



TENUE DE CAP mars 2016

Le MANAGEMENT CLINIQUE (3) : PILOTAGE EN MILIEU (IN)HOSPITALIER

Les précédents billets ont introduit la notion de management clinique. Partant du constat d'un management directif étouffé par les indicateurs, et d'organisations toujours cloisonnées qui empêchent la coopération entre ses acteurs, nous souhaitons contribuer à réintroduire les bases d'un management intégré, qui parte des hommes et les engage à analyser, décider et piloter ensemble leurs actions.

La particularité de l'hôpital est la co-existence de plusieurs mondes. H. Mintzberg et S. Glouberman ont décrit en 2002 quatre mondes : le monde du soin (*care* : les soignants), le monde de la guérison (*cure* : les médecins), le monde du contrôle (*control* : la direction) et le monde extérieur (*community* : les administrateurs). Les quadrants de ce monde doivent arriver à effectuer une danse des coalitions ; en bref, à instaurer une coopération efficiente, tant espérée des différentes parties prenantes.

Notre démarche d'accompagnement des acteurs et de l'organisation « hôpital » a été guidée, pour des raisons personnelles et professionnelles, par une position privilégiée de fournisseur, de chercheur, d'enseignant et de consultant, à équidistance entre ces mondes. Notre but est de contribuer à la réalisation d'une performance collective, partagée, au bénéfice final des patients. Toute démarche de transformation visant des résultats nécessite cependant une méthode acceptée par tous. Le temps du diagnostic doit être pris sans *a priori* ni médicaux, ni gestionnaires : c'est la phase de participation. Le partage et l'élaboration de pistes d'actions doivent être concertés : c'est la phase de coopération. La définition des objectifs et des axes prioritaires doit être parfaitement posée : c'est la phase de décision. Enfin, la mise en œuvre méthodique des actions doit être conduite : cette phase de pilotage, qui intervient après celle du partage, fait appel à la notion de consistance managériale. Elle implique d'avoir inscrit dans un plan stratégique et opérationnel, les actions, les acteurs qui vont les piloter, les réaliser et leur inscription dans le temps. La recherche d'indicateurs pertinents de mesure doit être guidée par la nécessité d'obtenir des résultats. Au total, nous sommes bien ici dans une démarche clinique concertée de diagnostic, de choix entre des options, de décision quant aux soins et thérapeutiques, puis d'évaluation en termes de résultats, comme le ferait une communauté de professionnels de santé.

Je me suis souvent posé la question en tant que manager, face à des approches spécialisées et corporatives, de l'approche organisationnelle qui permettrait un cheminement solide depuis la découverte d'un problème jusqu'à l'obtention d'un résultat objectif. Il faut bien reconnaître que contrairement à la démarche clinique en santé, les approches autour de la performance des organisations ont du mal à intégrer et à mesurer tous les aspects ; leurs objets sont différents : il est difficile d'articuler des approches économiques et financières, plutôt quantitatives, avec celles, plus qualitatives, qui intègrent le facteur humain sous ses angles psychologique, sociologique ou anthropologique...

La théorie socio-économique d'H. Savall et V. Zardet* m'a permis de découvrir une approche en Sciences de gestion alliant les niveaux paradigmatique et conceptuel, épistémologique et méthodologique, en proposant une démarche d'intervention auprès des organisations résolument transformative. En repartant des travaux de G. Bernacer dans les années 20, et des limites de la mécanique spéculative, H. Savall a posé, au moment de la crise du choc pétrolier des années 70, les bases d'une approche intégrant l'économique et l'humain. Pour H. Savall et V. Zardet, performances économiques et humaines sont indissociables ; c'est en développant le potentiel humain que le retour économique est le plus important et le plus durable. C'est en traquant les dysfonctionnements au cœur des organisations et en traduisant leurs régulations en coûts cachés non identifiés par les radars comptables, que l'ISEOR** a expérimenté l'approche dite « qualimétrique ». L'intervention socio-économique permet la transformation de données qualitatives en indicateurs quantitatifs et les valorise en montants financiers. Ainsi apparaissent des gisements de performances cachées à hauteur de 20 à 70.000 € par salarié et par an. Validée auprès de plus de 1850 organisations, cette démarche collaborative robuste permet de réduire 30 à 55% des coûts cachés et de développer d'importants niveaux de productivité (200 à 4000%). Les gains réalisés permettent d'autofinancer ce type d'accompagnement et d'en consolider les résultats par la formation d'intervenants internes à chaque organisation.

Le prochain Tenue de Cap détaillera concrètement les modalités d'une intervention socio-économique en milieu hospitalier.

Marc FRACHETTE, dirigeant
Cap O2, société de conseil en management
et en ingénierie des organisations
Docteur en Sciences de gestion
Enseignant & chercheur, ISEOR, IAE de Lyon

*Savall H., Zardet V., Maitriser les coûts et les performances cachés, Economica

** Institut socio-économique des entreprises et des organisations (www.iseor.com)