisionnement du bloc opératoire présente un caractère stratégique du point de vue de la disponibilité des matériels et des produits. La cadre responsable du bloc opératoire veille gère les demandes d'approvisionnement. La gestion de l'approvisionnement appelle celles des stocks et de la consommation. Ainsi, la cadre tient un tableau Excel sur lequel sont référencés

les produits du bloc. Elle constitue un stock tampon (stock de sécurité) afin d'éviter une rupture des stocks préjudiciable à l'activité du bloc opératoire. La constitution d'un stock de sécurité est combinée avec un relevé de l'activité mensuelle du bloc afin de mieux calibrer les stocks et ainsi éviter de faire des surstocks. Cette gestion est mise en place par la cadre du bloc afin d'équilibrer les dépenses de dépit de sa méconnaissance de l'enveloppe budgétaire dédiée au pôle pour l'achat de matériel. Mais elle est informée de l'existence de cette enveloppe.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Oui parce que pour fonctionner, moi je fais un relevé de l'activité mensuelle du bloc opératoire, donc je sais très bien combien on fait de pontages, combien on fait de valves, combien on fait de CEC, donc ça me permet aussi d'équilibrer et de voir… Les produits sur lesquels il ne faut pas se rater, mais… Et en gros, quand même, quel est le volume, quelle est la part de ce qui va coûter le plus, ça vous le savez comme ça un peu au… Enfin je ne sais pas si c'est au feeling, mais à l'expérience… »*
>
> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Et donc, dans mes commandes mensuelles, c'est d'essayer, enfin, c'est de suivre une consommation moyenne, de telle sorte à ne pas faire des surstocks, voilà, je fonctionne comme ça, d'abord en termes de stockage… »*
>
> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Toute la gestion des stocks… d'abord parce que… Il faut… Alors, moi, l'enveloppe, pour le coup, là, je ne l'ai pas, je ne sais pas quelle est mon enveloppe de pôle, mais moi, en qualité de cadre supérieur par exemple, j'ai construit un tableau Excel dans lequel j'ai référencé tous les produits qui sont à l'intérieur de ce bloc. Ligne par ligne… »*

Comme précisé, la gestion du stock opérée par la cadre du bloc opératoire à travers le référencement des produits, le relevé de l'activité mensuelle, le suivi de la consommation moyenne, le calibrage du stock et la constitution d'un stock de sécurité vise un équilibrage de dépenses sur certains produits. L'équilibre des dépenses sur ces produits consiste à maintenir un niveau d'approvisionnement moyen et éviter des écarts importants d'un mois à un autre. Autrement dit, éviter de faire des commandes importantes sur un mois en attendant un rééquilibrage sur les mois suivants avec des commandes moins importantes. Cet équilibre des commandes en se fondant sur le relevé de l'activité mensuelle permet d'éviter ce genre de pratiques sources de gaspillage. Donc, afin d'éviter les pertes de matériel notamment par

rapport aux dates de péremptions la cadre ne fait pas des enveloppes dispendieuses pour l'achat de matériel.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« En termes de suivi des péremptions, ne pas faire des enveloppes dispendieuses mensuellement, donc au bout du compte, une enveloppe dispendieuse en fin d'année, qu'il y ait le moins de pertes matérielles, enfin de… Oui de matériel… Par rapport aux péremptions, et de sorte à contenir un peu une enveloppe mensuelle, il y a des produits sur lesquels je ne peux pas, un mois, me permettre de dire : je vais dépenser 20 000 €, ce n'est pas grave je ferai que 3 000 le mois prochain… Non. C'est d'essayer d'équilibrer mes dépenses, tout au long de l'année en ayant ce qu'il faut pour travailler avec un stock tampon raisonnable, et puis pas de gabegie… »*

- *Gérer les approvisionnements (logistique centralisée)*

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le pôle a mis en place une gestion centralisée de la logistique pour tous les services du pôle. La responsabilité de cette gestion est confiée à une cadre « référente logistique ». La centralisation de la gestion logistique au niveau du pôle se fait en parfaite collaboration avec la logistique de l'hôpital.

> ***EPS_CS_LOG :*** *« Il y a la logistique interne, au pôle, et puis il y a la logistique de l'hôpital. Donc on collabore effectivement étroitement avec la logistique de l'hôpital puisqu'on arrive à un moment où on a essayé d'optimiser et de centraliser la logistique au niveau du bâtiment… »*

Passer les commandes hors stock auprès de l'économat, attribuer une réserve à chaque unité et définir le besoin avec les cadres, déterminer le niveau de sécurité pour l'approvisionnement des réserves

La collaboration avec la logistique de l'hôpital est illustrée par la gestion des commandes dites « hors stock » auprès de l'économat (service économique de l'hôpital). Ce type de commande porte sur des matériels spécifiques qui ne sont pas utilisés en routine par les services du pôle et donc qui ne sont pas stockés au niveau de l'hôpital. Ainsi, la référente logistique commande le matériel à l'économat qui va gérer toute la procédure. Le matériel est livré dans un magasin central situé au sein d'un bâtiment de l'hôpital. Ce magasin vérifie la commande et le demandeur pour la livrer dans le pôle.

> ***EPS_CS_LOG :*** *« Il y a des commandes qui sont dites hors stock, ça veut dire que*

c'est nous qui générons le besoin en fonction de la pratique, des consommations, des besoins, etc.…, donc je vais émettre le besoin et je vais passer les commandes directement auprès de l'économat, il y a un magasin de réception à l'intérieur du site, l'unité de réception de Babinski (bâtiment de l'hôpital). *Donc eux, ils ont la liste des commandes qui sont passées par l'économat, et dès que les commandes, les colis arrivent par les transporteurs, ils vérifient que c'est bien pour nous, que ça arrive, etc.., et une fois qu'ils ont contrôlé, ils vont nous les livrer… »*

Nous avons présenté plus haut le travail réalisé par les cadres en collaboration avec la référente logistique pour l'organisation du stockage des matériels dans les services. Cette organisation est fondée sur l'attribution à chaque service voire unité au sein du service d'une réserve (que nous avons appelée « petite réserve ») et qui est approvisionnée par les agents de l'équipe logistique du pôle à partir de la grande réserve du pôle gérée par la référente logistique et son équipe. L'attribution des réserves aux unités du pôle a abouti à l'identification de 12 réserves. Ensuite, la référente logistique a défini et validé, avec les cadres des unités, les dotations pour chaque réserve en fonction des besoins de l'unité. L'objectif de ce calibrage des dotations, comme nous l'avons présenté plus haut, est d'éviter d'approvisionner les réserves avec du matériel qui ne sera pas ou très peu consommé.

EPS_CS_LOG : *« Le travail que l'on a fait, que j'ai fait avec mon équipe, c'était d'attribuer à chaque unité du pôle une réserve où on a défini le besoin. C'est-à-dire qu'on est parti sur une dotation, en fait, pour telle réserve. Ça veut dire qu'on a identifié 12 réserves. Et donc, pour ces 12 réserves, on a défini des besoins et des dotations. Sur telle, telle et telle référence, qu'on a validée avec les cadres pour s'assurer que ça correspondait bien à leur pratique, et qu'on n'allait pas leur mettre du matériel qui ne tournerait pas. Et puis donc, ces réserves-là, donc on a défini pour telle unité par exemple, il faut, je ne sais pas moi… En chirurgie, il faut des pansements pour mettre sur la cicatrice, il en faut par exemple… 600… »*

L'attribution d'une réserve aux unités et l'établissement de la liste des références de matériel et de produits qui doivent y être présents sont complétés par la détermination du niveau de stock de sécurité pour l'approvisionnement de réserves dans l'unité. Le stock de sécurité est déterminé par itération en testant le rythme de consommation des matériels et des produits avec un approvisionnement par semaine. Les différentes itérations aboutissent au calibrage du

niveau de stock de sécurité. Ce bon calibrage prend en compte le fait que l'équipe logistique n'est présente que du lundi au vendredi. Il faut donc que les matériels et les produits disponibles dans les réserves le vendredi soir puissent suffire pour le samedi et le dimanche. Le fait de mettre en place un stock de sécurité permet également aux agents de la logistique du pôle de ne pas être sollicités en permanence pour approvisionner les réserves d'autant plus qu'ils sont amenés à exercer d'autres missions comme l'accompagnement des patients pour la réalisation d'examens de laboratoire ou d'imagerie.

> ***EPS_CS_LOG :*** *« On a fait des commandes toutes les semaines. Donc après, là, si je dis par exemple 600 aujourd'hui c'est parce que ça fait trois ans… Au début on a dit : on va mettre 200. Et puis j'ai des logisticiens qui approvisionnent les réserves, et donc, tous les jours, très régulièrement, il y a des fois ils ont un peu de mal à passer tous les jours mais, très régulièrement, ils passent dans les réserves donc tous les jours, ils l'approvisionnent une fois dans la semaine, et puis tous les jours ils vont regarder comment ça consomme, est-ce qu'il y a des ruptures, est-ce qu'il y a des manques, etc.…, et puis au bout d'un moment ils lui ont dit : Gustave* (un agent logistique)*, il faut que tu nous montes des pansements. Donc il a rajouté des pansements, et puis à partir de la semaine x, au lieu de 200, il a dit : je vais monter à 400 pour voir si les 400, ça permet de tenir la semaine sans que je sois obligé de remonter deux fois dans la semaine. Et puis après, effectivement il a vu que ça allait bien. Il fait sa réserve, par exemple, le lundi, et puis il reste le week-end à passer, en logistique on est présent du lundi au vendredi, on n'est pas présent le samedi et le dimanche. Donc il était arrivé à 400, et puis… Mettons deux semaines après ou trois semaines après, je raccourcis volontairement, il s'est rendu compte que le lundi, même si jusqu'à vendredi ça allait, les 400 qu'il avait mis, mais le lundi c'était un peu critique parce qu'on lui disait par exemple : Gustave il nous a manqué les pansements, on a dû aller à droite, on a dû aller à gauche. Donc, il a pu mettre… L'idée était d'approvisionner, d'avoir un niveau de sécurité quand même pour lui éviter de courir tout le temps parce que ce n'est pas une vie pour le personnel qui, par exemple je ne sais pas moi, il y a un patient qui arrive en urgence au bloc, et puis on attend pour pouvoir opérer le malade, ce n'est juste pas possible… »*

Contrôler s'il n'y a pas d'erreur de livraison

La centralisation de la gestion de la logistique au niveau du pôle permet un contrôle de toutes

les livraisons par l'équipe logistique au lieu de le laisser pour les cadres dans les unités. Ainsi, l'équipe logistique est le seul interlocuteur des prestataires qu'ils soient internes (magasin central de l'hôpital et le service économique) ou externes. Ce contrôle est facilité par le fait que la référente logistique est responsable de la passation de toutes les commandes pour toutes les unités. Ce contrôle permet d'identifier les éventuelles erreurs de livraison ce qui facilite la réorientation des livraisons.

> ***EPS_CS_LOG :*** *« On contrôle, donc le contrôle est assez simple puisqu'il y a une grande partie des commandes que je passe qui sont produites par moi-même, donc on sait très vite si ce matériel est pour nous ou s'il y a une erreur de livraison, et à ce moment-là on informe qu'il y a une erreur et que le matériel n'est pas pour nous et donc on le redirige… »*

- *Gérer le linge, le nettoyage et les déchets (logistique centralisée)*

Définir une dotation en linge en fonction des besoins et du type de patients

La gestion du linge par l'unité logistique du pôle obéit aux mêmes modalités que l'approvisionnement des matériels et des produits. La référente logistique du pôle définit et valide avec les cadres une dotation en matière de linge. Cette dotation est fondée sur les besoins qui dépendent, entre autres, des types de patients pris en charge dans les services. L'objectif est de s'assurer d'une bonne utilisation du linge.

> ***EPS_CS_LOG :*** *« Donc pour que ça fonctionne bien, on doit définir une dotation en fonction des besoins, du type de patients qui sont dans les lits, après il faut qu'il y ait une bonne utilisation du linge… »*

3.4. Les pratiques de post-évaluation

Les pratiques « post-évaluation » sont principalement réalisées par le personnel administratif et dans une moindre mesure le personnel médical et le personnel encadrant du personnel soignant.

3.4.1. Le personnel administratif

3.4.1.1. Faire l'état des lieux, analyser et faire le bilan

Les pratiques relevant de la phase de post-évaluation sont réalisées au moment de la conférence budgétaire. En effet, la conférence budgétaire est l'occasion de faire le bilan de l'année en cours et d'établir les prévisions pour l'année suivante. Le bilan porte sur l'activité réalisée avec une analyse des difficultés rencontrées, des solutions apportées et des marges de progression possibles. La réorientation et le changement du projet médical suite à l'évolution des traitements médicaux peuvent être un exemple de conclusion de l'analyse permettant d'expliquer les résultats de l'année en cours et d'orienter les prévisions d'activité pour l'année suivante.

> ***ADM_1 :*** *« A l'échelle des pôles, moi en l'occurrence sur les pôles dont je m'occupe, au moment des conférences budgétaires on établit justement une feuille de route en disant quelle activité on a réalisé cette année, on fait une analyse de ce qui s'est passé et comment est-ce qu'on a résolu les difficultés… Est-ce qu'on a surmonté les difficultés qu'on a rencontrées cette année, est-ce qu'on a encore des efforts à fournir et ainsi de suite et en fonction on dit : on aura telle progression, ou pas. Il peut y avoir aussi des changements et des réorientations de projets médicaux : par exemple on a des évolutions de traitement, je pense une nouvelle fois au traitement pour le lupus où on a vu qu'on pouvait passer d'un traitement IV* (Intraveineux) *à un traitement per os… Un traitement intraveineux à un traitement per os, c'est-à-dire qu'on le prend en médicament… »*

Un support de présentation fourni par le cadre administratif du pôle illustre les informations communiquées à l'occasion des conférences budgétaires. La présentation comporte deux grands blocs. Le premier bloc porte sur la présentation du bilan de l'année en cours en termes de volume d'activité et de recettes réalisé par service du pôle (en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle c'est-à-dire l'hôpital de jour), les recettes générées par l'activité de consultations et par les actes externes (échographie cardiaque, échographie vasculaire,...) et les dépenses de personnel et de matériel. Les résultats concernant le volume d'activité réalisé sont comparés aux objectifs fixés. Le niveau des recettes est rapporté à celui de l'activité pour

identifier si son évolution est liée au niveau d'activité ou à un autre facteur comme l'évolution des tarifs ou du case-mix (profil des patients et leur nombre).

Le deuxième bloc met l'accent sur les prévisions d'activité et de recettes pour l'année N+1 (par service du pôle), les perspectives et notamment les projets qui peuvent impacter les prévisions budgétaires et enfin l'enveloppe de personnel (les effectifs).

Comprendre l'indicateur et travailler avec les gens

Le bilan réalisé au moment de la conférence budgétaire est fondé sur les indicateurs de suivi comme le taux d'occupation des lits par exemple. L'objectif est d'identifier les causes dans le cas d'un niveau insatisfaisant d'un indicateur.

> ***ADM_1 :*** *« C'est le diagnostic qui est fait tout au long de l'année. Après, la conférence budgétaire effectivement, c'est la synthèse de tout ça. Mais… En l'occurrence, avant la conférence budgétaire, on prépare tout ça et on revient et on analyse l'année passée. Et on voit bien si on a un taux d'occupation qui n'est pas satisfaisant, on se doute bien qu'on va avoir une demande de progression d'activité parce qu'on est sur une utilisation efficiente des moyens… »*

> ***ADM_2 :*** *« L'indicateur ça t'indique, le directeur disait : vous êtes mauvais. Moi je n'ai aucun jugement de valeur, il y a un indicateur qui n'est pas bon, il faut essayer de comprendre pourquoi et après on travaille avec les gens. »*

Faire les comptes d'exploitation en fin d'année

En fin d'année, les comptes d'exploitation par pôle sont élaborés par le contrôleur de gestion de l'hôpital. Ils visent le rapprochement des dépenses et des recettes du pôle. L'objectif est d'éviter tout raisonnement qui focalise uniquement sur les dépenses ou sur les recettes. En effet, certains services peuvent avoir une activité qui génère des recettes substantielles (par exemple la chirurgie) laissant penser qu'ils sont rentables. A contrario, d'autres services (de médecine), dont l'activité n'est pas rémunérée dans les mêmes proportions que la chirurgie, peuvent être considérés comme peu rentables car générant des recettes inférieures à celles des autres services. Il est donc important, dans le cadre du financement à l'activité (T2A), de raisonner sur les deux composantes d'un budget à savoir les recettes et les dépenses.

> ***ADM_4 :*** *« Alors les comptes d'exploitation, on les fait à la fin de l'année. On les fait par pôle… Et on fait, une fois par an, c'est le contrôleur de gestion qui fait les*

comptes d'exploitation par pôle… Une fois que l'on a tout, qu'on a arrêté tous les compteurs de dépenses et de recettes… Enfin il faut regarder les deux, il ne faut jamais regarder que la dépense ou que la recette. Mais c'est vrai dans les deux cas. On peut avoir des services qui coûtent beaucoup mais qui rapportent beaucoup. Et il peut aussi y avoir des services qui rapportent beaucoup mais si on ne s'intéresse pas à ce qu'ils dépensent, on peut avoir l'impression que c'est très, très rentable. On revient aux deux leviers qu'on évoquait tout à l'heure avec la T2A. On a bien obligation de piloter les deux leviers. ».

Regarder et analyser les effets de l'évolution tarifaire, voir les évolutions du case-mix et comprendre ce qui se passe

Dans la continuité de l'analyse des comptes d'exploitation des pôles et de manière complémentaire à l'analyse des dépenses et des recettes, l'administration mène une analyse des deux éléments importants pour identifier les causes des écarts : l'évolution des tarifs qui impacte les recettes de l'hôpital et l'évolution du case-mix qui influe sur les dépenses et sur les recettes. De manière simplifiée, le case-mix consiste à estimer les dépenses liées à l'activité d'un service selon la base ENC (Etude Nationale des Coûts) et ensuite comparer les résultats aux dépenses réelles du service.

Cette analyse, menée par le DIM et le cadre administratif du pôle, permet d'évaluer l'impact des deux évolutions et en tirer les conclusions nécessaires pour éclairer les décisions futures notamment sur la manière de coder les examens pour s'adapter à la nouvelle version du codage.

ADM_3 : *« Soit effectivement l'analyse est menée par le cadre administratif et le DIM, très clairement on regarde s'ils ont des effets l'année dernière ou s'il y a des codages qui n'ont pas été très satisfaisants on pourrait gratter parce que ç'a été mal codé et puis le DIM nous analyse à chaque fois la version il trouve parfois des astuces de codage une année il avait dit : on va faire comme ça, et dit : non cette année il vaut mieux faire comme ça… »*

ADM_1 : *« Ensuite, on a la partie qui est la partie la plus importante, qui est la partie case-mix… L'objectif sur la partie DIM c'est… C'est d'essayer de voir un petit peu les évolutions du case-mix… »*

Faire la comptabilité analytique

L'analyse s'appuie également sur la comptabilité analytique de l'hôpital mais pour des raisons différentes de celles énoncées plus haut sur les recettes et les dépenses. Les résultats de la comptabilité analytique ont plutôt une dimension plus politique que gestionnaire. Politique car les résultats conditionnent l'enveloppe budgétaire que recevra l'hôpital pour ses activités de recherche.

Une des composantes de la comptabilité analytique de l'hôpital est la répartition du temps de travail du personnel (médecins et soignants) sur les activités médicales réalisées (consultations, hospitalisation traditionnelle, hospitalisation de semaine, hôpital de jour, blocs opératoires). De surcroît, cette répartition est réalisée, pour chaque activité médicale, sur les différentes « unités d'analyse » composant la structure analytique de l'hôpital. Par exemple, s'il existe plusieurs unités d'hospitalisation traditionnelle dans un même service, le temps de travail médical et le temps de travail des soignants doivent être répartis sur chaque unité d'analyse. Comme précisé plus haut, la répartition du temps de travail dans le cadre de l'établissement de la comptabilité analytique revêt un aspect politique car les résultats conditionnent les crédits budgétaires que l'hôpital peut obtenir pour le financement des activités de recherche (MERRI). Ainsi, la direction s'autorise la révision de la répartition effectuée par les médecins et les cadres de soins dans le sens, par exemple, d'une surcharge des blocs au détriment des consultations.

> ***ADM_3 :*** *« On peut le faire, après on peut très bien la retravailler cette répartition. Si elle n'apparaît pas comme crédible et pertinente, on la retravaille ça peut être une étude plus micro. Ça va être pour une étude particulière… Je suis repassé derrière parce qu'il y avait des enjeux sur la répartition sur des MERRI[106] par rapport à la barre MERRI fixe. Et après j'ai une vision politique et j'ai fait des choix. Je vais mettre le maximum sur les blocs et tout ça, très peu sur les consultations… »*

Ce qui illustre la domination de l'aspect politique sur l'aspect gestionnaire dans la confection de la comptabilité analytique sont les consignes données par la direction à la responsable de la collecte des informations sur la répartition du temps de travail dans les services. En effet, en

[106] Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), la participation des établissements de santé aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation est financée via des dotations budgétaires spécifiques au titre de missions d'intérêt général (MERRI). Cette dotation fait partie de la dotation nationale de financement des MIGAC (missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation). Elle est allouée aux établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) aux termes de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

réponse à une question sur la fiabilité de la comptabilité analytique qui pourrait être remise en cause par une éventuelle répartition arbitraire du temps de travail sur les unités d'analyse, la direction affirme avoir demandé de ne plus solliciter les médecins pour la répartition de leurs temps sur les unités d'analyse d'autant plus que la moitié des médecins ne répondaient pas aux sollicitations. La question sur la fiabilité des résultats issus de la comptabilité analytique est motivée par deux constats. Le premier est que les résultats de la comptabilité analytique sont le fondement de la construction de l'étude nationale des coûts à partir de laquelle les tarifs de remboursement sont calculés par l'ATIH. Le deuxième, est que la comptabilité analytique de l'hôpital est construite dans les six mois suivant la clôture de l'exercice. Ce constat pose la question de l'exactitude de la répartition effectuée par les chefs de service. Autrement dit, un médecin peut-il se souvenir de la quotité du temps consacrée aux consultations, au bloc opératoire, aux hospitalisations en salle, à l'hôpital de jour un an auparavant ?

> ***ADM_3 :*** *« C'est envoyé chaque année par la responsable de la répartition qui ne comprenait rien très clairement. Et donc je lui avais dit d'arrêter parce qu'en plus, il y en avait la moitié qui ne lui répondait pas. Donc elle repartait chez mon prédécesseur, le chef de service, pour faire sa répartition. Très clairement elle a continué à envoyer ses trucs… »*

3.4.1.2. Communiquer avec les médecins

Comme précisé précédemment, la réalisation d'un bilan et d'un état des lieux est opérée au moment de la conférence budgétaire pour éclairer les décisions futures notamment les prévisions pour l'année suivante. Mais la conférence budgétaire n'est pas l'unique occasion pour faire un bilan. En effet, le pôle organise des réunions trimestrielles afin d'établir le bilan de la période écoulée dans le cadre d'un dialogue de gestion. Le rôle joué par le cadre administratif du pôle pour la préparation du dialogue de gestion est double. Le premier consiste à confectionner les tableaux de bord en veillant à vérifier l'exactitude des chiffres en amont de la réunion en collaboration avec les médecins. Le deuxième vise à faciliter le dialogue de gestion en apportant une dimension médicale aux données présentées.

Préparer les réunions de dialogue de gestion

Le cadre administratif du pôle prépare la réunion consacrée au dialogue de gestion en collaboration avec les chefs de service, les cadres et les attachés (médecins vacataires). L'objectif de la préparation des réunions de pôle est d'analyser les différentes variations sur les indicateurs du tableau de bord qu'il s'agisse de l'activité (nombre de consultations, nombre de séjours, durées moyennes de séjour, taux d'occupation…). La collaboration avec les acteurs du pôle permet au cadre administratif d'apporter des explications sur l'évolution des différents indicateurs.

> ***ADM_1 :*** *« Après, par contre, ces réunions-là, je les prépare. C'est-à-dire que quand il y a des variations que je n'arrive pas à comprendre, parce qu'on ne comprend pas tout de suite en regardant les tableaux de bord, je vais voir les chefs de service, les cadres, je vais voir les attachés aussi… Je vais voir tout le monde. Je discute avec tout le monde en fait… »*

Des tableaux fournis par le cadre administratif du pôle présentent un exemple de support de présentation réalisé par le cadre administratif du pôle à l'occasion des réunions de pôle. Ces tableaux portent sur le niveau d'activité réalisé avec une comparaison avec la même période de l'année N-1. Ces informations sont présentées par service du pôle pour l'activité d'hospitalisation complète et d'hospitalisation partielle (hôpital de jour).

Travailler sur les chiffres

La préparation de la réunion du pôle passe par un travail de vérification de la véracité des chiffres. L'objectif est de prévenir les critiques et les contestations des chiffres par les médecins.

> ***ADM_1 :*** *« Il faut faire attention quand on n'a pas des chiffres exacts… Du coup je l'ai travaillé trois, quatre fois avant d'aller les présenter… »*

Prévenir les différentes critiques, travailler sur les chiffres

La vérification des chiffres en vue de la préparation de la réunion du pôle est réalisée en collaboration avec les médecins et consiste à analyser, par exemple, conjointement les causes d'une baisse d'activité en croisant les résultats chiffrés avec la tendance observée par les médecins sur le terrain. Cette démarche a un double objectif. D'un côté, elle permet d'anticiper les critiques relatives à la véracité des chiffres. De l'autre, elle permet d'éviter de mettre les médecins en difficulté pendant la réunion. À une question sur l'existence de critiques de la part des médecins quant à la véracité des chiffres présentés, un administratif

répond qu'il arrive que les médecins remettent en cause les chiffres qu'il présente. Le répondant assure qu'il présente les chiffres aux médecins en amont des réunions pour prévenir les critiques en séance.

> ***ADM_1 :*** *« Si, mais en général j'essayais de prévenir ça, on leur présentant avant, en allant les voir individuellement, en leur disant : voilà moi j'ai observé ça, est-ce que, vous de votre côté, ça correspond à ce que vous observez dans le service ? C'est la partie essentielle si on a une baisse d'activité et que le médecin dit : ce n'est pas possible, nous, on est plein à craquer. Du coup, là, il faut commencer à chercher et c'est là où on commence à réellement dialoguer. Alors du coup on peut dire : les chiffres sont faux, ce n'est pas un problème dès l'instant où on prouve que les chiffres étaient plutôt robustes et qu'il y avait peut-être un problème dans la remontée de l'information ou qu'il y a véritablement un souci… On veut préserver ce dialogue de gestion, d'aller voir les gens individuellement et ne pas les amener dans une réunion où justement on pourrait les mettre en difficulté, ça ne sert à rien, c'est ridicule. À ce moment-là on ne fait pas de gestion et là on met des bâtons et puis c'est tout voilà ce n'est pas… »*

Le cadre administratif du pôle définit son rôle comme un facilitateur du dialogue. De son point de vue, la facilitation du dialogue de gestion passe par une information compréhensible par les médecins. Ainsi, il entreprend un travail de vulgarisation et opte pour une présentation de l'activité sur le fondement d'un vocabulaire moins technique et plus médical. À titre d'exemple, il présente les séjours d'hospitalisation des patients par le nom pathologie à travers le diagnostic et l'acte médical (exemple : Lupus, Hypophyse) et non par l'intitulé du GHM (c'est-à-dire séjour) car ce dernier fait rarement référence au type de la pathologie prise en charge.

> ***ADM_1 :*** *« Faciliter le dialogue de gestion. C'est de pouvoir justement dire quand un médecin parle de lupus par exemple, on travaille beaucoup en ce moment avec l'IE3M* (un bâtiment de l'hôpital regroupant plusieurs services du pôle étudié) *sur l'HDJ… Les HDJ « hypophyse » ou les HDJ « lupus », on ne les retrouve pas comme ça, avec ces termes-là, dans les GHM. Il faudrait réussir à trouver les diagnostics, les actes qui correspondent et réussir à faire parler le GHM… »*

Apporter une dimension médicale aux tableaux de bord

L'analyse des diagnostics et des actes pour faciliter le dialogue de gestion avec les médecins est une manière d'apporter une dimension médicale aux tableaux de bord. L'objectif est de s'assurer de leur appropriation par les médecins. Les tableaux de bord présentés regroupent des indicateurs sur le volume d'activité réalisé (les séjours), les recettes, la proportion des patients avec des sévérités de type 3 ou 4…

Mais au-delà de ces indicateurs, le cadre administratif apporte une dimension médicale aux indicateurs dans le sens où il ne restreint pas la présentation au nombre de GHM produit avec son intitulé. L'exemple cité est celui d'un GHM intitulé « maladies endocriniennes hors diabète ». Cet intitulé n'est pas explicite, du point de vue du cadre administratif, pour les médecins ce qui rend la discussion compliquée. En revanche, la présentation du même GHM en explicitant qu'il s'agit « des acromégalies du gigantisme et des maladies de Cushing », permet aux médecins d'identifier la nature de la prise en charge et d'entamer la discussion sur les indicateurs relatifs à cette prise en charge.

> ***ADM_1 :*** *« Alors du coup les tableaux de bord, j'essaie de faire en sorte qu'ils puissent se les approprier le plus facilement possible. En essayant d'apporter une dimension médicale au tableau de bord. Donc, c'est-à-dire que je ne vais pas juste lister les GHM par exemple.*
>
> *Sur les GHM chirurgicaux c'est assez facile, il n'y a pas trop de difficultés, on repère très vite l'acte qu'il y a derrière le GHM.*
>
> *Sur les GHM médicaux c'est beaucoup plus compliqué parce qu'il y a beaucoup de diagnostics et souvent on perd un petit peu le motif de l'hospitalisation, on ne le retrouve pas tout de suite dans le GHM. Donc du coup il faut essayer d'aller chercher dans les diagnostics principaux et essayer justement de faire parler un peu ces GHM…*
>
> *Alors un exemple de tableau de bord. Là typiquement c'est un point activité donc on avait l'hospitalisation, les séjours et les recettes, le pourcentage des patients avec sévérité trois et quatre, ça donne un peu une idée sur la difficulté de prise en charge dans les services et là, en fait, on rentre un petit peu sur les groupes d'activités donc on essaie de voir un petit peu ce qui s'est passé dans les services, là on sait par exemple quand je disais qu'il fallait faire parler les GHM on avait sur le service*

métabolique un des GHM les plus présents c'est « maladies endocriniennes hors diabète » alors ça, je suis désolé mais ça ne veut rien dire quand on va discuter avec des médecins. Du coup il faut savoir ce qui se cache derrière ça, en l'occurrence des acromégalies du gigantisme et des maladies de Cushing. Alors en l'occurrence une fois qu'on a abordé ça, on peut commencer à discuter sérieusement avec les médecins parce que si je lui dis vous avez fait 76 maladies endocriniennes hors diabète, il vous regarde avec des yeux ronds et il vous dit : très bien mais je n'ai pas compris… »

3.4.1.3. Responsabiliser les médecins

La responsabilisation des médecins par la direction se matérialise, d'une part, par leur implication dans les décisions prises en termes de choix d'allocation de moyens et de projets à soutenir et, d'autre part, par le retrait des moyens pour les services n'atteignant pas les objectifs prévus notamment en termes de volume de production (activité médicale réalisée).

Faire des choix collectivement avec la communauté médicale

La direction veille à impliquer le corps médical dans les choix qui sont opérés en matière d'allocation des moyens ou des projets à soutenir. Cette manière de fonctionner laisse la possibilité à la direction « réajuster le tir » en cas de manque d'activité ou de mauvaise utilisation des moyens. L'implication des médecins en amont dans les choix adoptés permet de les impliquer également dans les décisions prises en cas d'absence de résultats conformes aux prévisions.

> ***ADM_4 :*** *« Quand on a des choix importants à faire, notamment des choix d'allocations de moyens ou des projets à soutenir, on essaye de les faire tous collectivement en étant bien conscient que si on met 10 de ce côté-là, c'est 10 qui ne partiront pas ailleurs. Je pense qu'on a réussi cet exercice un peu compliqué, avec la communauté médicale, d'être sur ce mode de fonctionnement avec, à la fin, une logique qui va jusqu'au bout et qui est de dire : si l'activité n'est pas là, si les moyens ne sont pas correctement utilisés, on se donne aussi la possibilité, collectivement, de réajuster le tir* »

Retirer les moyens en cas de sous-activité et mettre les responsables face à leurs engagements pris et des résultats

Les décisions prises pour « réajuster le tir » en cas de constatation d'écart défavorable par rapport aux prévisions (notamment au niveau du volume d'activité produite) peuvent prendre la forme d'un retrait des moyens et des capacités de production au bénéfice d'une autre structure de l'hôpital.

La démarche consistant à impliquer les médecins dans les choix d'allocation des moyens permet ainsi, en cas d'écart défavorable entre le réalisé et le prévu, de les mettre face à leurs engagements sur le niveau d'activité à atteindre et donc de réallouer les moyens. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'un dialogue de gestion entre la direction et les services sur le fondement des états de reporting et du suivi des business plans.

> ***ADM_4 :*** *« On peut décider que telle structure, finalement, ne produisant pas l'activité attendue, perd les capacités qui lui ont été octroyées au bénéfice d'une autre. Reprendre des moyens, c'est compliqué. Mais on peut toujours, parce que l'on est dans ce dialogue de gestion et de confiance avec les praticiens et les chefs de service, alimenter la réflexion à coups de reporting, de points sur les business plans. Après, on met les différents responsables en face des engagements qu'ils avaient pris et des résultats qui ne sont pas là et on peut en arriver à faire des choix de réorientation, de réallocation de moyens. Ce n'est pas inhabituel »*

Le processus consistant à décider en amont avec les médecins des choix d'allocations des moyens et à retirer les moyens en cas d'absence de résultats conformes aux prévisions est une forme de contrat informel ou de règle établie dans les relations entre la direction et les services médicaux. Cette règle consiste à accompagner les services en termes de moyens. En revanche, en cas d'absence d'activité, la direction les retire. Cette action sur les moyens peut prendre la forme de fermeture des lits vides d'un service ou leur mise à disposition des autres services du pôle (mutualiser les lits entre les services du pôle). Les lits, comme le personnel et le matériel, font partie des moyens mis à disposition des services.

> ***ADM_3 :*** *« On retire les moyens. Le contrat est très clair. Pour ça c'est : « pas de bras, pas de chocolat », de la même façon ils savent que l'on banque au départ, donc il faut mettre de l'activité et que l'on accompagne même si c'est au-dessus, encore rajouter des moyens pour les services qui le nécessitaient. Par contre ils savent que s'il n'y a pas, eh bien la fois d'après cela ne passera pas, et que l'on retirera les*

moyens, et si les lits étaient vides, on n'hésiterait pas à fermer, voir faire des lits de pôle pour la disposition d'autres disciplines et ça, c'est très, très clair ! »

Les médecins sont conscients de la règle consistant à retirer les moyens à un service en cas de non atteinte des objectifs ou en cas de baisse d'activité.

MED_CDP_OM : *« Parce que par définition, s'il y a une baisse d'activité, on va dire : vous n'avez peut-être pas besoin d'avoir tant d'infirmières. À ce moment-là, s'il y a un souci, on ne remplace pas une infirmière, deux infirmières, trois infirmières. Ils peuvent raisonner comme ça et nous retirer du personnel ou de dire : vous n'avez pas besoin, vous demandez un poste de PH (praticien hospitalier), je ne vois pas ce qu'il va faire puisque vous avez une baisse d'activité… Par définition, l'activité, c'est le nerf de la guerre, quand même… »*

MED_CDS_N : *« Si on est tout le temps dans le rouge par rapport à nos objectifs, on ne pourra pas remplacer une secrétaire, on ne pourra pas remplacer… Donc forcément c'est un impact direct sur les fonctionnements… Je me plie à la logique, j'essaie d'atteindre les objectifs, j'essaie qu'il y ait des flèches vertes et pas des flèches rouges etc. C'est juste de la gestion au quotidien, pour continuer à avoir les moyens, c'est juste pour ça qu'on le fait, ce n'est pas pour les tableaux Excel, je m'en fous des tableaux Excel, c'est pour avoir les moyens de continuer à faire ce qu'on fait… »*

Un autre médecin présente une autre vision du lien entre la baisse du niveau d'activité et le retrait des moyens. De son point de vue, le retrait des moyens est opéré même en cas d'atteinte des objectifs ce qui ôte toute efficacité à ce type de règle.

MED_CDS_EM : *« La menace qu'il y a toujours en subliminal c'est que si on ne fait pas les objectifs, on va nous retirer du personnel Comme de toute façon on nous en retire, qu'on le fasse ou qu'on ne le fasse pas – non mais c'est la réalité – puis il y a un moment donné ou en tout cas moi ça m'intéresse plus je m'en occupe plus… »*

Un autre médecin porte un regard différent sur le retrait des moyens en cas de baisse du volume d'activité produit ou de non atteinte des objectifs fixés. Il estime que le retrait des moyens et contre-productif car il génère encore plus une sous-activité ce qui n'améliore pas la situation.

MED_MCUPH_EM : *« Qu'on sache qu'on va arriver ou pas à faire l'activité… Ça n'a pas de sens, parce que de toute façon, sur quoi ça va déboucher… De toute façon on ne va pas réduire notre paie, on va réduire nos moyens, ok très bien, on va moins travailler, donc, on fera encore moins d'activité. Donc quand on dit qu'on va augmenter l'activité, ok, pourquoi pas, mais de toute façon l'activité, c'est fonction des patients qui vont se présenter au niveau de l'hôpital ! On ne peut pas, on n'est pas encore dans la rue avec des panneaux en disant : venez chez nous, venez chez nous ! Quand on dit qu'on augmente l'activité, on n'est pas chez Renault ! Donc ça me semble complètement… Alors, on dit : oui alors on va faire 10 % de plus… »*

3.4.2. Le personnel médical

3.4.2.1. Analyser l'évolution du niveau d'activité médicale réalisée

La phase post-évaluation pour le personnel médical est dominée par l'analyse des écarts défavorables entre les objectifs de volume d'activité et le niveau de réalisation (manque d'efficacité). L'objectif est d'apporter des explications aux écarts. Cette analyse peut guider les médecins vers des explications d'ordre médical comme l'évolution des traitements où la thérapie orale se substitue aux traitements avec hospitalisation.

MED_CDP_NE : *« Je n'ai jamais eu d'anxiété… Quand je vois parfois qu'il y a un service qui… Par exemple la sclérose en plaques, on a trouvé des traitements par voie orale, ce sont des comprimés, donc avant on faisait des perfusions aux patients, donc du coup, je vois bien, je regarde si j'ai bien compris pourquoi ça… Si l'activité d'hôpital de jour se casse la gueule dans le service qui fait de la sclérose en plaques, je comprends bien que c'est la thérapie orale, c'est bien pour la société. »*

Le taux d'occupation reste pour les médecins un indicateur pertinent pour le suivi du niveau d'activité réalisé. Il permet d'analyser l'évolution du niveau d'activité en complément des arguments qui mettent l'accent sur l'évolution des traitements. Un taux d'occupation optimal ne signifie pas forcément que le service a atteint les objectifs d'activité fixés. En effet, l'allongement de la DMS peut faire que les lits seront occupés (TOC supérieur à 90 %) mais avec un nombre de séjours produit inférieur aux prévisions. L'explication des écarts en termes du niveau d'activité entre deux périodes se situe au niveau de la nature des prises en charge qui renvoie au case-mix. Mais l'analyse comparative entre deux périodes sur le fondement du

case-mix présente des difficultés imputables au degré de détail que suppose cette analyse (analyse par séjour) et de la volatilité du case-mix d'une période à l'autre.

> ***MED_CDS_RM :*** *« Par contre, moi ce que je regarde c'est l'activité du service… Le taux d'occupation etc.… Ce sont des indicateurs pour moi qui sont plus pertinents… Le case- mix peut varier d'un mois à l'autre, d'une année à l'autre, c'est pour ça qu'on peut avoir des variations et la granularité aujourd'hui est trop fine. On ne peut pas comparer d'un mois à l'autre ce qui se passe, ça n'a pas de sens… »*

L'analyse peut également concerner les écarts défavorables constatés au niveau des recettes par rapport à la même période de l'année précédente. L'explication peut se situer au niveau de la nature des cas pris en charge combinée à la logique de tarification et de classement dans les GHM. Au sein du service de chirurgie cardiaque par exemple, une prise en charge pour une greffe cardiaque ou une opération du cœur est mieux rémunérée qu'une prise en charge d'un arrêt cardiaque extra-hospitalier. La tarification à l'activité associe un tarif plus élevé à un acte chirurgical (opération du cœur ou greffe) qu'à une prise en charge sans acte de chirurgie.

> ***MED_CDS_RM :*** *« Quand on voit une baisse, je ne sais pas, de 10 - 15 % des revenus qui peut être due au fait qu'il y a un mois on a pris, par rapport à l'année dernière, un peu moins en charge de malades opérés du cœur ou greffés cardiaques qui rapportent bien plus qu'un malade qui est hospitalisé dans le service pour un arrêt cardiaque extra-hospitalier mais qui demande quasiment plus, enfin qui demande souvent plus, de charge de travail. Ce sont les problèmes après de ce paiement à l'acte et après en fonction du groupe homogène de malades du séjour qui n'est pas du tout maîtrisé par les médecins et encore moins par les soignants, les infirmières… »*

L'analyse de la baisse du niveau d'activité ou des recettes amène les médecins à s'interroger sur la qualité du codage dans les services. D'autres éléments peuvent expliquer la baisse du niveau d'activité réalisé et des recettes générées comme la modification du profil des patients ce que la direction appelle le « case-mix ».

> ***MED_CDP_OM :*** *« Quand on leur dit (aux médecins du pôle) : on a des problèmes de baisse de recettes, de machin, des trucs. Alors soit il y a des vrais soucis de codage, on doit coder, bien coder, ça c'est indispensable. Donc ça, ce n'est pas une bonne excuse de dire : je ne code pas. Donc soit c'est vraiment un problème de modification du profil patient, de l'activité… Mais on essaie de comprendre ce qui se passe et voir*

si on peut corriger le tir. C'est souvent plutôt des problèmes de retards de codage ou de mauvais codage que de défaut d'activité… La direction est très présente… Donc à un moment il faut essayer de trouver des solutions pour les aider (les médecins du pôle). Sauf que le codage c'est un vrai problème, il faut comprendre l'enjeu… »

Les analyses de l'évolution de l'activité peuvent être utilisées par le médecin pour mobiliser ses équipes en cas de baisse d'activité.

MED_CDS_CC : *« Oui, avec les chirurgiens et puis avec mes cadres aussi, notamment quand elle baisse, on dit : attention baisse d'activité, regardons. Parfois je les rassure, on voit une baisse d'activité mais c'est partout pareil. À partir du moment où, de temps en temps, on peut utiliser ça comme moyen de levier au sein d'un service, en disant : l'activité baisse, je trouve que ça, on ne le fait pas bien, la communication, méfiez-vous, resserrez les boulons. De temps en temps ça permet, pas forcément de façon justifiée, de mettre une certaine pression sur l'équipe en disant : vous voyez on a baissé notre activité parce qu'il y a des choses qu'on n'a pas faites bien, ce qui n'est pas forcément vrai, mais tout est bon pour essayer d'améliorer… »*

L'analyse des indicateurs du volume d'activité aboutit à certaines explications que certains médecins jugent « normales » car liées à l'absence de personnel médical pour congés maternité par exemple. L'allongement de la durée du séjour peut être expliqué par les difficultés de faire sortir les patients par manque de places dans les structures d'aval. L'existence de ces justifications suffit pour ôter tout intérêt aux tableaux de bord envoyés par l'administration aux médecins pour les alerter sur le niveau de leur activité.

MED_CDS_EM : *« Et si tout à coup il y a une baisse d'activité c'est parce qu'il y a un chef qui est en congé maternité ou que… Donc finalement, pour moi c'est une énorme perte de temps que de passer trop de temps là-dessus… La DMS qui augmente, du coup j'essaie de regarder s'il y a une raison particulière… Mais en fait à chaque fois qu'on regarde justement ce type de données, on s'aperçoit qu'on n'est pas maître. Et du coup, au bout d'un certain temps, c'est plus insupportable qu'autre chose. Par exemple la DMS typiquement dans mon service qui est relativement stable qui est assez courte, quand elle augmente c'est souvent parce qu'on n'a pas réussi à caser un patient en soin de suite, et voilà. Et ce n'est pas faute d'avoir essayé de le faire parce que finalement comme il y a très peu de lits, ce n'est pas l'intérêt des*

médecins de garder des patients qui entre guillemets ne sont pas « intéressants » ou dont l'hospitalisation n'est pas utile. Donc c'est en ça que finalement, ces tableaux servent très peu et moi ne m'intéressent pas beaucoup, très franchement. »

Si les médecins procèdent à des analyses pour expliquer les écarts constatés en termes de volume d'activité et de recettes, ils peuvent également, dans le cadre de leurs interactions lors du dialogue de gestion avec l'administration, interpeller cette dernière sur des données qu'ils n'approuvent pas, considérant que les chiffres sont incorrects.

MED_CDP_CM : *« Parfois ce qui est assez drôle aussi c'est que les chiffres sont complètement faux… On les interpelle, on dit : écoutez, on n'y connaît rien mais si la DMS s'allonge, il ne peut pas y avoir plus de séjours… « Ah oui tiens, il y a un truc bizarre ». Ça aussi c'est étrange, on se dit : même eux, les pauvres, ils s'emmêlent dans leurs chiffres… »*

Les médecins ont également un regard critique sur les indicateurs suivis par l'administration notamment le nombre de séjour et sur le « traitement » réservé aux services en fonction du volume de recettes qu'ils génèrent et le niveau des dépenses qu'ils engendrent.

MED_CDP_OM : *« Les indicateurs de l'Assistance Publique qui sont le nombre de séjours, parfois c'est complètement con, parce qu'il y a des séjours qui peuvent être très longs et très lucratifs et des séjours très courts, etc. Donc le nombre de séjours c'est un très mauvais indicateur… Et il faut attendre que ce soit renivelé sur plusieurs mois parce qu'on ne peut pas dire aux gens : vous avez perdu tant d'argent le 1er janvier, puis après le 1er février… »*

MED_CDS_EMR : *« Et que c'est ce qui apparaîtrait très clairement en réunion de pôle, ce qui intéresse c'est de savoir si la cardio perd ou la chirurgie cardiaque perd ou pas… Tant que la chirurgie cardiaque gagne, on se faisait gentiment remonter les bretelles en nous disant : vous êtes un peu dans le rouge, maintenant, on ne nous dit même pas merci, mais à l'inverse, on tape sur la chirurgie cardiaque en disant : ça va plus »*

MED_CDS_EMR : *« On juge le travail en disant : vous rapportez tant, vous dépensez tant »*

3.4.2.2. Regarder et discuter les tableaux de bord

L'évaluation des résultats est fondée sur les tableaux de bord. Le chef de pôle procède à leur analyse en collaboration avec la cadre paramédicale du pôle (CPP) et le cadre administratif du pôle (CAP).

> ***MED_CON_CM :*** *« En général, quand j'avais les tableaux de bord, je les discutais d'abord avec la CPP actuelle et l'ancienne CPP puisque c'était mes interlocutrices. »*

Les tableaux de bord sont communiqués par l'administration avec le soutien du cadre administratif du pôle.

> ***MED_CDS_RM :*** *« C'est l'administration, c'est l'administration de l'hôpital. Il y a un cadre administratif de pôle avec qui on est en contact régulier… »*

Ces tableaux de bord consistent en des tableaux Excel qui présentent le niveau d'activité réalisé par le pôle (les admissions), les recettes générées par l'activité produite et les dépenses notamment celles concernant les médicaments. Les tableaux de bord se présentent comme une balance « recettes – dépenses ».

> ***MED_CDS_RM :*** *« Ce sont des tableaux Excel. On nous montre donc les dépenses de médicaments et puis le bilan comptable des admissions, les recettes générées par ces admissions et on met en face de ça les dépenses. On a donc une balance qu'il faut essayer d'équilibrer… On les regarde, c'est intéressant… »*

L'analyse des tableaux de bord ne porte pas uniquement sur l'organisation médicale et paramédicale mais également sur le niveau d'atteinte des objectifs du pôle et sur les éventuels des problèmes rencontrés. L'objectif est d'identifier, en collaboration avec le cadre administratif du pôle, les éléments sur lesquels le pôle n'est pas au niveau requis au regard des objectifs fixés pour le pôle.

> ***MED_CON_CM :*** *« Les entretiens que j'avais avec la cadre paramédicale de pôle étaient non seulement sur l'organisation médicale et paramédicale mais également voir si on était dans les clous du point de vue objectifs et si on voyait des problèmes, d'essayer d'analyser pourquoi… On regardait avec le cadre administratif s'il y avait des choses qui étaient dans le rouge, pourquoi et on essayait d'analyser ensemble de façon objective la raison. »*

3.4.2.3. Rendre compte à la direction sur le niveau de l'activité médicale réalisée

Les analyses réalisées par les médecins des différents indicateurs et des tableaux de bord s'inscrivent dans une démarche consistant à rendre compte à la direction sur l'activité lors des dialogues de gestion.

> ***MED_CDP_CN :*** *« En discussion avec la direction, c'est quand même très limité la gestion de ce que l'on peut faire réellement… Simplement c'est que l'on rend compte plutôt de ce que l'on fait, de notre activité »*

Un médecin affirme qu'il prépare les réunions de pôle afin de pouvoir expliquer pourquoi la cible n'est pas atteinte notamment en termes du volume d'activité. Les explications et les arguments s'articulent autour de l'allongement de la durée de séjour préjudiciable au volume d'activité produit. Ainsi, la baisse du volume d'activité est imputable à l'augmentation de la DMS et non à une occupation non optimale des lits.

> ***MED_CDS_N :*** *« Déjà, on prépare la réunion de pôle parce qu'on sait que ça va être discuté. On cherche les arguments pour expliquer pourquoi on n'a pas atteint la cible, c'est toujours comme ça que ça se passe : quand on est dans le bleu, on est content. Le plus pervers ce sont les flèches bleues, les flèches vertes qui descendent et les flèches rouges qui montent, ça c'est fort, ça… De toute façon, on sait bien quand on a diminué, je dois dire, quand on a diminué le nombre de séjours, ce n'est pas qu'on a moins travaillé ou que les lits étaient vides, c'est qu'on a augmenté la durée, le temps, qu'on a augmenté la durée d'hospitalisation, c'est tout. On n'arrête pas de travailler, il n'y a jamais de lits vides, jamais. Donc en fait, nous, on sait bien que si on a eu moins d'entrées, c'est parce qu'on a augmenté la durée de séjour par exemple, c'est mécanique. »*

3.4.3. Le personnel encadrant du personnel soignant

3.4.3.1. S'informer et répondre aux questions

La contribution des cadres dans l'évaluation des résultats réalisés se limite à apporter un éclairage sur certains points en conférence budgétaire. Pour se faire, les cadres peuvent s'informer sur les différents indicateurs sur le site intranet de l'hôpital. En effet,

l’administration publie sur le site intranet de l’hôpital un certain nombre d’indicateurs à destination des services. Ces indicateurs portent sur le volume d’activité (nombre de consultations, nombre de séjours, nombre d’admissions, DMS, TOC), sur les recettes et sur les dépenses.

> ***EPS_CSS_QUA_CC :*** *« Je les cherche (les informations sur l’activité, les admissions,..) sur le site* (site intranet de l’hôpital)*…Et puis on a, en conseil de pôle, on nous remet globalement par secteur un peu nos chiffres… J’assiste aux conférences budgétaires, je peux répondre aux questions ou apporter un éclairage… Mais je ne participe pas… »*

Chapitre V
L'approche pratique, apports pour l'étude du contrôle de gestion

Nous avons présenté dans la première section du premier chapitre les limites des approches fonctionnalistes dans l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital public. Le point commun entre toutes les approches fonctionnalistes pour l'étude du contrôle de gestion est qu'elles s'intéressent aux systèmes de contrôle en négligeant, pour certaines, le rôle du contexte et, pour d'autres, le rôle des acteurs, notamment opérationnels, dans la formation des systèmes de contrôle. En négligeant le rôle des acteurs et de leurs pratiques, elles ne mettent pas l'accent ni sur le lien entre les pratiques de contrôle et les pratiques opérationnelles, ni sur les interactions internes et avec les acteurs externes à l'hôpital dans la réalisation des objectifs stratégiques de l'hôpital.

L'approche bureaucratique présente deux aspects qui rendent son application à l'hôpital difficile. Le premier est qu'elle conçoit l'organisation comme un système fermé. De ce fait, elle ne prend pas en compte l'influence du contexte et de l'environnement sur les systèmes de contrôle. Le deuxième aspect de l'approche bureaucratique est l'hypothèse que le contrôle est fondé sur des mécanismes formels en termes de règles, d'objectifs, de système de récompense et de standardisation. La production de l'hôpital de par sa nature ne se prête pas à la standardisation. En revanche, en dépit de l'existence de règles en matière de fixation des objectifs d'activité, l'approche bureaucratique ne permet pas de renseigner sur la manière dont les opérationnels se conforment à ces règles.

Hofstede (1978) fait la critique de l'adaptabilité de l'approche cybernétique en contrôle de gestion à l'hôpital public. Sa critique est fondée sur les hypothèses de l'approche cybernétique. En effet, les trois hypothèses nécessaires à la validité du modèle cybernétique ne sont pas réunies dans ces organisations. L'applicabilité de l'approche cybernétique à l'hôpital est confrontée aux mêmes limites que l'approche bureaucratique notamment en matière de fixation de standards pour la production hospitalière. Comment fixer les standards à l'hôpital ? Quelle est l'unité de mesure à l'hôpital et comment mesurer la performance ?

La théorie de la contingence et la théorie de l'agence sont deux autres illustrations des limites des approches dominantes dans l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital. La théorie de la

contingence présente une vision restrictive et statique des voies par lesquelles les systèmes de contrôle sont affectés par un certain nombre de facteurs (Hopwood dans Miller, 1994, p. 18). Elle suppose de manière implicite que le changement du système de contrôle sous l'effet du contexte implique le changement des pratiques opérationnelles. Elle ne s'intéresse pas à la manière dont les acteurs opérationnels, à travers leurs pratiques, contribuent à la réalisation des objectifs stratégiques de l'organisation ainsi que les objectifs recherchés par le contrôle de gestion à savoir l'efficacité, l'efficience et l'économie.

La théorie de l'agence met l'accent sur la relation contractuelle optimale entre les parties dans la recherche du meilleur avantage économique (Baiman, 1982, p. 155). Elle présente deux limites pour l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital. Elle considère l'organisation comme un système fermé où le rôle du contrôle de gestion est lié à l'existence d'objectifs propres pour deux parties : le principal et l'agent. Donc, elle ne prend pas en compte l'impact du contexte sur le système de contrôle de gestion. La deuxième limite réside dans l'intérêt qu'elle porte uniquement au principal et à l'agent. Or, au sein de l'hôpital, les deux parties (les administratifs et les soignants) sont en interaction avec d'autres acteurs externes et internes.

L'apport de l'approche pratique par rapport aux approches fonctionnalistes réside dans l'intérêt qu'elle porte au rôle des acteurs et de leurs pratiques, à l'influence du contexte, aux liens entre les pratiques et aux interactions dans l'atteinte des objectifs stratégiques de l'organisation. Hopwood (1983), le contrôle de gestion ne peut pas être détaché du contexte dans lequel il opère. Macintosh et Scapens (1990) insistent sur l'importance de comprendre le contexte social et organisationnel dans lequel les systèmes de contrôle de gestion sont enracinés. Hopwood (1983) insiste sur l'importance de la prise en compte de l'ensemble organisationnel et des autres pratiques organisationnelles dans l'étude du contrôle de gestion. Il met l'accent sur l'intérêt d'analyser la manière dont le contrôle de gestion s'articule avec les autres pratiques organisationnelles, avec les processus de prise de décision et les structures de pouvoir. Selon Coad et Herbert (2009), l'action a toujours une dimension sociale et suppose l'interaction avec les autres. Cette action requiert de la communication, l'exercice du pouvoir et l'application de règles normatives. Selon Jarzabkowski (2004), la pratique est un processus d'évolution de l'ordre social qui émerge de l'interaction entre la structure sociale externe et la structure sociale interne. Ropke (2009), à l'instar de Schatzki, préfère mettre explicitement l'accent sur les activités et prendre en compte l'importance de l'interaction. Jarzabkowski et

Whittington (2008) distinguent les praticiens qui sont directement impliqués dans la réalisation de la stratégie et ceux qui l'influencent de manière indirecte.

Ce travail de recherche apporte des contributions à la revue de littérature en contrôle de gestion, au niveau méthodologique et enfin, au niveau managérial et praxéologique. La contribution à la littérature en contrôle de gestion vise à expliciter l'apport de l'approche pratique à l'étude du contrôle de gestion par rapport aux approches fonctionnalistes.

La première contribution réside dans son apport à la littérature existante en matière de contrôle de gestion à l'hôpital et le contrôle de gestion de manière générale. Les résultats de cette thèse permettent d'avoir une vision sur les pratiques qui composent un système social comme l'hôpital. Notre contribution est centrée sur le rôle du contexte dans la formation des systèmes de contrôle de gestion, sur les liens entre les pratiques et l'insertion des pratiques de contrôle de gestion dans les pratiques opérationnelles et enfin sur le rôle des interactions internes et externes dans le processus de transformation et modification des pratiques opérationnelles.

Le contexte influence la construction des pratiques de contrôle de gestion par l'intermédiaire de son rôle dans la formation des orientations stratégiques d'une organisation. Le contexte exerce également une influence sur les pratiques opérationnelles. Les liens entre les pratiques présentent deux aspects. Le premier porte sur les liens entre les pratiques de contrôle de gestion composant les trois phases du processus de contrôle de gestion (finalisation, pilotage de l'action et évaluation). Le deuxième met l'accent sur l'influence qu'exercent les pratiques de contrôle sur les pratiques opérationnelles, les pratiques de contrôle de gestion s'insèrent dans les pratiques opérationnelles. Cette insertion transforme et modifie les pratiques opérationnelles pour qu'elles participent à la réalisation des objectifs de l'hôpital. Par conséquent, les pratiques de contrôle de gestion ne peuvent pas être isolables des pratiques opérationnelles dans la poursuite de la réalisation des objectifs stratégiques. Le contrôle de gestion peut être conceptualisé comme un ensemble de pratiques coordonnées. Enfin, dans leur effort d'alignement sur les messages stratégiques véhiculés par le contrôle de gestion, les acteurs opérationnels interagissent avec d'autres acteurs internes et des acteurs externes. En l'absence de ces interactions, les pratiques opérationnelles ne se modifient pas et par conséquent ne peuvent pas répondre aux exigences du contrôle de gestion.

Ces trois premières contributions à la revue de la littérature renvoient à un quatrième élément dans notre contribution. Il s'agit du rôle des acteurs opérationnels dans la réalisation des objectifs stratégiques d'une organisation, véhiculés par le contrôle de gestion.

La contribution au niveau méthodologique de ce travail de recherche met l'accent sur complémentarité entre l'expérience du chercheur et la recherche académique. Berry et al. (2009) insistent sur l'importance de l'articulation entre la théorie et la pratique dans un processus de production des connaissances. Les auteurs soulignent qu'il s'agit d'une collaboration dans la construction de la connaissance à travers un processus itératif entre la théorie et la pratique, entre les chercheurs académiques et les praticiens.

L'expérience permet d'opter pour une méthode de recherche axée sur les entretiens en cas de difficultés d'opter pour une méthodologie ethnographique fondée sur l'observation comme le préconise Rouleau (2013). L'expérience du chercheur permet de dépasser les limites d'une approche ethnographique dans l'étude des pratiques au sein de l'hôpital. Ces limites sont d'ordre éthique et sont aussi liées à la spécificité de l'activité hospitalière et à l'organisation de l'hôpital. Un travail de recherche mené par un praticien du contrôle de gestion permet à ce dernier d'enrichir la pratique du contrôle à travers des connaissances imperceptibles dans l'exercice de la fonction de contrôleur de gestion.

La contribution managériale de cette thèse met l'accent sur le fait que le contrôle de gestion à l'hôpital est la transposition du mécanisme de financement de l'hôpital. Il s'appuie exclusivement sur un contrôle budgétaire qui n'est autre qu'un contrôle par les résultats. La difficulté d'établir une causalité entre la production et la consommation des ressources explique le raisonnement au niveau de l'hôpital fondé sur l'équilibre budgétaire. Ce constat nous amène à suggérer une conceptualisation du système de contrôle comme un ensemble de pratiques qui s'articulent autour du parcours du patient à l'hôpital. L'optimisation du produit hospitalier (en volume et en recettes et dépenses) passe par l'intérêt qui doit être porté à un ensemble de pratiques qui se déroulent avant, pendant et après le séjour patient.

Ce chapitre est organisé en quatre sections. La première section présente le rôle du contexte interne et externe dans la construction des systèmes de contrôle de gestion. Elle est structurée en deux points. Le premier point présente la manière dont le contexte interne et externe guide la formation des objectifs stratégiques. Le deuxième point met l'accent sur la construction

d’un système de contrôle de gestion dans le but d’assurer la réalisation des objectifs stratégiques et la manière dont les pratiques de contrôle influent sur les pratiques opérationnelles. La deuxième section présente la manière dont les pratiques opérationnelles se transforment et se modifient sous l’influence des pratiques de contrôle. Elle présente également les interactions des acteurs opérationnels en interne et avec des acteurs externes dans l’exercice de leurs pratiques. La troisième section s’intéresse au positionnement du chercheur et à sa complémentarité avec la mobilisation de l’approche pratique dans l’étude du contrôle de gestion à l’hôpital. La quatrième et dernière section présente les contributions managériales et praxéologiques.

Section 1 : le rôle du contexte dans la construction des systèmes de contrôle de gestion

Selon Hopwood (1983), le contrôle de gestion ne peut pas être détaché du contexte dans lequel il opère. Macintosh et Scapens (1990) insistent sur l’importance de comprendre le contexte social et organisationnel dans lequel les systèmes de contrôle de gestion sont enracinés (imbriqués). Pour Jarzabkowski (2004), le changement se produit dans le contexte interne dans l’interaction avec le contexte externe. Selon Cook et Brown (1999), une pratique est un ensemble d’activités coordonnées faites par des individus et des groupes dans l’exécution de leur travail effectif tel qu’il est guidé par le contexte particulier de l’organisation ou du groupe.

En dépit de l’accent mis par certaines approches, notamment la théorie de la contingence, sur l’influence du contexte externe et interne sur les systèmes de contrôle de gestion, elles peinent à expliquer le processus par lequel cette influence s’exerce. Comme présenté au premier chapitre, le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers s’assurent que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l’organisation (Anthony, 1965). Ansari et Bell (1991) soutiennent que le contrôle de gestion se réfère à toutes les dispositions organisationnelles, formelles et informelles, destinées à atteindre les objectifs organisationnels. Il comprend la structure formelle, les contrôles opérationnels, les récompenses, la budgétisation, la planification et des activités similaires.

Le point commun entre les deux définitions du contrôle de gestion est le lien établit entre le contrôle de gestion et les objectifs organisationnels. En effet, le but du contrôle de gestion est la réalisation des objectifs de l'organisation à travers la mise en place d'outils et de procédures. Il en découle que le contexte influence la stratégie de l'organisation qui se décline en objectifs. Le contrôle de gestion s'appuie sur les objectifs de l'organisation pour produire les outils et les dispositions organisationnelles diverses permettant l'atteinte de ces objectifs. Ainsi, l'étude du lien entre le contexte et les systèmes de contrôle ne peut pas être indépendante de l'analyse de l'influence du contexte sur la formation des objectifs de l'organisation. Autrement dit, le contexte n'exerce pas d'influence directe sur la formation d'un système de contrôle, il ne détermine pas les outils et le processus de contrôle de gestion. Un système de contrôle est construit dans l'objectif d'assurer l'atteinte des objectifs de l'organisation qui eux sont influencés par le contexte. Dans le cas de l'hôpital, le contexte externe influence l'orientation des objectifs au niveau de la programmation. Le contexte interne, en revanche, influence le processus budgétaire.

Nous nous intéressons dans cette section à l'influence du contexte externe sur la formalisation des objectifs de l'hôpital. Nous mettons l'accent sur les pratiques de la phase de finalisation (programmation et budgétisation). Si les pratiques de programmation sont monopolisées par le personnel administratif, la phase de budgétisation se caractérise par l'interaction entre le personnel administratif et le personnel soignant (médecins et cadres de soins).

Cette section aborde, dans un deuxième temps, les pratiques de contrôle de gestion à travers la présentation de la manière dont elles influencent les autres pratiques dans le but d'atteindre les objectifs de l'hôpital.

1.1. Activité, recettes et financements, dépenses : un triptyque stratégique dicté par le contexte

Nous nous intéressons aux objectifs de l'hôpital à partir de l'étude des pratiques de la phase de programmation. L'analyse de ces pratiques permet d'identifier les objectifs planifiés par la direction de l'hôpital qui détient le monopole de ces pratiques.

L'étude des pratiques de programmation, au-delà du fait qu'elles relèvent exclusivement du personnel administratif, montre qu'elles mettent l'accent sur un objectif d'équilibre financier.

Ainsi, elles sont centrées sur le niveau d'activité produite, des recettes et des financements de l'hôpital et sur la réduction des dépenses. L'identification de ces trois orientations stratégiques est fondée sur l'étude des objectifs et des buts liés aux pratiques de programmation (structures téléo-affectives). L'analyse de ces pratiques nous renseigne sur les éléments du contexte (compréhensions générales et règles) de l'hôpital et la manière dont la direction souhaite réaliser ses objectifs d'activité et de recettes (compréhensions pratiques). Ces objectifs planifiés se déclinent au niveau du processus budgétaire qui occasionne des interactions entre le personnel administratif et le personnel soignant notamment en matière de prévisions budgétaires. Cette déclinaison et ces interactions sont guidées par des règles et un contexte internes.

1.1.1. Le volume de production et les recettes de financement : entre règles et compréhensions du contexte

Le contexte externe et interne de l'hôpital présente des caractéristiques qui guident la direction dans sa recherche d'augmenter son activité et ses recettes. Les caractéristiques du contexte externe se présentent sous forme de règles explicites mais également par la compréhension qu'en ont les acteurs.

Les règles sont représentées par le mécanisme de financement dans le cadre de la T2A. Les recettes dépendent du volume d'activité produite et sont le produit de la pondération du nombre de séjour produit dans chaque GHM par le tarif de remboursement correspondant à celui-ci. Les compréhensions générales comportent l'interprétation des acteurs, notamment les administratifs, du contexte externe dans lequel évolue l'hôpital. La situation de certains hôpitaux de l'APHP qui sont en perte de croissance en termes d'activité produite encourage l'hôpital à programmer la récupération de certaines activités.

Le contexte extérieur est aussi caractérisé par la concurrence avec les hôpitaux privés. Cette concurrence est d'autant plus présente que l'enveloppe de financement dans le cadre de l'ONDAM est réputée fermée. En effet, l'enveloppe de financement des hôpitaux de France est réputée fermée dans le sens où le parlement vote une enveloppe des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) qui constitue un plafond des dépenses autorisées. Ainsi, si le niveau d'activité augmente au niveau national, l'ajustement est opéré via les tarifs qui sont revus à la baisse pour respecter le plafond des dépenses voté. Ainsi, un séjour remboursé

l'année N à 7 500 euros peut ne l'être qu'à 4 000 euros car le niveau de production de ce type de séjour a fortement augmenté au niveau national. Cette mécanique de financement renforce l'idée que la direction de l'hôpital met l'accent dans sa planification sur le niveau d'activité. L'hôpital met en place des actions pour pouvoir récupérer une grande partie de la « part de marchés ». Les enjeux en matière du niveau d'activité présentés ci-dessus sont renforcés par la proportion que représentent les recettes liées à l'activité tarifée en T2A dans le budget global de l'hôpital.

> ***ADM_5 :*** *« La T2A sur la Pitié c'est 60 % de son budget… »*

Le contexte interne participe à la formalisation des décisions stratégiques de l'hôpital. La direction est confortée dans sa stratégie de récupérer l'activité des hôpitaux en perte de croissance de leur activité par un contexte interne caractérisé par la croissance du volume d'activité produit par l'hôpital. La volonté de la direction de l'hôpital d'augmenter son niveau d'activité est dictée par la volonté du siège de l'AP-HP de réduire les lits des hôpitaux qui sont en perte d'activité. Rappelons, que l'hôpital fait partie de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP). Tous les hôpitaux appartenant à l'APHP sont sous la tutelle du siège (direction centrale) avec qui ils négocient leurs budgets et leurs projets.

Les caractéristiques du contexte externe et interne présentées ci-dessus guident les actions de la direction dans ses décisions stratégiques et dans leur formalisation au niveau budgétaire. Nous présentons dans ce qui suit les actions orientées vers l'augmentation du volume d'activité produit et celles orientées vers une maximisation des recettes et des financements.

<u>L'activité</u>

Afin de bénéficier d'une plus grande part de l'enveloppe, la direction entreprend des actions pour augmenter son potentiel d'activité. Ainsi, la direction vise la récupération d'activités d'autres hôpitaux publics, y compris ceux appartenant à l'APHP. Cette situation est profitable pour l'hôpital car elle lui permet de récupérer certaines activités de ces hôpitaux ce qui augmentera son activité et son financement.

> ***ADM_2 :*** *« Re-déterminer un schéma directeur… Je suis prêt à refaire d'autres activités, je suis prêt à prendre une autre activité. C'est refaire de l'activité : c'est plus « politiquement correct »...La difficulté c'est que nous, on est en croissance*

d'activités alors que derrière, l'autre partie Tenon, Saint-Antoine perdent complètement… »

En ce qui concerne les cliniques privées, la direction parle de parts de marchés. L'hôpital public évolue dans un environnement concurrentiel. La pression concurrentielle dans le paysage hospitalier est la résultante du lien instauré par le mécanisme de financement et par sa logique d'enveloppe fermée. Pour être compétitif, l'hôpital doit réaliser le maximum d'activité, d'une part, pour augmenter ses recettes et d'autre part pour ne pas subir l'effet de baisse des tarifs en cas d'augmentation de l'activité au niveau national.

ADM_3 : *« On a regardé ce sur quoi on avait une valeur ajoutée et sur lesquels on avait effectivement des créneaux soit en part de marchés sur le privé… »*

ADM_2 : *« Si tu as 25 lits et tu en veux 40, pourquoi 40, quelle est la part de marché. Après on va l'appliquer sur l'aspect économique, les normes… »*

L'augmentation du volume de production par l'accueil de nouvelles activités (d'autres hôpitaux publics ou privés) ou par de nouveaux projets implique une optimisation de la capacité d'accueil en termes de lits notamment par la densification. Cette optimisation constitue une réponse à la volonté du siège de l'APHP de supprimer les lits en cas d'une sous-utilisation. L'hôpital a tout intérêt à ne pas perdre de lits pour ne pas limiter sa capacité d'accueil des patients qui influerait sur le volume d'activité produite et donc des recettes de financements.

ADM_2 : *« Actuellement, l'enjeu est très fort on travaille sur le capacitaire, on nous dit qu'il faudrait supprimer des lits… »*

Les recettes et les financements

La recherche d'augmentation des recettes de l'hôpital et de ses financements est le deuxième pilier dans la programmation de la direction. Comme nous l'avons présenté ci-dessus, les recettes de l'hôpital dépendent, en plus du volume d'activité produite, des tarifs de remboursement associés. En plus des activités récupérées en provenance d'autres hôpitaux, la programmation au niveau de l'hôpital porte également sur le montage de projets nouveaux. Ces projets sont sélectionnés en fonction du contexte extérieur et des thématiques porteuses

en termes de santé publique comme le déclare la direction : *« ce qui nous semblait politiquement porteur en termes de santé publique »*. Si le point de départ d'une réflexion pour un projet est médical, l'aspect financier reste primordial dans le choix d'un projet. Il est donc évident que l'aspect financier du projet est primordial dans le choix des activités à développer.

> ***ADM_2 :*** *« On part d'un projet médical avec une logique financière… Ils (les médecins) vont écrire un projet médical et après on va observer si c'est cohérent déjà par rapport au marché… Après on va l'appliquer sur l'aspect économique, les normes… »*

Un autre exemple démontre l'importance du critère économique dans la décision des projets à développer. L'aspect économique (équilibre des recettes et des dépenses) d'un projet est essentiel dans le choix des thématiques médicales à développer comme en témoigne l'abandon du projet d'un centre de dialyse pour un risque de manque de rentabilité suite à la baisse des tarifs de remboursement. Cet exemple montre bien l'influence du mécanisme de financement à travers les tarifs sur les décisions stratégiques.

> ***ADM_2 :*** *« Je me souviens avec le directeur on disait : un centre de dialyse ça rapporte, super. On avait le projet d'ouvrir un centre et 2 mois après les tarifs sortent moins 30 %, je lui ai dit : on arrête tout »*

L'augmentation des ressources financières de l'hôpital ne passe pas uniquement par la production de l'activité. La direction entreprend des actions de négociation avec ses tutelles (ministère et ARS) dans le but d'optimiser ses recettes. Deux sujets de négociation sont identifiés. Le premier concerne la révision des tarifs de remboursement de certaines activités que l'hôpital estime être sous-évalué en T2A. Cette négociation influe en cas de concrétisation sur les recettes de l'activité réalisée. Le deuxième concerne la négociation de financements avec ses tutelles notamment le siège de l'APHP ou l'agence régionale de santé pour bénéficier de financement de projets et de certaines activités.

> ***ADM_3 :*** *« On a monté un dossier pour montrer que c'était mal codé et c'est passé… On a rédigé le projet, on l'a fait valider au directeur, il est parti à l'ARS… On a dû récupérer 10 millions d'euros… »*

1.1.2. La maîtrise des dépenses pour renforcer l'équilibre budgétaire : règles externes et contexte interne

Le troisième composant du triptyque de la planification porte sur les dépenses. Conscients que l'équilibre budgétaire ne peut pas être atteint uniquement par l'augmentation des recettes, les administratifs visent la réduction des dépenses.

> ***ADM_4 :*** *« On a également tapé sur les dépenses. Clairement, on n'a pas fait que de la recette d'activité, on a également maîtrisé des dépenses, maîtrisé au sens rendu d'emplois, restructuration, externalisation, des fois aussi »*

> ***ADM_5 :*** *« Les plans de retour à l'équilibre, ce sont des plans d'économie, l'idée c'était de faire 80 % sur l'économie et 20 % sur les recettes… Donc c'était : réduisez vos dépenses ! »*

Les dépenses ciblées sont celles du personnel non médical (infirmières, aides-soignants, agents hospitaliers, personnel administratif et technique). Le ciblage des dépenses de personnel non médical est imputable à deux éléments du contexte. Le premier est la proportion que représentent les dépenses du personnel dans le budget de l'hôpital. La masse salariale représente, en effet, 60 % des dépenses globales de l'hôpital. Le deuxième est lié à la volonté de l'hôpital et du siège de ne pas cibler les dépenses relatives au personnel médical.

> ***ADM_5 :*** *« Donc c'était sur les économies donc ce qui était fait ça a été appliqué sur le personnel non médical. Sur le personnel médical à la Pitié surtout pas, à l'APHP je ne suis pas sûr, mais c'est le personnel non médical qui a donné… »*

> ***ADM_4 :*** *« On n'attaque plus la recette, on attaque les dépenses. Et là, attaquer les dépenses, c'est pour 60 % attaquer la masse salariale… »*

La réduction des dépenses notamment de personnel passe également par la mutualisation de certaines activités techniques (IRM, imagerie) qui évite le recrutement de personnel. De surcroît, la direction motive sa décision de mutualisation par son contexte interne caractérisé par le déficit du pôle imagerie de l'hôpital. Ainsi, l'ouverture d'un nouveau bâtiment n'est pas accompagnée par des installations techniques dédiées mais par un recours au plateau technique du pôle imagerie. Autrement dit, cette mutualisation permet d'augmenter le volume

d'activité produite tout en réduisant les dépenses engendrées par cette augmentation ce qui contribue à l'amélioration du résultat du business plan.

> ***ADM_2 :*** *« Je me souviens quand on a fait le bâtiment cœur, il était prévu un scan, un IRM, pleins d'imagerie supplémentaires. Alors le pôle imagerie était le plus déficitaire. Ils demandaient 28 ETP (équivalent temps plein), le directeur a dit : puisque c'est ça, vous n'aurez pas de matériel. Le corps médical a accepté pour avoir le matériel, de s'arranger. »*

L'estimation du résultat d'un projet guidant la décision de son approbation ou son rejet est fondée sur les coûts estimés sur l'Etude Nationale des Coûts (ENC). L'équilibre financier du business plan d'un projet est construit en estimant les recettes prévisibles par les tarifs des activités à développer dans le cadre du projet et les dépenses sont estimées sur le fondement des coûts de l'ENC. L'ENC constitue une règle interne guidant la décision.

> ***ADM_2 :*** *« Ils sont allés voir l'ensemble des moyens en disant on peut créer 100, 200 emplois. J'ai dit moi j'applique l'ENC, je suis à 88. À partir de là il faut arrêter de déconner ! Pour arriver à cadrer le projet et avoir l'équilibre financier… »*

En conclusion, les objectifs stratégiques de la direction visent l'augmentation de l'activité produite par l'hôpital, des recettes et des financements et la réduction des dépenses. Les pratiques visant la réalisation de ces objectifs sont du ressort de la direction. Ces objectifs sont guidés par des éléments du contexte de l'hôpital public qui se caractérise par le mécanisme de financement (T2A), la concurrence qui en découle aussi bien entre les hôpitaux publics que les cliniques privées ainsi que la situation d'autres hôpitaux de l'APHP qui favorise l'absorption de certaines activités par l'hôpital. La nécessité de l'équilibre budgétaire induit également un objectif de réduction de dépenses en réponse notamment à la baisse des tarifs. La réduction des dépenses est également guidée par la situation financière de certains pôles de l'hôpital comme l'illustre l'exemple cité concernant le pôle « imagerie ».

1.1.3. Les prévisions budgétaires : règles, contexte interne et interactions entre acteurs

Les orientations stratégiques de l'hôpital se traduisent dans les prévisions budgétaires. La fixation des objectifs de volume d'activité obéit, en plus des orientations stratégiques, aux

influences du contexte interne de l'hôpital.

Les prévisions du niveau de production

La détermination du niveau d'activité qu'un service est en mesure de produire est guidée d'une part par la feuille de route établie par la direction générale qui fixe les orientations stratégiques de l'hôpital et, d'autre part, par le bilan de la situation des services en termes d'activité à travers trois indicateurs : la durée moyenne de séjour (DMS), l'indice de performance (IP) et le taux d'occupation des lits corrigé (TOC).

> ***ADM_2 :*** *« On va faire un état des lieux, on connaît déjà notre feuille de route sur les aspects budgétaires. Par exemple, j'avais déterminé le potentiel que peut avoir un pôle. »*

> ***ADM_1 :*** *« Alors moi je les fais les objectifs d'activité. On les fait, il y a une feuille de route qui est tracée par la direction générale en disant : voilà où on veut aller… »*

La fixation des objectifs obéit à des règles instaurées par la direction. Ces règles s'articulent autour des indicateurs comme la DMS, l'IP et le TOC. Ces indicateurs reflètent la capacité d'un service et ses marges de progression quant au niveau d'activité qu'il peut réaliser. Ces règles font qu'un service dont les indicateurs sont en deçà de la moyenne se voit fixer un objectif de retour à la moyenne sur ses différents indicateurs et notamment la DMS.

> ***ADM_4 :*** *« On se met d'accord sur le diagnostic… On constate que la DMS n'est pas conforme à ce qu'on attend en moyenne sur ce type de prise en charge, et on fixe un objectif qui est d'emblée que la DMS revienne à la moyenne à telle échéance. »*

Une DMS longue signifie que les patients restent plus longtemps que la moyenne ce qui impacte le volume d'activité produite et donc le niveau des recettes. Il n'est pas inutile de rappeler que le tarif de remboursement est le même quelle que soit la durée du séjour. Ainsi, si la durée de séjour est supérieure à la moyenne nationale, elle impacte le niveau d'activité et donc de recettes. En effet, non seulement le tarif de remboursement reste le même mais il empêche le service de prendre en charge un autre patient et ainsi produire à un autre séjour avec la recette qui en découle. L'écart de la DMS du service par rapport à la moyenne est mesuré par un autre indicateur qui est l'indice de performance. L'IP est le rapport entre la

DMS constatée et la DMS nationale de l'ENC. Si ce rapport est inférieur à 1 cela signifie que la DMS est inférieure à la moyenne nationale. Un ratio supérieur à « 1 » signifie que la DMS dans le service est supérieure à la moyenne nationale.

Le taux d'occupation des lits reflète le niveau d'activité. Un service dont le TOC est de 50 % signifie que les lits ne sont occupés qu'un jour sur deux ce qui implique une production divisée par deux par rapport à la capacité réelle du service. Le niveau des recettes se trouve également réduit de moitié.

Les règles explicitées plus haut sont combinées à des éléments de contexte comme les mesures nouvelles (par exemple : ouverture de lits suite à des investissements) ce qui implique une exigence d'augmentation du niveau d'activité produit.

> ***ADM_4 :*** *« Je veux dire, rares sont les cas quand même où, sauf à avoir des mesures nouvelles, on impose des pourcentages d'activité. On est dans « vous faites », si vous avez des indices de performance, des indices de type DMS ou IP qui sont dans la moyenne, s'il n'y a pas de sujets d'organisation ou de surcoût, on maintient la tendance de l'année précédente et à ce titre-là, il n'y a pas vraiment de débat. »*

De surcroît, l'établissement des objectifs d'activité prend en compte des éléments du contexte interne. Il s'agit par exemple des séjours d'hôpital de jour (HDJ) annulés (l'année précédente) par la Sécurité sociale car ils n'étaient pas conformes, des fermetures éventuelles de lits, des changements des traitements où le suivi médicamenteux se substitue à l'hospitalisation, etc.

Ces différents paramètres qui ont impacté le niveau d'activité produit l'année précédente doivent être pris en considération. Par exemple, si des lits ont été fermés en N pour différentes raisons (travaux), ils ont forcément influencé à la baisse le niveau d'activité produite. Pour l'année N+1, la réouverture de ces lits donne davantage de possibilités pour produire de l'activité. La fixation des objectifs d'activité est dominée par les administratifs. Ce sont eux qui déterminent le potentiel d'activité des services et qui fixent les objectifs en fonction des règles et des éléments du contexte explicités plus haut. La contribution des médecins à ces objectifs reste limitée à un engagement sur un volume d'activité déterminé à travers un fichier Excel permettant aux médecins de relier un nombre de séjours au niveau de recettes que ce volume de séjour peut générer.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Alors c'était très drôle, j'étais chez moi. Le cadre administratif m'avait donné son tableau Excel qui était incroyable, si je faisais monter le chiffre de séjours, je voyais monter le chiffre des recettes, je voyais les dollars qui tournaient comme au casino. J'étais chez moi je me rappelle j'ai montré ça à mon compagnon j'ai dit « regarde là si je fais 20 séjours de plus, ça monte en recettes ». Tiens ce serait génial si on arrivait à faire ça, car je trouvais que le chiffre de recettes… Il montait à un million. »*

Si la contribution des médecins à l'établissement des projections d'activité, le corps médical avance des éléments de contexte qui doivent guider la fixation des objectifs d'activité. Ces éléments sont d'ordre médical et sont liés à des considérations sur la typologie des patients à prendre en charge. Une population vieillissante, des patients de plus en plus lourds, exigeants sont d'autant d'arguments qui militent pour le maintien d'une capacité d'hospitalisation dans certains services. Les médecins ne travaillent sur aucune hypothèse influençant les prévisions d'activités comme nous l'avons présenté pour le personnel administratif.

> ***MED_CDP_NE :*** *« On est un centre de référence et de recours… Malheureusement notre population vieillit, nos patients sont de plus en plus lourds, et à juste titre, de plus en plus exigeants, il y a des nouvelles modalités même de prise en charge quand la maladie est très évoluée, et là il faut garder une bonne capacité d'hospitalisation conventionnelle, et là moi, personnellement, je ne céderai pas là-dessus… »*

La décision finale concernant les projections d'activité revient à la direction. Comme nous l'avons explicité précédemment, la direction se fonde sur des règles fondées sur des indicateurs de suivi (DMS, IP, TOC). C'est la direction qui valide ou ne valide pas les projections d'activité.

> ***ADM_2 :*** *« Généralement on laisse le pôle présenter. On est dans un système où on demande généralement au pôle qui va présenter ses éléments d'activité. À partir de nos indicateurs on va dire si on valide ou pas… »*

De surcroît, la fixation des objectifs notamment de volume d'activité est comprise par les médecins comme étant le monopole des administratifs.

MED_CDS_CC : *« Je pense que l'administration en fixe, Logique ou pas logique, je m'en moque, vraiment complètement. C'est-à-dire que l'administration fixe les objectifs qu'elle veut, moi mon objectif c'est de travailler, de faire travailler l'outil qu'on m'offre pour ça, au maximum de ses possibilités… »*

MED_CDS_EM : *« Ce sont des trucs qui sont faits à la va-vite, on nous dit on augmente de 2 %. Non, non, il n'y a pas vraiment de discussion là-dessus. Je dis : c'est un chiffre dans un tableau et on verra bien ce qu'on fait… »*

La fixation des objectifs, au-delà de la domination des administratifs, est caractérisée par le manque d'information auprès des médecins des services sur le processus de construction des objectifs. Le manque d'association des médecins des services à la fixation des objectifs engendre un manque d'adhésion de ces derniers dans leur réalisation.

MED_PH_EMD : *« Je n'en sais rien comment ils sont fixés… Quand le matin on vous raconte qu'en chirurgie il faut qu'on opère 400 patients mais je dis : qui a dit que c'était 400 patients ? Je ne sais pas, il y a eu une réunion avec les directeurs je n'en sais rien et depuis on nous ravage qu'on n'atteint pas les 400 patients. Oui, je sais qu'on ne les atteint pas les 400 patients. Ni cette année, ni l'an prochain Matériellement ce n'est pas possible donc je ne sais pas qui les fixe… »*

<u>Les prévisions du niveau de recettes</u>

En ce qui concerne les recettes, la direction prend en compte un certain nombre d'hypothèses. L'objectif est de modéliser le niveau prévisible de recettes en prenant en compte les facteurs qui peuvent l'influencer. Un premier facteur est externe et concerne l'effet de l'évolution des tarifs qui peut impacter le volume global des recettes. Cette modélisation est faite en mars avril quand les tarifs sont connus. Ainsi, la direction peut estimer cet impact et mettre en place des actions d'optimisation du codage pour contrebalancer l'effet tarifaire.

ADM_3 : *« On les modélise (les recettes) lors de la conférence de pôle annuelle, comme on les fait en mars avril, on a l'impact réel de ce qu'on va perdre… »*

Comme nous l'avons explicité précédemment, l'évolution des tarifs peut être la conséquence de l'enveloppe ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) votée et

du niveau d'activité produite au niveau nationale. La direction, dans sa modélisation de ses prévisions de recettes, prend en, compte l'évolution annoncée de l'ONDAM en anticipant une baisse des tarifs et des économies à réaliser en cas de baisse de l'enveloppe ONDAM.

> ***ADM_3 :*** *« Je dirais que cette année maintenant la ministre a annoncé l'ONDAM, donc on voit bien que ça n'augmente pas ça ne fait que diminuer… »*

L'évolution des recettes peut également être influencée par des facteurs internes comme le « case-mix » de l'hôpital. Le case-mix représente la nature des activités produite à l'hôpital (séjours) et la proportion de chaque type d'activité dans la production globale. Comme les séjours sont regroupés dans des GHM auxquels est associé un tarif (GHS). La modification de la répartition de l'activité produite dans les GHM peut influencer les recettes globales de l'hôpital. En effet, un hôpital peut produire davantage d'activité mais voir ses recettes baissées car une partie conséquente de l'activité est produite dans des GHM dont le tarif est bas.

> ***ADM_1 :*** *« On avait l'évolution du case-mix, c'est un changement des patients, soit des sévérités et ainsi de suite et ensuite on a la durée moyenne de séjour… »*

<u>La négociation du budget du personnel</u>

Comme nous l'avons explicité précédemment, la programmation réalisée par la direction porte sur la réduction des dépenses notamment de personnel. L'enveloppe de personnel n'est pas décidée en conférence budgétaire. Elle fait l'objet d'une négociation entre la cadre paramédicale du pôle et la direction des ressources humaine en amont de la conférence budgétaire. Le répondant justifie cette procédure par le nombre de participant à la conférence budgétaire ce qui peut empêcher la négociation et engendrer même des conflits.

> ***EPS_CPP :*** *« Les préconférences, je les fais avec la RH… Je les fais uniquement avec la RH, ça, c'est la préconférence budgétaire et, en général, tout se demande et tout se négocie en préconférence budgétaire parce que les conférences budgétaires, il y a tellement de monde que tu ne peux pas négocier. Tu ne peux pas. C'est très compliqué et ça peut engendrer même des conflits. Parce que si tu présentes quelque chose où ton RH n'est pas informé avant, ça fait désordre, je trouve. »*

Cette manière de fixer les objectifs en termes de personnel uniquement entre la cadre paramédicale du pôle et la DRH s'explique par le lien hiérarchique. La cadre paramédicale, au même titre que tout le personnel soignant (hors médecins), est rattachée hiérarchiquement à la direction des ressources humaines et non au chef de pôle (le médecin). La domination de la gestion du personnel par la cadre paramédicale de pôle et donc de manière indirecte par l'administration se confirme dans les réponses des médecins.

> ***MED_CDS_N :*** *« Pour le paramédical déjà la marge de manœuvre du chef de service, elle est limitée… C'est parce que c'est une chaîne directe, de commandement direct entre l'administration, les cadres et le paramédical… C'est un problème majeur… Parce que les cadres ont tendance à fonctionner en lien direct avec l'administration en pensant que les médecins sont juste des empêcheurs de tourner en rond. Ce n'est pas le cas de tous les cadres mais il y a un certain nombre de cadres qui, effectivement je le pense, raisonnent de façon plus dans leur silo que de façon collégiale… »*

> ***MED_MCUPH_EM :*** *« Puisque c'est elle (la cadre paramédicale) qui décide où se met le personnel soignant, c'est elle qui le décide. C'est elle qui décide des congés, c'est elle qui décide des effectifs, c'est elle qui décide des attributions des pièces, le médecin n'a plus qu'à gérer les vacations, les postes de médecins… »*

En conclusion, les objectifs stratégiques de l'hôpital s'articulent autour du volume de production, des recettes et des dépenses dans l'objectif d'atteindre son équilibre budgétaire. Ces objectifs sont dictés par le contexte externe et interne à travers des règles mais également par le biais des compréhensions générales qu'ont les acteurs, notamment les administratifs, du contexte externe et interne de l'hôpital. Ces objectifs stratégiques se traduisent dans les pratiques de budgétisation. Nous présentons dans ce qui suit, la manière dont les objectifs stratégiques influencent la formation des pratiques de contrôle à l'hôpital.

1.2. La coordination temporelle des pratiques de contrôle de gestion à l'hôpital

Comme présenté à la quatrième section du premier chapitre, Ahrens et Chapman (2007), en s'appuyant sur l'approche de Schatzki, développent une définition du contrôle de gestion « as practice », autrement dit, suivant un prisme pratique. Selon les deux auteurs, le contrôle de

gestion émerge comme un effort continu pour aligner les pratiques des acteurs de l'entreprise sur les objectifs financiers et stratégiques globaux de l'organisation. La pratique du contrôle de gestion est liée aux compréhensions générales des messages stratégiques de l'organisation et aux compréhensions pratiques que les managers ont des pratiques opérationnelles.

En plus des pratiques de la phase d'évaluation qui influent sur les pratiques opérationnelles à travers la mesure de performance, l'analyse des pratiques de pilotage de l'action du personnel administratif nous a permis d'identifier cinq biais par lesquelles le contrôle de gestion influe sur les pratiques opérationnelles : les règles, la négociation, l'information, la contrainte et la sanction. Ces différentes manières d'influencer les pratiques opérationnelles sont liées aux objectifs stratégiques de l'hôpital (activité, recettes et dépenses).

1.2.1. Les règles

Les règles établies par la direction sont en lien avec les objectifs stratégiques de l'hôpital : l'activité, les dépenses et les recettes. L'analyse de ces règles et de leur impact sur le niveau d'activité réalisé nous permet d'en conclure le lien entre ces règles et certaines pratiques opérationnelles qui influent sur le volume d'activité produit. Autrement dit, l'influence que ces règles exercent sur la manière dont les pratiques opérationnelles sont réalisées. En ce qui concerne l'objectif d'augmenter le niveau d'activité produit, nous illustrons cette relation à travers deux exemples de règles. La première règle porte sur la nécessité d'occuper les lits vides dans un service avec des patients en provenance du service des Urgences. La deuxième règle renvoie aux indicateurs de suivi de l'occupation des lits comme la DMS, l'IP et le TOC.

L'occupation des lits avec des patients en provenance des Urgences permet de produire de l'activité. Dans le cas où les lits ne peuvent être occupés par des patients des Urgences, ils sont affectés à des services qui sont saturés (tous les lits sont occupés). L'occupation des lits est mesurée par le TOC. Dans notre exemple, si le taux d'occupation est à 98 % cela signifie que tous les lits du service sont occupés et que le service peut bénéficier d'une affectation de lits d'autres services qui ont un TOC bas (lits non occupés en totalité).

> ***ADM_3 :*** *« Il y a des services comme la neurologie, qui sont régulièrement vides. On l'a rempli par des urgences, le chef de service croit que c'est médico-économique, donc c'est lui qui les remplit, donc ça nous arrange. Le jour où les urgences, on*

n'aura pas besoin de les mettre là, ces lits basculeront sur d'autres disciplines qui sont à 98 % de taux d'occupation… Pour ça la règle est très claire en T2A ! »

Un exemple illustre la concordance de la recherche d'optimisation de l'occupation des lits avec un objectif lié à la mission de l'hôpital. Il s'agit de la prise en charge des patients en provenance du service des urgences de l'hôpital ou les patients pris en charge par le SAMU nécessitant une hospitalisation. Cette initiative rompt avec certaines pratiques où des médecins refuseraient de prendre des patients en provenance des urgences. Cet exemple illustre le fait que les règles dictées par le contrôle de gestion permettent non seulement de modifier des pratiques mais en instaure une au niveau opérationnel à savoir l'occupation des lits vides par les patients en provenance des urgences.

EPS_CPP : *« Je les annonce clairement au SAMU, et je les annonce aux urgences… Je rencontre les médecins qui ne voulaient pas, en disant : non, on est service public, il n'y a pas à discuter… »*

Les règles instaurées par la direction, notamment lors de l'établissement des objectifs d'activité au moment des conférences budgétaires, sont fondées sur trois indicateurs : la DMS, l'IP et le TOC. Ces trois indicateurs président à la fixation des objectifs mais également au suivi des réalisations. La DMS et l'IP ont pour objectif de vérifier si la DMS dans un service ne dépasse pas la moyenne nationale. S'il s'avère que c'est le cas, le volume d'activité produit par le service en est impacté négativement car une DMS élevée empêche le service de prendre d'autres patients et par conséquent produire davantage d'activité. Le taux d'occupation (TOC) mesure l'occupation des lits. Un TOC à 50 % signifie que les lits du service sont occupés à moitié. Ainsi, le service ne produit que la moitié de l'activité qu'il est en capacité de réaliser.

ADM_2 : *« Je présente les tableaux du potentiel, pour tel pôle au regard du taux d'occupation de chaque structure, des IP etc. Vous avez tel potentiel d'activité. Vous êtes en capacité de faire 2 % de plus d'activité… »*

Comme présenté dans le quatrième chapitre, les trois indicateurs de suivi sont le fondement de l'établissement des projections d'activité. Pour illustrer le lien entre le niveau de ces indicateurs et la fixation des objectifs d'activité, nous présentons la manière les règles sont

fondées sur ces indicateurs. Un service dont les indicateurs sont dans la moyenne nationale se voit assigner un objectif de maintien de la tendance de l'année précédente sauf s'il existe d'autres facteurs liés par exemple à l'organisation du service qui peuvent impacter le volume d'activité.

> ***ADM_4 :*** *« Si vous avez des indices de performance, des indices de type DMS ou IP qui sont dans la moyenne, s'il n'y a pas de sujets d'organisation ou de surcoût, on maintient la tendance de l'année précédente… »*

La deuxième règle consiste à exiger du service un niveau d'activité supplémentaire en cas de mesures nouvelles comme des investissements.

> ***ADM_4 :*** *« Si en revanche, on est sur de la mesure nouvelle, business plan construit avec les services du pôle, on est là par contre sur une exigence d'activité supplémentaire… »*

La troisième règle est également fondée sur les indicateurs. Elle concerne le cas de figure où les indicateurs du service, notamment la DMS et l'IP s'écartent de la moyenne (DMS supérieure à la moyenne nationale). Si l'écart n'est pas très important, la règle consiste à fixer, avec le pôle, des objectifs de court terme pour rapprocher la DMS du service de la moyenne nationale.

> ***ADM_4 :*** *« La DMS n'est pas bonne ou l'indice de valorisation n'est pas bon non plus… On se fixe des objectifs (collectivement avec le pôle), ce peut être des objectifs de court terme, des objectifs progressifs pour rectifier le tir… On se met d'accord sur le diagnostic… On constate que la DMS n'est pas conforme à ce qu'on attend en moyenne sur ce type de prise en charge, et on fixe un objectif qui est d'emblée que la DMS revienne à la moyenne à telle échéance. »*

Dans le cas où l'écart entre le niveau des indicateurs (DMS et IP) du service est très important, la règle consiste à fixer un objectif intermédiaire pour un retour à la moyenne.

> ***ADM_4 :*** *« Si le gap est trop important, on peut se fixer un objectif intermédiaire, quitte à se refaire un point à mi-parcours… On avait un objectif de réduction d'un point de la DMS, le service est au rendez-vous. »*

D’autres règles visent l’optimisation des dépenses notamment les dépenses de personnel. Nous avons identifié deux règles instaurées par la direction. La première consiste à fermer les lits en cas de sous-activité. L’application de cette règle impacte à la baisse le niveau des dépenses de personnel. La fermeture de lits permet d’octroyer des repos et des récupérations au personnel pour pouvoir bénéficier de leur présence en cas d’activité et ainsi éviter leur remplacement par du personnel intérimaire plus coûteux.

> ***ADM_3 :*** *« Un hôpital de semaine, une semaine, on sent qu’il n’y a pas de programmation… Je ferme et je peux donner les repos, il y a tant de repos qui n’ont pas été donnés elles sont crevées. OK, mais je préférerais que ce soit programmé… »*

En matière de dépenses, une deuxième règle permet de réduire les dépenses. Il s’agit de la mutualisation du personnel. En cas de sous-activité d’un service, une partie de son personnel peut être mise à disposition d’autres services du pôle ou de l’hôpital. Ainsi, cette démarche permet d’éviter que le service qui a besoin de personnel supplémentaire (car une partie de son personnel est absente pour diverses raisons) ne fasse recours à l’intérim plus coûteux.

> ***ADM_3 :*** *« Je n’ai aucun état d’âme là-dessus ou au pire elle vient à tout prix, elle se met à disposition d’un autre pôle de l’établissement, elle va aller bosser dans un autre service… »*

En ce qui concerne les recettes, au moment de l’établissement des projections budgétaires, la direction ne tient pas compte des séjours en HDJ annulés par la Sécurité sociale. Par conséquent, les recettes du service se trouvent diminuées en projections.

> ***ADM_1 :*** *« Cette année-là en hospitalisation partielle en diabétologie on avait eu un contrôle de la Sécurité sociale qui avait annulé tous nos séjours en HDJ pour des pieds diabétiques. Quand on a préparé cette conférence budgétaire, on n’est pas reparti en 2014 en disant : on refait des pieds diabétiques… »*

1.2.2. La négociation

La négociation entre la direction et le pôle porte sur deux sujets. Le premier est la fixation des objectifs en termes d’activité et l’enveloppe du personnel en termes d’effectif et de masse salariale. La négociation fait appel aux règles fixées sur le fondement des indicateurs (DMS,

IP, TOC). Le constat établit sur le fondement de ces indicateurs est le fil conducteur pour les négociations. La négociation est la confrontation des projections réalisées par le pôle et celles établies par la direction. L'arbitrage et la validation sont du ressort de la direction en fonction des indicateurs d'activité constatés pour les services. Ce sont ces objectifs négociés qui constituent la base de l'évaluation aboutissant ou pas à la sanction.

> ***ADM_2 :*** *« On connaît déjà notre feuille de route sur les aspects budgétaires, c'est déjà ciblé sur des points. Par exemple, j'avais déterminé le potentiel que peut avoir un pôle. C'est-à-dire j'indique si votre IP n'est pas bon, si vous avez un bon IP ou que le taux d'occupation n'est pas bon, on va dire : voilà vous êtes en capacité de faire tant de séjours supplémentaires. On va en discuter et c'est comme ça que l'on va passer un contrat sur de l'activité… Généralement on laisse le pôle présenter. On est dans un système où on demande généralement au pôle qui va présenter ses éléments d'activité. À partir de nos indicateurs on va dire si on valide ou pas… »*

Le deuxième sujet de négociation concerne l'enveloppe du personnel et de masse salariale. Le respect de cette enveloppe dépend du degré d'application par le personnel encadrant du personnel soignant des règles en matière de gestion opérationnelle des personnels notamment celle qui concerne la mutualisation du personnel pour limiter le recours à l'intérim. Le respect de l'enveloppe de personnel ne dépend pas uniquement de l'application des règles mais également de la contrainte exercée par la direction pour que le personnel bénéficie de leur repos et de leurs récupérations en cas de baisse d'activité pour diverses raisons. Le contrôle opéré par les administratifs sur la consommation d'intérim découle du résultat de cette négociation.

1.2.3. L'information

Les règles fixées en matière d'activité, de recettes et de dépenses sont complétées par des actions d'information. Ces actions d'information, de la direction vers les opérationnels, visent à les inciter à entreprendre les actions correctives qui s'imposent en cas d'évolution du contexte extérieur ou en cas de constatation d'un écart par rapport aux objectifs.

Les actions d'information sont centrées sur deux domaines : les recettes et l'activité. En matière de recettes, l'information fournie par la direction consiste à « alerter » les

opérationnels sur une évolution du contexte externe comme le changement de la classification des actes dans la nomenclature de la T2A. Le travail réalisé par le DIM vise à sensibiliser les médecins sur la manière de coder afin d'optimiser les recettes suite à l'évolution de la nomenclature T2A. Le DIM indique aux opérationnels la manière dont ils doivent coder pour s'adapter aux changements de la nomenclature. Le rôle de la direction ne se limite pas à alerter les opérationnels sur les changements externes impactant le codage. L'objectif est également de les inciter à mieux coder estimant que le codage n'est pas toujours parfait.

> ***ADM_3 :*** *« le DIM décrypte vraiment dans le détail tous les éléments nouveaux et il passe dans tous les services pour dire attention ça a changé… Pour les aider on regarde ça, qu'on décrypte tout ça pour eux, on leur dit le plus simple c'est de mettre ça et ça…* »

L'information des opérationnels par la direction porte également sur des aspects liés au volume d'activité produite. Les règles établies par la direction notamment à travers les indicateurs d'activité (DMS, IP, TOC) sont un moyen de supervision du déroulement de l'activité des opérationnels. Comme nous l'avons présenté précédemment, une DMS élevé signifie moins d'activité réalisée et donc moins de recettes. Un TOC bas renvoie sur une sous-activité et donc une recette moindre.

> ***ADM_3 :*** *« C'est à nous de les alerter quand effectivement on arrive : tel GHM, pourquoi on a pris deux jours de DMS en plus… »*

La direction entreprend donc des actions d'information en direction des opérationnels pour les inciter à agir au cas où le niveau d'activité n'est pas conforme à ce qui a été planifié. Au-delà de l'information des opérationnels, l'objectif de ces alertes est d'analyser les causes des écarts. Il peut s'agir d'un problème d'aval où les services n'arrivent pas à sortir les patients, une augmentation du nombre de patients qui se désistent impactant à la baisse le niveau d'activité réalisée.

> ***ADM_1 :*** *« Quand on a une activité qui n'est pas forcément dans les clous, c'est-à-dire ce qu'on a prévu, c'est de se dire qu'on a peut-être des soucis en aval, on a des durées moyennes de séjour qui sont plus longues que celles qu'on avait prévues. Donc*

on a des patients avec des problèmes sociaux qu'il faut réussir à résoudre… On est sur une obligation d'occuper les lits de façon efficiente… »

ADM_2 : *« Je les envoie* (les indicateurs) *à l'exécutif du pôle et après tu as les CAP, le CPP… J'ai envoyé un mail, par exemple les lits de SSR étaient plutôt vides. »*

L'information à destination des opérationnels n'est pas toujours ciblée sur des points particuliers comme nous venons de la présenter pour la DMS et le TOC. Elle a aussi une portée plus générale en s'appuyant sur des outils de contrôle de gestion comme les tableaux de bord. La direction présente aussi bien les indicateurs d'activité, de recettes et de dépenses notamment la masse salariale.

ADM_1 : *« Mes activités dans l'ensemble, élaborer les tableaux de bord, voire un petit peu suivre l'activité, où on en est dans les dépenses, la masse salariale… »*

ADM_4 : *« Tous les mois, on envoie, nous, ce qu'on appelle les budgets de service, ce sont les dépenses constatées, non retraitées, les dépenses constatées aux pôles et aux services… Rendre compte de l'état des recettes et des dépenses… C'est de piloter réellement en cas d'écart à la prévision. Les dépenses, ce sont des écarts en plus, les recettes des écarts en moins. »*

1.2.4. La contrainte

La contrainte matérialise le lien hiérarchique existant entre la direction et le personnel soignant (les cadres, les infirmières, les aides-soignants…). Si la direction a recours à cette pratique, c'est dans le but de maîtriser les dépenses de personnel. En effet, la direction impose au personnel (par l'intermédiaire des cadres) de poser des jours de récupération ou de RTT dont ils ont droit au moment où l'activité est en baisse notamment suite au départ des médecins en congrès par exemple. L'impact sur les dépenses de personnel se justifie par le fait qu'il est préférable que les soignants bénéficient de leurs jours de récupération à un moment où l'activité est en baisse. Ainsi, les soignants pourront être présents au moment où l'activité retrouvera un niveau normal. De cette manière, le service évitera un recours à l'intérim plus coûteux quand le personnel sera en sous-effectif.

ADM_3 : *« Les blocs opératoires de la même façon, Sans arrêt, on disait : le bloc*

opératoire est en congrès, on n'est pas au courant. Toute l'activité tombe cette semaine-là en septembre. Eh bien les cadres elles mettent en RTT ou en récupération leur personnel. Ça ne sert à rien de les avoir dans les blocs… Il y a des récupérations à poser. Un, on met des récupérations et deux, les RTT… La base, ce n'est pas le personnel qui décide. Moi la base c'est : est-ce que le service public fait que le patient a besoin de moi, oui ou non ?.. Elle dit : tu ne viens pas, moi mes lits sont fermés, mon bloc est fermé… »

1.2.5. La sanction

La sanction renvoie aux pratiques de la phase d'évaluation des performances dans le processus classique de contrôle de gestion. En cas de non atteinte des objectifs, notamment en termes de volume d'activité, la direction se réserve le droit de récupérer les moyens humains et matériels (les lits) et les réaffecter à un autre service. Cette pratique est en étroite relation avec les règles présentées précédemment fondées sur les indicateurs DMS, IP et TOC.

ADM_4 : *« Bien conscient que si on met 10 de ce côté-là, c'est 10 qui ne partiront pas ailleurs… Si l'activité n'est pas là, si les moyens ne sont pas correctement utilisés, on se donne aussi la possibilité, collectivement, de réajuster le tir… On peut décider que telle structure, finalement, ne produisant pas l'activité attendue, perd les capacités qui lui ont été octroyées au bénéfice d'une autre. Reprendre des moyens, c'est compliqué. Après, on met les différents responsables en face des engagements qu'ils avaient pris et des résultats qui ne sont pas là et on peut en arriver à faire des choix de réorientation, de réallocation de moyens. Ce n'est pas inhabituel »*

ADM_3 : *« On retire les moyens. Le contrat est très clair. Pour ça c'est : « pas de bras, pas de chocolat », de la même façon ils savent que l'on banque au départ, donc il faut mettre de l'activité… Par contre ils savent que s'il n'y a pas, eh bien la fois d'après cela ne passera pas, et que l'on retirera les moyens, et si les lits étaient vides, on n'hésiterait pas à fermer, voire faire des lits de pôle pour la disposition d'autres disciplines et ça c'est très clair !.. »*

En conclusion, les pratiques de contrôle de gestion ne peuvent pas être détachées du contexte dans lequel elles se forment et se constituent. Cette influence du contexte est indirecte dans le

sens où le contexte influe sur les orientations stratégiques de l'organisation, les pratiques de contrôle de gestion émergent dans l'objectif d'assurer la réalisation de ces objectifs stratégiques.

Le croisement des pratiques de contrôle de gestion avec les phases du processus de contrôle de gestion permet d'établir un lien entre les pratiques composant chacune des trois phases à savoir la finalisation, le pilotage de l'action et l'évaluation. La finalisation regroupe des pratiques de négociation et des règles notamment pour la budgétisation. Le pilotage de l'action s'opère à travers les règles, l'information et la contrainte. Enfin, l'évaluation se caractérise par des pratiques liées au système de sanction quand les objectifs ne sont pas atteints. Cette présentation des pratiques montre qu'il existe une coordination temporelle entre les pratiques de contrôle de gestion. Cette coordination est le résultat des liens qui peuvent être établis entre les pratiques de chaque phase du processus du contrôle de gestion. Ces liens ne peuvent être établis que s'il existe une cohérence entre les objectifs des pratiques de chaque phase du processus de contrôle (structure téléo-affective de la pratique). Autrement dit les pratiques de contrôle de gestion dans la phase de pilotage de l'action et d'évaluation doivent s'articuler autour des règles qui ont guidé les pratiques de budgétisation. Les pratiques de budgétisation sont elles-mêmes influencées par le contexte externe et interne au même titre que la programmation.

Avant de présenter la manière dont les pratiques opérationnelles se modifient sous l'influence des pratiques de contrôle de gestion, il n'est pas inutile de faire le lien entre les pratiques opérationnelles et les moyens d'influence des pratiques de contrôle de gestion. Le tableau ci-dessous présente le croisement entre les moyens d'influence des pratiques de contrôle de gestion au niveau de chaque phase du processus de contrôle de gestion et les pratiques opérationnelles influencées pour chaque objectif stratégique (activité, recettes et financements, dépenses).

Phases du contrôle de gestion	Moyen d'influence	Nature du moyen d'influence	Activité	Recettes et financements	Dépenses
Finalisation	**Règles**	❖Durée Moyenne de Séjour (DMS) ❖Indice de Performance (IP) ❖Taux d'Occupation Corrigé des lits (TOC) ❖Ne pas prendre en compte les HDJ annulé par la Sécurité sociale	❖Gestion des lits ❖Gestion du flux des patients ❖Contrôle du volume d'activité produit par les vacataires	**Impact indirect**	**Impact indirect**
	Négociation	❖Négociation des objectifs d'activité			
		❖Négociation des objectifs de l'enveloppe de personnel			❖Gestion des ressources humaines
Pilotage de l'action	**Règles**	❖Fermeture des lits en cas de sous-activité ❖Mutualisation du personnel ❖Occuper les lits vides avec les patients en provenance des Urgences	❖Gestion des lits ❖Gestion du flux des patients	**Impact indirect**	❖Gestion des ressources humaines
	Information	❖Informer les médecins les évolutions des tarifs et sur la manière de coder ❖Informer les médecins du codage imparfait pour mieux coder ❖Alerter les médecins sur les lits vides et les DMS élevées ❖Tableaux de bord avec indicateurs du volume d'activité, de recettes et de dépenses	❖Gestion des lits ❖Gestion du flux des patients ❖Contrôle du volume d'activité produit par les vacataires	❖Codage de l'activité	❖Contrôle des dépenses de médicaments ❖Contrôle des dépenses injustifiées ❖Suivi budgétaire ❖Gestion des ressources humaines ❖Pratiques logistiques
	Contrainte	❖Imposer au personnel soignant (pas les médecins) de prendre leurs jours de repos et de récupération en cas de baisse d'activité			❖Gestion des ressources humaines
Evaluation	**Sanction**	❖Retirer les moyens notamment les lits en cas de non atteinte des objectifs d'activité	❖Gestion des lits ❖Gestion du flux des patients ❖Contrôle du volume d'activité produit par les vacataires	**Impact indirect**	

Section 2 : l'articulation des pratiques de contrôle de gestion avec les pratiques opérationnelles

Nous avons présenté dans la section précédente les liens existants entre le contexte et la formation des objectifs stratégiques de l'hôpital. Ces objectifs déterminent les pratiques de contrôle de gestion et les mécanismes par lesquels elles influencent les pratiques opérationnelles. Les liens établis entre le contexte, les orientations stratégiques, les pratiques de contrôle de gestion et enfin les pratiques opérationnelles, renvoient à deux constats. Le premier est la coordination temporelle entre les pratiques composant les quatre phases du processus de contrôle de gestion (programmation, budgétisation, pilotage de l'action et post-évaluation). Le deuxième est le rôle joué par les acteurs opérationnels dans l'opérationnalisation des objectifs du contrôle de gestion et par conséquent ceux de l'hôpital. En effet, comme les pratiques de contrôle de gestion s'insèrent dans les pratiques opérationnelles, le succès d'un système de contrôle de gestion dépend du degré de cette insertion et de la volonté des acteurs opérationnel de s'engager dans cet exercice.

Cette section est dédiée, dans un premier temps, à la présentation de la manière dont les pratiques de contrôle de gestion s'insèrent dans les pratiques opérationnelles. Autrement dit, la présentation de la transformation des pratiques opérationnelles sous l'influence des pratiques de contrôle de gestion. L'information portée par les pratiques de contrôle (indicateurs par exemple) est considérée comme un simple paramètre parmi d'autres qui influencent les pratiques opérationnelles (Ahrens et Chapman, 2007, p. 21). Dans la majorité des cas, elle a besoin d'être contextualisée en la reliant aux messages stratégiques et aux activités opérationnelles. Comme les activités opérationnelles sont réalisées au regard de l'information des pratiques de contrôle et des messages stratégiques, les managers s'engagent concomitamment dans le « strategising » et le « contrôle » (dans le sens de l'accomplissement de la stratégie et du contrôle).

Dans un deuxième temps, nous présentons les interactions qui émergent au sein de l'hôpital. En effet, dans la réalisation de leurs pratiques, les acteurs opérationnels (médecins et cadres de soins) interagissent avec des acteurs internes à l'hôpital et avec des acteurs externes. Selon Coad et Herbert (2009), l'action a toujours une dimension sociale et suppose l'interaction

avec les autres. Selon Jarzabkowski (2004), la pratique est un processus d'évolution de l'ordre social qui émerge de l'interaction entre la structure sociale externe et la structure sociale interne. Jarzabkowski et Whittington (2008) soulignent que les praticiens de la stratégie sont ceux qui sont directement impliqués dans la réalisation de la stratégie (les managers et les consultants) et ceux qui ont une influence indirecte (les décideurs politiques, les médias…) qui façonnent la praxis et les pratiques légitimes. Røpke (2009), à l'instar de Schatzki, préfère mettre explicitement l'accent sur les activités et prendre en compte l'importance de l'interaction. La prise en compte des interactions dans l'étude des pratiques de contrôle de gestion à l'hôpital est une des lacunes des approches fonctionnalistes et un des apports de l'approche pratique à l'étude du contrôle.

2.1. Des règles aux compréhensions, comment les pratiques de contrôle de gestion modifient les pratiques opérationnelles

L'insertion des pratiques de contrôle de gestion dans les pratiques opérationnelles, à travers les moyens d'influence exposés plus haut, peut être étudiée par l'intermédiaire de la modification et la transformation de ces dernières pour répondre aux exigences de la direction et aux impératifs du contrôle de gestion. Hopwood (1983) insiste sur l'importance de prendre en compte l'ensemble organisationnel et des autres pratiques organisationnelles dans l'étude du contrôle de gestion. Il met l'accent sur l'apport de l'analyse des manières avec lesquelles le contrôle de gestion s'articule avec les autres pratiques organisationnelles, avec les processus de prise de décision et les structures de pouvoir.

La modification et la transformation de ces pratiques s'observent à travers trois angles d'analyse. Le premier concerne la transformation de la manière dont les opérationnels exercent certaines pratiques. En effet, la manière dont ces pratiques sont réalisées tranche avec les habitudes du passé. Le deuxième est l'adjonction, au sein de la même pratique, d'actions nouvelles. De manière plus explicite, des pratiques opérationnelles composées initialement d'actions qui visent la prise en charge des patients sont alimentées par d'autres actions en réponse aux exigences dictées par les pratiques de contrôle de gestion. Le troisième réside dans l'émergence de nouvelles pratiques opérationnelles pour répondre aux impératifs du contrôle de gestion.

Les pratiques de contrôle, certes transforment et modifient les pratiques opérationnelles mais elles ne déterminent pas la transformation ou la modification. L'intelligibilité pratique des acteurs opérationnels est responsable de la manière ou le sens de modification des pratiques opérationnelles. Selon Schatzki (1996, 2002), les activités des individus sont guidées par l'intelligibilité pratique. L'intelligibilité pratique correspond à ce qui est logique de faire du point de vue de l'individu, elle est donc quelque chose d'individuel. La manière dont l'intelligibilité pratique guide les activités n'a pas besoin d'être la plus rationnelle ou de correspondre à une norme. Les individus font ce qui leur paraît, à partir de leur intelligibilité pratique, logique de faire.

Nous structurons la présentation de la manière dont les pratiques de contrôle de gestion s'insèrent dans les pratiques opérationnelles sur le fondement des trois objectifs stratégiques présentés dans la deuxième section. Ainsi, nous présentons les modifications et les transformations qui s'opèrent dans les pratiques orientées « activité », « recettes et financements » et « dépenses » sous l'influence des pratiques de contrôle de gestion.

2.1.1. Les pratiques opérationnelles orientées « activité »

La gestion des lits, la gestion du flux des patients et le contrôle du volume d'activité produit par les médecins vacataires sont trois pratiques opérationnelles identifiées dans la première section de ce chapitre qui sont influencées par les pratiques de contrôle de gestion. Ces trois pratiques sont orientées « activité » dans le sens où l'insertion des pratiques du contrôle de gestion dans ces pratiques opérationnelles participe à la réalisation des objectifs de l'hôpital en termes de volume d'activité.

2.1.1.1. La gestion des lits

La gestion des lits et la gestion du flux des patients sont les deux pratiques exercées par les deux groupes d'acteurs opérationnels à savoir les médecins et les cadres et qui participent à la réalisation des trois objectifs stratégiques : activité, recettes et dépenses.

En réponse à une question du lien entre la T2A, les tableaux de bord et les indicateurs (notamment la Durée Moyenne de Séjour) envoyés par l'administration, un médecin nous informe qu'il est préoccupé de faire tourner les lits.

> ***MED_CDS_RM :*** *« Oui, oui. On a toujours, on a cette préoccupation-là. Et puis, en tant que chef de service, on a la préoccupation de faire tourner les lits, oui… »*

L'analyse des réponses des médecins témoigne de la cohabitation de logique médicale dans l'exercice de la pratique de gestion des lits et de la préoccupation de répondre aux impératifs du contrôle de gestion portant sur une occupation optimale des lits. Au niveau médical, les médecins font de la gestion des lits une pratique qui participe à la qualité de la prise en charge des patients. Cette préoccupation est illustrée par le rôle que peut jouer la mise en place de lits d'accompagnement pour les familles des patients dans la qualité de la prise en charge. La mise à disposition de ces lits permet de réduire l'angoisse des patients et par conséquent le temps que passent les infirmières auprès des patients pour le consacrer à d'autres activités.

> ***MED_CDP_CN :*** *« Je prends un exemple tout à fait accessoire qui est les lits accompagnants pour les familles. Pour que les gens aient la possibilité de rester à côté de leur proche la nuit, ça diminue l'angoisse des patients, ça évite aux infirmières la nécessité d'une présence ou de petits soins qui étaient pour elles du plus par rapport à ce qu'elles ont à faire déjà, il y a en même temps une surveillance. »*

Les pratiques de contrôle de gestion s'invitent également dans des pratiques centrées uniquement sur les aspects médicaux et de prise en charge des patients. Désormais, ces pratiques intègrent des réflexions sur l'occupation des lits. L'exemple cité est celui des réunions de service où sont présents tous les médecins et tous les cadres. Prévues pour discuter du déroulement des prises en charge dans le service et de la qualité des soins, ces réunions sont consacrées également à des réflexions sur la gestion des lits, en l'occurrence dans le secteur de l'hôpital de jour. La réflexion sur les jours de fermetures de l'hôpital de jour renvoie à celle de l'activité car une fermeture occasionne une activité en moins.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Moi je m'étais dit mais au moins une réunion sur deux il faut qu'on parle de soins, de projet de soins de qualité des soins et en fait quasiment neuf réunions sur dix on parle de comment ne pas fermer des hôpitaux de jour… »*

L'insertion d'une réflexion gestionnaire dans les pratiques à visée médicale et de prise en charge se trouve dans la manière dont les médecins gèrent les sorties des patients. Cette gestion intègre une compréhension de la nécessité d'avoir un taux d'occupation satisfaisant

(optimale), de ne pas avoir de lits inoccupés à côté de la nécessité de prendre en charge un maximum de patients car c'est la mission du service public.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Ils peuvent sortir, donc à la limite ils sortent et puis on fait un autre séjour et ça permet de prendre quelqu'un d'autre en attendant donc le taux d'occupation est de ne pas laisser des lits vides à l'hôpital alors qu'il y a du personnel et une offre de soins, ça me paraît normal… Parce que le service public doit permettre ça. Il n'y aurait pas d'attente… Il y a de l'attente pour être hospitalisé, ça me paraît normal de ne pas laisser de lits vides »*

Les arguments médicaux ne sont pas toujours antinomiques avec les impératifs de réaliser davantage d'activité. Un objectif de soins et de prise en charge peut être conjugué à un impératif dicté par le contrôle de gestion à savoir l'augmentation du volume d'activité produit. En poursuivant un objectif qui a une orientation plutôt médicale, les médecins participent à la réalisation d'un objectif du contrôle de gestion en l'occurrence la production d'activité. La volonté des médecins de prendre en charge un maximum de patients est justifiée à premier abord par l'existence d'une liste de patients en attente d'être pris en charge. Ainsi, cet objectif les incite à faire sortir les patients et donc prendre en charge d'autres. Se faisant, il augmente le volume d'activité produit.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Avant ce qui arrivait c'est qu'on avait des patients qui auraient dû sortir mais qui nous disaient : non, je préfère rester une semaine en attendant la chirurgie. Mais moi je leur disais : écoutez, on a une liste d'attente de patients qui vont mal, notre rôle c'est de les soigner aussi donc maintenant que nous avons fini avec vous, il faut que vous partiez parce qu'il y a des gens qui attendent d'être pris en charge. »*

Mais la cohabitation de certaines pratiques du passé avec l'exigence de produire davantage d'activité peut être rompue. Les médecins sont donc obligés de modifier certaines pratiques du passé pour s'adapter aux impératifs du contrôle de gestion. En matière de gestion des lits, les médecins changent leurs pratiques en matière de formation des soignants (médecins et infirmières) pour répondre aux exigences de production dictées par le contrôle de gestion. Par le passé l'hôpital de jour était fermé pendant une semaine pour permettre à tout le personnel du service de partir en formation. Cette fermeture engendrait une baisse du niveau d'activité

produit. Désormais, le chef de service autorise le départ en formation ou en congrès uniquement pour une partie du personnel afin de maintenir les hôpitaux de jour ouverts et produire de l'activité. Cette transformation de la pratique de gestion des lits d'hôpital de jour est guidée par la compréhension des médecins des messages de la direction où les recettes dépendent de l'activité.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Avant, par exemple, on part une fois par an, la plupart des médecins arrivaient à partir une fois par an en formation, en congrès, et on emmenait beaucoup d'infirmières en congrès de formation et donc on fermait les hôpitaux de jour pendant une semaine pour que le maximum de gens puisse partir en formation… Donc il y a aussi une baisse de l'accès à la formation à cause de cette ambiance de productivité à tout prix… Maintenant qu'on nous dit les recettes dépendent de votre activité d'hôpital du jour, notre préoccupation c'est, dans cette année, qui ne va pas aller en formation pour maintenir les hôpitaux de jour ou faire au moins la moitié »*

Nous constatons à travers les exemples cités que les actions entreprises par les médecins pour répondre aux exigences en matière de gestion des lits sont motivées par les pratiques de contrôle de gestion. Mais ces pratiques n'interviennent pas pour déterminer la manière dont les médecins apportent une réponse aux impératifs de production d'activité. La décision des médecins de ne plus fermer les hôpitaux de jour une semaine n'est pas imposée par le contrôle de gestion. Ainsi, le contrôle de gestion motive une action, modifie une pratique mais ne détermine pas la manière dont elle le sera. À l'instar du personnel médical, la gestion des lits par les cadres combine des impératifs liés à la prise en charge des patients et des impératifs issus du contrôle de gestion. L'objectif des cadres est de trouver un lit pour prendre en charge un patient. Il n'est pas difficile de lier cette préoccupation à la mission des cadres.

> ***EPS_CPP :*** *« Le plus important pour moi, c'est que le malade soit soigné… Après, j'essaie de trouver un lit… Aucun lit n'appartient à aucun service… »*

Sur l'aspect contrôle de gestion et son intégration par les cadres dans leur pratique de gestion des lits, la direction y est impliquée à travers les messages adressés aux cadres en cas de sous-occupation des lits pour les inciter à y remédier.

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« On nous appelle, on nous dit : ce n'est pas bien… On nous*

dispute : il faut faire quelque chose… Donc il va falloir que vous imaginiez des scenarii pour pouvoir mettre en place de nouvelles organisations de façon à optimiser les lits »

En matière de gestion des lits, l'optimisation de la durée de séjour recherchée par la direction (indicateur et objectif du contrôle de gestion) est un exemple de la manière dont l'information du contrôle de gestion influence et modifie les pratiques opérationnelles.

MED_CDP_NE : *« On va aussi réfléchir, comment optimiser les durées de séjour… C'est une démarche globale d'amélioration de l'activité, puisqu'on est presque tous à gérer des files d'attente. Mais on ne le fait pas, comment dire, au forceps »*

La prise en compte des impératifs de contrôle de gestion et des messages de la direction dans une pratique opérationnelle comme la gestion des lits par les cadres peut être contraire aux objectifs recherchés par la direction comme elle peut aller dans le sens de ses exigences. Les messages de la direction envers les cadres peuvent engendrer de la part de ces derniers des actions visant uniquement à répondre à l'exigence de remplissage des lits sans aucun fondement médical. Il s'agit d'occuper les lits par des patients qui ne requièrent pas une hospitalisation immédiate. En effet, les cadres programment plus de patients pour le bloc opératoire que ce qu'il est possible de faire. Ainsi, les patients sont hospitalisés même si leur opération chirurgicale n'intervient qu'ultérieurement à leur entrée dans le service. De cette manière, les cadres affichent une occupation optimale des lits qui convient à la direction.

Cette manière de répondre aux messages de la direction illustre bien que ces messages modifient la pratique des cadres mais ne la détermine pas. La direction aurait préféré hospitaliser un patient autre que celui qui est déjà programmé. Cette pratique est contre-productive car elle empêche de faire un séjour autre que celui qui est programmé. Elle augmente d'un jour le séjour de ce patient sachant que cette journée supplémentaire n'augmentera pas la recette du séjour mais en revanche elle génère des dépenses additionnelles ne serait-ce que pour le matériel (draps par exemple) et les repas du patient.

EPS_CS_CM1 : *« On charge les plages de bloc, et puis on sait très bien qu'on ne fera pas tout… Et le patient, après on s'organise pour dire : tu vas prévenir le patient qu'on ne pourra pas le faire aujourd'hui mais qu'on le déplace… »*

Mais, les actions entreprises par les cadres afin d'optimiser l'occupation des lits vont également dans le sens d'une meilleure gestion de la capacité d'hospitalisation. Les cadres comprennent que la gestion optimale des lits passe par un travail avec des organisations externes pour prendre en charge les patients opérés en chirurgie cardiaque et qui n'ont plus de raisons médicales pour rester dans le service. Dans ce type de situation, la gestion optimale des lits répond à des objectifs médicaux liés à la qualité de la prise en charge et la nécessité de prendre en charge d'autres patients mais elle intègre également une dimension financière du moins dans l'esprit de la cadre qui l'interprète ainsi.

> ***EPS_CSS_QUA_CC :*** *« Par exemple, actuellement, les patients porteurs de cette assistance cardiaque pourraient sortir. En bénéficiant bien sûr d'éducation thérapeutique, mais en formant le personnel d'aval… Dans les maisons de convalescence, de manière à ce qu'ils puissent prendre en charge ce patient… Sans risque, et de manière efficace… Ça nous libère des places parce que ce travail peut réellement être fait et bien fait ailleurs, et nous, on est là pour faire de la chirurgie cardiaque… C'est de la qualité mais c'est de la finance aussi… »*

Un autre exemple illustre la concordance d'un objectif lié à la mission de l'hôpital et la recherche d'optimisation de l'occupation des lits. Il s'agit de la prise en charge des patients en provenance du service des urgences de l'hôpital ou les patients pris en charge par le SAMU et qui nécessitent une hospitalisation. Cette initiative rompt avec certaines pratiques où des médecins refuseraient de prendre des patients en provenance des urgences et qui ne relèvent pas de leur spécialité.

> ***EPS_CPP :*** *« Je les annonce clairement au SAMU, et je les annonce aux urgences… Maintenant ça nous est arrivé, moi je rencontre les médecins qui ne voulaient pas, en disant : non, on est service public, il n'y a pas à discuter… »*

2.1.1.2. La gestion du flux des patients

L'insertion des pratiques de contrôle de gestion dans les pratiques de gestion du flux des patients fait que ces dernières participent à la réalisation des objectifs stratégiques. Cette participation peut être illustrée par la manière dont la gestion du flux modifie d'autres pratiques. Une pratique relevant exclusivement du suivi médical des patients peut intégrer des

actions visant le suivi du flux des patients. D'autres pratiques apparaissent ou sont modifiées pour mieux gérer le flux des patients.

Comme nous l'avons présenté dans le quatrième chapitre, les pratiques de production ont exclusivement une portée médicale. Les visites réalisées par les médecins pour les patients dans les salles d'hospitalisation font partie du processus de soins visant le suivi des patients hospitalisés. Ces visites sont également l'occasion pour les médecins d'enseigner car ils sont accompagnés des médecins internes.

> ***MED_CDP_CM :*** *« il y a les visites en salle dans le service où on voit les patients, les infirmières avec de l'enseignement pendant les visites, ça, c'est resté assez traditionnel… »*

À l'objectif médical et d'enseignement vient s'adjoindre la vérification de la durée de séjour des patients hospitalisés. Rappelons que la durée de séjour des patients influe sur le nombre de séjours produits par l'hôpital (donc le niveau d'activité) et de manière indirecte sur les recettes de l'hôpital. Les visites en salle sont donc aussi l'occasion pour les médecins de vérifier le nombre de jours de présence du patient dans le service (la durée de son séjour).

> ***MED_PH_EMD :*** *« Je fais juste attention que dans la salle qu'il n'y en a pas trop qui reste trop longtemps… Je sais quand il est entré et je sais quand est-ce qu'il sort… En diabétologie il y a les glycémies, donc on voit depuis quand il est là en fait… »*

> ***MED_CDP_CM :*** *« Je viens toutes les semaines, je vois bien qui sont ceux qui sont là depuis plus longtemps que les autres… On l'a facilement dans le classeur, on la voit tout de suite la date d'entrée, il y a le relevé des insulines, si je vois trois feuilles sur le tableau, ça veut dire qu'il est là depuis trois semaines… Quand je fais ma visite en unité d'hospitalisation aiguë là, je suis tout le temps obnubilée par la durée des séjours… »*

Cet exemple montre que les pratiques de contrôle de gestion influent sur la pratique opérationnelle de gestion du flux des patients mais en aucun cas elles ne déterminent la manière dont cette pratique doit être opérationnalisée. Le choix du médecin de contrôler les durées de séjour via le classeur des prescriptions, le relevé des glycémies ou encore celui des insulines n'est pas dicté ou déterminé par la direction (le contrôle de gestion), il est le résultat

de l'intelligibilité pratique du médecin.

Si les pratiques de contrôle de gestion occasionnent l'insertion de la gestion des lits dans des pratiques médicales existantes, elles peuvent également engendrer la modification de certaines pratiques qui ne répondent pas aux objectifs de l'hôpital notamment en matière du volume d'activité produit. La nécessité de libérer les lits pour produire davantage d'activité via la réduction de la durée de séjour des patients hospitalisés impose aux médecins de ne plus garder les patients aussi longtemps que dans le passé. Incitant les médecins à réduire la durée de séjour mais ne déterminant pas la manière dont ils doivent le faire, ces derniers envisagent des solutions qui concilient l'aspect médical et l'aspect gestionnaire. Les médecins travaillent ainsi avec des organisations externes comme les centres de cicatrisation afin de pouvoir les sortir tout en leur garantissant une continuité des soins. Cet exemple est illustration parfaite du changement opéré dans les pratiques opérationnelles.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Donc à l'époque de l'ancien chef de service, on pouvait garder quelqu'un comme ça pendant trois mois en assurant ça comme un centre de cicatrisation, ce qu'on ne fait plus. Maintenant, on a développé des réseaux de soins avec des centres de cicatrisation pour que ces patients-là partent et ne restent pas trop longtemps… »*

L'influence des pratiques de contrôle de gestion peut également être observée à travers l'émergence de certaines nouvelles actions entreprises par les médecins. Ces actions doivent leur adoption par les médecins aux impératifs liés au volume d'activité à produire. Elles sont à l'opposé des pratiques du passé. Comme le montre la déclaration d'un médecin, le niveau d'activité réalisé en hôpital de jour est souvent impacté par le nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous de consultations. Par le passé, les médecins n'entreprenaient aucune initiative pour remédier à cette situation qui pénalise le volume d'activité produit et par conséquent les recettes de l'hôpital. Désormais, une action nouvelle est entreprise qui modifie la pratique du passé consistant à constater sans réagir. Ainsi, pour prévenir le risque d'absence des patients aux rendez-vous, les médecins programment plus de patients que ce qu'ils peuvent faire. Bien qu'elle soit le fruit de l'influence des pratiques de contrôle de gestions, cette action n'est pas déterminée par elle mais constitue une réponse entreprise par le médecin.

MED_CDS_MI : *« Il y a plein de non-venues donc je demande qu'on « surbooke » comme en consultation, on fait ça en consultation… On a 15 % des gens qui ne viennent pas… C'est vraiment une réflexion nouvelle pour nous,* c*'est un truc qu'on n'a jamais fait… Les lits étaient libres on s'en foutait. Bon, le malade il ne vient pas en consultation ce n'est pas grave. Moi ça ne me plaît pas mais parce que je pense sincèrement qu'on doit faire attention à nos dépenses. Parce qu'on coûte. »*

Un autre exemple illustre l'émergence d'actions nouvelles mises en place par les médecins pour réduire les durées de séjour et produire de l'activité. Il s'agit de l'incitation des médecins du service à surveiller les durées de séjour et à sortir les patients qui le peuvent. On identifie clairement dans la réponse du médecin que cette action est liée à des considérations financières.

MED_CDS_MI : *« Je regarde les durées de séjour des malades… J'ai mis des garde-fous volontairement parce que sinon ça se fait partout. On garde les gens une journée de plus en attendant qu'ils soient remplacés. Non. Je dis tout le temps à mon équipe : vous n'avez jamais été hospitalisé, si vous aviez été hospitalisé, une journée de plus à l'hôpital, je ne mets pas ça sur le plan financier mais indirectement c'est ça, vous ne seriez pas contents de rester donc, quand le malade a fini, il sort… »*

2.1.1.3. Le contrôle de la production des médecins vacataires

Le contrôle du volume d'activité des médecins vacataires constitue un exemple de la manière dont les pratiques de contrôle de gestion influencent les pratiques opérationnelles. Cette pratique est nouvelle pour les médecins et est le résultat de l'exigence de la direction envers les médecins de produire davantage d'activité de consultations. Elle change les habitudes du médecin qui ne contrôlait pas par le passé le volume d'activité produit par les médecins vacataires. Cette exigence est interprétée par le médecin comme une pression exercée par l'administration.

MED_CDP_CM : *« Je ne regardais pas l'activité des attachés qui viennent une fois par semaine consulter dans le service, parce que je me disais : déjà une vacation ce n'est pas très bien payée, ils font une activité de consultation, je ne vais pas les ennuyer avec leur charge de travail. Et en fait là, c'est la première année où j'ai*

regardé combien il y avait de consultations, uniquement parce que l'administration m'avait dit : vous avez baissé en activité de consultation cette année par rapport à l'année dernière, comment vous l'expliquez ? Toujours cette pression fait que j'ai jeté un coup d'œil et j'ai vu qu'il y avait une attachée qui voyait beaucoup moins de patients que les autres sur sa demi-journée, donc je l'ai interpellée là-dessus, elle m'a dit qu'elle, elle prenait une heure avec les patients, que dans son cabinet, elle faisait ça, et qu'elle ne voyait pas pourquoi elle ferait différemment dans le service public et je lui ai simplement dit : écoute, ce qui serait bien pour le service, ce serait que tu en vois un de plus. Après je me suis excusée de lui avoir demandé ça en me disant : mais c'est complètement dérisoire, et je m'en suis voulu ! Alors elle fait un effort, elle voit un patient en plus mais voilà »

2.1.2. Le codage : une pratique orientée « recettes »

Comme nous l'avons présenté dans la première section, le codage est une pratique qui impacte directement le niveau des recettes de l'hôpital. Elle est exercée par le personnel médical pour le codage des actes de soins et par les cadres pour le codage des DMI. Les médecins et les cadres comprennent bien les enjeux du codage au niveau financier. Les médecins qui ont le grade de professeurs intègrent bien le fait qu'ils doivent coder de manière spécifique leur activité. En effet, de par leur grade, le tarif de remboursement de leur consultation est supérieur à celui d'une consultation réalisée par un médecin qui n'a pas le garde de professeur. Les médecins ont également assimilé la nécessité d'avoir un codage complet (exhaustivité du codage) pour que le séjour puisse être remboursé. De leur côté, les cadres sont conscients que le remboursement des DMI posés aux patients est conditionné à leur saisie (codage) dans le progiciel dédié à cet effet.

MED_CDP_CM : *« Moi personnellement comme cheffe de service, quand je fais des consultations, je relève ce qu'on appelle les C3, les C, qui sont des codages de consultation différents, que je transmets ensuite à la secrétaire qui saisit ça »*

MED_CDS_MI : *« Le codage exhaustif tous les mois, il y a une des secrétaires du service, toutes les semaines, elle envoie à tous les médecins du service, les codages en retard… Je relance tous les mois, je n'en peux plus ça me rend fou, l'équipe pour avoir un codage exhaustif. »*

EPS_CSS_BLOC : *« Je suis moins, moins là-dedans mais, en tout cas, nous, on est impacté en ce sens que nous, on doit rentrer par exemple, les DMI de telle sorte qu'on ait un retour de paiement par la Sécurité sociale… »*

Deux exemples témoignent de l'insertion des pratiques de contrôle dans une pratique opérationnelle comme le codage. Les pratiques de contrôle de gestion visant une optimisation des recettes modifient la manière dont les médecins réalisent le codage. Afin de concilier l'aspect médical et l'aspect financier dans leur prise en charge des patients, les médecins modifient leur pratique du codage. Cet exemple montre que les pratiques de contrôle de gestion ne modifient pas la pratique de production mais uniquement la pratique opérationnelle à travers laquelle est jugée la pratique de production à savoir la recette générée. Ainsi, afin de pouvoir garder un patient plus longtemps que la moyenne nationale (aspect médical), les médecins changent leur pratique de codage en multipliant les codes pour augmenter la recette associée au séjour du patient.

MED_CDP_CM : *« L'ostéite ça rapporte, l'artérite, si on le revascularise, ça rapporte alors par contre c'est sûr que le patient chez qui on ne peut pas faire tous ces gestes, quand il commence à rester trop longtemps et qu'on essaie de ne pas l'amputer, là il commence à ne plus rapporter. Et là, en fait, pour qu'il soit rentable pour l'hôpital, il faut qu'on s'en débarrasse le plus vite possible… Pour l'instant on arrive encore à être déontologiques sur des cas comme ça. Mais ça a obligé à multiplier les codes pour essayer de s'en sortir »*

Un autre exemple illustre la modification qui s'opère dans les pratiques de production sous l'influence des exigences en matière de recettes. Les médecins réalisent sur les patients des examens « inutiles » ou dont les patients n'ont pas besoin afin que le séjour soit catégorisé en hôpital de jour et non en consultation. Rappelons que la Sécurité sociale opère des contrôles sur les dossiers d'hôpital de jour pour vérifier qu'il y a suffisamment d'actes justifiant un codage en HDJ. Étant donné que l'HDJ et la consultation ne nécessitent pas d'hospitalisation (pas de nuit passée par le patient à l'hôpital), la Sécurité sociale contrôle que les médecins ne confondent pas les deux prises en charge. Signalons au passage que le tarif de remboursement d'un séjour en HDJ est beaucoup plus élevé que le remboursement d'une consultation.

MED_CDP_CM : *« Un hôpital de jour il faut qu'il y ait quand même beaucoup de*

choses, d'examens faits au patient donc ça nous pousse à faire des examens inutiles au patient… On se met alors vraiment à faire des dopplers qui ne sont pas dangereux mais qu'on n'a pas besoin de faire tous les ans ou tous les trois ans donc on se met à en faire pour que la Sécurité sociale dise : oui vous avez fait un doppler donc c'est bien hôpital de jour et pour que le directeur de l'hôpital soit content qu'on ait fait des recettes… »

2.1.3. Les pratiques orientées « dépenses »

Les pratiques opérationnelles orientées « dépenses » dans lesquels s'insèrent les pratiques de contrôle à travers les moyens d'influence présentées précédemment sont : le contrôle des dépenses injustifiées relevant des « habitudes du passé », le suivi de l'exécution du budget de formation et du budget de personnel, la gestion des ressources humaines et les pratiques logistiques participant à la maîtrise des dépenses.

2.1.3.1. Le contrôle des dépenses

Le troisième axe des orientations stratégiques de l'hôpital met l'accent sur les dépenses. Les motivations des cadres pour entreprendre des actions concourant à la maîtrise des dépenses sont imputables aux règles instaurées par le contrôle de gestion mais également à leur intelligibilité pratique et leur compréhension de la nécessité de faire des économies et de changer des pratiques du passé. En effet, les cadres sont conscients que mettre fin à certaines dépenses injustifiées leur permet de dégager des marges de manœuvre et affecter les moyens économisés à d'autres activités utiles. Le contrôle des dépenses permet de modifier une pratique opérationnelle qui était source de dépenses inutiles et injustifiées. De surcroît, ces pratiques n'avaient aucun lien avec la pratique de soins.

EPS_CS_CC : *« Donc tous ces abus financiers… Alors ça, ça a été une belle économie, ça nous a permis de faire autre chose à côté… La CPP a mis à plat tout ça, c'était horrifiant, les passe-droits qu'il y avait sur ce genre de choses, c'était horrifiant. Donc en mettant à plat… Alors on est passées un peu pour des méchantes, on a fait table rase d'une coordination qui était obligatoirement viciée, parce qu'en plus ils n'étaient pas contents, ils n'avaient pas du tout les mêmes revenus qu'avant… Franchement, ils avaient des missions qui étaient inadaptées et encore, maintenant,*

certains médecins tentent leur chance : je n'ai pas reçu ma Nespresso, tu peux t'arranger pour me la faire venir ici ? »

Le contrôle des dépenses peut également avoir une influence sur des pratiques liées aux soins et à la prise en charge des patients. Le coût élevé de certains matériels corrélé à l'augmentation de l'activité du service a motivé le personnel soignant à modifier ses pratiques en recourant davantage à du matériel moins coûteux pour assurer la prise en charge des patients.

EPS_CPP : *« Sur l'usage unique, par exemple, on a fait une étude qui montrait, qui mettrait en évidence que, bien on était passé sur l'usage unique dans tel et tel secteur alors que… Maintenant ils étaient en usage multiple. Ça, c'est une chose. Ensuite, il y avait une augmentation d'activité, des patients beaucoup plus lourds dans tel secteur, avec plus de cathéter, etc.. Après, les fibroscopes et les réparations, je peux te dire qu'on a explosé, parce qu'on n'a pas été correct dans l'utilisation de fibroscopes dans tel et tel secteur et qu'il fallait trouver des solutions. Donc là, la solution que j'ai trouvée c'est peut-être l'usage unique… Et c'est cher… Ça ne sera pas plus cher que d'acheter deux fibroscopes… »*

Le contrôle des dépenses de médicaments par le personnel médical concerne le contrôle a posteriori de l'évolution des dépenses des médicaments « hors GHS » c'est-à-dire tous les médicaments qui ne sont pas inclus dans les tarifs ou la rémunération du séjour. Le tarif lié à un séjour (Groupe Homogène de Malades (GHM)) est appelé Groupe Homogène de Séjour (GHS). Ces médicaments sont remboursés indépendamment du séjour s'ils sont inscrits dans la liste des médicaments éligibles au remboursement. Le contrôle est réalisé aussi a priori par le médecin à travers la vérification des prescriptions de médicaments dits « hors GHS ». Le contrôle des prescriptions passe par leur validation par le chef de service. Le contrôle des dépenses de médicaments est réalisé dans le but de comparer leur évolution à celle de l'activité pour éviter que ces dépenses accroissent plus que le niveau de l'activité.

MED_CDS_MI : *« C'est quand même important, mais je regarde l'évolution… Toutes les prescriptions de médicaments de service hors GHS doivent être validées par moi… J'aime bien voir l'évolution. Je n'aime pas que ça monte plus que l'activité. »*

2.1.3.2. Le suivi budgétaire

Les pratiques de contrôle de gestion peuvent impacter les pratiques opérationnelles dans un sens contraire aux objectifs d'efficience et d'économie recherchés par le contrôle de gestion. La fixation de règles budgétaires comme la limitation de certaines enveloppes telles que celle dédiée à la formation peut être contre-productive. Cette contre-productivité est imputable à la compréhension qu'ont les cadres de la construction budgétaire et de l'évaluation de la performance. Les cadres, tout en poursuivant un objectif de respect de l'enveloppe dédiée à la formation, comprennent qu'il faut la dépenser dans sa totalité pour qu'elle puisse être reconduite l'année suivante. Il y a là un biais dans la compréhension de la démarche et des principes budgétaires.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« D'ailleurs on essaie, on la respecte à tel point d'ailleurs qu'on fait en sorte d'essayer de la dépenser, de telle sorte qu'elle soit a minima reconduite l'année suivante… Ça aussi c'est important… Mais, en revanche, si vous avez une enveloppe, il faut être aussi, enfin, à la hauteur de cette enveloppe… »*

2.1.3.3. La gestion des ressources humaines

Les dépenses de personnel sont le levier principal en matière de gestion des dépenses de l'hôpital. Ce n'est pas un hasard si la direction en fait un axe dans sa finalisation budgétaire. Les dépenses de personnel représentent 60 % des dépenses de l'hôpital. Certes les règles de gestion de l'enveloppe de personnel en termes de nombre d'effectifs et de masse salariale sont fixées par la direction. Mais les opérationnels, notamment les cadres, participent à l'atteinte et au respect des objectifs fixés en intégrant les règles dans leurs pratiques.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Ça peut évoluer en fonction des besoins au cours de l'année, l'essentiel étant de justifier les modifications, et de respecter l'équilibre budgétaire… Pour le recrutement, par exemple j'avais un tableau de suivi de l'ensemble des 1024 agents par service, ce qui me permettait sur un outil tout simple, Excel, de repérer par catégories professionnelles combien de personnes étaient allouées par service en fonction des métiers et des grades, ça, ce sont des choses qui étaient déterminées avec la direction des soins… »*

Deux exemples illustrent la manière dont les cadres intègrent les règles fixées dans leurs

pratiques. Ces deux exemples témoignent de la compréhension de la part des cadres des impératifs de respect de l'enveloppe de personnel en nombre d'effectif et en termes de masse salariale. Ainsi, la pratique de gestion des ressources humaines intègre les exigences de soins en permettant aux cadres de disposer de personnel en cas de difficultés de recrutement sur certains secteurs tout en respectant le plafond des emplois accordé par la direction. Ainsi, les cadres gèrent de manière concomitante les tableaux des emplois des différents services en faisant basculer les emplois budgétés non pourvus d'un service sur un autre service qui a atteint le plafond et qui ne dispose pas de la totalité du personnel notamment pour des raisons d'arrêt temporaire, de congés ou d'absence pour congés maladie. Cette pratique évite de recruter sur un secteur au risque de dépasser le nombre d'effectif total autorisé.

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Vous savez, tous les postes ne sont pas toujours occupés et donc, de fait, sur votre masse globale, des fois, si sur un service, on n'arrive pas à recruter, ça vous permet, pendant un temps, de prendre des emplois, de les basculer sur un autre service, et quand la situation se rééquilibre, on revient à la normale… En pratique, on ne peut pas dépasser le nombre d'effectifs décidés sur le tableau des emplois… »*

En matière de masse salariale, les cadres entreprennent des actions pour respecter l'enveloppe fixée. L'illustration de ces actions est faite par la démarche entreprise par les cadres en étalant les vacances et en prolongeant le temps de travail du personnel contre un paiement en heures supplémentaires. Ces actions participent au respect de l'enveloppe de masse salariale en permettant aux cadres de ne pas recourir à l'intérim plus coûteux qu'un poste de titulaire ou que les heures supplémentaires.

> ***EPS_CPP :*** *« Alors, de passer autrement, soit par un étalement mieux réparti des vacances, soit par une prolongation du temps de travail payé en heures supplémentaires, tu vois c'est de mettre en place, c'est ce que j'ai fait… Et puis, bien sûr, de respecter le projet de soins… Parce que les CPP, on travaille directement avec la direction des soins. »*

2.1.3.4. Les pratiques logistiques

L'analyse des pratiques logistiques fait ressortir le rôle joué par les cadres dans la réalisation

des objectifs d'efficience et d'efficacité. La particularité de ces pratiques par rapport aux autres pratiques qui intègrent les exigences de la direction et les objectifs du contrôle de gestion en matière d'efficience et d'économie, est que leur réalisation n'est pas dictée par des règles fixées mais uniquement par la compréhension des cadres de la nécessité de gérer de manière efficiente les moyens de l'hôpital. C'est l'intelligibilité pratique des cadres qui les guident dans les actions entreprises. Ces compréhensions découlent de l'expérience de certains cadres qui parlent de « vécu » en faisant allusion à la disparition et à la perte de matériel (exemple : pacemakers).

> ***EPS_CS_CC :*** *« L'organisation au niveau des pacemakers, et d'une, ça évite de courir partout pour en chercher un, ce qui était le cas avant, au bloc, ça se passe encore un peu comme ça. Nous, on a un tel contrôle : tous les jours je regarde s'ils sont là, s'il y a un problème, le lendemain je suis sur le coup, donc déjà sur le plan efficience… Il n'y a plus de perte de matériel réelle, je crois qu'on en a perdu un, en un an et demi. On parle vraiment d'efficience… On n'est pas dans une efficacité, c'est de l'efficience… J'en ai 4 dans l'unité qui ne sont pas accrochés… Et là, si vous voyez l'unité fermée, ils sont cachés… Ça fait un peu police, comment dire, un peu paranoïaque, mais franchement, on n'a pas le choix. On n'a pas le choix parce que c'est du vécu… »*

La mutualisation de certains matériels entre les services est une autre illustration des actions entreprises par les cadres et répondant à un objectif de maîtrise des dépenses.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Je vous donne un exemple, un patient qui a une trachéotomie. Moi, quand j'étais en ORL, on avait tout une gamme de types de canules… De façon à ce que des services qui sont très peu utilisateurs puissent venir chercher, prendre juste une, deux, sans commander une boîte qui va dormir… Et qui va se périmer et qui a un coût réel… Ce sont des économies réelles à l'hôpital… On gagne de l'argent… Donc c'est vraiment de l'économie intelligente, il n'y a pas « on supprime du personnel », « on supprime du matériel ». »*

Les pratiques entreprises par les cadres pour empêcher la perte de matériel sont également guidées par la nécessité de mieux gérer les moyens car elles sont conscientes de leur coût élevé : *« Ce d'autant que la chirurgie cardiaque, enfin, l'hôpital, c'est cher, tout est cher. On*

a des produits notamment par rapport à la CEC (Circulation Extra-Corporelle) *qui sont extrêmement chers. ».*

> ***EPS_CS_CC :*** *« On a mis en place toutes ces procédures, qu'il a fallu donc… Vérifier l'application, vérifier que les pacemakers ne disparaissaient pas… Ce sont des pacemakers externes de transport qui valent 1 500 €…Donc on pouvait les retrouver aux Puces. »*

> ***EPS_CSS_BLOC :*** *« Ce d'autant que la chirurgie cardiaque, enfin, l'hôpital, c'est cher, tout est cher… Notre projet, c'est de faire un affichage comme dans les supermarchés, du coût des choses… Pour que quand les gens vont chercher un produit, ils sachent que celui-là, il coûte 2 500 €, celui-là, il coûte 3,50 €…»*

Les compréhensions générales des cadres du contexte de l'hôpital et de la nécessité de mieux gérer les dépenses car *« l'hôpital coûte cher »*, les conduisent même à établir des règles de gestion qui ne sont pas dictées par la direction. L'exemple est celui de la gestion du stockage du matériel. La centralisation de la gestion logistique avec une commande globale pour tout le pôle, supervisée par l'équipe logistique, l'approvisionnement des petites réserves par la réserve centrale du pôle et non par des commandes directes des cadres des unités auprès des fournisseurs ou de l'économat de l'hôpital, la détermination d'un stock de sécurité permettant le déclenchement des commandes et de l'approvisionnement sont toutes des règles instaurées par la cadre qui centralise la gestion logistique du pôle.

> ***EPS_CS_CC1 :*** *« Une infirmière qui a besoin de quelque chose… Elles savent elles-mêmes appeler ceux qui remplissent les réserves ou la cadre logistique… Est-ce que c'est justifié »*

2.2. Les interactions entre les acteurs internes et externes : l'élément oublié des approches fonctionnalistes

Comme nous l'avons présenté dans la première section, les approches fonctionnalistes mettent peu l'accent sur le rôle joué par les praticiens dans la formation des systèmes de contrôle. L'approche pratique, en revanche, remet le praticien au cœur du dispositif de recherche en insistant sur son rôle dans la fabrication des systèmes de contrôle. Les praticiens font partie

des trois thèmes centraux de l'approche pratique. En négligeant le rôle joué par les acteurs, les approches fonctionnalistes n'intègrent pas les interactions entre les praticiens et leur rôle dans les systèmes de contrôle.

Selon Coad et Herbert (2009), l'action a toujours une dimension sociale et suppose l'interaction avec les autres. Cette action requiert de la communication, l'exercice du pouvoir et l'application de règles normatives. Nous avons présenté plus haut la manière dont le contrôle de gestion influe sur les pratiques opérationnelles à travers les règles, l'information, les sanctions, la négociation et la contrainte. Cette influence occasionne des interactions entre les acteurs internes. La négociation budgétaire pour la fixation des objectifs de volume d'activité et de l'enveloppe de personnel est un exemple des interactions entre l'administration et le personnel soignant (médecins et cadres de soins).

L'influence exercée par les pratiques de contrôle de gestion sur les pratiques opérationnelles pour l'atteinte des objectifs de l'hôpital occasionne des interactions entre les acteurs internes mais également entre les acteurs internes et des acteurs externes. Les interactions internes exercent une influence directe sur la réalisation des objectifs du contrôle de gestion et de fait de l'hôpital. Les interactions avec les acteurs externes influencent, quant à elles, indirectement l'atteinte de ces objectifs. Selon Jarzabkowski (2004), la pratique est un processus d'évolution de l'ordre social qui émerge de l'interaction entre la structure sociale externe et la structure sociale interne. Sztompka (1991) définit la structure externe comme un large contexte sociétal dans lequel il y a un mouvement social « ce qui se passe dans la société ». La structure interne est tout groupe donné engagé dans sa propre construction locale de la pratique « ce que les gens font ».

Jarzabkowski et Whittington (2008), en lien avec leurs travaux sur la stratégie, soulignent que les praticiens de la stratégie sont définis de façon large afin d'inclure tous ceux qui sont directement impliqués dans la réalisation de la stratégie (les managers et les consultants) et ceux qui exercent une influence indirecte (les décideurs politiques, les médias) qui façonne la praxis et les pratiques. Certaines pratiques peuvent être effectuées individuellement (lire un livre ou faire une promenade). Mais de nombreuses activités impliquent une sorte d'interaction avec les autres comme, par exemple, jouer au football. Røpke (2009), à l'instar

de Schatzki, préfère mettre explicitement l'accent sur les activités et prendre en compte l'importance de l'interaction.

Dans le cas de l'hôpital, nous avons démontré le rôle joué par les pratiques opérationnelles dans la réalisation des objectifs en termes de volume d'activité, de recettes et de dépenses. Certes, les pratiques de contrôle de gestion, comme nous l'avons présenté influent sur les pratiques opérationnelles pour qu'elles convergent vers les objectifs fixés. Mais l'analyse des pratiques opérationnelles montre que les acteurs opérationnels (les médecins et les cadres de soins) interagissent en interne mais également avec des acteurs externes dans l'exercice de leurs pratiques. Ces interactions jouent un rôle important dans l'aboutissement des pratiques opérationnelles. Elles sont donc déterminantes dans l'atteinte des objectifs fixés.

Nous illustrons la manière dont les interactions internes et externes conditionnent la réalisation de certaines pratiques opérationnelles impliquées dans l'atteinte des trois objectifs stratégiques de l'hôpital. Nous avons identifié la pratique du codage par le personnel médical et son rôle dans la réalisation de l'objectif de l'hôpital en termes de recettes. Les pratiques du codage doivent répondre l'exigence d'exhaustivité (codage complet de tous les actes). Dans leur pratique du codage, les médecins, notamment les chefs de service, interagissent avec les médecins de leur service pour aboutir à un codage exhaustif. Ainsi, la pratique opérationnelle du codage participe à la réalisation de l'objectif de recettes. Mais, elle ne peut pas y parvenir en dehors de l'interaction interne entre les médecins.

> ***MED_CDS_MI :*** *« Le codage exhaustif tous les mois, les codages en retard… Je relance tous les mois, je n'en peux plus ça me rend fou, l'équipe pour avoir un codage exhaustif. »*

Une autre illustration du rôle des interactions entreprises dans l'exercice des pratiques opérationnelles concerne la gestion des lits et la gestion du flux des patients. Nous avons présenté précédemment la manière dont ces pratiques peuvent favoriser le volume d'activité produit notamment en raccourcissant la durée de séjour des patients qui peuvent quitter l'hôpital. Les interactions liées à ces pratiques sont internes mais aussi externes.

Les interactions avec des acteurs externes

Les acteurs externes impliqués dans la réalisation de ces deux pratiques de manière à atteindre

les objectifs fixés sont par exemple les patients et les structures externes comme les centres de cicatrisation, les maisons de convalescence, les associations de médecins, etc.

Afin de réduire la durée de séjour des patients qui restent à l'hôpital sans raison médicale pénalisant ainsi le niveau d'activité produit par le service, les médecins sensibilisent les patients à la nécessité de quitter l'hôpital afin de pouvoir prendre en charge d'autres patients.

> ***MED_CDP_CM :*** *« Je préfère rester une semaine en attendant la chirurgie… Mais moi je leur disais : écoutez, on a une liste d'attente de patients qui vont mal, notre rôle c'est de les soigner aussi donc maintenant que nous avons fini avec vous, il faut que vous partiez parce qu'il y a des gens qui attendent d'être pris en charge. »*

Les interactions avec des structures externes concernent aussi bien la phase amont de l'hospitalisation des patients que la phase aval pour leur sortie. En effet, afin d'assurer un niveau d'hospitalisation suffisant permettant une meilleure occupation des lits (pratique de gestion des lits et de gestion du flux des patients), les médecins interagissent avec des structures externes comme les associations (association de cardiologie), les médecins cardiologue de ville (libéraux), les médecins généralistes de ville. Les relations qu'entretiennent les médecins avec ces structures leur permettent de se faire connaître et donc se voir orienter des patients. Ainsi, le service augmente son recrutement de patients, optimise sa gestion des lits et par conséquent augmente son volume d'activité produit.

> ***MED_CDS_CC :*** *« Je pense que notre rôle dans la gestion pour pouvoir favoriser l'activité, c'est un, bien sûr, les relations publiques, avec les cardiologues, les petits coups de fil, les réunions etc., serrer les mains dans les amicales etc. ça c'est important… Puis simplement que les correspondants (les médecins de ville qui adressent les patients à l'hôpital) soient contents, parce que directement eux, on les contacte, on les appelle, on les met au courant etc., ça, c'est une partie… L'autre partie de gestion que l'on fait pour favoriser l'activité aussi, on essaie de faire la meilleure médecine quand même. »*

> ***MED_CON_CC :*** *« L'augmentation du volume d'activité ça dépend un peu, du côté urgence, si vous développez, il est clair qu'ici, en ECMO, en dix ans, on s'est fait 500 malades de plus, en volume d'activité, et puis il y a la réputation, les choses comme*

ça… Alors la région parisienne est très particulière parce qu'il y a une concurrence farouche. Il faut faire son marché comme on dit. En province c'est assez stable. Ils. Les actions particulières, on n'a pas le droit à la publicité, ce sont les réunions scientifiques. Les réunions avec l'association de cardiologues, les choses comme ça… »

Les interactions avec des structures externes dans le cadre de la gestion des lits et du flux des patients concernent également la phase aval du séjour du patient. En effet, afin de pouvoir sortir les patients qui n'ont plus de raison médicale pour rester à l'hôpital, les médecins entreprennent des actions afin de trouver des structures externes qui peuvent accueillir le patient. Si le patient quitte l'hôpital, le service peut prendre en charge d'autres patients. Nous illustrons notre propos à travers les interactions entre les médecins et les cadres de soins, d'un côté, et les centres de convalescence et les centres de cicatrisation, de l'autre.

Les centres de convalescence peuvent jouer le rôle de structures d'aval pouvant accueillir les patients qui peuvent quitter l'hôpital pour y poursuivre leur éducation thérapeutique. Il s'agit par exemple des patients opérés du cœur qui n'ont plus besoin que d'un suivi et d'une surveillance dans le cadre de ce qui est appelé éducation thérapeutique. Cette coopération nécessite au préalable la formation de ces centres pour la prise en charge des patients nécessitant une éducation thérapeutique.

EPS_CSS_QUA_CC : *« Par exemple, actuellement, les patients porteurs de cette assistance cardiaque pourraient sortir. En bénéficiant bien sûr d'éducation thérapeutique, mais en formant le personnel d'aval… Dans les maisons de convalescence, de manière à ce qu'ils puissent prendre en charge ce patient… Sans risque, et de manière efficace… Ça nous libère des places parce que ce travail peut réellement être fait et bien fait ailleurs, et nous, on est là pour faire de la chirurgie cardiaque. Donc on est quand même aussi quelque part… C'est de la qualité mais c'est de la finance aussi… »*

Le développement des réseaux de soins externes (centre de cicatrisation par exemple pour les patients diabétiques) est une solution qui peut aider le service à faire sortir des patients en cours de cicatrisation dans le service. Cette démarche tranche avec les pratiques du passé où le patient était gardé dans le service pour les soins de cicatrisation.

MED_CDP_CM : *« Donc à l'époque de l'ancien chef de service, on pouvait garder quelqu'un comme ça pendant trois mois en assurant ça comme un centre de cicatrisation, ce qu'on ne fait plus. Maintenant, on a développé des réseaux de soins avec des centres de cicatrisation pour que ces patients-là partent et ne restent pas trop longtemps… »*

Les interactions entre les acteurs internes

Au niveau interne, la gestion des lits, par exemple, engendre également des interactions entre les médecins et les cadres de soins (interactions internes). Deux actions entreprises par les cadres de soins illustrent la manière dont ils interagissent avec les médecins dans l'objectif de les inciter à hospitaliser dans leur service un patient qui relève d'un autre service (hospitaliser un patient du service de cardiologie au sein du service de chirurgie cardiaque).

EPS_CPP : *« J'essaie de trouver un lit… Aucun lit n'appartient à aucun service. Ça, vraiment, je suis très claire. C'est-à-dire que si la chirurgie à un moment donné a besoin de plus de lits et qu'en médecine, il y en a, la médecine doit donner ses lits. Moi je parlemente avec les médecins… Si on me dit : non, je dis : mais il n'y a pas à discuter ; il vous faut un lit d'urgence vous le gardez, le reste : vous donnez »*

La deuxième action concerne le travail réalisé avec les médecins, l'assistante sociale et les familles des patients pour régler le problème des patients qui restent longtemps à l'hôpital pour des raisons plus sociales que médicales. Les cadres interagissent avec les médecins pour les inciter à entreprendre des démarches afin de trouver une structure d'accueil extérieure pour le patient.

EPS_CPP : *« Il n'y a pas de lits. Qu'est-ce qu'on fait ? Il va falloir parlementer avec les médecins pour qu'ils libèrent un lit… Et ça les cadres, elles ne le font pas parce que c'est un peu compliqué, c'est connaître toutes les ficelles, c'est plus compliqué pour elles… »*

MED_CDS_MI : *« Il y a des gens par exemple qui vont rester plus longtemps parce qu'on est en attente d'un lit de SSR… Il suffit qu'on s'en occupe avec la surveillante et surtout avec l'assistante sociale… »*

Sur le volet social, les cadres travaillent avec l'assistante sociale, contactent les familles pour les patients dont les difficultés sociales ne permettent pas de les faire sortir. Les facteurs sociaux expliquant le maintien du patient à l'hôpital peuvent être l'absence de famille, le manque de vêtements… etc. Les cadres essaient donc, en collaboration avec les médecins et l'assistante sociale de trouver une place pour accueillir le patient dans une structure extérieure d'aval (maison de retraite ou unité de long séjour par exemple).

> ***EPS_CS_CM1 :*** *« Alors quel patient va sortir, il faut avoir une étroite collaboration avec les médecins, de façon à savoir, avoir les informations, qu'est-ce qu'il vous manque pour qu'on puisse faire sortir le patient, quels sont les critères qui vont faire qu'on va faire sortir plus vite ou qu'on va garder le patient… Il y a aussi tout le volet social pour le patient parce que des fois on ne peut pas le faire sortir, parce qu'il n'a pas de famille, parce qu'il n'a pas de vêtement, parce qu'on n'a pas trouvé de place, donc il faut contacter l'assistante sociale, il faut contacter la famille, il faut essayer de rechercher aussi par nous-mêmes des solutions avec les médecins, pour savoir comment est-ce qu'on peut faire pour libérer des lits, au final… Et prendre d'autres patients. »*

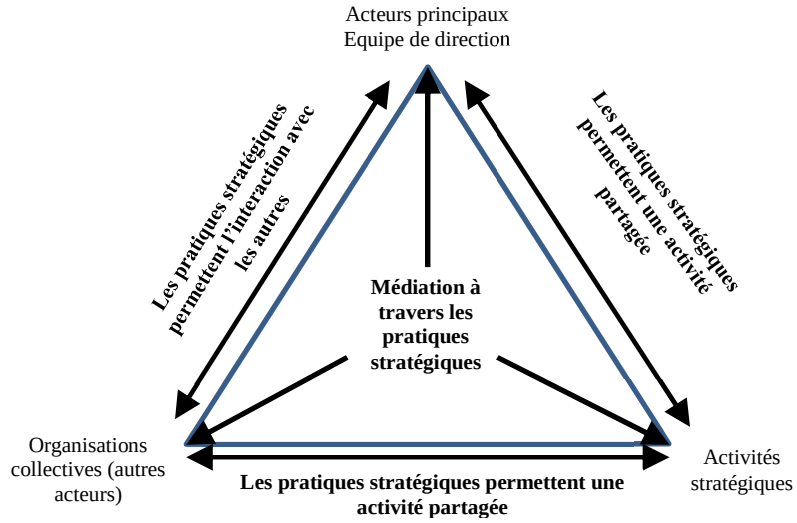
Les interactions internes qui participent à une gestion optimale des lits se manifestent dans l'effort exercé par les médecins chefs de service pour sensibiliser les médecins du service à la nécessité de faire sortir les patients qui n'ont plus de raison médicale de rester à l'hôpital.

> ***MED_CDS_MI :*** *« J'ai mis des garde-fous volontairement parce que sinon ça se fait partout. On garde les gens une journée de plus en attendant qu'ils soient remplacés. Je dis tout le temps à mon équipe : vous n'avez jamais été hospitalisé, si vous aviez été hospitalisé, une journée de plus à l'hôpital. Je ne mets pas ça sur le plan financier mais indirectement c'est ça, vous ne seriez pas contents de rester donc, quand le malade a fini, il sort… »*

> ***MED_CDP_CM :*** *« J'interpelle l'équipe en disant : attendez, ce patient, ça fait quinze jours qu'il est là, est-ce qu'il ne peut pas sortir, est-ce qu'on ne peut pas l'envoyer ailleurs ? Les jeunes qui n'ont comme souci que la qualité des soins ne se posent pas ce genre de questions… Je n'arrête pas de les interpeller là-dessus et petit à petit ils prennent le pli de ça mais ils me regardent en se disant : mais qu'est-ce*

qu'elle nous raconte ? Ils comprennent en même temps mais… »

En conclusion, l'analyse des pratiques que nous avons présentée dans les trois premières sections nous permet de proposer une adaptation du modèle de la théorie de l'activité développé par Jarzabkowski (2005). Comme nous l'avons présenté à la quatrième section du deuxième chapitre, la théorie de l'activité fournit un cadre conceptuel composé de quatre éléments interactifs à partir desquels la stratégie émerge : les acteurs principaux, les structures collectives de l'organisation, les activités stratégiques et les pratiques stratégiques qui jouent un rôle de médiation dans l'interaction entre les trois éléments précédents (Jarzabkowski, 2005).

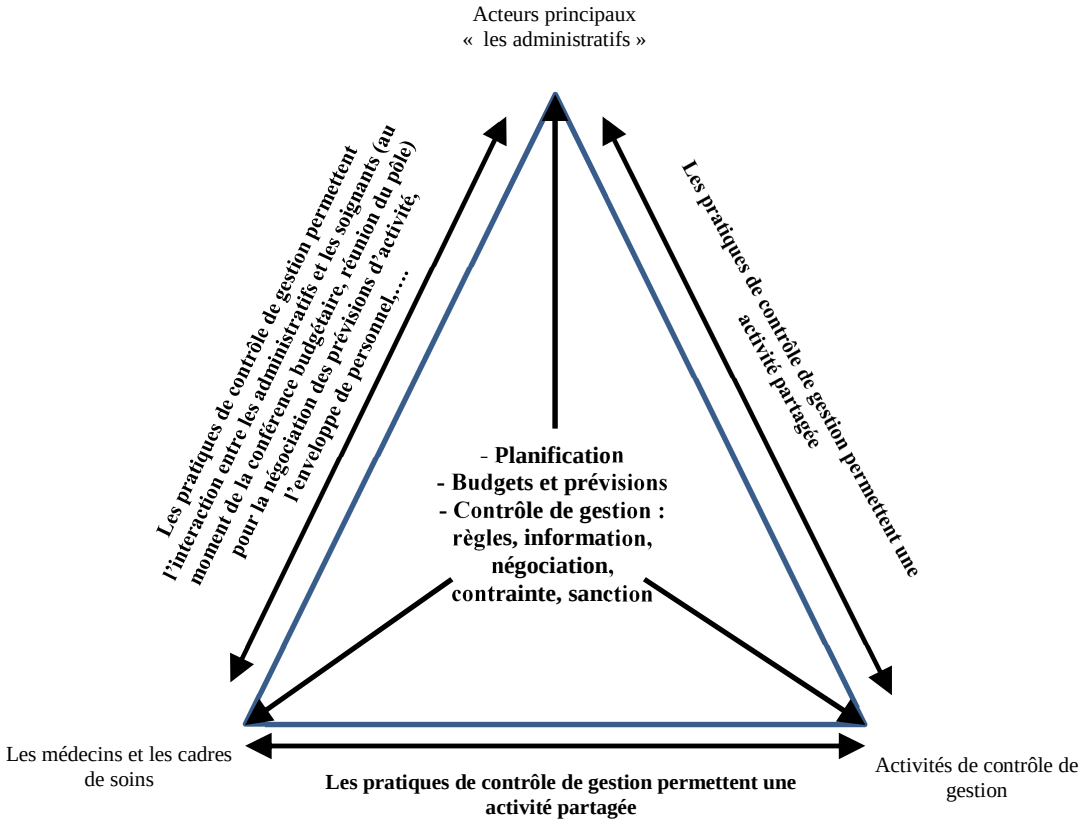


Bien qu'ils ne soient pas les seuls acteurs stratégiques, les membres de l'équipe de direction, pour des raisons de position formelle et d'accès au pouvoir et aux ressources, est indispensable pour l'action stratégique. De ce fait, ils sont positionnés comme « acteurs principaux ». L'équipe de direction interagit avec les structures organisationnelles collectives qui comprennent l'histoire, la culture, et ceux (autres acteurs) qui contribuent à l'activité stratégique. Les pratiques peuvent aussi être définies comme des outils et des artefacts utilisés par les individus dans leur travail stratégique (Jarzabkowski, 2004 ; Whittington, 2002, 2003). Il s'agit par exemple des pratiques administratives rationnelles (planification, budgets, prévisions, systèmes de contrôle, indicateurs et cibles de performances), des pratiques « discursives » qui fournissent des ressources linguistiques, cognitives et symboliques (discours et outils qui alimentent le langage quotidien dans un domaine particulier) et des

pratiques qui organisent l'interaction (épisodes pratiques) comme les réunions, les séminaires, etc.

Ce modèle est transposable à l'hôpital sur le fondement des analyses réalisées dans ce chapitre (les deux premières sections). La première section de ce chapitre nous a permis d'identifier les pratiques de planification, de budgétisation et les interactions entre les administratifs et les soignants notamment au cours de la phase de budgétisation. Nous avons également identifié les pratiques de contrôle de gestion à l'hôpital en les catégorisant en des pratiques sous forme de règles (indicateurs de DMS, IP, TOC, règles de budgétisation…), de pratiques d'information, de négociation, de contrainte et de sanction. Dans cette deuxième section, nous avons analysé l'insertion des pratiques de contrôle de gestion dans les pratiques opérationnelles. Cette insertion se matérialise par la modification et la transformation des pratiques opérationnelles pour qu'elles répondent aux objectifs de l'hôpital et aux buts recherchés par le contrôle de gestion. Notre analyse nous a conduits à conclure que les pratiques opérationnelles, en se transformant, internalisent et adoptent en son sein des activités participant au processus de contrôle de gestion (exemple : contrôle du volume d'activité produit par les médecins vacataires, contrôle des durées de séjour des patients…).

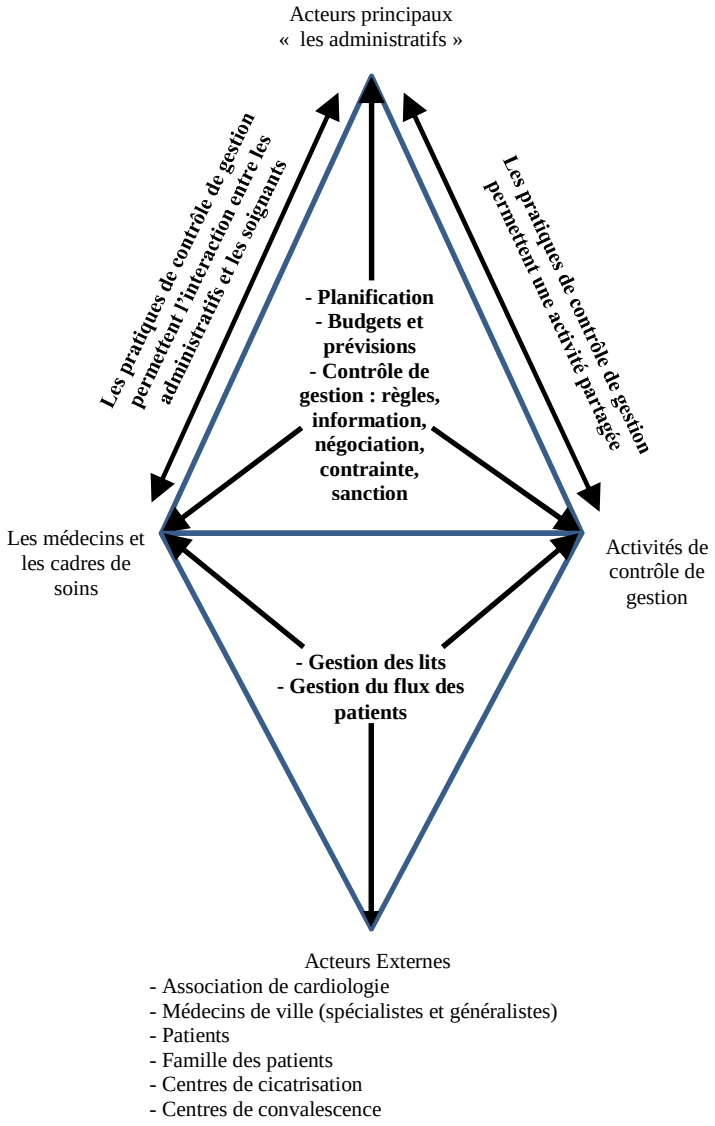
Sur le fondement des analyses présentées dans les deux premières sections de ce chapitre, nous proposons dans un premier temps la transposition du modèle de la théorie de l'activité au cas de l'hôpital.



L’analyse des pratiques de contrôle de gestion et des pratiques opérationnelles à l’hôpital montre que le modèle doit être complété par deux éléments qui n’y apparaissent pas : l’insertion des pratiques de contrôle de gestion dans les pratiques opérationnelles et les interactions des acteurs opérationnels (médecins et cadres de soins) avec les acteurs externes.

Nous avons présenté au début de cette section la manière dont les pratiques opérationnelles, dans leur effort de porter les exigences du contrôle de gestion (par exemple optimisation de l’occupation des lits), sont dépendantes des interactions entre les acteurs opérationnels et les acteurs externes. Si nous considérons l’exemple des pratiques de gestion des lits et de gestion du flux des patients, les actions entreprises par les opérationnels pour assurer une meilleure optimisation de l’occupation des lits impliquent des acteurs externes. À titre d’illustration, nous citons les actions entreprises par les médecins pour assurer le recrutement de patients (contacts avec les associations, les médecins de ville), pour faciliter la sortie des patients et réduire leur durée de séjour (contacts avec les centres de cicatrisation, les centres de convalescence, les patients, leur famille).

Le modèle présenté ci-dessus peut donc être complété et adapté en identifiant, d’une part, le lien entre les pratiques de contrôle de gestion et les pratiques opérationnelles et, d’autre part, les interactions entre les praticiens opérationnels et les acteurs externes à l’hôpital. Ces deux éléments aboutissent à des activités nouvelles intégrées à la pratique opérationnelle (exemple gestion des lits et gestion du flux des patients) permettant de répondre aux exigences du contrôle de gestion.



En conclusion, les pratiques opérationnelles et les acteurs opérationnels jouent un rôle important dans l'atteinte des objectifs de l'organisation. En modifiant leurs pratiques et en interagissant avec d'autres acteurs internes et externes, les acteurs opérationnels participent à la réalisation des objectifs de l'organisation. La modification et la transformation ne sont pas uniquement guidées par les impératifs dictés par le contrôle de gestion mais également par l'intelligibilité pratique des acteurs opérationnels. Les interactions et l'intelligibilité pratique des acteurs opérationnels échappent à toute maîtrise par les outils de contrôle de gestion dans des organisations comme l'hôpital. Il est donc nécessaire de concevoir le contrôle de gestion de manière plus large en y incluant la manière dont les pratiques opérationnelles intègrent les impératifs stratégiques portés par le contrôle de gestion. Les pratiques de contrôle de gestion

ne peuvent pas être isolables des pratiques opérationnelles. Comme nous l'avons présenté dans la première section, le contrôle de gestion est un ensemble de pratiques coordonnées. Il est impératif d'élargir la coordination aux pratiques opérationnelles. Le contrôle de gestion est un ensemble de pratiques coordonnées par lequel les pratiques opérationnelles intègrent les caractéristiques du contexte pour la réalisation des objectifs stratégiques de l'organisation.

Le contrôle de gestion doit s'intéresser aux pratiques opérationnelles notamment dans des organisations dont l'activité de production ne se prête pas à la standardisation. Mettre l'accent sur les pratiques opérationnelles et sur la manière dont elles participent à l'atteinte des objectifs stratégiques présente une alternative pour le contrôle de gestion pour la réalisation des objectifs d'efficacité et d'efficience.

Section 3 : complémentarité entre le positionnement du chercheur et l'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital

Ce qui est abordé dans cette section est l'articulation entre le positionnement du chercheur et la mobilisation de l'approche pratique pour l'étude du contrôle de gestion dans un système social comme l'hôpital public. Notre discussion est axée sur deux points. Le premier est centré sur les spécificités de l'hôpital public est les difficultés qu'elles peuvent posées à la mobilisation d'une approche par les pratiques. Nous discutons le rôle de l'expérience du chercheur en tant qu'ancien contrôleur de gestion au sein du terrain de recherche dans le dépassement de ces difficultés. Le deuxième point met l'accent sur l'apport de l'approche pratique, mobilisée par un ancien contrôleur de gestion pour enrichir la manière dont le contrôle de gestion peut être pratiqué. Autrement dit, l'accent est mis sur les informations que peut fournir l'approche pratique et dont le contrôleur de gestion ne disposait pas dans l'exercice de ses fonctions. Ces informations, importantes pour la conduite d'un système de contrôle de gestion et pourtant, en dehors d'une perspective pratique, restent imperceptibles pour le contrôleur de gestion.

3.1. Les spécificités de l'hôpital : difficultés pour la mobilisation de l'approche pratique

Les spécificités de l'hôpital public présentent à certains égards des difficultés pour la mobilisation de l'approche pratique. Rouleau (2013) souligne que la mobilisation de l'approche pratique s'appuie sur une méthodologie de recherche ethnographique (observation participante). Nous avons opté dans le cadre de ce travail de recherche pour une méthodologie qui mobilise essentiellement les entretiens. Ce choix est motivé par les particularités et les spécificités de l'hôpital public qui limitent le champ pénétrable avec une approche ethnographique.

En effet, l'observation participante des pratiques ne peut pas englober toutes les pratiques réalisées à l'hôpital et ce pour deux raisons essentielles. La première est liée aux limites éthiques pour l'observation de certaines pratiques notamment médicales. L'observation d'une pratique médicale comme une consultation médicale, une opération chirurgicale et les soins apportés par les infirmières est impossible. De ce fait, l'analyse de ces pratiques pour identifier la manière dont les praticiens y intègrent des considérations gestionnaires n'est pas permise par l'observation.

La deuxième raison tient à l'organisation de l'hôpital et à la multitude de ses acteurs. La combinaison du nombre d'acteurs, du nombre de spécialités médicales et du nombre d'unités rend compliqué l'application d'une méthodologie ethnographique.

La première difficulté se situe au niveau du choix des répondants. Le risque est de choisir des répondants qui, de par leur fonction ou leur secteur d'activité, ne sont pas concernés par la thématique de recherche en l'occurrence le contrôle de gestion. Ainsi, l'apport de l'observation de leurs pratiques peut être limité. L'élargissement de l'échantillon de répondants n'est pas une assurance d'éviter le risque d'un échantillon non significatif en termes de résultats. De surcroît, un nombre important de répondants présente un inconvénient au niveau temporel. L'observation des pratiques d'un grand nombre de répondants s'étalera sur une période plus au moins longue ce qui risque de rendre caduques certaines observations notamment celles dont l'analyse est liée au contexte. Si le chercheur entame l'analyse à la fin de toutes les observations, un temps non négligeable le séparera du moment de l'observation et le contexte aurait évolué ne serait-ce que entre les premières et les dernières observations.

Rappelons qu'un des thèmes centraux de l'approche pratique est l'influence du contexte sur les pratiques des acteurs.

La deuxième difficulté est liée à l'analyse des pratiques observées. L'observation ne permet pas d'identifier la manière dont le praticien prend en compte le contexte (le global) dans la réalisation de ses pratiques. De surcroît, certaines pratiques échappent à l'observation. Nous avons identifié dans les résultats de ce travail des pratiques accessibles via l'observation mais également d'autres qui ne le sont pas. Par exemple, les pratiques de codage sont accessibles via l'observation. En revanche, les actions entreprises par les médecins avec des correspondants extérieurs pour augmenter le nombre de patients hospitalisés sont difficilement identifiables à travers uniquement l'observation. L'observation des pratiques opérationnelles présente une limite dans des systèmes sociaux caractérisés par la multitude des acteurs, des fonctions, des niveaux hiérarchiques et des activités. Cette limite est un risque que l'observation se déroule à un moment où l'observé ne réalise pas certaines activités pourtant importantes eu égard au thème de recherche. Par exemple, l'observation des activités des médecins peut se dérouler sur une période où le médecin de fait pas de codage. Le résultat sera donc une observation incomplète.

Enfin, au-delà de l'observation des pratiques opérationnelles, l'observation des épisodes stratégiques comme les réunions budgétaires et les réunions de pôle ne permet pas de fournir suffisamment d'informations pour répondre à l'objectif du travail de recherche. Premièrement, ces réunions ne sont pas fréquentes (la réunion budgétaire a lieu une fois par an). Deuxièmement, ces réunions voient participer uniquement les chefs de service et très rarement quelques médecins de services ce qui limite le champ de l'observation des pratiques et des interactions.

L'expérience du chercheur joue un rôle important pour dépasser certaines limites avec une méthodologie axée sur les entretiens. Il peut témoigner du déroulement de ces réunions car il y a assisté à un moment où il était le contrôleur de gestion du pôle étudié. En ce qui concerne les répondants, son expérience lui permet de choisir les répondants dont l'étude des pratiques est en lien avec le thème de recherche. Le choix des trois groupes de répondants étudiés dans le cadre de ce travail de recherche à savoir les administratifs, les médecins et les cadres découle de sa connaissance de l'implication et du rôle de ces acteurs dans les problématiques

gestionnaires de manière générale. Par exemple, le choix d'inclure le directeur de l'information médicale (DIM) dans le groupe des administratifs au lieu, par exemple, du directeur informatique est motivé par le rôle joué par le DIM dans tous les sujets en lien avec le codage et les recettes, deux éléments centraux dans l'étude des pratiques de contrôle de gestion à l'hôpital.

L'expérience du chercheur, sa connaissance de l'activité de l'hôpital, du contexte ainsi que sa connaissance du domaine de recherche (le contrôle de gestion) lui permettent d'orienter les entretiens vers les sujets en lien avec le thème de recherche et les questions de recherche. Par exemple, le chercheur mobilise certaines informations, issues de son expérience en tant que contrôleur de gestion, comme la fixation d'une durée maximum pour les consultations médicales. Cette information lui permet de questionner les médecins pour identifier l'impact d'un message de cette nature sur la pratique médicale. D'autres exemples peuvent justifier le positionnement du chercheur. Sa connaissance des pratiques gestionnaires notamment les indicateurs de suivi utilisés par l'administration comme la DMS, IP et le TOC, leur rôle dans le pilotage de l'activité hospitalière, lui permettent de conduire les entretiens dans un sens qui lui permet d'identifier l'impact des pratiques de contrôle de gestion sur des pratiques opérationnelles comme la gestion des lits ou la gestion des durées de séjours.

Si l'expérience du chercheur et les spécificités de l'hôpital justifient le positionnement du chercheur et son choix méthodologique axé sur les entretiens, la mobilisation de l'approche pratique dans l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital lui ont permis de porter un autre regard sur les liens existants entre les pratiques de contrôle de gestion et les pratiques opérationnelles.

3.2. Apport de l'approche pratique : un enrichissement pour l'expérience du chercheur

Les résultats de notre travail de recherche montrent l'intérêt de mobiliser une approche pratique par un contrôleur de gestion. En effet, l'analyse des résultats permet au contrôleur de gestion d'identifier l'écart existant entre les connaissances acquises par l'expérience et celles que permet d'acquérir l'étude des pratiques de contrôle dans le cadre d'un travail de recherche mobilisant la théorie de la pratique. Ainsi, ce travail de recherche confirme l'importance de la

recherche académique dans l'enrichissement des pratiques de contrôle de gestion à destination des praticiens (les contrôleurs de gestion).

Cette complémentarité entre l'expérience du chercheur et la recherche académique rejoint les conclusions de Berry et al. (2009) au sujet de l'articulation entre la théorie et la pratique. Les auteurs soulignent qu'il s'agit d'une collaboration dans la construction de la connaissance à travers un processus itératif entre la théorie et la pratique, entre les chercheurs académiques et les praticiens. Le positionnement du chercheur dans le cadre de ce travail de recherche est beaucoup plus fin car le chercheur académique est lui-même le praticien.

L'approche pratique pour la production de la connaissance en matière de systèmes de contrôle peut être « inconfortable » pour ceux qui défendent l'importance de la connaissance académique pour conduire la pratique. La pratique est, en effet, considérée comme une application de la connaissance académique. Elle est aussi inconfortable pour les praticiens qui réduisent la connaissance académique à une description et une explication de la pratique. En revanche, elle peut satisfaire ceux qui conçoivent et développent les artefacts de contrôle car ils travaillent dans un monde où les solutions sont conçues à partir de la théorie disponible, de la pratique et de l'expérience (Berry et al., 2009).

Les arguments développés par Berry et al. (2009) vont dans le sens des critiques formulées par Scapens (2006) à l'égard des approches fonctionnalistes. Selon Scapens (2006), l'idée dominante est que toutes les théories sont développées et qu'il suffirait de les communiquer aux praticiens. Ces derniers, conscients des nouveaux modèles, les appliquent en pratique. Il souligne que les chercheurs estiment qu'ils ont développé la théorie et les techniques de contrôle de gestion que les praticiens doivent utiliser.

Dans l'analyse des résultats, nous identifions un certain nombre de sujets liés au contrôle qui échappaient au contrôleur de gestion en fonction. Le premier sujet porte sur le rôle des pratiques opérationnelles dans la réalisation des objectifs de l'hôpital. L'accent est mis sur la manière dont les acteurs opérationnels intègrent les informations du contrôle de gestion dans leurs pratiques quotidiennes. Il n'est pas inutile de rappeler que le chercheur exerçait les mêmes fonctions que le cadre administratif de pôle (ADM_1 : contrôleur de gestion du pôle).

L'étude des pratiques et des documents fournis par le cadre administratif du pôle confirme les

conclusions du chercheur par rapport à son expérience. En effet, le contrôleur de gestion travaille sur le fondement d'un certain nombre d'indicateurs (DMS, IP, TOC), sur les tableaux de bord avec des indicateurs concernant le volume d'activité produit, les recettes, les dépenses avec des comparaisons d'évolution de ces indicateurs. Il présente ces tableaux de bord aux acteurs opérationnels.

Les résultats de notre travail montrent, et le chercheur le constate, qu'il existe un écart entre ce que fait le contrôleur de gestion et ce que l'approche pratique apporte à la manière dont le contrôle de gestion est réalisé. Le premier point porte sur l'importance pour le contrôleur de gestion de maîtriser la manière dont ses pratiques de contrôle de gestion s'insèrent dans les pratiques opérationnelles. En effet, limiter le rôle du contrôleur de gestion au calcul et à la communication des indicateurs comme le volume d'activité, le niveau des recettes, des dépenses, la DMS, l'IP ou le TOC ne permet pas de résoudre les problèmes de sous occupation des lits et de baisse du niveau d'activité produit. Ce travail de recherche apporte un éclairage sur les actions opérationnelles qui permettent de trouver des solutions aux problèmes identifiés par le contrôle de gestion. Des actions opérationnelles comme les liens qu'entreprennent les médecins avec les correspondants extérieurs, leurs efforts pour trouver des structures externes pour faire sortir les patients et en hospitaliser d'autres, le contrôle des dépenses de médicaments, le contrôle du nombre de consultations réalisé par les médecins vacataires et le « surbooking » sont importantes pour le contrôle de gestion. Or, de par son expérience, ces informations étaient imperceptibles pour le chercheur quand il exerçait les fonctions de contrôleur de gestion. La même conclusion peut être faite pour certaines actions entreprises par les cadres. Le contrôle des matériels, les procédures mises en place pour éviter la disparition du matériel, le contrôle des dépenses injustifiées, le contrôle des dépenses de médicaments, la sensibilisation des médecins aux prix du matériel (en affichant les prix sur les présentoirs) sont toutes des pratiques aussi importantes que la constatation du volume de dépenses avec des comparaisons entre deux périodes.

Pour conclure, le contrôle de gestion doit être conçu de manière plus large en prenant en compte les liens entre les pratiques de contrôle et les pratiques opérationnelles. La prise en compte des pratiques opérationnelles permet au contrôle de gestion d'être plus opérationnel, exercé quasiment en temps réel par les acteurs opérationnels au lieu de se contenter d'un contrôle a posteriori. Autrement dit, en incluant dans le processus de contrôle les actions

réalisées par les opérationnels, le contrôle de gestion fait de ces derniers ses relais sur le terrain où les actions correctives peuvent s'opérer en temps réel sans attendre un constat a posteriori.

Section 4 : le contrôle de gestion à l'hôpital, une transposition du mécanisme de financement

La présentation de la coordination temporelle des pratiques et de la manière dont les pratiques du contrôle de gestion s'insèrent dans les pratiques opérationnelles montre que le système de contrôle de gestion à l'hôpital est construit en adaptation au mécanisme de financement. Il est la transposition des règles de financement de l'hôpital dans le sens où les objectifs poursuivis au niveau stratégiques ne sont autres que les trois composants du triptyque de la T2A à savoir activité, recettes et dépenses.

Le contrôle de gestion est de ce fait limité à un contrôle budgétaire à travers notamment le contrôle du niveau d'activité, de recettes et de dépenses.

> ***ADM_4 :*** *« Une fois que l'on a tout, qu'on a arrêté tous les compteurs de dépenses et de recettes… Enfin il faut regarder les deux, il ne faut jamais regarder que la dépense ou que la recette. Mais c'est vrai dans les deux cas. On peut avoir des services qui coûtent beaucoup mais qui rapportent beaucoup. Et il peut aussi y avoir des services qui rapportent beaucoup mais si on ne s'intéresse pas à ce qu'ils dépensent, on peut avoir l'impression que c'est très, très rentable. On revient aux deux leviers qu'on évoquait tout à l'heure avec la T2A. On a bien obligation de piloter les deux leviers. »*

> ***ADM_4 :*** *« Il y a ensuite un gros travail de suivi dans l'exécution budgétaire, avec cette particularité aujourd'hui que les dépenses sont autant à suivre que les recettes, ce qui n'était pas le cas avant la T2A. Aujourd'hui, il y a vraiment deux grands leviers à suivre… Du coup il y a ce double levier à manipuler : les dépenses et les recettes. »*

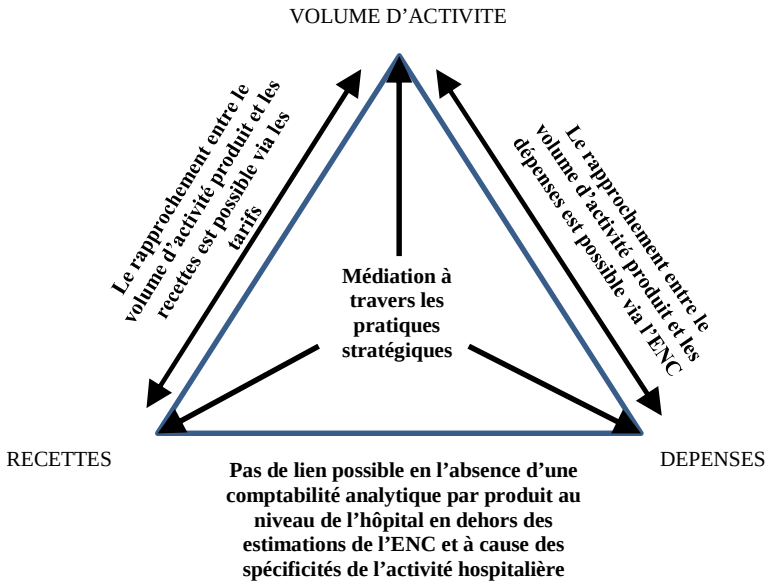
Or, le contrôle budgétaire n'est pas le seul outil du contrôle de gestion. Le calcul des coûts, et notamment la comptabilité analytique, est un outil du contrôle de gestion pour le pilotage des coûts (Bouquin et Kuszla, 2014). L'hôpital connaît la valorisation de son activité. Les tarifs

par séjour sont connus mais le coût de production dudit séjour reste inconnu pour l'hôpital. Le manque de causalité entre la production et les coûts pose la question de la manière dont l'hôpital peut juger de son efficience.

La fixation des objectifs stratégiques et la manière dont ils sont pilotés démontrent qu'en l'absence d'un calcul des coûts permettant de mesurer l'adéquation de la recette avec la dépense, les administratifs raisonnent de manière globale. En effet, l'objectif de maximiser les recettes, en augmentant le volume d'activité produit, et de maîtriser les dépenses (en les stabilisant ou en les réduisant) montre que le raisonnement des administratifs est d'augmenter le solde entre les recettes et les dépenses. Mais ce raisonnement ne peut être valable que si les recettes sont assurées. Or, comme nous l'avons présenté précédemment les tarifs baissent avec l'augmentation de l'activité nationale produite en volume. Ainsi, une activité peut s'avérer déficitaire.

> ***ADM_5 :*** *« Tu as besoin de minimum de plateau technique ou de staff en personnel pour prendre en charge des patients. Il est clair que si tu prends 1 % ou 2 % en plus, tu n'as pas besoin de revoir ton staff donc tu gagnes. Mais dans un hôpital ou tu ne peux pas faire ce gain parce que le recrutement (le nombre de patients) est limité, probablement que tu as des effets seuil qui sont défavorables. »*

Les pratiques de contrôle de gestion identifiées au sein de l'hôpital s'articulent autour du triptyque : volume d'activité, recettes et dépenses.



Ce schéma résume nos développements précédents selon lesquels le système de contrôle de gestion à l'hôpital est la transposition du mécanisme de financement. Il est possible d'estimer les recettes de l'hôpital à partir d'un volume d'activité. Il est également possible d'estimer le niveau des dépenses en se fondant sur l'ENC. Si nous optons pour un raisonnement a posteriori, l'hôpital perçoit un budget (recettes) en fonction de son activité, il constate des dépenses liées à l'activité réalisée. Mais les spécificités de l'activité hospitalière ne permettent pas d'opérer une comparaison des recettes et des dépenses par activité de production (par séjour) pour juger de l'efficience d'une activité. De ce fait, on constate un raisonnement global au niveau de l'hôpital où l'objectif est d'atteindre a minima l'équilibre budgétaire.

En l'absence d'un système de calcul des coûts réel par séjour qui peut être comparé à la recette générée, l'étude des pratiques opérationnelles peut suggérer une piste pour mieux gérer le produit hospitalier. À partir du moment où nous avons identifié le triptyque stratégique de l'hôpital (activité, recette et dépenses) qui répond aux exigences du contexte, du moment que nous avons identifié les pratiques opérationnelles participant à l'atteinte des objectifs, nous pouvons modéliser le produit hospitalier (le séjour) sous forme d'une chaîne d'actions coordonnées sur les trois épisodes de la production du séjour : avant, pendant et après.

La phase amont consistera à s'appuyer sur toutes les pratiques permettant d'augmenter le nombre de patients admis à l'hôpital. Cette augmentation engendre celle des recettes générées par l'activité. Pendant le séjour du patient, les actions entreprises doivent permettre une meilleure gestion du séjour du patient. On retrouve dans cette phase, par exemple, toutes les actions de mutualisation du personnel qui permettent de réaliser des économies de personnel. La phase aval du séjour concerne toutes les actions qui permettent de mieux gérer la sortie des patients de l'hôpital qui permettent d'éviter le prolongement du séjour pour des raisons non médicales (problèmes sociaux, manque de place d'accueil dans des structures d'aval). Par exemple, le travail réalisé par les médecins qui mobilisent leur réseau de connaissance permet de trouver des solutions dans des structures extérieures acceptant de recevoir le patient. Ainsi, le service peut hospitaliser d'autres patients ce qui influe à la hausse sur le niveau d'activité réalisé.

La construction de ce schéma permet d'élargir le champ du contrôle de gestion en y incluant l'apport des pratiques opérationnelles. En effet, le contrôle de gestion ne doit pas rester

enfermer dans des indicateurs comme la DMS, l'IP ou le TOC. Il doit s'intéresser aux pratiques opérationnelles, qui, comme nous le verrons plus loin, sont les seules permettant la concrétisation des objectifs du contrôle de gestion et de l'organisation dans sa globalité.

Hopwood (2007) soutient que les connaissances globales ne résistent pas souvent aux connaissances locales. Ces connaissances globales éprouvent des difficultés à s'intégrer dans le détail des contextes institutionnels locaux : les nouvelles connaissances restent faiblement liées (déconnectées) aux milieux dans lesquels elles opèrent et donc incapables d'insuffler le fonctionnement de la pratique. Aussi, une pratique comme le contrôle de gestion doit intégrer les détails du contexte local (les services médicaux). Une connaissance globale construite sur le fondement d'indicateurs (DMS, IP, TOC) ne peut pas être opérante si elle ne prend pas en compte les particularités du local (services médicaux), le rôle des opérationnels et leurs pratiques. La DMS est une connaissance globale fondée sur l'idée que plus la durée de séjour est basse plus l'hôpital peut réaliser davantage d'activité et de recettes. Or, comme nous l'avons présenté précédemment, la durée de séjour est une moyenne indicative et est différente d'un patient à un autre en dépit du fait que les patients sont hospitalisés dans le même service. Ainsi, le contrôle de gestion ne doit pas se limiter à constater la DMS mais à travailler avec les opérationnels sur les moyens de l'optimiser.

Le même raisonnement peut être fait pour le taux d'occupation des lits (TOC). Sa constatation ne suffit pas pour résoudre le problème de sous-occupation. Ce n'est pas le contrôle de gestion qui détient les clés pour l'améliorer. L'étude des pratiques opérationnelles nous indique que seuls les opérationnels peuvent entreprendre des actions pour permettre davantage d'hospitalisations.

Il peut nous être opposé le fait que les pratiques de sanctions fondées sur le retrait des moyens des services qui présentent des indicateurs insatisfaisants sont un moyen de relancer la dynamique. Or, certains médecins affirment que les sanctions n'ont aucun impact sur la manière dont ils exercent leur rôle. De surcroît, les producteurs ne sont pas uniquement les chefs de service mais également les médecins du service. Ainsi, la sanction promise par la direction s'adresse plutôt aux chefs de service et non aux médecins du service qui sont parfois, selon les données recueillies, loin des problématiques gestionnaires.

L'intérêt de l'approche pratique réside dans sa capacité à construire le lien entre les pratiques

organisationnelles et la réalisation des objectifs stratégiques de l'organisation. À titre d'exemple, l'étude de la relation entre la performance et la structure multi-divisionnelle de l'entreprise (Whittington, 2002) nécessite l'étude des activités impliquées dans la création et l'implémentation de ce type de structures. La planification stratégique, par exemple, comme processus stratégique s'intéresse aux liens entre la présence de telle planification et les résultats de performance de l'entreprise (Miller et Cardinal, 1994). Elle néglige entièrement les activités impliquées dans une telle planification. Il est donc impératif de s'intéresser à la manière dont les pratiques opérationnelles participent à la réalisation des objectifs stratégiques. Dans le but d'appuyer notre raisonnement, nous présentons de manière schématique, notre conception du produit hospitalier (le séjour du patient) sous forme d'une combinaison de pratiques opérationnelles. Nous présentons les pratiques réalisées en amont, pendant et après le séjour. Les pratiques « après le séjour » portent sur les actions entreprises par les acteurs pour assurer l'aval du séjour d'hospitalisation notamment la sortie du patient.

LES PRATIQUES EN AMONT DU SEJOUR DU PATIENT

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Gagner des parts de marchés
Récupérer des activités d'autres hôpitaux

PERSONNEL MEDICAL

Gérer les lits

Ouvrir des lits supplémentaires
Programmer des hospitalisations en deux jours

Gérer le flux des patients

Entretenir des liens avec les correspondants extérieurs
Surbooker les consultations
Augmenter le nombre de consultations pour faire hospitaliser davantage de patients
Mettre en places des consultations par les internes
Réorganiser et automatiser l'accueil en consultations

PERSONNEL ENCADRANT DU PERSONNEL SOIGNENT

Gérer le flux des patients

Rappel des RDV aux patients par SMS

LES PRATIQUES PENDANT LE SEJOUR DU PATIENT

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Optimiser le codage

Informer les médecins sur la manière de coder et sur le changement des tarifs
Contrôler la qualité du codage

Pratiques de contrôle

Contrôler les dépenses d'intérim et les prescriptions d'actes (biologie et imagerie)

Gérer les lits

Informer les médecins sur l'allongement des durées de séjour, les lits vides
Gérer des unités d'hospitalisation en fonction de la programmation
Gérer de manière mutualisée intra-groupe hospitalier des lits vides
Réaffecter les lits vides à des services en suractivité
Transformer les salles de repos en chambres d'hospitalisation

Gérer le personnel

Maîtriser le recours à l'intérim
Mutualiser le personnel
Imposer les récupérations et les RTT en cas de baisse d'activité ou de fermeture d'unités

Pratiques de suivi budgétaire

Informer les médecins sur le niveau d'activité réalisé, les recettes et les dépenses
Faire des situations mensuelles des dépenses
Suivre les recettes non liées à l'activité (recettes de titre 3)

PERSONNEL MEDICAL

Pratiques de contrôle

Contrôler l'activité des médecins vacataires - Contrôler les dépenses de médicaments
Maîtriser les prescriptions d'actes (biologie par exemple)

Optimiser le codage

Coder l'activité médicale réalisée - Faire un codage exhaustif - Multiplier les codes pour les patients « non rentables » - Faire des examens inutiles médicalement aux patients

Gérer les lits

Limiter les départs de personnel en formation
Vérifier les congés concomitants des médecins du service
Eviter les absences simultanées du personnel médical (congés)
Ne plus allonger les patients en HDJ
Sensibiliser les patients et les médecins du service
Surveiller les séjours dits « longs »
Organiser des prises en charge à domicile

Pratiques de suivi budgétaire

Suivre la consommation d'actes de biologie

PERSONNEL ENCADRANT DU PERSONNEL SOIGNENT

Gérer les lits

Parlementer avec les médecins pour libérer des lits
Annoncer les lits libres au SAMU et aux Urgences
Fermetures des lits en cas de baisse d'activité (pour travaux,…)
Passer le patient dans l'unité de surveillance continue et prendre un patient en réanimation
Mise en place d'une équipe de coordination pour gérer le flux des patients

Pratiques de ressources humaines

Mutualiser le personnel
Fidéliser le personnel et réduire l'intérim
Respecter l'équilibre budgétaire RH
Etalement des vacances et des congés, favorisation des heures supplémentaires
Recours au pool de l'hôpital

Optimiser le codage

Saisir les DMI pour avoir le remboursement par la Sécurité Sociale
Vérifier l'adéquation entre les poses et les achats de DMI

Pratiques de contrôle

Maîtriser les dépenses et éviter les dépenses injustifiées

Pratiques logistiques

Eviter la disparition du matériel - Prioriser les demandes de matériel
Contrôler les commandes de médicaments et l'utilisation des produits
Contrôler les commandes de repas
Définir une dotation en linge en fonction des besoins et du type de patients
Centraliser la gestion des stocks et mise en place d'une réserve générale pour le pôle

LES PRATIQUES EN AVAL DU SEJOUR DU PATIENT

PERSONNEL ADMINISTRATIF
Pratiques de suivi budgétaire
Renforcer la facturation

PERSONNEL MEDICAL
Gérer le flux des patients
Développer des réseaux de soins externes (centre de cicatrisation)
Développe l'hospitalisation à domicile pour la continuité des soins

PERSONNEL ENCADRANT DU PERSONNEL SOIGNENT
Gérer le flux des patients
Collaborer avec les médecins, l'assistante sociale et les familles
Travailler avec les centres de convalescence

CONCLUSION

Ce travail de recherche répond à une question de recherche principale : *« Quelles pratiques composent le contrôle de gestion à l'hôpital public et comment s'articulent-elles avec les pratiques opérationnelles ? »*

L'objectif de ce travail de recherche était d'identifier les pratiques qui relèvent du contrôle de gestion au sein de l'hôpital public et la manière dont elles s'insèrent dans les pratiques opérationnelles, les modifient et les transforment sans pour autant les déterminer. La réponse à la question de recherche est conditionnée par la réponse à d'autres questions posées par le cadre théorique mobilisé à savoir l'approche pratique.

- *Quels sont les objectifs et les règles qui guident les pratiques composant le contrôle de gestion ?*
- *Quel rôle joue le contexte dans la réalisation des pratiques de contrôle de gestion ?*
- *Quel est le rôle des acteurs et des interactions dans la pratique du contrôle de gestion ?*

À l'issue de ce travail de recherche, nous avons réussi à identifier les pratiques qui relèvent du contrôle de gestion, leurs objectifs, les règles qui les guident et la manière dont le contexte influence la formation d'un système de contrôle par l'intermédiaire de son influence des objectifs stratégiques de l'organisation. Ainsi, la première contribution de cette thèse démontre le lien entre la construction d'un système de contrôle de gestion et le contexte dans lequel il opère comme le suggérait Hopwood (1983). Macintosh et Scapens (1990) insistent sur l'importance de comprendre le contexte social et organisationnel dans lequel les systèmes de contrôle de gestion sont enracinés.

Notre première contribution confirme également le lien entre le contrôle de gestion et les objectifs organisationnels défendu par les différents auteurs comme Anthony (1965) ou Ansari et Bell (1991). Anthony définit le contrôle de gestion comme le processus par lequel les managers s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour la réalisation des objectifs de l'organisation. Ansari et Bell (1991) soutiennent

que le contrôle de gestion se réfère à toutes les dispositions organisationnelles, formelles et informelles, destinées à atteindre les objectifs organisationnels. Cette conclusion confirme celle de Ahrens et Chapman (2007) qui, en s'appuyant sur l'approche de Schatzki, soutiennent que le contrôle de gestion émerge comme un effort continu pour aligner les pratiques des acteurs de l'entreprise sur les objectifs financiers et stratégiques globaux de l'organisation.

L'analyse des données collectées a permis de conclure que le contrôle de gestion peut être conceptualisé comme un ensemble de pratiques coordonnées. Il s'agit d'une coordination temporelle entre les pratiques de finalisation, de pilotage de l'action et d'évaluation. Cette analyse était guidée par ce que Hopwood (1983) qualifie de prise en compte l'ensemble organisationnel et des autres pratiques organisationnelles dans l'étude du contrôle de gestion.

Certes, la conclusion de Ahrens et Chapman (2007) confirme le lien entre les pratiques de contrôle de gestion et la réalisation des objectifs de l'organisation mais elle établit un lien entre ces pratiques et les pratiques des acteurs de l'organisation. Notre deuxième contribution met l'accent sur la manière dont les pratiques de contrôle de gestion s'insèrent dans les pratiques opérationnelles. Elles les modifient et les transforment sans les déterminer. La transformation des pratiques opérationnelles obéit à l'intelligibilité pratique des acteurs qui, dans leur effort pour répondre aux exigences du contrôle de gestion, modifient leurs pratiques en fonction de ce qui leur apparaît comme logique de faire. Ainsi, les acteurs opérationnels sont partie prenante dans le processus du contrôle de gestion. En effet, c'est la transformation de leurs pratiques qui permet d'atteindre les objectifs fixés par le contrôle de gestion et les objectifs de l'organisation dans sa globalité.

Les messages stratégiques, véhiculés notamment par le contrôle de gestion à travers les règles, la négociation, l'information et la communication, la contrainte et la sanction, occasionnent la modification des pratiques opérationnelles. Notre troisième contribution met l'accent sur l'importance des interactions dans la réalisation des objectifs stratégiques de l'organisation. En effet, les acteurs opérationnels, en adaptant leurs pratiques afin de répondre aux exigences stratégiques interagissent en interne mais également avec des acteurs extérieurs. Sans ces interactions, certaines pratiques opérationnelles ne pourront pas être modifiées et par conséquent ne répondraient pas aux exigences stratégiques.

En résumé, la réalisation des objectifs du contrôle de gestion dépend du degré d'insertion des pratiques de contrôle dans les pratiques opérationnelles. Le contrôle de gestion ne doit pas se limiter aux outils traditionnels de contrôle (analyse des coûts, tableaux de bord, contrôle budgétaire). Il doit prendre en compte la manière dont les pratiques opérationnelles participent à la réalisation des objectifs stratégiques. Se faisant, il doit impliquer les acteurs opérationnels et s'intéresser aux interactions qui permettent aux pratiques opérationnelles de s'aligner sur les objectifs stratégiques. Le contrôle de gestion ne peut atteindre ses objectifs s'il n'arrive pas à insérer ses pratiques dans les pratiques organisationnelles. Les pratiques de contrôle de gestion ne peuvent pas être isolées des pratiques opérationnelles.

La contribution méthodologique de cette thèse nous éclaire sur l'intérêt de rapprocher la théorie et la pratique dans un processus de production de connaissance. La confrontation de l'expérience du chercheur et des résultats d'un travail de recherche permet d'enrichir la pratique du contrôle de gestion dans les organisations.

Limites et pistes de recherche futures

Ce travail apporte un éclairage sur la nécessité de prendre en compte le rôle des pratiques opérationnelles dans la construction d'un système de contrôle de gestion. La nécessité d'insertion des pratiques de contrôle de gestion dans les pratiques opérationnelles prouve que le contrôle de gestion ne doit pas être étudié de manière isolée.

Mais ce travail de recherche présente des limites. Il s'intéresse à un hôpital parisien appartenant à l'APHP. L'hôpital étudié bénéficie donc d'un mode d'organisation différent des hôpitaux de province. Un hôpital appartenant à l'APHP bénéficie d'une gestion centralisée au siège de l'APHP et donc d'arbitrages notamment financiers au même titre que les autres hôpitaux de l'APHP. Il existe une possibilité de « solidarité » entre les hôpitaux de l'APHP. Un hôpital de province ne peut compter que sur sa capacité à surmonter les difficultés auxquelles il peut être confronté notamment au niveau financier. Il serait donc intéressant de mener une étude au sein d'un hôpital de province non universitaire.

Il serait également intéressant d'opérationnaliser les conclusions de ce travail de recherche par un contrôleur de gestion en fonction. Autrement dit, il ne serait pas inutile qu'un contrôleur de gestion à l'hôpital expérimente et texte les liens entre les pratiques de contrôle de gestion et

les pratiques opérationnelles pour renforcer son système de contrôle de gestion. L'objectif est de s'intéresser à la manière dont les pratiques opérationnelles intègrent les messages du contrôle de gestion.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abbott, A. (1988). The System of Professions. (Chicago: University of Chicago Press, 1988).

Abernethy, M.A. et Brownell, P. (1999). The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, 24, 189–204.

Abernethy, M.A. et Stoelwinder, J. U. (1995). The role of professional control in the management of complex organizations. *Accounting Organizations and Society*, Vol. 20. No.1, pp. 1-17.

Ahrens, T. et Becker, A. (2008). The future of interpretive accounting research - A polyphonic debate. *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 19, n. 6, p. 840-866.

Ahrens, T. et Chapman, C.S. (2007). Management Accounting as Practice. Accounting Organizations and Society 32 (1-2), 1–27.

Ahrens, T. et Chapman, C.S. (2006). Doing qualitative field research in management accounting: positioning data to contribute to theory. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 31, pp.819-841.

Ahrens, T. et Mollona, M. (2007). Organisational control as cultural practice - A shop floor ethnography of a Sheffield steel mill. *Accounting, Organizations and Society*, 32 (2007) 305–331.

Ahrens, T. et Chapman, C. S. (2002). The structuration of legitimate performance measures and management: day-today contests of accountability in a UK restaurant chain. *Management Accounting Research*, 13(2), 151–171.

Ahrens, T. et Dent, J. F. (1998). Accounting and organizations: realizing the richness of Weld research. *Journal of Management Accounting Research*, 10, 1–39.

Ahrens, T. (1997). Talking accounting: an ethnography of management knowledge in British and German brewers. *Accounting, Organizations and Society*, 22(7), 617–637.

Ahrens, T. (1996). Styles of accountability. *Accounting, Organizations and Society*, 21, 139–173.

Alvarez, F. (2011). Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels. halshs-00587417, version 1 - 20.

Andon, P. et Baxter, J. (2007). Accounting change as relational drifting: A field study of experiments with performance measurement. *Management Accounting Research*, vol. 18, n. 2, p. 273-308.

Ansari, S.L. et Bell, J. (1991). Symbolism, Collectivism and Rationality in Organizational Control. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 4:4-27.

Anthony, R.N. et Govindarajan, V. (2001). Management control systems. Boston: MacGraw-Hill.

Anthony, R.N. (1988). The Management Control Function. The Harvard Business School Press, Boston. Trad. fr. La fonction contrôle de gestion, Publi-Union, Paris, 1993.

Anthony, R.N. (1965). Planning and Control Systems, A Framework for Analysis. Division of Research, Harvard Business School, Boston.

Argyris, C. (1952). The Impact of Budgets on People. New York: Ithaca. The Controllership Foundation.

Auby, J. B. (1998). Fonction publique hospitalière. Fascicule 192, Editions du Juris-Classeur, 39 p.

Audet, M. et Larouche, V. (1988). Paradigmes, écoles de pensée et théories en relations industrielles. *Relations industrielles*, vol. 43, n° 1, p. 3-31.

Autret, J. (2004). L'hôpital aux prises avec l'histoire. L'Harmattan.

Babbie, E. (2007). The Practice of Social Research (11th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Baiman, S. (1982). Agency Research in Managerial Accounting: A Survey. Journal of Accounting Literature, Spring.

Baker, C. R. et Bettner, M. S. (1997). Interpretive and Critical Research in Accounting: a Commentary on its Absence from Mainstream Accounting Research. *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 8, n. 4, p. 293-310.

Balogun, J. et Johnson, G. (2004). Organizational restructuring and middle manager sensemaking. *Academy of Management Journal*, 47(4), 523-549.

Balogun, J, Huff, A. et Johnson, P. (2003). Three responses to the methodological challenges of studying strategizing. *Journal of Management Studies*, 40(1), 197-224.

Barley, S. et Tolbert, P. (1997). Institutionalisation and structuration: studying the links between action and institution. *Organization Studies*, 18, 1: 93–117

Barrett M.E. et Fraser L.B. (1977). Conflict roles in budgeting for operations. Harvard Business, Review, July-August, 137-146.

Barthelemy, J. (1993). Organisation hospitalière. Principes généraux. Fascicule 229-1, Editions du Juris-Classeur, 25 p.

Baxter, J. et Chua, W. F. (2003). Alternative Management Accounting Research – Whence and Whither. *Accounting Organizations and Society*, vol. 28 issue 2-3. , pp. 97-126

Bazy-malaurie, C. et Berthod-wurmser, M. (1996). Le centre hospitalier, promotion de la technique et ouverture sur l'environnement. In l'hôpital stratège, John Lebey, Mire, Dh, pp. I-XVII.

Becker, S. et Green, D. (1962). Budgeting and employee behavior. *The Journal of Business*, 35(4), 392–402.

Benamouzig, D. (2005). La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France. Paris, Presses Universitaires de France.

Berg, B. L. et Lune, H. (2012). Qualitative Research Methods for the social sciences. 8ème Edition. PEARSON (Eds.).

Berland, N. (2008). On ne gère que ce que l'on mesure - Petit bréviaire des idées reçues en management. Editions La Découverte, Paris.

Berland, N. (1999). A quoi sert le contrôle budgétaire ?, Finance, Contrôle, Stratégie, vol. 2, n° 3, p. 5-23.

Berland, N. (1999a). L'histoire du contrôle budgétaire en France. Thèse pour l'obtention du titre de docteur ès sciences de gestion, Paris, Université de Paris Dauphine.

Berry, A.J, Coad, A.F, Harris, E.P, Otley, D.T. et Stringer, C. (2009). Emerging themes in management control: A review of recent literature. *The British Accounting Review*, 41; 2–20.

Berry, A.J. (2006). The space between theory and practice. MCA Workshop, Paris.

Berry, A.J, Broadbent, J. et Otley, D.T. (1998). Management Control Theory. Aldershot:

Ashgate.

Berry, A, Capps, T, Cooper, D, Ferguson, P, Hopper, T. et Lowe, E. (1985). Management control in an area of the NCB: rationales of accounting practices in a public enterprise. *Accounting, Organizations and Society*, 10, 3–28.

Bezes, P. (2009). Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008). Paris, Presses universitaires de France.

Bhimani, A, Horngren, C. T, Datar, S. M. et Foster, G. (1999). Management and Cost Accounting. Prentice Hall Europe.

Birnberg, J. G. et Snodgrass, C. (1988). Culture and control: a field study. *Accounting, Organizations and Society*, 13(5), 447–464.

Blackler, F. (1993). Knowledge and the theory of organizations: Organizations as activity systems and the reframing of management. *Journal of Management Studies*, Vol. 30, Iss. 6, pp. 863-884.

Bolman, L.G. et Deal, T.E. (1997). Reframing organizations: Artistry, choice, and leadership. San Francisco: Jossey-Bass.

Bonnici, B. (1997). La politique de santé en France. PUF, 2ème édition corrigée, 1ère édition, 1993.

Bouquin, H. et Kuszla, C. (2014). Le contrôle de gestion. Contrôle de gestion, contrôle d'entreprise et gouvernance. Presses Universitaires de France, Paris, PUF, 10ème édition mise à jour.

Bouquin, H. (2005). Les grands auteurs en contrôle de gestion. Editions EMS, p. 109-143.

Bouquin, H. (1997). Les fondements du contrôle de gestion, 2ème édition, PUF, Que sais-je ? Paris.

Bouquin, H. (1992). La maîtrise des budgets dans l'entreprise. Universités Francophones. EDICEF.

Bourdieu, P. (1987). Choses dites. Paris, Editions de Minuit, 231 p. (coll. « Le sens commun »).

Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique. Editions de Minuit.

Bourdieu, P. (1977). Outline of a theory of practice (R. Nice, Trans. Vol. 16). Cambridge: Cambridge University Press.

Bromwich, M. (2007). Economics in management accounting. In C. S. Chapman, A. G. Hopwood, M. D. Shields, Handbook of management accounting research, volume 1, Elsevier, Oxford, p. 137-162.

Bromwich, M. et Lapsley, I. (1997). Decentralization and Management Accounting in Central Government: Recycling Old Ideas. *Financial Accountability and Management*, Vol. 13, No. 2, pp.181–201.

Brown, J. et Duguid, P. (2001). Knowledge and Organization: A Social Practice Perspective. Organization Science, 12, 2, 198-213.

Brown, J. et Duguid, P. (2000). The social life of information. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Brownell P. et Merchant K. (1990). The budgetary and performance influences of product standardisation and manufacturing process automation. *Journal of Accounting Research*, 28, 2, 388-397.

Brownell, P. (1982). A Field Study Examination of Budgetary Participation and Locus of Control. *The Accounting Review*, Vol. 57, N° 4, October, pp. 766-777.

Brownell, P. (1981). Participation in Budgeting, Locus of Control and Organizational Effectiveness. *The Accounting Review*, Vol. 56, N° 4, October, pp. 844-860.

Brunsson, N. (1986). Organizing for Inconsistencies : On Organizational Conflict, Depression and Hypocrisy as Substitutes for Action. *Scandinavian Journal of Management Studies*, pp. 65-85.

Brunsson, N. et Jönsson, S. (1979). Decision and Action: On Politicians' Influence on Policy Making. (Liber).

Bryan, J.F. et Locke, E.A. (1967). Goal Setting as a Means of Increasing Motivation. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 51, N° 3, pp. 274-277.

Budet, J.M. et Blondel, F. (2004). L'hospitalisation publique et privée des ordonnances de 1996 au Plan Hôpital 2007. Berger-Levrault.

Burchell, S, Clubb, C, Hopwood, A. G, Hughes, J. et Nahapiet, N. (1980). The roles of accounting in organizations and society. *Accounting, Organizations and Society*, 5(1), 5–27.

Burns, T. et Stalker, G. M. (1961). The management of innovation. London: Tavistock.

Burrell, G. et Morgan, G. (1979). Sociological paradigms and organizational analysis. Heinemann, Oxford.

Caplan, E. H. (1966). Behavioral assumptions of management accounting. *The Accounting Review*, volume 46, p. 496-509.

Cauvin, C. (1999). Les habits neufs du contrôle de gestion. In Questions de contrôle, sous la direction de Lionel Collins, PUF.

Ceccaldi, D. (1997). Les institutions sanitaires et sociales. Editions Foucher, 12ème édition prenant en compte les réformes de 1996.

Chakravarthy, B. et White, R. (2002). Strategy process: changing and implementing strategies. In A. Pettigrew, H. Thomas and R. Whittington (eds.), Handbook of strategy and management, 183–206, London: Sage.

Chakravarthy, B. et Doz, Y. (1992). Strategy process research: focusing on corporate selfrenewal. *Strategic Management Journal*, 13, Special Issue: 5–14.

Chandernagor, P, Claveranne, J.P. et Krichen, M. (1996). Le statut des équipements hospitaliers : stratégies d'acteurs et ordre technicien. In l'hôpital stratège, éditions John Libbey, pp. 257-267.

Chandler, I, Fetter, R. et Newbold, R. (1991). Cost Accounting and Budgeting. In Freeman, R (ed.), DRGs (AM Arbor: Health Administration Press, 1991).

Chandler, A. (1962). Strategy and Structure. Cambridge: MIT Press.

Chanal, V. (2008). La stratégie en pratiques. In : Management, fondements et renouvellement, coordonné par Géraldine Schmidt, Editions Sciences Humaines, 2008, p. 42-50.

Chia, R. et Rasche, A. (2009). Researching Strategy Practices: A Genealogical Social Theory Perspective. *Organization Studies*, 30(7), 713-734.

Child, J. (1997). Strategic choice in the analysis of action, structure, organizations and environment: Retrospect and prospect. *Organization Studies*, 18, 1: 43-76.

Chua, W. F. et Degeling, P. (1991). Information Technology and Accounting in the Accomplishment of Public Policy - A Cautionary Tale. *Accounting, Management and Informalion Technology*, pp. 109-l 37.

Chua, W. F. (1986). Radical developments in accounting thought. *The Accounting Review*, volume 61, n°4, p. 601-632.

Coad, A. F. et Herbert, I. P. (2009). Back to the future: New potential for structuration theory in management accounting research? Management Accounting Research, vol. 20 Issue 3, september, pp. 177-192.

Coase, R. H. (1998). The New Institutional Economics. *The American Economic Review*, vol. 88, n. 2, p. 72-74, May 1998.

Coca, E. (1995). Les inégalités entre hôpitaux. Obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières. Berger-Levrault.

Cook, S. et Brown, J. (1999). Bridging Epistemologies: The Generative Dance Between Organizational Knowledge and Organizational Knowing. *Organization Science*, 10, 381-400.

Cooper, R. et Kaplan, R. (1991). The Design of Cost Management Systems. (Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall).

Copur, H. (1990). Academic Professionals: A Study of Conflict and Satisfaction in Professoriate. *Human Relations*, pp. 113-127.

Corradi, G, Gherardi, S. et Verzelloni, L. (2010). Through the practice lens: Where is the bandwagon of practice-based studies heading? *Management Learning*, 41(3), 265-283.

Covaleski, M.A, Dirsmith, M.W. et Michelman, J.E. (1993). An institutional theory perspective on the DRG Framework: Case-mix accounting systems health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society*, 18, 65–80.

Cyert, R.M. et March, J.G. (1963). The Behavioral Theory of the Firm. Prentice Hall, Englewood-Cliffs.

Czarniawska-Joerges, B. (1992). Exploring complex organizations. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Czarniawska-Joerges, B. et Jacobsson, B. (1989). Budget in a cold climate. *Accounting, Organizations and Society*, 14(1/2), 29–39.

Dabbs, J. M. Jr. (1982). Making things visible. In J. Van Maanen (Ed.), Varieties of Qualitative Research. Beverly Hills, CA: Sage.

Daft, R. L. (2001). Organization Theory and Design. London: South-Western. Thomson Learning.

Dahlgaard-Park, S.M. (2008). Reviewing The European Excellence Model from a *Management Control View*. The TQM Magazine.

Dahlgaard-Park, S. M. (2006). Consistency and Transformation in the Quality Movement, Special issue of The TQM Magazine. Vol. 18:3.

Dana, F. et Giroux, G. (1989). Fund accounting in nonprofit hospitals: a lobbying perspective. *Financial Accountability and Management*, 5(4), Winter 1989, 0267–4424.

Debrosse, D. (1994). Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet. In Honoré B., Samson G., La démarche de projet dans les établissements de santé, Privat.

De Certeau, M. (1998). The practice of everyday life. Berkeley: University of California Press.

Dent, J. F. (1991). Accounting and organizational cultures: a field study of the emergence of a new organizational reality. *Accounting, Organizations and Society*, 16, 705-732.

Denzin, N. et Lincoln, Y.S. (2005). The Sage Handbookof. *Qualitative Research* (3rd ed). Thousand Oaks, CA:Sage.

DiMaggio, P.J. et Powell, W.W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional lsomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*,pp. 147-160.

Dispot, T. (1992). Comptabilité analytique : les atouts du discours et les pièges de la méthode. *Clinic International*, n° 44, p. 10.

Eastaugh, S. (1987). Financing Health Cam (Dover, MA: Auburn House, 1987).

Egginton, W. et Sandbothe, M. (2004). The pragmatic turn in philosophy. Albany, NY: SUNY Press.

Escaffre, J.P, Gervais, M. et Thenet, G. (1994). Le contrôle de gestion à l'hôpital public demande-t-il nécessairement un calcul de coûts par produit? Actes des XII^{ème} journées des IAE, Montpellier, pp. 571-593 (tome 2).

Etzioni, A. (1961). A Comparative Analysis of Complex Organizations. New York: Free Press.

Feldman, M. et Pentland, B. (2003). Reconceptualising organizational routines as a source of flexibility and change. *Administrative Science Quarterly*, 48: 94–118.

Feldstein, M.S. (1965). Hospital Cost and Variation in Case-Mix Differences. *Medical Care*, n° 3.

Fetter, R.B. (1991). in Fetter, R (ed.), DRGs (Ann Arbor: Health Administration Press, 1991).

Fetter, R.B. et Freeman, J.L. (1986). Diagnosis Related Groups: Product line management within hospitals. *Academy of Management Review*, Vol. 11, n° 1, pp. 41-54.

Fetter, R.B, Shin Y, Freeman J.L, Averill, R.F. et Thompson, J.D. (1980). Case-mix Definition by Diagnosis-Related Groups. Supplement to *Medical Care*, février, Vol. 18, n° 2, pp. 1-53.

Finkelstein, S. et Hambrick, D. (1996). Strategic Leadership : Top Executives and Their Effects on Organizations. St. Paul, MN: West Publishing Company.

Forcioli, P. (1999). Le budget de l'hôpital. Masson.

Foucault, M. (1993). Surveiller et punir: naissance de la prison. Editions Gallimard.

Freidson, E. (1986). Professional Powers: a Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. (Chicago: University of Chicago Press, 1986).

Gauthier, P.H, Grenon A, Omnès, L. et Perchet, J.Y. (1975). L'analyse de gestion à l'hôpital. Heral Editions.

Gay, R. (2014). Les sciences de gestion au chevet de l'hôpital. L'enrôlement de chercheurs en gestion dans la réforme hospitalière (années 1970 - années 2000).

Gendron, Y. et Baker, C. R. (2001). Par-delà les frontières disciplinaires et linguistiques : L'influence des penseurs français sur la recherche en comptabilité. *Comptabilité- Contrôle-Audit*, volume 7, n°2, p. 5-23.

Georgescu, I. et Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-Contrôle-Audit* / Tome 18 – Volume 3 – Décembre 2012 (p. 67 à 96).

Gerry, J, Langley, A, Melin, L. et Whittington, R. (2007). Strategy as practice. *Research directions and Resources*. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.

Gervais, M. (2005). Contrôle de gestion, 8ème édition, Économica, Paris.

Gervais, M. (1997). Contrôle de gestion. Économica, p. 719.

Gervais, M. (1989). Contrôle de gestion et planification d'entreprise. Économica, 3ème édition.

Giddens, A. (1984). La constitution de la société. Traduit par Michel Audet, université Laval. 1ère édition « Quadrige », juin, 2005.

Giddens, A. (1987). Social theory and modern sociology. Polity Press, Oxford.

Giddens, A. (1979). Central problems in social theory. Berkeley: University of California Press.

Gill, J. et Johnson, P. (2002). Research Methods for Managers. London: Sage.

Golsorkhi, D, Rouleau, L, Seidl, D. et Vaara. (2010). Cambridge Handbook of Strategy as Practice. Cambridge: Cambridge University Press.

Golsorkhi, D. (2006). La fabrique de la stratégie: Une perspective multidimensionnelle. Paris: Vuibert.

Goodall, H.L. (2000). Writing the new ethnography. Lanham, MD: Alta Mmira Press.

Gram-Hanssen, K. (2010). Introducing and Developing Practice Theory: Towards a Better Understanding of Household Energy Consumption. Linköping Electronic Conference Proceedings Journal. p. 45-58.

Green, S.G. et Welsh, M. A. (1988). Cybernetics and Dependents: Reframing the Control Concepts. Academy of Management Review. 13: 287-301.

Groot, T. et Lukka, K. (2000). Cases in management accounting: current practices in European companies. Harlow: Financial Times Prentice Hall. xvi, 336 p.

Gubrium, J.F. et Holstein, J.A. (2003). Postmodern Interviewing. Thousand Oaks : Sage.

Halgand, N. (2000). Calcul des coûts et contrôle budgétaire à l'hôpital : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable. XXIème congrès AFC, mai.

Halgand, N. (1997). Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 3, Volume 2, septembre, pp. 77-92.

Halgand, N. (1995). Problème de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 1, vol. 2, pp. 5-34.

Hall, R. H. (1967). Some Organizational Considerations in the Professional-Organizational Relationship. *Administrative Science Quarterly*, pp. 461-478.

Hambrick, D. et Mason, P. (1984). Upper echelons: the organization as a reflection of its top managers. *Academy of Management Review*, 9: 195–206.

Heidegger, M. (1962). Being and Time. Trans. J. Macquarie and E. Robinson, Oxford: Blackwell.

Hendry, J. et Seidl, D. (2003). The structure and significance of strategic episodes: social systems theory and the routine practices of strategic change. *Journal of Management Studies*, 40, 1: 175–96.

Hirst, M.K. (1983). Reliance on Performance Measures, Task Uncertainty, and Dysfunctional Behaviour: Some Extensions. *Journal of Accounting Research*, Autumn: 596-605.

Hofstede, G. (1978). The Poverty of Management Control Philosophy. Academy of Management Review, 3:450-61.

Hofstede G. (1967). The game of budget control. London, Tavistock. Tr. fr. : *Contrôle budgétaire, les règles du jeu*, Paris, éd. Hommes et Techniques, 1977, 235 p.

Homgren, C. T. (1977). Cost Accounting: a Managerial Emphasis. (Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall).

Hood, C. (1995). The New Public Management in the 1980s : Variation on a Theme. *Accounting Organizations and Society*, vol. 20, n° 2/3, pp. 93-109.

Hope, J. et Fraser, R. (1997). Beyond budgeting, Breaking through the barrier to 'the third wave. *Management accounting*, December, pp. 20-23.

Hopper, T. et Powell, A. (1985). Making sense of research into organizational and social aspects of management accounting: A review of its underlying assumptions. *Journal of Management Studies*, volume 22, n°5, p. 429-465.

Hopwood, A. G. (2007). Whither accounting research? *The Accounting Review*, volume 82, n°5, p. 1365- 1374.

Hopwood, A. G. (1984). Accounting and the Pursuit of Efficiency. In Hopwood, A. G. and Tomkins, C. (eds) Issues in *Public Sector Accounting*, pp. 167-187 (Oxford: Philip Allan).

Hopwood, A.G. (1983). On trying to study accounting in the contexts in which it operates. *Accounting, Organizations and Society*, 8(2/3): 287-305.

Hopwood, A. G. (1976). The path ahead. *Accounting, Organizations and Society*, vol 1, n°1, p. 1-4.

Hopwood, A.G. (1974). Leadership Climate and the Use of Accounting Data in Performance Evaluation. *The Accounting Review*, Vol. 49, N° 3, Jul, pp. 485-495.

Hopwood, A.G. (1972). An Empirical Study of the Role of Accounting Data in Performance Evaluation, Empirical Research in Accounting. Supplement to *Journal of Accounting Research*. 156-182.

Hopwood, A.G. et Miller, P. (1994). Accounting as social and institutional practice. Cambridge: Cambridge University Press.

Huff, A.S, Neyer, A.K. et Möslein, K. (2010). Broader Methods to Support New Insights into Strategizing. In D. Golsorkhi, L. Rouleau, D. Seidl & E. Vaara (Eds.), Cambridge Handbook of Strategy as Practice (pp. 201-216). Cambridge: Cambridge University Press.

Ijiri, Y. (1965). Management Goals and Accounting for Control. (New York: North Holland).

Imbert, J. (1994). Les hôpitaux en France. PUF, 6ème édition mise à jour, 1ère édition, 1958.

Imbert, J. (1982). Histoire des hôpitaux de France. Privat, Toulouse.

Ittner, C.D. et Larcker, D.F. (2001). Assessing empirical research in management accounting: A value-based management perspective. *Journal of Accounting and Economics*, volume 32, p. 349-410.

Jarzabkowski, P. et Whittington, R. (2008). Hard to disagree, mostly. *Strategic Organization*, 6, 101–106.

Jarzabkowski, P, Balogun, J. et Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5–27.

Jarzabkowski, P. et Wilson D.C. (2006). Actionable strategy knowledge: a practice perspective. *European Management Journal*, 24, 348–367.

Jarzabkowski, P. (2005). Strategy As Practice, An Activity Based Approach. London: Sage.

Jarzabkowski, P. (2004). Strategy as practice: recursiveness, adaptation and practices-in-use. *Organization Studies*, 25, 4: 529-60.

Jarzabkowski, P. (2003). Strategic practices: An activity theory perspective on continuity and change. *Journal of Management Studies*, 40(1), 23–55.

Jensen M. (2001). Corporate budgeting is broken –let's fix it. *Harvard Business Review*, november, 94-101.

Johnson, G. (1987). Strategic change and the management process. Oxford: Basil Blackwell.

Johnson, G, Langley, A, Melin L. et Whittington, R. (2007). Strategy as Practice. *Research Directions and Resources*. Cambridge: Cambridge University Press.

Johnson, G, Melin, L. et Whittington, R. (2003). Micro strategy and strategizing: towards an activity-based view. *Journal of Management Studies*, 40, 1: 3-22.

Johnson, H.T. et Kaplan, R.S. (1987). Relevance Lost: the Rise and Fall of Management Accounting. Harvard Business School Press, Boston.

Johnson, P. et Cassell, C. (2006). Towards a Contigent Criteriology for Qualitative Management Research. *International Journal of Management Reviews*, v. 8, n. 3, p. 131-156.

Jönsson, S. et Macintosh, N.B. (1997). CATS, RATS, and EARS: making the case for ethnographic accounting research. *Accounting, Organizations and Society*, 22(3/4), 367–386.

Joncour, Y. (1996). L'évolution des situations budgétaire et financière des établissements hospitaliers de taille moyenne au cours des années 1980. In « L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins » (coordonné par Contandriopoulos, A.P. et Souteyrand, Y), John Libbey Eurotext, pp. 65-82.

Jørgensen, B. et Messner, M. (2010). Accounting and strategising: A case study from new product development. *Accounting, Organizations and Society*, 35 (2010) 184–204.

Kakkuri-Knuuttila, M.L. et Lukka, K. (2007). Straddling between paradigms: A naturalistic philosophical case study on interpretive research in management accounting. *Accounting, Organizations and Society*, In Press, Corrected Proof, p. 1-25.

Kerauden, P. (1999). Entre nouveau management public et gouvernance. *Politiques et management public*, vol. 17, n° 1, pp. 59-92.

Kilmann, R.H, Saxton, M.J. et Serpa, R. (1985). Gaining control of the corporate culture. San Francisco: Jossey-Bass.

Kren, L. (1997). The role of accounting information in organizational control : the state of the art. In Behavioral accounting research, foundations and frontiers, éd Arnold et Sutton, AAA, pp.1-48.

Krief, N. (2000). La réforme de la tarification à l'activité à l'hôpital : une lecture de l'impact sur le lien social. *Recherches et Publications en Management*.

Labourdette, A. (1988). Économie de la santé. PUF, p. 57.

Lapsley, I. (2008). The NPM Agenda: Back to the Future. *Financial Accountability and Management*, Vol. 24, No. 1 (February), pp. 77–96.

Latour, B. (1999). On recalling ANT. In J. Law et J. Hassard (Eds.), Actor network theory and after (pp. 15–25). Oxford: Blackwell.

Latour, B. (1987). Science in action: How to follow scientists and engineers through society. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Laughlin, R. (1995). Empirical research in accounting: alternative approaches and a case for 'middle-range' thinking. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, v. 8, n. 1, p. 63-87.

Law, J. et Hassard, J. (1999). Actor network theory and after. Oxford: Blackwell Publishers.

Lesser, E. et Prusak, L. (1999). Communities of Practice, Social Capital and Organisational Knowledge. *Information Systems Review*, vol. 1, no. 1, pp. 3-9.

Leteurtre, H. et Vaysse, M. (1994). Les tableaux de bord de gestion hospitalière, Paris, Berger-Levrault.

Louvaris, A. (1996). Etablissements publics de santé. Structure et fonctionnement. Fascicule 229-20, Editions du Juris-Classeur, 4 p.

Lowe, E.A. et Shaw, R.W. (1968). An analysis of managerial biaising: evidence from a company's budgeting process. *The Journal of Management Studies*, 1968, vol. 5, n°3, p. 304-315.

Lowe, T. et Machin, J.L. (1987). New Perspectives on Management Control. New York: Macmillan.

Machlup, F. (1967). Theories of the firm: marginalist, behavioral, managerial. *American Economic Review*, 57, March, 1-33.

Macinati, M.S. (2010). NPM reforms and the perception of budget by hospital clinicians: lessons from two case-studies. *Financial Accountability and Management*, 26(4), November 2010, 0267-4424.

Macintosh, N.B. et Quattrone, P. (2010). Management Accounting and Control Systems, An Organizational and Sociological Approach. Wiley, (2nd Edition).

Macintosh, N.B. et Scapens, R.W. (1990). Structuration Theory in Management Accounting. *Accounting Organizations and Society*, vol.15 issue 5, pp. 455-477.

March, J. et Sutton, R. (1997). Organizational performance as a dependent variable. *Organization Science*, 8, 6: 698–706.

March, J.G. et Olsen, J.P. (1976). Ambiguity and Choice in Organizations. (Bergen: Nouvay Universtetsforlaget, 1976), pp. 69-81.

Marks, F. et Yardley, L. (2004). Research Methods for Clinical and Health Psychology. Thousand Oaks, CA: Sage.

Marquet, P. (1996). Réforme hospitalière: l'ordonnance du 24 avril 1996. *Gestions Hospitalières*, Octobre, pp. 590-597.

Mehrdad, E.V. et Khammar, M. (2010). A Review of Strategy-as-Practice and the Role of Consultants and Middle Managers. CHALMERS UNIVERSITY OF TECHNOLOGY. Master's Thesis. Göteborg, Sweden.

Merchant, K.A. et Simons, R. (1986). Research and Control in Complex Organizations: An Overview L. *Journal of Accounting Literature*. 5:183-203 Miller, P. (2001). Governing by numbers: why calculative practices matter. Social Research, 68(2), 379–396.

Merchant, K.A. (1985). Control in Business Organizations. Marshfield, Mass.: Pitnam.

Merchant, K.A. (1982). The Control Function of Management. *Sloan Management Review*, pp. 43-55.

Merlière, Y. et Kieffer, R. (1997). Le contrôle de gestion de l'hôpital, Masson.

Meyer, J. W. et Rowan, B. (1977). Institutional Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* (1977) pp. 310-363.

Miles, M. et Huberman, A. (1994). Qualitative data analysis. Newbury Park, CA: Sage.

Miller, P. (2001). Governing by numbers: Why calculative practices matter. *Social Research*, 68(2), 379–396.

Miller, P. (1994). Accounting as Social and Institutional Practice : An Introduction. In *Accounting as Social and Institutional Practice*, Cambridge University Press, pp. 1-39.

Miller, C. et Cardinal, L. (1994). Strategic planning and firm performance: a synthesis of more than two decades of research. *Academy of Management Journal*, 37, 6: 1649–65.

Miller, P. (1992). Accounting and Objectivity: The Invention of Calculating Selves and Calculable Spaces. Annals of Scholarship, Vol. 9, pp. 61–69.

Mills, C. W. (1959). The Sociological Imagination. New York: Oxford University Press.

Mintzberg, H, Ahlstrand, B. et Lampel J. (1999). Safari en pays de stratégie, éd. Village mondial.

Mintzberg, H. et Waters, J. (1985). Of strategies deliberate and emergent. *Strategic* Management *Journal*, 6, 3: 257–72.

Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Editions d'Organisation.

Mintzberg, H. (1979). The Structuring of Organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Mintzberg, H, Raisinghani, D. et Theoret, A. (1976). The structure of 'unstructured' decision processes. *Administrative Science Quarterly*, 21: 246–75.

Molloy, E. et Whittington, R. (2005). Organising organising: the practice inside the process. Advances in Strategic Management: Strategy Process, 22: 491–515

Morales, J. et Sponem, S. (2010). Rationaliser, dominer, discipliner. Une revue des recherches critiques en contrôle de gestion. Economie et Société, 2009, Série « Economie de l'entreprise », Etudes critiques en management.

Morgan, G. et Willmott, H. (1993). The "new" accounting research: on making accounting more visible. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 6(4), 3-36.

Morgan, G. (1986). Images of organization. Thousand Oaks, CA:Sage.

Mouchot, C. (1990). Décision et sciences sociales. In Martinet A.C. (ed.), Epistémologies et sciences de gestion, Paris, Economica.

Mouritsen, J. (1999). The flexible firm: Strategies for a subcontractor's management control. *Accounting, Organizations and Society*, 24(1), 31–55.

Naulleau, G. (2003). La mise en œuvre du contrôle de gestion dans les organisations publiques : les facteurs de réussite. *Politiques et management public*, vol. 21 n° 3, 2003. « L'action publique face à la mondialisation », Actes du douzième colloque international.

Neimark, M. et Tinker, T. (1986). The Social Construction of Management Control Systems. *Accounting Organizations and Society*, pp. 369-396.

Nelson, R.R. et Winter, S.G. (1982). An Evolutionary Theory of Economic Change. Harvard University Press, Boston, MA.

Nobre, N. (2001). Management hospitalier: du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif. *Comptabilité-Contrôle-Audit* / Tome 7 - Volume 2 -novembre 2001 (p. 125 à 146).

Normann, R. (1977). Management for growth. New York: Wiley.

Nyland, K. et Pettersen, I.J. (2004). The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings. *Financial Accountability and Management*, 20(1), February 2004, 0267–4424.

Olsen, J.P. (1971). Local Budgeting, Decision Making or Ritual Act. Scandinavian Political Studies, vol. 5, n° 3, pp. 85-118.

Olson, O. (1985). Quasiplanning and Blind Control. Working Paper, Dept of Business Administration, University of Cotenburg.

Olson, O, Guthrie, J. et Humphrey, C. (1998). Global Warning! Debating International Developments in New Public Financial Management (Cappelen Akademisk Forlag, Oslo).

Orlikowski, W.J. (2007). Sociomaterial practices: exploring technology at work. *Organization Studies*, 28, 1435–1448.

Orlikowski, W.J. (1991). Using technology and constituting structures: a practice lens for studying technology in organizations. *Organization Science*, 11 (4) : 404-428.

Ortner, S.B. (2006). Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject. Durham, NC: Duke University Press.

Ortner, S. B. (1984). Theory in anthropology since the sixties. *Comparative Studies in Society and History*, 26(1), 126–166.

Otley, D. (1999). Performance management: A framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, volume 10, p. 363-382.

Otley, D. (1980). The Contingency Theory of Management Accounting: Achievement and Prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4): 413- 28.

Otley, D. et Berry, A. (1980). Control, organization and accounting. Accounting, Organizations and Society, Vol. 5, N° 2, pp. 231-244.

Otley, D. (1978). Budget use and managerial performance. *Journal of Accounting Research*, vol. 16, n° 1, p. 122-149.

Otley, D. (1977). Behavorial aspects of budgeting. Accountant's Digest, n° 49, p.1-32

Ouchi, W.G. (1980). Markets, Bureaucracies and Clans. *Administrative Science Quaterly*, vol. 25, n° l , pp. 129-141.

Ouchi, W.G. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*, 25, 9: 833-848.

Ouchi, W.G. (1977). The Relationship between Organizational Structure and Organizational Control. *Administrative Science Quarterly*, vol. 22, pp. 95-113.

Paroutis, S. et Pettigrew, A.M. (2007). Strategizing in the multi-business firm: Strategy teams at multiple levels and over time. *Human Relations*, 60(1), 99-135.

Paulsson, G. (2012). The Role of Management Accountants in New Public Management. *Financial Accountability and Management*, 28(4), November 2012, 0267-4424.

Perrow, C. (1986). Complex Organizations. (New York: Random House).

Perrow, C. (1985). Review Essay: Overboard with Myth and Symbols. *American Journal of sociology*, pp. 151-155.

Perrow, C. (1979). Organizational Analysis A Sociological View. (Tavistock).

Pettersen, I.J. (1995). Budgetary Control of Hospitals: Ritual Rhetorics and Rationalized Myths? *Financial Accountability and Management*, vol. 11, n° 3, pp. 207-221.

Pettigrew, A.M, Ashurner, L. et Fitzgerald, L. (1995). The New Public Management in Action. Oxford University Press.

Pettigrew, A.M. (1992). On studying managerial elites. *Strategic Management Journal*, 13, 163–82.

Pettigrew, A.M. (1985). The awakening giant: continuity and change. in ICI. Oxford: Blackwell.

Pettigrew, A.M. (1977). Strategy formulation as a political process. *International Studies of Management and Organisation*, 7, 2: 78–87.

Pierru, F. (2007). Hippocrate malade de ses réformes. Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant.

Porter, M. (1980). Competitive Strategy. New York: Free Press.

Power, M. (1997). The Audit Society: Rituals of Verification. (Oxford University Press, Oxford).

Power, M. (1991). Educating accountants: towards a critical ethnography. *Accounting, Organizations and Society*, 16(4), 333–353.

Preston, A.M. (1992). The birth of clinical costing. A study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in U.S. hospitals. *Accounting Organizations and Society*, pp. 63-100.

Preston, A.M, Cooper, D.J. et Coombs, R. (1992). Fabricating Budgets: A Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service. *Accounting, Organization and Society*, Vol. 17, pp. 561–593.

Preston, A.M. (1986). Interactions and arrangements in the process of informing. *Accounting, Organizations and Society*, 11, 521–540.

Punch, K.F. (2005). Introduction of Social Research: Quantitative and Qualitative Approaches. London: Sage.

Raelin, J.A. (1991). The Clash of Cultures: Managers Managing Professionals. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Raelin, J. A. (1989). The Clash of Culture - Managers and Professionals. (Boston: Harvard Business School Press).

Reason, P. et Rowan, J. (1981). Human Inquiry: A Sourcebook of New Paradigm Research. Wiley, Chichester.

Reason, P. (1994). Participation in Human Inquiry. Sage, Thousand Oaks, CA.

Reckwitz, A. (2002). Towards a theory of social practices: a development in cultural theorizing. *European Journal of Social Theory*, 5, 2: 243-63.

Regnard, Y. (1998). Pour une approche structurelle des couts des activités cliniques. *Comptabilité-Contrôle-Audit* / Tome 4 - Volume 1 - mars 1998 (p. 49-67).

Roberts, J. (1991). The possibilities of accountability. *Accounting, Organizations and Society*, 355–368.

Roberts, J. et Scapens, R. (1985). Accounting Systems and Systems of Accountability: Understanding Accounting Practices in their Organizational contexts. *Accounting, Organizations and Society*, vol. No. 4, pp.443-456.

Robson, K. (1992). Accounting numbers as inscription: action at a distance and the development of accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 17(7), 685–708.

Rockness, H.O. (1977). Expectancy Theory in a Budgetary Setting: An Experimental Evaluation. *The Accounting Review*, October: 893-903.

Røpke, I. (2009). Theories of practice - New inspiration for ecological economic studies on consumption. *Ecological Economics*, 68, 2490–2497.

Rorty, R. (1998). Truth and progress: philosophical papers. Cambridge: Cambridge University Press.

Rosaldo, R. (1993). Culture and truth, the remaking of social analysis. London: Routledge.

Rouleau, L. (2013). Strategy-as-practice research at a crossroads. *Management*, 16(5), 547-565.

Rouse, J. (2007). Practice Theory. In S. Turner and M. Risjord, ed., Handbook of the Philosophy of Science. Vol. 15: *Philosophy of Anthropology and Sociology*. pp. 630-681.

Rutherford, M. (1994). Institutions in economics: the old and the new institutionalism. Cambridge (England); New York, NY, USA: Cambridge University Press. xi, 225pp. (Historical perspectives on modern economics).

Ryan, B. et Scapens, R.W. (2002). Research Method and Methodology in Finance and Accounting. London: Thomson.

Samuelson, L.A. (1986). Discrepancies between the roles of budgeting. *Accounting, Organizations and Society*, 1986, vol.11, n° 1, p. 35-45.

Scapens, R.W. (2006). Understanding management accounting practices: A personal journey. *The British Accounting Review*, 38, 1–30.

Scapens, R.W. (1994). Never mind the gap: towards an institutional perspective on management accounting practice. *Management Accounting Research,* 5 (3/4), 301–321.

Scapens, R.W. et Roberts, J. (1993). Accounting and control: a case study of resistance to accounting change. *Management Accounting Research*, 4(1), March, 1-32.

Scapens, R.W. et Arnold, J. (1986). Economics and management accounting research. In Bromwich M. et Hopwood, A. G. (eds), Research and Current Issues in Management Accounting, London, Pitman, 78-102.

Schatzki, T.R. (2002). The Site of the Social. A Philosophical Account of the Constitution of Social Life and Change. The Pennsylvania State University Press, University Park, Pennsylvania. Organization Studies, 26, 3: 465-84.

Schatzki, T.R. (2001). Introduction: practice theory. In Schatzki and al. 2001.

Schatzki, T.R, Knorr-Cetina, K. et Von Savigny, E. (2001). The Practice Turn in Contemporary Theory. Routledge, London

Schatzki, T.R. (1996). Social Practices. A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social. Cambridge University Press, Cambridge.

Schiff, M. et Lewin, A.Y. (1970). The Impact of People on Budgets. *The Accounting Review*. 45: 259-68.

Schiller-Merkens, S. (2007). Towards a Practice-based Approach to Institutional Change: Institutional Change and Structuration Theory's Neglected Praxeological Aspects. In: George T. Solomon (Ed.), Best Papers Proceedings of the Sixty-Sixth Annual Meeting of the Academy of Management, ISSN 1543-8643.

Schmitt, B. (1994). La responsabilité des médecins dans la construction de l'hôpital de demain. In Honoré B., Samson G. (sous la dir.), La démarche de projet dans les établissements de santé, Privat.

Scott, W.R. (1992). Health care organizations in the 1980s: The Convergence of Public and Professional Control Systems. In J.W. Meyer and W.R. Scott (eds.), Organizational Environments Ritual and Rationality (Sage publications Inc. USA), pp. 99-113.

Scott, W. R. et Backman, E. (1990). Institutional Theory and the Medical Care Sector. in Mick, S. (ed.), Innovations in Health Care Delivery (San Francisco: Jossey-Bass, 1990).

Scott, W.R. (1981). Reform Movements and Organizations: The Case of Ageing. In Kiesler, S.B., Ageing: Social Change, Academic Press Inc., pp. 331-344.

Scott, W. R. (1966). Professionals in Bureaucracies - Areas of Conflict. In H. M. Vollmer and D. L. Mills (eds), Professionalization (Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1966).

Sedel, L. (2008). Chirurgien au bord de la crise de nerfs. Albin Michel.

Seidl, D. (2007). General strategy concepts and the ecology of strategy discourses: a systemic-discursive perspective. *Organization Studies*, 28: 197–218

Shafritz, J.M. et Ott, J.S. (2001). Classics of Organization Theory. London: Harcourt.

Shields, J.F. et Shields, M.D. (1998). Antecedents of participative budgeting. *Accounting, Organizations and Society* Vol. 23, N° 1, January, pp. 49-76.

Shotter, J. (2003). Wittgenstein's philosophy and action research. Concepts and Transformations 8 (3), 295–302.

Shove, E, Watson, M, Hand, M. et Ingram, J. (2007). The Design of Everyday Life. Berg, Oxford.

Shove, E. et Pantzar, M. (2005). Consumers, producers and practices. Understanding the invention and reinvention of Nordicwalking. *Journal of Consumer Culture*, 5, 43–64.

Shove, E. (2003). Comfort, cleanliness and convenience : the social organization of normality. Oxford, Berg.

Simons, R. (1995). Levers of Control, How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal. Harvard Business School Press, Boston, MA.

Simons, R. (1991). Strategic Organizations and Top management Attention to Control Systems. *Strategic Management Journal*, 12: 491-62.

Simons, R. (1990). The Role of Management Control Systems in Creating Competitive Advantage : New Perspectives », Accounting, Organizations and Society, vol. 15, n° 1-2, 127-143.

Smith, H.L. et Fottler, M.D. (1985). Prospective Payment. (Rockville, MD: Aspen Publication).

Sponem, S. (2002). L'explication de la diversité des pratiques budgétaires : une approche contingente. 23ème congrès de l'AFC (Association Francophone de Comptabilité), Mai 2002, Toulouse, France. pp.1-23, 2002.

Sponem, S. et Chatelain-Ponroy, S. (2010). Les comportements face au contrôle. In *Contrôle de gestion, perspectives stratégiques et managériales* (Eds, Berland, N. et De Rongé, Y.). Paris : Pearson Education, 474-494.

Stensaker, I. et Falkenberg, J. (2007). Making sense of different responses to corporate change. *Human Relations*, 60(1), 137-177.

Stern, D.G. (2003). The Practical Turn. In The Blackwell Guide to the Philosophy of the Social Sciences Edited by Stephen P. Turner and Paul A. Roth.

Stingre, D. (2004). Le service public hospitalier. PUF, Coll. Que sais-je?

Strengers, Y. et Maller, C. (2011). Integrating health, housing and energy policies: the social practices of cooling. *Building Research and Information*, vol. 39, no. 2: 154-68.

Strengers, Y. (2009). Bridging the divide between resource management and everyday life: smart metering, comfort and cleanliness. PhD Thesis, RMIT University.

Suddaby, R. (2006). From the editors: what grounded theory is not. *Academy of Management Journal*, vol.49, n°4, pp. 633-642.

Sztompka, P. (1991). Society in Action: the Theory of Social Becoming. Cambridge: Polity Press.

Tabuteau, D. (2013). 1983-2013: les évolutions de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicale*.

Taylor, S.J. et Bogdan, R. (1998). Introduction to qualitative research methods : a guidebook and resource. *3rd ed. New York. Wiley*.

Thenet, G. (1996). Le problème de l'imputation des charges indirectes de fonctionnement dans le secteur bancaire. In Gervais M. et al., *Recherches en contrôle de gestion*, Économica, p. 28-52.

Thenet, G. (1995). Le problème de l'optimalité des coûts opératoires standards en milieu bancaire : vers une prise en compte contingente et transversale de la performance productive. Thèse de l'université de Rennes-I, p. 425.

Thompson, J. D, Averill, R. F. et Fetter, R. B. (1979). Planning, Budgeting and Controlling - One Look at the Future: Case-Mix Cost Accounting. *Health Services Research* (1979) pp, 111-125.

Thompson, J.D. (1967). Organizations in Action. (New York: McGraw-Hill, 1967).

Tolbert, P. et Zucker, L. (1996). The institionalisation of institutional theory. In R. Clegg, C. Hardy and W. Nord (eds.), A handbook of organization studies, London: Sage.

Tolbert, P. S. (1988). Institutional Sources of Organizational Culture in Major law Firms. In Zucker, L. (ed.), Institutional Patterns and Organizations. *Culture and Environment*, pp. 101-l 13 (Cambridge, MA: Ballinger, 1988).

Turner, S. (1994). The social theory of practices. Cambridge: Polity Press.

Tuttle, B. et Dillard, J. (2007). Beyond Competition: Institutional Isomorphism in U.S. Accounting Research. Accounting Horizons, v. 21, n. 4, p. 387-409.

Vaara, E. et Whittington, R. (2012). Strategy-as-practice: taking social practices seriously. *Academy of Management Annals*, 6(1): 285–336.

Vaivio, J. (2004). Mobilizing local knowledge with proactive non-financial measures. *European Accounting Review*, 13, 39–71.

Vaivio, J. (1999). Examining The Quantified Customer". *Accounting, Organizations and Society*, 24(8), 689–715.

Van de Ven, A.H. et Johnson, P.E. (2006). Knowledge for theory and practice. *Academy of Management Review*, 31 (4), 802–821.

Van Maanen, J. et Barley, S.R. (1984). Occupational communities: culture and control in organizations. In L. L. Cummings et B. M. Staw (Eds.), Research in organizational behavior (pp. 287–365). Greenwich, CT: JAI Press.

Vesa, M. (2012). Immersive Participation Ethnography: Method and the Case of Strategy Research. Paper presented at the 28th EGOS Colloquium, Helsinki, Finland.

Wahyuni, D. (2012). The Research Design Maze: Understanding Paradigms, Cases, Methods and Methodologies. *Journal of Applied Management Accounting Research*, Vol. 10, No. 1, pp. 69-80.

Warde, A. (2005). Consumption and theories of practice. *Journal of Consumer Culture* 5, pp. 131–153.

Weick, K. et Roberts, K.H. (1993). Collective mind in Organizations. Heedful interrelating on flight decks, Administrative Science Quarterly, 38: 357-81.

Wenger, E. (1998). Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity. Cambridge: Cambridge University Press.

Whittington, R. et Seidl, D. (2014). Enlarging the Strategy-as-Practice Research Agenda: Towards Taller and Flatter Ontologies. *Organization Studies*, 1–15.

Whittington, R. (2006). Completing the practice turn in strategy research. *Organization Studies*, 27, 5: 613-34.

Whittington, R. (2003). The work of strategizing and organizing: for a practice perspective. *Strategic Organization*, 1, 117–127.

Whittington, R, Jarzabkowski, P, Mayer, M, Mounoud, E, Nahapiet, J. et Rouleau, L. (2003). Taking strategy seriously: responsibility and reform for an important social practice. *Journal of Management Inquiry*, 12, 4: 396-409.

Whittington, R. (2002). Corporate structure: from policy to practice. In A. Pettigrew, H. Thomas and R. Whittington (eds.), Handbook of strategy and management, 113–38, London: Sage.

Whittington, R. (2001). Learning to Strategist: Problems of Practice. SWPE Reiearch Paper, 20, University of Oxford. Autumn.

Whittington, R, Pettigrew, A, Peck, S, Fenton, E. et Conyon, M. (1999). Change and complementarities in the new competitive landscape. *Organization Science*, 10: 583–600.

Whittington, R. (1996). Strategy as practice. Long Range Planning, 29(5), 731-735.

Whittington, R. (1992). Putting Giddens into action: social systems and managerial agency. *Journal of Management Studies*, vol. 29 issue 6, November, pp. 693-712.

Wickings, I. (1987). Combining Clinical Budgets and DRGs for Quality Management. *Health Policy*, Vol. 7, pp. 215-226.

Wickramasinghe, D. et Alawattage, C. (2007). Management Accounting Change: Approaches and Perspectives. London: Routledge. xxii, 546 p.

Wittgenstein, L. (1953). Philosophical Investigations. Trans. G.E.M. Anscombe, Oxford: Blackwell; (1958) 3rd edn, New York: Macmillan and Oxford: Blackwell; (1967) Oxford: Blackwell.

Woodward, J. (1965). Industrial Organization: Theory and Practice. London: Oxford University Press.

Zenger, T. et Hesterly, W. (1997). The disaggregation of corporations: selective intervention, high-powered incentives and molecular units. *Organization Science*, 8, 3: 209–25.

Zuboff, R. (1988). In The Age of The Smart Machine. New York: Basic Books.

ANNEXE 1: Des activités aux pratiques

Annexe 1-1 : Les pratiques du groupe « personnel médical »

Par mesure de clarté du tableau ci-dessous nous présentons les répondants en indiquant leur fonction à travers des sigles :

- CDP : Chef de pôle
- CDS : Chef de service
- PH : Médecin
- CON : Médecin ayant le statut de consultant

Pour les acteurs :

- CAP : Cadre Administratif de Pôle
- CPP : Cadre Paramédical de pôle

Groupe de pratique	Pratiques	Activités	Répondant	Acteurs	Artefacts Matériels
Médico-financières	Coder les examens	Relever les C3	CDP		
		Coder les séjours dont je suis responsable	CDS		
		Relancer les médecins pour le codage	CDS	Médecins du service	
		Faire une synthèse du codage	CDP		Check-list

		Multiplier les codes	CDP		Feuille de codage
		Faire des examens inutiles	CDP		
		Justifier la réalité de l'hôpital de jour aux contrôleurs de la sécurité sociale	CDP	Contrôleurs de la sécurité sociale	
Formation	Former les infirmières	Former les infirmières pour l'ambulatoire en diabétologie	CDP	Infirmières	
		Former nos infirmières candidates à répondre aux appels d'offres notamment à faire une revue de littérature	CDP	Infirmières	
	Former les jeunes médecins	Envoyer les jeunes à l'étranger pour regarder les techniques pédagogiques, comment ils enseignent,...	CDP	Jeunes médecins	
		Proposer une banque de sujets aux jeunes internes et leur demander de présenter un abstract à un congrès	CDP	Jeunes internes	
Gestion des moyens	Défendre les moyens	S'opposer à la suppression des infirmières	CDP	Direction	
		Taper du poing sur la table	CDP	Direction	
		Se battre pour maintenir la capacité d'accueil avec le projet de construction d'un bâtiment nouveau	CDP		
		Argumenter auprès de l'administration pour avoir des postes	CDS	Administration	
		Interpeller l'administration sur les moyens	CDP	Administration	
Communication et information	Répondre aux sollicitations	Traiter et répondre aux E-mails	CDP	Intérieurs et extérieurs	
		Répondre au téléphone (DECT)	CDS		DECT
		Répondre aux mails et aux demandes médicales	CDS		
		Répondre par mail aux sollicitations des collègues	CDP	Collègues	
	Associer les acteurs du pôle	Associer les collègues au pôle, à son fonctionnement, à sa réflexion de gestion médico-économique	CDP	Collègues du pôle	
		Discuter avec les collègues	CDP	Collègues du pôle	
		Inviter tout le monde quel que soit leur grade (Réunion mensuelle de pôle)	CON	Le personnel du pôle	
		Donner la parole à la directrice déléguée pour expliquer (Réunion mensuelle de pôle)	CON	Directrice déléguée	
	Communiquer les informations	Faire des points réguliers et communiquer avec les médecins du service	CDS	Médecins du service	
		Envoyer les documents d'activité aux médecins du service	CDS	Médecins du service	

		Communiquer les informations reçues aux médecins du service	CDS	Médecins	
		Informer les médecins du service des décisions prises	CDP	Médecins du service	
	Discuter de l'activité	Faire un point sur l'activité (Réunion mensuelle de pôle)	CON		
		Parler de l'activité (lors de la réunion de service)	CDP	Médecins du service	
	S'informer sur l'activité et les indicateurs	Chercher et regarder les indicateurs sur SAFRAN	CDS		SAFRAN
		Voir les indicateurs de recettes et le PMCT	CDS		
		Suivre le niveau de la masse salariale	CDS		
		S'informer sur comment on est (activité,…)	CDP		Tableaux de bord
	Discuter l'organisation du service	Discuter de l'organisation du service (lors de la réunion de service)	CDP	Médecins du service	
Médicales	Consulter	Consulter le Samedi	CDP		
		Réaliser des consultations	CDS		
		Réaliser des consultations	PH		
		Consulter	CDP		
		Consulter	CDP		
		S'adapter en fonction de la durée de la consultation	CON		
	Faire la visite en salle	Faire les visites en salle	CDP		
		Faire les visites en salle	CDS		
		Faire les visites en salle	PH		
		Faire la visite à la demande	CDP		
	Opérer chirurgicalement	Opérer au niveau chirurgical	CDP		
	Se concerter	Superviser les dossiers problématiques avec les chefs de clinique	PH	Chefs de clinique	
		Participer au staff du service	CDP		
		Participer aux réunions du laboratoire	CDP		
		Animer une réunion de concertation pluridisciplinaire de neuro-oncologie	CDP		
		Présenter des cas médicaux en RCP	CDP		
	Se coordonner avec les autres	Faire un point hebdomadaire avec l'éducateur	PH	Educateur	
		Identifier les profils des clients les plus en difficulté	PH	Services de l'hôpital	

Enseignement et recherche	Enseigner	Enseigner et faire de la recherche	CDP		
		Enseigner et faire de la recherche	CDS		
		Enseigner et faire de la recherche	CDP		
		Enseigner et faire de la recherche	CDS		
		Faire des cours sur une semaine	CDS		
	Faire de la recherche	Enseigner et faire de la recherche	CDP		
		Enseigner et faire de la recherche	CDS		
		Enseigner et faire de la recherche	CDP		
		Enseigner et faire de la recherche	CDS		
		Travailler sur un projet de recherche	PH		
		S'occuper d'un comité de pilotage de la recherche	CDP		
		Se battre pour que l'hôpital mette une somme pour la recherche	CDP		
		Se battre pour que l'hôpital reconnaisse, valorise, encourage et développe la recherche	CDP		
		Faire de la recherche clinique	CON		
		Faire de la science, lire	CON		
		Développer un réseau de recherche internationale	CDS		
		Gérer les protocoles de recherche	CDS		
Organisationnelle	Gérer les lits	Ne pas aller en formation ou en congrès	CDP		
		Ne pas fermer les hôpitaux de jour	CDP		
		Discuter comment ne pas fermer les hôpitaux de jour (lors de la réunion de service)	CDP	Médecins du service	
		Gérer les lits	CDP		
		Appeler pour débloquer des lits	CDS		
		Création de lits accompagnants pour les familles	CDP		
		Ouvrir et programmer des lits supplémentaires	CDP		
		Faire tourner les lits	CDS		
		Ne plus allonger le patient en HDJ	CDP		
	Gérer la liste des patients	Gérer la liste d'attente des patients	CDP		Liste d'attente

		Gérer la liste d'attente des patients	CDS		Liste d'attente
		Gérer la file d'attente	CDP		
		Sensibiliser les patients à la nécessité de libérer les lits	CDP	Les patients	
		Surbooker l'HDJ avec l'existence d'un réservoir de malades	CDS		
	Gérer les séjours longs	Développer des réseaux de soins	CDP	Centre de cicatrisation	
		Mettre des garde-fous pour sortir les patients qui peuvent l'être	CDS		
		Regarder la durée de séjour des patients	CDS		
		Sensibiliser l'équipe pour ne pas garder les patients qui peuvent sortir	CDS		Tableaux de bord
		Travailler avec l'assistante sociale pour gérer les séjours longs	CDS	Assistante sociale	
		Optimiser la durée de séjour	CDP		
		Regarder la durée de séjour l'allongement de la durée de séjour	CON		
		Faire attention qu'il y ait pas trop de patients qui restent longtemps	PH		
		Identifier les séjours longs	PH		Glycémies, classeur des prescriptions
		Identifier les séjours longs	CDP		Le relevé des insulines
		Faire attention à la durée de séjour lors des visites en salle	CDP		
		Interpeller les jeunes sur les séjours longs	CDP	Les jeunes médecins (internes)	
	Organiser la prise en charge	Remplacer les collègues absents	PH	Collègues médecins	
		Revoir les aspects organisationnels en HDJ	PH	Chefs de clinique	
		Collecter et organiser les demandes de maternité	PH		
		Aménager notre façon de faire pour prendre en charge les grossesses compliquées	PH		
		Faire Programmer des HDJ par les aides-soignantes	CDP	Aides-soignantes	
Contrôle	Contrôler l'activité	Regarder l'activité des attachés	CDP	Attachés	
	Contrôler les dépenses	Regarder l'évolution des prescriptions de médicaments hors GHS	CDS		

	de médicaments	Valider les prescriptions de médicaments hors GHS	CDS		
Planification et prévision	Prévoir le niveau d'activité	Définir une cible d'activité	CDP	Cadre administratif du pôle	Tableau Excel
		Augmenter l'activité extérieure en projection	CDP		
		Faire un plan d'action en termes d'activité qui se traduit par un projet budgétaire (conférence budgétaire)	CDP		
		Prévoir l'augmentation raisonnable de l'activité (conférence budgétaire)	CDP		
		Vérifier que les demandes d'améliorations rentrent dans un cadre budgétaire raisonnable et les appliquer (conférence budgétaire)	CDP		
		Prévoir les changements d'activité et leurs conséquences financières (conférence budgétaire)	CDP		
	Faire des études de coûts	Réaliser une étude sur le coût de l'ambulatoire	CDS	Directrice déléguée, CAP	
	Monter des projets	Monter des projets	PH	Diététicien	
		Mettre en place des projets	CDP	Collègues du pôle	
		Pousser les projets	CDP	Direction	
Analyse	Analyser l'activité	Analyser la baisse d'activité	CDP		
		Analyser la baisse d'activité	CDS		
		S'entretenir avec la CPP sur les objectifs et sur l'organisation médicale, analyser les problèmes avec elle	CON	CPP	
		Regarder l'activité du service et le TOC	CDS		
		Interpeller l'administration sur les chiffres faux	CDP	Administration	
	Regarder et discuter les tableaux de bord	Discuter les tableaux de bord avec la CPP	CON	Cadre paramédicale du pôle	Tableaux de bord
		Regarder et analyser avec le CAP et la CPP	CON	Cadre administratif du pôle	
		Regarder les indicateurs de façon régulière	CON		
		Regarder les tableaux envoyés par l'administration	CDS	Administration	
Qualité	Suivre le référent qualité	Suivre le référent qualité	CDP	Référent qualité	
Médico-administrative	Faire les courriers et les comptes rendus	Faire le courrier	PH		
		Corriger le courrier	PH		

		Saisir les comptes rendus	PH		
	Gérer des dossiers	Gérer les dossiers médicaux pour la promotion	CDS		
	Gérer un centre	Gérer le centre de référence des maladies rares	CDS		
Ressources humaines	Gérer les problèmes	Gérer les soucis des uns et des autres	CDP		
		Regarder et discuter les problèmes équipe par équipe (Réunion mensuelle de pôle)	CON	Les présents en réunion de pôle	
	Constater la charge de travail et de soin	Voir la charge de travail et de soin délivrée aux patients	CDS		
Responsabilité	Rendre compte	Rendre compte sur ce que l'on fait, notre activité	CDP	Direction	
		Discuter avec la direction	CDP	Direction	
	Assurer une seule fonction	Quitter la chefferie de service et le laboratoire avec la prise de fonction de la chefferie de pôle	CDP		

Annexe 1-2 : Les pratiques du groupe « personnel administratif »

Par mesure de clarté du tableau ci-dessous nous présentons les répondants en indiquant leur fonction à travers des sigles :

- CDG : Contrôleur De Gestion
- DA : Directrice générale Adjointe
- DAF : Directeur Administratif et Financier

Pour les acteurs :

- CAP : Cadre Administratif de Pôle
- CPP : Cadre Paramédicale de Pôle
- DIM : directeur de l'information médicale

Groupe de pratique	Pratiques	Activités	Répondant	Acteurs	Artefacts Matériels
Communication et information	Informer le directeur	Alerter le directeur sur la situation des urgences et anticiper les choses	CDG	Directeur	
		Alerter le directeur sur l'incidence de la fermeture des lits	CDG	Directeur	
		Regarder la situation des urgences le matin	CDG	Directeur	
		Regarder tous les matins la situation des lits	CDG	Directeur	
		Travailler sur le quotidien et faire des remontées hebdomadaires pour la DG	CDG	Directeur	

	Informer les médecins	Aider et informer les médecins sur la manière de coder	DA	Médecins	
		Alerter les médecins sur des DMS longues	DA	Médecins	
		Envoyer les indicateurs à l'exécutif du pôle	CDG	Exécutif du pôle	
		Envoyer un mail au médecin pour les lits vides du SSR pour essayer de comprendre	CDG	Médecin	
		Envoyer les budgets par service tous les mois	DAF		
		Donner des chiffres qui parlent aux médecins	DA	Médecins	
		Envoyer des données aux médecins	DA	Médecins	
		Faire découvrir au médecin l'outil PMSI-pilot	DA	Médecins	PMSI-pilot
		Fournir aux médecins l'information sur les GHS	DA	Médecins	
		Présenter la situation financière du pôle aux médecins	DA	Médecins, DIM	
		Le DIM communique dans les services sur les changements des tarifs	DA	DIM	
		Présenter l'activité (réunion de pôle)	CAP		
	Communiquer avec les médecins	Dire à un médecin qu'il était mauvais !!!	CDG	Médecins	
		Mettre la pression sur les médecins	CDG	Médecins	
		Piquer les médecins au vif avec les indicateurs	CDG	Directeur, médecins	
		Aller sur place dans les services	DA		
		Faciliter le dialogue de gestion	DAF		
	Expliquer et accompagner	Disséquer avec les médecins leur déficit	CDG	Médecins	
		Faire des situations mensuelles sur les dépenses de manière globale	CDG		
		Expliquer les charges communes du compte d'exploitation aux médecins	CDG	Médecins	
		Montrer que le déficit est chez les médecins	CDG	Médecins	
		Présenter ligne par ligne et disséquer les fonctions support	CDG	Médecins	
		Discuter des indicateurs de performance lors des dialogues avec les médecins	DAF	Médecins	DMS, IVP
		Apporter une dimension médicale pour que les médecins s'approprient les tableaux de bord	CAP		
		Echanger et rencontrer le chef de pôle et la CPP	CAP	Chef de pôle et CPP	
		Expliquer les variations du case-mix aux médecins et à l'encadrement	CAP	Médecins	PMSI-Pilot
		Accompagner les médecins en cas de déficit ou non atteinte des objectifs	DAF	Médecins	

		Ne pas laisser la frustration s'installer et inciter les médecins à ne pas baisser les bras	DAF		
		Voir les chefs de service, les cadres, les attachés et discuter sur les variations	CAP	Chefs de service, cadres, attachés	
		Gérer les blocs opératoires	DA		
		Echanger autour des indicateurs lors de réunions plénières de pôle	CAP		
		Faire en sorte que tout le monde se réunisse autour d'un vocabulaire partagé	CAP		
		Préparer les réunions	CAP		
		Prévenir les critiques (chiffres faux) en présentant les chiffres aux médecins avant les réunions	CAP	Médecins	
		Travailler les chiffres plusieurs fois avant de les présenter	CAP		
	Informer le CEL et le président de la CME	Présenter les comptes d'exploitation en CEL	CDG	CEL	
		Présenter les indicateurs	CDG	CEL	
		Faire et présenter la feuille de route	CDG	CEL	
		Montrer au corps médical et au CEL les résultats	CDG	Corps médical, CEL	
		Présenter les projets avec l'équipe médicale	CDG	Equipe médicale	Business plan
		Faire le point sur les sujets médicaux et non-médicaux	DA	Président de la CME	
		Travailler les dossiers et orienter	CDG	Doyen et président de la CME	
Analyse	Analyser et faire le bilan	Analyser les données	CDG		
		Comprendre l'indicateur et travailler avec les gens	CDG	Les gens	
		Regarder et analyser les effets de l'évolution tarifaire	DA		
		Regarder sur quoi on avait une valeur ajoutée et des créneaux	DA		
		Faire le bilan de l'année écoulée (Conférences budgétaires)	DA		
		Faire le bilan de l'année en cours pour faire les prévisions d'activité pour la conférence budgétaire	CAP		
		Faire les comptes d'exploitation en fin d'année	DAF	Contrôleur de gestion	
		Chercher les diagnostics principaux et faire parler les GHM	CAP		
		Creuser pour savoir pourquoi ça ne marche pas (niveau bas d'activité) (avant la réunion de pôle)	CAP		

		Savoir ce qu'il y a derrière le GHM	CAP		
		Trouver les diagnostics, les actes pour faire parler le GHM	CAP		
		Voir les évolutions du case-mix et comprendre ce qui se passe	CAP		
	Se comparer aux autres	Comparer les indicateurs des services	CDG		
		Faire des comparaisons en s'appuyant sur PMSI-pilot	CAP		
		Se comparer aux autres hôpitaux	CDG		
		Travailler sur ce que font les autres	CDG	Direction des soins	
		Présenter en CEL ce que font les autres	CDG		
	Se comparer à une norme (ENC)	Se comparer à l'ENC	DA		
		S'inscrire à l'ENC	DA		
		S'inscrire pour le recensement d'activité ATIH	DA		
		Superviser les chiffres pour le classement des hôpitaux	DA		
		Bouger et agir pour intégrer l'ENC	DA		
Négociation	Négocier avec le siège	Aller au siège avec les grands !!	CDG	5 ou 6 chefs de pôle, le directeur, Siège de l'APHP	
		Travailler en retrait sur la conférence stratégique	CDG	Siège de l'APHP	
		Négocier des projets avec le siège de l'APHP	DA	Siège de l'APHP	
	Négocier avec les tutelles	Informer et faire pression sur les tutelles pour reconnaître des tarifs supérieurs	DAF	Tutelles	
		Lever la contradiction quand elle existe	DAF	Tutelles	
		Monter des dossiers pour financer l'activité PASS	DA		
		Monter un dossier pour montrer le mauvais codage	DA		
		Faire venir des gens de l'ARS et médecine du monde pour le comité de pilotage sur le PASS	DA		
		Financer le projet par l'ARS	DA		
Budgétaires	Faire l'état des lieux	Faire le point sur les éléments (financier, personnel, qualité) (conférence budgétaire)	CDG		
		Présenter des tableaux de potentiel d'activité en fonction des indicateurs (TOC, IP) (conférence budgétaire)	CDG		Tableaux
		Faire un état des lieux (conférence budgétaire)	CDG		

		Suivre l'argumentaire du pôle (conférence budgétaire)	CDG		
		Objectiver la raison du décalage à la moyenne (conférence budgétaire)	DAF		
		Se mettre d'accord sur le diagnostic (conférence budgétaire)	DAF		
		Préparer l'analyse et le diagnostic avant la conférence budgétaire	CAP		
		Faire le bilan de l'année en cours et prévoir la progression	CAP		
		Se mettre d'accord sur le diagnostic avant de définir les objectifs	CAP		
	Fixer des objectifs	Exiger de l'activité supplémentaire en cas de mesures nouvelles (conférence budgétaire)	DAF		Business plan
		Réfléchir pour améliorer les choses et se fixer les objectifs en cas d'indicateurs pas bons (conférence budgétaire)	DAF		
		Fixer un objectif immédiat par rapport à la moyenne (conférence budgétaire)	DAF		
		Fixer un objectif intermédiaire par rapport à la moyenne avec un point à mi-parcours (conférence budgétaire)	DAF		
		Imaginer une mise à la moyenne progressive (conférence budgétaire)	DAF		
		Maintenir le niveau d'activité de N-1 en cas d'indicateurs dans la moyenne (conférence budgétaire)	DAF		
		S'assurer que la cible d'activité du pôle est réaliste	DAF		
		Mettre l'accent sur les marges de progression (conférence budgétaire)	DAF		
		Se réassurer que les objectifs sont bien compris	DAF		
		Echanger avec la direction générale pour établir la cible d'activité	CAP	Direction générale	
		Revenir sur le diagnostic si le médecin n'est pas d'accord avec l'objectif fixé	CAP		
		Discuter le potentiel déterminé pour chaque pôle et passer un contrat sur l'activité (conférence budgétaire)	CDG		
		Faire les objectifs d'activité suivant la feuille de route de la DG	CAP		
		Valider ou pas les éléments d'activité présentés par le pôle (prévisions) (conférence budgétaire)	CDG		
		Officialiser ce qui a été décidé (Conférences budgétaires)	DA		
	Se coordonner	Donner les indicateurs au DAF (conférence budgétaire)	CDG	DAF	
		Apporter les éléments MAIS ne pas intervenir (conférence budgétaire)	CDG	DAF	
		Apporter les indicateurs (conférence budgétaire)	CDG	DAF	
		Travailler en retrait sur la conférence stratégique (conférence budgétaire)	CDG	DAF	

	Responsabiliser	Mettre les responsables face à leurs engagements pris et des résultats	DAF	Responsables des unités	Business plan
		Faire des choix collectivement avec la communauté médicale	DAF	Communauté médicale	
		Retirer les moyens en cas de sous activité	DA		
	Réduire les dépenses	Taper dans les dépenses, maîtriser les dépenses	DAF		
		Externaliser	DAF		
		Rendre des emplois	DAF		
		Restructurer	DAF		
		Faire des économies sur le personnel et recours à l'intérim, sur les prescriptions de biologie, imagerie et doublons, pas sur les prescriptions médicales	DA		
		Pousser le corps médical à s'arranger	CDG		
		Réduire les coûts de structure (ne pas renforcer les services médico techniques)	CDG		
		Réorganiser les services administratifs	DA		
	Suivre et piloter l'exécution budgétaire	Préparer et suivre l'exécution budgétaire	DAF	Communauté hospitalière, communauté médicale et soignante, services techniques et services administratifs	
		Contrôler, faire le reporting et animer le suivi des dépenses des directions fonctionnelles	DAF	Directions fonctionnelles	
		Soutenir les directions fonctionnelles	DAF	Directions fonctionnelles	
		Faire un « One To One » Directeur et directeur fonctionnel	DA	Directeurs fonctionnels	
		Piloter en cas d'écart de prévision	DAF	Directions et service cliniques ou médico-techniques	
		Suivi compte des recettes de titre 3	DAF		

		Elaborer les tableaux de bord, suivre l'activité et les dépenses	CAP		
		Rendre compte de l'état des recettes et des dépenses	DAF		
		Rendre compte de l'utilisation des deniers publics	DAF	ARS, ministère	Enquêtes
		Rendre compte des crédits fléchés délégués par les tutelles	DAF	DGOS	PIRAMIG
		Soutenir administrativement la recherche	DAF		
Planification et prévision	Travailler sur des projets	Appliquer l'ENC pour étudier des projets	CDG		ENC
		Arrêter un projet à cause de l'évolution des tarifs	CDG		
		Formaliser le projet à travers un business plan	CDG		Business plan
		Faire en sorte que le projet passe (mettre des lits sur les plans et ne pas les ouvrir)	CDG		
		Chiffrer, regarder l'équilibre financier et retoucher le projet avec le DAF	DA	DAF	
		Décliner un projet en budget prévisionnel	CAP		
		Faire des travaux en classe 6	CDG		
		Faire des Brainstorming au CEL sur les projets présentés et prise de décision	CDG		
		Faire voter le CEL sur les projets	CDG	COMEX	
		Travailler sur des normes	CDG	Direction des soins	
		Travailler sur la bonne taille des unités	CDG	Direction des soins	
		Décliner un projet en budget prévisionnel	CAP		
	Travailler sur le projet médical	Chiffrer l'activité du projet médical avec le chef de pôle et la CPP, chiffrer le personnel nécessaire, chiffrer les mutualisations, écrire le projet	DA	Chef de pôle et CPP	
		Travailler sur le projet médical avec le chef de pôle et la CPP	DA	Chef de pôle et CPP	
		Partir d'un projet médical avec une logique financière	CDG		
		Travailler avec les médecins sur des projets avec des indicateurs	CDG	Médecins	Indicateurs
		Transcrire le projet médical en budget prévisionnel	CAP		
	Réaliser des études	Réaliser des études de coûts sur des parcours patient	CDG	DIM et CAP	
		Voir comment passer sur de l'ambulatoire	CDG		
		Travailler sur l'IP et sur l'ambulatoire	CDG		
		Faire des études et discuter les projets en CEL	DA		
		Réaliser une étude sur l'HDJ	CAP		

		Etudier le basculement en ambulatoire avec la baisse des tarifs de l'hospitalisation complète	CDG		
		Organiser le basculement vis-à-vis du corps médical	CDG		
	Faire des projections	Faire le business plan pour faire décoller l'activité	DA		
		Faire le bilan de l'année en cours et prévoir la progression	CAP		
		Faire la feuille de route pour le pôle	CAP		
		Faire les prévisions d'activité avec les médecins	CAP		
		Ne pas prévoir des activités annulées par la sécurité sociale	CAP		
		Faire les objectifs d'activité suivant la feuille de route de la DG	CAP		
		Prendre en compte l'effet tarifaire	CAP		
		Prendre en compte les faits marquants comme la fermeture de lits à cause de bactéries	CAP		
		Prendre en compte les réorientations des projets médicaux	CAP		
		Prendre en compte l'évolution du case-mix	CAP		
		Ne pas prévoir des activités annulées par la sécurité sociale	CAP		
	Anticiper la baisse des ressources	Anticiper la baisse des tarifs pour construire le budget	DA		
		Anticiper sur l'ONDAM et prévoir des économies	DA		
	Faire la comptabilité analytique	Arrêter de demander aux médecins la répartition de leurs temps	DA		
		Mettre un maximum de temps médical sur les blocs et peu sur les consultations	DA		
		Retravailler la répartition du temps entre les blocs et les consultations	DA		
Organisationnelle	Travailler sur le capacitaire	Re-densifier et ne pas supprimer des lits	CDG		
		Se densifier pour avoir de meilleurs indicateurs	CDG		
		Travailler sur le capacitaire avec des demandes de suppression de lits	CDG		Textes
	Gérer les lits	Analyser l'ensemble du parcours patient pour comprendre la sous-utilisation des lits	CAP		
		Basculer les lits vides sur une autre discipline avec TOC à 98%	DA		
		Fermer des lits ou faire des lits de pôle en cas de lits vides	DA		
		Fermer l'HDS en l'absence de programmation et transfert en Hospitalisation Traditionnelle	DA		

		Gérer en intra-groupe hospitalier les lits vides	DA		
		Mettre autres choses dans les surfaces libérées après déménagement	DA		
		Réduire le nombre de lits et développer l'ambulatoire	DA		
		Remplacer les salles de repos par des chambres	DA		
		Remplir les lits avec les urgences	DA		
		Structurer un hôpital du groupe en structure d'aval	DA		
Ressources humaines	Mutualiser le personnel	Faire travailler un personnel dans un autre service	DA		
		Mutualiser le personnel	DA		
		Mutualiser les consultations et organiser les plannings	DA		
		Redéployer les infirmières recrutées	DA		
	Gérer le temps de travail	Imposer au personnel de prendre des récup ou des RTT	DA		
		Recourir à l'intérim en cas de doute sur l'activité	DA		
		Recourir à l'intérim pour ne pas transférer les patients dans le privé	DA		
		Mettre le personnel en RTT ou en récupération	DA		
Stratégiques	Gagner des parts de marché	Faire venir la cardio interventionnelle d'un autre hôpital	DA		
		Refaire de l'activité et prendre une autre activité	CDG		
		Reprendre l'activité d'un autre hôpital	CDG		
		Travailler avec la direction des soins sur ce qui doit être fait	CDG	Direction des soins	
		Reprendre les statistiques nationales	DA		
		Travailler sur les thématiques de santé publique	DA		
	Fidéliser le personnel médical	Renforcer la stratégie de l'hôpital sur la chirurgie pour éviter le départ dans le privé des chirurgiens	CDG		
		Raisonner toujours médico-économique pour faire adhérer le corps médical	CDG	Médecins	
	Optimiser le codage	Améliorer et optimiser le codage	DAF	DIM	
		Vérifier les codages par le DIM	DA	DIM	
		Gratter par le codage lors des conférences annuelles de pôle	DA		
		Le DIM décrypte les éléments nouveaux du codage et trouve des astuces de codage	DA	DIM	
	Renforcer la facturation	Expliquer et faire de la pédagogie auprès des services administratifs des admissions	DAF	Service administratif des admissions	

		Facturer correctement un séjour	DAF		
		Identifier les débiteurs du patient	DAF		
		Prendre correctement l'identité d'un patient et son adresse	DAF		
		Expliquer et faire de la pédagogie auprès des services traitements externes	DAF	Service des traitements externes	
		Facturer correctement les actes et les consultations	DAF		
		S'assurer de l'identité des patients	DAF		
		Gérer les admissions; frais de séjours et traitements externes	DAF		

Annexe 1-3 : Les pratiques du groupe « encadrant du personnel soignant »

Par mesure de clarté du tableau ci-dessous nous présentons les répondants en indiquant leur fonction à travers des sigles :

- CPP : Cadre Paramédicale du Pôle
- CSS : Cadre Supérieur de Santé
- CS : cadre de Santé

Pour les acteurs :

- CAP : Cadre Administratif de Pôle
- CDP : Chef de pôle
- DIM : Directeur de l'Information Médicale

Groupe de pratique	Pratiques	Activités	Répondant	Acteurs	Artefacts Matériels
Communication et information	Analyser et informer	Voir chaque chef de service pour l'interroger sur les indicateurs (DMS, TOC)	CPP	Chefs de service	
		Parler des recettes (Réunion de l'exécutif du pôle)	CPP	Chef de pôle et CAP	
		Traiter des sujets et apporter des précisions au chef de pôle (Réunion de l'exécutif du pôle)	CPP	Chef de pôle	
		Analyser pourquoi les choses ne sont pas faites	CPP		
		Analyser systématiquement des situations de manque ou de dysfonctionnement	CS		
	Informer les équipes	Donner des missions à l'ensemble des équipes d'encadrement	CPP	Cadres de soins	
		Communiquer toutes les informations (comme un nouveau protocole) par mail ou les afficher en salles de détente	CS		
		Etre au cœur des informations	CS		
	Communiquer avec les autres	Mettre en place un système de dossiers partagés avec les cadres pour décloisonner les services	CS		Dossier informatique partagé recensant les formations, les informations, les calendriers, les fiches d'inscription
		Accompagner les cadres pour adhérer à ce système de dossiers partagés	CS		Dossier partagé
		Communiquer toutes les informations (comme un nouveau protocole) par mail ou les afficher en salles de détente	CS		
		Ecouter et rien dire (réunion avec la direction)	CS	Direction	
	Communiquer	Voir les patients, avoir le retour des patients pour donner des	CS	Patients	

	avec les patients	explications et éviter les plaintes			
		Voir les patients, les entrants en priorité	CS	Patients	
		Recueillir leurs remarques et les écouter	CS	Patients	
		Répondre aux remarques des patients	CS	Patients	
		Se présenter aux patients	CS	Patients	
		Voir les patients qui sortent	CS	Patients	
		Rencontrer les familles de patient	CS	Familles des malades	
		Mettre en place le livret d'accueil	CSS		
	Communiquer avec les agents	Passer dans les unités et regarder les gens travailler	CS		
		Recevoir les gens dans le bureau pour discuter et échanger	CS		
		Demander aux filles si les procédures leur convenaient pour réajuster et modifier	CS	Soignantes	Procédures
		Demander une solution de réorganisation à l'équipe de nuit	CS	Equipe de nuit	
		S'adapter pour faire en sorte que les exigences financières ne se voient pas	CS	Encadrement	
Prise en charge des patients	Evaluer la qualité des soins	Mettre en place avec les médecins les RMM	CPP	Médecins	RMM
		Respecter le projet de soin (Ex : mettre en place un dossier d'accueil du patient, EPP)	CPP	Cadres	OSIRIS, Dossier d'accueil du patient
		Faire le point sur les déclarations OSIRIS	CPP	Cadres	OSIRIS
		Faire comprendre aux agents que « OSIRIS » est un outil d'amélioration et non de dénonciation	CPP	Personnel paramédical	OSIRIS
		Remonter l'information aux RH et à la direction des soins sur les EPP	CPP	RH et direction des soins	
		Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)	CS		
		Revue de Morbidité et de Mortalité (RMM)	CS		
		Faire les EPP (réunion d'équipe)	CS		
		Relever les infections nosocomiales	CS		
		Analyser les résultats sur les infections nosocomiales	CS		

		Faire valider par le médecin les résultats des infections nosocomiales	CS	Médecins	
		Analyser les pratiques avec les EPP et observer les pratiques des aides-soignantes, des ponseuses	CSS		
		Suivre tous les événements indésirables et les dysfonctionnements	CSS		OSIRIS RMM
		Construire des outils pour évaluer les pratiques	CSS		
	Vérifier et contrôler la prise en charge	Contrôler la présence et le fonctionnement de scialytique en chambre	CS		
		Vérifier si tout est contrôlé chaque jour (défibrillateurs, respirateur,…)	CS		
		Vérifier si tout est en place (défibrillateurs, respirateur,…)	CS		
		Vérifier la présence du chariot de reprise en chambre	CS		
		Contrôler les dates de péremption	CS		
		Regarder si les unités mobiles d'isolement sont correctement remplies	CS		
		Vérifier si les patients bien installées	CS		
		Vérifier si les unités sont bien installées	CS		
		Voir si les procédures sont appliquées	CS		
		Etre aux transmissions une fois par semaine, vérifier si les bonnes informations sont dites	CS		
		Contrôler le travail des soignants	CS	Soignants	
		Faire des audits sur le bracelet d'identification	CS		
		Vérifier la conformité dans les blocs	CS		
		Faire le tour des chambres	CS		
		Regarder et vérifier le lavage des mains des soignants	CS		
		Contrôler de manière inopinée par exemple le bracelet d'identification	CS		Bracelet d'identification
		Contrôler l'identito-vigilance avec le bracelet d'identification	CS		
		Regarder si le patient a à proximité toutes les mesures de protection	CS		
		Regarder si le patient est conscient,...	CS		
		Contrôler si le personnel utilise le matériel correctement	CS		
		Lire les transmissions et le résumé des entrants	CS		
		Regarder le dossier administratif et le dossier de soins	CS		

		Regarder les TISS pour évaluer la charge de travail infirmier	CS		
		Regarder si les chambres sont rangées et discuter des pratiques et des difficultés	CS		
		Vérifier si tout le monde est présent, si on a tout le personnel pour fonctionner	CS		
		Alerter la secrétaire pour les patients qui ne sont plus intubées	CS	Secrétaire	
		Relire et valider les protocoles de soins faits par les infirmiers	CS		Protocoles de soins
		Remettre en place des organisations d'accueil (réunions avec les cadres)	CPP	Cadres	
		Voir tous les dysfonctionnements (réunions avec les cadres)	CPP	Cadres	
		Donner les objectifs aux cadres (réunions avec les cadres)	CPP	Cadres	
		Remettre à plat la procédure sur les stupéfiants	CS		Procédure sur les stupéfiants
	Analyser les pratiques de soins	Analyser des situations et les problèmes survenus	CS	Médecins du CREX	
		Sortir des points d'amélioration	CS	Médecins du CREX	
		Evaluer et analyser les pratiques professionnelles et de soins	CS		
	Traiter les appréciations des patients	Faire le bilan des réponses aux questionnaires de sortie saisis sur STADE View	CS		STADE View
		Rentrer les données sur Stade View	CS		STADE View
		Voir les lettres de plaintes ou de félicitations	CS		
	Se coordonner avec les autres	Justifier la nécessité de présence des Kinés à une heure précise	CS		
		Négocier et trouver un terrain d'entente sur les horaires avec les Kinés	CS		
		S'organiser en fonction des heures de présence des kinés	CS		
		Communiquer sur ce qui s'est passé la nuit (réunion de staffs avec les médecins)	CS	Médecins	
		Echanger des informations (réunion de staffs avec les médecins)	CS	Médecins	
		Passer en revue chaque patient avec son devenir et ses problématiques (réunion de staffs avec les médecins)	CS	Médecins	
		Se mettre en lien avec d'autres professionnels dans le cadre de l'instauration d'une nouvelle démarche (Assistance cardiaque)	CSS		Autres professionnels

		Travailler avec la direction des soins sur ce qui est transversal	CSS		Direction des soins
		Préparer les réunions paramédicales	CS		
		Assister au Staff avec les médecins	CS	Médecins	
		Suivre la visite avec le médecin	CS	Médecins	
		Revoir et valider les procédures par les médecins	CS	Médecins	Procédures
		Informatiser tout ce qui était fait sur papier (prise de RDV) avec un tableau opératoire informatique	CSS		
		Rédiger des procédures pour que ça ne repose plus sur une personne	CSS		
Qualité	Assurer la qualité des soins	Assurer la qualité et la sécurité des soins	CS		
		Assurer des soins de qualité et de sécurité aux patients	CS		
		Organiser tout ce qu'il y a autour de la qualité	CS		
		Disposer partout les solutions hydro-alcooliques	CS		
		Construire des grilles d'audit avec la direction de la qualité	CSS	Auditeurs	Grilles d'audit
	Travailler sur les chutes	Travailler sur les chutes des patients	CS		
		Mettre en place des actions correctives pour éviter les chutes	CS		
		Voir comment éviter les chutes	CS		
		Voir pourquoi le patient a chuté	CS		
		Voir s'il faut un affichage car il y a de plus en plus de personnes âgées	CS		Affichage
	Gérer les risques	Faire le relevé des risques	CSS		Le document unique
		Faire une cartographie des risques avec le service de la qualité des soins	CSS		
		Mettre en route des actions d'amélioration	CSS		
		Suivre la cartographie des risques le document unique	CSS		
Formation	Former les équipes	Mettre le paquet sur la formation des gens	CS		
		Accompagner les agents avec la formation continue	CSS		
		Avoir un contrôle sur les compétences de chacun	CSS		
		Apprendre aux infirmières de faire des étiquettes, les admissions	CS	Infirmières	Etiquettes
		Redonner des cours aux infirmières sur la procédure sur les stupéfiants	CS	Infirmières	Procédure sur les stupéfiants

		Remettre des cours sur les procédures sur les arrêts cardio-respiratoires	CS		
		Former à nouveau les infirmières et les novices car les compétences étaient étiolées	CS	Infirmières et novices	
		Informer et aller chercher les agents pour assister aux formations internes	CS		Chambre d'erreurs
		Faire des parcours qualifiants internes, proposer des formations	CS		
		Contrôler les compétences de base des soignants	CS	Soignants	
		Former les équipes constituées pour la chirurgie	CS		
		Accompagner et former les cadres, repérer les potentiels	CSS	Cadres	
		Former l'infirmier à la machine, aux soins, aux techniques, et être formateur	CSS	Infirmier	
		Former un infirmier expert en assistance cardiaque	CSS	Infirmier	
	Former les étudiants	Accueillir et accompagner les étudiants	CS	Etudiants infirmiers	Livret d'accueil
		Evaluer des étudiants en fin de stage	CS	Etudiants infirmiers	Tableau des compétences à acquérir
		Organiser le parcours de l'étudiant	CS	Etudiants infirmiers	
		Organiser le tutorat et faire le bilan du stage	CS	Etudiants infirmiers	
		Former, jury de mémoire, jury de concours au niveau de l'IFCS et de l'IFSI	CSS		
		Mettre en place une organisation d'accueil et de formation des stagiaires	CSS	Stagiaires	
		Préparer les plannings des étudiants infirmiers et aides-soignants	CS	Etudiants infirmiers et aides-soignants	
	Gérer la formation	Prioriser sur les formations à demander	CS		
		Recueillir les besoins de formation du personnel	CS		
		Travailler avec les infirmiers pour qu'ils forment les aides-soignants	CS		
		Arbitrer avec l'ensemble de l'encadrement supérieur du pôle	CSS		
		Axer sur des formations récurrentes fonction des activités du pôle	CSS		
		Compiler l'ensemble des documents et faire un tableau unique	CSS		
		Constituer le plan de formation pour le pôle	CSS		

		Dépenser l'enveloppe pour qu'elle soit a minima reconduite	CSS		
		Faire un projet de pôle à partir de la compilation des documents	CSS		
		Orienter l'ensemble des formations du pôle	CSS		
		Faire une projection vidéo	CSS		Projection vidéo
		Recevoir les cadres avant d'envoyer le plan de formation à la direction	CSS		
		Recueillir les besoins de formation de tous les services	CSS		
		Répartir équitablement et valider avec l'encadrement supérieur	CSS		
		Respecter l'enveloppe financière du pôle	CSS		
		Identifier le type de formation et sa justification, prioriser	CSS		
		Identifier les formations payantes	CSS		
		Suivre l'enveloppe budgétaire de formation	CSS	CPP et CAP	
Ressources humaines	Gérer le tableau des emplois	Prévenir et envoyer un mail en cas de difficulté sur le personnel	CPP	RH	
		Faire un tableau de suivi du personnel	CPP		Tableau Excel
		Ne pas dépasser le tableau des emplois	CPP	RH	Tableau des RH
		Gérer les problématiques de demandes de personnel	CPP	Cadres	
		Gérer les problématiques d'absentéisme	CPP	Cadres	
		Etaler et mieux répartir les vacances	CPP		
		Baisser l'intérim	CPP		
		Prolonger le temps de travail et paiement en heures supplémentaires	CPP		
		Faire un tableau des emplois	CSS		
		Suivre les mouvements et se caler sur les effectifs communiqués par la CPP	CSS	CPP	
	Gérer le planning	Réfléchir sur le plan d'encadrement de l'équipe	CS	Equipe d'encadrement	
		Réfléchir sur l'organisation de l'équipe de nuit	CS	Equipe de nuit	
		Augmenter le nombre d'équipe avec l'augmentation du nombre de lits en chirurgie	CS		
		Revoir le recrutement et constituer une équipe	CS		

		Se réorganiser pour les plannings en cas de départ en formation	CSS		
		Faire les plannings des infirmiers et des aides-soignantes	CS	Infirmières et aides-soignantes	
		Inscrire un dialogue au sein du planning	CS	Infirmières et aides-soignantes	
		Appeler des gens pour des heures supplémentaires	CS		
		Demander aux soignants de changer	CS		
		Faire du rafistolage	CS		
		Tirer sur les repos en respectant la législation	CS		
		Donner des journées aux soignants en fermant des lits en cas de baisse d'activité	CS		
		Exporter le planning de GESTIME sur Excel	CS		GESTIME, Excel
		Recueillir les demandes des infirmières, ce qu'elles souhaitent	CS	Infirmières	
		Répondre aux demandes des soignantes et comprendre	CS	Soignantes	
		Expliquer au personnel qu'on demande bien du pool	CS		
		Placer et positionner les infirmières sur les différents secteurs	CS		
		Revoir le planning en cas d'absence non prévue	CS		
		Voir les gens en cas de modification du planning	CS		
		Négocier avec les agents pour réajuster le planning	CS		
		Prévoir et garder des soupapes pour réagir en cas de problème sur le personnel	CS		GESTIME
		Gérer les jours d'absence et de présence des agents	CS		GESTIME
		Recourir au pool	CS		Pool
		Mettre en place de nouvelles organisations pour optimiser le temps de présence des infirmières	CS		
		Accéder à la demande des gens qui souhaitent changer	CS		
		Contrôler les plannings et les rentrer dans le logiciel	CS		GESTIME
		Faire des rectificatifs	CS		
		Faire des statistiques (compter le nombre de dialyses, plasma,...)	CS		
		Faire le planning avant le 15 du mois	CS		

		Ne pas prendre d'intérimaires mais plutôt le personnel du Pool	CS		Clinisoft
		S'assurer qu'il y ait du monde pour travailler	CS		
	Animer et soutenir l'équipe	Fédérer l'équipe	CS		
		Accompagner sur la gestion des carrières des soignants	CS		
		Animer une équipe	CS		
		Evaluer la charge de travail	CS		
		Aider l'aide-soignante et l'infirmière	CS	Aide-soignante, infirmière	
		Discuter et aller voir les infirmières pour aider	CS		
		Mettre une infirmière de plus pour aider les aides-soignantes	CS	Aide-soignante, infirmière	
		Accompagner psychologiquement les soignants	CS	Soignants	
		Rassurer, guider et contrôler les infirmières	CS		
		Résoudre les problèmes	CS		
		Faire en sorte que les deux équipes soient complémentaires	CS		
		Ecrire les procédures car compétences transmises de façon orale uniquement	CS		Procédures
		Donner aux équipes les éléments pour qu'ils aillent dans ma vision, mes objectifs	CS	Equipes	
	Gérer les problèmes et les conflits	Gérer les conflits	CPP	Syndicats	
		Communiquer et rencontrer les personnes	CPP	Tout le monde	
		Apporter un soutien aux équipes pour des problèmes personnels privés	CS	Equipe	
		Créer un lien avec toutes les équipes et une cohésion d'équipe	CS	Equipe	
		Montrer que je suis là	CS	Agents	
		Régler les problèmes ponctuels	CS	Agents	
		Discuter avec les agents pour savoir ce qui va et ce qui ne va pas	CS		
		Voir si tout va bien	CS	Agents	
		Montrer que je peux aider les agents et régler les problèmes	CS	Agents	
		Rencontrer les gens et instaurer une relation de confiance et de partage	CS	Cadres	
	Recruter	Appeler les gens	CPP		

		Débriefer avec les cadres	CPP	Cadres	
		Déléguer le tour du service des personnes recrutées	CPP		
		Faire les embauches	CPP		
		Poser des questions aux gens	CPP		Listing de questions
		Recevoir les personnes	CPP		
		Recevoir les gens retenus	CPP		
		Regarder la partie administrative pour les gens retenus	CPP		
		Trier les CV	CPP		
		Adresser les candidatures à la CSS (cadre supérieur(e) du service)	CSS	CSS	
		Anticiper lors des départs pour mettre les postes en recrutement	CSS		
		Croiser mon tableau avec celui de l'APHP pour vérifier les noms et le nombre	CSS		Tableaux
		Demander une aide temporaire	CSS		
		Envoyer le candidat pour visiter le service	CSS	Candidat	
		Expliquer aux chefs de service et faire de la pédagogie	CSS	Chefs de service	
		Mettre les postes au recrutement à l'occasion des mouvements	CSS		
		Ne pas dépasser le nombre d'effectifs du tableau des emplois sauf situation particulière	CSS		
		Prendre des emplois et les basculer sur un autre service pour rééquilibrer la situation	CSS		
		Prendre plusieurs candidats et en choisir le plus approprié	CSS		
		Raisonner en termes de qualité de soins et pas le salaire	CSS		
		Recevoir le candidat pré-sélectionné par la CPP	CSS	Candidat, CPP	
		Recevoir les candidatures, pré-trier, recevoir les personnes	CSS		
		Recruter et faire passer les entretiens pour le pôle	CSS		
		Repérer le nombre de personnes allouées par service, par fonction et par grade	CSS		
		Reporting au chef de pôle	CSS	Chef de pôle	
	Evaluer le	Faire les évaluations	CS		

	personnel	Evaluer le personnel avec des entretiens	CS		
	Aménager les postes	Aménager des postes	CSS		
		Positionner les agents à mi-temps, GPA et trouver des affectations	CSS		
		Travailler avec l'encadrement supérieur sur les GPA	CSS		
		Trouver des métiers qui n'existent pas à l'hôpital	CSS		
		Vérifier la possibilité de faire des transformations de postes	CSS		
	Mutualiser le personnel	Faire tourner les gens et les passer sur un autre service	CSS		
		Demander aux collègues et s'entraider en mutualisant	CS		
	Gérer les personnels difficiles	Faire des rapports	CSS		
		Proposer des solutions	CSS		
		Remettre quelqu'un sur les rails	CSS		
		Réorienter sur un métier	CSS		
		S'occuper des personnes qui posent problèmes	CSS		
Codage	Optimiser le codage	Vérifier l'adéquation entre les poses de DMI et les achats	CPP		Tableau de consommation des DMI
		Faire un compte rendu pour expliquer l'écart sur les DMI	CPP		Tableau de consommation des DMI
		Rentrer les DMI pour avoir le remboursement par la Sécurité Sociale	CSS		
Gestion du matériel	Eviter la disparition du matériel	Vérifier que les pacemakers ne disparaissaient pas	CS		
		« Checker » les pacemakers tous les matins	CS		
		« Checker » les bouteilles à oxygène tous les jours	CS	Equipe de coordination	Chariot et points de check
		Imposer la vérification de la présence du matériel	CS	Soignants	
		Contrôler la présence du matériel et son fonctionnement	CS		
		Cacher les pacemakers qui ne sont pas fixés	CS		Pacemakers
		Mettre en place une procédure de transport pour les pacemakers	CS		Pacemakers
		Travailler avec le bloc opératoire sur les procédures pour les pacemakers	CS	Collègue du bloc opératoire	Procédures pour les

					pacemakers
		Fixer un pacemaker dans chaque chambre en soins intensifs	CS		Pacemakers
	Vérifier et contrôler le matériel	Déterminer ce qui doit être présent comme matériel dans les chambres et le valider par les soignants	CS		
	Gérer le matériel	Gérer le matériel	CS		
		Faire en sorte que le personnel ait tout ce qu'il faut pour travailler et soigner le patient	CS	Equipe soignante	
		Faire le lien quand l'infirmière a besoin de quelque chose en logistique et aller le lui chercher	CS	Infirmières	
		Gérer les locaux, lits physique, tables de nuit,…	CS		
		Faire les demandes de réparation quand les infirmières sont occupées	CS	Infirmières	Quick DI
		Mettre en place de nouvelles organisations pour optimiser le matériel	CS		Logiciel I-POP
		Ne pas passer de commande pour la pharmacie	CS		
		Ne pas vérifier le stock de matériel	CS		
		Prioriser les demandes de matériel car on n'aura pas tout	CS		
		Utiliser les tenues papier en cas de manque de tenues	CS		
		Coordonner la maintenance des équipements, des locaux	CSS		
		Expliciter pourquoi on va acheter tel équipement	CSS		
		Gérer les flux de matériels, des équipements	CSS		
Organisationnelle	Gérer les lits	Annoncer les lits vides au SAMU et aux urgences	CPP		
		Parlementer avec les médecins pour qu'ils libèrent un lit	CPP	Médecins	
		Prendre le patient, le soigner et trouver un lit ensuite	CPP		
		Trouver une solution en cas de problèmes de lits	CPP		
		Mutualiser les lits	CPP		
		Se mettre d'accord avec les urgences pour envoyer des patients Cardio	CPP	Urgences	
		Intervenir en cas de difficultés des coordinateurs pour trouver des lits	CS	Coordinateurs	
		Mettre les limites pour les médecins vis-à-vis de l'équipe de coordination	CS	Médecins	
		Mettre le véto extrême pour la sortie d'un patient à l'encontre de l'avis du médecin	CS	Médecins	

		Organiser avec la cadre logistique la fermeture des lits pour le nettoyage, la logistique et les réparations	CS	Référent logistique	
		Fermer des lits en cas de baisse d'activité	CS		
		Vérifier la disponibilité de lits	CS		
		Contacter la famille des patients pour libérer le lit	CS	Famille des patients	
		Contacter l'assistante sociale pour libérer le lit	CS	Assistance sociale	
		Rechercher des solutions avec les médecins pour certains patients	CS	Médecins	
		Instaurer un tableau de suivi de l'occupation des lits	CS	Internes, médecins	
		Imaginer des scenarii en cas d'indicateurs mauvais (DMS, TOC) pour optimiser les lits	CS		
		Charger les places du bloc en sachant qu'on ne remplira pas tout	CS		Logiciel I-POP
		Mettre en place de nouvelles organisations pour optimiser les lits	CS		
		Appeler les services pour qu'ils prennent les patients	CS		
		Passer les malades en unité de surveillance continue	CS		
		Répondre à des demandes extérieures (centres de convalescence) notamment de formation (permet de libérer des lits)	CSS		
	Gérer le flux de patients	Vérifier si les entrées et les sorties des patients sont contrôlées	CS		
		Mettre en place une équipe de coordination	CS	Equipe de coordination	
		Gérer le flux de patients, il faut qu'on ait des lits	CS		
		Mettre en place l'outil AGENDA pour les rendez-vous	CS		AGENDA
		Créer le métier d'infirmier de coordination	CS		
		Aider l'équipe de coordination en cas de problèmes	CS	Equipe de coordination	
		Faire le point avec les internes sur les sortants	CS	Internes	
		Travailler avec les médecins pour lisser les entrants et les sortants	CS	Médecins	
		Gérer les entrants du jour	CS		
		Rappeler aux médecins l'absence de feuille d'informations sur le patient	CS	Médecins	Feuille spécifiant l'urgence, la priorité,...

		Anticiper sur les demandes de rééducation cardiaque (Réunion avec l'assistante sociale et les internes)	CS	Médecins, Internes, assistante sociale	
		Reprendre tous les patients, faire le point sur les sortants, les prises en charge, demandes de rééducation (Réunion de staff avec le chef de service, internes, infirmières, secrétaire)	CS	Chef de service, internes, assistante sociale, infirmières, secrétaire	
		Appeler les services pour qu'ils prennent les patients	CS		
		Passer les malades en unité de surveillance continue	CS		
		Former le personnel d'aval (les patients peuvent sortir)	CSS		
		Mettre en place une coordination pour gérer le flux de patients	CSS		
		Appeler les services pour qu'ils prennent les patients	CS		
		Travailler avec les structures d'aval comme les maisons de convalescence	CSS		Maisons de convalescence
Maîtrise des dépenses	Analyser et maîtriser les dépenses	Faire des études et trouver des solutions en cas d'évolution des dépense (utiliser l'usage unique ex : fibroscope)	CPP		
		Faire table rase des abus qui existent	CS		
	Suivre les commandes de matériel	Contrôler le volume de matériel dans les petites réserves	CS		
		Vérifier si les commandes de matériel sont justifiées	CS		
		Contrôler l'utilisation des tenues de personnel	CS		
		Contrôler si tout est bien rangé dans la réserve, si c'est propre	CS		
		Rentrer moins dans les chambres pour éviter le gâchis	CS		
	Contrôler les commandes de médicaments	Regarder et vérifier sur un tableau pour que les infirmières ne commandent pas trop	CS	Infirmières	Tableau
		Vérifier la réserve et revoir les infirmières pour refaire la commande en cas d'alerte de la pharmacie	CS	Infirmières, pharmacie	
	Contrôler les commandes de repas	Contrôler les commandes de repas	CS		
		Faire les commandes de repas	CS		
		Mettre en place une check-list pour éviter le gâchis	CS		
		Ne pas commander de petites bouteilles d'eau pour les patients	CS		
Budgétaires	Communiquer	Annoncer les décisions prises en pré-conférences budgétaires avec les RH (conférence budgétaire)	CPP	Les présents en CB	
		Annoncer les futurs projets (Pré-conférences budgétaires avec la RH)	CPP	Les présents en	

				Pré-CB	
		Faire des efforts sur l'intérim et défendre les heures supplémentaires (conférence budgétaire)	CPP	Les présents en conférences budgétaires	
		Demander et négocier les postes (Pré-conférences budgétaires avec la RH)	CPP	RH	
		Chercher les chiffres de l'activité sur le site internet ou lors du conseil de pôle	CSS		
		Répondre à des questions et apporter un éclairage pour la conférence budgétaire	CSS		
	Respecter l'équilibre budgétaires RH	Regarder les lignes budgétaires	CSS		
		Répartir entre les services de manière raisonnable	CSS		
		Respecter l'équilibre budgétaire	CSS		
		Suivre le TPER	CSS		
		Suivre les indications de l'exécutif du pôle	CSS	Exécutif du pôle	
Projet	Accompagner les équipes sur les projets	Accompagner l'équipe dans la gestion des projets	CS		
		Chercher les compétences et les placer aux bons endroits sur des projets qu'on souhaite faire	CS	Soignants	
		Accompagner l'équipe de cadres et s'engager dans la conception des projets	CSS		
		Fidéliser le personnel, moins d'intérimaires à travers les projets (CONEQUENCE DES PROJETS)	CSS		
		Formaliser au personnel le projet	CSS		
		Former l'infirmier à la machine, aux soins, aux techniques, et être formateur	CSS	Infirmier	
		Résultat du projet, métier nouveau d'infirmier expert en assistance cardiaque	CSS		
	Se donner les moyens	Donner les moyens	CSS		
		Négocier un local pour stocker les assistances	CSS		
		Se mettre en lien avec d'autres professionnels	CSS	Autres professionnels	
	Suivre et accompagner les	Ecrire, dire et suivre	CPP	Médecins	
		Accompagner les projets dans le temps	CS		

	projets	Mener des projets	CS		
		Mettre en place et suivre à court et à long terme les projets	CSS		
Logistique	Se comparer	Se comparer à un autre hôpital sur la gestion de la logistique	CS	Référent logistique	
	Gérer les approvisionnements	Faire la liste de ce qu'on souhaite avoir pour la cadre logistique	CS	Référent logistique	
		Faire l'inventaire de ce qui manque dans les chambres	CS		
		Mettre en place les choses qui manquent dans les chambres	CS		
		Remettre les bonnes pratiques en route	CS		
		Appeler et envoyer des fax pour des commandes particulières	CS		
		Commander les solutés de perfusion	CS		
		Déconditionner les ampoules de stupéfiants	CS		
		Afficher le coût des produits comme dans les supermarchés	CSS		
		Construire un tableau Excel et référencer tous les produits pour le bloc	CSS		Tableau Excel
		Equilibrer les dépenses avec un stock tampon raisonnable	CSS		
		Faire des commandes à travers un logiciel institutionnel	CSS		
		Faire un relevé de l'activité mensuelle du bloc pour calibrer les stocks	CSS		Relevé de l'activité
		Gérer les stocks	CSS		Tableau Excel
		Informer la CPP sur des commandes particulières	CSS	CPP	
		Préparer la justification pour le service économique	CSS	Service économique	
		Suivre la consommation moyenne et ne pas faire des sur-stocks	CSS		
		Suivre les péremptions et ne pas faire des enveloppes dispendieuses	CSS		
	Gérer les repas	Gérer les repas avec toute sa filière	CS	Prestataires	
		Gérer les problèmes sur les plateaux repas	CS	Prestataires	
		Analyser les problèmes sur le circuit des plateaux repas	CS		
		Contrôler l'office alimentaire avec la cadre logistique	CS	Référent logistique	
		Faire le lien entre l'aide-soignante, l'infirmière et le médecin sur le problème des plateaux repas	CS	Aide-soignante, infirmière, médecin	
		Informer les aides-soignantes sur les plateaux repas (patients à jeun, repas à ne pas chauffer,..)	CS	Aides-soignantes	

		Faire intervenir la diététicienne pour des patients qui ne comprennent pas le régime alimentaire	CS	Diététicienne	
	Gérer le transport des patients	Commander des ambulances	CS		
		Gérer les relations avec les kinés, la radio, les ambulances	CS		
		Travailler avec l'encadrant des ambulances, l'encadrant de l'endroit de l'examen	CS	Encadrants d'autres unités	
		Voir avec l'infirmière pour que l'ambulancier ait les bonnes informations (bouteille à oxygène requise)	CS		
		Voir avec l'infirmière pour que le patient soit prêt à l'arrivée de l'ambulance	CS		
		Former les soignants ou organiser des formations sur le transport des patients	CS	Soignants	
Qualité centralisée	Analyser	Analyser la situation et déterminer les axes prioritaires de travail	CSS		
		Faire le parcours patient-traceur et analyser les résultats	CSS		
	Se coordonner	Accompagner les équipes sur la qualité	CSS		
		Participer aux axes transversaux en matière de qualité (CREX et commission qualité)	CSS		
	Evaluer la prise en charge	Prendre en charge les réclamations des patients et mettre en place des actions	CSS		
		Réaliser des enquêtes auprès des patients	CSS		
		Evaluer la perception du patient de son séjour à l'hôpital	CSS		
		Evaluer et améliorer le dossier patient à travers des audits avec la direction des soins	CSS	Direction des soins	
		Faire des audits sur le médicament ou la politique du médicament	CSS		
		Mettre en place des audits	CSS		
	Améliorer la qualité des soins	Améliorer la qualité de soins en mettant en sécurité les soignants	CSS		
		Travailler sur l'accueil	CSS		
		Décliner les actions dans les services suite à l'analyse des résultats	CSS		
		Reprendre le circuit de la préparation cutanée	CSS		
		Vérifier le fonctionnement de ce qui a été mis en place	CS		
		Rédiger les protocoles de coopération	CSS		
	Se comparer	Voir où on était par rapport au référentiel HAS et aux différents thèmes	CSS		

		Se comparer à des indicateurs	CSS		
		Reprendre les bonnes pratiques préconisées par les sociétés savantes pour les prépa-cutanées	CSS		
Logistique centralisée	Se comparer	S'enrichir de ce qui se passe ailleurs	CS		
	Se coordonner avec les autres	Centraliser la logistique	CS	Référent logistique	
		Communiquer auprès des soignants en cas de dysfonctionnements ou de retard	CS		
		Réunir les cadres toutes les six semaines	CS		
		Collaborer avec la logistique de l'hôpital	CS		
		Coordonner la logistique de tout ce qui est à l'extérieur du service	CS		
		Créer des outils et des tableaux pour aider les agents à vérifier ce qu'ils ont tout fait	CS		
		Favoriser la polyvalence entre les coursiers, brancardiers et logistique pour gérer les pics d'activité	CS		
		Réunir au fil de l'eau les agents de la logistique	CS		
		Jouer le rôle de consultante et donner un avis consultatif	CS		
		Communiquer avec les équipes et avec les agents de la logistique pour pouvoir anticiper et ne pas travailler dans l'urgence	CS		
	Gérer les repas (restauration des patients)	Aider les cadres et les soignants	CS		
		Analyser avec les équipes le process	CS		
		Dans des locaux nettoyés et des enceintes réfrigérées	CS		
		Faire l'interface avec les services techniques de l'hôpital (remettre en état les locaux)	CS		
		Gérer les relations avec les prestataires	CS		
		Optimiser le circuit de livraison des repas sans rupture de la chaîne de froid	CS		
		Remplacer les équipements obsolètes ou défectueux	CS		
		Résoudre le problème de manque de terminaux pour commander les repas	CS		
		Sensibiliser l'encadrement au plan d'action suite au rapport des services vétérinaires	CS		
		Veiller à la bonne marche du matériel	CS		

		Vérifier les couverts et les bols et les commander en cas de besoin	CS		
	Gérer le linge, le nettoyage et les déchets	Accompagner les soignants pour l'application et le respect de la réglementation	CS		
		Arrêter une pratique non conforme à la réglementation en matière d'hygiène	CS		
		Commander et gérer la distribution des draps glisse	CS		
		Confronter les fonctionnements et l'organisation à la réglementation	CS		
		Définir une dotation en linge en fonction des besoins et du type de patients	CS		
		Faire la veille réglementaire	CS		
		Fluidifier le circuit et monter dans les étages ce qui sera utilisé	CS		
		Intervenir en cas de problème avec le SCB de l'APHP	CS		
		Vérifier le respect de la réglementation	CS		
	Gérer le matériel	Accompagner l'introduction d'un nouveau matériel avec de la formation	CS		
		Bloquer la réception du matériel au niveau -1	CS		
		Discuter avec les cadres leur demande de matériel et estimer le coût	CS		
		Délivrer le matériel dans les secteurs	CS		
		Réceptionner, enregistré le matériel en prêt et analyser les événements indésirables sur ce matériel hors marché	CS		
	Gérer les approvisionnements	Approvisionner les réserves sans attendre la demande de la cadre par connaissance des spécificités du service	CS		
		Attribuer une réserve à chaque unité et définir le besoin avec les cadres	CS		
		Contrôler s'il n'y a pas d'erreur de livraison	CS		
		Déterminer le niveau de sécurité pour l'approvisionnement des réserves	CS		
		Fluidifier le circuit et monter dans les étages ce qui sera utilisé	CS		
		Impliquer les cadres, les agents logistiques et les utilisateurs dans la définition du besoin et de la quantité	CS		
		Informer les cadres et les logisticiens en cas de rupture d'une référence par mails	CS		
		Passer les commandes hors stock auprès de l'économat	CS		
		S'approvisionner de façon hebdomadaire auprès des magasins internes	CS		

		(pharmacie)			
		Approvisionner les réserves en solutés de dialyse en cas d'urgence	CS		
		Mise en place d'un système de secours pour les solutés de dialyse	CS		
	Gérer le transport des patients	Avantage du système	CS		
		Contrôler la qualité du service en assurant la traçabilité avec le logiciel	CS		
		Mettre en place un système d'adresse mail unique pour communiquer la tâche au coursier et éviter un système uniquement oral	CS		
		Mettre en place une obligation de saisie de la tâche par le demandeur	CS		
		Redonner confiance aux agents de la logistique	CS		
		Surveiller le travail des agents	CS	Agents	
		Réguler la charge de travail des agents de la logistique surtout en cas de patients grave	CS	Agents, Patients	
Formation centralisée	Recenser les besoins	Centraliser la gestion de la formation	CPP	Référent formation	
		Centraliser les demandes, synthétiser, prioriser, optimiser les moyens, décloisonner les services	CS		
		Donner les informations et les documents aux cadres au sujet de la formation	CS	Cadres	
		Eduquer les cadres pour qu'ils remplissent les listes de demandes de formation	CS	Cadres	
		Etablir le calendrier pour éviter les chevauchements	CS		
		Recenser les besoins réels de formation	CS		
	Sélectionner	Regarder le profil de l'agent, discuter avec lui, faire une étude de l'agent pour se prononcer sur la formation	CS	Agent	
		Rencontrer les agents pour préciser leurs objectifs	CS		
		Accompagner les personnels présentant des concours, formations individuelles qualifiantes	CS	Personnel	
		Arrêter avec la théorie pour que le personnel applique	CS		
	Valider	Transmettre au service formation les demandes validées avec la CPP	CS	Service formation	
		Valider ou pas les demandes de formation avec la CPP	CS	CPP	
		Eviter que ce soit les mêmes qui se forment	CS		
		Voir les besoins individuels avec les cadres	CS	Cadres	

	Capitaliser	Mettre en place un dispositif de pérennité	CS		
		Faire des statistiques sur le retour et sur investissement et sur les attentes	CS		
		Réinvestissement sur le terrain	CS		

ANNEXE 2: les pratiques de programmation

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de programmation »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Gagner des parts de marché	• Déterminer un schéma directeur	• Croissance de l'activité de l'hôpital • Décroissance de l'activité d'autres hôpitaux de l'APHP • Classement de l'hôpital sur certaines activités comme la chirurgie cardiaque • Concurrence du privé	• Normes en matière de nombre de personnel obligatoire pour un nombre de lits (ou de patients)	• Cibler des thématiques nécessaires en termes de besoins de santé publique • Développer de nouvelles activités • Reprendre des activités d'hôpitaux en difficulté	
Travailler sur des projets					
Formaliser le projet	• S'assurer de la cohérence du projet avec le marché	• Projets politiquement porteurs en termes de santé publique • Part de marché cible (nombre de patients) • Avec un projet médical, on sait où on va		• Rédiger le projet médical (par le chef de pôle)	• Projet médical
Calibrer le projet	• Ne pas faire de la recette à tout prix • Avoir le meilleur parcours patient • Faire adhérer les médecins • Simuler l'équilibre financier du projet	• Projets politiquement porteurs en termes de santé publique • Part de marché cible (nombre de patients) • Quand on a un projet médical, on sait où on va	• Normes en matière de nombre de personnel obligatoire pour un nombre de lits (ou de patients)	• Chiffrer l'activité, le personnel, les mutualisations,…sur la base des coûts de l'ENC • Raisonner en médico-économique • Travailler avec des équipes pour onze lits au lieu de huit lits	• Projet médical • ENC
Chiffrer et faire le montage financier du projet	• Transcrire et décliner le projet médical en budget prévisionnel • Montrer que le projet est équilibré • Choisir des projets qui rapportent	• Evolution des tarifs (moins 30% sur la dialyse) • Insuffisance du budget d'investissement		• Augmenter le niveau prévu d'activité • Prévoir des lits sur les plans qui ne seront pas ouverts • Financer sur le budget de fonctionnement des dépenses d'investissement	
Présenter les projets en CEL	• Faire une sorte de brainstorming comme une feuille de route • Recueillir l'avis du CEL sur les projets et son arbitrage	• Le directeur est le dernier arbitre		• Présenter les business plans des projets et la feuille de route quinquennale de l'hôpital	• Business plan • Feuille de route de l'hôpital

Négocier le financement du projet avec le siège	• Montrer que la Pitié est soudée, c'est ce qui fait notre force • Renforcer la position de la direction de l'hôpital vis-à-vis de ses interlocuteurs au siège • Faire inscrire le(s) projet(s) présenté(s) dans le PGFP de l'APHP	• Absence de projet d'investissement pour la Pitié-Salpêtrière dans le PGFP 2015-2019 de l'APHP • L'hôpital est à l'équilibre depuis 2012 avec 10 millions de recettes supplémentaires chaque année • Possibilité d'autofinancement d'un projet de 15 M€ si l'hôpital était autonome • Un résultat de 20 millions donne une capacité de négociation		• Réaliser la conférence stratégique avec le siège avec les chefs de pôles • Monter les projets, faire des études, soumettre le projet au siège	• Feuille de route de l'hôpital
Négocier les tarifs et des financements avec les tutelles (ministère de la santé et l'ARS)					
Négocier la révision à la hausse des tarifs pour les activités ambulatoires en médecine	• Faire pression auprès des tutelles • Reconnaître des tarifs supérieurs pour les activités ambulatoires en médecine	• L'hôpital peut perdre des recettes (beaucoup d'argent) à cause de la sous-tarification • Tarifs faibles pour l'ambulatoire en médecine			
Négocier le financement de la PASS et d'autres projets	• Prouver que c'était utile d'avoir exactement la même logique de financement pour la PASS que pour les autres activités médicales • Financer la PASS avec la logique activité comme pour les autres prises en charge • Obtenir le financement d'un projet (10 M€ de l'ARS)	• La PASS n'a pas à être déficitaire • La PASS est un attachement très fort au service public • L'ARS avait des fonds, il y avait 10 M€ • L'ARS avait des fonds de tiroir du plan « Hôpital 2017 »		• Faire des dossiers de façon à avoir des MIGAC correspondant au service rendu • Faire venir des gens de l'ARS, de médecins du monde, pour donner un petit peu d'ampleur au comité de pilotage • Rédiger un projet et le faire valider au directeur	
Négocier la révision du codage de certaines activités	• Démontrer les incohérences du codage pour certaines disciplines • Montrer le mauvais codage et obtenir la révision du GHS • Rééquilibrer le business plan suite avec la révision du GHS	• Spécificité de la prise en charge en question (obésité morbide)		• Monter un dossier pour montrer que c'était mal codé	• Business plan

Réaliser des études : étudier et organiser le basculement de l'activité en ambulatoire	• Montrer que sur certains parcours, le coût est plus élevé que la recette si l'activité est réalisée en ambulatoire	• Risque de perte de recettes si des activités de chirurgie demeurent réalisées en hospitalisation complète et ne passent pas en ambulatoire • Incitation à développer l'ambulatoire en chirurgie et pas en médecine (dont la prise en charge ne relève pas de la chirurgie) • Déficit sur certains patients médicaux (dépense supérieure à la recette) • La recette ne suffit pas à couvrir les coûts directs		• Faire une étude sur un parcours patient sur quatre GHM et la présenter à l'ATIH (responsable de l'ENC) • Calculer les coûts directs • Ne pas demander aux médecins de faire plus d'activité si la capacité est utilisée	ENC
Optimiser la capacité d'accueil des patients	• Présenter une feuille de route au conseil exécutif • Ne pas s'inscrire dans la logique du siège donc ne pas réduire la capacité en lits • Avoir les meilleurs indicateurs • Répondre aux services de l'hôpital quand ils demandent leur positionnement comparatif • Se comparer dans l'environnement (que font les autres, comment évoluent les autres) pour éviter de subir les choses	• Enjeu est très fort sur le capacitaire : le siège demande la suppression de lits • Cinq ou six axes stratégiques sur lesquels il existe des possibilités de développement • Logique du siège est de supprimer les lits non occupés • La pitié peut être comparée à d'autres CHU (Bordeaux, Lille, Marseille,…) • Les médecins pensent que la Pitié n'est pas comparable aux autres CHU		• Travailler sur une feuille de route type et la présenter au conseil exécutif • Densifier et ne pas fermer les lits • Travailler sur des indicateurs • Faire d'un hôpital du groupe une structure d'aval spécialisée • Se comparer aux autres CHU sur chaque discipline et présenter les résultats au CEL • Se comparer à dix CHU et non à trois comme le souhaite le siège	• Feuille de route de l'hôpital
Restructurer et réorganiser les services administratifs, logistiques et techniques	• Ne pas basculer dans le surcodage • « Attaquer » les dépenses et non plus uniquement les recettes • Ne pas créer 28 emplois demandés par le pôle cœur à la construction du bâtiment	• Travailler sur les dépenses revient à travailler sur les organisations • Le pôle « imagerie » est déficitaire		• Travailler sur les rendus d'emplois, la restructuration des services administratifs, l'externalisation • Mutualiser le matériel (scanner, IRM,…) entre le pôle imagerie et les autres pôles • Réduire les effectifs des services administratifs (exemple : direction des finances)	
Se comparer à une norme (l'Etude Nationale des Coûts	• Etre dans le groupe (hôpitaux participant à l'ENC) et faire remonter les spécificités de l'hôpital	• L'APHP a des charges plus importantes que l'ENC pour les examens de laboratoire • L'hôpital est cinquième du classement du « Point »		• S'inscrire à l'ENC dès qu'il y a un recensement de l'ATIH • Superviser les chiffres du classement des hôpitaux	

(ENC) par exemple)	• Vérifier la complétude des informations et des données communiquées lors des recensements	• Baisse dans le classement des hôpitaux			

ANNEXE 3 : les pratiques de budgétisation

Phase1 : Fixation des objectifs par le personnel administratif

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « **Phase de budgétisation** » Phase 1 : fixation des objectifs par l'administration				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Fixer des objectifs d'activité médicale à réaliser	• Analyser l'ensemble des éléments (financiers, personnel, qualité,…) • Fixer des objectifs d'activité médicale à réaliser et établir des projections d'activité médicale • S'assurer que les objectifs sont compris par les médecins • Réfléchir collectivement (avec le pôle) pour améliorer les choses	• Conférence budgétaire avec les pôles après la conférence avec le siège de l'APHP • Le réalisme des objectifs est fondé sur le maintien de l'activité d'une année • Identification de marges de progression car les indicateurs (DMS, IP) ne sont pas bons		• Faire un état des lieux et un diagnostic, faire le bilan de l'année écoulée • Déterminer le potentiel d'activité du pôle • Présenter les tableaux de potentiel d'activité du pôle au regard des indicateurs (DMS, TOC, IP) • Analyser les indicateurs (problème de codage par exemple) • S'assurer que les objectifs sont bien compris et qu'ils sont réalistes et atteignables • Construire le budget sur le fondement des résultats des négociations avec le siège	• Feuille de route de la direction générale
		• Situation des services en termes de production (niveau d'activité), indicateurs DMS et IP	• Indicateurs de suivi (tels que la DMS et l'IP) dans la moyenne et qui n'a pas de sujets de réorganisation ou de surcoût liés à des travaux => maintenir le niveau d'activité de l'année précédente		
		• Présentation du business plan au siège de l'APHP pour validation	• Mesures nouvelles et exigence d'activité supplémentaire => exiger une augmentation d'activité formulée dans le cadre d'un business plan	• Surveiller la réalisation de l'activité prévue dans le business plan	• Business plan
		• Identification de marges de progression car les indicateurs (TOC, DMS, IP) ne sont pas bons	• Indicateurs (DMS, IP) en dessous de la moyenne (gap modéré)	• Analyser pour objectiver les raisons du décalage par rapport à la moyenne • Fixer un objectif de retour de la DMS à la moyenne à échéance cible	
			• Indicateurs en dessous de la moyenne (gap important)	• Analyser pour objectiver les raisons du décalage par rapport à la moyenne • Fixer un objectif intermédiaire, refaire un point à mi-parcours, imaginer une mise à la moyenne progressive, mettre l'accent sur les marges de progression quand elles sont identifiées	

	• « Gratter » par le codage des recettes supplémentaire	• Existence de marges internes d'amélioration du codage • Connaissance de l'impact de l'évolution des tarifs (la conférence budgétaire se tient en mars-avril donc après publication des nouveaux tarifs)		• Modéliser les marges internes d'amélioration du codage	

Phase2 : Elaboration du pré-budget par le personnel administratif

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de budgétisation » Phase 2 : élaboration du pré-budget				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Etablir des projections d'activité médicale	• Prendre en compte des facteurs clés influençant les prévisions	• Changements et réorientations du projet médical • Capacité du pôle e, termes de nombre de lits (capacité) • Augmentation de la demande du pôle et nécessité de capacité supplémentaire • Basculement de l'hospitalisation traditionnelle en ambulatoire		• Prévoir la capacité en lits en fonction du projet médical • Prendre en compte l'évolution des traitements qui peut changer la manière de prendre en charge les patients • Réduire la capacité en lits pour d'autres services	Feuille de route de l'hôpital
	• Prendre en compte des facteurs clés influençant les prévisions	• Annulation des activités d'HDJ par la sécurité sociale	• Contrôle de la sécurité sociale	• Ne pas prévoir des activités annulées par la sécurité sociale	
	• Prendre en compte des facteurs clés influençant les prévisions	• Fermeture des unités	• Blocage des admissions en cas de (Bactérie Multi-Résistantes et Emergentes)	• Ne pas prévoir d'activité sur les lits fermés	
	• Prendre en compte des facteurs clés influençant les prévisions • Anticiper sur la baisse des tarifs de remboursement	• Evolution des tarifs de remboursement et perte potentielle de 1 million d'euros de recettes • Les tarifs sont connus au mois de mars de l'année N alors que le budget est préparé quatre mois avant	• Tarification A l'Activité (T2A)	• Prendre en compte l'évolution des tarifs en établissant des prévisions à base constante et anticiper la baisse des tarifs	
	• Prendre en compte des facteurs clés influençant les prévisions	• Evolution du case-mix		• Prendre en compte l'évolution du case-mix	
	• Prendre en compte des facteurs clés influençant les prévisions • Anticiper sur l'évolution du niveau de l'ONDAM	• Evolution de l'ONDAM (diminue et n'augmente pas)		• Prendre en compte l'évolution de l'ONDAM et anticiper une évolution à la baisse	

Phase2 : Elaboration du pré-budget par le personnel médical

Personnel médical	Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de budgétisation » Phase 2 : élaboration du pré-budget				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Prévoir le niveau d'activité à réaliser	• Définir une cible d'activité à atteindre	• Le service est un centre de référence, patients vieillissant, lourds, exigeants • Nouvelles modalités de prise en charge quand la maladie est très évoluée • Nécessité de maintenir une capacité d'hospitalisation traditionnelle		• Augmenter beaucoup l'activité extérieure en projection • Faire la simulation sur un tableau Excel du nombre de séjour et du volume de recettes	• Tableau Excel fourni par le CAP (cadre administrati f de pôle)
	• Estimer le niveau raisonnable d'augmentation de l'activité	• Niveau d'activité des services, les travaux, les thématiques en développement • Changements prévus d'activité et leurs conséquences financières • Prévisions de travaux d'amélioration (donc fermetures de lits) ou nouvelles thématiques		• Faire un plan d'action en termes d'activité traduit dans un projet budgétaire	• Projet budgétaire

Phase2 : Elaboration du pré-budget par le personnel encadrant du personnel soignant

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de budgétisation » Phase 2 : élaboration du pré-budget				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Gérer la formation	• Faire un document unique, un plan de formation • Faire un projet de pôle • Orienter l'ensemble des formations • Justification par les cadres du type de formation demandé • Arriver à un consensus sur le plan de formation du pôle • Favoriser les formations récurrentes liées à la nature d'activité du service	• Multitude de type de formations (payantes, DU, Masters) • Les formations récurrentes		• Recueillir les besoins du personnel • Compiler l'ensemble des documents (tableaux), tous les plans de formation pour faire un document unique, un plan de formation • Arbitrer l'ensemble du plan de formation avec les cadres supérieurs du pôle • Prioriser les formations et répartir équitablement l'enveloppe entre les services • Valider le plan avec l'ensemble des cadres supérieurs • Déléguer une partie de l'enveloppe aux formations récurrentes • Faire faire les cours par les infirmiers aux aides-soignants • Organiser les cours	• Entretien annuel d'évaluation comme support de recueil des besoins • Tableau envoyé par l'administration avec une date butoir • Document unique, plan de formation • Support vidéo pour la projection
Gérer le matériel		• Gestion centralisée de la logistique • La cadre référente de la logistique centralise les demandes budgétaires		• Adresser les demandes à la cadre référente	

Phase3 : Négociation du pré-budget (personnel administratif)

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « **Phase de budgétisation** » Phase 3 : négociation du pré-budget				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Négocier les objectifs fixés avec le pôle	• Valider ou ne pas valider les propositions du pôle	• Changement de corps médical	• Impossible de réaliser un niveau d'activité inférieur à celui de l'année précédente	• Valider les propositions du pôle avec un suivi mensuel de l'évolution de l'activité • Présentation mensuelles de l'évolution de l'activité et des recettes en conseil exécutif	
		• Evolution du projet médical		• Réviser le business plan	• Business plan
		• Niveau des indicateurs (Indice de Performance et taux d'occupation des lits)		• Déterminer le potentiel d'activité du pôle en fonction de l'IP et du taux d'occupation des lits • Passer un contrat d'activité avec le pôle	• Feuille de route sur les aspects budgétaires • Contrat d'activité

Phase3 : Négociation du pré-budget (personnel encadrant du personnel soignant)

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de budgétisation » Phase 3 : négociation du pré-budget				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**

Négocier l'enveloppe du personnel avec la DRH	• Eviter les conflits que peut engendrer la négociation de l'enveloppe de personnel en conférence budgétaire • Eviter de présenter ce qui n'a pas été validé par la direction des ressources humaines	• Les demandes et les négociations du personnel se font en pré-conférence budgétaire • Impossible de négocier l'enveloppe de personnel en conférence budgétaire (présence de beaucoup d'acteurs)		• Faire la pré-conférence budgétaire avec la direction des ressources humaines • Négocier l'enveloppe de personnel	
	• Obtenir une enveloppe pour les heures supplémentaires	• Nombre de congés bonifiés et de congés maternité		• Négocier l'enveloppe des heures supplémentaire lors de la conférence budgétaire	

Phase5 : Validation du budget par le CEL (personnel administratif)

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de budgétisation » Phase 5 : : validation du budget par le CEL				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**

Valider le budget par le CEL	• Partager les indicateurs avec le conseil exécutif	• Le siège regarde toujours tous les sujets (exemple : l'ambulatoire sur lequel l'hôpital n'est pas bon) • On travaille sur un tendanciel • Feuille de route	• C'est le conseil exécutif qui décide	• Présenter les comptes d'exploitation • Présenter les indicateurs et dire « là on perd du fric » • Présenter comment se situait l'hôpital et dire qu'en ambulatoire l'hôpital n'apparaissait pas bons, comment évoluait-il sur l'ambulatoire par rapport aux autres hôpitaux • Faire la feuille de route 2015-2019 (quels sont les projets), présenter la feuille de route type au conseil exécutif élargi avec l'ensemble des chefs de pôles • Présenter, avec l'équipe médicale, tous les projets, avec un business plan pour chacun d'eux, et une feuille de route avec l'ensemble des efficiences • Travailler un mois et demi pour présenter une feuille de route type au conseil exécutif	• Feuille de route 2015-2019 • Business plan
	• Montrer au corps médical et au conseil exécutif que la réduction du déficit (passé de 62 M€ à 18 M€) de l'hôpital est liée à l'activité			• Présenter les résultats au directeur général de l'APHP (réduction du déficit) • Présenter les résultats y compris l'activité et les recettes au conseil exécutif	

ANNEXE 4 : les pratiques de pilotage de l’action

Les pratiques de codage

Personnel médical	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de codage »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Coder l'activité médicale réalisée	• Avoir un codage exhaustif • Faciliter le codage	• Activité commune à tous les médecins • Compréhension des règles de codage des consultations (le codage en C et en C3 sont différents) • Nécessité d'un codage exhaustif • La relance pour avoir un codage exhaustif « me rend fou »	• Les PUPH codent les consultations réalisées en C3	• Valider le codage tous les jours lors de la réunion de service par les médecins présents à la réunion • Coder les consultations « C3 » • Les secrétaires saisissent les codages transmis par les médecins • Les secrétaires envoient aux médecins des services les codages en retard toutes les semaines • Le médecin responsable du service relance tous les mois l'équipe pour avoir un codage exhaustif • Faire une synthèse de codage sous forme de « Check-list »	• Check-list sous forme de synthèse du codage pour aider les médecins à coder
Multiplier les codes pour les patients « non rentables »	• Eviter d'amputer le patient (donc il reste longtemps) • Essayer de s'en sortir en multipliant les codes pour les patients	• Un patient qui reste trop longtemps « ne rapporte plus « • Il faut « se débarrasser » le plus vite possible du patient pour qu'il devienne rentable		• Multiplier les codes pour les patients lourds « non rentables » pour s'en sortir	
Faire des examens inutiles médicalement aux patients	• Avec des examens notamment des dopplers, la sécurité sociale accepte de classer le séjour en hôpital de jour	• Le directeur de l'hôpital sera satisfait (content) qu'on ait fait des recettes • Un séjour est qualifié d'hôpital de jour s'il y a un certain nombre d'examens réalisés au patient (sinon il est requalifié en consultation) • Contrôle de la sécurité sociale • Il n'y a personne de l'hôpital pour m'aider en cas de contrôle par la sécurité sociale	• Requalification des HDJ en consultations • La « circulaire frontière »	• Faire des examens inutiles aux patients • Faire des dopplers qui ne sont pas dangereux mais dont on n'a pas besoin • Justifier aux contrôleurs de la sécurité sociale le bienfondé d'une prise en charge en hôpital de jour	

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de codage »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Optimiser le codage	• Contrebalancer (rattraper) la perte nette de recette suite au changement des tarifs (2,5 M€) • Récupérer les recettes sur tout ce qui a été mal codé	• Perte en termes de recettes suite aux changements des tarifs • Coûts stables • Existence de marges internes pour améliorer le codage sans surcoder • Rare que le codage soit parfait sur tous les services • Les marges de gain avec le codage se réduisent de plus en plus	• Version du codage	• Vérifier le codage (par le DIM) pour repérer tous ce qui a été mal codé • Ne pas surcoder • Analyser (par le DIM) la version du codage pour trouver des astuces de codage • Décrypter (par le DIM) en détail les éléments nouveaux de la version • Informer les médecins sur la manière de coder	

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de codage »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Optimiser le codage	• Obtenir le remboursement des DMI par la sécurité sociale	• DMI qui ont été posés à des patients qui ne sont pas encore saisis dans le logiciel • Nécessité de saisir les DMI pour avoir le remboursement de la sécurité sociale	• Saisir le DMI dans le logiciel pour qu'ils soient remboursés	• Saisir le DMI dans le logiciel • Vérifier l'adéquation entre le nombre de DMI acheté et le nombre posé • Faire un compte rendu en cas d'écart entre le nombre de DMI achetés et le nombre posé	• Logiciel de saisi des DMI, tableau des achats des DMI

Les pratiques de gestion des lits

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de gestion des lits »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Optimiser l'occupation des lits	• Eviter la sous-utilisation des lits • Augmenter l'activité • Accueillir d'autres activités en provenance d'autres hôpitaux • Financer le remboursement de l'investissement lié à la construction d'un nouveau bâtiment	• Il faut augmenter l'activité quand la capacité de l'établissement n'est pas occupée de façon efficiente • Pas d'injonction d'augmenter l'activité mais une obligation d'occuper les lits de façon efficiente • Des services sont régulièrement vides et les lits sous-utilisés • Augmentation de la DMS et écart par rapport aux prévisions • Patients avec problèmes sociaux • Loyer à payer dans le cadre de projet (nouveau bâtiment) • Développement de l'ambulatoire avec risque de perte de recettes	• Pas d'injonction d'augmenter l'activité mais obligation d'occuper les lits • Règle dictée par la T2A	• Alerter les médecins sur l'allongement de la DMS • Analyser le parcours patient pour expliquer la sous-utilisation des lits (problème d'aval, DMS longues, problèmes sociaux,…) • Ecart entre le volume d'activité réalisé et le niveau prévu • Remplir les lits vides par les urgences • Basculer les lits vides sur un service bénéficiant d'un taux d'occupation de 98 % • Installer d'autres activités (projets comme l'arrivée des greffes) dans les surfaces libérées suite au projet (nouveau bâtiment) • Réduire le nombre de lits d'endocrinologie avec le développement de l'ambulatoire • Remplacer les salles de repos par des chambres	
Gérer des unités d'hospitalisation en fonction de la programmation		• Absence de programmation en hôpital de semaine • Il y a beaucoup de repos qui n'ont pas été donnés et que les soignants sont « crevées »		• Transférer les quelques patients programmés en hôpital de semaine en hospitalisation traditionnelle • Fermer les unités d'hospitalisation de semaine • Donner les repos aux soignants	
Gérer de manière mutualisée intra-groupe hospitalier des lits vides		• Manque de personnel et nécessité de recourir à l'intérim • Lits vides et disponibles sur un hôpital du groupe hospitalier		• Transférer les patients d'un hôpital du groupe à un autre où il existe des lits vides • Recourir à l'intérim uniquement dans des cas particuliers (urgence, patients âgées,…)	

Personnel médical	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de gestion des lits »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Gérer les lits	• Eviter de fermer l'hôpital de jour	• Ambiance de productivité à tout prix • On nous dit que les recettes dépendent de votre activité d'hôpital du jour • Neuf réunions sur dix on parle de comment ne pas fermer des hôpitaux de jour Alors qu'il s'était fixé comme objectif de discuter de soins		• Réduire le nombre de départs en formation • Maintenir les hôpitaux de jour ouverts, au moins la moitié	
	• Ne pas laisser des lits vides à l'hôpital	• Le taux d'occupation est de ne pas laisser des lits vides à l'hôpital • Le service public doit permettre la prise en charge du maximum de patients (rôle du service public) • Il y a du personnel et une offre de soins • Il y a une liste d'attente de patients • Il est normal de ne pas laisser les lits vides		• Sortir les patients et faire un autre séjour	
	• Hospitaliser davantage de patients • Faire tourner les lits	• Liste d'attente de patients • Les lits supplémentaires vont être utilisés • Notre rôle est de soigner • Patients attendant une semaine l'opération chirurgicale et monopolisant un lit • Tableaux de bord de l'administration et T2A		• Ouvrir deux ou trois des lits supplémentaires • Faire sortir les patients qui veulent rester en attendant leur opération chirurgicale • Sensibiliser les patients pour qu'ils sortent	
	• Eviter de changer les draps • Eviter à l'aide-soignante la surcharge de travail occasionnée par le changement des draps	• Suppression de postes, une analyse des tâches d'une aide-soignante en HDJ a conduit à une révision des tâches qui lui sont confiées • Refaire les lits coûte de l'argent		• Ne pas allonger les patients en hôpital du jour • Mettre les patients dans des fauteuils	
	• Les gens peuvent rester à côté de leur proche la nuit • Diminuer l'angoisse des patients • Eviter aux infirmières une présence	• Angoisse des patients		• Faire des lits pour les accompagnants des patients	

	permanente qui représente un plus par rapport à ce qu'elles ont déjà à faire				

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de gestion des lits »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Gérer les lits	• Trouver un lit pour hospitaliser le patient	• Le plus important c'est que le patient soit soigné	• Aucun lit n'est la propriété d'un service • Garder un lit pour les urgences et mutualiser le reste	• Parlementer avec les médecins pour utiliser les lits • Appeler les services pour savoir s'ils peuvent prendre le patient	
	• Hospitaliser et installer le patient	• Descriptif du patient à hospitalier		• Mettre en place, sur le tableau des hospitalisations, un espace qui reprend toutes les informations nécessaires aux médecins pour hospitaliser un patient • Passer le patient en unité de surveillance continue pour prendre un patient en réanimation	• Tableau des hospitalisations
	• Libérer des lits • Sortir le patient et prendre un autre • Prise en charge des patients par les maisons de convalescence • Hospitaliser d'autres patients	• Il est difficile pour les cadres de les libérer car ils ne connaissent pas toutes les « ficelles » pour trouver par exemple des structures d'aval pour accueillir les patients • Incertitudes sur la disponibilité des lits par manque de certitude sur la sortie des patients occupant les lits et sur le volume des urgences • Le volet social fait que le patient ne peut pas sortir (pas de famille, pas de place en structure d'aval,…) • Le travail d'éducation thérapeutique peut être aussi bien fait ailleurs • Sortir les patients dans les maisons de convalescence c'est de la qualité mais aussi de la finance		• Parlementer avec les médecins pour libérer des lits • Collaborer avec les médecins pour sortir les patients • Contacter la famille et l'assistante sociale pour pouvoir sortir un patient • Rechercher des solutions avec les médecins pour sortir le patient • Former le personnel d'aval (maisons de convalescence) •	
	• Optimiser l'occupation des lits en imaginant des scenarii et mettre en place de nouvelles organisations • Optimiser le temps de présence des infirmiers,	• Alerte de l'administration sur la sous occupation des lits		• Imaginer des scenarii et mettre en place de nouvelles organisations • Charger les plages du bloc même si tout ne sera pas fait • Prévenir le patient qu'il ne sera pas opérer le jour prévu et le déplacer	• Logiciel e-BOP

	optimiser le matériel • Remplir les lits			• Rencontrer les médecins qui ne veulent pas prendre les patients des urgences • S'accorder avec les urgences pour envoyer des patients à tendance « cardio » • Annoncer des lits vides au SAMU et aux urgences	
	• Donner des journées aux soignants, dégager des week-ends et organiser le nettoyage, la logistique et les réparations	• Baisse d'activité et donc fermeture des lits		• Fermer les lits	

Les pratiques de gestion du flux des patients

Personnel médical	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de gestion du flux des patients »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Gérer les listes d'attente des patients	• Améliorer le niveau de l'activité • Optimisation des durées de séjour • Faire attention aux dépenses « parce qu'on coûte »	• Le taux de non-venues est estimé à 15% • S'intéresser aux non-venues, aux lits vides est une réflexion nouvelle		• Faire du « sur-booking » en consultation	
Gérer les séjours dits « longs »	• Identifier les patients qui sont présent depuis longtemps que les autres • Faire attention qu'il n'ait pas de patient qui restent trop longtemps • Débloquer des lits pour sortir les patients • Faire partir les patients pour qu'ils ne restent pas longtemps	• Obnubilation par la durée des séjours • Habitude de garder les patients une journée de plus en attendant qu'ils soient remplacés • Les jeunes médecins s'intéressent plus à la qualité des soins et pas à la DMS • Manque d'effort de la part des médecins pour régler le problème de l'aval • Manque de places en structure d'aval (Soins de Suite et Réadaptation (SSR)) • Les pratiques du passé où le patient pouvait rester trois mois, le service fonctionne comme un centre de cicatrisation		• Vérifier la DMS des patients • Mettre en place des « garde-fous » pour éviter ce genre de pratiques • Sensibiliser des médecins à sur la DMS sans faire référence au volet financier mais plutôt humain • Intervention du médecin peut parfois débloquer des lits d'aval • Travailler avec la cadre et l'assistante sociale pour pouvoir sortir les patients • Développer des réseaux de soins avec des centres de cicatrisation	• Le classeur des prescriptions, on voit tout de suite la date d'entrée • Le relevé des insulines (une feuille par semaine) • Les glycémies dans le classeur des prescriptions

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de gestion du flux des patients »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Gérer le flux de patients	• Gérer le flux des patients et toutes les problématiques de lits (trouver des lits) • Libérer les cadres de la gestion des flux qui leur prend beaucoup de temps • Libérer du temps de cadre pour améliorer, accompagner et faire la gestion des ressources humaines • Donner plus de chance au patient (de survivre, chaque minute compte) en cas d'urgence • Eviter la sortie des patients qui représentent peu de demandes sur le plan médical mais qui, sur le champ de l'hospitalisation, sont beaucoup trop lourds	• Gestion des urgences et des transplantations (spécificités du service) • Les médecins ont tendance à considérer l'équipe de coordination comme de simples exécutants • Le flux est sous la responsabilité des cadres mais sa gestion ne relève pas de la compétence d'un cadre		• Création d'une équipe de coordination « tour de contrôle » • Intervenir en cas de grandes difficultés ou de conflits pour aider et soutenir l'équipe de coordination • S'opposer à la décision du médecin de sortir des patients qui représentent peu de demandes sur le plan médical mais qui, sur le champ de l'hospitalisation, sont beaucoup trop lourds	
	• Limiter le nombre de patients qui ne se présentent pas au rendez-vous de consultations (non-venues)	• Niveau médiocre de l'informatique		• Gestion des relances patients par SMS ce qui permet de limiter le nombre de non-venues	• Logiciel institutionnel AGENDA

Les pratiques de suivi budgétaire

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de suivi budgétaire»				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Analyser l'activité	• Analyser le GHM (savoir si qui se cache derrière) • Pouvoir discuter avec les médecins • Faciliter le dialogue de gestion	• Les GHM médicaux sont compliqués à analyser car il y a beaucoup de diagnostics • Tout ce qui concerne la gestion de l'hôpital intéresse les médecins • C'est compliqué de faire le lien entre la pathologie et le GHM de classement		• Chercher dans les diagnostics principaux pour analyser le GHM (faire parler le GHM)	
Informer les médecins	• Comprendre pourquoi les lits ne sont pas occupés • Trouver d'autres marges suite à l'évolution tarifaire • Fournir aux médecins l'information sur les GHS	• Dans certains pôles, les CAP et les CPP partagent les informations, c'est la gouvernance • Perte de 800 000 € à case-mix constant • Quand l'administration donne leur GHS, les diagnostics, quand on est au niveau des diagnostics ils comprennent tout, ça leur parle. Avant c'était un magma pour eux comme pour les administratifs		• Envoyer les indicateurs à l'exécutif du pôle (chef de pôle, CAP, CPP) • Envoyer un mail, par exemple les lits de SSR étaient plutôt vides • Calculer par le DIM calcule l'effet de l'évolution tarifaire et afficher son impact aux des médecins • Une présentation par le CAP de l'activité plus au moins détaillée lors des réunions de pôle • Donner des chiffres qui parlent aux médecins • Faire découvrir le logiciel PMSI-pilot qui donne des informations sur l'activité	• Case-mix • PMSI-pilot
Réaliser le suivi de l'exécution budgétaire	• Suivre l'activité, les dépenses, la masse salariale • Rendre compte de l'état des recettes et des dépenses • Piloter les dépenses et les recettes en cas d'écart à la prévision	• Les dépenses sont autant à suivre que les recettes, ce qui n'était pas le cas avant la T2A • Double levier à manipuler : les dépenses et les recettes • Les dépenses sont des écarts en plus, les recettes des écarts en moins • Les dépenses de « titre 3 » sont importantes et chronophages		• Elaborer les tableaux de bord • Envoyer, tous les mois, les budgets de service, les dépenses constatées, non retraitées, aux services et aux pôles • Faire une situation sur les dépenses de personnel • Présenter par la DRH présente les dépenses de personnel, la direction des finances l'aspect finance (autres dépenses), la direction de la qualité présente tout ce qui est lié à la qualité,… • Analyser (creuser) pour expliquer les écarts à la prévision sur le niveau d'activité	
Réaliser le suivi des recettes liées à	• Eviter que le codage et l'activité ne soient pas valorisés en recettes	• Le service « frais de séjour » et le service « traitements externes » génèrent beaucoup de recettes d'activité hospitalière • Des équipes importantes composent ces deux services		• Faire un travail d'explication et de pédagogie sur l'importance de leur rôle dans la chaîne de facturation et de recettes	

l'activité médicale		• Ces équipes ont dû s'accommoder de la T2A • Le rôle de ces équipes est important • Risque en termes de pilotage et d'écart à la cible de par le volume de recettes important traités par les deux services (400 millions d'euros pour les frais de séjour)		• Prendre correctement l'identité du patient, son adresse, identifier ses débiteurs, facturer correctement un séjour	

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de suivi budgétaire»				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Gérer la formation	• Obtenir la reconduction de l'enveloppe budgétaire allouée à la formation l'année suivante • Respecter l'enveloppe budgétaire allouée à la formation	• Il faut être à la hauteur de l'enveloppe allouée à la formation • Risque de transfert de l'enveloppe sur un autre pôle en cas de sous consommation		• Dépenser l'enveloppe budgétaire allouée à la formation • Suivre l'enveloppe budgétaire de formation et le Tableau Prévisionnel des Ressources et des Emplois (TPRE)	
Respecter l'équilibre budgétaire RH	• Respecter l'équilibre budgétaire RH • Justifier les modifications du TPRE • Vérifier si le pôle est à l'équilibre et s'il y a nécessité d'opérer des transformations de postes	• Evolution du TPRE en fonction des besoins au cours de l'année		• Suivre l'enveloppe budgétaire de formation et le TPRE • Regarder l'ensemble des lignes budgétaires avec la DRH et la direction des soins	
Analyser et informer	• Alerter les chefs de service sur le taux d'occupation faible, sur la DMS qui s'allonge • Traiter les sujets portant sur l'activité et les recettes avec le chef de pôle • Informer le chef du pôle sur les conflits, les fermetures de lits, le plan d'équipement,…			• Rencontrer le chef de pôle • Rencontrer les chefs de service	

Les pratiques de contrôle

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de contrôle »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Maîtriser le recours à l'intérim et les prescriptions d'actes	• Faire des économies • Maintenir le niveau d'activité	• Il y a eu des années où l'hôpital a eu beaucoup recours à l'intérim parce qu'il y avait des postes vacants • La dépense d'intérim coûte beaucoup plus cher qu'un poste titulaire • Les économies ne se feront que sur la prescription de médicaments		• Miser sur tout ce qui est juste prescription, acte de biologie, acte d'imagerie, les doublons, les radios au lit du patient • Recourir à l'intérim pour maintenir le niveau d'activité	

Personnel médical	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de contrôle »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Contrôler l'activité médicale réalisée par les attachés	• Augmenter le nombre de consultations réalisées	• Alerte de l'administration sur la baisse de l'activité de consultation (pression de l'administration) • Une consultation n'est pas très bien payée pour l'attaché • Une consultation de plus c'est complétement dérisoire		• Interpeller le médecin attaché et demander de prendre un patient de plus • S'excuser auprès du médecin de lui avoir demandé de prendre un patient de plus	
Contrôler l'évolution des dépenses de médicaments	• Eviter que les dépenses augmentent plus que l'activité	• C'est important de regarder les dépenses de médicaments et leur évolution		• Valider toutes les prescriptions de médicaments de service hors GHS	

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de contrôle »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**

Analyser et maîtriser les dépenses	• Eradiquer les abus du passé • Réduire les dépenses	• Abus et des mauvaises habitudes du passé (astreintes de greffes qui étaient mises en place la nuit, les petits dépassements d'honoraires et puis les abus de commandes de taxis) • Les bénéficiaires considèrent que c'était une rétribution, une compensation et pas un vol • Les bénéficiaires n'étaient pas contents • Matériel commandé pour satisfaire (faire plaisir) une personne • Augmentation des dépenses de fibroscopes et de réparations • Les fibroscopes à usage unique ne sont pas plus chers que deux fibroscopes		• Mettre à plat et faire table rase d'une coordination viciée • Utiliser des fibroscopes à usage unique (jetables)	

Les pratiques « projets et études »

Personnel médical	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques projets et études »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Réaliser des études de coûts	• Evaluer le coût réel d'un séjour en hôpital de jour	• L'obésité avait le « vent en poupe » et donc surcoté pour le remboursement des séjours en T2A • Les séjours en nutrition (prise en charge de l'obésité) sont mieux remboursés que pour l'endocrinologie et la médecine interne • Cet écart de remboursement vise à obliger les gens à faire des économies sur les dépenses et sur les effectifs		• Calculer les coûts de quatre séjours en hôpital de jour représentatifs de quatre services différents	
Travailler sur des projets		• Le plus important en tant que médecin, c'est le projet médical		• Soutenir les projets • Mettre en place une consultation mixte entre le médecin nutritionniste et le diététicien	

Les pratiques de ressources humaines

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de ressources humaines »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Fidéliser le personnel médical	• Fidéliser le personnel médical	• Grosses problématiques sur les années à venir, sur les équipes médicales, notamment l'anesthésie et la chirurgie • Contexte extérieur très difficile, des cliniques débauchent les chirurgiens de l'hôpital		• Renforcer la stratégie de l'hôpital et les forces vives sur de la chirurgie	
Recourir à l'intérim	• Maintenir le niveau d'activité • Eviter le transfert des patients dans le privé (cliniques privées)	• Il y a eu des années où l'hôpital a eu beaucoup d'intérim car il y avait des postes vacants • La dépense d'intérim coûte beaucoup plus cher qu'un poste titulaire • Les économies ne se feront pas que sur la prescription de médicaments		• Miser sur tout ce qui est juste prescription, acte de biologie, acte d'imagerie, les doublons, les radios au lit du patien • Recourir à l'intérim	
Mutualiser le personnel	• Eviter le recours à l'intérim • Eviter d'avoir des périodes où il y a un manque de personnel pour ouvrir les unités	• L'organisation des rythmes de travail et la bonne gestion • Manque de personnel soignant pour faire fonctionner les unités (surtout au mois d'août) • Reconstruction du projet médical avec investissement de 12 millions d'euros • Manque de médecins pour pouvoir ouvrir les unités		• Mettre une infirmière à disposition d'autres services du pôle, d'autres pôles de l'établissement ou au sein de l'équipe de soutien (pool) • Mutualiser les consultations • Organiser le planning pour éviter d'avoir du « gruyère » dans le planning • Valider la fermeture des unités par le CEL suite au manque de personnel médical • Redéployer le personnel recruter pour un projet dans le cas où il n'existe pas de personnel médical pour faire fonctionner les unités de soins	
Gérer le temps de travail du personnel		• Ce n'est pas le personnel qui décide • La base est de s'interroger si le service public fait que le patient a besoin de moi ou non • Les lits ou les blocs sont fermés • Départ des médecins en congrès		• Faire prendre au personnel des jours récupérations ou des RTT • Les cadres organisent les fermetures des unités et des blocs • Les cadres mettent le personnel en RTT ou en jour de récupération	

		• Les dates des congrès sont connues			

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques de ressources humaines »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Gérer le tableau des emplois	• S'assurer de la cohérence des noms du personnel et de son nombre • Identifier le nombre de personnel par catégorie professionnelle alloué par service en fonction des grades et des métiers		• La répartition du personnel par service est déterminée avec la direction des soins	• Comparer la liste du personnel avec celle figurant dans le tableau du siège	• Tableau Excel de suivi des agents • Tableau du siège de l'APHP avec la liste du personnel
	• Ne pas dépasser le nombre d'emplois prévu dans le tableau fourni par la DRH	• Pas le droit de dépasser le nombre d'emplois prévu par secteur • Difficultés liées aux « congés bonifiés » et aux « congés maternité » • Absentéisme	• Ne pas dépasser le nombre d'emplois prévu par secteur • Respecter un délai de trois mois pour recruter	• Envoyer un mail à la DRH pour une autorisation d'embauche • Alerter et prévenir la DRH en cas de difficultés ou de dépassement sur les heures supplémentaires	• Tableau Excel répertoriant les identités du personnel, leur fonction, le secteur de travail • Tableau Excel fourni par la direction des ressources humaines
		• Tous les postes ne sont pas toujours occupés • Difficultés de recrutement • Possibilité de dépasser le nombre d'effectifs en cas de crise (arrêts de travail, nombre important de jeunes femmes enceintes,…)	• Respect du nombre d'effectifs du tableau des emplois	• Basculer les emplois sur un autre service	
	• Mettre en place tout ce qui a été décidé en amont • Faire en sorte que ce qui a été décidé aboutisse	• Projet d'établissement (décision d'accueillir une activité ou d'en créer une nouvelle) • La CPP et la RH c'est la même fonction • Il faut freiner et baisser l'intérim • Respecter le projet de soins, la CPP travaille directement avec la direction des soins	• Respecter le nombre d'effectif communiqué par la CPP	• Mieux répartir et étaler les vacances • Prolongation du temps de travail et paiement en heures supplémentaires • Augmenter le nombre d'équipe • Revoir le recrutement et constituer une équipe	• Tableau des emplois

		• Ouverture de lits supplémentaires pour donner plus de marge au bloc (plus il y a de lits pour accueillir les patients post-opération plus le bloc peut réaliser davantage d'opérations) • Plus grande demande d'hospitalisation			
	• Estimer la charge de travail • Négocier du personnel en plus • Justifier la demande de personnel supplémentaire	• Grâce à la comptabilisation de la charge de travail, le service a réussi par le passé à avoir du personnel en plus		• Comptabiliser l'activité réalisée (nombre de dialyses, plasmaphérèse,…) • Surveiller les TISS	
Gérer le planning du personnel	• Trouver du lien dans l'équipe, un équilibre et de la cohésion • Trouver un équilibre pour les agents à l'extérieur et au quotidien au travail • Faire en sorte que les agents aient plaisir à venir travailler	• Le quotidien au travail est une grande partie de la vie du personnel et de la mienne • Il y a des agents qui me demandent comment organiser leurs vacances		• Inscrire un dialogue dans l'établissement du planning	
	• Faire le planning mensuel des infirmiers, les positionner sur les différents secteurs • S'assurer qu'il y a du personnel pour travailler à la fin du mois • Faire en sorte que les agents soient en nombre requis • Dégager du temps pour la formation des agents, réfléchir sur les EPP • Permettre aux infirmiers de former leurs collègues	• Activité consommatrice de temps • Le flux des patients est chronophage, difficile de faire les évaluations, réfléchir à l'organisation de l'équipe de nuit,… • Absentéisme • Travail en flux tendus, équipes rarement complètes • Les changements intempestifs de planning fatiguent les agents, pas confortable pour leur vie de famille • Des agents qui ne veulent pas faire la nuit se font remplacer • Le « pool » a un coût	• Respecter le minimum d'effectif requis • Octroyer au personnel leur jour de congés, RTT et repos • Faire le planning avant le 15 du mois • Législation sur le temps de travail et de repos • Les agents ont un roulement (deux mois de jour, deux mois de nuit avec un mois de nuit supplémentaire dans l'année)	• Contrôler les plannings pour les saisir dans GESTIME • Mettre en place la réorganisation de l'équipe de nuit • Demander aux agents de changer leur planning, faire des rectificatifs • « Tirer » sur les repos en respectant la législation, faire du « rafistolage » • Appeler les agents pour proposer des heures supplémentaires • Recourir au « pool » de l'hôpital • Réorganiser le planning	• Logiciel « GESTIME » • Excel (export de Gestime sur Excel du planning)

Mutualiser le personnel	• Faire « souffler » les services • S'entraider avec les collègues cadres			• Faire passer le personnel d'un service à un autre	
Accompagner les équipes sur les projets	• Fidéliser le personnel et réduire l'intérim	• Turn-over du personnel sur Paris • Le personnel refusait même les heures supplémentaires • Depuis qu'on travaille sur tous ces projets, on n'a plus d'intérimaires • Moins de réclamations de la part des patients (pour leurs affaires et leurs biens)		• Travailler sur des projets avec le personnel	

Les pratiques logistiques

Personnel encadrant du personnel soignant	Cadre d'analyse et de présentation des données « Les pratiques logistiques »				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Eviter la disparition du matériel	• Eviter la disparition (perte) du matériel • Eviter aux les agents la perte de temps à la recherche d'un pacemaker en cas de besoin • Vérifier le fonctionnement du matériel • Vérifier les échanges de commande de bouteilles et savoir où elles sont donc plus de perte de bouteilles • Eviter aux soignants de chercher les bouteilles	• Dotation de 60 pacemakers et présence de 20 à l'inventaire • Les pacemakers partaient dans d'autres hôpitaux, d'autres unités, se vendaient aux « Puces » • C'est une mesure contribuant à l'efficience • Ce n'est pas de l'efficacité, c'est de l'efficience • La disparition des pacemakers « c'est du vécu » • Les pacemakers sont d'un petit volume donc facile pour le faire disparaître • Disparition du matériel (1500 €) • Les bouteilles d'oxygène sont perdues (dotation initiale de 12 bouteilles et présence de 4 à l'inventaire) • Les ambulances partent avec les bouteilles et ne les ramènent pas, elles partent dans les services	• Procédure de transport pour les pacemakers	• Contrôler la présence du matériel (pacemakers externes de transport, bouteilles d'oxygène) tous les matins • Mettre en place procédure de transport pour les pacemakers (deux pacemakers par unité) • Fixer le pacemaker dans chaque chambre au sein de l'unité • Cacher les pacemakers pour éviter leur disparition • Refaire toute l'organisation des gaz • Mise en place de chariots (un pour les bouteilles pleines et un pour les vides) adaptés avec vérification tous les jours	
Suivre les commandes de matériel		• On ne connaît pas toujours le budget • On n'aura pas tout ce qui est demandé car l'enveloppe (le budget) est limitée		• Faire une liste pour les demandes de matériel • Prioriser ce qui est important sur les demandes de matériel	• Liste

		• On n'aura pas ce qu'on veut • Il y a des problèmes financiers			
	• Eviter qu'il ait trop de matériel stocké dans les petites réserves • Vérifier le rangement, la propreté dans les réserves • Pas de tenues qui s'empilent dans les vestiaires • Eviter de jeter du matériel • Les services qui sont très peu utilisateurs d'un matériel peuvent chercher du matériel dans un service qui est le plus consommateur, prendre juste une, deux, sans commander une boîte qui va dormir en stock • Gagner de l'argent et les gens ont ce dont ils ont besoin	• Existence d'une grande réserve centrale approvisionnée par l'unité logistique du pôle • Matériel stocké par les soignants dans les petites réserves (du matériel qui dort) • Pas assez de tenue et donc utilisation de tenues en papier • Allées et venues nombreuses dans les chambres (utilisation importante du matériel (comme les gants) qui est jeté par la suite) • Utilisation abusive du matériel (exemple : 10 gants pour nettoyer le patient) • Du matériel qui stagne, qui peut se périmer. S'il y a des stocks énormes c'est de l'argent qui dort • Absence de mutualisation de la gestion du matériel • Economie intelligente, pas de suppression de personnel ou suppression de matériel		• Faire des « check-lists » du matériel nécessaire • Contrôler les réserves • Vérifier si les commandes passées par les soignants sont justifiées • Mettre le charriot des tenues dans le bureau de la cadre pour contrôler qui vient se servir • Limiter les entrées et les sorties dans les chambres • Faire une check-list du matériel nécessaire dans une chambre pour éviter les péremptions notamment (exemple : 3 paquets de bâtonnets de soin de bouche au lieu de 15) • Mutualiser la gestion du matériel	• Check-lists du matériel qui doit être présent dans la chambre
Contrôler les commandes de médicaments et l'utilisation des produits	• Eviter de commander trop • Le personnel soit attentif aux coûts des produits fasse attention à leur utilisation	• Alerte de la pharmacie de l'hôpital sur les commandes importantes de médicaments • Le nombre de solutés dont a besoin le service est toujours identique • Les produits pour la chirurgie cardiaque sont chers • Economie et développement durable		• Contrôler le niveau du stock de produits dans les réserves • Demander aux infirmiers de refaire les commandes • Faire un affichage des coûts des produits comme dans les supermarchés • Je ne fais pas de calcul comptable	• Logiciel « FEDRA » • Tableau de suivi

Contrôler les commandes de repas		• Listing envoyés par la cuisine de l'hôpital avec le nombre de patients et le nombre de repas • Certification des offices alimentaires		• Mettre en place une fontaine à eau pour remplacer l'achat de bouteilles d'eau • Travailler sur les offices alimentaires et remettre les bonnes pratiques en route (exemple : traçabilité)	• Listing des repas
Gérer les approvisionnements		• Les demandes sont honorées en fonction du budget • Je n'ai pas le pouvoir d'autorisation	• Réglementation sur les achats (nécessite de mise en concurrence avec trois devis)	• Faire les commandes via un logiciel institutionnel • Justifier l'achat au service économique • Présenter trois devis • Faire faire à deux aides-soignants le tour des chambres pour établir une liste des besoins qu'ils adressent au référent logistique pour approvisionner • Mettre en place ce qui manque dans les chambres (porte-savon,…) • Informer la CPP qui contresigne les commandes particulières	• Logiciel institutionnel
		• Méconnaissance de l'enveloppe budgétaire du pôle	• Référencer les produits du bloc • Calibrer les stocks, suivre la consommation, suivre une consommation moyenne • Faire un relevé mensuel de l'activité du bloc (nombre de pontages, de valves, de CEC,…) • Ne pas faire d'enveloppes mensuelles dispendieuses • Contenir une enveloppe mensuelle de dépenses	• Equilibrer les stocks avec un stock « tampon » raisonnable pour éviter la « gabegie » • Ne pas faire de sur-stock, équilibrer les dépenses • Identifier les produits sur lesquels il ne faut pas « se rater » • Identifier la part des produits qui coûteux • Eviter les pertes notamment à cause des péremptions	• Tableau Excel pour référencer tous les produits du bloc
Gérer les approvisionnements (logistique centralisée)	• Ne pas mettre du matériel qui ne sera pas ou peu utilisé • Avoir un niveau de stock de sécurité pour éviter au personnel de chercher les produits ailleurs notamment en cas d'urgence • Eviter la montée du matériel livré dans les étages au risque	• Les besoins et les consommations sont déterminés en fonction de la pratique des cadres pour les commandes « hors stocks » • Les commandes sont réceptionnées au magasin central de l'hôpital • Présence des logisticiens (de		• Passer la commande directement à l'économat de l'hôpital • Attribuer une réserve et définir une dotation pour chaque unité du pôle • Valider avec les cadres les besoins et les dotations • Les logisticiens (de l'équipe dirigée par la référente logistique du pôle) approvisionnent les réserves une fois par semaine	

	de le perdre • Retirer les palettes de livraison et les emballages pour ne pas encombrer les étages • Limiter l'utilisation des ascenseurs	l'équipe dirigée par la référente logistique du pôle) du lundi au vendredi		• Ajuster les réserves avec un stock de sécurité pour permettre aux services de tenir le samedi et le dimanche • Contrôler les livraisons et rediriger les produits en cas d'erreur de livraison • Bloquer la réception du matériel au niveau -1 • Ne monter dans les étages que ce qui va être utilisé	
Gérer le linge, le nettoyage et les déchets (logistique centralisée)	• Une bonne utilisation du linge			• Définir une dotation en fonction des besoins, du type de patients hospitalisés	

ANNEXE 5 : les pratiques de post-évaluation

- Personnel administratif
- Personnel médical
- Personnel encadrant du personnel soignant

Personnel administratif	Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de post-évaluation»				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Faire l'état des lieux, analyser et faire le bilan	• Vérifier si le taux d'occupation est satisfaisant • Comprendre pourquoi l'indicateur n'est pas bon • S'intéresser aux dépenses des services qui rapportent car ils coûtent beaucoup • Vérifier si les codages étaient satisfaisants • Vérifier l'impact du case-mix	• Changements et réorientations des projets médicaux • Demande de progression d'activité pour une utilisation efficiente des moyens • Des services coûtent chers mais rapportent beaucoup • Obligation de piloter les dépenses et les recettes	• Tarification A l'Activité (T2A)	• Analyser ce qui s'est passé et la manière dont les problèmes étaient résolus • Faire un diagnostic tout au long de l'année • Analyser les résultats de l'année passée • Analyser les dépenses et les recettes • Analyser l'impact de l'évolution du case-mix	
Communiquer avec les médecins	• Faciliter le dialogue de gestion • Prévenir les critiques sur la véracité des chiffres	• Possibilité de critiques de la part des médecins sur la véracité des chiffres présentés		• Analyser les GHM en se fondant sur les diagnostics et les actes • Préparer les réunions de dialogue de gestion avec le pôle • Rencontrer et discuter avec les chefs de service, les cadres, les attachés,… • Présenter les chiffres aux médecins avant la réunion du dialogue de gestion • Travailler sur les chiffres trois ou quatre fois avant de les présenter • Analyser et comprendre la cause de la baisse d'activité	
Responsabiliser les médecins	• Mettre les responsables face à leurs engagements pris et des résultats • Faire des choix collectivement avec la communauté médicale • Réajuster le tir si l'activité n'est pas réalisée au niveau attendu, si les moyens ne sont pas correctement utilisés • Faire des choix de réorientation, de réallocation de moyens et de projets à soutenir	• Une structure ne produisant pas l'activité attendue • Reprendre des moyens, c'est compliqué mais possible • Reprendre des moyens, c'est compliqué. Mais on peut toujours, parce que l'on est dans ce dialogue de gestion et de confiance avec les praticiens et les chefs de service • Tous les moyens en personnel, de plateau technique sont donnés mais finalement il n'y a pas l'activité • Existence de lits vides	• Une structure ne produisant pas l'activité attendue perd les capacités qui lui ont été octroyées au bénéfice d'une autre • Le contrat est très clair ! « pas de bras, pas de chocolat » • On banque au départ, donc il faut mettre de l'activité et que l'on accompagne même si c'est au-dessus, ils savent que s'il n'y a pas, et bien la fois d'après cela ne passera pas ! Et que l'on retirera les moyens	• Alimenter la réflexion par des reporting, des points sur les business plan • Reprendre les moyens d'une structure ne produisant pas l'activité attendue • Redéployer les moyens vers une autre structure • Retirer les moyens • Fermer des lits, les transformer en lits de pôle ou les mettre à la disposition d'autres disciplines	• Business plan

Personnel médical	Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de post-évaluation»				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
Analyser l'évolution du niveau d'activité médicale réalisée	• Expliquer le lien entre l'allongement de la DMS et la baisse du nombre de séjours • Expliquer les causes de la baisse d'activité	• Baisse de l'activité d'hôpital de jour dans le service qui fait de la sclérose en plaque dur à la thérapie orale, c'est bien pour la société • Evolution des modes de thérapie • Les malades opérés du cœur ou qui ont subi une greffe cardiaque rapportent plus qu'un malade hospitalisé en médecine • Le problème du paiement à l'acte et la classification en GHM et GHS est qu'il n'est pas du tout maîtrisé par les médecins et encore moins par les soignants et les infirmières • Le taux d'occupation et le niveau d'activité du service sont des indicateurs importants • Le case-mix peut varier d'un mois à l'autre, d'une année à l'autre • Difficulté de comparer d'un mois à l'autre • Les chiffres sont parfois faux		• Vérifier l'activité du service et le taux d'occupation	
Regarder et discuter les tableaux de bord	• Vérifier si les objectifs sont tenus et analyser en cas de problème	• Nécessité d'équilibrer la balance des recettes et des dépenses		• Discuter les tableaux de bord avec la CPP • Analyser avec le CAP les raisons des mauvais indicateurs • L'administration présente les dépenses de médicaments, le bilan comptable des admissions, les recettes générées par ces admissions en les comparants aux dépenses	• Tableau de bord • Tableau Excel envoyé par l'administration
Rendre compte à la direction sur le niveau de l'activité	• Rendre compte de que l'on fait, de l'activité	• Ce que l'on peut faire en termes de gestion est très limité			

médicale réalisée					

Personnel encadrant du personnel soignant	**Cadre d'analyse et de présentation des données « Phase de post-évaluation »**				
Pratique	**Signification - Structures téléo-affectives**	**Compétence - Compréhensions générales**	**Compétence - Règles explicites**	**Compétence - Compréhensions pratiques**	**Matériel**
S'informer et répondre aux questions	• Répondre aux questions de l'administration lors du conseil de pôle	• L'administration remet les chiffres par secteur lors des conseils de pôle		• Récupérer les chiffres sur le site intranet	• Site intranet