

Hybridation managériale et santé



Les organisations hybrides, tels que les hôpitaux sont en tension entre logique managériale et médicale. Au cours des dernières décennies, le secteur hospitalier a subi des réformes importantes de gestion. Les hôpitaux, en tant que bureaucraties professionnelles, introduisent, sous une pression coercitive, des contrôles administratifs au niveau du cœur opérationnel (Kurunmäki et al., 2003). La mise en œuvre des techniques de lean Management, pressions financières, gestion efficiente des ressources allouées et logiques de réduction de coûts crée un climat du chiffre et suggèrent que l'hôpital entre dans une phase de réduction de gaspillage appelé slack organisationnel (Ruiz Moreno et al., 2008).

Les professionnels de santé se retrouvent pris dans de nouveaux dispositifs d'accountability (de rendu de compte sur leur activité médicale) et sont sensibilisés aux contraintes financières (Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2016). L'introduction de nouvelles logiques issues du secteur privé altère ainsi le statut particulier des médecins : on parle alors de « médecins-gestionnaires » (Burellier et Valette, 2011). Des études soulignent que les médecins s'approprient et s'hybrident à des compétences gestionnaires pour répondre aux pressions organisationnelles. Cependant, peu d'études se focalisent sur les conditions dans lesquelles les médecins adoptent des compétences hybrides et se sensibilisent à l'accountability (Kurunmäki, 2004).

Dans notre recherche, il nous est apparu intéressant de nous arrêter sur les conditions nécessaires à la sensibilisation des médecins à la logique d'accountability dans leur activité quotidienne et sur les effets de ce « climat d'accountability » au sein de la sphère médicale.

A partir de ces questionnements, deux apports majeurs ont émergé.



Premièrement, nous avons mis en évidence le rôle essentiel des Techniciens d'Information Médicale (TIM, acteurs administratifs) dans l'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires.

Le montant du budget alloué aux établissements en fonction de leur activité est d'une importance cruciale puisqu'il représente la majeure partie des financements que les hôpitaux perçoivent. Le codage de l'activité médicale, qui est de la responsabilité des praticiens, est ainsi stratégique d'un point de vue économique. Pour cela, un codage partagé voit le jour et conduit des Techniciens en charge de l'information médicale à sortir du cadre strict de celle-ci pour sensibiliser les médecins au *reporting* de leur activité médicale. En effet, la stratégie du Département de l'Information Médicale (DIM), de mettre en place un codage partagé entre TIM et médecins, contribue à améliorer l'exhaustivité du codage. Par leur interaction fréquente avec les médecins, les TIM, acteurs administratifs spécifiques, leur permettent d'intégrer l'importance du *reporting* de leur activité, et ainsi de « rendre des comptes ».

Cette interaction entre administratifs et médecins favorise également une prise de conscience des médecins sur l'optimisation d'une prise en charge afin de réduire la durée de séjour. D'un point de vue opérationnel, les médecins sont guidés par de nombreuses recommandations, comme l'optimisation des prises en charge des patients, et s'alignent en partie sur les recommandations des TIM pour optimiser le financement perçu de leur activité médicale. Cette dernière est ainsi encadrée par les indicateurs. L'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires est réalisée afin de les sensibiliser au respect des « normes » de durée de séjour dans le but de réduire les coûts d'hospitalisation. Les objectifs gestionnaires priorisent l'optimisation du financement perçu et la limitation des coûts, afin d'afficher des ratios en conformité avec les ratios d'autres établissements. Le DIM ainsi que les TIM endossent un rôle de « surveillant » voire de « contrôleur interne » informel. En effet, les TIM représentent des vecteurs permettant de contrôler l'activité médicale, ainsi que le codage réalisé par les médecins (pouvant adopter des comportements de manipulation de données). Nous avons constaté qu'en soumettant des recommandations concernant des solutions pour réduire la durée de prise en charge de leurs patients, les médecins s'y conforment dans un premier temps. Cependant la consolidation de nouvelles prises en charge des patients ne perdure pas dans le temps. Nous avons montré également que par leur interaction fréquente avec les médecins, les TIM tendent à renforcer leurs connaissances médicales.

Deuxièmement, nous avons souligné qu'après le support essentiel des TIM pour éclairer et impliquer les professionnels de santé sur le codage de leur activité, d'autres acteurs administratifs s'infiltrèrent dans les services de soins dans une recherche de réduction des

surplus. Le changement de logique est manifesté et porté par la création de nouvelles cellules telles que la DOP (Direction des Opérations et de la Performance), créée pour « améliorer la qualité et la performance ». Ces gestionnaires importent un vocabulaire du secteur privé et communiquent dans leurs discours l'importance de la réduction des surplus, mais également leurs convictions que le CHU peut « être rentable ». L'importation de ratios, comme ceux introduits par les agents administratifs (les TIM), provient de la comparaison des DMS (Durée Moyenne de Séjour) des différentes organisations hospitalières. Ceci favorise l'émergence d'un système de mesure de la « performance » des CHU. Nous qualifions ce système de disciplinaire puisqu'il amplifie la catégorisation entre CHU : dans notre étude de cas, l'organisation et ainsi son activité, est qualifiée de « sur ou sous performante » en fonction de la DMS. La DOP détient une capacité de pilotage et une visibilité sur l'activité médicale. Toutefois, cette volonté d'améliorer le fonctionnement des services se heurte à des réticences de certains médecins. Pour construire un lien, l'accompagnement des médecins à la réorganisation de son service est nécessaire, ceci permettant également de réaliser un contrôle indirect sur leur activité. Nous avons montré comment les échanges entre acteurs administratifs et médecins entraînent des changements et œuvrent conjointement dans une recherche d'efficacité : l'objectif est de poursuivre et afficher une conformité aux indicateurs de DMS et ainsi de réduire le surplus de coûts. Par exemple, on note une modification des protocoles de soins. La décision des gestionnaires de se focaliser sur des indicateurs d'autres établissements contribue à renforcer la légitimité du chiffre ainsi que de faciliter l'adhésion des praticiens. D'un point de vue gestionnaire, les administratifs perçoivent l'activité médicale comme une ressource primordiale pour sécuriser et assurer le fonctionnement de l'établissement. Néanmoins, la contrepartie de cette sécurité se caractérise par l'obligation de respecter les ratios et ainsi de réduire le *slack* organisationnel au sein des services médicaux. Compte-tenu de ces indicateurs, la conformité à ces ratios devient une priorité pour l'organisation : l'objectif des gestionnaires est d'améliorer les chiffres du CHU en optimisant la prise en charge et en rendant l'activité médicale « moyenne ». L'attention de la DOP est focalisée sur le respect de ces indicateurs, et souhaite que l'organisation affiche les mêmes ratios. Pour cela, soit la DOP accompagne au changement pour réduire le *slack*, soit le service clinique se réorganise de manière autonome.

Nos résultats indiquent que l'*accountability* s'infiltré dans la sphère médicale à travers des cellules administratives spécifiques et crée un « climat d'*accountability* » ayant une influence sur l'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires ainsi que sur leur activité professionnelle laquelle concilie désormais logique managériale et logique médicale. Aussi, cette recherche, bien qu'elle ne puisse pas être généralisée à d'autres établissements, souligne des intérêts managériaux forts.



Marlene Barreda, Irène Georgescu, François Grima, Gérald Naro

Références

- Burellier, F., & Valette, A. (2011). Garder ou tomber la blouse ? *Journal d'économie médicale*, 29(6), 336-345.
- Grenier, C., & Bernardini-Perinciolo, J. (2016). Strategic and Enforced Logics Hybridization: An Agency View within French Hospitals and Universities. In *Towards a Comparative Institutionalism: Forms, Dynamics and Logics Across the Organizational Fields of Health Care and Higher Education* (pp. 109-144). Emerald Group Publishing Limited.
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, organizations and society*, 29(3-4), 327-347.
- Kurunmaki, L., Lapsley, I., & Melia, K. (2003). Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care. *Management Accounting Research*, 14(2), 112-139.
- Ruiz-Moreno, A., Garcia-Morales, V. J., & Llorens-Montes, F. J. (2008). The moderating effect of organizational slack on the relation between perceptions of support for innovation and organizational climate. *Personnel Review*, 37(5), 509-525.