



## **B. Business Impact**

Challenges for Tomorrow's Management

### **Hôpital : le jour d'après ?**

ESCP Impact Paper No. 2020-21-FR

Alain Ollivier  
ESCP Business School

Jean-Michel Saussois  
ESCP Business School

## **Hôpital : le jour d'après ?**

Alain Ollivier\*  
ESCP Business School

Jean-Michel Saussois\*  
ESCP Business School

### **Abstract**

La crise épidémique transformera en profondeur le système hospitalier. Il sera en effet difficile de revenir à ce que les soignants nomment une logique managériale. Les transformations verront le jour autour de trois axes: informatisation, coordination, évolution de la gouvernance

Mots clés : Hôpital, Bureaucratie professionnelle, Coordination, Gouvernance

\*Emeritus professor, ESCP Business School

ESCP Impact Papers are in draft form. This paper is circulated for the purposes of comment and discussion only. Hence, it does not preclude simultaneous or subsequent publication elsewhere. ESCP Impact Papers are not refereed. The form and content of papers are the responsibility of individual authors. ESCP Business School do not bear any responsibility for views expressed in the articles. Copyright for the paper is held by the individual authors.

## Hôpital le jour d'après ?

La crise épidémique nourrira de vives controverses sur les bienfaits du management, mais c'est certainement dans le domaine de la santé qu'il sera difficile de revenir à ce que les soignants nomment une logique managériale, le plus souvent assimilée d'ailleurs à une logique comptable. Les soignants (médecins, infirmières...) pratiquement visibles tous les jours à la télévision viennent de reprendre la main vis-à-vis de l'opinion publique et il sera bien difficile pour l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) d'élaborer des contrats de performance entre les ARS et les hôpitaux et cela en toute quiétude syndicale. Le langage managérial avec son cortège d'énoncés péremptores jargonneux comme « *Tout en restant dans une démarche d'excellence, il [faut] désormais transformer l'hôpital de stock en hôpital de flux.* »<sup>1</sup> perdra sa capacité performative<sup>2</sup> et les analogies hôtelières (comme celle de *bed manager*) risquent d'être incongrues. Il sera bien difficile en effet de faire comme si rien ne s'était passé et de gérer l'hôpital comme avant.

Pour les consultants qui maniaient avec plus ou moins de précaution la métaphore de l'entreprise pour justifier la nécessaire transformation de l'organisation de l'hôpital et de son mode de gouvernance, il s'agissait de transformer une organisation où les salariés préfèrent exprimer leur loyauté à l'organisation plutôt qu'un engagement contractuel à remplir des objectifs précis mesurables donc évaluables. Les théoriciens<sup>3</sup> nomment ces organisations des *bureaucraties professionnelles* pour souligner le fait que la partie clef de l'organisation est celle occupée par des professionnels qui par leur savoir et leur savoir-faire n'ont pas besoin d'un sommet pour leur dire ce qu'ils doivent faire et comment ils doivent le faire. Le sommet peut changer mais la base demeure, en résonance au proverbe *les chiens aboient la caravane passe* pour souligner le mépris de la base pour un sommet qui ne ferait qu'aboyer des ordres. L'impasse des consultants a été de ne pas comprendre qu'en particulier dans le secteur public *la culture hospitalière* agit comme une colle sociale invisible qui permet d'éviter les discours sur l'engagement nécessaire de tous autour d'un objectif commun, discours qui a du sens pour les entreprises qui sont à la peine pour construire un collectif de travail doté d'un fort sentiment d'appartenance. Aujourd'hui les salariés des hôpitaux publics se vivent plutôt comme les « hommes de l'organisation » un peu comme W. F. White<sup>4</sup> ou encore Chester Barnard<sup>5</sup> les décrivaient dans les années soixante. L'APHP, premier employeur d'Ile de France (100 000 salariés) est l'archétype d'une organisation qui assure un service de santé 24 heures sur 24 et affirme sur son site internet que, *c'est un devoir et une fierté.*<sup>6</sup> Le personnel est recruté pour sa capacité à être loyal envers l'organisation qui l'emploie et dont il est fier, laquelle saura en tenir compte en lui accordant des latitudes d'action et du temps pour agir en autonomie. Dans une bureaucratie professionnelle, le sommet assure un loyalisme global et préfère s'engager sur des objectifs généraux, des messages de mandats vaguement formulés pour reprendre les analyses de Jacques Girin<sup>7</sup>. C'est ce type de comportement et le flou qu'il génère qui

---

<sup>1</sup> Stéphane Velut (2019) *L'Hôpital, une nouvelle industrie*, Gallimard collection « Tracts ».

<sup>2</sup> Aggeri Frank *Qu'est-ce que la performativité peut apporter aux recherches en management et sur les organisations : Mise en perspective théorique et cadre d'analyse*, Management 2017 (1) 28-69

<sup>3</sup> Mintzberg H. (1979) *the structuring of organizations : a synthesis of the research* Englewood Cliffs, Prentice Hall

<sup>4</sup> White W.F. (1959) *Man and organization, three problems in human relations in industry* Homewood, Richard Irwin

<sup>5</sup> Barnard C.L (1938) *The functions of the executive* Cambridge Harvard University Press

<sup>6</sup> [www.aphp.fr](http://www.aphp.fr)

<sup>7</sup> Girin J. (1990) *L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode*, in Martinet A.-C. [ed] *Epistémologies et sciences de gestion*, Paris, Economica, 141-182.

peuvent aussi produire des dérives telles que les grands patrons se comportant comme des mandarins, une division excessive du travail, un cloisonnement des tâches, des doublons dans les informations, des gaspillages. Les partisans d'une nouvelle gestion hospitalière ont donc voulu introduire de nouveaux outils de gestion pour mesurer et évaluer l'activité et cela en toute rigueur scientifique avec un sommet qui gouverne enfin avec des objectifs précis. La meilleure illustration de ces changements est la réforme de 2004 instaurant la tarification à l'activité (T2A) pour financer les établissements hospitaliers et introduisant ce que les économistes nomment des mécanismes de type marché aussi bien pour le public que pour le privé. Cette réforme était de fait marquée par la recherche d'une rationalisation des allocations budgétaires, allocations souvent marquées par des pratiques critiquables. *Toute ma vie, j'ai vu des chefs de service "faire de la cavalerie", c'est-à-dire demander dix postes, sachant qu'ils n'en avaient besoin que de six. Je pense que c'est là un très mauvais mode de gestion et qu'il vaut mieux dire : « Je n'en demande que cinq, mais, si je suis en difficulté, je reviendrai vers vous pour obtenir ce sixième poste. »*<sup>8</sup>

Pour comprendre le pourquoi de cette réforme, il convient de rappeler l'étrangeté et la perversité du système d'allocation budgétaire antérieur à l'introduction de la T2A. Ce système dit de budget global consistait à appliquer un coefficient pratiquement uniforme d'augmentation annuelle du budget des hôpitaux. De ce fait les établissements le plus richement dotés et sans augmentation d'activité bénéficiaient de budgets confortables alors que d'autres établissements moins bien dotés et en activité croissante se trouvaient lourdement pénalisés. La mise en œuvre de la T2A a cependant induit de sérieux effets secondaires indésirables écrasant le terrain sous le coup d'une norme aveugle aux reliefs. Cela a été particulièrement vrai pour la psychiatrie dont les protocoles thérapeutiques peuvent difficilement s'insérer dans des nomenclatures. Même dans les activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) la tarification de nombreuses actions interventions a posé problème. Pour ne citer qu'un exemple, il est anormal qu'une exploration fonctionnelle puisse être tarifée de la même façon selon que le patient soit un adulte coopérant ou au contraire un enfant ou une personne âgée ou handicapée. La course aux ajustements s'est avérée une source de complexité inextricable et a contribué à discréditer le système. Ces faiblesses objectives de la T2A associées à un manque d'informations et de pédagogie ont suscité des critiques souvent excessives, parfois dogmatiques, et du coup la réforme n'a jamais été véritablement intégrée à la culture hospitalière publique. L'actuel pouvoir exécutif en est d'ailleurs conscient puisqu'une nouvelle réforme budgétaire hospitalière, annoncée dans le programme électoral d'Emmanuel Macron, est toujours à l'étude et risque de l'être encore longtemps.

Le problème de fond de la T2A comme de nombreuses mesures proposées dans le rapport Larcher (2007) et contenues dans les lois « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST, 2009) et de « Modernisation de notre Système de Santé » (2016) tient au fait que ces réformes remettaient en cause la bureaucratie professionnelle et qu'elles soulignaient le refus de faire des soignants la partie stratégique de l'organisation. Les réformes successives ont été d'autant plus mal vécues par les soignants qu'elles impliquent une remise en cause du fondement historique de l'organisation hospitalière par services. L'approche vite caricaturée comme « comptable » a permis alors de souligner les failles de l'organisation : *on me dit gérez par objectifs ! Je veux bien...mais qu'on me donne d'abord des moyens compatibles avec les objectifs qu'on me demande d'atteindre...*

---

<sup>8</sup> La leçon de management du patron d'un grand service de chirurgie Marc-Olivier Bitker Chef du service d'Urologie et de Transplantation rénale de l'hôpital universitaire de la Pitié-Salpêtrière, compte rendu Ecole de Paris du management séance la vie des affaires 6 avril 2018

Ces discussions interminables entre objectifs et moyens, entre soignants et gestionnaires ont nourri des dialogues de sourds et ont fissuré la cohésion sociale entre les différents métiers de l'hôpital, les soignants se plaignant de passer leur temps à nourrir la machine bureaucratique en mal d'indicateurs. Laquelle machine n'avait de cesse de recruter des gestionnaires pour « aider » les soignants dans leurs nouvelles tâches administratives. Ainsi nombreux sont les médecins qui déplorent qu'au sein de l'APHP, 21% du personnel ne soit ni médecins, chirurgiens ou pharmaciens, ni internes, ni ne font partie du personnel soignant, paramédical ou socio-éducatif. Pour eux la technostructure consomme de façon excessive les ressources limitées de l'hôpital et relève de l'imposture.

Cette dualité identitaire et de pouvoir a généré une confusion sémantique entre rentabilité et performance, entre efficacité et efficience, entre ce qui relève de l'organisation et ce qui relève du management et elle a entretenu de multiples malentendus. Toutefois des soignants ont su lever ces malentendus comme ce chef de service de CHU « *il n'y a pas de management sans projet. Lors de ma candidature, j'avais donc soumis un projet de service, par lequel je m'engageais sur quatre points. Le premier concernait l'organisation de la transplantation en commun avec les néphrologues, le deuxième portait sur la prise de rendez-vous en consultation externe, le troisième visait le développement de l'activité du service, que j'avais fixé à 30% en quatre ans, et le dernier était la réorganisation de la sortie des patients par le biais d'une consultation dédiée* »

Se posent alors de vraies questions de coordination dans la conduite d'un projet. Comment mettre en œuvre des opérations transversales entre les différentes fonctions verticales qui, chacune, abritent des manières d'agir et ne souhaitent pas les voir perturber ? Coordonner suppose en effet de se frotter à d'autres routines ou à ce que Herbert Simon<sup>9</sup> nomme des procédures d'opération standard. Les travaux de recherche en management ont souligné le problème que rencontrent les organisations pour à la fois différencier les tâches, les métiers et en même temps les intégrer et l'hôpital ne fait pas exception à ce constat des chercheurs. Les travaux de Christophe Midler<sup>10</sup> ont été pionniers pour montrer l'efficacité d'un chef de projet capable d'assurer l'intégration des différentes fonctions. Là encore, administrer suppose en effet coordonner et s'agissant de la politique sanitaire, le décloisonnement ne sera possible que par la mise en commun de toutes les activités sous la houlette d'un chef de projet capable de s'assurer que dire n'est pas faire et que *sur le terrain* les choses se fassent. C'est en effet sur des problèmes de coordination que bien souvent la mise en œuvre d'une politique bloque. On le voit aujourd'hui avec la coordination impulsée par les ARS pour faire travailler ensemble les hôpitaux publics et les cliniques privées qui véhiculent les uns vis-à-vis des autres des méfiances croisées sur les façons de faire. Le rôle de coordination des ARS ne s'arrête d'ailleurs pas là puisque leur mission s'étend aux établissements médico-sociaux, aux responsables de l'activité pharmaceutique et aux organismes de prévention et d'éducation sanitaires. Dans cette période de crise sanitaire aiguë, le manque ressenti de coordination fait converger les critiques sur les ARS, critiques souvent excessives voire injustifiées. Les ARS font alors office de bouc émissaire<sup>11</sup>, mais les victimes se situant au plus haut niveau de la hiérarchie sanitaire, leur sacrifice expiatoire est socialement accepté voire apprécié.

---

<sup>9</sup> Simon, H. (1960) *the new science of management decision* New York, harper

<sup>10</sup> Midler, C. (1996) *L'auto qui n'existait pas : management des projets et transformation de l'entreprise*, 2<sup>nd</sup> édition, Paris, Interéditions

<sup>11</sup> G.Bonazzi *Pour une sociologie du bouc émissaire dans les organisations complexes* Sociologie du travail, Année 1980 22-3, 300-323

## Conclusion

Après la crise profonde actuelle, le système hospitalier et ses acteurs salués tous les jours à 20 heures se verra certes récompensé par la nation mais de profondes transformations verront le jour. On peut les organiser autour de trois axes qui d'ailleurs se complètent : informatisation, coordination et évolution de la gouvernance.

L'informatisation croissante des activités sanitaires permet par la collecte massive de données et par leur traitement intelligent de démultiplier l'information des professionnels de santé dans leurs champs de compétence spécifiques et potentiellement d'améliorer leurs relations avec leurs patients. Cette digitalisation de la médecine se développera d'autant plus vite que les plateformes numériques se sont multipliées pendant la crise et que les patients ont découvert les consultations en ligne. La responsabilité de cette évolution digitale vertueuse incombera aux informaticiens mais le changement ne sera efficace que si ces informaticiens se perçoivent comme prestataires au service des professionnels de santé et non comme des producteurs de contraintes.

La coordination et la recherche de synergies doivent également être des priorités pour donner leur efficacité maximale aux ressources considérables dédiées à la santé. Avec 12% du PIB consacrés aux dépenses de santé la France se situe dans le peloton de tête des nations. Cette coordination doit se faire à de multiples niveaux : coordination à l'intérieur des établissements entre les pôles et les services, coordination entre les établissements d'un même territoire et cela quel que soit leur statut, coopération et entraide entre territoires, coordination entre l'hôpital et la médecine de ville, complémentarité entre les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux. Tous ces principes visant à lutter contre un *hôpital-centrisme* étaient contenus dans la Loi HPST de 2009 mais la grande leçon à tirer de la crise actuelle est que ces principes ne trouveront une application concrète que par une œuvre tissée par les acteurs de première ligne dans l'exercice de leurs activités et non par des décrets d'instances de « tutelle ».

L'amélioration de l'information par l'informatisation et la nécessaire coordination de toutes les composantes du système de santé appellent enfin un renouveau de la gouvernance sanitaire. Cela suppose tout d'abord que l'on favorise la compréhension mutuelle de tous les acteurs du système de santé. Dans cette perspective, échanges d'expérience, coopération sur le terrain et formations sont à développer d'autant plus facilement que la crise a préparé le terrain de la coopération. De façon plus radicale, peut-être est-il temps de proposer la métaphore de la pyramide inversée popularisée dans de nombreuses organisations performantes. Le principe est de donner aux opérateurs de première ligne la priorité en matière de choix d'activités et d'axes de développement dans des champs d'excellence forgés en interne et légitimés à l'extérieur. La technostructure, redimensionnée à une taille qu'elle n'aurait jamais dû dépasser, n'interviendrait alors que comme support pour aider à la réalisation des opérations et pour assurer la stabilité de l'organisation. Cette inversion permettrait de remettre le management à une place qu'il n'aurait jamais dû quitter sachant qu'il est plus facile pour un médecin d'apprendre les rudiments des techniques de gestion que pour un gestionnaire de maîtriser les techniques de transplantation cardiaque ou rénale. Cette crise a profondément bouleversé l'hôpital public lui redonnant à la fois une cohésion insoupçonnée face à l'urgence et une occasion pour rebattre les cartes entre le savoir des gestionnaires et le savoir des soignants.