



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **Année 2009**

Date du Jury : **Septembre 2009**

**CONCILIER QUALITÉ DES SOINS
ET MAÎTRISE DES DÉPENSES**

« Un enjeu stratégique pour la direction des soins »

Christian UHRIG

Remerciements

Ils s'adressent à

Claudie GAUTIER

Directrice des soins

IFSI Centre Hospitalier Bretagne Sud

Eric LEGRAND

Enseignant Chercheur

EHESP Rennes

pour leurs conseils avisés à chacune des étapes de l'élaboration de ce mémoire.

Germain BERTRAND

Sociologue - Chercheur

Référent mémoire

pour son soutien méthodologique.

Malika TALAHITI et Odile TURKO

Directeurs des soins Promotion 2009

Groupe ateliers mémoire

qui ont contribué à préciser ma réflexion.

A toutes les personnes rencontrées tout au long de ma formation

qui ont participé à mon cheminement professionnel.

Sommaire

Introduction	1
1 Le cadre de la performance pour un partenariat DS et DSE	5
1.1 Pour un sens partagé de la performance	5
1.1.1 La performance hospitalière se décline à partir de plusieurs dimensions	5
1.1.2 Le management de la performance hospitalière : une approche systémique	7
1.1.3 Une dimension éthique fondamentale à ne pas omettre	7
1.2 Une modernisation nécessaire de la gestion interne de l'hôpital.....	9
1.2.1 Pour des nouvelles règles de pilotage	9
1.2.2 De la comptabilité analytique à une communication de tableaux de bord	11
1.3 Une nouvelle gouvernance des achats hospitaliers	12
1.3.1 Une démarche incitative de la MeaH et de la DHOS	12
1.3.2 Une approche normative réglementaire et une dynamique par la qualité	12
2 Une collaboration à observer et à comprendre.....	13
2.1 La méthodologie d'investigation.....	13
2.1.1 L'entretien semi-directif : méthode et déroulement.....	13
2.1.2 Le choix des établissements et des personnes	14
2.1.3 Les limites de la méthode	14
2.2 Les quatre dimensions de SHORTELL au service de l'analyse	14
2.2.1 Pour une dimension culturelle à partager	14
2.2.2 Pour une dimension stratégique à clarifier.....	18
2.2.3 Pour une dimension structurelle à formaliser.....	20
2.2.4 Pour une dimension technique à acquérir	22
2.3 Confrontation de l'analyse aux hypothèses.....	24
2.3.1 Les hypothèses confirmées pour les deux établissements.....	24
2.3.2 Les hypothèses infirmées pour les deux établissements.....	24

3	Penser « qualité des soins » et « maîtrise des dépenses »	25
3.1	Par le rapprochement des cultures et des compétences	25
3.1.1	Une culture soignante et une culture gestionnaire à ne pas opposer	25
3.1.2	Une culture de la qualité qui peut être fédératrice	26
3.1.3	Une sensibilisation des personnels aux nouveaux modes de gestion	27
3.2	Par des stratégies à construire et à développer	28
3.2.1	Une capacité du DS à expliciter les choix institutionnels.....	28
3.2.2	Un engagement partagé du DS et du DSE pour une démarche participative	29
3.2.3	La question du suivi et de l'évaluation au centre du pilotage	31
3.3	Par une reconnaissance des personnels et de leurs compétences	33
3.3.1	La responsabilisation des personnels	33
3.3.2	La valorisation et la satisfaction des personnels	33
	Conclusion	35
	Bibliographie	37
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance.
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation.
CA :	Conseil d'Administration.
CHA :	Centre Hospitalier de A.
CHB :	Centre Hospitalier de B.
CG° :	Contrôleur de Gestion.
CGS :	Coordonnateur Général des Soins.
CH :	Centre Hospitalier.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
CME :	Commission Médicale d'Etablissement.
CODIR :	Comité de Direction.
CREA :	Compte de Résultats Analytiques.
CREO :	Compte de Résultats d'Objectifs.
CRR :	Centre Régional de Ressources.
CRUQPC :	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.
CSIRMT :	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques.
CSP :	Code de la Santé Publique.
DS :	Directeur des Soins ou Direction des Soins.
DSE :	Directeur (ou Direction) des Services Économiques.
GMAO :	Gestion du Matériel Assisté par Ordinateur.
GMSIH :	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier.
ENCC :	Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune.
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles.
HAS :	Haute Autorité en Santé.
IQ :	Ingénieur Qualité.
LOLF :	Loi Organique relative aux Lois de Finances.
MAINH :	Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier.
MCO :	Médecine, Chirurgie, Obstétrique.
MEAH :	Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers.
MRP :	Médecin Responsable de Pôle.
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé.
PPI :	Plan Pluriannuel d'Investissement.
PRE :	Plan de Retour à l'Equilibre.
T2A :	Tarifcation à l'Activité.

Introduction

Si en 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis la qualité du système de santé français sur un piédestal au regard du monde entier, l'Hôpital est aujourd'hui au cœur de nombreux tumultes. Entre principe d'économie et devoir de résultats, entre qualité et rationalité, entre communication et médiatisation, il doit attester de la performance de ses organisations. Si cette notion de performance semble relativement vulgarisée, elle est trop souvent réduite à l'expression de la productivité. Pour autant, la performance hospitalière valorise différentes dimensions distinctes et intercurrentes associant qualité des soins, conformité des organisations, sécurisation des parcours de soins, optimisation des ressources et maîtrise des dépenses.

La recherche de performance fait suite à un continuum de réformes hospitalières. Les grandes lois¹ de 1958 et de 1970 ont permis à l'organisation hospitalière d'évoluer dans un contexte socio-médico-économique sécurisant permettant à chaque établissement public de santé d'investir, de développer des activités, s'appuyant sur des plateaux techniques considérés comme performants. L'augmentation de l'offre et de la demande a conduit à une croissance régulière des dépenses mettant en alerte le système d'assurance maladie. N'a-t-on pas coutume de dire que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. La question de la maîtrise des dépenses de santé est devenue une préoccupation majeure des politiques de santé successives. Les différentes réformes médico-économiques ont conduit les établissements de santé à la nécessité d'ajuster leur stratégie de développement et leurs coûts de production. Le nouveau système de financement fondé sur une tarification à l'activité s'inscrit dans cette logique. Responsabilisation des acteurs, rationalisation de l'offre de soins sont les deux points d'ancrage du défi médico-économique qui s'impose aux établissements de santé.

Dans ce contexte, l'Hôpital doit satisfaire à sa mission première, celle d'offrir une prise en charge de qualité aux besoins de la population. La Haute Autorité en Santé (HAS) a attesté, par la démarche de certification, de la nécessité d'une amélioration pérenne de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients. La qualité des soins a été réaffirmée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge². Les patients-usagers sont devenus des acteurs centraux et

¹ Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière et loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

indispensables au développement de cette démarche qualité. Par leurs associations représentatives, ils font valoir leurs attentes et leurs besoins. Au sein d'instances telles la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) et le Conseil d'Administration (CA), ils peuvent formuler leurs questionnement quant au niveau de qualité des prises en charge. En cas de différend avec les instances hospitalières, les médias relaient leurs doléances. Aujourd'hui, dans une société de consumérisme médical, le patient est devenu un client qui a des droits, des attentes et des besoins. Il compare et choisit, il accepte et refuse. De ce fait, il tient une place d'acteur engagé dans le développement de la performance des organisations.

Différents questionnements m'interpellent dans ma future fonction de directeur des soins. Existe-t-il un management partagé de la performance au sein de l'organisation de l'hôpital ? Dans un contexte de rationalité économique, comment le directeur des soins peut-il promouvoir la qualité des soins ? Pour répondre à ces différentes questions, il me paraît essentiel d'observer les synergies établies ou à développer entre la direction des soins et les acteurs gestionnaires de l'hôpital pour optimiser les ressources.

Si les critères de performance hospitalière peuvent être définis comme « *des soins de qualité au moindre coût, des ressources allouées aux soins utiles, des soins accessibles à tous ceux qui en ont besoin³* », il est nécessaire d'attacher de l'importance à la gestion des achats hospitaliers. Constatant que ceux-ci représentent le deuxième poste de dépenses des hôpitaux après celui du personnel, la collaboration entre Directeur des Soins (DS) et Directeur des Services Économiques (DSE) est devenue essentielle pour tendre vers une gestion adaptée des ressources matérielles et logistiques. Mon expérience passée en qualité de cadre de santé puis en tant que cadre supérieur de santé à la direction des soins dans deux établissements m'a fait prendre conscience de la nécessité de construire une stratégie commune de la gestion des achats : dispositifs médicaux, équipements et matériels divers. En effet, le suivi des consommations des unités de soins n'est pas toujours bien optimisé. Des situations de gaspillage et de ruptures de stock ont souvent généré des discussions soutenues entre DS et DSE. N'a-t-on pas tous en mémoire une situation d'acquisition d'un équipement qui ne correspondait pas aux attentes de l'équipe soignante et qui de ce fait n'a pas été utilisé. N'a-t-on pas déjà entendu les soignants scander « *nous n'avons pas assez de matériels, nous ne pouvons plus travailler, et on parle de qualité des soins !* ». Ces quelques exemples vécus illustrent que les achats peuvent conditionner la qualité des soins et que le mode

³ CHAUVANCY M.C., Performance hospitalière, sécurité des soins : deux objectifs antinomiques ? <http://www.carnetsdesante.fr/Performance-hospitaliere-securite>

d'organisation du processus⁴ « achat-approvisionnement-consommation » n'est pas suffisamment coordonné entre les services gestionnaires et les unités de soins. De plus, le DSE, qui est souvent l'acheteur principal, n'est pas toujours le seul interlocuteur. D'autres décideurs internes tels la pharmacie, les services informatiques, les services techniques, le laboratoire, la direction des affaires générales, les services financiers et le service biomédical peuvent influencer sur le processus « achat-approvisionnement-consommation ». Ces différents circuits contribuent à disperser la demande et l'achat hospitalier. L'apparition de centrales d'achat ne fait qu'accroître cette dispersion. Les acteurs de soins médicaux et non-médicaux déplorent d'être peu associés à la gestion de ce processus et disent ne pas comprendre les nouvelles règles des achats divers. J'ai souhaité ainsi mener ce travail de recherche pour explorer le partenariat DS et DSE qui m'apparaît comme un levier pour atteindre un des champs de la performance de l'hôpital ; cette collaboration contribuant à assurer la bonne gestion des achats nécessaires au bon fonctionnement des pôles d'activités cliniques. Il est à observer que le partenariat DS et DSE fait peu l'objet de réflexion dans la littérature. Ce point a contribué à renforcer ma volonté de comprendre :

« Pourquoi, la collaboration entre le directeur des soins et le directeur des services économiques, alors qu'elle est nécessaire, est-elle difficile à mettre en œuvre ? »

Quatre hypothèses vont tenter d'explorer les raisons de ces difficultés. Elles ont été construites à partir de mes représentations et de mon vécu professionnel.

1^{ère} hypothèse : la collaboration DS et DSE est difficile à mettre en œuvre car leurs représentations de la qualité des soins sont différentes.

2^{ème} hypothèse : la collaboration DS et DSE est difficile à mettre en œuvre car il n'existe pas de stratégie de communication partagée de la politique d'optimisation des ressources.

3^{ème} hypothèse : la collaboration DS et DSE est difficile à mettre en œuvre car la culture professionnelle des soignants est peu adhérente au principe de rationalité économique.

4^{ème} hypothèse : la collaboration DS et DSE est difficile à mettre en œuvre car la mise en place des pôles d'activité a défini de nouveaux modes de gestion des ressources et des moyens.

⁴ Cours LINDEN P., ULP Strasbourg, 2003 DU « Qualité et gestion des risques en établissement de santé ». Processus : ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie.

Mon travail de recherche se développe en trois phases.

La première expose le cadre donné à la notion de performance. Elle explicite les nouvelles règles de gestion dans le contexte de la nouvelle gouvernance. La collaboration DS et DSE s'inscrit dans cette nouvelle dimension.

La seconde présente la méthodologie utilisée. A partir d'entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels, et, en référence à des documents institutionnels observés, elle analyse les axes de collaboration existants entre DS et DSE, leurs leviers de réussite ainsi que leurs points de tension.

La troisième développe des préconisations pour promouvoir une stratégie partagée entre le DS, le DSE et les autres acteurs gestionnaires afin d'assurer une gestion efficiente⁵ des ressources au service des patients et des professionnels.

⁵ MARCON E., GUINET A., TAHON C., 2008, *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Editions Lavoisier, p.42. L'efficience est l'articulation entre les moyens et les résultats « est-ce que les résultats sont suffisants compte tenu des moyens mis en œuvre ? »

1 Le cadre de la performance pour un partenariat DS et DSE

Parler de performance nécessite de s'accorder sur sa définition. Certains la définissent comme un concept et d'autres la déterminent comme un construit social. Les différentes approches présentées contribueront à définir une vision partagée, nécessaire à une compréhension commune du sujet de l'étude. Dans un objectif de recherche de la performance hospitalière, la nouvelle gouvernance a conduit l'hôpital à moderniser sa gestion interne en définissant de nouvelles règles de pilotage. La maîtrise du processus « achat-provisionnement-consommation » est devenue aujourd'hui un des enjeux stratégiques essentiels, ce qui tend à penser que la collaboration DS et DSE est incontournable pour faire face aux contraintes économiques et aux exigences de qualité.

1.1 Pour un sens partagé de la performance

1.1.1 La performance hospitalière se décline à partir de plusieurs dimensions

La notion de performance est un « *concept relatif*⁶ » qui reste difficile à cerner du fait de la multiplicité de ses représentations et de ses approches. Selon le Petit Robert, le mot « *performance* » provient du verbe « *parformer* » qui, en ancien français, signifiait « *accomplir* », « *exécuter* ». Le sens académique contemporain reste différent en fonction du domaine d'activité, de l'auteur. Concernant le sportif, il peut transcrire un résultat chiffré obtenu lors d'une compétition. S'agissant du domaine technique, il définit le résultat optimal obtenu par un matériel donné. Si l'origine du mot « *performance* » est bien française, il bénéficie tout autant des influences anglo-saxonnes qui lui accordent indifféremment le sens d'action ou de résultat (*to perform*), que de ses origines latines qui lui confèrent exclusivement le sens de résultat, implicitement positif. Ce mot est aujourd'hui entré dans le vocabulaire hospitalier sans que chacun ne puisse lui donner un sens commun. Emprunt de la notion d'économicité pour certains, la performance ne sera valorisée qu'en résultats comptables. Pour d'autres, la performance mesure le niveau de qualité escompté d'un processus ou d'un groupe de processus donné. Ces deux approches peuvent apparaître antinomiques comme elles peuvent être indissociables.

Pour éclairer les champs possibles de la performance hospitalière, plusieurs théories se distinguent selon que l'approche soit de type monofactoriel ou de type intégrateur. Cette étude retiendra deux théories complémentaires.

⁶ LETEURTRE H., MALLÉA P., 2005, *Performances et gouvernance hospitalières*, Paris, Editions Berger-Levrault, p.12

La première théorie, selon Alice TEIL⁷, définit quatre modèles monofactoriels⁸.

Le modèle des objectifs rationnels : la performance de l'établissement renvoie à l'efficacité de l'organisation. L'établissement est considéré comme performant quand il a atteint ses objectifs spécifiques dits « rationnels ». Le principal indicateur de performance est l'efficacité productive de l'hôpital (produire plus à moindre coût).

Le modèle des ressources : la performance de l'établissement est conditionnée par sa capacité à s'approprier et à mobiliser des ressources nécessaires à sa survie et à son bon fonctionnement. La performance de ce type d'organisation ne s'évalue pas en fonction de ce qu'il fait mais en fonction de ce qu'il est capable de faire.

Le modèle des relations humaines : la performance de l'établissement est sa capacité à satisfaire les acteurs du système. Elle reflète la santé interne de l'organisation et donc son climat social. Elle compare les résultats à des normes.

Le modèle des processus internes : l'organisation performante est celle dont les processus de production respectent les normes établies. Ce ne sont pas les ressources qui comptent mais la manière dont elles sont mobilisées pour la réalisation de l'activité.

Cependant, la difficulté rencontrée dans l'analyse de ces modèles se situe au niveau de l'ambivalence existante entre les différentes dimensions de la performance. Chacune d'elles étant légitime, on ne peut prioriser un modèle par rapport à l'autre. La performance peut être stratégique, organisationnelle, managériale, technique, économique, financière. Par conséquent, elle nécessite de faire référence à la conception de l'organisation.

La seconde théorie privilégie le modèle de type « *intégrateur*⁹ ». Ce modèle, retenu pour cette étude, admet que c'est la performance organisationnelle humaine qui conditionne la performance médico-économique qui n'est qu'une conséquence mécanique de la précédente. LETEURTRE H. et MALLÉA P. définissent la performance hospitalière comme « *la capacité à atteindre les objectifs constitutifs d'un projet hospitalier, grâce à la maîtrise de l'organisation humaine de l'hôpital. Cette dernière est elle-même définie comme le cadre d'une action qui ait un sens commun partagé par tous ses acteurs. La performance est donc un construit social et non un concept*¹⁰ ».

⁷ TEIL A. agrégée d'économie et gestion, doctorante en sciences de gestion, Lyon III, CNRS

⁸ MARCON E., GUINET A., TAHON C., op. cit. p.76

⁹ Modèle intégrateur : modèle global combinant autant de dimensions qu'il existe de modèles organisationnels. Ibid. p. 79

¹⁰ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.14

Cette théorie s'inscrit dans la continuité des études anglo-saxonnes qui tendent à prouver que la performance hospitalière résulte de la « *rencontre entre une organisation et des hommes*¹¹ », et qu'il existe une forte corrélation entre la qualité des soins et les facteurs organisationnels de l'hôpital.

1.1.2 Le management de la performance hospitalière : une approche systémique

La performance hospitalière repose sur une approche systémique qui met en interaction des sous-systèmes managériaux de l'hôpital tout en intégrant les différents modèles monofactoriels précédemment cités. Six sous-systèmes¹² sont ainsi décrits¹³ : le sous-système d'information hospitalière, le sous-système d'orientation, le sous-système d'adaptation, le sous-système de décision, le sous-système d'activation et le sous-système de contrôle. La maîtrise du processus « achat-approvisionnement-consommation » peut être appréhendée en référence à ces différents sous-systèmes. Ainsi, ceux-ci ont permis de cadrer les différentes dimensions de ma recherche et par conséquent d'identifier les champs de la collaboration DS et DSE. Les quatre processus du sous-système d'adaptation vont servir de support aux préconisations émises dans la 3^{ème} partie : le processus d'amélioration continue de la qualité, le processus d'évaluation médico-économique, le processus de management des compétences et des connaissances et le processus de veille et d'aide à la décision appelé « intelligence économique ». Cependant l'approche systémique décrite précédemment ne peut se faire sans considérer l'importance de la dimension éthique au sein de la performance de l'hôpital.

1.1.3 Une dimension éthique fondamentale à ne pas omettre

Si l'Hôpital d'aujourd'hui tend à avoir une gestion économiste et entrepreneuriale, il est important de rappeler que la qualité du service rendu est « *humain-dépendante*¹⁴ ». Ce principe doit être considéré comme le fondement de l'activité hospitalière. L'enjeu pour la direction des soins est d'intégrer ces principes à la démarche de recherche de la performance de l'hôpital. Elle trouve ici toute son essence et sa légitimité. Soulignant que la direction des soins « *participe en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques (...) à la conception, l'organisation et l'évolution des*

¹¹ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.14

¹² LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.44

¹³ Les sous-systèmes managériaux : voir annexe 1

¹⁴ CHAUVANCY M.C., *Performance hospitalière, sécurité des soins : deux objectifs antinomiques ?* <http://www.carnetsdesante.fr/Performance-hospitaliere-securite>

*services et des activités de soins*¹⁵ » elle se positionne comme une interface entre les activités soignantes, médicales, financières, administratives et logistiques. Ainsi, cela lui permet de coordonner les réponses aux besoins des patients en conjuguant : qualité des soins et optimisation des ressources pour une meilleure productivité. De plus, elle se doit de préserver, voire de développer une meilleure humanité du soin, ce que certains appellent « *la philosophie du care ou du prendre soin*¹⁶ » pour assurer la meilleure réponse possible aux besoins du patient. L'approche soignante et l'approche gestionnaire ne sont donc pas antinomiques.

Gunther GORHAN¹⁷ identifie trois liens possibles dans l'intitulé « *éthique et gestion*¹⁸ » contenus dans la conjonction « *et* ». Tout d'abord il souligne une harmonie préalable entre ces deux notions : l'une ne va pas sans l'autre ; ou bien « *l'une empêche l'autre*¹⁹ » ; ou enfin il existerait une tension entre les deux, ce qui nécessiterait de trouver le juste équilibre entre les deux. Dans cette dernière représentation, un sens partagé entre la DS et la DSE permet de fonder une vérité et une finalité commune. La gestion permettra de préciser comment cette collaboration pourra atteindre le but qu'elle s'est fixé. La démarche éthique précisera le chemin pour atteindre cet objectif partagé.

Un autre point mérite d'être précisé. Il est fondamental de distinguer la rentabilité et l'économie. Comme le précise Gunther GORHAN « *si la rentabilité a des exigences d'économies, l'économie invite à ne pas gaspiller (...)* ; et si l'éthique ne consiste pas à s'adapter à la réalité, elle doit prendre en considération les réalités²⁰ », cela nécessite l'appropriation individuelle de cette approche par chacun des personnels. Ce principe devient donc la clé de voute de tous changements organisationnels. La gestion ne peut que réorganiser et rationaliser. Seuls les comportements individuels et la responsabilisation de chacun conditionnent les marges de manœuvre pour obtenir l'objectif fixé. Par conséquent, chercher à atteindre la performance globale, nécessite de considérer que « *gestion et éthique* » sont les deux piliers de la rénovation de l'hôpital. En effet, la performance hospitalière n'aura de sens que s'il n'existe pas de conflit entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif. Pour illustrer ce propos, Gunther GORHAN précise que « *le stress est créé par l'écart entre ses convictions et ce qui est fait et non par les*

¹⁵ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

¹⁶ Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, avis n°101, 28 juin 2007, p.30

¹⁷ Gunther GORHAN est philosophe et juriste

¹⁸ Compte-rendu des matinales du CRR Santé Ile de France « Ethique et gestion », les 2 et 23 octobre 2008,

http://www.c2rsante.fr/docs/791_CR_matinale_ethique_et_gestion_des_2_et_23_octobre_2008.pdf

¹⁹ La matinale du CRR, *ibid.*

²⁰ La matinale du CRR, *ibid.*

*contraintes*²¹ ». Le soignant peine à se reconnaître dans un univers, qui raisonne au son de la comptabilité et qui fait écho à la logique d'entreprise. Pour qu'il participe lui-même en tant qu'acteur de cette performance, il doit comprendre et se faire comprendre. La collaboration DS et DSE peut contribuer à donner du sens et un sens partagé pour que chaque personnel puisse appréhender les réalités de son environnement de travail.

La recherche de performance questionne l'organisation de l'hôpital à tous ses niveaux. Le mode de gestion de chacun des processus de l'organisation conditionne les résultats qualitatifs et quantitatifs de l'hôpital. Les nouvelles règles de pilotage développées par la Nouvelle Gouvernance²² tendent à donner de la clarté à des nouveaux modes de gestion qui peuvent interroger l'ensemble des personnels.

1.2 Une modernisation nécessaire de la gestion interne de l'hôpital

Face à la nécessité d'améliorer les modes de gestion de ses organisations, l'hôpital a dû initier une démarche de valorisation de ses activités en donnant une lisibilité à ses pratiques. La modernisation de sa gestion tend à développer des nouvelles règles de pilotage, s'appuyant sur des outils innovants tout en s'inscrivant dans une dynamique d'optimisation de la qualité et de la sécurité de soins.

1.2.1 Pour des nouvelles règles de pilotage

Le Plan Hôpital 2007²³ a fait naître le concept de gouvernance dans le vocabulaire hospitalier français. Cette terminologie est présente depuis longtemps dans les pays anglo-saxons qui précisent que « *la gouvernance, ou gouvernement d'entreprise, dépasse les concepts traditionnels d'organisation et de gestion d'une institution ou d'une entreprise, pour englober l'ensemble des éléments participant au gouvernement de cette institution*²⁴ ». Une autre définition de Jean Louis DENIS²⁵, chercheur canadien, la décrit comme « *l'ensemble des systèmes et pratiques qui permettent aux acteurs de développer une représentation plausible de leur devenir, de concevoir et implanter des stratégies efficaces de changement et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité* ». En faisant références à ces deux approches distinctes mais complémentaires, il apparaît que le pilotage de l'hôpital se fonde principalement sur deux axes : le premier étant celui de l'exercice du pouvoir des instances dirigeantes, le second résidant dans la

²¹ La matinale du CRR, op.cit

²² Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 05 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

²³ <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/>

²⁴ MORDELET P., 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Editions ENSP, p.43

²⁵ http://www.chsrf.ca/cadre/bio_denis_f.php : J.L. Denis est professeur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal.

nécessité de permettre aux acteurs internes et externes d'influencer la stratégie des organes dirigeants. Entre ces deux approches doit naître une synergie qui permettra à la nouvelle gouvernance de « *redonner ambition et espoir à l'hôpital*²⁶ ».

Cette réforme hospitalière initiée par M. MATTEI a affiché sa volonté de fluidifier les circuits de décisions et d'obtenir des gains d'efficience en tout point de l'organisation hospitalière. Ainsi, le conseil d'administration est recentré sur ses missions stratégiques, d'évaluation et de contrôle. La gouvernance stratégique de l'hôpital est confiée à un conseil exécutif qui associe à parité des membres de l'équipe de direction et des médecins. Les unités fonctionnelles et services sont regroupés en pôles pour favoriser le décloisonnement, la coopération et la mutualisation de moyens. L'objectif recherché est de favoriser la qualité de la prise en charge des patients. Le DS doit répondre à cet objectif en lien avec chacun des pôles et en étroite collaboration avec le triumvirat du pôle associant médecin responsable de pôle, le cadre de pôle et le cadre administratif. La contractualisation interne va formaliser les délégations de gestion, les ressources et les objectifs fixés au pôle. L'ensemble de ces dispositions s'inscrit dans une volonté de déconcentration des modes de gestion et pose comme objectif de « *dynamiser et responsabiliser les équipes hospitalières tout en médicalisant la gestion de l'hôpital*²⁷ ». Cette nouvelle structuration de l'organisation interne de l'hôpital induit un changement culturel et une évolution des fonctions managériales. Comme le souligne Michel CROZIER « *on ne change pas une société par décret*²⁸ ». Ainsi la Nouvelle Gouvernance oblige à réfléchir à de nouveaux modes de gestion dans un nouvel « *espace de régulation collective*²⁹ ». Cela nécessite une confrontation des cultures soignantes et gestionnaires. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires³⁰ » (HPST) s'inscrit dans cette continuité en créant l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Prévue par la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) 2009, l'ANAP regroupera en une seule entité : la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers (MeaH), la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) et le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH). Le DS et le DSE sont ici des vecteurs pour favoriser ces concertations inter et pluri professionnelles utiles au développement de nouveaux outils de gestion partagés.

²⁶ MORDELET P., op.cit. p.324

²⁷ http://www.creer-hopitaux.fr/cms/creer/upload/documents/VM_LONG_DEF.pdf : Le sens des réformes : Vade-mecum Hôpital 2007, p.41

²⁸ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.17

²⁹ CONTANDRIOPOULOS A.-P., avril 2008, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance ». *Santé publique*, vol. 20, n°2, pp. 191-199

³⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

1.2.2 De la comptabilité analytique à une communication de tableaux de bord

Selon D. TABUTEAU, l'enjeu de l'hôpital est de « *maîtriser mieux pour dépenser plus. La santé est un secteur économique. Il est un poids lorsqu'il produit des dépenses inutiles, quand il se révèle mal organisé. Et une chance lorsqu'il offre des services sanitaires comme il le fait tous les jours*³¹ ». La Nouvelle Gouvernance, fondée sur le principe de subsidiarité, a incité à développer différents outils de gestion pour faciliter la prise de décision au niveau des acteurs de terrain. Ces tableaux de suivi au sein du pôle doivent avoir un sens pour chacun des acteurs : conseil exécutif, responsables et cadres de pôles, contrôleur de gestion. Dans cette optique, la comptabilité analytique hospitalière « *se révèle un véritable outil d'aide à la décision, du moins si elle est utilisée pour procéder aux réorganisations et aux optimisations nécessaires* ». ³² La tarification à l'activité (T2A) a induit des modifications des pratiques en termes de gestion hospitalière.

Aujourd'hui, il est essentiel d'objectiver le lien entre la production de soins, le coût de production, les recettes générées par cette production d'activité et l'équilibre financier. La comptabilité analytique répond à cette exigence en permettant d'identifier les charges en exploitation pour chaque section d'analyse. Les CREA (Compte de Résultats Analytiques) pour les pôles cliniques et les CREO (Compte de Résultats d'Objectifs) pour les pôles médico-techniques vont permettre à l'établissement de comparer son résultat économique à d'autres établissements de structures et d'activités comparables. Le tableau coût/case mix est aussi un outil permettant la valorisation de l'activité selon les coûts de référence du Guide de l'ENCC³³ (Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune). Pour autant, ces nouveaux outils de gestion peinent encore à se développer.

La nécessité de développer des outils de pilotage et d'améliorer l'efficacité est soulignée par le manuel de certification³⁴ V2010 de la HAS dans ses critères 2.e : « *Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement* », 4.a « *Gestion budgétaire* » et 4.b « *Amélioration de l'efficacité* ». Le DS, en collaboration avec les différents gestionnaires de l'hôpital, doit contribuer au développement de tableaux de bord et d'outils d'analyse de l'efficacité économique. Cependant les tableaux de bord ne doivent pas uniquement traduire une approche économique. Le DS s'attachera à leur adjoindre une visibilité du niveau de qualité des soins.

³¹ TABUTEAU D., 2006, « La santé devient un objet politique », *Revue Hospitalière de France*, n°513, pp.42-44

³² GROLIER J., PERARD Y., PEYRET P., 2008, *Comptabilité analytique hospitalière et tarification à l'activité*, Rennes, Editions EHESP, p.293

³³ ENCC : Guide de l'Etude Nationale des Coûts à méthodologie Commune <http://www.atih.sante.fr/?id=0000F00001FF&v=print>

³⁴ HAS, 2008, Manuel de certification, p.20 et p.23

1.3 Une nouvelle gouvernance des achats hospitaliers

La logique de résultats, de plus en plus prégnante, implique une meilleure utilisation des ressources. En ce sens, les établissements de santé sont entrés dans une réorganisation profonde du mode de gestion de leur processus « achat ».

1.3.1 Une démarche incitative de la MeaH et de la DHOS

L'étude lancée en 2003 par la MeaH « *Achats dans les hôpitaux et cliniques*³⁵ » a posé cinq constats : une absence quasi-générale de politique « achat » portée par les directions des établissements, des coûts de fonctionnement contrastés entre les établissements, un niveau général de professionnalisation encore insuffisant, des structures organisationnelles peu orientées vers la performance, pas ou peu d'outils ou d'indicateurs de pilotage. Depuis sa conférence de 2006, la DHOS a relancé le chantier d'optimisation des achats hospitaliers. Le plan Hôpital 2007³⁶ a favorisé la relance de l'investissement tout en rénovant les modes d'achats des hôpitaux publics. Aujourd'hui, le plan Hôpital 2012 renforce cette dynamique en mettant en exergue la recherche de l'efficacité des organisations. En 2009, la DHOS fait toujours des achats hospitaliers une de ses priorités dans un contexte de tensions budgétaires et d'exigences de qualité³⁷.

1.3.2 Une approche normative réglementaire et une dynamique par la qualité

Les achats relèvent de la compétence exclusive du directeur dans le respect des dispositions du Code des Marchés Publics. Il peut déléguer sa compétence en tout ou partie selon les dispositions du Code de la Santé Publique³⁸ (CSP). Si l'organisation du processus «achat» relève de sa compétence générale, celle-ci doit « *s'exercer dans le respect de celles attribuées aux autres acteurs de l'hôpital*³⁹ ». En ce sens, la HAS pose la nécessité d'une politique « achat » concertée en lien avec les utilisateurs⁴⁰. Le DS et le DSE sont directement impliqués du fait que les achats hospitaliers concernent, à la fois, la logistique, les fonctions supports et les activités cœur de métier. La prise en charge d'un patient ne peut se concevoir sans prendre en compte ces différents domaines.

A cette étape de la réflexion, la collaboration DS et DSE apparaît comme une contribution essentielle à la performance hospitalière. Cependant ce partenariat, bien que nécessaire, semble difficile à mettre en œuvre.

³⁵ MeaH, mai 2004, *Optimisation des achats hospitaliers*, Rapport de mission, p.10

³⁶ http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/hopital_2012/dossier_de_presse.pdf

³⁷ <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/achats-hospitaliers/achats-hospitaliers-nouvelle-version.html>

³⁸ CSP: art. D. 6143-33 à D. 6143-36 et L. 6145-16

³⁹ LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers*, Paris, Editions Berger-Levrault, p. 77

⁴⁰ HAS, 2008, Manuel de certification, p.28

2 Une collaboration à observer et à comprendre

Afin d'appréhender et de comprendre les difficultés de mise en œuvre de la collaboration DS et DSE, plusieurs entretiens ont été menés auprès de professionnels. L'analyse des propos recueillis permettra de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises précédemment, et ceci en référence aux quatre dimensions décrites par SHORTELL⁴¹ : dimension culturelle, stratégique, structurelle et technique.

2.1 La méthodologie d'investigation

2.1.1 L'entretien semi-directif : méthode et déroulement

La technique d'enquête utilisée est celle de l'entretien semi-directif ou « *compréhensif* »⁴², qui place la personne rencontrée dans une situation d'informateur. L'enquêteur fait parler son interlocuteur sur différents thèmes. Favorisant « *la production d'un discours sur un thème donné au moyens de stratégies d'écoute et d'intervention* »⁴³, cette méthode permet à la fois de collecter des données, de recueillir le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et, plus généralement, d'analyser un problème précis. Le guide d'entretien générique⁴⁴ a été élaboré à partir de recherches bibliographiques et des différentes thématiques en lien avec chacune des hypothèses. En retenant le principe d'un guide unique tout en l'adaptant à la personne rencontrée, il a été possible de recueillir des données mais aussi de comparer les différentes approches d'un même sujet selon les personnes rencontrées. Cependant, un questionnaire spécifique⁴⁵ a été proposé aux contrôleurs de gestion pour comprendre la pratique de la comptabilité analytique. Chaque entretien, d'une durée d'une heure, a été enregistré et retranscrit pour assurer l'exhaustivité des propos. Les principes d'anonymat, concernant l'établissement, le pôle et les personnes ont été rappelés lors de chaque entretien. Pour chacune des personnes rencontrées, l'entretien a débuté en précisant l'objet de la recherche, à savoir « connaître les points de collaboration existant entre le DS et le DSE, dans un contexte où le principe de maîtrise des dépenses est de plus en plus prégnant et la qualité des soins fondamentale ».

⁴¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite.pdf

⁴² KAUFFMANN J.C., 2001, *L'entretien compréhensif*, Paris, Editions Nathan, collection 128, « sociologie », p.48

⁴³ BLANCHET A., GOTMAN A., 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris. Editions Nathan Université, collection 128

⁴⁴ Guide d'entretien générique : voir annexe 2

⁴⁵ Questionnaire spécifique pour les contrôleurs de gestion : voir annexe 3

2.1.2 Le choix des établissements et des personnes

Le choix s'est porté sur deux établissements⁴⁶ : un établissement A (EHPAD/SSR de 423 lits et places) où la collaboration DS et DSE se structure en redéfinissant son processus achat. Un établissement B (MCO/SSR/EHPAD de 646 lits et places) où la collaboration DS et DSE est fonctionnelle et le processus achat formalisé. Au sein du CH de A (CHA), ont été rencontrés un DS (Coordonnateur Général des Soins), un DSE, un médecin responsable de pôle (Vice président de la CME et médecin DIM), un cadre supérieur de santé (cadre de pôle), un cadre de santé, un contrôleur de gestion. Au sein du CH de B (CHB), ont été rencontrés un DS (CGS), un DSE, un cadre supérieur de santé (cadre de pôle), un contrôleur de gestion, un ingénieur qualité et un ingénieur biomédical. Il est à noter que les contrôleurs de gestion ont apporté essentiellement des éléments techniques. Il en a été de même pour l'ingénieur qualité et l'ingénieur biomédical du CHB.

2.1.3 Les limites de la méthode

La réflexion menée autour du partenariat DS et DSE ne représente qu'une approche des différentes collaborations entre la DS et les autres acteurs gestionnaires de l'hôpital, toutes contribuant à la recherche de la performance globale. L'étude des interactions entre DS et Directeur des Affaires Financières (DAF) pourrait être approfondie. De plus, le thème de ce mémoire pourrait faire l'objet d'une analyse quantitative et qualitative en comparant les pratiques au sein des CH et des CHU.

2.2 Les quatre dimensions de SHORTELL au service de l'analyse

Pour analyser et croiser les propos recueillis, une matrice d'exploitation⁴⁷ a été élaborée. Elle intègre les quatre dimensions (ou piliers) de SHORTELL⁴⁸. Pour lui, une démarche maîtrisée dépend de la solidité de chacun de ces quatre piliers. Si un des piliers devient plus faible, cela met en péril la solidité de l'édifice⁴⁹.

2.2.1 Pour une dimension culturelle à partager

Cette dimension s'intéresse aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements des acteurs. En référence aux entretiens, trois types de cultures ont été identifiés : la culture gestionnaire, la culture soignante et la culture qualité. Leur mise en tension va permettre d'appréhender les enjeux de chacun des acteurs.

⁴⁶ Présentation des établissements et des personnes rencontrées : voir annexe 4

⁴⁷ Présentation de la matrice d'exploitation : voir annexe 5 (tableau 1)

⁴⁸ Stephen SHORTELL est professeur de santé publique et doyen de l'école de santé publique à l'université de Berkeley (Californie).

⁴⁹ Voir annexe 5 (tableau 2)

A) La culture « gestionnaire » et la culture « soignante » : un choc culturel ?

Cette confrontation culturelle a été relatée par les deux DS et le MRP. Pour chacun d'eux, le DSE ne connaît pas le métier de soignant. Plusieurs propos du MRP du CHA en témoignent : « *il fait de la théorisation dans son bureau et ne sait pas ce qui se passe dans les services (...) la gestion comptable de la santé, c'est ce qui effraye les médecins et les soignants (...) ce ne sont pas des euros que l'on gère mais des personnes que nous prenons en charge !* ». Le DS du CHA dit, à propos du DSE « *on n'est pas sur la même longueur d'onde* ». Pour le DS du CHB « *les services éco n'ont pas une connaissance des services de soins et en ont même un peu peur...* ». Il compare les services de soins à « *une forteresse, où l'on ne pénètre que difficilement* ». Pour autant, il comprend que l'enjeu des services économiques n'est pas chose aisée : « *ils sont pris en étau. D'un côté, on leur dit il y a des exigences de sécurité des soins, et de l'autre il faut absolument réduire les coûts. Toujours trouver le juste milieu !* ». Ce point est confirmé par le DSE du CHB « *le soignant est formé pour que dans le monde idéal, il prenne en charge le patient, tout est beau, tout est rose. Le DSE est de fait tiraillé entre le soignant, qui tire la main vers : il faut prendre en charge correctement le patient, et les services financiers : il faut faire attention à vos dépenses* ».

Les deux DSE affirment aussi méconnaître le métier soignant. Le DSE du CHA l'illustre ainsi : « *les gestionnaires méconnaissent ce que c'est d'être soignant ou d'être médecin. De la même façon, les médecins et les soignants méconnaissent ce que c'est d'être gestionnaire* ». Le DSE du CHB précise « *un administratif de par sa formation, il est gestionnaire, il a une logique (...) le soignant, sa première logique, c'est de prendre soin, ce n'est pas de compter les petits pois !* ». Par ces deux propos, les deux DSE distinguent les logiques gestionnaires et soignantes. Toutefois le DSE du CHA, reconnaît que « *de plus en plus, on demande aux soignants de s'impliquer dans la partie gestionnaire et ils disent, mais les gestionnaires à quoi ils servent !* » De plus, s'il est fait une distinction entre gestion et soin, les deux DSE sont désireux de mieux comprendre les organisations car ils considèrent que les soignants ont eux-aussi une vision partielle du problème. Comme le spécifie le DSE du CHA « *le soignant qui souhaite un achat, le voit par le petit bout de la lorgnette (...) le DSE, lui se positionne comme un gestionnaire ayant un avis sur l'opportunité de telle dépense, dans tel secteur, à tel moment* ».

Cette tension entre culture gestionnaire et soignante n'a pas été relatée par les CSS. Comme l'explique la CSS du CHA en référence à la culture gestionnaire « *pour avoir bossé longtemps dans le privé, c'est une culture que j'ai depuis des lustres, c'est une culture qu'on arrive à inculquer si c'est une politique d'établissement* ». La CSS du CHB est issue de la filière médico-technique et selon elle « *les cadres médico-techniques ont de par leur fonction une culture gestionnaire, ce qui n'est pas le cas des cadres* ».

infirmiers qui sont peu investis dans la gestion du matériel ». Cette insuffisance de formation des soignants à la logique gestionnaire est relatée par le DS du CHB « *il faut vraiment qu'on ait cette logique pour pouvoir négocier* ». Le DS du CHA précise aussi « *on n'est pas trop formé, c'est le moins qu'on puisse dire* ». Ainsi, le partage des cultures soignantes et gestionnaires apparaît comme une nécessité pour une bonne collaboration.

B) Le principe de rationalité économique : un acquis ou une utopie ?

Dans un contexte de tension budgétaire, il est intéressant d'observer si les personnels sont véritablement emprunts au principe de rationalité économique. Le MRP du CHA décrit ce principe « *il faut qu'on arrête d'être dans une évolution du toujours plus et toujours demander. Il s'agit de savoir comment on peut faire mieux avec ce qu'on a, ou peut-être ce qui est à redouter dans l'avenir, faire un tout petit peu moins bien, avec peut-être un peu plus moins !* ». Il fait une nuance fondamentale entre le principe de rationalité économique et le principe d'économie. Cette considération est renforcée par le DSE du CHA qui insiste sur le fait que son rôle ne peut être assimilé à un « *économe* » terme qu'il considère désuet « *je ne suis pas là pour faire des économies. J'estime que mes services sont là pour, avec les moyens dont on dispose, apporter le meilleur service possible (...) en ce qui concerne l'enveloppe exploitation, il faut qu'on la dépense, mais au mieux. Pour ce qui est de l'enveloppe investissement, c'est différent* ». Le DSE du CHB lui parle clairement d'économies « *il est nécessaire de trouver des axes d'économies* ». Il est important de mentionner que le CHB a un plan de retour à l'équilibre (PRE).

Pour les deux DSE, les personnels doivent être plus attentifs aux dépenses. Toutefois au sein du CHA, l'effort à faire semble important. Selon le DSE « *en ce qui concerne les dépenses courantes, c'est l'approche supermarché qui se fait sentir* ». Le DS module en partie ces propos « *les soignants sont beaucoup plus attentifs qu'on ne le croit à ne pas gaspiller* ». Mais il dit aussi « *il y a toujours des personnes qui ont peur de manquer et qui font des stocks (...) ce que je déplore le plus, c'est au niveau de l'encadrement, certaines sont sensibles à l'économie mais d'autres ne font pas attention et ne vérifient pas la gestion des stocks qu'elles ont délégués* ». Ce constat est confirmé par la CS qui rajoute « *il y a des personnes qui ont une culture de l'économie et d'autres qui ne font pas du tout attention, mais c'est à nous, cadres, d'inculquer cette culture de l'économie* ». La CSS est d'accord sur ce propos. Au sein du CHB, la situation semble être moins critique car le DSE précise « *les soignants et les médecins ont pris conscience qu'il fallait faire attention* ». Mais pour lui, il reste des efforts à faire. Le DSE est « *un conseil* » pour trouver des axes de progrès. Pour lui « *c'est important que les soignants comprennent qu'on a des budgets pour fonctionner* ». Pour autant le DS souligne « *quand on est soignant, on n'a pas forcément la notion de coût* ». Selon la CSS, la contractualisation qui se met en place, permet de « *rendre les gens responsables et*

soucieux du principe d'économie ». Force est de constater que la politique du CHB a permis de développer ce principe, ce qui apparaît être plus nuancé pour le CHA.

C) La « qualité » : une dimension fédératrice pour une culture d'entreprise ?

S'il existe une tension entre la culture gestionnaire et la culture soignante, chacun s'accorde à reconnaître que la collaboration est indispensable pour répondre au mieux aux besoins de l'autre. Si chacun admet la spécificité du métier de l'autre, chacun veut être sensibilisé aux contraintes et logiques de l'autre. Ce point est illustré par le DSE du CHA « *il est nécessaire de prévoir une formation aux cadres de pôle, cadres, médecins responsables de pôle, pour qu'ils acquièrent une culture gestionnaire (...) en particulier à la gestion des achats. Il faudrait aussi trouver le moyen pour que les décideurs en gestion aient accès à une culture soignante ou médicale. C'est en connaissant l'autre que l'on peut échanger et réussir à satisfaire les besoins de l'autre. Sinon on est dans la croyance* ». Ce qui fédère, c'est l'importance donnée à la qualité de la prise en charge du patient « *il doit y avoir un dialogue entre les deux, en disant, j'ai bien conscience qu'il faut prendre en charge de la meilleure façon possible !* » comme le précise le DSE du CHB. La meilleure façon possible, pour le DSE du CHA « *c'est le mieux, au meilleur coût, dans les meilleurs délais* ». Selon le DS du CHA, la qualité des soins c'est « *avoir le bon matériel, le bon produit, au bon moment et une bonne utilisation dans une dynamique d'amélioration des pratiques* ». Pour chacun, l'un ne peut décider sans l'autre de ce qui va être la meilleure définition du besoin. Selon le DSE du CHA « *ce ne sont que deux approches différentes d'une même problématique, c'est finalement ça la qualité !* »

De cette approche partagée, apparaît la logique d'entreprise qui est exprimée par le MRP « *quoi qu'on en dise, l'Hôpital est une entreprise qui doit équilibrer son budget* ». La CSS du CHA fait le même constat « *je pense que l'hôpital, ça se gère comme une entreprise, ce n'est pas antagoniste par rapport à la qualité !* ». Les deux DSE ont aussi la même approche. Pour le DSE du CHA « *on est dans une culture d'entreprise, au sens noble du terme, son premier but est d'offrir la prestation qu'on attend de lui tout en assurant la maîtrise des ses ressources qui lui permettent de survivre* ». Pour le DSE du CHB « *l'hôpital public migre progressivement vers une logique d'entreprise de santé* ». La logique d'entreprise, à travers la qualité, semble concilier la dimension soignante et gestionnaire. Cependant plusieurs leviers peuvent être identifiés pour faciliter cette vision partagée : le rapprochement des cultures soignantes et gestionnaires, le développement d'une culture qualité autour du principe client/fournisseur, la contractualisation interne, une stratégie partagée entre DSE et DS reposant sur une politique institutionnelle.

2.2.2 Pour une dimension stratégique à clarifier

La prise en compte de la dimension stratégique nécessite de clarifier l'existence d'orientations explicites, partagées entre DS et DSE. Pour recueillir ces éléments, l'observation directe de documents institutionnels a complété les entretiens.

A) Une politique institutionnelle pour une stratégie d'optimisation des achats ?

Au sein du CHA, le projet d'établissement est en cours de finalisation. Le projet logistique n'est pas formalisé. Le projet de soins, en lien avec le projet médical, ne décline pas clairement une stratégie d'optimisation des achats. Pour autant, plusieurs actions, mettant en lien la gestion des achats et les activités de soins, sont identifiées « *volonté de la direction de sécuriser et d'optimiser la gestion des équipements et dispositifs médicaux par une gestion centralisée, informatisée* », « *participer à la définition et à la mise en œuvre d'une politique hôtelière* », « *contribuer à l'efficacité des processus de soins* », « *formaliser la contractualisation client/fournisseur avec les services prestataires* », « *évaluer les pratiques de soins en regard des différents référentiels* ». Le DS m'a confirmé que la plupart de ces actions auront une déclinaison dans le projet logistique et seront réalisées en collaboration avec le DSE. Celui-ci a confirmé cette nécessité. Le projet de soins a été présenté dans les différentes instances par le DS qui a insisté sur la nécessité de rechercher l'efficacité des organisations.

Pour le CHB, le projet d'établissement 2008/2012 est finalisé. Comme pour le CHA, le projet de soins, articulé au projet médical ne décline pas de politique de gestion des achats. Dans un chapitre consacré à « *l'organisation des activités* » il est fait état de plusieurs actions telles « *repenser l'organisation des activités logistiques, hôtelières* », « *créer un classeur pour les procédures logistiques* », « *évaluer les pratiques professionnelles, notamment la prise en charge des escarres* ». Ces actions sont en cours et associent le DS et le DSE, ce qu'ils m'ont tous deux confirmé. Le projet management affiche des orientations stratégiques en lien avec les achats « *il entend rassembler les conditions nécessaires au développement de la qualité technique des prises en charge. Ceci impose la mise en œuvre de moyens adaptés, aussi bien en termes de personnel, de matériels et d'équipements que des modes d'organisation concourant à l'efficacité.* » Comme pour le CHA, la notion d'efficacité est très fortement soulignée. L'objectif de ce projet managérial est de « *mettre en corrélation les investissements et les gains attendus, entamer une montée en charge progressive d'évaluation médico-économique et établir des tableaux de bord macros et micros de l'établissement* ».

A la lecture des différents projets d'établissement, il n'existe pas de politique de gestion des achats bien identifiée, même si des orientations stratégiques sont définies de façon plus explicite pour le CHB.

B) Une stratégie explicitée au sein des pôles ?

Le CHA et le CHB ont tous deux constitué leurs pôles. La contractualisation interne est formalisée pour le CHA et elle est en cours pour le CHB. La lecture des contrats de pôle du CHA et des projets de contrats de pôle pour le CHB a permis de mettre en lumière quelques orientations stratégiques en lien avec la gestion des achats.

Pour le CHA, le contrat de pôle souligne deux objectifs généraux « *associer les personnels médicaux, soignants, techniques et administratifs au pilotage et à la gestion du pôle d'activité (...) améliorer la qualité du service rendu au patient par une meilleure adaptation de l'organisation et une maîtrise médicalisée des ressources* ». En matière de gestion des achats, il stipule que « *le CH délègue au pôle la gestion de son plan d'équipement, hors matériel biomédical électronique, dans le respect du Code des Marchés Publics (...) cette délégation se caractérise par l'attribution de crédits d'investissement. La DSE conserve la gestion des crédits destinés aux équipements des services administratifs, techniques, logistiques, les dépenses liées à des projets nouveaux et au renouvellement des équipements d'intérêt général. La DSE demeure compétente pour la définition des stratégies d'achat et d'approvisionnement, la gestion des procédures d'achat* ». Pour le CHA, il est à noter que les contrats de pôle ne définissent pas d'objectifs spécifiques en lien avec la gestion des achats. Cependant, le contrat de pôle prévoit des modalités d'intéressement collectif à type « *de crédits d'équipements ou de travaux en fonction du projet du pôle* ».

Pour le CHB, si les contrats de pôle sont en cours d'élaboration, le projet managérial pose la nécessité d'un pilotage médico-économique « *il s'agit de mettre en corrélation les investissements et les gains attendus* ». Il envisage une « *fiche projet* » pour chaque demande d'investissement, laquelle devra intégrer un volet « *recettes* » et un volet « *dépenses* ». Le volet « *recettes* » ne sera pas nécessairement chiffré en euros mais devra expliciter le gain en qualité et en productivité pour l'institution. Le projet de contrat de pôle, mis à disposition par la CSS du pôle médico-technique, précise que « *le pôle s'engage à assurer une gestion économique efficiente, en préservant la qualité du service rendu à ces clients, dans le respect des bonnes conditions de travail des personnels. Il s'assure de la diminution des coûts de fonctionnements en lien avec la rationalisation de l'utilisation de consommables, médicaments et dispositifs médicaux* ».

Pour les deux CH, l'efficacité est le dénominateur commun des objectifs des contrats de pôle. Au regard de ce principe, il apparaît essentiel d'étudier le niveau de collaboration entre le DS et le DSE même s'il n'existe pas de politique clairement identifiée.

C) Une stratégie d'optimisation des ressources partagée entre DSE et DS ?

Au sein du CHA, le DS dit avec regrets « *il n'existe pas de stratégie partagée avec le DSE (...), ce que je déplore c'est qu'il y a des choses qui se font sans qu'on ait au moins échangé (...) ce n'est pas de la responsabilité de l'un ou de l'autre, c'est une responsabilité conjointe, je me suis peut-être aussi désintéressé de ces aspects là* ». Selon le DSE « *la collaboration entre DS et DSE, c'est une affaire de personnes, on voit bien que l'un ne peut pas travailler sans l'autre pour avoir le meilleur service rendu pour nos patients. Mais pour avoir le meilleur service rendu, on a besoin d'une articulation entre DS et Président de CME, c'est vrai qu'on parle rarement des médecins, la mise en place des pôles peut contribuer à ça* ». DS et DSE déplorent cette insuffisance de collaboration. Cependant la collaboration avec les médecins apparaît comme essentielle. Pour le DSE du CHB, une stratégie partagée nécessite « *un jeu de balancier entre les services éco et la DS pour définir la pertinence des achats en regard des pratiques de soins, et, en ce qui concerne la maîtrise des dépenses* ». Au CHB, la collaboration DS et DSE semble fondée sur cette stratégie. Ce que souhaitent aussi le DS et le DSE du CHA.

Suite à ces constats, il peut être mis en exergue que les deux établissements n'ont pas de politique « gestion des achats » explicite. Cependant la contractualisation interne tend à optimiser cette gestion par une approche médico-économique. La collaboration DS et DSE, si elle est reconnue comme nécessaire doit s'élargir au responsable de pôle et au président de CME qui sont aussi des parties prenantes indispensables pour l'efficacité de l'organisation.

2.2.3 Pour une dimension structurelle à formaliser

Cette dimension expose les principales composantes contribuant à la gestion du processus « achat ».

A) L'organisation en pôle structure progressivement le processus « achat »

Comme le précise le DSE du CHA, « *il y a des approches différentes du sujet, tout dépend si l'établissement est dans un mode très délégataire ou non* ». Selon lui, dans un mode très délégataire « *il y a des moyens délégués et c'est le chef de pôle qui décide in fine de l'opportunité de tel ou tel achat et il va au final signer le bon* ». Mais pour lui, il ne faut pas raisonner uniquement au niveau d'un pôle quand on fait des achats mais de façon globale. Cette vision de la gestion est partagée par le DS du CHB qui signifie que dans un tel modèle « *on ne peut plus regrouper les achats, ce qui est contraire aux incitations de la DHOS. De plus, la fonction achat, c'est un métier, les médecins responsables de pôle, ce n'est pas leur métier !* ». Le CHA, tout comme le CHB, n'a pas retenu ce mode très délégataire. Bien que les deux établissements ne soient pas au même niveau de contractualisation, leurs modes de fonctionnement sont comparables.

- **La fonction cadre de santé de pôle**

Pour les deux CH, l'organisation en pôles a mis en étroite relation les CSS de pôle avec la DSE. Le cadre de pôle est au centre du dispositif. Au CHA, le DS considère le cadre de pôle comme « *le chef d'orchestre, il a un rôle de supervision, de coordonnateur entre les unités du pôle* », ce que confirme le DSE. Pour la CS « *la coordination de la gestion des achats s'installe grâce au cadre de pôle (...) cela permet d'avoir une visualisation globale, le cadre de pôle, c'est notre relais* ». Cependant cette coordination entre les unités n'est pas encore optimale. Le DS l'explique par le fait que les CSS de pôle n'ont pas de pouvoir hiérarchique sur les autres cadres « *un pouvoir fonctionnel qu'on met en place du jour au lendemain sans le pouvoir hiérarchique l'accompagnant, ce n'est pas tout simple* ». Cette place centrale du CSS de pôle est retrouvée au sein du CHB. Les CSS de pôle sont sur l'organigramme au sein de la direction des soins. De ce fait, chaque CSS de pôle se dit « *une des parties de la direction des soins* » quand ils interviennent auprès du DSE. En cas de problèmes d'achats ou de matériels, la coordination entre les pôles est assurée, chaque semaine par le DS lors des staffs de CSS. Cette organisation semble donner satisfaction au DS et au DSE.

- **La fonction médecin responsable de pôle**

Aux côtés du CSS de pôle, le médecin responsable de pôle prend progressivement sa place dans le dispositif. Au CHA, le DS confirme qu'il existe deux modes de gestion. Pour un pôle, le médecin responsable de pôle ne cherche qu'à être informé et laisse le cadre de pôle gérer tout l'aspect matériel et achats. Pour l'autre pôle, il est omniprésent, et veut être « *partie prenante* » dans toutes les décisions même pour celles qui ne lui incombent pas. Pour le CHB, la fonction de médecin responsable de pôle se structure lentement du fait de l'absence de formalisation de la délégation de gestion. Le MRP du pôle médico-technique est lui très investi au côté du cadre de pôle qui précise « *on forme un vrai binôme, on a appris à travailler ensemble* ». Ce pôle est devenu de ce fait un pôle expérimentateur pour participer à l'élaboration des maquettes de contrats de pôle.

- **La fonction cadre administratif de pôle**

Au sein du CHA, il n'y a pas de cadre administratif au niveau des pôles. Le DS précise que cela pose le problème de connaître qui est l'interlocuteur du CSS à la DSE. Cependant, le DSE se définit comme étant cet interlocuteur. Cette différence de perception identifie une insuffisance de structuration dans l'organisation, ce qu'ont confirmé les CSS et CS. Pour le CHB, chaque direction fonctionnelle assure la gestion administrative d'un ou deux pôles. Pour autant, le DSE reste l'interlocuteur direct des CSS de pôle.

B) Le DS doit construire de nouvelles synergies

Comme le souligne, le MRP du CHA, la structure se met en place et induit « *un transfert de responsabilités du cadre de proximité vers le cadre de pôle et du DS vers le CSS de pôle. Le DS doit assurer la coordination, le contrôle et les arbitrages (...) il est le lien entre les médecins et l'administration* ». Toutes les personnes rencontrées s'accordent à dire que le DS et le DSE doivent ensemble définir une politique en termes de gestion des achats « *harmoniser les pratiques et les types de matériel, définir les besoins en regard des pratiques, mutualiser le matériel entre les unités et les pôles, optimiser la gestion des stocks, éviter les dépenses inutiles, étudier les matériels qui vont permettre d'aller plus vite ou d'économiser du personnel* ». Pour tous, cette politique permet d'améliorer la prise en charge du patient et de responsabiliser les personnels. Pour les deux DS, le cadre de pôle a un rôle déterminant « *c'est lui qui est au cœur de tout ça* ». Toutefois, le DS du CHA regrette d'avoir moins de relations avec le DSE comme auparavant « *un cadre de pôle n'est pas au même niveau d'échanges avec le DSE. Quand les cadres de pôle n'arrivent plus à gérer, cela revient vers moi, c'est un niveau de direction à direction, cela permet d'obtenir un peu plus ce qu'on veut* ».

La mise en place progressive des pôles et des modes de gestion a modifié les relations entre DS et DSE. La collaboration DS et DSE peut recouvrir une réalité si elle contribue à formaliser des synergies entre les acteurs.

2.2.4 Pour une dimension technique à acquérir

Cette dimension explicite les méthodes et outils utilisés par les acteurs.

A) Un processus achat en cours de formalisation

En ce qui concerne les achats pour consommations courantes, les deux établissements ont une gestion comparable. Les deux tendent à développer des dotations mais qui sont déclinées uniquement par service. La gestion des commandes et le suivi des stocks sont souvent délégués par le cadre de santé à un « référent » ; toutefois, comme le soulignent les deux DS et les DSE, le cadre est responsable des commandes. Le suivi des consommations est assuré par les services économiques en collaboration avec les services financiers.

Pour ce qui relève des achats pour investissements biomédicaux, si les deux établissements ont mis en place une gestion du matériel assistée par ordinateur (GMAO), seul le CHB a une procédure formalisée⁵⁰ pour élaborer son Plan Pluriannuel

⁵⁰ Procédure simplifiée pour l'élaboration du PPI du CHB : voir annexe 6

d'Investissements (PPI). Une « *fiche de suivi d'affaires* » permet de lister toutes les phases depuis la définition du besoin jusqu'à la réception du matériel en passant par la procédure d'achat. Pour chacune des étapes, l'ingénieur biomédical et le DSE demandent un émargement des acteurs concernés. Le PPI est validé en comité de direction puis proposé à la commission des achats médicaux. Le DS est membre de cette commission. Pour l'ingénieur qualité et l'ingénieur biomédical, cette méthode donne satisfaction.

En ce qui concerne le CHA, il n'existe pas de procédure formalisée ce que déplorent le DSE et le DS. Selon le DSE du CHA « *une bonne démarche d'achat pour tout le monde, doit être formalisée de A à Z* ». Pour le DS « *on a besoin d'une procédure qui décline qui fait quoi, à tel moment et comment on valide tout ça* ». Cependant depuis 2008, un PPI est élaboré pour chaque pôle et pour les investissements à mutualiser. Pour les pôles, le recensement des besoins est coordonné par le cadre de pôle, en collaboration avec le médecin responsable de pôle, et en fonction de l'enveloppe annuelle qui est contractualisée chaque année. La validation du PPI est réalisée en conseil de pôle puis en conseil exécutif, après avis des instances CSIRMT et CME. Il n'existe pas de sous-commission de la CME pour la gestion des investissements biomédicaux. La gestion des achats est assurée par la DSE en étroite collaboration avec les cadres de pôle et les médecins responsables de pôle. En cas de difficultés, le DS est sollicité pour assurer des arbitrages.

Pour les deux établissements, si plusieurs pans du processus achat tendent à être précisés, DS et DSE s'accordent pour constater un manque d'indicateurs de suivi.

B) DS et DSE : une volonté partagée de développer des tableaux de bord

Selon les DS et DSE des deux établissements, une gestion efficace des achats repose sur une démarche qualité client/fournisseur qui s'inscrit dans une logique médico-économique. En ce sens, ils participent, avec les cadres et médecins responsables de pôle à l'élaboration de tableaux de bord en lien avec la comptabilité analytique. Selon le DSE du CHA « *il s'agit de mettre en œuvre des indicateurs utilisables par les uns et les autres parce que ce sera un langage commun* ». Les deux DS soulignent aussi l'importance d'avoir des tableaux de bord et des indicateurs compréhensibles pour être en mesure de les expliciter aux équipes.

La recherche d'efficience a posé la nécessité de développer une méthodologie et des outils partagés entre les directions fonctionnelles et l'encadrement des pôles. Pour chacun, cette démarche permet une implication et une responsabilisation de tous. Comme le précise le contrôleur de gestion du CHA « *il est essentiel de concilier la qualité des prestations et la performance financière* ».

2.3 Confrontation de l'analyse aux hypothèses

L'analyse des entretiens a conforté la nécessité d'une collaboration DSE et DS. Les propos ont attesté de la difficulté de sa mise en œuvre en apportant un éclairage quant aux causes probables avancées par les hypothèses.

2.3.1 Les hypothèses confirmées pour les deux établissements

La collaboration DS et DSE est difficile à mettre en œuvre car la mise en place des pôles d'activité a défini de nouveaux modes de gestion des ressources et des moyens (*hypothèse 4*). En effet, l'organisation en pôle a modifié la structure fonctionnelle des établissements. La fonction de cadre de pôle est devenue déterminante pour coordonner la gestion stratégique et opérationnelle du processus achat entre le pôle et la direction. Le médecin responsable de pôle prend progressivement sa place en tant que gestionnaire du pôle. Le DSE est de plus en plus astreint à des contraintes financières et ne peut être le seul décideur. Ainsi, une gestion efficiente des achats positionne la collaboration DS et DSE sur un axe politique et stratégique et non plus sur un axe stratégique et opérationnel. Mais s'il existe des préconisations formulées par les DS et les DSE, aucune politique institutionnelle n'est formalisée. Cela induit des difficultés à communiquer ensemble sur les orientations de cette politique. De plus, la maîtrise du processus achat nécessite des outils de pilotage qui sont encore aujourd'hui en cours d'élaboration. De ce fait, la collaboration DS et DSE est difficile à mettre en œuvre car il n'existe pas de stratégie de communication partagée de la politique d'optimisation des ressources (*hypothèse 2*).

2.3.2 Les hypothèses infirmées pour les deux établissements

La plupart des propos ont attesté de l'existence d'une tension entre la culture soignante et la culture gestionnaire. Cependant, soignants et gestionnaires positionnent la qualité des soins au centre de leurs fonctions. Pour tous, la qualité des soins nécessite de faire le lien entre la pratique de soin, le matériel utilisé, l'objectif attendu, la satisfaction du patient et du soignant. Par ces arguments, il ne peut être reconnu que la collaboration DS et DSE est difficile à mettre en œuvre du fait de leurs représentations différentes de la qualité des soins (*hypothèse 1*). De plus, cette difficulté de concilier « soin et gestion financière » ne permet pas d'affirmer que la collaboration DS et DSE est difficile à mettre en œuvre car la culture professionnelle des soignants est peu adhérente au principe de rationalité économique (*hypothèse 3*). En effet, les professionnels rencontrés sont conscients de la nécessité de maîtriser les dépenses pour préserver l'équilibre financier. De ce fait, ils veulent travailler ensemble pour optimiser les coûts de fonctionnement.

Au terme de cette analyse, plusieurs leviers ont été identifiés, permettant de construire et conforter une collaboration DS et DSE dans une recherche de performance.

3 Penser « qualité des soins » et « maîtrise des dépenses »

La logique de résultat tend à devenir prépondérante. Il appartient désormais à l'hôpital de définir son organisation pour atteindre ces résultats qu'il souhaite les plus performants. Mais comme l'ont affirmé LETEURTRE et MALLÉA, la performance est avant tout organisationnelle, permettant à la fois d'accéder à la performance économique tout en préservant le sens de la mission de soins. Le développement de cette performance organisationnelle impose de prendre en considération la culture des personnels qui composent la structure, de construire et développer une stratégie pour faire de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses, un seul et unique objectif partagé par tous. Cette approche apportera sa contribution à la qualité des conditions de travail des agents.

3.1 Par le rapprochement des cultures et des compétences

3.1.1 Une culture soignante et une culture gestionnaire à ne pas opposer

L'observation de la collaboration DS et DSE a attesté de la nécessité de rapprocher les cultures soignantes et gestionnaires autour du processus achat. En référence aux entretiens, la tension entre ces deux cultures s'explique principalement par des différences de parcours de formation et d'expériences professionnelles. Suite à la segmentation en pôles d'activité et à la contractualisation, de nouveaux modes de gestion ont nécessité le rapprochement de la fonction gestion et de la fonction soignante. Le DS se doit d'avoir un rôle facilitateur pour permettre à l'encadrement d'acquérir des compétences managériales indispensables à la gestion des ressources, et en particulier pour ce qui relève de la gestion du processus « achat ».

A) La formation en gestion : une nécessité ressentie par l'encadrement

Le projet d'établissement est un des leviers pour poser les fondations d'une politique managériale de formation pour accompagner l'évolution des métiers d'encadrement. Si plusieurs formations type « accompagnement des réformes » ont été proposées aux cadres pour expliciter les enjeux de la Nouvelle Gouvernance, peu de formations d'adaptation à l'emploi ont été mises en place pour accompagner l'évolution des métiers de l'encadrement. En ce sens, en janvier 2009, l'ARH Alsace a missionné un Collège représentatif de directeurs des soins afin d'évaluer les besoins en formation des équipes d'encadrement, et de proposer un cahier des charges pour une formation adaptée. Une enquête⁵¹ a été menée auprès de vingt deux établissements MCO de la

⁵¹ Les résultats de cette enquête m'ont été communiqués par la CGS du CH de Mulhouse.

région Alsace. Il ressort prioritairement, la nécessité pour les cadres de pôle de « *connaître, intégrer, contrôler les indicateurs médico-économiques du secteur d'activité* ». Pour les cadres de santé de proximité, le besoin de « *compétences en gestion* » apparaît en 3^{ème} rang après « *capacité à développer une dynamique collective* » et « *compétences en matière de démarche qualité et gestion des risques* ». De cette étude est né un dispositif de formation de type MASTER « *Management hospitalier et des structures de santé*⁵² » accessible aux médecins, pharmaciens, directeurs et cadres de pôle. Pour les cadres de proximité, un dispositif de formation régionale modulaire est en cours de formalisation. Cet exemple illustre l'importance à donner à la formation des équipes d'encadrement en matière de gestion. Avec l'appui de la conseillère technique et de la conseillère pédagogique, le DS peut au niveau de sa région initier une dynamique régionale. Au sein de l'établissement, il peut aussi proposer une action institutionnelle qui permettrait de réunir dans une même formation le triumvirat de pôle. Le DS se doit lui aussi d'actualiser ses connaissances en matière de gestion. Comme l'ont souligné les deux DS, « *cela lui permettra de négocier* ».

B) Des rencontres entre cadres gestionnaires et cadres de santé

Développer des actions de formations paraît être essentiel, mais le DS peut aussi faciliter des rencontres entre cadres gestionnaires et cadres soignants ; permettre aux gestionnaires d'expliquer les processus de soutien et aux cadres soignants de décrire les processus de soins. Des réunions thématiques pourraient être proposées aux cadres et responsables de pôles. La présentation par le DSE des principes de base des marchés publics et des contraintes réglementaires en matière d'achat répondrait à une demande de la direction des soins, des cadres et responsables de pôle. De même que des visites de pôle cliniques et médico-techniques pourraient être proposées aux personnels des services économiques. Ces visites auraient comme objectif de présenter aux personnels des services économiques le fonctionnement des unités dans un pôle et de décrire les processus de prise en charge des patients. Ces rencontres sollicitées par les DS, DSE et cadres de pôle contribueraient à développer une confiance entre les acteurs et à faciliter une compréhension partagée des organisations.

3.1.2 Une culture de la qualité qui peut être fédératrice

Tous les professionnels rencontrés lors des entretiens ont souligné la nécessité de développer des démarches qualité pour améliorer la prise en charge globale des patients.

⁵² MASTER « *Management hospitalier et des structures de santé* », Ecole de Management de Strasbourg

Selon Denis DEBROSSE⁵³ « *la recherche de la qualité est le meilleur levier de performance collective des professionnels. Il permet l'émergence d'une culture commune dans un milieu qui a vu croître cloisonnements, corporatismes et services à l'excès*⁵⁴ ». Cette approche met en relation les pratiques professionnelles et les ressources nécessaires dans une dynamique managériale associant gestionnaires et soignants. Dans l'objectif d'optimiser la gestion des achats, DSE et DS ont préconisé une « *formation action* » pour construire le processus achat à partir d'une démarche qualité reposant sur une relation « *client/fournisseur interne* ». Ce temps de formation, initié par le DSE et le DS, permettrait de coordonner des cultures différentes, d'associer cadres de santé, cadres administratifs, médecins et direction pour un objectif commun. Chacun pourrait expliquer ses contraintes et ses attentes dans un contexte de partage d'expérience. L'objectif final étant de définir un processus achat à partir d'une politique institutionnelle, définissant les compétences et attributions de chacun dans une stratégie partagée.

3.1.3 Une sensibilisation des personnels aux nouveaux modes de gestion

Pour sensibiliser l'ensemble des personnels aux enjeux des nouvelles organisations, le DS peut aussi être à l'initiative de la mise en œuvre d'une formation interne type « *Multiplus*⁵⁵ ». Ce dispositif « *permet aux agents de mieux appréhender leur environnement professionnel et l'organisation de l'établissement, de repérer les étapes-clés d'une carrière au sein de la fonction publique hospitalière et de développer une culture commune*⁵⁶ ». Ce type de formation permet de réunir ensemble des personnels soignants, techniques, administratifs. Lors de ces journées de formations, chaque participant témoigne de sa satisfaction d'apprendre à connaître l'autre et son métier. La communication entre les différents services est ainsi facilitée, contribuant au décroisement des structures et au rapprochement des cultures.

Le DS, en collaboration avec le DSE, ont aussi à communiquer sur les coûts des matériels et les coûts de fonctionnement afin de sensibiliser chacun au principe de maîtrise des dépenses. Les cadres de santé et les cadres de pôles sont leurs relais pour communiquer auprès des équipes. Cette communication doit se faire sur un mode pédagogique et informatif. Une approche moralisante serait vouée à un échec certain, ne faisant que majorer la tension déjà existante entre coûts et qualité des soins.

⁵³ Denis DEBROSSE est, en 2006, Conseiller général des établissements de santé, Chef de projet du dispositif d'accompagnement des réformes, DHOS

⁵⁴ DEBROSSE D., 2006, « L'émergence d'une culture collective », *Revue Hospitalière de France*, n°513, p.1

⁵⁵ Dispositif de formation Multiplus de l'ANFH : <http://www.anfh.asso.fr/formationsanfh/national.php>

⁵⁶ Dispositif de formation Multiplus de l'ANFH : *ibid.*

Ce message doit aussi être passé au sein des instituts de formation car la culture de la maîtrise des dépenses, si elle n'est pas initiée dans la sphère privée, peut être développée durant le cursus de formation. A titre d'exemple, le nouveau référentiel d'activités relatif au Diplôme d'Etat d'infirmier identifie huit domaines d'activités⁵⁷. Le 7^{ème} s'intitule « *contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits* ». Ce domaine d'activités peut faire l'objet d'une intervention conjointe DS et DSE autour du thème « gestion des ressources et coûts de fonctionnement ».

La gouvernance hospitalière a rendu nécessaire le rapprochement des logiques médicales, paramédicales et administratives pour tendre vers un pilotage médico-économique efficient. Il ne s'agit pas de modifier les cultures soignantes ou gestionnaires mais de passer d'une culture de territoire à une culture de projet. Cette approche est indispensable pour apporter une analyse pertinente des situations et trouver un sens partagé des enjeux. Pour réussir ce changement, les métiers de l'encadrement sont amenés à évoluer. La « *mission Cadres*⁵⁸ » confiée en février 2009 à Chantal de SINGLY⁵⁹ a comme objectif d'initier une réflexion qui permettra de « *positionner les cadres dans le processus de conception, de pilotage et de gestion* ».

3.2 Par des stratégies à construire et à développer

3.2.1 Une capacité du DS à expliciter les choix institutionnels

En référence, aux sous-systèmes managériaux d'orientation⁶⁰ et de décision⁶¹, le projet d'établissement définit les orientations politiques et stratégiques en matière de recherche de la performance globale. La politique achat doit être déclinée dans les différents volets du projet d'établissement puisqu'elle soutient conjointement, le projet médical, le projet de soins⁶², le projet social, le projet managérial, le projet logistique et le projet relatif au système d'information. Cette politique fixe des objectifs, des moyens et une stratégie définie par la direction générale. Pour ce qui relève de l'élaboration du projet de soins, il est important que le DS suscite une réflexion prospective pour optimiser la gestion des achats dans une logique de recherche d'efficacité. Ce point doit faire l'objet d'une réflexion partagée avec la commission des investissements médicaux. Le projet de soins doit mettre en exergue la nécessité de concilier la qualité des soins et la maîtrise

⁵⁷ <http://www.infirmiers.com/pdf/2annexe1activites.pdf>

⁵⁸ http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse-mission_cadres.pdf

⁵⁹ Chantal De SINGLY est Directrice de l'Institut de Management de l'EHESP

⁶⁰ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.77

⁶¹ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.135

⁶² Projet de soins : lire partout projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

des dépenses. Il est un outil pédagogique et stratégique pour faciliter l'évolution des cultures des personnels. La CSIRMT est aussi un levier pour accompagner les évolutions tout en assurant son rôle de pilotage pour coordonner et communiquer sur les choix politiques, stratégiques et opérationnels du projet de soins. Le DS a un rôle essentiel en ce qui concerne la communication des choix institutionnels. Par sa capacité à expliciter les orientations, les objectifs et les modalités pratiques pour atteindre les résultats attendus, il permettra aux personnels d'avoir une visibilité de la politique de l'établissement dans un contexte de profond changement. Les réunions institutionnelles telles les réunions de cadres, staffs de cadres de pôle, conseils de pôle, sont pour le DS des temps privilégiés pour transmettre les informations. Les cadres de pôles et les cadres de santé de proximité sont pour le DS des collaborateurs et des relais incontournables pour assurer cette communication auprès des équipes. Toutefois, le DS se doit d'aller régulièrement au sein des pôles pour rencontrer les personnels sur leur lieu de travail. Un temps particulier pourra être formalisé régulièrement avec le médecin responsable de pôle et le cadre de pôle ou avec le Président de la CME. Cela peut se faire aussi conjointement avec des membres de l'équipe de direction, par exemple le DSE pour ce qui relève de la gestion des achats. Ces rencontres au sein des pôles contribuent au décloisonnement si elles sont réalisées dans un objectif d'améliorer la communication et non dans une volonté de contrôle affiché.

Si le DS doit participer à l'information des équipes, il est aussi une source d'information pour les autres membres de l'équipe de direction ou du conseil exécutif. Par sa connaissance des organisations et des pratiques de soins, il permettra d'envisager des ajustements, voire de nouvelles orientations des stratégies institutionnelles. En ce sens, sa contribution à l'élaboration des différents volets du projet d'établissement est rendue nécessaire pour faire évoluer le projet d'établissement vers un véritable projet patient.

3.2.2 Un engagement partagé du DS et du DSE pour une démarche participative

Plusieurs étapes du processus achat doivent impliquer la participation des utilisateurs et des prescripteurs. Elles s'inscrivent dans le cadre des sous-systèmes managériaux d'adaptation⁶³ et d'activation⁶⁴.

A) La gestion des approvisionnements et des stocks

La stratégie d'achat dépend essentiellement du champ de compétences de la direction des services économiques. En ce qui concerne les achats des unités de soins, la

⁶³ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.101

⁶⁴ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.175

DS apporte sa contribution pour préciser les modalités pratiques de gestion des demandes d'achat, de la commande à la réception. Elle fera de même pour formaliser la gestion des stocks, de la gestion des emplacements à la réalisation des inventaires.

Avec la DSE et avec l'encadrement des pôles, elle pourra initier un référentiel de gestion et d'approvisionnement, reposant sur une logique de dotations par pôle et par unités de soins. Ce référentiel facilitera l'organisation de la gestion des stocks, en soulignant que tout produit stocké est un produit consommé donc facturé, ce qui nécessite d'adapter au plus juste le stock à l'activité réelle. Certains stocks pourront être mutualisés entre unités ou entre pôles. La mise en place de dotations facilitera la dématérialisation des commandes, par exemple avec la mise en place de code-barres d'identification des produits. La GMAO peut être une bonne réponse. Cependant s'il est nécessaire d'obtenir un niveau de stock le plus faible possible, cela impose de définir des procédures d'approvisionnement en urgences. Par cette organisation, les services économiques contribueront à donner de la visibilité sur les consommations réelles des pôles et des unités de soins. Ils seront en capacité d'informer les pôles sur la valeur financière de leurs stocks. Toute cette gestion doit associer les personnels des unités, les cadres de proximité et le triumvirat du pôle. DS et DSE tendront à rechercher un stockage ergonomique pour les personnels des unités. Dans le cas où l'option de proposer un référent pour la gestion des commandes et des stocks serait retenue, le DS doit rappeler que la gestion des commandes relève de la seule responsabilité du cadre de santé.

B) L'expression des besoins

Cette phase importante dans le processus achat doit requérir l'implication des utilisateurs et des prescripteurs. Le DS, conjointement avec le DSE, les cadres de pôle, les médecins responsables de pôle et les cadres des unités, doit faciliter l'expression des besoins sur les plans qualitatif et quantitatif. En ce qui concerne les nouvelles demandes d'investissements, la procédure du CHB est très intéressante puisqu'elle demande aux utilisateurs et prescripteurs de préciser, à l'aide d'une « *fiche projet* », quel est le gain en qualité et en productivité pour l'institution. Ce gain sera mis en balance avec les dépenses prévisibles (coût d'achat, consommables et maintenance). En collaboration avec le gestionnaire des risques, l'ingénieur biomédical et la cellule d'hygiène, il pourra être nécessaire de déterminer l'équilibre « coûts/qualité/risques ». Le DS et le DSE sont des vecteurs pour susciter des démarches de parangonnage⁶⁵. Comme au sein du CHB, une

⁶⁵ Parangonnage : processus continu de recherche, d'analyse comparative, d'adaptation et d'implantation des meilleures pratiques pour améliorer la performance des processus dans une organisation. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Benchmarking>

fiche type « *suivi d'affaires* » peut être mise en place pour attester de l'avis de tous les utilisateurs et experts avant la formalisation du CCTP. Sur le plan quantitatif, si l'effet volume a un impact réel sur le coût unitaire du produit, il est essentiel d'estimer le besoin quantitatif le plus finement possible. Ce point soutient la nécessité de bénéficier d'un historique des consommations. La définition du besoin peut être objet à discussions contradictoires entre le DSE et les services utilisateurs, il est essentiel que le DS et les cadres de pôle rappellent que les points qui guident la demande sont : la qualité et la sécurité du service rendu, le confort du patient et de l'utilisateur, le respect du budget et la qualité du matériel. Ces points, résultant d'une analyse fonctionnelle du produit, faciliteront une approche consensuelle du sujet. Ils permettront de définir le juste besoin et donc la juste dépense. Comme l'évoquait le DS du CHB « *il ne s'agit pas de demander une Rolls Royce si on a besoin d'une 2 CV !* ». Le DS et le DSE doivent impulser cette dynamique qui n'aura de raison de se développer que si les différents acteurs sont impliqués depuis sa phase de conception jusqu'à sa phase de mise en œuvre et d'évaluation. La définition d'indicateurs de suivi et de pilotage est indispensable pour apporter une réponse optimale aux besoins du patient.

3.2.3 La question du suivi et de l'évaluation au centre du pilotage

Winston Churchill disait « *Que la stratégie soit belle est un fait, mais n'oubliez pas de regarder le résultat*⁶⁶ ». En référence aux sous-systèmes managériaux d'information⁶⁷ et de contrôle⁶⁸, la recherche de performance impose à l'établissement d'avoir recours à des outils de suivi et d'évaluation pour assurer la maîtrise de son équilibre financier. Mis à disposition des pôles, ces outils attestent de la contribution de chacun des pôles à cette performance globale. De plus, des indicateurs doivent traduire le lien entre la qualité générale des prestations et les moyens financiers disponibles. Au sein du CHA, comme au sein du CHB, le contrôle de gestion se structure pour garantir un pilotage médico-économique des pôles d'activités. Les deux contrôleurs de gestion rencontrés ont souligné l'importance de rendre ces outils de pilotage compréhensibles et opérationnels au niveau de l'encadrement⁶⁹ du pôle. Le DS, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de direction a un rôle incontournable pour donner un sens partagé à ces outils de gestion⁷⁰ qui reposent avant tout sur la qualité de la codification et du système d'information. De plus, le DS est un des leviers pour caractériser les différentes ressources (personnels et matériels en immobilisation) par section d'analyse du fichier

⁶⁶ NOIROT P., WALTER J., 2008, *Le contrôle interne pour créer de la valeur*, Editions Afnor, p.11

⁶⁷ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.47

⁶⁸ LETEURTRE H., MALLÉA P., op. cit. p.215

⁶⁹ Par encadrement, il est entendu triumvirat du pôle et cadres de santé des unités

⁷⁰ Outils de gestion : CREA, CREO, TCCM et Tableaux de bord de pilotage

commun de structure. Cette étape est déterminante pour la mise en place des outils de la comptabilité analytique. Avec les acteurs de la « *filière d'appui*⁷¹ » au dialogue de gestion (médecin du département d'information médicale, contrôleur de gestion, DAF, le triumvirat du pôle), le DS doit participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de tableaux de bord de pilotage pour suivre l'activité, les consommations et les ressources des pôles. Comme cela est envisagé au sein du CHA, ces tableaux de bord peuvent se structurer autour de deux axes : « *qualité des prestations* » et « *performances financières* » et à partir de cinq types d'indicateurs : indicateurs d'activité, indicateurs de ressources, indicateurs financiers, indicateurs de qualité et de performance. Un reporting mensuel est réalisé par le contrôleur de gestion. Le DS en est destinataire et il est de son rôle de participer à l'explicitation des données lors des réunions de cadres de pôle. Une présentation synthétique doit être réalisée en réunion de cadres. A charge au triumvirat de chacun des pôles de faire une présentation détaillée en conseil de pôle. Tous ces outils ont vocation à permettre le suivi des éléments utiles pour répondre aux objectifs des contrats de pôle en lien avec le projet d'établissement, le projet de pôle ou la délégation de gestion.

En ce qui concerne la maîtrise du processus achat de matériels, plusieurs outils spécifiques nécessitent d'être partagés entre les pôles, la direction des services économiques, la direction des finances et la direction des soins. De ce fait, le DS doit être associé à l'élaboration et au suivi du PPI. Il sera ainsi en capacité d'explicitier l'impact du PPI dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP). En lien avec le DSE, il peut développer des indicateurs de performance des achats en mettant en relation la satisfaction des patients et des utilisateurs, les coûts d'achats et les coûts de fonctionnement, la productivité de l'équipement, l'évaluation des prestataires et fournisseurs. En coordonnant des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et en collaboration avec le DSE et le directeur de la qualité, il peut s'assurer de l'adéquation entre les pratiques et le matériel utilisé. Toute analyse de pratique doit s'appuyer sur trois piliers⁷² : la pertinence « *articulation entre les objectifs et les moyens* », l'efficience « *articulation entre les moyens et les résultats* » et l'efficacité « *articulation entre les résultats et les objectifs* ». Ces EPP sont des vecteurs pour harmoniser les pratiques et ne pas multiplier les différents types de matériels. Le DS doit être demandeur et avoir accès à des tableaux de bord de suivi des consommations maîtrisables par les pôles⁷³. Il doit s'informer de toutes les variations qui peuvent être significatives de modifications de pratiques. En cas de dérive constatée, il proposera un réajustement rapide. Il doit

⁷¹ MeaH, 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle*, p.105

⁷² MARCON E., GUINET A., TAHON C., op. cit., p.43

⁷³ LEDOYEN J.R., 2009, Cours EHESP-DS « *Des tableaux de bord au rapport d'activité* », p.27

également bénéficier d'un suivi des dépenses des matières consommables non maîtrisables par les pôles mais qui peuvent avoir un impact sur la charge en soins directs et indirects des unités. Le rapport d'activité de la direction des soins doit relater ces différentes données explicatives de la production de soins tout en soulignant l'importance de la contribution des personnels.

3.3 Par une reconnaissance des personnels et de leurs compétences

La recherche de performance impose d'apporter une attention particulière aux personnels qui composent l'organisation. Bodin⁷⁴ affirmait déjà au XVIe « *il n'est de richesse que d'hommes*⁷⁵ ». Le DS doit s'attacher à faire de ce message un principe de management : responsabiliser, valoriser pour une recherche de la satisfaction au travail.

3.3.1 La responsabilisation des personnels

La responsabilisation de chacun s'inscrit dans la promotion de la relation client/fournisseur à l'intérieur de l'hôpital. Chaque personnel est à la fois un client qui demande un service et un fournisseur quand il produit une prestation. Cette approche positionne l'agent au cœur du processus achat. Cependant, son niveau de responsabilité doit être décliné en fonction des missions qui lui incombent. Les contrats de pôle formalisent les responsabilités et les compétences déléguées au pôle. Les fiches et profils de poste des personnels d'encadrement doivent préciser les compétences et les responsabilités attendues en ce qui concerne la fonction achat. En développant le principe de responsabilisation, le DS et le DSE peuvent structurer une organisation de veille, permettant à l'encadrement de contrôler la conformité des pratiques, d'informer de toutes modifications de techniques ou d'évolutions d'activités qui pourraient avoir des conséquences sur la stratégie d'achat. La responsabilisation de tous va permettre de concilier la qualité des soins et la maîtrise des dépenses.

3.3.2 La valorisation et la satisfaction des personnels

La responsabilisation doit aussi être associée à des modalités d'intéressement. Les contrats de pôle peuvent définir des formes d'intéressement collectif en cas d'atteinte des objectifs fixés, par exemple l'attribution d'une enveloppe supplémentaire pour l'achat de matériels ou pour la participation de plusieurs personnels du pôle à une exposition de présentation d'équipements. La valorisation des personnels nécessite également de reconnaître et développer des compétences. Le DS doit promouvoir des formations universitaires pour permettre le recours à des expertises, qu'elles soient infirmières, de

⁷⁴ http://www.monsieur-biographie.com/celebrite/biographie/jean_bodin-5318.php

⁷⁵ LETEURTRE H., MALLÉA P., op.cit. p.115

rééducation ou médico-techniques. Ainsi, le DS va permettre l'actualisation des connaissances, l'adaptation des pratiques aux évolutions techniques et par conséquent une optimisation de l'achat en regard du besoin. L'amélioration des conditions de travail doit aussi être un objectif permanent. Le DS et le DSE sont tous deux des vecteurs pour inscrire la gestion des achats dans le cadre de la prévention des risques professionnels, du développement de l'ergonomie des postes de travail et du gain d'efficacité au niveau des organisations. Ces différents éléments vont contribuer à la recherche de la satisfaction des personnels, point indispensable pour promouvoir la participation de tous à la performance globale. Le suivi de la performance du processus achat doit inciter le DS et le DSE à évaluer régulièrement le degré de satisfaction des personnels. Les résultats de ces enquêtes devront être très largement communiqués car ils contribuent à reconnaître l'engagement de tous dans la recherche de performance.

Conclusion

« *La performance à l'hôpital public : entre ardente obligation et application adaptée*⁷⁶ ». Ce thème de la journée de l'Association des Directeurs d'Hôpital illustre le défi qui est posé à l'hôpital aujourd'hui. Le DS, par son mode de management, doit traduire cette volonté d'engager les équipes de soins dans cette recherche de « performance » et du savoir « prendre soin ». Il contribue ainsi à préserver l'équilibre et la cohérence des structures qui composent l'organisation des soins. La Nouvelle Gouvernance a comme objectif de simplifier les modes de gestion mais elle ne doit pas inciter à une forme de « reclouement » des pôles. En observant la gestion du processus « achat, approvisionnement, consommation », il a été démontré toute l'importance de construire un nouvel équilibre entre les acteurs de soins et les acteurs gestionnaires. Le partenariat DS et DSE est un levier essentiel pour promouvoir un partage des compétences entre soignants et gestionnaires. Comme le souligne W. HESBEEN⁷⁷, « *personne n'est propriétaire du soin car il concerne absolument chacun* », mais on peut dire aussi que la maîtrise des dépenses ne peut être le seul fait des gestionnaires de l'établissement. Le DS doit s'attacher à ce que les services de soins ne soient pas uniquement des services consommateurs. Chacun doit se sentir concerné autant par la qualité des soins que par la maîtrise des dépenses. Indicateurs de gestion et indicateurs de performances pour l'amélioration de la qualité hospitalière doivent se côtoyer au sein de tableaux de bord prospectifs et rétrospectifs. La CSIRMT peut prendre une part active pour atteindre cet objectif. Une gestion efficace du processus achat impose qu'elle ait une résonance au sein des différents volets du projet d'établissement et notamment dans le projet de soins. Le pilotage des achats est un projet collectif qui implique différentes compétences. En ce sens, si les organisations doivent être bien formalisées, ce sont les acteurs au cœur de ces organisations qui vont permettre la performance des activités. Une collaboration efficace DS et DSE permet de considérer l'activité achat comme une activité créatrice de valeur tant sur le plan médico-économique que sur le plan humain. La notion de soin doit se décliner à travers ces nouvelles dimensions : environnementale, médico-économique et sociale. En reconnaissant cette approche politique du soin, l'établissement entrera dans une dynamique de promotion d'une nouvelle ère : celle du développement et du management durable au service de l'utilisateur.

⁷⁶ Conférence de l'ADH du 10 février 2006 à Lyon

http://www.cm-intl.com/70-Divers/FR/40-20_Detail-Actualite.asp?ActualiteId=77

⁷⁷ HESBEEN W., fév. 2005, « Un engagement pour la vie ». *Perspective infirmière*, pp.15-19

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

ORDONNANCES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière. Journal officiel du 12 décembre 1958, 11169.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, texte n°15, 7626-7649.

LOIS

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel du 8 janvier 1971, 0067.

MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, 4118-4159.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel du 22 juillet 2009, 12184.

DECRET

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002, 7187-7191.

OUVRAGES

GROLIER J., PERARD Y., PEYRET P., 2008, *Comptabilité analytique hospitalière et tarification à l'activité*, Rennes : Editions EHESP, 293p.

KAUFFMANN J.C., 2001, *L'entretien compréhensif*, collection 128 « Sociologie », Paris : Editions Nathan, 128p.

LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers : vers une nouvelle gouvernance*, Paris : Editions Berger-Levrault, 295p.

LETEURTRE H., MALLÉA P., 2005, *Performances et gouvernance hospitalières*, Paris : Editions Berger-Levrault, 255p.

MARCON E., GUINET A., TAHON C., 2008, *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Paris : Editions Lavoisier, 286p.

MORDELET P., 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes : Editions ENSP, 367p.

NOIROT P., WALTER J., 2008, *Le contrôle interne pour créer de la valeur*, La Plaine Saint-Denis : Editions AFNOR, 195p.

ARTICLES DE PERIODIQUE

CONTANDRIOPOULOS A.-P., 2008, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance ». *Santé publique*, vol. 20, n°2, pp. 191-199

HESBEEN W., Janvier 2005, « un engagement pour la vie ». *Perspective infirmière*, pp. 15-19. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

<http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Perspective/vol2no3/Humanite.pdf>

TABUTEAU D., 2006, « La santé devient un objet politique », *Revue Hospitalière de France*, n°513, pp.42-44

RAPPORTS ET GUIDES

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, avril 2002, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, 77p. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, novembre 2008, *Manuel de certification*, 88p.

[visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_714928/manuel-v2010-de-certification-des-etablissements-de-sante-version-juin-2009

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, mai 2004, *Optimisation des achats hospitaliers*, Rapport de fin de mission, 50p.

[visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=307&print=1&no_cache=1

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, février 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles*, 141p. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/fileadmin/img/page_contenu/Comptabil_analytique/DOCUMENTATION/BPO2/090204COMPTA_ANALYTIQUE.pdf

AVIS

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », avis n°101, 28 juin 07, 33p.

COURS

LASCOLS S., « *Contrôle de gestion, contractualisation et performance* », juillet 2009, Cours EHESP aux Directeurs des soins, 52p.

LEDOYEN J.R., « *Des tableaux de bord au rapport d'activité* », janvier 2009, Cours EHESP aux Directeurs des soins, 122p.

LINDEN P., « *DU Qualité et gestion des risques en établissements de santé* », octobre 2003, Cours ULP Strasbourg

TAILLANDIER M., « *L'investissement hospitalier* », juillet 2009, Cours EHESP aux Directeurs de soins, 29p.

SITES INTERNET

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

Guide de l'ENCC. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

<http://www.atih.sante.fr/?id=0000F00001FF&v=print>

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION DES HOSPITALIERS

Dispositif de formation Multiplus de l'ANFH. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

<http://www.anfh.asso.fr/formationsanfh/national.php>

CARNETS DE SANTE

CHAUVANCY M.C., *Performance hospitalière et sécurité des soins : deux objectifs antinomiques ?* [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

<http://www.carnetsdesante.fr/Performance-hospitaliere-securite>

CENTRE REGIONAL DE RESSOURCES SANTE ILE DE FRANCE, *les matinales du CRR*, « Ethique et gestion », compte-rendus des sessions des 2 et 23 octobre 2008, Café « Au Père Tranquille », Paris les Halles. [visité le 14.08.09], disponible sur internet : http://www.c2rsante.fr/docs/791_CR_matinale_ethique_et_gestion_des_2_et_23_octobre_2008.pdf

CM INTERNATIONAL « La performance à l'hôpital public : entre ardente obligation et application adaptée », journée ADH le 10 février 2006, Hôtel Château Perrache, Lyon. [visité le 14.08.09], disponible sur internet http://www.cm-intl.com/70-Divers/FR/40-20_Detail-Actualite.asp?ActualiteId=77

CREER – MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA JEUNESSE

Le sens des réformes : Vade-mecum Hôpital 2007, 83p.

[visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.creer-hopitaux.fr/cms/creer/upload/documents/VM_LONG_DEF.pdf

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE

Liste des chaires accordées. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.chsrf.ca/cadre/bio_denis_f.php

INFIRMIERS.COM

Diplôme d'Etat d'infirmier référentiel d'activités. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

<http://www.infirmiers.com/pdf/2annexe1activites.pdf>

IRDES

SAFON M.O., *Historique des réformes hospitalières*.

[visité le 14.08.09], disponible sur internet :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Dossier Plan Hôpital 2007. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/hopital2007/>

Dossier achats. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/achats-hospitaliers/achats-hospitaliers-nouvelle-version.html>

Dossier de presse « Plan Hôpital 2012 ». [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/hopital_2012/dossier_de_presse.pdf

Dossier de presse « Mission cadres ». [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse-mission_cadres.pdf

MONSIEUR BIOGRAPHIE

Biographie de Jean BODIN. [visité le 14.08.09], disponible sur internet :

http://www.monsieur-biographie.com/celebrite/biographie/jean_bodin-5318.php

WIKIPEDIA

L'encyclopédie libre

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Benchmarking>

Liste des annexes

Annexe 1 : Les sous-systèmes managériaux.

Annexe 2 : Guide d'entretien « générique ».

Annexe 3 : Questionnaire pour les entretiens « contrôleurs de gestion ».

Annexe 4 : Présentation des établissements et des personnes rencontrées.

Annexe 5 : Matrice d'exploitation des entretiens (Tableau 1).

Annexe 5 : Impact des dimensions de SHORTELL (Tableau 2).

Annexe 6 : Processus d'élaboration du PPI au sein du CHB.

Annexe 1

Les sous-systèmes managériaux

Le sous-système d'information hospitalière permet de positionner l'hôpital dans son environnement en renseignant sur son activité, son organisation et sa consommation de ressources. Ce sous-système est considéré comme la « colonne vertébrale de l'organisation ».

Le sous-système d'orientation permet, à partir des informations obtenues, de proposer des choix stratégiques pour l'organisation.

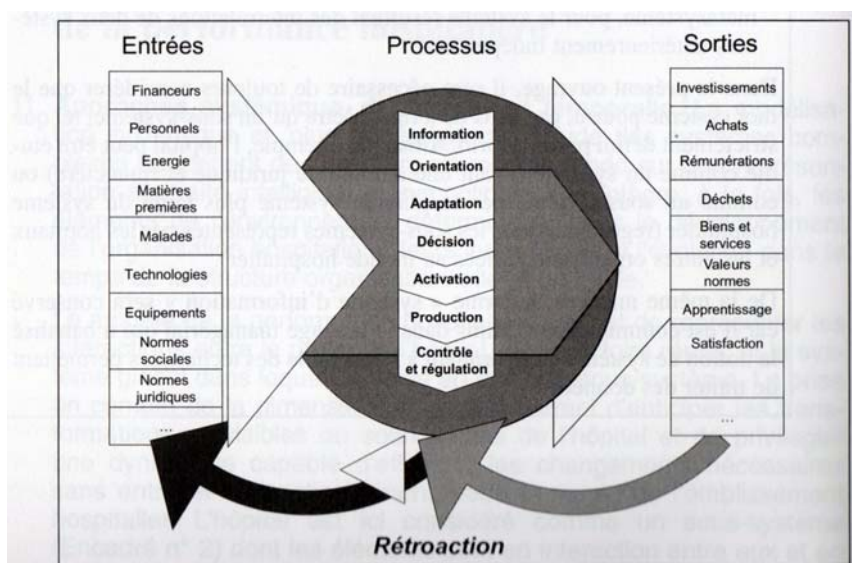
Le sous-système d'adaptation permet d'évaluer et de mettre en œuvre les orientations définies. Il s'organise autour de quatre processus : le processus d'amélioration continue de la qualité et de la prévention des risques, le processus d'évaluation médico-économique, le processus de management des compétences et des connaissances et le processus de veille et d'aide à la décision appelé « intelligence économique ».

Le sous-système de décision dispose des éléments pour arbitrer entre les différents choix possibles. Les décisions doivent respecter l'équilibre entre les exigences de développement et les ressources disponibles.

Le sous-système d'activation repose sur un dispositif de contractualisation favorisant la coopération et la responsabilisation des parties prenantes de l'organisation. Le dispositif normatif ISO 9000/9001/9004 version 2000 permet de mettre en dynamique un système de management performant.

Le sous-système de contrôle est couplé aux processus de régulation inclus dans chacun des autres sous-systèmes. Par la mesure des résultats à chaque étape du cycle de vie de la prestation hospitalière, ce sous-système permet l'ajustement des processus de l'organisation.

L'hôpital comme système ouvert



Annexe 2

Guide d'entretien « générique » en regard des hypothèses et des dimensions de SHORTELL

QUESTIONS	Hypothèses	Dimensions de SHORTELL
Pouvez-vous me décrire le processus « achat-approvisionnement-consommation » de l'établissement ? Au niveau du pôle ?	Toutes hypothèses	Structurelle
Pouvez-vous m'expliquer votre niveau d'implication dans la gestion des achats ?	Toutes hypothèses	Structurelle
Comment concilier qualité des soins et gestion des achats ?	Hypothèse 1	Culturelle et technique
Les FSEI relatent-elles des insuffisances en matériels ?	Hypothèse 1	Technique
Les EPP sont-elles des moyens d'évaluation de l'efficacité des pratiques de soins ?	Hypothèse 1	Technique
Comment est élaboré le PPI ? Comment est assuré son suivi ?	Hypothèses 2 et 4	Structurelle et technique
Pouvez-vous me décrire les phases lors de l'achat d'un équipement ?	Hypothèses 2 et 4	Structurelle et technique
Comment le besoin du pôle est-il analysé et validé ?	Hypothèses 2 et 4	Structurelle et technique
Comment sont gérées les demandes en matière d'achats (matériels, travaux, consommables...) ?	Hypothèses 2 et 4	Structurelle et technique
Existe-t-il des personnels experts pour la définition des critères techniques de certains matériels ?	Hypothèse 2	Structurelle
Pouvez-vous préciser les champs de collaboration (en matière de gestion des achats) entre la DSE et la DS ? et avec vous ?	Hypothèse 2	Stratégique
Quels sont les sujets qui nécessitent l'intervention de la DSE en réunion de cadres, en CSIRMT, en conseil de pôle ?	Hypothèse 2	Stratégique
Pensez-vous que les personnels soient emprunts du principe d'économie ? Pourquoi ?	Hypothèse 3	Culturelle
Quels sont les moyens mis en œuvre pour assurer la maîtrise des dépenses ?	Hypothèses 2 et 4	Technique
Existe-t-il des dotations pour les différents matériels ?	Hypothèse 4	Technique
Certains équipements peuvent-ils être mutualisés entre les pôles ?	Hypothèse 4	Technique
Les pratiques font-elles l'objet d'harmonisation ?	Hypothèses 1 et 4	Technique

QUESTIONS	Hypothèses	Dimensions de SHORTELL
Pouvez-vous me décrire les outils mis à votre disposition et permettant de suivre les dépenses et recettes du pôle ?	Hypothèse 4	Technique
Pouvez-vous me présenter les moyens à votre disposition pour évaluer le suivi des achats et des consommations ?	Hypothèse 4	Technique
Pouvez-vous me préciser la stratégie mise en œuvre pour assurer la maîtrise du processus achat/approvisionnement/consommation ?	Hypothèses 2 et 4	Stratégique
Existe-t-il une politique achat au sein de l'établissement ? au sein du pôle ?	Hypothèses 2 et 4	Stratégique
Que définit le contrat de pôle pour la gestion de ce processus ? (objectifs, délégation de gestion)	Hypothèses 2 et 4	Stratégique
Pouvez-vous me décrire les fonctionnalités du SIH qui permettent de maîtriser le processus « achat » ?	Hypothèse 4	Technique
Quels sont les renseignements donnés par la comptabilité analytique ?	Hypothèse 4	Technique
Pensez-vous qu'il soit utile de sensibiliser les personnels d'encadrement aux outils de gestion ?	Hypothèse 3	Culturelle
Sur quels axes serait-il nécessaire de former le triumvirat ?	Hypothèse 3	Culturelle
Le triumvirat est-il sensibilisé à la comptabilité analytique ?	Hypothèse 3	Culturelle
Pensez-vous qu'il soit nécessaire de former l'encadrement en matière de gestion du processus « achat » ?	Hypothèse 3	Culturelle
Avant de clôturer l'entretien, avez-vous d'autres remarques à formuler ?		

N.B. : les questions **en gras** sont les questions principales. Les autres sont des questions de relance.

Annexe 3

Questionnaire pour les entretiens « contrôleurs de gestion »

QUESTIONS
Pouvez-vous me présenter vos fonctions ?
Comment est organisé le découpage analytique (sections d'analyse et centres de responsabilité) ?
Comment décomposez-vous les processus de formation des coûts ?
Comment analysez-vous les écarts entre les coûts observés et la tarification ?
Pouvez-vous déterminer la contribution des pôles au résultat global de l'établissement ?
Comment assurez-vous le suivi comptable du processus achats/approvisionnements/consommations ?
Pouvez-vous comparer les charges des différents pôles en termes de consommation de matériels ?
La DS, la DSE, les pôles ont-ils connaissance des dépenses liées aux différentes consommations ?
Sous quelles formes ? Tableaux de bord ?
Rencontrez-vous le DS, le DSE pour leur faire part de vos analyses comptables ?
Pensez-vous qu'il existe une stratégie de gestion du processus achat partagée entre la DS et la DSE ? Si oui, laquelle ?
Pensez-vous qu'il soit nécessaire de développer une politique d'achat en lien avec les pôles, la DS et la DSE ? Pourquoi ?

Annexe 4

Présentation des établissements et des personnes rencontrées

	CH de A	CH de B
Activités	SSR / EHPAD	MCO / SSR / EHPAD
Nombre de lits	423 lits et places	646 lits et places
Nombre de personnels	365	1753
Situation financière	En équilibre	Plan de retour à l'équilibre
Nombre de pôles	3	10
Contractualisation	Oui	En cours de formalisation
Délégation de gestion	Oui pour une enveloppe « investissements » et une enveloppe « formation »	En cours de formalisation
Entretiens réalisés	DS, DSE, Médecin responsable de pôle, CSS et CS, Contrôleur de gestion	DS, DSE, CSS Contrôleur de gestion, Ingénieur qualité

Annexe 5

Matrice d'exploitation des entretiens (Tableau 1)

			DS	DSE	MRP	CSS	CS	C. G°	
			CHA CHB	CHA CHB	CHA	CHA CHB	CHA	CHA CHB	
Dimensions de SHORTEL	Culturelle	Gestionnaire Soignante Qualité	XX	XX	X	XX	X	XX	Exploitation horizontale par dimension
	Stratégique	Orientations Explicitée Partagée	XX	XX	X	XX	X	XX	
	Structurelle	Politique Stratégique Opérationnelle	XX	XX	X	XX	X	XX	
	Technique	Outils Méthode	XX	XX	X	XX	X	XX	
Exploitation verticale par dimension									

Pour le CHB, l'ingénieur biomédical et l'ingénieur qualité ont été rencontrés pour rechercher des éléments techniques utiles à la compréhension du processus « achat ».

Impact des dimensions de SHORTELL (Tableau 2)

Stratégique	Culturelle	Technique	Structurelle	Résultats
0	1	1	1	Pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels
1	0	1	1	Petits résultats temporaires. Pas de pérennisation
1	1	0	1	Frustrations et faux départs
1	1	1	0	Pas de capitalisation ni d'extension de apprentissages
1	1	1	1	Impact durable au sein de l'organisation

Annexe 6

Processus d'élaboration du PPI pour les équipements biomédicaux au sein du CHB

QUI	FAIT QUOI	COMMENT
Ingénieur biomédical	Envoie à chaque chef de service et à chaque cadre d'un tableau Excel pour recensement des besoins	Table de références
Chef de service Cadre de santé	Formulation des besoins	Table de références
Ingénieur bioméd. DSE	A l'enveloppe prévisionnelle, déduction du coût présumé des besoins	Tableau suivi des achats par service et par pôle
Ingénieur biomédical	Mise à jour de l'inventaire par service avec réalisation d'un comparatif besoins / inventaire avec prise en compte de l'ancienneté du matériel	GMAO
Ingénieur bioméd. Trio de pôle	Elaboration du PPI prévisionnel pour le pôle	PPI prévisionnel
Ingénieur bioméd. DSE	Réorganisation du PPI (affectation de certains matériels par service, par pôle. Pour d'autres, il y a mutualisation)	PPI prévisionnel
CODIR et Commission des investissements médicaux	Validation du PPI en cohérence avec les enveloppes prévisionnelles et le projet d'établissement	PPI
Ingénieur biomédical	Regroupement des besoins par famille d'équipements (regrouper les achats par lot)	PPI
Ingénieur bioméd. DSE	Préparation du CCTP (Cahier des Clauses Techniques Particulières) pour la consultation	Projet de CCTP
Ingénieur biomédical	Envoie aux chefs de services et cadres de santé	Projet de CCTP
Chef de service Cadre de santé	Apports d'amendements, corrections si nécessaire puis retour pour validation à l'ingénieur biomédical	Projet de CCTP
Ingénieur bioméd. DSE	Validation du CCTP (ne doit pas être trop ciblé) puis retour pour paraphe au chef de service et CS	CCTP
Ingénieur bioméd. DSE	Réalisation de la consultation	Selon Code des Marchés Publics
Ingénieur bioméd. DSE, Chefs de service et CS	Organisation des essais avec les utilisateurs. Décision consensuelle d'achat suite au rapport des utilisateurs	Fiche d'évaluation Fiche de suivi d'affaire