

L'HOPITAL PUBLIC A L'EPREUVE DES OBJECTIFS DE PERFORMANCE DU RESEAU

ROCHE Régine – regine.roche@etu.univ-montp3.fr

Doctorante en Sciences de gestion – Management Public

3^{ème} année de thèse – Université Montpellier 3

Unité de Recherche EA 7400 CORHIS

École Doctorale 60 TTSD

Mobile : 06.74.43.35.14

Résumé : Cette communication pose la question de la mesure du périmètre d'application du service public hospitalier au sein des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières. Elle s'appuie sur un cas de recherche-intervention. Etude de cas qui a pour objet un Groupement Hospitalier de Territoire regroupant 9 établissements de santé publics de taille hétérogène.

Mots clés : périmètre d'application du service public hospitalier ; réseau territorialisés d'organisations hospitalières ; étude de cas ; recherche-intervention ; groupement hospitalier de territoire.

Key words : the scope of application of the public hospital; territorialized network of hospital organizations; case study; research-intervention; Hospital Group's Territory.

1. LES OBJECTIFS

Cette communication a pour objet l'étude du périmètre d'application du service public hospitalier au sein des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières. Elle aborde la thématique de la performance globale des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières à l'aune de la remise en cause des critères traditionnels de qualification du service public hospitalier. Son actualité est intrinsèquement liée à la création des Groupements Hospitaliers de Territoire, dont la vocation ultime au sens de la loi Tourraine est d'être l'instrument de la rénovation du service public hospitalier. D'un point de vue théorique, l'objet de cette communication tire sa raison d'être du refus d'accepter que la modernisation du service public hospitalier résulte purement et simplement de l'alignement du management public sur le management privé. Elle cherche au contraire à dépasser l'opposition public-privé au profit d'un modèle de service public hospitalier par combinaison susceptible à terme d'être identifié comme un nouveau levier de gestion pour le secteur public hospitalier. Thèse qui non seulement milite en faveur d'un nouveau paradigme assimilant le service public hospitalier à de la création de valeur pour « l'utilisateur-client », mais qui lie également la performance globale du réseau à la notion d'intelligence territoriale et/ou collective.

2. CADRE THÉORIQUE

S'intéresser dans ce contexte, à la question de la mesure du périmètre d'application du service public hospitalier revient sur un plan pratique à identifier les critères d'évaluation de la qualité du parcours de soins du patient au regard des principes fondateurs du service public, et donc à sortir sur un plan conceptuel de la performance médico-économique pour entrer dans un modèle serviciel de performance. D'un point de vue théorique, la démarche méthodologique choisie s'inscrit résolument dans le champ du management stratégique des relations inter-organisationnelles, plus spécifiquement des coopérations et du contrôle de gestion inter-organisationnelle, ce qui amène la recherche à focaliser sur le méta-pilotage d'un réseau territorialisé d'organisations hospitalières « le Groupement Hospitalier de Territoire ». A l'instar des structures en réseau très étudiées dans les années 1980, l'évaluation de la performance globale des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières suppose de faire appel à des approches en termes de gestion de projet (projet médical et de soins partagés), de mutualisation et de prise en charge partagées d'activités et de ressources, de pilotage transversal de fonctions (achats, systèmes d'information, ressources humaines, formations, de gestion des flux de patients, logistiques, etc.) et, plus largement, de management des (et par les) processus intra et inter-organisationnels. Penser une structure en réseau tel que le GHT conduit, selon une logique « topographique », à identifier le territoire qu'il occupe en termes de membres impliqués dans la formulation du projet productif commun. Est-il une donnée imposée ou résulte-t-il d'un consensus ? Plusieurs établissements de santé sont en effet mobilisés dans le but d'organiser et de coordonner leurs actifs, leurs ressources et leurs compétences nécessaires à la réalisation d'un projet médical et de soins partagé. Ils agissent selon une dynamique inter-organisationnelle fondée sur la construction et la pérennisation de liens forts et durables.

3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La formulation de l'objectif de recherche conduit à l'adoption d'une stratégie s'établissant sur un double espace théorique et empirique, d'où le choix d'une enquête qualitative et d'une démarche d'analyse de cas. Etude de cas qui a pour objet un GHT regroupant 9 établissements de santé de taille hétérogène. L'intervention consiste en la construction et l'usage d'un outil de contrôle de gestion. Elle s'inscrit dans un double pilotage du dispositif de recherche alliant accord préalable de la

direction générale du CHRU et contrôle de la démarche par les acteurs de terrain participant aux réunions du comité stratégique. Elle se construit, d'une part à partir d'un important travail de recueil de données documentaires, réalisé grâce à l'accès non seulement aux documents internes, mais également à des plateformes de communication, d'autre part à partir de l'analyse des entretiens semi-directifs conduits auprès d'une trentaine d'acteurs de terrain. La posture vis-à-vis du terrain de recherche se rapproche de la recherche-intervention telle que définie par le Centre de Gestion Scientifique (Moisdon, 2007), au sens où la conception d'un outil de gestion adapté aux besoins concrets de l'organisation va contribuer à matérialiser l'apport du chercheur à l'amélioration de la situation de l'organisation.

4. RÉSULTATS

Les résultats obtenus permettent de valider la grille d'évaluation théorique. Quatre axes principaux de performance adaptés du Balanced Score Card sont ainsi identifiés, lesquels sont : l'axe Usager-patient (par référence à la valeur créée pour l'utilisateur-client à travers sa trajectoire/parcours de soins), l'axe processus interne (par référence à la valeur créée par les parties prenantes à travers la « dynamique coopérative du GHT), l'axe apprentissage organisationnel (par référence à la valeur créée pour les parties prenantes à travers la « gouvernance territoriale » du GHT), l'axe financier (par référence au contrôle interne). Sur chacun de ces axes sont définis, les variables d'actions clés qui leur sont associées et les indicateurs de mesure de performance. Les données de terrain recueillies permettent de déterminer pour chaque composante du capital immatériel du GHT l'impact qu'elle a sur les dimensions de la performance mesurées par le tableau de bord proposé.

Ils mettent en évidence que la mise en intelligence collective de la recomposition territoriale de l'offre de soins contribue à la territorialisation du service public hospitalier, par l'inscription de la prise en charge de l'utilisateur/client dans une réponse globale décloisonnée des modes de gestion et de financement de ses besoins de soins, et donc en pratique au passage d'une logique de leadership à celle de partnership. Cela induit en termes de stratégie et de gouvernance, la mise en œuvre de solutions pour éviter des ruptures dans la continuité du service, pour réduire le taux de fuite, pour parvenir à la réalisation d'objectifs communs de spécialisation. L'hybridation du mode de gestion du service public hospitalier est donc la résultante d'une gouvernance territoriale proactive plus axée sur la levée des contraintes financières, et par conséquent plus encline à inciter l'implantation et l'ancrage des structures privées, déjà facilitées par le recours à l'ambulatoire.

5. APPORTS DE LA RECHERCHE

La question de la mesure du périmètre d'application du SPH fait des valeurs collectives mobilisées par la structure de gouvernance du GHT un enjeu majeur de la mesure de sa performance, au sens où l'évaluation de la performance du GHT ne concerne pas seulement la question de l'efficacité des dispositifs participatifs contribuant au pilotage du réseau, mais prend en compte l'importance de la composante participative de ces dispositifs, autrement dit leur contribution à la démocratie locale en fonction des modalités de construction collective des projets partagés de territoire. De ce point de vue, il s'agit pour le dispositif de gouvernance de renforcer les logiques d'appartenance au territoire et de similitude aux référentiels et aux valeurs partagées de façon à favoriser les processus d'intelligence territoriale. Le contrôle de gestion va jouer alors un rôle de limitateur des risques organisationnels, au sens où il va relier la génération des coûts et la valeur stratégique produite pour l'utilisateur-client aux pratiques professionnelles des acteurs qu'il place au cœur du dispositif. Il s'agit donc, comme l'exprime *Debrosse (1994)* de passer d'une logique d'obéissance à une logique de responsabilisation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Collin A, Demanet Q, Professeur Fenoll B, Joubert J, Paul E (2015) « *l'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : la coopération pour la concurrence* » Université d'Avignon, Journal de Gestion et d'économie médicale, éditeur Eska, pages 64.
- Cueille S. (2007), *Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public*, Politique et Management public, Volume 25, Numéro 4.
- Dumez H. et Jeunemaître A. (2003), « *Combinaison harmonieuse des vertus du public et du privé, ou mélange des genres ? Les partenariats public/privé, nouveaux venus du management public* », Revue Politiques et Management Public, 21, 4, pp. 1-14.
- Dupuy Y, Naro G (2015), *La Tétranormalisation et l'hôpital public : pour une interprétation organisationnelle*, in Cappelletti L, Pigé B, Zardé V (dir.), Dynamique normative : arbitrer et négocier la place de la norme dans l'organisation, EMS.
- Fray A-M. (2009), *Nouvelles pratiques de gouvernances dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs*, revue Management et Avenir, page 422.
- Fulconis F, Paché G, Solle G (2012), *Structures en réseau : quel sens pour la performance collective ? Vers un contrôle de gestion en plateau*, Communication, Etats généraux du Management, Strasbourg, 11-12 octobre.
- Houdart L (2015), *Coopération ou fusion ? Mutualisation ou délégation ? L'ambiguïté du « groupe – ment » hospitalier de territoire*, Revue Hospitalière de France.
- Kaplan, Norton, David (1992, 1993), “*the balanced scorecard – measures that drive performance*”, Harvard Business Review, Vol. 71 n°1; “*putting the balanced scorecard to work*”, Harvard Business Review, Vol. 71 n°5.
- Lamarzelle D. (2013) « *Management Public et modernisation des services publics* », <https://www.europaong.org> > uploads > 2013/02.
- Legrain A. et Verhoest K. (2004), « *Le secteur public en France et en Belgique : de la coordination hiérarchique à la coordination par réseaux* », Revue Politiques et Management Public, 22, 3, pp. 163-191.
- Le Pogam M-A., Luangsay-Catelin C., Notebaert J-F. (2009), *La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent*, Revue Management et Avenir, pages 428.
- Malherbe D. (2013), « *La responsabilisation du système de santé selon la réforme HPST : la loi, le discours et l'éthique* » (N°195-196) revue Vie et Sciences de l'entreprise
- Moison J.C. (2013), *De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé*, Quaderni, mis en ligne le 05 octobre 2015.
- Noguera F. et Lartigau J. (2009), *De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives*, Revue Management et Avenir, page 428.
- Savall H, Zardet V, (1989), *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, Economica, 351 p.