

# De l'administration standardisée vers le « Management Clinique »....Et si c'était possible à l'Hôpital ?



Marc FRACHETTE (PhD)



---

N°1, Février 2018

---

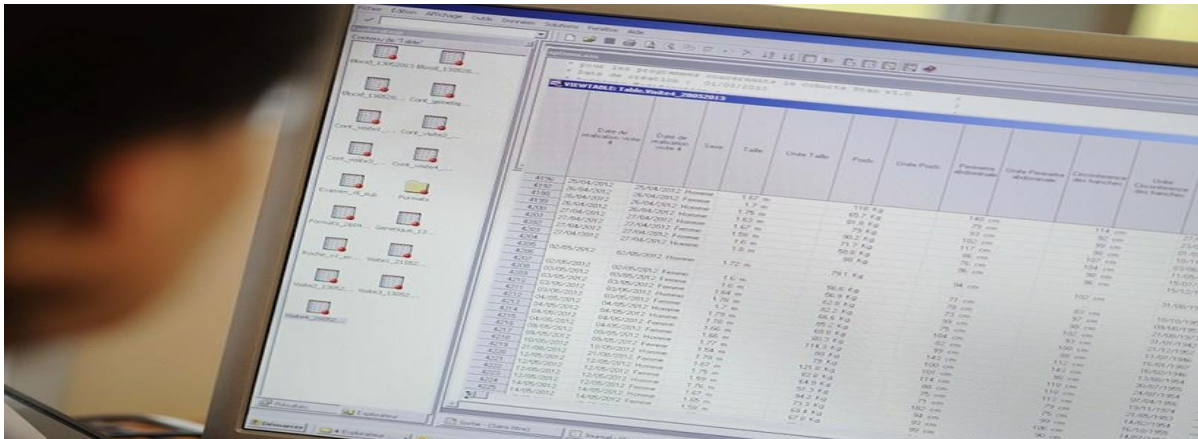
Par notre nouvel expert, [Marc FRACHETTE](#), Docteur en Sciences de Gestion, Intervenant-chercheur, Dirigeant de [Cap O2](#), société de conseil

*Dans une société en pleine mutation, nous reproduisons encore trop souvent le seul champ des possibles : tant pour les actifs en place car cela est plus facile, que pour les nouveaux arrivants car il faut bien se faire accepter des organisations.*

***La normalisation des fonctionnements, la standardisation des connaissances a mené à une forme de pensée unique facilement mobilisable par le plus grand nombre.***

*Les parcours qui se sont construits alternativement dans l'apprentissage proche du terrain et dans la poursuite d'études supérieures ou de recherche, sont globalement rejetés par les élites des technostructures.*

*La longue formation des professionnels de santé (forme de compagnonnage – faite d'itérations entre pratique et théorie est peu compatible avec des solutions formatées, techniques et réglementaires) et les cloisonnements au sein des institutions de santé, (comme les réflexes corporatistes) finissent d'empêcher la collaboration avec les services supports et les directions.*



## Une valse de standards médico-économiques à suivre au détriment du management....

Le pouvoir politique, n'arrivant pas à imposer des standards de gestion médico-économique, a finalement décidé de concentrer les décisions médico-sociales vers le financeur et les tutelles, à charge pour les professionnels de santé de coopérer via leurs instances et la mise en œuvre de contractualisations.

Cette problématique n'est d'ailleurs pas nouvelle et les aller-retours entre pouvoir médical et pouvoir politique n'est qu'un régulier va et vient qui a jalonné la construction de notre état et l'évolution de l'hôpital depuis le moyen-âge.



Il est vrai qu'absorbés par les évolutions médicales et par le colloque singulier avec leurs patients, les professionnels de santé n'ont guère développé d'appétence pour l'intendance et les équilibres budgétaires qui se détériorent au gré des crises financières.

Ce, d'autant plus que les administrations centrales ont déployé une vision aride nourrie de tableaux et d'indicateurs – nécessaire mais peu attrayante – alors que, bien au contraire, le management est une activité résolument clinique dont l'épistémologie n'est finalement pas très éloignée de celle de la médecine, et le but, la capacité de survie et de développement du système de santé, pas très éloigné de la prise en charge des patients.

Mintzberg H. et Glouberman S. [(1), 2002] ont bien décrypté la complexité du modèle hospitalier avec leur concept des « 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 ont quelques difficultés à effectuer la danse des coalitions que les auteurs appellent de leurs vœux...



## Mais comment le management peut-il se penser comme une « activité clinique » ?

Le management ne se résume ni à une activité de mise en oeuvre d'objectifs stratégiques à partir d'injonctions économiques ou législatives, ni à une action de pilotage opérationnel répondant à un suivi crispé d'indicateurs quantitatifs observés a posteriori.

Il s'agit d'une démarche qui part d'une vision de chaque manager et qui prend le temps d'un diagnostic de l'organisation ; ce diagnostic va mobiliser l'étude des données mais doit impérativement être complété par une analyse des fonctionnements, effectuée méthodiquement auprès des acteurs concernés.



Ce diagnostic devra être restitué afin de stimuler des pistes d'actions que le manager pourra ensuite sélectionner et prioriser dans un plan d'action collectif. L'environnement externe sera aussi décortiqué en s'appuyant sur l'expertise de tous les métiers, et non un réalisant une analyse rapide en comité de direction, à l'image du SWOT : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

Seulement à ce moment là pourra commencer le pilotage de l'action puis la mesure des résultats par un corpus d'indicateurs classiques progressivement consolidé d'indicateurs pertinents de fonctionnement.

**Nous voyons bien le parallèle avec la démarche médicale :** il s'agit d'une approche réflexive, inductive, constructiviste, et non une approche positiviste, déductive et reproductive de solutions copiées ailleurs.

**Cette démarche de management clinique** prend le temps du diagnostic, se nourrit de l'avis des différents professionnels, est complétée d'examen divers avant de poser un diagnostic concerté, et qui amènera à un plan de traitement puis à une coordination des soins de plus en plus adaptée au parcours du patient, en management : l'organisation.

Mais nous sommes tous d'accords : le but d'une organisation est sa PERFORMANCE qu'elle soit économique, sociale et médicale dans le cas qui nous occupe, **au bénéfice final de la population.**



### **Quel concept de management adopter aujourd'hui ? Vers de nouvelles formes de coopérations...**

Ce management clinique peut être rapproché du concept de « gouvernance clinique» (Denis J-L., Contandriopoulos A-P., Pomey M-P., 2008, (2)), thème d'actualité dont le but est d'accroître la capacité des acteurs à coordonner leurs pratiques pour garantir la qualité des soins. L'enjeu est de faire passer l'hôpital d'un modèle de domination professionnelle à un modèle de décisions partagées [Robinson J.C., 2007, (3)] où tous les acteurs des « quatre mondes » doivent apporter leur contribution.

Manager aujourd'hui et demain est donc une affaire collective et transversale. Le passage d'un management subordonnatif à un management contractualisé est bien l'enjeu, comme le décrivent Henri Savall et Véronique Zardet [(4), 2003] ; c'est aussi ce qui rend l'exercice compliqué face à la tentation de conserver des modes de management descendants ou à celle de libérer l'organisation du management au moment où il est plus que nécessaire de renforcer celui-ci, en redonnant la possibilité de décider aux managers, de piloter l'action en autonomie, au lieu de scruter des indicateurs souvent éloignés de l'efficacité réelle de leur structure.



Pour coopérer efficacement, nous retiendrons 2 principes :

- ce sont **des petites unités autonomes** qui trouvent, développent et produisent avec efficience; elles contribuent au fonctionnement d'ensembles plus importants (ici, tels que les groupes hospitaliers) en synchronisant précisément leurs fonctionnements
  - cette **coopération** doit répondre à des exigences et une instrumentation précises : nous proposons de mobiliser le concept des 3C (communication-coordination-concertation) développé par Savall et Zardet [(4), 2003,*op. cit.*] ; ce dispositif permet d'articuler les différents niveaux de transversalité :
1. La COMMUNICATION qui représente tous types d'échanges formels et informels, quel que soit l'objectif ;
  2. La COORDINATION qui représente les dispositifs destinés à réaliser un objectif ;
  3. La CONCERTATION qui représente les échanges destinés à définir un objectif.

*Pour conclure, cette coopération nécessite, quelque-soit la méthode retenue, une mise en oeuvre définie clairement : il s'agit d'être aussi précis que lors de protocoles de traitements pluridisciplinaires des patients. Il ne faut en aucun cas, par facilité, plaquer des solutions toutes faites ou se contenter d'injonctions à coopérer ! Il s'agit d'une activité humaine qui nécessite d'investir du temps et un engagement de haut niveau, faute de quoi le traitement administré produira plus d'effets secondaires que de résultats bénéfiques.*



---

### Pour aller plus loin :

- Mintzberg H., Glouberman S., (2002), [Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie](#), *Gestion HEC Montréal*, 27, mars 2002, 152p.
- Denis J-L., Contandriopoulos A-P., Pomey M-P. (2008), Editorial, [Pratiques et organisation des Soins](#), 39, n°3, juillet-septembre 2008, p.165-167
- [Robinson J.C. \(2007\), Quarter-Century : Looking Ahead, Health Aff.](#) 26, 1523-24, 2007
- Savall H., Zardet V. (2003), [Maitriser les coûts et performances cachés](#), Paris, Economica, 4<sup>ème</sup> édition, 2003

---

*N'hésitez-pas à laisser vos commentaires... [Marc FRACHETTE](#), vous répondra avec plaisir !*



---

Nous remercions vivement [Marc FRACHETTE](#), Docteur en Sciences de Gestion, Intervenant-chercheur, Dirigeant [Cap O2](#), société de conseil, en proposant le partage de ses articles, pour nos fidèles lecteurs de [www.managersante.com](http://www.managersante.com)

---



**Biographie de l'auteur :**

**Docteur en Sciences de Gestion** (PhD), spécialisé dans la performance des organisations de Santé, sur la performance du circuit du médicament hospitalier. Consultant Sénior en Management et Ingénierie des Organisations. **CEO SAS Cap O2**. Consultant Chercheur associé ISEOR. Chargé d'Enseignement à **l'Université de Lyon en Licence/Master sur le Management d'équipes**, RH, commercial, gouvernance hospitalière, notamment de futurs Directeurs d'Etablissements de Santé.

Catégories : [Accueil](#), [Management](#), [Management & Recherche](#)

Étiquettes : [Management](#), [Management & Recherche](#)

[Laisser un commentaire](#)

**managersante.com**

[Propulsé par WordPress](#)