



Cédric Aubin

Décider à l'hôpital : du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque

AUBIN Cédric. *Décider à l'hôpital : du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque*, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne. - Lyon : Université Jean Moulin (Lyon 3), 2013.

Disponible sur : www.theses.fr/2013LYO30041



Document diffusé sous le contrat Creative Commons « Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION

*Présentée et soutenue publiquement
par*

Cédric AUBIN

le jeudi 19 septembre 2013 à 10 heures
à l'Université Jean Moulin Lyon 3

DÉCIDER À L'HÔPITAL **Du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque**

JURY

Directeur de Thèse	M. Jean-Pierre CLAVERANNE	Professeur des Universités, <i>Université Jean Moulin Lyon 3</i>
Rapporteurs	M. Gérard NARO	Professeur des Universités, <i>Université Montpellier I</i>
	M. Cyrille COLIN	Professeur des Universités, <i>Université Claude Bernard Lyon 1</i>
Suffragants	M. Stephen S. MICK	Professeur, <i>Virginia Commonwealth University (Richmond, États-Unis)</i>
	M. Michel LAMURE	Professeur des Universités, <i>Université Claude Bernard Lyon 1</i>
	M. Christophe PASCAL	Maître de Conférences HDR, <i>Université Jean Moulin Lyon 3</i>

L'Université Jean Moulin Lyon 3 n'entend accorder aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier :

- le Professeur Jean-Pierre Claveranne, directeur de cette recherche, pour m’avoir accueilli au sein du GRAPHOS, pour son écoute attentive et son soutien, et pour m’avoir apporté sa confiance et sa capacité à stimuler la réflexion ;
- Messieurs Gérald Naro, Cyrille Colin, Michel Lamure, Stephen S. Mick et Christophe Pascal dont la présence à ce jury m’honore.

Cette recherche doit beaucoup à l’expérience terrain issue de mon activité professionnelle, mais aussi au savoir-faire accumulé par le laboratoire GRAPHOS depuis plus de vingt ans sur le secteur de la santé.

Je souhaite donc remercier en premier lieu l’ensemble des membres du laboratoire et plus particulièrement Christophe Pascal, Maître de Conférences HDR en sciences de gestion et responsable du département santé, pour son accompagnement tout au long de ces travaux, pour ses lectures attentives et ses critiques et pour la confiance qu’il m’a accordée depuis mon arrivée à l’Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS).

Je souhaite remercier particulièrement Monsieur Éric Garcia, Professeur associé à l’IFROSS qui m’a fait connaître cet institut et son laboratoire de recherche, pendant mes premières années de formation supérieure. Il est sans doute le premier qui m’a fait germer l’idée qu’un travail de recherche pouvait être envisagé, même pour un professionnel comme moi, déjà engagé depuis longtemps dans la vie active. Une pensée va aussi à tous ceux qui ont su à travers leurs échanges, enrichir et stimuler mes réflexions, notamment Didier Vinot, Guillaume Rousset, Jean-Baptiste Capgras, Nicolas Guilhot, Lucille Vérant, Guillaume Jaubert, sans oublier Antony Staines, Marc Brémond, Alice Teil, David Piovesan, Valérie Buthion et Magali Robelet. Je souhaite également adresser ma reconnaissance à l’équipe administrative de l’IFROSS pour son soutien logistique et moral.

Depuis plusieurs années, mes activités d’enseignement à IFROSS m’ont confronté à des échanges enrichissants avec les étudiants. Qu’ils trouvent ici leur part de remerciement.

Je souhaite en deuxième lieu remercier des acteurs de terrain.

Je commence par exprimer toute ma gratitude à Madame Éliane Vermeulen, Docteur en Pharmacie, pour m’avoir accueilli il y a un peu plus de dix ans dans son équipe de conseil santé, et de m’avoir remis en course dans ce secteur passionnant. J’ai particulièrement apprécié nos discussions enrichissantes et son *coaching* qui m’a permis de rencontrer très vite des acteurs du secteur hospitalier en situation de décision.

Je tiens ensuite à remercier Monsieur Éric Cohen, PDG de la société Keyrus, Société de conseil de d’intégration de solution décisionnelle, qui m’a confié depuis dix ans la direction du développement des activités dans le secteur de la Santé. Je remercie particulièrement Messieurs Didier Taupin, directeur général délégué du groupe et Monsieur Norbert Faure, directeur général France, de m’avoir permis exercer ainsi mes responsabilités dans un contexte professionnel national et international, m’offrant un terrain véritable dans mes recherches. J’adresse également mes remerciements à Philippe Huguet et Clémentine Huet, codirecteurs de l’agence de Lyon, qui m’offrent leur totale confiance chaque jour ainsi qu’à Lionel Grivel, ancien dirigeant de Keyrus pour ses contributions. Je remercie également tous

mes collègues de missions qui ont partagé leurs expériences avec moi sur un grand nombre de projets effectués dans des organisations de santé, notamment Delphine Charbonnel, Clément Carlin, Gérald Périnet, François Dilly, Jean-Baptiste Béraud, Julien Frechet, Régis Ogier, Romain Charbonnier, Charles Clément, Bertrand Hérard, Bruno Dehouck, Cyrille Bonte, Xavier Laval, Romain Lebas, Romain Winkelmuller, Gabriel Julien, Céline Studer, Marion Fontaine, David Gallien, Guillaume Mulleman, Édouard Cante, Guillaume Laurent, Laurent Neveux, et tous ceux que j'aurais pu oublier, mais qui ont fait que les projets se sont bien déroulés.

Je tiens particulièrement à remercier Monsieur Jean-Louis Delebecq, qui est directement intervenu à mes côtés dans l'établissement choisi pour notre cas d'étude. Par sa structuration, ses apports, et le matériau qu'il a accumulé, il a bien évidemment contribué à nos recherches.

Je tiens également à remercier l'ensemble des acteurs du système de santé qui m'a permis de m'immerger depuis plusieurs années maintenant dans la complexité des institutions, et de m'interroger sur les pratiques du pilotage et de la décision dans cette complexité. Parmi eux, certains ont compté particulièrement dans mes réflexions, notamment : Monsieur Philippe Castets, Directeur du Système d'information et de l'organisation des Hospices Civils de Lyon, Monsieur Jean-Philippe Descombes, Directeur du Système d'information et de l'organisation du CHU de Grenoble, Madame Audrey Duburcq, adjointe au Directeur des Affaires Financières du CHU de Saint-Etienne, Monsieur Thierry Durand, Directeur du système d'information du Centre Régional de Lutte contre le Cancer Léon Bérard de Lyon, Madame Brigitte Rorive-Feytmans, Directrice de l'analyse médico-économique des Hôpitaux Universitaire de Genève, Madame Dominique Manach, Directrice du centre de compétence Pilotage, rattachée au directeur de cabinet de la Direction Générale de l'AP-HP, Monsieur Antonio Séqueira, Responsable du pôle Infoservice de l'Agence de la biomédecine, Monsieur Jérôme Dupont, Chef de Bureau USID à la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la Santé (DGOS), Hervé Chiaradia, Chargé de mission des Systèmes d'Information au Secrétaire Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS), Monsieur Christophe Lapierre, Directeur du département Systèmes de Santé de la Mutualité Française (FNMF), Monsieur Dr Laurent Tréluyer, Directeur du Pôle Systèmes d'Information à l'Agence Régionale de Santé Île de France (ARSIF), Monsieur Marc Hallak, Chef de Projet à l'ARSIF, Madame Ivanka Victoire, adjointe au responsable du département Appui à la Performance de la Direction de l'offre de soins de l'ARS Bourgogne, Mademoiselle Sandrine Chipot, Directrice de projet du SI CERVEAU au GCS D-SISIF, Monsieur Bertrand Messenger, Chargé de mission en Système d'information à l'Agence Nationale d'appui à la Performance (ANAP).

Sans oublier les acteurs du projet de l'hôpital Parténia...

Enfin, je pense à mes proches, famille et amis, pour leurs encouragements, et en particulier ma compagne Corine pour son soutien indéfectible et sa patience dans mes moments d'excès ou de doute. Merci d'avoir pris soin de moi et de m'avoir donné la force de me dépasser... Je pense bien sûr à mes fils, Thomas et Paul, pour leur donner le courage d'aller toujours au bout de leurs projets.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
1. Objet de la recherche et problématique	4
2. Méthodologie	16
3. Plan de thèse	36
 PARTIE 1. LES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION : DU CONTEXTE A LEURS MISES EN ŒUVRE.	 39
Chapitre 1. Le contexte de la décision à l'hôpital.	41
1. L'hôpital mis sous pression par un Nouveau Management Public.....	41
2. La question de la performance, ses enjeux, ses implications.....	47
3. Les quatre piliers réglementaires du pilotage à l'hôpital	55
Conclusion du chapitre 1 : Des signes tangibles de la transformation de l'hôpital	61
Chapitre 2. Une nécessaire évolution du pilotage de la performance.	63
1. Les enseignements en faveur d'un nouveau système de pilotage pour l'hôpital	63
2. Du dialogue de gestion vers le dialogue de pilotage.....	66
3. La mesure de la performance nécessite un Système d'Information Décisionnel.....	74
Conclusion du chapitre 2 : Faire émerger une culture de la performance et du résultat.....	88
Chapitre 3. Les spécificités de la prise de la décision à l'hôpital.	90
1. Les décisions et le processus de décision : principes généraux	90
2. La complexité des organisations de santé	98
3. La décision dans les organisations de santé	100
Conclusion du chapitre 3 : Un langage commun et une démarche de co-construction	109
Chapitre 4. Le système d'information coopératif d'aide à la décision.....	111
1. Évolution des technologies de l'information décisionnelle.....	112
2. L'anatomie du SID pour l'hôpital.....	117
3. Les méthodes opératoires de construction du SID.....	130
4. Les difficultés rencontrées dans les projets de SID	136
Conclusion du chapitre 4 : « Donner à voir » rapidement et durablement	139
 PARTIE 2. LES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION : DE L'USAGE A L'APPROPRIATION. ..	 141
Chapitre 5. L'appropriation d'un SID à travers ses usages.	143
1. L'analyse des usages grâce aux structurationnistes	144
2. La catégorisation des utilisateurs et de leurs usages	158
3. Les perspectives d'appropriation du SID par les acteurs.....	166
Conclusion du chapitre 5 : Vers une nouvelle valeur des outils de gestion et de pilotage ?.....	177
Chapitre 6. L'appropriation du SID : Entre usage et conception.	179
1. Le processus de conception : vers une conception collective.....	179
2. La participation des utilisateurs dans le processus de conception	186
3. Les particularités liées à la participation des utilisateurs au processus de conception.	194
Conclusion du chapitre 6 : La participation de l'utilisateur à la conception, quels avantages ?.....	198

Chapitre 7. L'appropriation du SID à l'hôpital à partir de sa conception, de ses usages, et du sens donné à la stratégie de l'établissement.	199
1. L'apport du concept de sens dans l'élaboration de la stratégie.....	200
2. La construction du sens comme élément d'articulation entre les différents niveaux de décision d'un projet de pilotage.....	212
3. L'élaboration de notre modèle d'analyse et de son instrumentation pour l'étude de l'appropriation du SID.....	219
Conclusion du chapitre 7 : Un cadre d'analyse de la dynamique d'appropriation du SID à partir de l'étude du triptyque <i>Conception, Usage et Sens</i>	224
PARTIE 3. L'INTEGRATION DES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION A L'HOPITAL : EXPERIMENTATIONS ET RESULTATS.	226
Chapitre 8. Le choix de l'hôpital pour notre étude empirique.	228
1. Le secteur hospitalier en France	228
2. Le choix singulier d'un établissement privé d'intérêt collectif.....	231
3. La présentation de l'hôpital Parténia	234
Conclusion du chapitre 8 : L'Hôpital Parténia, un terrain d'étude opportuniste mais justifié...	242
Chapitre 9. Étape 1 : La mise en place de la première version du système de pilotage.	243
1. La mise en usage de la solution	243
2. Les résultats de nos recherches menées en Étape 1	257
Conclusion du chapitre 9 : Une première étape dans l'appropriation des outils d'aide à la décision : entre conception et usage.	270
Chapitre 10. Étape 2 : La mise en place d'un Observatoire Médico-Économique (OME) et la structuration du dispositif global d'aide à la décision.	271
1. La conduite du changement indispensable au projet global	271
2. Résultats de nos recherches menées en Étape 2.....	277
Conclusion du chapitre 10 : Vers une construction du sens nécessaire au projet global.....	283
Chapitre 11. Étape 3 : La mise en œuvre du « Projet Parténia-2012 » et la conception du nouveau système de pilotage.	284
1. Le projet global Parténia-2012	284
2. La description de la mission d'accompagnement	305
3. Le bilan du nouveau système de pilotage de Parténia	310
4. Résultats de nos recherches menées en Étape 3.....	317
Conclusion du chapitre 11 : Pour décider à l'hôpital sur la base d'un véritable système de pilotage stratégique.	338
DISCUSSION CONCLUSIVE	340
1. Relecture de notre modèle d'analyse et pistes de discussion.....	342
2. Conclusion générale.....	352
BIBLIOGRAPHIE	360
TABLE DES ABREVIATIONS	374
TABLE DES ILLUSTRATIONS	380
Table des figures	380
Table des encadrés.....	382
Table des tableaux	382

TABLE DES MATIERES.....	384
ANNEXES.....	390
Annexe 1 : Questionnaire utilisateur utilisé en Étape 1	391
1. Vos responsabilités	391
2. Les problèmes	391
3. Les acteurs	391
4. Les flux d'information	392
5. Besoins en matière d'analyse	392
6. Conclusion	393
Annexe 2 : Dictionnaire métier établi en Étape 1	394
1. Périmètre PMSI.....	394
2. Périmètre hors PMSI.....	396
Annexe 3 : Exemples de rapports PMSI déployés pendant l'Étape 1	407
Annexe 4 : Plan d'action général sur le SIH pendant l'Étape 1	410
Annexe 5 : Exemple d'analyse médico-économique réalisée en Étape 2	415
Annexe 6 : Exemple de fiches thématiques utilisées en Étape 3	419
Annexe 7 : Exemple d'une fiche « Projet Médical » élaborée en Étape 3.....	421

INTRODUCTION GENERALE

*« Il y a des moments dans la vie, où la question
de savoir si on peut penser autrement qu'on ne pense,
et percevoir autrement qu'on ne voit,
est indispensable pour continuer à regarder ou à réfléchir. »*

Michel Foucault, Les Usages du plaisir.

Le système hospitalier français connaît depuis une vingtaine d'années un mouvement continu de réforme de ses modes de régulation, visant à accorder davantage d'autonomie aux acteurs en contrepartie d'une meilleure évaluation de la quantité et de la qualité de leur activité. L'ensemble de ces réformes consacre progressivement le passage d'une logique de l'administration hospitalière à une logique de pilotage, dans laquelle les équipes de direction se trouvent réellement investies des responsabilités et de l'autonomie nécessaires pour prendre les décisions stratégiques et opérationnelles.

Cette entrée en gestion des organisations de santé, suscite un besoin d'outils d'aide à la décision, et notamment de tableaux de bord, entendus comme un ensemble d'indicateurs peu nombreux conçus pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec la nature de leurs fonctions.

La prise de décision collaborative¹ à l'hôpital dans ce contexte de recherche de cohérence et d'amélioration de la performance devient donc un phénomène complexe en raison d'une part du nombre élevé d'acteurs qui y participent, d'autre part à cause du caractère très maillé des métiers par lesquels les informations gravitent et sont produites. Le phénomène le plus marquant est la congestion d'informations souvent contradictoires qui alimente de nombreuses discussions entre décideurs, dues au manque de référentiel commun entraînant des divergences de lecture des tableaux de bord de pilotage, quand ils existent.

Cette question nécessite d'élargir le champ de l'analyse à un cadre plus large renvoyant au système global mis en place pour recueillir, traiter et diffuser l'information : le système d'information décisionnel (SID). Face au volume significatif de données complexes produit par le système d'information de l'hôpital, le SID propose d'intégrer des outils efficaces pour accéder aux informations appropriées plus rapidement et formuler les tendances devenues indispensables au gestionnaire dans cette « quête à la performance ».

C'est donc tout naturellement que la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation (DSIO) s'intéresse à ces technologies de l'information et de la communication (TIC) pour fournir aux directions métiers et à la direction générale, les moyens d'une meilleure prise de décision collaborative. Depuis plus d'une dizaine d'années, ces technologies pénètrent ainsi le monde de l'hôpital permettant d'accroître les capacités de stockage et de traitement ou encore de mieux partager l'information.

Dans le contexte actuel de diffusion rapide des technologies de l'information décisionnelle, les outils d'aide à la décision ne sont plus réservés à quelques directions administratives (classiquement, le Contrôle de Gestion ou le DIM, en support de la Direction Générale) mais touchent désormais l'ensemble des pôles cliniques et médico-techniques (responsable de pôle, cadre de santé de pôle, cadre administratif de pôle). Face à cette multiplication des besoins en informations décisionnelles et devant les nécessités croissantes de visions partagées de la performance, de nombreuses initiatives de mise en œuvre de telles solutions voient le jour. Leurs finalités tendent à évoluer progressivement : de la diffusion de rapports ou de requêtes sur les données à la mise en ligne de tableaux de bord, l'échange voire l'harmonisation et la coproduction de données décisionnelles. On observe, ainsi, un

¹ Nous employons à ce stade le terme de *décision collaborative* sans précision, mais nous définirons plus en détail les termes *collaboration*, *coopération* et *coordination*, dans la première partie de la thèse.

basculement progressif des logiques de porter à connaissance vers des objectifs plus ambitieux de partage de connaissances.

Si les offres de produits et de solutions en la matière se sont multipliées ces dernières années, la question de leur appropriation par l'individu comme par l'organisation, supposée être une source indéniable de performance, reste néanmoins insuffisamment explorée dans le contexte français de la santé. Depuis une dizaine d'années environ, des théoriciens et chercheurs en sciences de gestion commencent à comprendre et caractériser les mécanismes de mise en œuvre de tels systèmes de pilotage. Mais peu cependant se sont intéressés spécifiquement aux usages de ces technologies d'aide à la prise de décisions collaborative dans une organisation hospitalière en mutation.

1. Objet de la recherche et problématique

À travers un questionnement centré sur l'usage de ces technologies - qui, souvent, semble être considéré comme allant de soi – nous allons étudier la question de l'appropriation de celles-ci par le décideur hospitalier et interroger le rapport des individus aux objets décisionnels mobilisés - ainsi qu'à leur contenu - à la lumière de différentes approches théoriques et méthodologiques.

Précisons dès à présent, quelques définitions autour de la notion d'usage car une lecture rapide de la littérature suffit pour se rendre compte de la confusion entre les termes ; le terme usage est utilisé pour celui d'emploi, d'utilisation, de pratique, ou encore d'appropriation. Et c'est bien, sur la démarche d'appropriation que nous allons nous concentrer. Cette dernière semble être en effet la moins bien documentée bien qu'elle regroupe une grande quantité d'études et de travaux de recherche.

En première définition, selon le portail lexical géré par le CNRTL² l'appropriation signifie « *l'action de se donner la propriété* ». L'idée dominante de propriété traduit ici le fait qu'une chose devient ou est devenue propriété de quelqu'un.

Pour autant, une seconde idée est avancée, celle de l'adaptation qui définit l'appropriation comme « *Action d'adapter quelque chose à un usage déterminé, à une destination précise* ». Cette seconde notion rejoint la définition de l'appropriation proposée par De Vaujany³ dans une perspective plus gestionnaire, considérant l'appropriation comme le processus par lequel un individu acte jour après jour pour rendre une technologie propre à son usage.

Cette interprétation renferme pourtant quelques questions que nous explicitons ci-après.

² Créé en 2005 par le CNRS, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) fédère au sein d'un portail unique, un ensemble de ressources linguistiques informatisées et d'outils de traitement de la langue. Le CNRTL intègre le recensement, la documentation (métadonnées), la normalisation, l'archivage, l'enrichissement et la diffusion des ressources. La pérennité du service et des données est garantie par l'adossment à l'unité mixte de recherche ATILF (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française) du CNRS – Nancy Université, le soutien du CNRS ainsi que l'intégration dans le projet d'infrastructure européenne CLARIN.

³ DE VAUJANY F. X., (2005), De la pertinence d'une réflexion sur le management de l'appropriation des objets et outils de gestion, Chapitre 1 dans De la conception à l'usage. Vers un management de l'appropriation des outils de gestion, coordonné par DE VAUJANY F. X., éditions EMS, Paris.

1.1. Des objectifs aux hypothèses de la recherche

Notre objet de recherche porte sur **l'appropriation des tableaux de bord à l'hôpital, mais aussi du système d'information plus large dans lequel ils s'insèrent : le système d'information décisionnel (SID). Plus précisément, notre question de recherche s'attache à cerner les mécanismes qui expliqueraient l'appropriation de ce type de TIC par le gestionnaire hospitalier.**

L'informatique décisionnelle (*en anglais : BI pour Business Intelligence*) désigne les moyens, les outils et les méthodes qui permettent de collecter, consolider, modéliser et restituer les données, matérielles ou immatérielles, d'une entreprise en vue d'offrir une aide à la décision et de permettre à un décideur d'avoir une vue d'ensemble de l'activité traitée.

Dans ce contexte, la thèse vise à comprendre et analyser les enjeux de cette informatique décisionnelle, comme **dispositif de gestion** où la construction d'une réalité terrain reflète l'expérience et les attentes des acteurs-décideurs. Par conséquent, les enjeux de la coproduction de l'information décisionnelle et de son partage sont multiples. En effet, comment l'information décisionnelle peut-elle être à la fois un objet de négociation collective (par exemple, les indicateurs de contractualisation des pôles se créent avant tout pour être échangés, catalogués, et coproduits) tout en étant objet de représentation individuelle (i. e. traduction des modèles cognitifs de leur producteur) ? Aussi, l'objectif de la recherche est de comprendre le rôle joué véritablement par l'information décisionnelle dans la coopération entre les décideurs hospitaliers.

En se focalisant sur le processus d'appropriation dans un milieu organisé, finalisé et hiérarchisé comme l'hôpital, certaines questions demeurent encore non résolues :

- Comment expliquer qu'un hôpital à l'autre, parmi une même population de gestionnaire (par exemple le gestionnaire de pôle), que des individus s'approprient des tableaux de bord, alors que d'autres non ?
- Et, pourquoi dans ce même hôpital, ces mêmes individus qui ne s'étaient pas vraiment approprié l'outil dans un premier temps, ont su faire évoluer finalement leur forme d'usage, alors que d'autres n'ont pas réellement fait évoluer leurs modes d'appropriation malgré leur niveau d'appropriation d'origine ?
- Y a-t-il des dynamiques spécifiques d'interaction en œuvre quand on étudie le résultat d'un processus d'appropriation d'un SID dans un milieu hiérarchisé comme l'hôpital au-delà de la traditionnelle contrainte d'usage ?

La question de l'appropriation des TIC en général a fait l'objet de nombreuses recherches tant en sociologie qu'en sciences de gestion. Trois courants théoriques sont traditionnellement mobilisés : l'approche défendue par la sociologie des usages⁴, la perspective de l'assimilation et enfin la perspective interactionniste basée sur une approche structurationniste.

Nous expliquons dans les lignes ci-dessous pourquoi nous nous inscrivons plutôt dans la perspective interactionniste et avec quels autres prismes théoriques nous viendrons l'articuler.

⁴ Ce qui est désigné par « la sociologie des usages » n'est ni une sous-discipline ni un courant de recherche en tant que tel. Elle représente surtout un ensemble de recherches aux préoccupations communes, qui s'inscrivent dans le champ des usages sociaux des médias et des technologies.

- **La sociologie des usages**

Prenant genèse dans le développement des sciences de l'Information et de la Communication⁵, la sociologie des usages regroupe trois courants de recherche que nous rappelons ci-dessous à partir de la synthèse proposée par Millerand⁶, à savoir *les approches de la diffusion, de l'innovation et de l'appropriation*.

L'approche de la diffusion née de la théorie de la diffusion des innovations de Everett M. Rogers (dont la première publication remonte à 1962)⁷, analyse l'adoption d'une innovation technologique au moment de sa diffusion, c'est-à-dire sans prêter attention à l'étape de la conception du produit qu'elle étudie. La technologie apparaît comme une boîte noire, un objet immuable, dont les propriétés sont intrinsèques. L'adoption est alors perçue comme un processus caractérisé par plusieurs phases, depuis la première exposition de l'utilisateur à l'innovation, jusqu'à la confirmation ou le rejet de l'adoption⁸.

Sur le plan de la démarche méthodologique, ces travaux cherchent à savoir comment se diffusent les innovations et qui en sont les adoptants, en élaborant des modèles comportementaux, et, d'autre part, à mesurer l'impact de leur adoption à travers les changements opérés dans les pratiques. Des techniques statistiques sophistiquées (essentiellement quantitatives sous forme d'enquêtes avec utilisation de questionnaires) sont mobilisées pour permettre de cerner la ou les variables explicatives des disparités constatées en termes de taux d'équipement selon les groupes sociaux (qui possède quoi) puis en termes d'utilisation (qui fait quoi, avec quelle fréquence, sous quelles conditions).

Selon Rogers, les usagers sont classés selon une typologie à cinq profils : les innovateurs, les premiers utilisateurs, la première majorité, la seconde majorité et les retardataires. Ainsi, ce classement des adoptants permet de suivre l'évolution du taux d'adoption sur une échelle de temps (qui décrit alors une courbe en S), considéré comme la variable descriptive essentielle de la diffusion.

Bien qu'ayant contribué de façon considérable à alimenter les connaissances sur la façon dont une innovation circule à travers les réseaux sociaux, les recherches de Rogers ont fait l'objet de nombreuses critiques et de quelques aménagements. Parmi les plus courantes, on peut citer le caractère pro innovateur de cette théorie, en particulier en ce qui concerne la typologie des adoptants en « types idéaux »⁹. La présence de ce biais empêche de tenir compte des phénomènes d'abandon après l'adoption, pourtant très importants dans l'analyse ; l'utilisateur peut décider en effet de rejeter l'innovation à n'importe quel moment. La critique majeure concerne le statut de la technique. Selon Boullier¹⁰, Rogers a contribué à propager une conception fautive de la notion de diffusion, à savoir celle selon laquelle la diffusion d'une innovation interviendrait seulement lorsque l'innovation est achevée et prête à être adoptée. Cette « vision positiviste de la technologie » révèle une passivité chez les usagers, qui acceptent ou non l'innovation. Ce n'est qu'à la troisième édition de sa théorie que Rogers

⁵ JOUËT J. (2000), "Retour critique sur la sociologie des usages", *Réseaux*, n°100, p. 487-521.

⁶ MILLERAND, F. (1998). *La dimension cognitive de l'appropriation des technologies interactives*, Communication au 66e congrès de l'ACFAS, Université Laval, Québec, Canada, 12 mai.

⁷ ROGERS Everett M. (1983), *Diffusion of innovations*, New York, Free Press.

⁸ Les cinq phases du modèle de l'adoption défini par Rogers sont : 1. La connaissance (l'individu est exposé à l'innovation et acquiert quelques notions sur son fonctionnement); 2. La persuasion (l'individu amorce une prise de position au sujet de l'innovation); 3. La décision (l'individu s'engage dans des activités lui permettant d'adopter ou de rejeter l'innovation); 4. L'implantation (l'individu utilise l'innovation au quotidien et l'évalue); 5. La confirmation (l'individu tente d'obtenir des informations venant renforcer son choix).

⁹ BARDINI T. (1996), "Changement et réseaux socio- techniques : De l'inscription à l'affordance", *Réseaux*, 76, 126-155, p.130.

¹⁰ BOULLIER D. (1989), "Du bon usage d'une critique du modèle diffusionniste : discussion-prétexte des concepts de Everett M. Rogers", *Réseaux*, 36 : 31-51.

a intégré la notion de « réinvention » pour rendre compte de la façon dont les usagers modifient le dispositif qu'ils adoptent. Sur le plan méthodologique, il faut signaler que les données récoltées restent des déclarations de pratiques, et non des pratiques effectives constatées. D'autre part, la taille des échantillons ne permet pas toujours de repérer les tendances émergentes.

L'approche de l'innovation étudie les processus d'innovation technique, au moment particulier de la conception, ce qui implique des prises de décision et des choix d'ordre technique, social, économique, et politique. La profusion des innovations des nouveaux outils de communication et leur intégration croissante dans les foyers ont très fortement contribué depuis les années quatre-vingt à développer des programmes de recherches dans le but de mieux saisir et comprendre ces phénomènes.

Le courant dominant est actuellement représenté par les sociologues Akrich, Callon, et Latour (pour les plus connus) du Centre de sociologie de l'innovation (CSI) de l'École des Mines de Paris, dont les recherches s'inscrivent dans *l'école de la traduction*.

L'élaboration des techniques est vue comme « l'élaboration d'un scénario constitué d'un programme d'action, de la répartition de ce programme d'action à des entités diverses (les dispositifs techniques qui font l'objet de l'innovation, mais aussi d'autres dispositifs auxquels l'innovation va être associée, les utilisateurs bien sûr, mais encore les techniques, installateurs, distributeurs, etc.) et enfin d'une représentation de l'environnement dans lequel le programme d'action peut ou doit se réaliser »¹¹. En résumé, le processus d'innovation est défini comme une succession d'épreuves et de transformations où une série d'acteurs (humains et non-humains) se trouvent en relation.

Les principales questions de recherche auxquelles ils se proposent de répondre consistent d'une part à démontrer la dimension sociale de l'innovation technique, et, d'autre part, à identifier le jeu d'interactions des divers acteurs qui participent à l'élaboration de l'innovation. Même si ceux-ci reconnaissent l'antériorité de l'offre sur la demande et une certaine autonomie de la technique dans les pratiques, les dispositifs techniques sont perçus comme étant des construits sociaux. Une des principales limites de l'approche de l'innovation - d'ailleurs reconnue par les tenants eux-mêmes¹² - tient à son absence de considération du rôle des pratiques, c'est-à-dire de l'action de l'utilisateur sur le façonnage de l'objet technique. Comme le souligne Akrich : « [...] dès que l'objet technique devient objet de consommation ou d'utilisation, il cesse d'intéresser l'analyste qui ne voit dans l'utilisateur que le prolongement non problématique du réseau constitué par l'innovateur. Autrement dit, la sociologie des techniques a certes redonné de l'épaisseur aux objets, mais cela, au détriment des acteurs qui s'en saisissent. ». Akrich s'est penchée sur ce problème de l'absence de la prise en compte du rôle des pratiques des usagers. Elle a montré notamment que la relation de l'utilisateur avec le dispositif est perçue comme une coopération : « il y a une inscription de l'utilisateur dans le dispositif, ainsi qu'une inscription – par la pratique – du dispositif dans le corps de l'utilisateur par le recours à des intermédiaires : modes d'emploi, instruments annexes, formes socialisées d'apprentissage. »¹³. Cependant, même si cette approche réussit à démontrer comment le dispositif prend en charge les actions futures de l'utilisateur, elle ne permet pas d'en restituer les pratiques effectives.

L'approche de l'appropriation situe cette fois l'analyse sur le plan de la mise en œuvre ou de la "mise en usage" dans la vie sociale. En réaction et face aux limites des approches

¹¹ AKRICH, M. (1993), "Les formes de la médiation technique", *Réseaux*, 60, 87-98, p91.

¹² Ibid., p.36-37.

¹³ Ibid., p.56.

quantitatives de la sociologie de la diffusion, cette approche de l'appropriation sociale des technologies renvoie en effet à l'analyse de leur formation du "point de vue" des usagers. La question du statut de l'objet y est abordée et revient à saisir ce qu'il représente pour son ou ses usagers, comment il vient s'inscrire dans un environnement spécifique et parmi des pratiques préexistantes, et cela, dans le contexte de la vie quotidienne. Sur le plan méthodologique, ces recherches privilégient les méthodes qualitatives - qu'elles empruntent notamment aux approches ethnographiques (observation participante, entrevues en profondeur, etc.). Toutefois, compte tenu de la très grande diversité des questions de recherche et des problématiques, il serait faux de prétendre à une unité dans les méthodologies mobilisées ; les méthodes sociologiques quantitatives ainsi que l'analyse des discours sont également utilisées. Certains travaux montrent comment se constituent les usages différenciés selon les groupes sociaux, notamment à travers l'examen des « significations d'usages ». Une des principales questions de recherche soulevées consiste à analyser le rôle des pratiques antérieures (filières d'usage et phénomènes générationnels), les phénomènes de construction identitaire ainsi que la socialisation de la technique.

Cependant, deux raisons nous conduisent à mettre de côté le courant de la sociologie des usages : la première est la définition du concept d'appropriation ; la seconde réside dans la finalité même de ces recherches.

– Le concept d'appropriation des techniques (ou technologies) se définit dans la sociologie des usages à travers la compréhension des mécanismes qui expliquent le glissement de « *l'usage prescrit* » vers « *l'usage réel* » d'une technologie¹⁴. En effet, l'usager, placé au centre des préoccupations, attribue à la technologie des significations d'usage souvent bien différentes de celles attendues par les concepteurs¹⁵. Selon nous, cette opposition implicite entre concepteur et utilisateur, disparaît dans le cas de la réalisation de tableaux de bord branchés sur un système d'information décisionnel, car de nombreux échanges ont été constatés entre ces deux catégories d'acteurs. Nous considérons cette définition comme insuffisante.

– De plus, la sociologie des usages privilégie les usages « grand public » ou résidentiels par rapport aux usages dits professionnels, qui soulèvent des questions spécifiques liées à l'insertion des usagers dans les organisations¹⁶. En se plaçant du côté de l'usage social, la finalité de ce courant porte surtout sur l'étude des usages des technologies dans la vie quotidienne alors que celle en milieu organisationnel reste trop marginale¹⁷. Il nous paraît donc difficile de ce fait, d'utiliser cette même grille d'analyse pour notre objet de recherche situé dans le milieu organisé et complexe de l'hôpital avec ses spécificités propres.

• La perspective de l'assimilation

Ce courant regroupe le modèle de l'acceptation de la technologie (TAM¹⁸) initié par Davis *et al.*¹⁹, prolongé par les modèles basés sur la satisfaction de l'utilisateur de Delone et

¹⁴ DE SAINT LAURENT A.F. (1998), "Reconfiguration des collectifs de travail autour de l'usage des TIC", *Colloque Changement institutionnel et dynamique de l'innovation*, 2-3-4 décembre, Université Paris – Dauphine.

¹⁵ MALLEIN P., TOUSSAINT Y. (1994), "L'intégration sociale des TIC : une sociologie des usages", *Technologie de l'information et société*, Vol. 6, N°4, pp. 315-335.

¹⁶ CHAMBAT P. (1994), "Usages des technologies de l'information et de la communication : évolutions des problématiques", *Technologies de l'information et système*, Vol. 6, N°3, pp. 249-270.

¹⁷ FLICHY P. (2001), "La place de l'imaginaire dans l'action technique. Le cas d'Internet", *Réseaux* n°109.

¹⁸ Technology Acceptance Model.

¹⁹ DAVIS F. D.; BAGOZZI R. P.; WARSHAW P. R. (1989), "User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models", *Management Science*, 35; 982–1003.

McLean²⁰, et le modèle de l'alignement stratégique (SAM²¹), développé par Henderson et Venkatraman²² puis par Venkatraman²³.

Le modèle TAM projette l'analyse de l'acceptation de l'usage des nouvelles technologies de l'information par la recherche de propriétés intrinsèques, supposées stables dans le temps et indépendantes de l'utilisateur. Il postule que l'utilisation d'un système d'information est fonction de l'intention des acteurs à en faire l'usage et par conséquent la perception de l'utilité et la facilité d'utilisation du système par les individus. Ces derniers sont également influencés par des variables externes tels que les caractéristiques du produit ou encore le programme de formation fourni. Pour Davis et al.¹⁹, le TAM est un modèle général d'acceptation d'utilisation qui n'est pas limité à un système spécifique de technologie. De plus, diverses études ont testé sa validité²⁴ et sa pertinence²⁵ sur des variables comme les caractéristiques personnelles de l'utilisateur (expérience), les caractéristiques du système (qualité) et le support organisationnel (support social)²⁶.

Les modèles de Delone & McLean prolongent ces travaux par une approche davantage « managériale » car davantage centrée cette fois sur la satisfaction de l'utilisateur. Le succès (qualitatif et quantitatif) d'une technologie se mesure alors à son intensité d'utilisation et grâce à des *variables indépendantes* pouvant favoriser sa pénétration au sein de l'organisation, à savoir la qualité de l'information, la qualité du système et le niveau d'adoption de la technologie. Mais les éléments d'analyse liés au contexte ne figurent que très peu dans l'analyse. À partir de deux études de cas portant sur le déploiement d'un système d'information décisionnel dans des organisations de santé, nous avons par ailleurs montré²⁷ que ce cadre théorique pouvait être étendu à la mesure du succès de la gestion du projet et mobiliser des facteurs complémentaires pour l'évaluation du succès. Ce qui laisse désormais place à des cadres théoriques proposant plutôt un maillage de *variables dépendantes* du contexte organisationnel et des modes de pilotage²⁸.

Quant au modèle SAM, il propose une grille d'analyse pouvant faire converger la stratégie avec le système d'information. Il place ainsi le *fait technologique* dans le champ managérial. Pour autant, on peut légitimement s'interroger sur la logique qui est présupposée guider le management des TIC. En tant qu'innovations, celles-ci reposent en effet sur un socle de croyances, et un postulat de remise en question de l'ordre établi²⁹. Mais la réalisation de ce postulat se heurte souvent (en pratique) à la réactivité des collectifs organisés, car il dépend

²⁰ DELONE W. H., MCLEAN E. R. (1992), "Information System Success: The quest for the Dependant Variable", *International Systems Research*, Vol. n°3, N°1, pp.60-95.

²¹ Strategic Alignment Model.

²² HENDERSON J.C., VENKATRAMAN N. (1993), "Strategic Alignment: Leveraging Information Technology for Transforming Organizations", *IBM Systems Journal*, 32, 1, 4-16.

²³ VENKATRAMAN N. (1995), Reconfigurations d'entreprises provoquées par les technologies de l'information, dans *L'entreprise compétitive au futur*, Scott Morton, M.S., Les éditions d'Organisation.

²⁴ MATHIESON K. (1991), "Predicting user intentions : comparing the technology acceptance model with the theory of planned behavior", *Information Systems Research*, vol. 2, n° 3, pp.173-191.

²⁵ ADAMS D.A., NELSON R.R., TODD P.A. (1992), "Perceived usefulness, ease of use and usage of information technology: a replication", *MIS Quarterly*, vol. 16, n°2, pp. 227-247.

²⁶ IGBARIA M., GUIMARES T., DAVIS G.B. (1995), "Testing the determinants of microcomputer usage via a structural equation model", *Journal of Management Information Systems*, vol. 11, n° 4, pp. 822-841.

²⁷ AUBIN C., PASCAL C. (2010), Évaluer le succès du système d'information décisionnel dans les organisations de santé : proposition d'un modèle à partir de deux études de cas, 2ème Journée de Recherche transdisciplinaire en Management Hospitalier, EM Strasbourg, 26 novembre 2010.

²⁸ DE VAUJANY F.X. (2009), *Les grandes approches théoriques du système d'information*, Paris, Hermès Science, Lavoisier.

²⁹ ALTER N. (2000), *L'innovation ordinaire*, PUF, sociologie.

du mode d'appropriation de l'innovation que ceux-ci vont développer. De ce fait, le modèle SAM fait l'objet de critiques. On lui reproche son aspect mécaniste et idéaliste, et son incapacité à donner des pistes véritables sur les moyens de la mise en œuvre de l'optimisation proposée³⁰. D'une façon générale, ce courant de recherche laisse supposer un déterminisme technologique, que nous écartons.

Pour conclure, ces prismes théoriques reposent pour ainsi dire sur la manipulation de facteurs clefs et affichent une finalité plus prescriptive qu'explicative, ce qui ne permet pas d'appréhender l'appropriation d'une TIC (ici le SID de l'hôpital) comme un processus organisationnel à la fois dynamique et complexe. Tout comme la sociologie des usages, nous laisserons donc de côté ces courants de recherche basés sur la perspective d'assimilation.

• La perspective interactionniste

Ce courant de recherche aborde l'étude de l'informatisation dans les organisations à partir de l'idée selon laquelle l'interaction réciproque entre les technologies et les acteurs, entraîne un processus de changement dans l'organisation. Dans cette perspective, plusieurs approches dites structurationnistes (Barley³¹, De Sanctis et Poole³², Orlikowski³³) s'accordent pour expliquer les usages selon deux niveaux : le premier considère le sens individuel qu'attribue un acteur à une technologie lorsqu'il l'utilise. Le second concerne l'évolution ou le renforcement des structures de l'organisation à travers les usages de l'outil. L'appropriation considère alors la question des usages pris dans leur contexte à partir des itérations entre usage et conception.

Plus précisément, certains chercheurs proposent des approches intégrant les relations entre concepteur-utilisateur pour dépasser les clivages passés (Walsham³⁴, Munir et Jones³⁵, Pascal³⁶, Pascal et Thomas³⁷, Hussenot³⁸). Pour cela, certains articulent la perspective structurationniste d'Orlikowski et la théorie de l'acteur-réseau (Pascal³⁶, Pascal et Thomas³⁷, Hussenot³⁸). D'autres préfèrent associer l'approche structurationniste aux théories dites de la « mise en acte » de la conception (De Vaujany³⁹, Grimand³⁹), qui renvoient en partie aux

³⁰ CIBORRA C.U. (1997), "De profundis ? Deconstructing the concept of strategic alignment", *Scandinavian journal of information systems*, 9(1), 67-82.

³¹ BARLEY SR. (1986), "Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments", *Administrative science quarterly*, 31(1), pp. 78-108.

³² DESANCTIS G., POOLE S. (1994), "Capturing the complexity in advanced technology use: Adaptive structuration theory", *Organization Science*, 5(2), pp. 121-147.

³³ ORLIKOWSKI W. (2000), "Using technology and constituting structures: a practice lens for studying technology in organizations", *Organization Science*, 11(4), pp. 404-428.

³⁴ WALSHAM G. (1997), Actor-Network Theory and IS research: Current status and future prospects, dans LEE A. S., LIEBENAU J., DEGROSS J. I. (Eds.), *Information systems and qualitative research*, London, Chapman and Hall, pp. 466-480.

³⁵ MUNIR K.A., JONES M. (2004), "Discontinuity and after: the social dynamics of technology evolution and dominance", *Organization Studies*, 25(4), pp. 561-581.

³⁶ PASCAL A. (2006), Conception d'une solution TIC pour favoriser l'émergence de projets innovants : une approche usage. L'expérience KMP, Thèse de doctorat en science de gestion. Nice – Sophia Antipolis, Décembre, 480 p.

³⁷ PASCAL A., THOMAS C. (2006), Appropriation des TIC : vers une méthodologie de co-conception orientée usage : le cas KMP, dans GRIMAND A. (2006), *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives*. Presses de l'Université de Saint-Etienne, Saint-Etienne, pp. 105-122.

³⁸ HUSSENOT A. (2008), Appropriation des technologies de l'information et de la communication dans les organisations : le cas NotePlus. Thèse de doctorat en science de gestion. Nice – Sophia Antipolis, Juin, 428 p.

³⁹ GRIMAND A. (2006), *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives*. Presses de l'Université de Saint-Etienne, Saint-Etienne, pp. 105-122.

outils théoriques proposés par Hatchuel^{40,41}. Ce dernier développe en effet la perspective basée sur la notion de « prescriptions réciproques » qui s'attache à analyser le processus de conception collective. Elle a pour intérêt de mettre en évidence l'importance des dynamiques de coordination entre concepteurs autour du processus de conception.

Ces cadres théoriques s'orientent tous vers un prisme socio-cognitif permettant de comprendre le phénomène dans la globalité, voire de proposer les bases d'une théorie générale de l'appropriation. Au-delà de la conception, au-delà de l'usage, De Vaujany³ propose une axiomatique de référence qui nous amène à voir l'appropriation des objets, outils, dispositifs et règles de gestion comme un processus contingent, ouvert, complexe et continu. In fine, deux grandes théories permettent d'éclairer cette appropriation : la théorie de la conception à l'usage et la théorie de la mise en acte des outils de gestion.

1.2. Le choix de notre ancrage théorique : structurationniste et socio-cognitif

Tout en inscrivant pleinement notre travail dans le courant de recherche structurationniste, nous l'approfondissons davantage grâce au volet socio-cognitif qui nous permet d'appréhender l'importance du lien entre apprentissage individuel et collectif, et une question majeure qui en découle : comment s'effectue le passage de l'individuel au collectif ? L'outillage décisionnel qui s'offre aujourd'hui aux gestionnaires hospitaliers avec le SID constitue en effet une aide à la décision collaborative et un vecteur d'apprentissage dans la connaissance de la performance de l'hôpital.

Parce que l'apprentissage peut être perçu à la fois comme développement de l'individu, développement du collectif et interaction entre l'individuel et le collectif⁴², l'appropriation des outils décisionnels doit se comprendre comme une démarche complexe où de multiples processus interagissent entre eux. Notre ancrage socio-cognitif nous permet de mettre en évidence deux de ces processus : la recherche collective de sens et la projection cognitive individuelle. Face à une information décisionnelle nouvelle et/ou produite collectivement, l'individu va se projeter cognitivement c'est-à-dire va confronter l'information en tant qu'objet technique, à ses besoins (imaginés) et sa pratique (expérimentée). C'est dans cette confrontation entre l'attente et l'expérience que l'acteur va pouvoir construire son usage et donner du sens à l'action entreprise.

Pour ce faire, nous avons choisi d'étudier les démarches d'appropriation du système restituant l'information décisionnelle dans les tableaux de bord. Elles nous permettent d'analyser comment, dans un contexte multi-acteurs, une information éclairant la décision peut trouver une place et un usage au sein d'une organisation en transformation telle que l'hôpital.

La réflexion autour de l'information décisionnelle affichée dans un tableau de bord est effectivement en forte croissance depuis plusieurs années. Le déploiement d'outils collaboratifs d'aide à la décision s'appuyant sur un véritable système d'information décisionnel se révèle être un véritable catalyseur de mesure de la performance. À l'hôpital,

⁴⁰ HATCHUEL A. (1994), "Apprentissage collectifs et activités de conception", *Revue Française de Gestion*, Juin, Juillet, Août, pp. 109-120.

⁴¹ HATCHUEL A. (1996), *Coopération et conception collective. Variété et crises des rapports de prescription*, dans *Coopération et conception* sous la direction de TERSSAC G., FRIEDBERG E., éditions Octares, Paris, pp. 101-121.

⁴² HUTCHINS E. (1995), *Cognition in the Wild*. Cambridge, MA : MIT Press.

la demande semble se généraliser mais aussi dans les agences de tutelle, les Agences Régionales de Santé, ou encore dans les administrations du Ministère.

Initiées généralement dans un premier temps, pour les besoins propres du contrôle de gestion ou bien du département de l'information médicale, les dynamiques d'utilisation des outils d'aide à la décision tentent de diversifier leurs champs d'action : elles s'intéressent désormais à la mise en place de plate-forme décisionnelle collaborative permettant la centralisation puis l'échange, voire la coproduction d'informations décisionnelles thématiques (ou métier) entre tous les acteurs de l'hôpital.

Or, l'appropriation de ce système d'information décisionnel global est influencée par les modèles cognitifs des acteurs. Ainsi, face à la multiplication des dynamiques de partage de données métiers mais aussi, face à la multiplication des représentations hyperspécialisées des experts, plusieurs questions restent en suspens :

Le partage des données décisionnelles thématiques peut-il se transformer en partage de connaissances sur la performance de l'hôpital ?

Comment l'acquisition de nouvelles connaissances sur la performance de l'hôpital peut provenir de l'intelligence métier des informations partagées entre acteurs ?

Plus concrètement, comment un acteur peut s'approprier une information métier qu'il n'a pas produite ?

Répondre à ces interrogations nous permettra de tenter de répondre à la problématique plus générale du rôle de l'information décisionnelle et de son appropriation, dans la coopération entre les acteurs engagés dans la prise de décision à l'hôpital autour du sujet de la performance.

1.3. But de la thèse

D'une manière générale, notre thèse visera la construction d'outils théoriques et méthodologiques destinés à évaluer le changement social et cognitif associé à l'usage des systèmes d'information décisionnels à l'hôpital. En effet, la contractualisation et le développement croissant de ces dispositifs de gestion réunissant direction, professionnels de santé et administratifs au sein des pôles, témoignent d'une remise en cause des modes de pilotage appliqués dans les organisations traditionnelles au profit d'une nouvelle logique de « dialogue de pilotage » entre la direction et les pôles, pour prendre le contre-pied de l'expression « Dialogue de gestion » véhiculée par les institutionnels.

• Pourquoi Dialogue de pilotage plutôt que Dialogue de Gestion ?

Tout d'abord, lors de plusieurs conférences professionnelles, nous avons entendu des discours sur les pratiques liées au dialogue de gestion où à aucun moment, les conférenciers n'ont montré de manière explicite la relation entre la gestion au quotidien et le plan stratégique de l'établissement. Tant et si bien que le concept véhiculé par « Dialogue de gestion » ne donne aucune perspective, enferme les gestionnaires conceptuellement sur leur domaine propre et n'insufflé aucun dynamisme fédérateur.

Nous avons travaillé longuement dans notre étude de cas sur le plan stratégique et la manière de le décliner simplement en termes de communication. Nous avons réfléchi quelle organisation serait la meilleure à mettre en place pour mettre en œuvre ce plan. Et nous avons proposé de placer tout l'hôpital dans une dynamique de dialogue et de collaborations en vue de réussir la mise en œuvre et la réalisation de ce plan et donc de parler de « Dialogue de Pilotage ».

Conséquences : Au sein du bureau de pôle, le professionnel de santé construit son plan stratégique de pôle et "invente" les collaborations internes et externes nécessaires au succès de ce plan.

Aussi, notre recherche s'attachera plus particulièrement à comprendre les enjeux de ces nouvelles mises en réseaux de l'information décisionnelle. Manuel Castells⁴³ pose comme principe l'idée que nos sociétés, nos organisations sont de plus en plus fortement construites autour de l'opposition bipolaire entre ce qu'il appelle le « Net » et le « Self ». Le « Net » renvoie l'idée d'une nouvelle forme d'organisation en réseau, remplaçant progressivement l'ancienne organisation hiérarchique verticale comme modèle social dominant par de nouvelles formes de collaboration. Le « Self » désigne quant à lui l'émergence de multiples pratiques à partir desquelles les individus tentent de réaffirmer leurs identités dans un monde en rapide changement.

Dans la nouvelle organisation hospitalière que nous étudions, on retrouve cette articulation entre le collectif et l'individu qui tend à réaffirmer son identité au sein de groupes d'acteurs en mettant en avant les spécificités de sa culture métier. La particularité des outils collaboratifs d'aide à la décision et du pilotage partagé, montre alors que cette articulation entre l'individuel et le collectif s'appuie en général sur une information décisionnelle chargée de sens. Ainsi, nous essayons de comprendre comment le système d'information décisionnel facilite ou non ce que Castells⁴⁴ qualifie « d'individualisme en réseau ». Pour ce faire, nous focaliserons notre regard sur l'agencement des mécanismes individuels et collectifs d'appropriation de l'information décisionnelle dans la construction de connaissances sur la performance.

• L'intelligence des dispositifs

À l'initialisation de notre démarche exploratoire, l'objectif global de notre projet de recherche est donc de comprendre le rôle que joue effectivement le système d'information décisionnel au sein du réseau des décideurs de l'hôpital. Nous affinerons cet objectif très général tout au long de la recherche.

Nous tentons également de montrer comment ces technologies de l'information et de la communication agissent dans la durée et convergent avec d'autres pour transformer les représentations et les pratiques gestionnaires dans les organisations hospitalières. Pour faciliter le pilotage de leurs établissements, certaines directions ont ainsi mis en place **des dispositifs** les aidant non seulement à évaluer les résultats des structures dont elles ont la responsabilité, mais également à piloter leur performance.

Il s'agit d'envisager ceux-ci comme des construits sociaux issus de processus d'interaction entre des individus (producteurs, consommateurs, usagers) qui sont aussi des sujets socialisés et un ensemble hétérogène de techniques. Les dispositifs construisent leurs utilisateurs autant qu'ils sont façonnés par eux. L'environnement technologique n'est donc pas neutre. Il forme l'individu en instaurant des normes économiques, ergonomiques, de pratiques acceptées ou imposées. Il est lui-même formé et déformé par des individus isolés ou agissant en collaboration.

Mais qu'est-ce qu'un dispositif ?

⁴³ CASTELLS M. (1998), *L'ère de l'information*. Volume 1 : la société en réseaux, Fayard, Paris.

⁴⁴ CASTELLS M. (2001), *The Internet Galaxy, Reflections on the Internet, Business and Society*, Oxford University Press, Oxford.

La notion de dispositif occupe une place importante dans l'œuvre de Michel Foucault qui fut l'un des premiers à la conceptualiser. Pour lui, le dispositif n'est pas un néologisme fortuit mais au contraire la réinterprétation d'un concept généralement admis en français.

– Dans le contexte *militaire* le mot signifie un ensemble de moyens et de mesures rangés par rapport à un projet ou aux fins stratégiques. C'est pourquoi on peut parler d'un dispositif de défense et d'attaque ou d'un dispositif de sûreté et de sécurité.

– Dans un contexte *juridique* le mot dispositif signifie la partie finale d'un jugement qui énonce les conséquences juridiques du jugement, contrairement à la *narratio* qui rend compte des circonstances réelles à la base du jugement (faits et faits de droit).

– Dans une signification *technique* et généralement répandue du mot dispositif, ce dernier indique la manière dont les parties d'un appareillage sont réparties et qui ont pour résultat que celui-ci fonctionne d'une certaine façon, ou encore la manière d'agir d'un tel appareillage, la manière dont il agit sur son entourage.

En plus de cet éventail de significations couramment répandues, Foucault emploie le terme de dispositif comme un arrangement qui a un effet normatif sur son « environnement » puisqu'il y introduit certaines dispositions. Le dispositif crée une propension à certains types d'actes, une tendance à ce que certaines choses « arrivent ». On peut par exemple regarder un organisme, un site internet ou un cyberspace comme une certaine disposition ou un aménagement qui met une série d'éléments en relation les uns avec les autres. Le dispositif est ainsi une entité relationnelle qui se distingue justement en vertu d'une relation bien définie entre ses parties isolées. Le dispositif est une organisation, un arrangement ou un réseau.

De ces écrits nous retiendrons la définition suivante qu'il donne du dispositif : « *Ce que j'essaie de repérer sous ce nom c'est, [...] un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments [...]. Par dispositif, j'entends une sorte, disons, de formation qui, à un moment donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante... J'ai dit que le dispositif était de nature essentiellement stratégique, ce qui suppose qu'il s'agit là d'une certaine manipulation de rapports de force, d'une intervention rationnelle et concertée dans ces rapports de force, soit pour les développer dans telle direction, soit pour les bloquer, ou pour les stabiliser, les utiliser. Le dispositif, donc, est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent, mais, tout autant, le conditionnent. C'est ça le dispositif : des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux* »⁴⁵.

D'une certaine manière, le dispositif est une abstraction idéale, puisqu'il répond en prescrivant certains résultats, sans pouvoir les déterminer complètement, et sans régner en maître. Mais le dispositif est, d'un autre côté, une idée collectivement produite qui oblige, et qui est seulement « donnée » dans la mesure où elle est présente dans l'individu.

⁴⁵ FOUCAULT M. (2001), *Dits et Écrits*, tome 2 : 1976 -- 1988, Gallimard, 1736 p. cité par AGAMBEN G. (2007), *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Rivages poche, 50 p.

Résultant du croisement des éléments de contexte précités, à savoir : la diffusion de l'information décisionnelle au-delà de la sphère technicienne originelle (accroissement des approches thématiques), le développement des outils collaboratifs (multiplication de la mise en réseaux des tableaux de bord), l'opposition bipolaire entre le Réseau et le Soi (l'individualisme en réseau de Castells) et l'évolution des objectifs assignés aux données décisionnelles (du porter... au partager les connaissances), la question centrale à laquelle s'efforcera de répondre notre recherche est la suivante : *face à la multiplication des acteurs engagés dans les processus de décision, le système d'information décisionnel et les dispositifs dans lesquels il s'insère, peuvent-ils véritablement transformer l'hôpital en vue qu'un partage des connaissances sur la performance hospitalière soit possible ?*

Pour répondre à cette question, nous proposons désormais d'appuyer notre réflexion sur des éléments théoriques peu exploités en sciences de gestion et sur une approche méthodologique originale.

- **Vers une exploration de la dimension sociocognitive des SID**

Si certaines approches précédemment évoquées nous semblent de bonnes alternatives aux perspectives technico-institutionnelles majoritairement mises en avant jusque-là dans le monde des systèmes d'information (et souvent teintées de déterminisme technologique), une voie complémentaire nous paraît à la fois originale et pertinente. Il s'agit de la perspective sociocognitive qui vise à s'appuyer à la fois sur les dimensions sociologiques (problématiques des relations homme-homme) et sur les dimensions cognitives (problématique du transfert de la connaissance). Plus précisément, nous proposons une approche de l'étude des usages des outils d'aide à la décision, autrement dit du système d'information décisionnels collaboratif, qui s'intéresse à la dimension sociale et cognitive de l'acquisition de connaissances. Cette approche, peu développée jusque-là, devrait apporter un éclairage pertinent sur la question de la formation des usages dans le domaine des technologies de l'information décisionnelle.

D'une façon générale, peu d'études se sont intéressées à la façon dont l'information décisionnelle est traduite par les décideurs d'une entreprise, d'un hôpital dans notre cas, et quelles sont les conséquences de cette traduction managériale sur la question de l'appropriation du SID.

Or, l'une des caractéristiques de l'hôpital, c'est-à-dire d'un milieu organisé et finalisé, est la présence d'acteurs décideurs. À travers leur choix de développer et suivre tel ou tel indicateur, ces derniers vont influencer les conditions d'analyse de la performance des autres acteurs de l'hôpital. En d'autres termes, le sens accordé à l'information décisionnelle peut devenir stratégique, quand elle alimente les tableaux de bord des décideurs hospitaliers.

Suivant notre approche, le sens que les décideurs associent aux indicateurs mobilisés peut s'avérer un élément explicatif de l'appropriation ou non des tableaux de bord du SID au même titre que la compréhension de l'usage dans son contexte. Cela signifie que la recherche de sens va influencer autant les utilisateurs et l'usage qu'ils font de la technologie, que les améliorations techniques apportées par les concepteurs. Ce jeu d'influence est renforcé quand les équipes conceptrices du SID sont des employés de l'hôpital et que leur travail se fait *in situ*.

Suivant cette idée, nous défendons la thèse qu'en milieu organisé et hiérarchisé, tel que l'hôpital, l'appropriation du SID résulte d'un processus constant d'interactions entre trois

dimensions d'analyse [*Conception-Usage-Sens*] et peut être appréhendée à partir de leur articulation.

Pour saisir les relations entre *Conception, Usage et Sens*, nous proposerons d'articuler la perspective structurationniste (Orlikowski⁴⁶) pour appréhender l'usage, la théorie de la conception collective (Hatchuel^{47,48}) pour la dynamique de création, et le cadre unificateur de la construction de sens apportée par la modélisation de Garreau⁴⁹.

2. Méthodologie

Étant donné notre cadre théorique, basé sur l'articulation de différents outils théoriques, et associé au caractère à la fois complexe et mal connu de l'appropriation du SID à l'hôpital, notre choix méthodologique se porte sur **l'étude de cas unique**. Et cela est possible car notre expérience de terrain nous permet de disposer d'un matériau considérable pour notre étude. La prise de recul sur ces années d'activité professionnelle nous apporte la conviction qu'un examen en profondeur d'un hôpital pris dans son contexte apportera un cadre d'analyse adapté à notre recherche.

Nous avons privilégié la posture d'observateur participant pendant trois années et utilisé différents outils de recueils de données (entretiens semi-directifs ; études de sources documentaires...) et de distanciation classiquement préconisés (cahiers de recherches...). Nous avons traité notre objet de recherche en nous focalisant sur les acteurs et leur interprétation du phénomène étudié. En conséquence, le lien fort établi entre l'objet de recherche, le contexte et ses acteurs, nous a conduits à privilégier une posture interprétative. Privilégiant une dialectique entre le terrain et la théorie, notre recherche s'inscrit dans une démarche dite abductive.

2.1. De notre activité professionnelle à la genèse de la recherche

Nous exerçons depuis 20 ans des responsabilités dans le domaine de l'organisation et des systèmes d'informations pour un grand nombre de secteurs d'entreprise, notamment autour des thèmes de la Qualité et de l'approche Processus des organisations.

C'est dans le cadre du programme MAE⁵⁰ effectué à l'IAE⁵¹ en 2003, que nous avons découvert plus spécifiquement l'Administration des Entreprises, d'abord sur le plan juridique dans les cours de droit des affaires, et puis de façon plus opérationnelle dans les cours de gestion, de management et de stratégie d'entreprise.

Nous nous sommes replongés au cours du stage de fin d'études dans le secteur de la santé, secteur dans lequel nous avons démarré notre vie professionnelle, tant sur le plan de la formation initiale (en biologie médicale) que des premières missions effectuées dans des établissements hospitaliers et des laboratoires de l'industrie pharmaceutique. Nous avons effectivement mené une étude de plusieurs mois sur les réseaux de santé pour le compte du

⁴⁶ Op. Cit.

⁴⁷ Op. Cit. (1994)

⁴⁸ Op. Cit. (1996)

⁴⁹ GARREAU L. (2006), *L'apport du concept de sens à l'étude du fonctionnement des équipes projet*. Études de cas de développement de centres commerciaux chez Immochan, Thèse de doctorat.

⁵⁰ Master en Management et Administration des Entreprises (ex CAAE, Certificat d'Aptitude à l'Administration des Entreprises).

⁵¹ Institut d'Administration des Entreprises.

BVQI⁵² en collaboration avec l'ANAES⁵³. Le sujet de notre mémoire était « Réseaux de Santé : de l'analyse stratégique à l'élaboration d'une offre de service en matière d'évaluation et de labellisation ». Nous avons au terme de cette étude constitué un référentiel de labellisation dans lequel étaient définis des critères d'évaluation des structures de gouvernement de ces nouvelles formes d'organisation sanitaire et sociale. C'est à cette époque que nous avons connu l'IFROSS, dans laquelle nous avons effectué notre soutenance en septembre 2003.

Par la suite, toujours à l'IFROSS, nous nous sommes spécialisés sur la santé en obtenant en 2008 un second Master, en Management des Organisations Sanitaires et Sociales cette fois-ci, par la voie de la formation continue. Depuis 2006, nous y intervenons en tant que chargé d'enseignement sur des modules de formation liés aux systèmes d'information auprès d'étudiants et de professionnels de santé. L'idée d'envisager un travail de recherche académique a sans doute germé dans ces lieux (cf. encadré *Du mémoire de Master à la Thèse*, ci-après).

Actuellement et depuis ces dix dernières années, notre activité professionnelle principale consiste à réaliser en tant que directeur de mission, de nombreuses interventions auprès d'établissements de santé en France. Nous exerçons plus globalement la fonction de directeur du marché santé dans le groupe Keyrus, société de conseil et d'intégration de système d'information. Chaque jour, nous créons l'opportunité de réaliser des missions, et de délivrer à nos clients des services à valeur ajoutée.

Keyrus est une entreprise spécialisée dans la conception et la mise en œuvre de solutions de « Business Intelligence » et de pilotage de la performance. Sa taille et son expertise la placent aujourd'hui parmi les quelques acteurs de premier plan dans ce domaine, avec des effectifs et des références souvent bien supérieurs à ceux des grandes sociétés de conseil ou SSII⁵⁴ généralistes. Elle a, au fil des années, développé des partenariats techniques avec tous les grands fournisseurs de solutions du marché, de façon à pouvoir être totalement pertinente et indépendante dans ses recommandations.

Elle a dans le même temps à travers son pôle Santé dont nous avons la responsabilité, répondu aux spécificités des hôpitaux et contribuer à « libérer » l'information des applications informatiques hospitalières, par **le développement et la mise en place de solutions d'aide à la décision** (appelées aussi solutions décisionnelles).

Cette activité nous place au cœur du pilotage médico-économique à l'hôpital, de son positionnement stratégique et de l'amélioration de sa performance économique. Nous intervenons pour cela auprès de nombreux établissements de santé dans l'accompagnement de leur projet d'établissement, dans la mise en place de leur gouvernance par pôle et de leur système d'information de pilotage. Cette expérience de terrain nous permet de disposer d'un matériau considérable pour étayer notre réflexion et envisager une recherche plus approfondie dans le cadre d'une thèse de doctorat sur le sujet de **l'appropriation de ces dispositifs**.

⁵² Bureau Veritas Quality Insurance, Organisme mondial de certification, filiale du groupe Bureau Veritas.

⁵³ Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé, remplacée aujourd'hui par la Haute Autorité de Santé (HAS). Sur le plan de la terminologie, l'article 36 (III – 4ème alinéa) de la loi du 13 août 2004 a remplacé le mot « accréditation » par le mot « certification » en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé publics et privés.

⁵⁴ Sociétés de services en ingénierie informatique.

Notre objectif est également d'apporter un nouvel éclairage aux chercheurs en sciences de gestion mais également aux administrateurs et directeurs d'établissements hospitaliers – et plus globalement à l'ensemble des parties prenantes de l'hôpital – qui souhaitent structurer leurs réflexions sur ce sujet, qui fait parti désormais de leurs préoccupations.

Encadré 1 : Du mémoire de Master à la Thèse

L'idée d'entreprendre une thèse de Doctorat est née pendant l'année du Master en Management des Organisations Sanitaires et Sociales effectué en 2008 à l'IFROSS. Nous nous penchions déjà sur le thème de la décision et de la gouvernance à l'hôpital. Nous discutons déjà dans ce mémoire des voies possibles pour l'hôpital d'améliorer ses pratiques de gouvernance.

Le projet du mémoire Master consistait à faire une analyse critique de la littérature sur les mécanismes de gouvernance, en particulier celles qui tenaient lieu dans les entreprises privées à but lucratif. Cette revue constituait un premier point de repère à un travail de recherche plus large qui allait prendre naissance dans le travail de thèse par la suite. L'analyse débouchait sur les formes pratiquées à l'hôpital. Et à partir des théories examinées, le mémoire décrivait et expliquait comment allait fonctionner la nouvelle réforme en préparation à ce moment-là, celle qui allait s'intituler la « nouvelle gouvernance hospitalière », et qui allait transformer les structures hospitalières par la suite.

À ce stade, il n'y avait pas véritablement d'« objet » de recherche mais plutôt un thème de recherche, conformément à ce que l'on demande à un étudiant de Master. Or, ce thème était extrêmement large, trop large pour faire l'objet d'un mémoire de thèse. En effet, pour une thèse, la délimitation devait être sévèrement circonscrite.

Notre directeur de recherche nous a donc conseillé d'orienter notre réflexion sur un thème plus étroit : la décision à l'hôpital.

Pour autant, s'engageant dans ce projet, nous avons eu du mal à trouver un début clairement formulable. Le « début » a commencé par des balbutiements, une question générale un peu floue, des allers et retours entre les terrains possibles (sélectionnables parmi nos missions professionnelles) et les théories. Mais ces premières intuitions ont pu être stabilisées et affirmées par les théories finalement choisies et un terrain qui devenait accessible. Loin d'être un fleuve tranquille, la formulation de l'objet de recherche s'est faite et s'est dé faite, s'est précisée par tâtonnements, s'est stabilisée progressivement et a abouti à ce que l'on dénomme classiquement la « question de recherche ».

2.2. Une approche interprétativiste et un mode de raisonnement abductif.

Notre recherche, comme toute recherche d'ailleurs quelle qu'elle soit, repose sur une série de présupposés constitutifs d'une certaine vision du monde. Ces présupposés, nous nous devons de les faire passer de l'implicite à l'explicite dans un souci de transparence non seulement vis-à-vis des autres, mais également vis-à-vis de nous-mêmes. Cette explicitation sous la forme d'une réflexion sur notre propre recherche, outre la contribution à la transparence de la démarche, favorise son évaluation et l'interprétation de ses résultats ainsi que son positionnement vis-à-vis d'autres recherches.

L'objectif de notre recherche se veut exploratoire : décrire et comprendre l'appropriation des systèmes d'aide à la décision à l'hôpital au regard des interactions entre Conception, Usage et Sens, et plus largement les dispositifs dans lesquels ils s'insèrent.

Dans les lignes suivantes, nous explicitons en quoi notre étude s'inscrit dans une approche interprétativiste et pourquoi nous avons opté pour un mode de raisonnement abductif. Nous précisons en dernier lieu le choix que nous avons porté sur l'analyse processuelle pour décrire et comprendre notre objet de recherche.

• Une approche interprétativiste

Afin de clarifier notre propre positionnement, Véronique Perret et Martine Séville⁵⁵ nous invitent dans le tableau suivant à considérer trois postures épistémologiques principales en sciences de gestion : le positivisme, l'interprétativisme (constructivisme modéré) et le constructivisme.

Tableau 1 : Positions épistémologiques des paradigmes positivistes, interprétativiste et constructiviste

Les questions épistémologiques \ Les paradigmes	Le positivisme	L'interprétativisme	Le constructivisme
<i>Quel est le statut de la connaissance ?</i>	Hypothèse réaliste Il existe une essence propre à l'objet de connaissance	Hypothèse relativiste L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré ou interprétativisme) ou n'existe pas (constructivisme radical)	
<i>La nature de la « réalité »</i>	Indépendance du sujet et de l'objet Hypothèse déterministe Le monde est fait de nécessités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de possibilités	
<i>Comment la connaissance est-elle engendrée ?</i>	La découverte Recherche formulée en termes de « pour quelles causes... »	L'interprétation Recherche formulée en termes de « pour quelles motivations des acteurs... »	La construction Recherche formulée en termes de « pour quelles finalités... »
<i>Le chemin de la connaissance scientifique</i>	Statut privilégié de l'explication	Statut privilégié de la compréhension	Statut privilégié de la construction
<i>Quelle est la valeur de la connaissance ?</i> <i>Les critères de validité</i>	Vérifiabilité Confirmabilité Réfutabilité	Idiographie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)	Adéquation Enseignabilité

L'interprétativisme, également appelé relativisme social, cherche à expliquer le pourquoi d'une situation, en distinguant la compréhension de l'explication dans une perspective phénoménologique. *« Pour l'interprétativiste, le processus de création de connaissance passe par la compréhension du sens que les acteurs donnent à la réalité. Il ne s'agit plus d'expliquer la réalité mais de la comprendre au travers des interprétations qu'en font les acteurs. Il développe ainsi une démarche qui doit prendre en compte les intentions, les motivations, les attentes, les raisons, les croyances des acteurs, qui portent moins sur les faits que sur les pratiques »*⁵⁶.

Selon Allard-Poesi et Maréchal⁵⁷, la figure suivante décrit très schématiquement le rapport entre l'interprétativiste et l'objet de recherche.

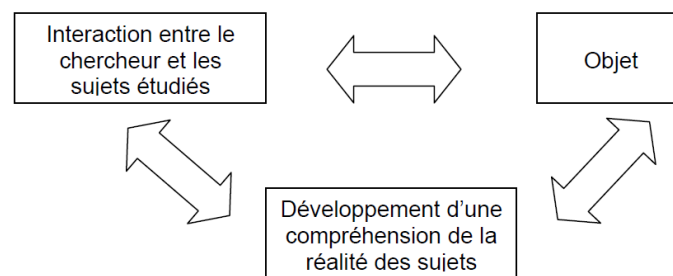
Pour répondre à notre objectif de recherche, nous nous sommes donc focalisés sur les acteurs et leur interprétation du phénomène étudié. Ce lien fort avec le contexte et ses acteurs, nous a conduits à privilégier une **posture interprétative**.

⁵⁵ PERRET V., SÉVILLE M. (2007), "Fondements Épistémologiques de la recherche", in THIÉTART R. A., *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, pp.13-33.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ ALLARD-POESI F., MARECHAL G., (2007), "Construction de l'objet de la recherche", in THIÉTART R.A, *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, pp.34-57

Figure 1 : Construction de l'objet de recherche dans l'approche interprétative



À noter que notre étude n'a pas donné lieu à une co-construction entre acteurs et chercheurs, écartant d'emblée la posture constructiviste. En effet, bien que notre recherche ait suscité d'intenses interactions entre acteurs d'une part, mais aussi entre acteurs et nous-mêmes d'autre part, non en tant que chercheur mais en tant que consultant, nous avons endossé le **rôle d'observateur participant**. Nous reviendrons sur ce point plus longuement dans les pages suivantes.

• Un mode de raisonnement abductif

Notre recherche se situe à un stade intermédiaire entre :

- une démarche fondée sur l'exploration où le chercheur ambitionne de présenter des éléments théoriques nouveaux ; son mode de raisonnement privilégié est alors l'induction ; et,
- une démarche procédant d'une logique inverse, fondée sur le test, où le chercheur soumet un concept ou une théorie à l'épreuve de la réalité, suivant une logique déductive ;

En privilégiant une dialectique entre le terrain et la théorie, l'objectif de notre étude nous place ainsi dans une démarche exploratoire mixte, où le mode de raisonnement suit plutôt **la logique dite abductive**. Celle-ci privilégie d'une part l'interprétation des éléments observés et recueillis auprès des acteurs et d'autre part la coexistence de ces faits mis en forme avec des théories⁵⁸. À la différence de l'induction qui est « une inférence logique qui confère à la découverte une constance *a priori*, l'abduction lui confère un statut explicatif ou compréhensif qui, pour tendre vers la règle ou la loi, nécessite d'être testé ensuite »⁵⁹.

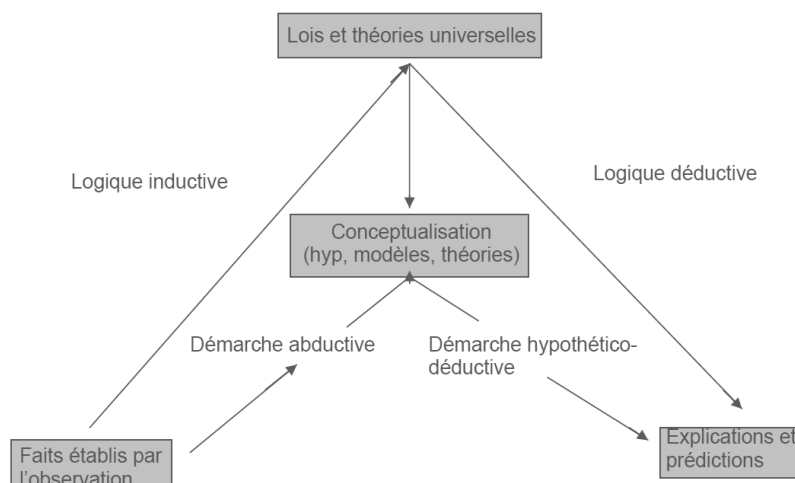
G. Koenig⁶⁰ reprend la notion d'abduction et décrit son rôle dans des recherches qualitatives en sciences de gestion : « l'abduction est l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses [...]. L'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter ».

⁵⁸ DAVID A. (2002), "Décision, conception et recherche en sciences de gestion", *Revue Française de Gestion*, juillet –août.

⁵⁹ THIÉTART R.-A., (1999), *Méthodes de recherche en management*, 3^e édition, 2007, Dunod : Paris, p.61.

⁶⁰ KOENIG G. (1993), "Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles", *Revue de gestion des ressources humaines*, 9, pp.4-17.

Figure 2 : Mode de raisonnement et connaissance scientifique
(Source : schéma adapté de Chalmers, in Thiétart, Op. Cit. p. 62)



La démarche abductive amène donc le chercheur à réaliser des allers-retours itératifs entre terrain et théorie dans une logique structurationniste. Contrairement à la démarche inductive qui suppose une approche empirique pure sans aucun a priori théorique, la démarche abductive articule empirie et théorie dans le but de faire émerger des hypothèses compréhensives du phénomène étudié.

Pour conclure, notre recherche ambitionne de proposer des résultats plausibles, mais en aucune façon des conclusions certaines et absolues. En effet, la connaissance produite à travers notre travail reste discutable et non universelle : discutable, car cette production de connaissance est fortement liée au contexte singulier de cet hôpital ; non universelle, car la réalité observée à ce moment-là n'est pas forcément permanente, et dépendait des acteurs en présence et de leurs comportements.

• L'analyse processuelle

Le projet d'intégration du dispositif d'aide à décision et la mission de conseil visant à accompagner la mise en place de ce dispositif, se sont déroulés à l'hôpital sur une période de trois ans. Durant cette mission professionnelle qui nous a servis de trame⁶¹, nous avons effectué un travail de recueil et d'investigation sur chacune des étapes que nous avons traversé au fil du temps. En étudiant comment cette organisation mettait en place les différents éléments de sa transformation, nous avons résolument placé la dimension temps aux centres de nos préoccupations. Après cette période de terrain, s'en est suivi un travail sur le matériau secondaire et une réappropriation du cas pendant environ un an, ce qui donne *in fine* une période d'investigation longue, d'au moins quatre années⁶².

Cette approche d'étude longitudinale dans cette organisation hospitalière singulière, nous a donc conduits plutôt à étudier l'objet de recherche sous l'angle de l'**analyse des processus**. En effet, selon Thiétart, il existe deux possibilités d'étudier un objet : soit par son contenu, soit par son processus. Les recherches sur le contenu « *cherchent à mettre en évidence la composition de l'objet étudié* », quant aux recherches sur les processus, elles visent « à

⁶¹ Trame : Ce qui constitue le fond sur lequel se détachent des événements marquants. Exemple en littérature : la trame d'un récit.

⁶² Notre recherche a finalement duré cinq années, dont la dernière année pour le travail de synthèse rédactionnel.

mettre en évidence le comportement de l'objet dans le temps »⁶³. En reprenant sa métaphore de la photographie, si l'analyse de contenu représente un arrêt sur image, la recherche sur le processus s'intéresse plutôt au film qui déroule devant nous.

Comme le soulignent Claveranne et Pascal⁶⁴, le processus « *ouvre la voie à une analyse approfondie du fonctionnement de l'entité ou des entités qu'il traverse, non seulement en termes purement structurels ou fonctionnels, mais aussi en termes de relations d'acteurs au sens sociologique et anthropologique du mot. Il constitue de ce fait une fenêtre privilégiée d'observation permettant de bâtir un diagnostic de l'organisation qu'il est censé représenter* ».

Traditionnellement, on attribue deux objectifs à une analyse des processus : soit pour décrire, soit pour expliquer. Dans la visée descriptive, le chercheur se focalise sur la composition du processus et l'évolution de son enchaînement dans le temps. Dans une visée explicative, Thiétart montre qu'il s'agit d'expliquer comment une variable évolue dans le temps (objet étudié) en fonction de l'évolution d'autres variables⁶⁵. **Notre question de recherche s'inscrit donc bien dans la lignée des recherches processuelles à visée descriptive.**

Nous avons à ce titre réussi à atteindre trois objectifs complémentaires :

- Décrire en profondeur notre objet d'étude dans le temps : nous avons considéré les différentes séquences ou étapes qui se sont présentées à nous pendant la période effectuée sur le terrain, et confirmé la décomposition en trois dimensions que sont la Conception, l'Usage et le Sens, pour rendre compte du processus d'appropriation des dispositifs d'aide à la décision ;
- Décrire les processus que nous avons traversés, dans la pure tradition rencontrée dans la littérature, par exemple sur le changement organisationnel de Pettigrew⁶⁶, ou encore les récits historiques de Chandler⁶⁷ sur le développement de la structure et de la stratégie des firmes. La prise en compte de l'environnement n'a pas eu comme vertu d'expliquer la survenance des phénomènes observés mais de replacer les informations collectées dans leur contexte.
- Déduire les similarités et les différences que nous avons constatées dans le cas singulier de notre étude, avec la plupart des situations rencontrées habituellement dans le secteur.

La progression dans le temps du phénomène étudié est ici clairement posée.

2.3. La méthodologie retenue et la posture de recherche

Notre travail de thèse s'est déroulé sur la base d'une mission professionnelle. Ce qui a entraîné des choix méthodologiques spécifiques et une implication adaptée dans la recherche. Les lignes suivantes présentent le lien fort unissant le design de notre recherche et le cadre particulier dans laquelle celle-ci s'est réalisée.

⁶³ Ibid, p.107.

⁶⁴ PASCAL C., CLAVERANNE J. P. (2004), Repenser les processus à l'hôpital : une méthode au service de la performance ?, Paris : Médica Editions, 262p.

⁶⁵ Ibid. p.122.

⁶⁶ PETTIGREW A. M. (1985), *The Awakening Giant: Continuity and Change in Imperial Chemical Industries*, Oxford, Blackbell.

⁶⁷ CHANDLER A. (1962), *Strategy and Structure*, Cambridge, MA, MIT Press.

• Le choix d'une étude de cas unique

Deux grands types de méthodologie se sont offerts à nous pour avoir une meilleure compréhension des phénomènes et l'opérationnalité de la démarche : l'enquête ou l'étude de cas.

– L'enquête repose sur les principes scientifiques des méthodes quantitatives, basées sur un traitement statistique des informations collectées⁶⁸. Son principe de base réside dans la comparaison de situation à partir d'un nombre défini et limité de dimensions d'analyse. Dans notre recherche, ce type de méthode nous est apparu en contradiction avec la nature même de notre problématique.

– L'étude de cas est la seconde possibilité méthodologique, basée sur une approche qualitative. À l'inverse de la précédente, le chercheur privilégie ici une analyse approfondie d'une seule et unique situation, en ne limitant pas *a contrario* un nombre de dimensions utilisées.

L'objectif final de l'étude de cas est une élaboration théorique à partir d'une description. C'est une stratégie de recherche dynamique qui évolue en cours de route pour s'adapter aux particularités du terrain.

Les objectifs intermédiaires des études de cas sont les suivants : comprendre une situation et en donner une représentation, permettre une analyse processuelle, mettre en évidence des causalités. La recherche par étude de cas permet de prendre en considération la composante temporelle, les aspects processuels liés à un contexte particulier.

Nous avons donc considéré que cette seconde possibilité, à savoir l'étude de cas, convenait le mieux à la visée de notre recherche.

Robert Yin⁶⁹ précise d'ailleurs que son utilisation est préconisée dans trois situations différentes :

- tester une théorie afin de la confirmer, la réfuter ou la compléter ;
- révéler un cas au caractère extrême ou unique ;
- dévoiler un phénomène qui, sans être rare, n'est pas encore accessible à la communauté scientifique.

Il rappelle que lorsque la situation de recherche implique un phénomène complexe contemporain inscrit localement sur lequel le chercheur n'a qu'un contrôle très relatif et lorsque le projet de recherche s'inscrit dans une visée compréhensive du phénomène, l'étude de cas est une stratégie de recherche privilégiée.

Joan Le Goff précise de plus que l'étude de cas présente des vertus heuristiques favorisant l'émergence d'éléments de compréhension nouveaux et constituant le « moment favori de l'abduction »⁷⁰. Reprenant Yin, Wacheux indique que l'étude de cas se justifie lorsque des questions de recherches incluent des « comment » ou des « pourquoi »⁷¹ et Andrew

⁶⁸ WACHEUX F. (1996), *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*, Economica, Paris

⁶⁹ YIN R. K. (1990), *Case Study Research: Design and Methods*, Applied Social Research Methods series, Vol 5, CA : Sage, Newbury Park.

⁷⁰ LE GOFF J. (2002), "Vertus problématiques de l'étude de cas", in MOURGUES N., ALLARD-POESI F., AMINE A., CHARREIRE S. and Le Goff J., *Questions de méthodes en Sciences de gestion*, Colombelles : EMS, pp. 193--212.

⁷¹ Op. Cit.

Pettigrew ajoute qu'elle est particulièrement recommandée dans l'étude de situations complexes et dynamiques⁷².

En outre, deux familles d'étude de cas existent⁷³ : l'étude de cas multi-sites ou l'étude cas unique. Sans rentrer de façon plus approfondie dans les débats au sein de la communauté scientifique concernant ces deux familles, on peut résumer en disant que les tenants des études de cas multi-sites reprochent la trop forte idiosyncrasie des études de cas uniques et l'absence de potentiel de généralisation. À l'inverse, on reproche aux études de cas multi-sites la tendance d'une investigation en surface.

Le nombre de cas dépend des objectifs de la recherche : si l'on veut explorer des pratiques nouvelles ou discuter un positionnement original, un ou quelques cas suffisent (logique de découverte). Lorsque les acquis théoriques sont nombreux, l'observation de multiples situations permet de s'intéresser aux régularités et aux différences pour discuter la validité de la recherche.

En ce qui nous concerne, l'opportunité de réaliser notre recherche dans le cadre d'une mission de conseil effectuée auprès de cet hôpital unique, nous a donc fortement poussés à privilégier **une étude de cas unique**, plutôt qu'une analyse comparative. C'est la première raison.

La seconde raison est intrinsèquement liée à la nature même de notre question de recherche portant sur la compréhension de la dynamique d'appropriation des dispositifs d'aide à la décision à l'hôpital. Nous rejoignons ici les positions défendues par March⁷⁴ confirmant le principe de l'unité de nature entre les différentes organisations, ce qui leur permet d'affirmer que tout phénomène observé dans une seule organisation a potentiellement une portée générale.

Et de conclure avec cette idée, reprise par une génération de chercheurs, notamment Grawitz⁷⁵, Béaud et Weber⁷⁶, selon laquelle la description approfondie d'un cas unique est plus importante et plus instructive que la généralisation prématurée et simplifiée d'une multitude de cas.

• L'implication dans la recherche : l'observation participante

Notre implication dans la recherche se superposant à notre activité professionnelle – notre objet de recherche étant directement lié à notre pratique professionnelle – il nous fallait donc adopter une posture orientée vers un mode particulier d'interaction entre le chercheur et son terrain. **Nous avons choisi l'observation comme stratégie particulière d'interaction avec le terrain.**

⁷² PETTIGREW A.M. (1990), "Longitudinal field research on change: theory and practice", *Organization Science*, 1:3, pp.267-292.

⁷³ HLADY RISPAL M. (2002), *La méthode des cas. Application à la recherche en gestion*, Paris, De Boeck Université.

⁷⁴ MARCH J. G. (1991), "Exploration and Exploitation in Organizational Learning", *Organization Science*, 2(1), pp.71-87

⁷⁵ GRAWITZ M. (1996), *Méthodes des sciences-sociales*, Dalloz, 10^e éd, 920p.

⁷⁶ BEAUD S., WEBER (1998), *Guide de l'enquête de terrain*, La découverte, 327p.

Au sens étroit du terme, l'observation peut être définie comme une technique de collecte de données primaires, et nous verrons plus loin, que nous l'avons bien considérée comme telle dans le mode de recueil des données que nous avons réalisé.

Mais l'observation peut également être définie de manière plus large comme un mode d'interaction entre l'observateur et l'observé.

Junker⁷⁷ propose une grille expliquant les différents statuts de l'observateur. Il en identifie quatre en utilisant le degré de participation et le dévoilement de l'identité du chercheur comme critères. Ces quatre catégories sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Synthèse des différents statuts et rôles de l'observateur proposé par Junker

Statuts de l'observateur	Degré de participation / dévoilement de l'identité du chercheur
Participant complet	Participe pleinement aux activités du groupe étudié sans dévoiler son identité de chercheur
Participant qui observe	Participe aux activités du groupe étudié au même titre que les autres membres, en ayant dévoilé son identité de chercheur
Observateur qui participe	Rend public son rôle de chercheur et erre librement dans la communauté sans prendre formellement part aux activités du groupe
Observateur complet	Observe sans avoir de contact direct avec les sujets de la recherche.

À la lecture de la typologie de Junker, notre posture de recherche s'apparente au statut de « participant complet » en raison du fait que nous n'avons pas dévoilé à l'hôpital notre identité de chercheur quand nous participions aux processus et systèmes d'information d'aide à la décision en gestion. Seul notre engagement dans la mission professionnelle lui importait à ce moment-là.

Selon Gold⁷⁸, chacun des statuts identifiés par Junker est associé à une tension qui découle de la combinaison des rôles d'observateur et de participant que le chercheur doit assumer. À cela, s'ajoute la difficulté que rencontre le chercheur quand il partage le même cadre de référence que la communauté observée. Le danger est, alors, de prendre pour acquis l'expérience qu'il partage avec les personnes observées sans la questionner ou tenter d'identifier ce qui relève de la problématique.

Groleau⁷⁹ précise qu'« adopter l'observation comme méthodologie est plus que d'accepter de regarder les gens vivre au fil des jours. Cela implique une série de questionnements sur le rôle et le statut qu'on va occuper, sur le regard que l'on va porter, sur la manière dont on va gérer notre présence sur le lieu d'observation, ainsi que sur la constitution et l'analyse des données provenant de cette méthode »⁸⁰.

⁷⁷ JUNKER B. (1960), "Field Work" Chicago: University of Chicago Press

⁷⁸ GOLD R. L. (1969), "Roles in sociological field observations" In *Issues in participant observation*, edited by McCall G. J. and Simmons J. L., 30–39. Reading, MA: Addison-Wesley.

⁷⁹ GROLEAU C., (2000). "La théorie de la structuration appliquée aux organisations : le cas des études sur la technologie" In AUTISSIER D. et WACHEUX F., *Structuration et Management des organisations*, l'Harmattan, Paris, pp.155-179.

⁸⁰ Ibid p212.

En somme, l'observation demande un long apprentissage qui conduit, bien souvent, à deux types de situations : soit le chercheur est submergé par la quantité d'information qui se présente à lui et a le sentiment de ne plus savoir où diriger son attention ; soit au contraire il ne parvient pas à focaliser son regard sur ce qui se passe sur le terrain. Comme « *aveuglé, il ne parvient pas à saisir des événements qui pourraient constituer des données* »⁸¹, Nos débuts s'apparentent à la première situation énoncée.

Pour remédier à ces difficultés de positionnement et pour garantir la rigueur scientifique de notre travail de recherche, nous avons mobilisé un certain nombre d'instruments permettant prendre distance envers notre objet de recherche et d'opérer un recul par rapport au terrain.

2.4. Un positionnement hybride de « consultant-chercheur » : entre engagement et distanciation.

Entre nos activités universitaires et nos activités professionnelles, nous assumons un double positionnement de chercheur en sciences de gestion et de praticien en tant que directeur-conseil d'une société de conseil et d'ingénierie de solutions informatiques décisionnelles.

L'expression « praticien-chercheur » ne signifie pas seulement que le chercheur est engagé sur un autre terrain professionnel que celui de la recherche. Elle signifie que l'activité professionnelle génère et oriente l'activité de recherche, mais aussi de façon dialogique et récursive, que l'activité de recherche ressource et réoriente l'activité professionnelle. « La recherche peut se trouver ainsi au service de la professionnalité, comme la professionnalité au service de la recherche, se découvrant, se métamorphosant mutuellement dans leurs aspects les plus irréductiblement vivants. »⁸².

Cette expression peut être déclinée en fonction du métier du praticien. Dans notre cas, nous revendiquons l'appellation, par exemple de « consultant-chercheur ».

Notons que l'appellation d'enseignant-chercheur, en France, est statutaire, mais qu'elle ne signifie pas nécessairement que les acteurs sous ce statut revendiquent cette double identité en prenant leur terrain d'enseignement comme terrain de recherche.

• Le scientifique au service de l'expertise

Le praticien-chercheur se veut témoin, ou plus exactement « témoin des témoins », et son intention est de faire connaître « de l'intérieur » des acteurs et leur capacité d'innovation ordinaire, leur énergie pour dépasser et contourner les enfermements dont ils sont victimes sur leurs terrains quotidiens⁸³. Il propose à la communauté scientifique un autre accès à un monde professionnel. Mais il veut aussi faire reconnaître le savoir issu de cette pratique de l'innovation ordinaire.

Les positions de « praticien » et celle de « chercheur » ne sont pas seulement alternantes, elles sont vécues aussi dans la synchronicité. Le chercheur ne laisse pas le praticien au vestiaire, et vice-versa. Quand il s'engage dans une pratique, il mobilise aussi des observations et des analyses de chercheur.

⁸¹ Ibid. p219.

⁸² PERRAULT SOLIVERES A. (2001), "Praticien-chercheur : défricher la nuit" In MACKIEWICZ M.-P. (Éd.), *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*, (pp. 41-53), Paris : L'Harmattan, p.46.

⁸³ BÉZILLE H. (2000), "De l'usage du témoignage dans la recherche en sciences sociales", In FELDMAN J., KOHN R. C. (Éds), *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes*, pp.201-222, Paris : L'Harmattan, p208.

Or entre praticien et chercheur, tout semble s'opposer : respectivement, l'objectif est différent : transformer le réel ou le comprendre ; la démarche est dite opposée : pragmatique contre théorique ; et les méthodologies divergent : conduire une action, développer une pensée.

Dans notre cas par exemple, pour des raisons obscures, des antagonismes persistent entre le rôle de chercheur et celui de consultant, et plus particulièrement sur l'impossible interaction des activités intellectuelles comme la recherche et le conseil. Ces activités répondraient à des logiques distinctes et chacune serait renfermée dans un « monde à part »⁸⁴.

Le chercheur et le consultant, chacun à leur manière, interviennent selon une posture intellectuelle et une pratique spécifiques. Le consultant s'appuie davantage sur des faits, tandis que le chercheur se positionne comme un scientifique aux méthodes académiques basées sur un corpus de connaissances plus théoriques. « À la différence des chercheurs, les consultants produisent des savoirs tournés vers l'action plus que vers la connaissance du réel comme fin en soi »⁸⁵. De même, le chercheur n'a pas une fonction de conseil à proprement parler : il doit rester dans le cadre d'une démarche de recherche scientifique, c'est-à-dire de progression de la connaissance sur le sujet à traiter, mais « la finalisation de sa recherche le conduit inévitablement à assumer une fonction de conseil et de préconisation »⁸⁶. Le chercheur conceptualise davantage sa prestation alors que le consultant plus pertinent dans l'accompagnement de son commanditaire.

L'adoption de l'une ou l'autre de ces positions paradoxales est facilitée si le praticien-chercheur assume déjà, en tant que professionnel, une activité complexe, avec des rôles divers, en participant à des groupes de travail différents. Par ailleurs, tout chercheur fait appel à une forme d'intelligence qualitative, l'intelligence interpersonnelle, qui aide à percevoir les propositions de relations et de rôles, les demandes implicites, dans les interactions entre acteurs.

Notre expérience en qualité de directeur-conseil intervenant à l'hôpital, croisée avec cette volonté de mener une recherche académique, nous fait adopter comme le précise Kohn⁸⁷ « les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur », et réciproquement.

• Entre l'action et la distanciation

Notre recherche s'est articulée entre deux modèles : l'engagement et la distanciation.

La position d'engagement par rapport à notre terrain est d'un incontestable atout. Nous avons en effet pendant le temps du projet, exercé l'activité professionnelle d'expert-consultant dans une organisation présente et active dans ce terrain. Nous avons donc été en relation réciproque et intense avec les autres acteurs du terrain. Nous avons exprimé régulièrement nos opinions, nous nous sommes inscrits dans le modèle organisationnel de l'hôpital (l'organisation projet), nous avons rempli des tâches et rendu compte de nos actions et pratique professionnelle. Dans ce projet, nous nous sommes situés clairement dans un

⁸⁴ CHEMIN C., THIMONIER E., (2010), "Le rapprochement Chercheur-Consultant en aménagement du territoire : un apport à haute valeur ajoutée ?", EchoGéo, Sur le Vif, URL : <http://echogeo.revues.org/11635>

⁸⁵ SIMONET J., BOUCHEZ J.-P., PELADE J., GILBERT P., (2003), *Le conseil. Le livre du consultant et du client*. Paris, Éditions d'Organisation, 553 p.

⁸⁶ NICOLAS-LESTRAT P., (2003), *La relation de consultance. Une sociologie des activités d'étude et de conseil*, Paris, L'Harmattan, 252 p.

⁸⁷ KOHN R. C. (2001), "Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur", in MACKIEWICZ M.-P. (Éd.), *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*, pp.15-38, Paris: L'Harmattan.

registre d'action, qui possédait ses propres normes de fonctionnement et ses critères spécifiques ; Ceux-ci étaient plutôt de l'ordre de l'implication, de l'efficacité et de la rentabilité, de la motivation.

Cette situation d'engagement, d'implication, cette participation à l'action, sont précisément ce qui est à l'origine de la richesse, de la force et de l'originalité de notre recherche. Car c'est bien notre insertion dans notre terrain, par l'intermédiaire de notre activité professionnelle, qui nous a fait prendre conscience des véritables enjeux.

Toutefois, il nous semblait indispensable en même temps, de prendre distance et d'opérer un recul par rapport à notre terrain. Cette distanciation suppose un autre regard sur la réalité étudiée. Certains parlent d'un regard plus objectif que subjectif ou d'une attitude de rupture du sens commun. En réalité, on ne rompt pas... on se distancie. On ne quitte pas le terrain de recherche mais on le regarde d'un autre œil, distancié.

Nous donnons dans le paragraphe qui suit, un aperçu des outils de distanciation utilisés dans notre recherche.

Ainsi, notre position de praticien-chercheur nous a permis d'articuler notre recherche entre cette distanciation et ce double engagement sur un terrain professionnel et dans la recherche.

2.5. Les outils de distanciation et le mode de collecte des données

Nous avons utilisé deux types d'outils indispensables : les premiers dits de « distanciation » permettent de garantir une distance avec l'objet de recherche ; les seconds sont les moyens concrets pour collecter les données.

• Les outils de distanciation

La nécessité d'établir une distance avec notre objet d'étude s'est traduite par la tenue d'un journal de recherche, les prises de notes constantes, un temps consacré à la recherche théorique, et l'écriture de notre mémoire de thèse.

La tenue d'un journal de recherche est un des outils fondamentaux de l'observation participante⁸⁸, dans lequel le chercheur y note ses activités journalières, ses impressions ainsi que les divers sentiments qu'il peut ressentir au cours de sa recherche ; En particulier ses doutes, ses hésitations, ses interrogations qu'il ne peut pas par définition ne confier à personne d'autre. Wacheux⁸⁹ met en évidence que « *le processus de recherche est aussi pour celui qui le vit un processus psychologique, où la raison ne peut pas s'affranchir de l'affectif* ». Il mentionne la dialectique de conflit entre l'individu homme (doutes, émotions, intuitions) et l'individu chercheur (scientifique, méthodique, penseur). Pour parvenir à « *maîtriser la subjectivité de l'observateur ou au moins de la contrôler* », la tenue du journal de recherche permet d'être « *attentif à soi-même* » et par conséquent permet une prise de distance nécessaire.

L'intérêt de constituer un journal de recherche permet également a posteriori de restituer l'histoire d'un problème dans son intégralité c'est-à-dire « *de conserver une trace de l'ensemble des investigations, de conserver les impressions sur les interviews ou lors des*

⁸⁸ EISENHARDT K. M. (1989), "Building Theories from Case Study Research", *Academy of Management Review*, 14 : 4, 532-550.

⁸⁹ Op. Cit.

présences sur les sites, les détails observés, le contexte dans lequel se déroule la recherche et les perturbations qui l'affectent »⁹⁰. Finalement, de garder la trace à la fois d'une chronologie des événements, des hésitations, des nécessaires retours en arrière et éventuellement des erreurs commises ; Autant d'éléments qui seraient sinon voués à disparaître de la mémoire du chercheur ou encore pourraient être altérés.

À la rédaction d'un journal de recherche, s'ajoute la constante prise de note dont nous avons eu recours, systématiquement lors des réunions par exemple. Cette prise de notes nous servait de base pour la réalisation du compte rendu de la réunion. Tout comme la tenue du journal de recherche, la prise de notes nous a permis d'entretenir cette distance avec l'objet.

Et puis, la prise de distance avec le terrain s'est largement construite en étant associé au laboratoire de recherche du GRAPHOS/IFROSS. Outre les discussions informelles que nous avons eues avec d'autres doctorants ou chercheurs, des échanges formels, fruits du dispositif d'accompagnement des thésards ont eu lieu sous forme de séminaires de recherche réguliers, pendant lesquels à plusieurs reprises, furent invités des chercheurs de premier plan (A.-C. Martinet, P. Lorino, P. Wirtz...). Nous avons également participé au programme de formation graduel de l'École Doctorale Sciences Économiques et de Gestion de l'université Jean Moulin de Lyon 3. Nous avons ainsi participé pendant notre parcours doctoral à de nombreux séminaires grâce auxquels nous avons acquis les fondements et les outils indispensables au chercheur en Sciences de Gestion : l'épistémologie, l'étude de cas, les méthodes quantitatives et qualitatives, l'analyse processuelle, la négociation avec le terrain, l'élaboration du guide d'entretien, le codage et interprétation des données qualitatives, l'approche ethnographique des situations de gestion... Nous avons pu également présenter l'état d'avancement de nos travaux à d'autres chercheurs dans le cadre d'un *workshop* organisé par l'École Doctorale.

En fin de compte, s'extraire de l'action immédiate constitue le point central du processus de distanciation. L'écriture d'un texte scientifique, d'un rapport de recherche, contribue aussi fortement à ce cheminement d'extraction. Comme l'indique De Queiroz⁹¹, « *l'écriture n'est pas une simple technique (...). Écrire ce n'est pas seulement enregistrer, redoubler et fixer la parole, c'est voir le monde autrement (...), c'est un instrument d'objectivation. (...) Écrit, extrait de son immersion dans l'action immédiate, dans la pratique, le langage introduit la pensée à une dimension de réflexivité* ».

Même si l'action implique l'écriture, consistant le plus souvent dans la rédaction de notes, de synthèse, de rapports, de procès-verbaux ou de compte rendus, l'écriture propre à la recherche est quand à elle, tout à fait spécifique. Le produit d'une recherche est en effet un rapport écrit, généralement long, comprenant de nombreuses parties qui doivent être cohérentes et articulées les unes aux autres ; des introductions doivent être imaginées, des conclusions tirées, qui guident le lecteur dans le processus d'observation et de dévoilement d'une réalité souvent complexe. On n'y opère des liens entre les idées, entre les chapitres, une réflexion sur le sens des mots, sur le recours à tel concept, sur la méfiance vis-à-vis de l'usage de telle notion⁹².

⁹⁰ Op. Cit p232.

⁹¹ DE QUEIROZ J.-M. (1995), *L'école et ses sociologies*, Paris, Nathan Université.

⁹² ALBARELLO L. (2004), *Devenir praticien-chercheur. Comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*, Bruxelles, De Boeck-Université, 138 p

Autant d'opportunités de raconter l'histoire de notre terrain de recherche et de favoriser la distanciation en adoptant cette position nouvelle de chercheur après de longues années de présence en entreprise.

- **Les outils de recueil des données**

Dans notre recherche empirique, nous avons tout d'abord vérifié l'existence des données disponibles, que l'on appelle aussi données secondaires. On trouve ici essentiellement des sources de type documentaire. L'utilisation de ces données de « seconde main » présente de nombreux avantages. Elles sont généralement rapides à obtenir. Elles sont déjà assemblées et ne nécessitent pas forcément un accès aux personnes qui les ont fournies. Elles ont une valeur historique et sont utiles pour établir des comparaisons et évaluer des données primaires. Cependant, ces données peuvent être obsolètes, plus ou moins exhaustives ou de qualité imparfaite.

En complément de ces données secondaires, nous avons collecté nous-mêmes nos propres données sur le terrain qui sont qualifiées de données primaires ou de « premières main ». On identifie ici généralement les données issues des entretiens, des observations, des réunions.

Dès lors, la collecte de ces données n'est pas simple et nécessite de mobiliser différents outils de recueil : les sources documentaires, l'observation, les entretiens et réunions formelles.

- **Les sources de documents**

La variété des documents constitue une source prolifique de comparaison des interprétations que les acteurs ont d'un même problème organisationnel. Comme le souligne Hodder⁹³, un des attributs de l'utilité scientifique des documents internes à l'entreprise réside dans leur « stabilité ». En effet, ils sont stables dans le sens où ils révèlent les représentations des différents acteurs de l'entreprise en scène en relation avec les questions énoncées.

On peut citer les rapports, les notes et les messages conservés comme archives, qui permettront de reconstituer les enchaînements des décisions prises par les différentes catégories d'acteurs en scène.

Il existe trois catégories de documents qui nous semblent importants de présenter car chacun a pour objet de révéler des informations de nature différente sur l'entreprise :

1) Les documents permettant de renseigner le chercheur quant au contexte économique, technique, environnemental, social et stratégique de l'entreprise.

On peut citer dans cette catégorie les documents généraux de présentation de l'hôpital, les bilans sociaux et bilans d'activité, les organigrammes, les bilans des comités de direction et/ou des pôles, articles de presse, revue interne à l'hôpital...

2) Les documents supports à l'évolution de la politique stratégique de l'établissement en lien avec les technologies de l'information et de la communication. On peut citer ici les comptes rendus de réunions, les documents supports de réunions, les fiches projets mis en ligne.

3) Les documents susceptibles d'aider dans l'analyse des étapes des décisions importantes relatives à notre problématique, tels que les contrats de pôles, les notes de négociation, les messages internes (électronique...).

⁹³ HODDER I. (1994), *The Interpretation of Documents and Material Culture* in DENZIN N.K., LINCOLN Y.S.(eds), *Handbook of Qualitative Research*, pp. 393-402. London: Sage.

En somme, l'analyse documentaire permet de recueillir des informations complètes et diversifiées⁹⁴. D'une façon plus globale, les sources documentaires permettent également de resituer l'histoire des événements. En effet, le rapport à l'histoire et au temps est très difficile à saisir et à entretenir dans les organisations. Il apparaît donc clairement que l'histoire est un élément crucial dans notre problématique traitant d'un processus de transformation. Les principes de la méthode d'analyse documentaire sont herméneutiques. Cela signifie que l'objectif permanent réside dans la recherche de la « *signification globale des textes par rapport au contexte dans lesquels ils sont produits* »⁹⁵.

– *Observation passive et participante*

L'observation constitue un mode de recueil qui peut s'articuler en deux formes : soit le chercheur adopte un point de vue interne et son approche relève de *l'observation participante*, soit il conserve un point de vue externe et il s'agit d'une *observation non participante* appelée encore *observation passive*. Entre ces deux extrêmes, le chercheur peut adopter des solutions intermédiaires⁹⁶.

L'observation passive caractérise les situations dans lesquelles le chercheur ne participe pas à l'activité des personnes observées. Elle permet de comprendre les aspects organisationnels inattendus et parfois difficilement verbalisables par les acteurs. Ainsi, le chercheur partage l'expérience des participants, voit l'action comme ils la voient afin de comprendre comment ces derniers la perçoivent et l'interprètent. Les interactions entre participants, les rôles de chacun et les rituels établis sont autant d'éléments que livre l'observation passive. Groleau affirme que « *l'observation offre la possibilité de saisir sur le vif l'expérience des individus au quotidien. Les sujets éprouvent souvent beaucoup de difficulté à relater des événements qui s'inscrivent dans leurs routines* »⁹⁷. Ainsi, on peut dire que *l'observation passive* complète efficacement la connaissance du chercheur quant au contexte organisationnel.

L'observation participante caractérise les situations dans lesquelles le chercheur participe à l'activité des personnes observées. Le chercheur a la double casquette de professionnel et d'observateur. L'observateur dispose alors d'un point de vue interne (*insider*) avec un accès privilégié à certaines données d'observation. Il s'appuie sur sa propre expérience professionnelle et sur sa connaissance de l'organisation dans laquelle il évolue depuis un certain temps. Les avantages de cette position d'observation résident dans la pertinence du regard et la possibilité de travailler sur des sujets à forts enjeux stratégiques avec les acteurs de terrain, et donc difficiles d'accès à l'observateur totalement externe (*outsider*).

Dans notre rôle de « **consultant-chercheur** » en mission à l'hôpital pendant plusieurs mois, nous avons donc joué un double rôle : **observateur passif** en tant que chercheur, en exercice *d'attention vigilante*⁹⁸, et **observateur participant** en tant que professionnel engagé dans sa mission auprès des acteurs de l'hôpital. Nous avons ainsi assisté aux réunions de pôle et de

⁹⁴ DECHAMP G., ROMÉYER C. (2006), «Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins», XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy/Genève.

⁹⁵ OIRY E. (2001), *De la gestion par les qualifications à la gestion par les compétences : une analyse par les outils de gestion*, Thèse en Sciences de Gestion, Université d'Aix-Marseille II, p146.

⁹⁶ BAUMARD P., DONADA C., IBERT J., XUEREB J-M., (2007), "La collecte des données et la gestion de leurs sources", in THIETART R.A, *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, pp.228-262

⁹⁷ Op. Cit. p213.

⁹⁸ L'observation ne se limite pas à voir et à entendre : elle consiste à porter attention aux personnes, aux contextes physiques, organisationnels et institutionnels, à leurs intentions et à l'ensemble des ressources qu'elles mobilisent, à ce qu'elles perçoivent comme problèmes, bref, aux situations dans lesquelles elles sont engagées et aux *dispositifs* dans lesquels elles s'insèrent.

service, aux séminaires exécutifs organisés par la Direction Générale, aux comités de pilotage et autres séances techniques, aux discussions informelles entre les individus, aux briefings/débriefing de projets multiples et variés touchant le travail de conception du système d'information décisionnel comme d'autres projets de communication.

Au fil des projets, ce double rôle nous a permis en réalité de recueillir des informations précises sur les interprétations et les réactions des acteurs.

– **Entretiens semi-directifs**

L'entretien demeure un moyen privilégié d'accéder à travers des mots aux faits, aux représentations et aux interprétations sur des situations connues par l'acteur. Nous les avons utilisés massivement pendant les différentes étapes du projet du cas d'étude.

Nous avons constaté que l'entretien ne se résume pas au simple enregistrement de faits supposés réels. Il y a, avant tout, une relation de confiance réciproque qui s'instaure à travers une logique d'échange entre l'*interviewé* et l'*interviewer*. Comme le souligne Mucchielli⁹⁹, l'entretien est avant tout un face à face provoqué où l'*interviewer* a des attentes bien précises et auquel l'interviewé accepte de répondre.

Nous avons tenté d'éviter un écueil classique en gardant en mémoire que les propos de l'interviewé ne sont jamais a priori la réalité, mais plutôt la manière dont celui-ci a perçu les événements. Ce qui est différent. L'entretien est pour l'interviewé une occasion de livrer son sentiment et/ou son analyse à l'instant (t), suivant l'état de sa mémoire.

Parmi les situations traditionnelles d'entretien, nous avons opté pour mener des entretiens semi-directifs, c'est-à-dire que l'acteur s'exprime librement mais sur un questionnaire précis, sous le contrôle du chercheur. C'est un entretien compréhensif. La méthode associée est, alors, la systématique reformulation des réponses données. L'intérêt de la méthode est de parvenir à une meilleure compréhension des propos recueillis¹⁰⁰.

Certains entretiens ont débouché sur des observations en situation de travail. Par exemple, certains managers ont voulu nous montrer leur usage des tableaux de bord. Ces observations en situation d'usage, quand elles se sont présentées, ont été intéressantes, car elles nous ont permis de confronter les propos des managers et leur pratique réelle de l'outil. Elles ont fait l'objet d'une analyse rigoureuse. Elles ont abouti dans certain cas, à la volonté de constituer un groupe de travail sur le sujet du décisionnel, pour pouvoir directement tester certaines fonctionnalités nouvellement conçues par l'équipe projet en charge de l'outil.

S'est alors posé à nous le problème de la mémorisation et de la traçabilité des entretiens. Pour les réaliser, nous avons construit un guide d'entretien comprenant une série de questions, accompagné d'une fiche associant la question et l'élément recherché. Il est même souvent recommandé d'enregistrer les interviews au format audio voire vidéo afin de garder une trace intégrale et fidèle du terrain ou des entretiens¹⁰¹. Cependant par la lourdeur d'une telle entreprise, voire de son inapplicabilité dans le cas de notre étude, l'usage de l'enregistreur n'a pas été possible, notamment lors des entretiens en face à face, des comités de pilotage, des séminaires d'entreprise ou encore de réunions stratégiques plus informelles,

⁹⁹ MUCCHIELLI A. (1991), *Les situations de communication*. Éditions Eyrolles.

¹⁰⁰ KAUFMANN J.-C. (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan université.

¹⁰¹ HLADY-RISPAL M. (2002), *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*, De Boeck université, 250 p.

autant de situations qui composent la quasi-totalité de nos données et pour lesquelles une demande d'autorisation d'enregistrer aurait compromis notre accès.

Nous n'avons donc décidé de ne pas enregistrer les interviews réalisées mais préféré la prise de note consignée et retranscrites sur des fiches synthétiques (cf. en annexe). Nous avons par ailleurs ajouté dans notre cahier de recherche nos remarques, étonnements et réflexions au plus près de nos interventions.

– *Participation à des réunions formelles*

Plusieurs instances ont été mises en place dans la vie du projet de notre cas d'étude : comités de pilotage, comité de projet, réunion de maturité... Ces réunions formelles ont fait l'objet d'une préparation systématique d'un support de présentation, envoyé au préalable aux participants, et d'un compte-rendu permettant de consigner le relevé des décisions et les commentaires pris en séances et diffusés après la réunion.

– *Parvenir à capturer l'informel*

Au fil des mois passés dans l'hôpital, l'ensemble des acteurs-clés participant au projet ont fini par nous considérer comme membre permanent de l'équipe interne, même si ce n'était pas le cas. Ceci rendant plus facile la multiplication d'entretiens informels autour de la « machine à café » ou à l'occasion d'autres événements¹⁰². Nous avons ainsi directement collecté des données comportementales par l'observation – dans la *plus stricte des confidentialités* – sans que les sujets observés ne soient conscients de cette observation, et qu'ils ne puissent ajuster la donnée par leur réactivité.

Les informations recueillies lors de ces entretiens informels nous ont permis une meilleure compréhension du « réel » et de compléter nos analyses.

2.6. La validité de la recherche : vers le pragmatisme et l'utilité

Outre les éléments de fiabilité que nous venons de décrire avec précision à propos des outils utilisés dans notre recherche, que sont pour l'essentiel les entretiens, l'observation et les sources documentaires, se pose également la question de la validité de notre recherche, question que tout chercheur se doit d'aborder dans sa réflexion.

En choisissant l'interprétativisme comme cadre de référence de notre recherche, ce paradigme de se heurte encore aujourd'hui au problème de validation des connaissances produites, dont les modalités auraient un caractère insuffisamment précis, voire insuffisamment « pensé ». Ce qui nous pose, en tant que chercheur en gestion, inévitablement la question du statut de la connaissance qu'ils produisent.

Si les critères de validité sont bien définis dans les épistémologies positivistes et néopositivistes grâce aux critères de vérifiabilité ou de réfutation, ils restent en revanche relativement vagues, peu discutés ou énoncés en termes très généraux dans les épistémologies anti-positivistes¹⁰³. Le risque est alors, pour les travaux s'inscrivant dans de telles épistémologies, de se voir accusés de ne produire que de simples opinions.

¹⁰² Séminaires de direction, visite extérieure d'établissements hospitaliers, manifestations organisées par les groupes de travail, les pauses-réunions ou déjeuners.

¹⁰³ Les paradigmes anti-positivistes : l'interprétativisme et le constructivisme.

Les débats actuels qui animent le courant philosophique pragmatiste, et qui portent sur la définition de critères de validité de la connaissance dans *une perspective relativiste*, nous ouvrent des perspectives intéressantes concernant cette question¹⁰⁴.

- **L'approche relativiste des organisations**

L'approche relativiste des organisations aborde la question par la conception de l'objet de recherche et de la connaissance produite, par les méthodes utilisées pour appréhender cet objet, ainsi que par les objectifs du chercheur.

En sciences de gestion, les objets de recherche sont très disparates. Dans le secteur de santé par exemple, les organisations étudiées appartiennent à des structures juridiques très différentes (cliniques privées, établissements publics, établissements privés d'intérêt collectif, associations), ont des objectifs différents, voire opposés (à but lucratif, à but non lucratif), des tailles différentes, bénéficient de moyens d'allocation de ressources très diversifiés (régime de financement ex DG ou régime ex OQN) et se dotent d'indicateurs de performance très divers (productivité, qualité, coût, délai, service à la patientèle...). Les organisations sont surtout le cadre d'interactions entre acteurs, propres à chacune d'elles.

Cette disparité de l'objet de recherche, le caractère historique des situations et des interactions étudiées, vont être source *d'une importante contextualisation des résultats obtenus*, et donc de la connaissance produite, largement revendiquée par les épistémologies anti-positivistes.

Sur le plan méthodologique, nous avons donné dans notre recherche, la priorité à des méthodes de recueil du matériau de type observation participante, monographie, étude longitudinale. Toutes ces méthodes nous ont impliqués de façon durable au sein du terrain hospitalier choisi. Nous avons accordé ainsi une place centrale à l'interprétation (par le chercheur et par les acteurs) afin d'appréhender les dispositifs étudiés.

Notre recherche a également pour visée de faire progresser les connaissances sur les organisations de santé, leur gestion et leur dispositif de pilotage, tout en proposant aux praticiens hospitaliers des outils et des savoirs instrumentaux.

Mais en reconnaissant l'importance de la singularité, de l'interprétation et du contexte, la vision relativiste de l'organisation nous est apparue parfois comme difficilement applicable en tant que chercheur en gestion cherchant à asseoir la validité des connaissances qu'il produit.

- **Relativisme et critères de validité : la réponse pragmatiste**

Les réponses qu'apportent plusieurs pragmatistes et néopragmatistes au problème des critères de validité se fondent sur le principe philosophique du primat *de l'agir et du faire* et sur un principe fédérateur d'adéquation.

Le pragmatisme n'est pas une philosophie homogène et unifiée. Il est marqué par une évolution historique qui permet de distinguer les premiers pragmatistes du début du XXe siècle (James et Dewey, auquel il faut rajouter Pierce en tant que père fondateur de ce courant philosophique), de leurs successeurs actuels (Putnam et Rorty).

¹⁰⁴ GIROD SEVILLE M., PERRET V. (2002), "Les critères de validité en sciences des organisations : les apports du pragmatisme" in MOURGUES N. & alii (Dir), *Questions de méthodes en sciences de gestion*, Chap. 12, p. 315-333, EMS.

Pour les pragmatistes comme Pierce¹⁰⁵, aucune vérité n'est définitive et absolue, elle est dépendante de toute expérience à venir, fondant ainsi le principe ontologique de la continuité. Face à une prétention de sens ou à l'affirmation d'une vérité (connaissance rationnelle), il faut en examiner les conséquences pratiques (fin rationnelle) pour celui qui adhère à ce sens, à cette valeur ou à cette vérité et qui s'en inspire afin de régler sa conduite. Lorsque des conséquences pratiques ne peuvent être tirées, aucune signification n'est en jeu. Selon Dewey¹⁰⁶, pour découvrir la signification d'une idée, il faut en chercher les conséquences. Quand les conséquences sont positives et le demeurent, il y a non seulement du sens mais aussi de *la vérité* et de la valeur.

La vérité ne se définit pas pour le pragmatisme par sa correspondance avec la réalité. Le pragmatisme s'oppose en cela au réalisme selon lequel il existe une vérité dans l'absolu (universalisme) et où la connaissance peut être appréhendée en termes de vrai ou de faux.

La vérité vue sous l'angle du pragmatisme peut se définir par rapport à un principe d'adéquation. On pourra reconnaître le caractère valide d'une connaissance dans la mesure où celle-ci convient ou est correcte dans une situation donnée. Si les pragmatistes expriment une méfiance vis-à-vis d'une dichotomie vrai / faux, ils admettent néanmoins qu'une théorie puisse être meilleure qu'une autre dès lors qu'elle est plus adéquate à une situation donnée.

Ces principes fondent chez James¹⁰⁷ le critère d'utilité comme critère de validité de la connaissance : *« le vrai consiste simplement dans ce qui est avantageux pour notre pensée, de même que le juste consiste simplement en ce qui est avantageux pour notre conduite. »*. La vérité est instrumentale et opératoire en fonction des visées et besoins des individus et du milieu dans lequel ils évoluent : *« Toute vérité est une route tracée à travers la réalité ; mais, parmi ces routes, il en est auxquelles nous aurions pu donner une direction très différente si notre attention s'était orientée dans un sens différent ou si nous avions visé un autre genre d'utilité »*.

Si Dewey partage les idées de James sur la vérité comme résultat, il s'écarte cependant de sa conception purement utilitariste en soulignant les ambiguïtés d'un propos qui ne permettrait pas de distinguer ce qui est vrai de ce qui est simplement utile. Selon lui, on ne doit pas parler de vérité mais simplement de justification. Dewey appelle cette procédure de justification, l'assertabilité garantie.

Pour le néopragmatiste Putnam, la vérité est une cohérence idéale de notre conviction avec notre expérience et un consensus idéal de notre conviction avec celle des autres. La vérité est une justification rationnelle idéale.

Rorty¹⁰⁸ enfin propose la solidarité comme un critère de validité de la connaissance, qui repose sur le degré de facilité avec lequel l'accord entre les hommes est obtenu. Les discussions ne peuvent être légitimement closes que parce que les interlocuteurs sont d'accord sur les raisons (qui sont aussi des énoncés) de les clore, en tous les cas, provisoirement. La vérité scientifique n'a pas à s'imposer, elle est affaire de consensus, d'argumentation, de justification, de discussion, de solidarité, au même titre que les autres activités humaines.

¹⁰⁵ PEIRCE C. S. (1934), Collected Papers vol 5, *Pragmatism and Pragmaticism*, Hartshorne, C. and Weiss P. (Eds), Cambridge, Mass, Harvard University Press.

¹⁰⁶ DEWEY J. (1967), *Logique : La théorie de l'enquête*, Paris, PUF.

¹⁰⁷ JAMES W. (1968), *Le pragmatisme*, traduit par E. Le Brun, Paris: Flammarion, sciences de l'homme.

¹⁰⁸ RORTY R. (1994), *Objectivisme, relativisme et vérité*, Paris, PUF.

Pour conclure ce point, le pragmatisme nous fournit de nouvelles pistes de réflexion sur la validité des connaissances produites dans un paradigme plutôt relativiste. Sans se contenter d'une recherche descriptive, ni tomber dans une recherche « pratico-pratique », nous avons aussi essayé d'engager nos recherches, en visant des implications, une utilité pour les organisations hospitalières.

Ainsi, le design de notre recherche reprend tous les éléments de méthode que nous venons de présenter.

Tableau 3 : Design de notre recherche

Caractéristiques	Design de la recherche
Construction de l'objet de recherche	• Une approche interprétative « la définition de l'objet de recherche suppose dès lors une immersion dans le phénomène étudié et son observation plus ou moins participante. Cette immersion et cette observation permettront de développer une compréhension de l'intérieur de la réalité sociale et d'appréhender les problématiques, les motivations et les significations que les différents acteurs y attachent » (Thiéart, 2007 : 43)
Mode de raisonnement	• Abduction
Type de recherche	• Analyse processuelle
Famille de méthodologie retenue	• Étude de cas unique – monographie
Outils de recueil de données	Observation passive Observation participante Conduite d'entretiens semi-directifs Réunions formelles Sources documentaires
Outils de distanciation	Colloques / séminaires / Laboratoire d'étude Journal de recherche Prise de notes
validité de la recherche	• Pragmatisme et utilité

3. Plan de thèse

La restitution de notre travail s'articulera autour de trois parties.

- une première partie à visée exploratoire, en quatre chapitres, aborde les dispositifs d'aide à la décision, du contexte à leurs mises en œuvre ;
- une deuxième partie à visée théorique, en trois chapitres, aborde les questions de l'usage et de l'appropriation des dispositifs d'aide à la décision ;
- une troisième partie enfin, à visée empirique et en trois chapitres, décrit nos expérimentations et nos résultats de l'intégration des dispositifs d'aide à la décision à l'hôpital.

Une discussion conclusive proposera une relecture de notre modèle d'analyse et des pistes de discussion.

Le premier chapitre commence par décrire le contexte de la décision à l'hôpital en trois volets : d'abord sous l'angle du Nouveau Management Public replaçant l'hôpital dans le paysage des politiques publiques françaises ; ensuite, sous l'angle de la question de la performance ; et enfin sous l'angle des réformes, où seront rappelés les piliers réglementaires du pilotage.

Le second chapitre aborde ensuite le sujet sous-jacent de la performance et de son pilotage. Celui-ci propose un dialogue de gestion rénové appelé « dialogue de pilotage » favorisant la collaboration dans la prise de décision. Il s'ensuit la nécessité pour les acteurs clés de disposer d'un système d'information décisionnel qui constituera le dispositif indispensable de management de la performance.

Le troisième chapitre se focalise sur les spécificités de la prise de décision à l'hôpital. Il fera apparaître plusieurs éléments de complexité dans les organisations de santé qui se traduiront par une nécessaire évolution des processus de décision à l'hôpital. Dans le cadre de la décision de groupe, et particulièrement dans la phase de préparation de la décision, l'utilisation d'un langage commun via un outil assurant le pilotage collaboratif, favorise le pilotage partagé.

Le quatrième chapitre abordera dans un premier temps l'évolution de l'informatique décisionnelle et décrira l'anatomie du système d'information coopératif d'aide à la décision. Les méthodes de mise en œuvre seront présentées dans deuxième temps.

Le cinquième chapitre s'attache à comprendre l'appropriation du SID à travers ses usages. Celui-ci s'articulera autour de trois grands axes de questionnements. Le premier aborde les clefs de compréhension de l'usage du SID. Le second repose sur la catégorisation des acteurs-utilisateurs et de leurs usages ; le troisième axe place le système de pilotage au cœur de l'analyse de l'appropriation.

Le sixième chapitre se focalise sur la compréhension de l'appropriation du SID à l'hôpital à partir de l'articulation entre usage et conception. La prise en compte de la conception dans l'analyse de l'appropriation implique de rentrer dans l'univers des concepteurs et de s'interroger sur les mécanismes propres du processus de création. Ce chapitre sera structuré autour de trois angles d'analyse : le premier a pour objet de comprendre ce qu'est la conception ; le second renvoie aux relations entre concepteur et utilisateur ; et le troisième traite des limites opérationnelles et théoriques de cet effort d'articulation entre usage et conception.

Le septième chapitre est centré sur la compréhension de l'appropriation du SID à partir du triptyque « conception-usage-sens ». L'intégration du sens comme troisième dimension d'analyse de l'appropriation du dispositif soulève trois séries de questions : la première porte sur la compréhension de ce qu'est la construction du sens dans l'élaboration de la stratégie ; la seconde repose sur l'analyse des liens entre la construction des sens et les différents niveaux de décision ; quant à la troisième série de questions, elle concerne notre proposition inédite d'articulation théorique entre conception-usage-sens.

Le huitième chapitre s'attachera à présenter le choix de l'hôpital retenu pour notre étude empirique. Il s'est porté sur l'hôpital Parténia car représente alors une nouvelle opportunité au sein des missions professionnelles en cours. Notre choix méthodologique se porte sur l'étude de cas unique en mobilisant l'observation participante.

Les neuvième, dixième, et onzième chapitres présenteront les résultats obtenus à partir de notre étude de cas chez Parténia. Trois étapes se distinguent et vont servir de fil directeur dans l'exposé des résultats :

- Étape 1 : La mise en place de la première version du système de pilotage ;
- Étape 2 : La mise en place d'un Observatoire Médico-Économique (OME) et la structuration du dispositif global d'aide à la décision ;
- Étape 3 : La mise en œuvre du « Projet Parténia-2012 » et la conception du nouveau système de pilotage.

L'intérêt de ce découpage des résultats est de souligner l'évolution des interactions entre conception, usage et sens.

La première section de la discussion conclusive sera l'occasion de mettre à l'épreuve les différentes propositions théoriques énoncées et d'enrichir in fine la définition de l'appropriation du SID à l'hôpital à partir de la confrontation entre théorie et terrain.

La seconde section permettra sous forme d'une conclusion générale, de rappeler les principaux résultats de notre travail et de mettre en exergue les apports. Il s'agira également de porter un regard critique sur nos choix et de souligner certaines limites. Néanmoins, ces dernières ouvriront la voie à des prolongements et des recherches futures.

PARTIE 1. LES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION : DU CONTEXTE A LEURS MISES EN ŒUVRE.

*« Le véritable voyage de découverte ne consiste pas à
chercher de nouveaux paysages mais à avoir de nouveaux yeux. »*

Marcel Proust, Citations.

« Ce qui est simple est toujours faux ; Ce qui ne l'est pas est inutilisable. »

Paul Valéry, Œuvres II.

Chapitre 1. Le contexte de la décision à l'hôpital.

L'objectif de ce premier chapitre est de présenter à partir de la littérature académique le contexte de notre recherche et ses composantes dans le cadre de l'hôpital public ou l'hôpital privé participant au service public hospitalier¹⁰⁹. Nous voulons parler du nouveau contexte décisionnel qui conduit l'hôpital depuis ces dernières années vers un management de la performance.

1. L'hôpital mis sous pression par un Nouveau Management Public

L'hôpital est traversé, depuis une trentaine d'années, par une succession de réformes inspirées du nouveau management public (NMP), qui recherche économies budgétaires et production des soins plus efficace et dont le plan « Hôpital 2007 » est l'illustration la plus probante en France. Lancé en 2002, ce plan comprend un programme d'investissements fondé sur des partenariats public/privé, introduit une tarification à l'activité des établissements de santé, modifie leur organisation interne et modernise la fonction publique hospitalière.

Basé en particulier sur l'expérimentation de nouveaux instruments de régulation économique, comme le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, 1982) ou la Tarification à l'activité (T2A, 2005), le recours aux outils du NMP vise à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, incitations financières au rendement. Le développement ou l'apparition dans le secteur public de ces nouvelles notions comme la flexibilité, l'efficacité, l'efficience, la gouvernance ou encore l'évaluation, soulève par conséquent plusieurs questions.

Ces méthodes de management issues du privé sont-elles vraiment pertinentes pour le secteur public ? En quoi consistent ces réformes managériales en pratique et quels sont leurs effets sur les modes de gestion et de pilotage de l'hôpital ? Quelles sont les limites du NMP et les résistances à son essor ?

Pour répondre à ces questions, nous verrons dans cette première partie les fondements et les avantages du NMP. Puis nous évoquerons ses principales limites et ses dysfonctionnements, en dressant quelques perspectives d'évolution.

1.1. Les fondements et avantages du NMP

Au début des années 1980, l'ensemble des pays de l'OCDE et de nombreux pays en voie de développement ont dû faire face à une crise financière caractérisée par un important déficit public et un endettement élevé. Dans ce contexte, pour mieux répondre aux attentes et exigences des citoyens (qui sont aussi des usagers, des contribuables, des bénéficiaires et des

¹⁰⁹ L'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) vient remplacer l'ancienne dénomination pour établissements privés de santé participant au service public hospitalier (PSPH).

électeurs), des solutions ont été envisagées en terme de management¹¹⁰ dans le but d'encadrer, de rationaliser voire de réduire les coûts.

Ainsi, des méthodes de management – traditionnellement employées dans le secteur privé – se sont peu à peu répandues dans la sphère publique¹¹¹, constituant le courant du Nouveau Management Public (NMP) également appelé Nouvelle Gestion Publique (NGP).

D'un point de vue théorique, le NMP est un concept qui puise ses fondements dans de nombreux courants de pensée (courant néoclassique, théorie des organisations, théorie de l'agence, théorie des droits de propriété, etc.) et qui rejoint par bien des aspects l'idéologie du « Public Choice » reposant sur l'individualisme méthodologique (c'est-à-dire l'idée selon laquelle les intérêts d'une organisation publique doivent avant tout être analysés au travers des individus qui la composent et des stratégies qui leur sont associées), le recours aux privatisations et une plus grande souplesse et décentralisation des unités administratives.

L'idée principale du NMP est que les méthodes de management du secteur privé, réputées supérieures à celles du secteur public, peuvent lui être transposées. En effet, le secteur public est jugé inefficace, excessivement bureaucratique, rigide, coûteux, centré sur son propre développement (effet Léviathan), non innovant et ayant une hiérarchie trop centralisée. Pour le perfectionner il est donc nécessaire d'accroître les marges de manœuvre des gestionnaires pour leur permettre de mieux répondre, au moindre coût, aux attentes des citoyens. Ces derniers sont désormais assimilés à des clients (logique consumériste) tandis que les administrateurs deviennent de véritables managers. Cette conception du secteur public – et plus particulièrement de l'administration, reposant sur les 3 E « Économie, Efficacité, Efficience »¹¹² – s'oppose à celle de Weber pour lequel la « bureaucratie », véritable idéal type, est la condition même de l'efficacité par sa dimension rationaliste. Le tableau suivant indique les principales différences entre une administration de type wébérienne et une administration basée sur le NMP.

Tableau 4 : Comparaison des administrations de types wébérienne et NMP

	Administration wébérienne	Administration NMP
Objectifs	Respecter les règles et les procédures	Atteindre les résultats, satisfaire le client
Organisation	Centralisée (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale)	Décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités politiciens/administrateurs	Confus	Clair
Exécution des tâches	Division, parcellisation, spécialisation	Autonomie
Recrutement	Concours	Contrats
Promotion	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	Avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance
Contrôle	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance
Type de budget	Axé sur les moyens	Axé sur les objectifs

¹¹⁰ Le management, issu du français « ménagement », correspond à l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion d'une entité afin qu'elle atteigne ses objectifs. Le management n'est pas à proprement parler une théorie mais plutôt une pratique regroupant un ensemble de savoir-faire techniques et relationnels, in ALECIAN, S. et FOUCHER D. (2002), *Le management dans le service public*, Paris, France, Édition d'Organisation, 446 p.

¹¹¹ Nous entendons par sphère publique les entreprises publiques et les administrations qu'elles soient centrales, déconcentrées ou décentralisées.

¹¹² URIO, P. (1998), "La gestion publique au service du marché", in HUFTY M. (éds), *La pensée comptable : État, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF et Les nouveaux Cahiers de l'IUED, Paris et Genève, 91-124.

Selon les auteurs de ce tableau¹¹³, la conception décentralisée issue du NMP permet aux structures de gagner en autonomie, en flexibilité et en réactivité, à l'opposé de la bureaucratie wébérienne qui semble manquer de souplesse. Le partage des responsabilités gagne également en clarté. En effet, dans un schéma wébérien, les fonctions politique et administrative apparaissent le plus souvent interdépendantes (la décision du politicien ne peut être prise sans les capacités d'expertise des fonctionnaires). Ce schéma n'est pas forcément négatif selon les cas, et le passage à un modèle d'administration basé sur le NMP autorise toutefois une meilleure séparation des deux domaines. Les pouvoirs publics fixent les objectifs alors que les fonctionnaires et les agences spécialisées, considérées comme purement techniques, sont en charge de leur mise en œuvre.

D'après Laufer et Burlaud¹¹⁴, Hood¹¹⁵, Pollitt et Bouckaert¹¹⁶ et Gruening¹¹⁷, le NMP est transdisciplinaire, touchant à la fois les fonctions stratégiques, finance, marketing et ressources humaines (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 5 : Les différentes actions s'inscrivant dans le champ du NMP

Fonction Stratégique	Gestion par les résultats Mise en place d'une planification stratégique Privatisation d'entreprises publiques, externalisation (faire-faire) Mise en place de partenariats public/privé Séparation des fonctions politique (conception) et administrative (mise en œuvre) Déconcentration et/ou décentralisation Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en interne (permet de décloisonner les services) Généralisation de l'évaluation (culture de la performance) Simplification des formalités administratives
Fonction Finance	Réduction des déficits Budgétisation par programme Plus grande transparence de la comptabilité (par exemple par la mise en place d'une comptabilité analytique pour comparer les résultats aux prévisions)
Fonction Marketing	Développement du marketing public (consultations, enquêtes, sondages, observatoires, etc.) Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en externe (pour une meilleure communication)
Fonction Ressources Humaines	Réduction des effectifs Responsabilisation et motivation des fonctionnaires (individualisation des rémunérations, primes au rendement, etc.) Développement de la participation

La mise en place du NMP fait ainsi naître de nombreux avantages. Tout d'abord, le NMP permet d'améliorer l'image, parfois ternie, du secteur public.

L'encadré ci-dessous nous rappelle brièvement les spécificités d'un secteur public fréquemment diabolisé par rapport au secteur privé.

¹¹³ AMAR A., BERTHIER L. (2007), "Le nouveau management public: avantages et limites", *Gestion et Management Publics*, Vol.5, Décembre 2007.

¹¹⁴ LAUFER R., BURLAUD A. (1980), *Management public : gestion et légitimité*, Paris, France, Dalloz, 337p.

¹¹⁵ HOOD C. (1991), "A Public Management for All Seasons", *Public Administration*, 69, 1, 3-19.

¹¹⁶ POLLITT C., BOUCKAERT G. (2000), *Public Management Reform: A Comparative Analysis*, Oxford University Press, 314 p.

¹¹⁷ GRUENING G. (2001), "Origin and Theoretical Basis of New Public Management", *International Public Management Journal*, 4, 1-25.

Encadré 2 : Les spécificités du secteur public

Comme dans le secteur privé, le secteur public produit des biens et des services, gère un budget, une trésorerie, son personnel et poursuit des objectifs. Cependant, ces objectifs diffèrent. Dans le secteur public, l'objectif est la satisfaction de l'intérêt général alors que dans le secteur privé, il s'agit de la rentabilité et du profit. Des différences existent également au niveau des ressources humaines. Dans le secteur public, la sécurité de l'emploi est généralisée avec le statut de la fonction publique, symbole de neutralité et d'égalité des chances, tandis que dans le secteur privé, la non-protection de l'emploi est une réalité (par contre, les rémunérations tiennent mieux compte de l'implication personnelle). D'autres spécificités existent en matière de législation, de moyens, de localisation, etc. Le fait que les responsables publics soient élus ou désignés a également une incidence. Le secteur public se révèle donc essentiellement fondé sur une rationalité juridique alors que le secteur privé est plutôt basé sur une rationalité managériale¹¹⁸.

Ainsi, l'adoption du NMP permet de perfectionner et de moderniser l'action publique, souvent jugée comme contre-productive, en introduisant en son sein des pans de rationalité managériale.

Autre aspect, le parangonnage (benchmarking) entre structures publiques (via des indicateurs de performance), ou encore entre structures publiques et structures privées (dans le cadre d'appels d'offres) est susceptible de créer une émulation profitable à l'ensemble des usagers et des contribuables. La compétition et la concurrence sont, dans ce sens, un gage d'efficacité. Par ailleurs, l'introduction du NMP entend éviter de nombreux gaspillages et de réaliser des économies substantielles, en particulier par une réduction des effectifs qui viendrait augmenter la productivité sans abaisser la qualité des services rendus.

Enfin, selon le baromètre du changement dans le secteur public¹¹⁹ en France, une part importante de fonctionnaires pourrait être favorable à l'introduction du NMP. Ainsi, 59 % des salariés du secteur public estiment urgente une réforme du fonctionnement de l'État et du service public et 44 % d'entre eux jugent trop lent le rythme des réformes dans l'entreprise publique ou l'administration dans laquelle ils travaillent. Les 4 grands motifs invoqués par les agents sont :

- Mieux répondre aux exigences des usagers,
- Améliorer la situation des fonctionnaires : rendre leur travail plus intéressant, leur donner de meilleures perspectives de carrière, améliorer leur image,
- Améliorer la performance de l'économie française,
- S'adapter aux évolutions technologiques.

De manière générale, les opinions publiques sont favorables aux transformations du secteur public et la barrière idéologique que l'on pourrait opposer au NMP, son côté néolibéral rejetant l'État, n'est pas totalement fondée. Ainsi par exemple, comme l'évoque Amar et Berthier la mise en concurrence entre les secteurs public et privé dans les appels d'offres se solde souvent par l'obtention des marchés par le secteur public¹²⁰.

Nous avons vu dans ce premier paragraphe les fondements et les avantages provenant de l'introduction du NMP dans le secteur public, voyons maintenant les limites opposables à ce changement de paradigme en termes de pertinence et d'efficacité.

¹¹⁸ CHEVALIER, J., LOCHAK D. (1982), "Rationalité juridique et rationalité managériale dans l'administration française", *Revue Française d'Administration Publique*, 24, 21-33.

¹¹⁹ Sondage TNS-Sofres pour Performance Consulting réalisé en 2005 sur un échantillon de 1 500 salariés du secteur public (par questionnaire papier auto-administré, taux de réponse : 65%).

¹²⁰ Op. Cit. p.8.

1.2. Les limites et les dysfonctionnements du NMP

Le NMP présente des résultats en demi-teinte car des limites intrinsèques ou des dysfonctionnements liés à son application, apparaissent et viennent entamer sa réussite totale.

Première limite : certains postulats sur lesquels se base le NMP sont discutables et peuvent être nuancés :

- Le statut de la fonction publique (recrutement, rémunération, promotion, carrière, etc.), considéré comme rigide et empêchant la mise en place d'une gestion pertinente des ressources humaines, expose des contraintes que l'on peut retrouver aussi d'une certaine façon dans le secteur privé. En effet, les conventions collectives, notamment dans les grandes et moyennes entreprises, peuvent remplir une fonction similaire voire plus rigide que le statut de la fonction publique. Seules les petites entreprises disposent d'une réelle autonomie de gestion de leur personnel ;
- Le secteur public n'est pas dénué non plus d'une certaine souplesse car il emploie de nombreux contractuels donnant quelques marges de manœuvre aux gestionnaires des ressources humaines ;
- Enfin, le statut de la fonction publique n'est pas forcément démotivant pour les fonctionnaires du fait de l'existence de promotions internes et de la noblesse du service public.

Autre limite, le management public est « différent » et « plus difficile » que le management privé¹²¹. Il exige donc des réponses qui, si elles peuvent s'inspirer du secteur privé, doivent être compatibles avec les fondements et les valeurs du secteur public. Des facteurs de motivation comme la reconnaissance, de bonnes conditions de travail et le fait d'être consulté sur les objectifs sont tout aussi importants pour les fonctionnaires que l'argent perçu.

Enfin, la mesure de la performance est difficile dans le secteur public en raison de la multiplicité des objectifs et des acteurs. L'obsession de l'évaluation reste présente mais l'intitulé de la question s'est sensiblement modifié : Si auparavant on se posait la question « pourquoi évaluer ? », on se pose désormais la question « comment évaluer ? » afin d'éclairer les décisions des gestionnaires.

Le NMP présente un certain nombre de dysfonctionnements :

- Multiples résistances individuelles ou collectives (via les syndicats) chez les fonctionnaires qui perçoivent des risques sur leur rémunération, leur reconnaissance et leur autonomie. Ils craignent également l'arbitraire dans l'évaluation.
- Difficultés chez les décideurs pour déléguer leur pouvoir et gérer la mise en place du NMP nécessitant une dimension temporelle étendue pour pouvoir se pérenniser.
- Bien qu'ayant plus de libertés que par le passé, les gestionnaires publics dans leur ensemble, n'ont pas les marges de manœuvre du secteur privé ni la rémunération qui en découle.
- Bilan mitigé dans les faits pour redresser les situations budgétaires dégradées et impulser un nouveau souffle.
- Accroissement des relations conflictuelles car le gain d'autonomie procuré aux agents publics se traduit par une plus grande pression, une plus forte incertitude et un plus grand stress qui au bout du compte va avoir des effets néfastes sur l'accomplissement des objectifs.

¹²¹ HELLER, R. (1972), *Naked Manager*, Barrie&Jenkis, London, 256 p.

Certaines recherches ont d'ailleurs montré qu'une modification organisationnelle n'a pas toujours un impact sur la performance¹²².

Pour conclure, le NMP n'est pas un outil miracle, il s'apparente plutôt à un processus de long terme qui exige du temps, de la mesure et de la détermination. Le management privé, s'il constitue parfois un exemple d'inspiration dans le secteur public, ne doit pas pour autant être survalorisé ou sacralisé. La finalité du NMP n'est pas de faire disparaître les services publics mais de les perfectionner.

1.3. L'hôpital à l'heure du Nouveau Management Public

Depuis le début du "plan Hôpital 2007", la mise en place des réformes managériales dans les hôpitaux français s'est largement inspirée de ce Nouveau Management Public. Dans son ouvrage intitulé *L'hôpital sous pression*¹²³, Nicolas Belorgey rend compte des caractéristiques et changements induits par le NMP dans les établissements hospitaliers, non seulement du point de vue de l'organisation, mais aussi du point de vue des effets sur les acteurs et sur le service public.

Le point de vue qu'il adopte, propose d'articuler ensemble les analyses sur les réformes de santé, qui se situent "au-dessus" de l'hôpital, et les analyses sur les professions de santé, qui, elles, se situent "dedans" mais largement "au-dessous" des réformes. La démonstration menée par l'auteur s'appuie sur un abondant matériau ethnographique (stages à la direction des affaires financières d'un hôpital, stage d'observation dans des services d'urgence, participation à un audit...), sur plus d'une centaine d'entretiens et sur un questionnaire distribué dans deux services hospitaliers. La richesse de ce matériau contribue à la solidité empirique de l'analyse et en fait toute sa force.

L'enquête permet ainsi de comprendre que les logiques managériales menées sont bien plus que de simples instruments techniques. Car si les changements introduits sont souvent présentés comme de purs dispositifs de gestion visant à réduire les gaspillages et à maximiser les résultats étant donné les ressources disponibles, on oublie trop facilement qu'elles impliquent pour les acteurs une redéfinition des façons d'agir, de penser et de sentir, et qu'elles sont aussi des outils politiques ayant parfois des conséquences pratiques dépassant les objectifs affichés de leur mise en œuvre.

L'étude aborde aussi la question des usages sociaux du *benchmarking*, cet étalonnage de la performance qui consiste à ériger le mieux-disant en modèle au lieu de prendre la moyenne. Il apparaît que cette approche, en insistant sur les causes organisationnelles du temps de passage aux urgences par exemple, rend en fait implicitement responsables les professionnels de santé (médecins et soignants) plutôt que les pouvoirs publics en négligeant d'autres facteurs essentiels comme l'offre de soins en amont et en aval des services, les différences de pathologies entre patients ou encore la dimension sociale de l'accueil aux urgences. La question de l'appropriation des réformes par les intermédiaires (directeurs d'hôpitaux, consultants privés) est également développée en explorant les figures des "convertis", des "résistants" ou des "faux croyants" à ces réformes. Le statut des acteurs, leur légitimité ou leur fragilité institutionnelle mais aussi leurs socialisations familiales, politiques ou professionnelles permettent de comprendre en partie pourquoi ils s'approprient

¹²² DUNSIRE, A. *et al.* (1988), "Organizational Status and Performance: A Conceptual Framework for Testing Public Choice Theories", *Public Administration*, 66, 363-388.

¹²³ BELORGEY Nicolas (2010), *L'hôpital sous pression*. Enquête sur le nouveau management public, La Découverte, 329 p.

ou résistent à ces normes managériales, selon qu'elles remettent ou non en cause ce qu'ils considèrent comme "les bonnes façons de travailler à l'hôpital".

2. La question de la performance, ses enjeux, ses implications

Le thème de la performance est entré dans le vocabulaire courant¹²⁴, y compris à l'hôpital. Il est un des mots les plus fréquents aujourd'hui dans les discours des dirigeants hospitaliers, dans les rapports d'activités de l'hôpital et dans les recherches sur l'organisation. Il n'est plus un mot « tabou » et une agence nationale d'appui à la performance a même été créée¹²⁵.

Pourtant, la performance est ambivalente disait Alain D'Iribarne, Directeur de Recherche au CNRS, intervenant justement à ce sujet à la Conférence ADH¹²⁶ du 10 février 2006 sur le thème « La performance à l'hôpital, ne pas se tromper de performance ».

Parce qu'elle vise le progrès ou le dépassement (*per-formare*, donner forme), c'est pour les acteurs hospitaliers une ardente obligation que d'aller vers la recherche de la performance et en même temps, parce qu'elle inquiète (elle renvoie à un résultat dans une compétition, et à la rentabilité dans le monde économique), une clarification s'impose sur l'application adaptée qu'il convient de faire de la performance à l'hôpital : de quelle performance parlons-nous ?

2.1. Sens du mot performance

Dans le domaine de la gestion, la performance recouvre des significations différentes selon les contextes de son utilisation. Elle peut être définie ainsi :

- comme le résultat d'une action : « la mesure des performances est entendue comme l'évaluation *ex post* des résultats obtenus »¹²⁷,
- à partir des modes d'obtention du résultat : « la performance est l'action faite de nombreux composants, non un résultat qui apparaît à un moment dans le temps »¹²⁸,
- comme le succès de l'action : « le succès passe toujours par une compétition plus ou moins explicite »¹²⁹.

Il y aurait donc plusieurs logiques d'évaluation de la performance d'une entreprise quelle qu'elle soit. Qu'il s'agisse d'évaluer les résultats d'une action, d'apprécier les processus mis en œuvre ou de caractériser le bilan d'une action, la performance est associée aux concepts d'efficacité, d'efficience, de cohérence et de pertinence. La figure suivante précise le positionnement de chacun de ces concepts.

¹²⁴ À titre d'illustration une recherche sur Google (pages francophones) sur le thème Performance Hospitalière donne... 357 000 résultats !

¹²⁵ L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux fédère les expériences et les compétences du GMSIH, de la MAINH et de la MEAH, auxquelles sont venues s'ajouter des compétences complémentaires. La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 lui confie la mission d'appuyer les établissements de santé et médico-sociaux et les ARS (Agences Régionales de Santé) afin d'améliorer leur performance.

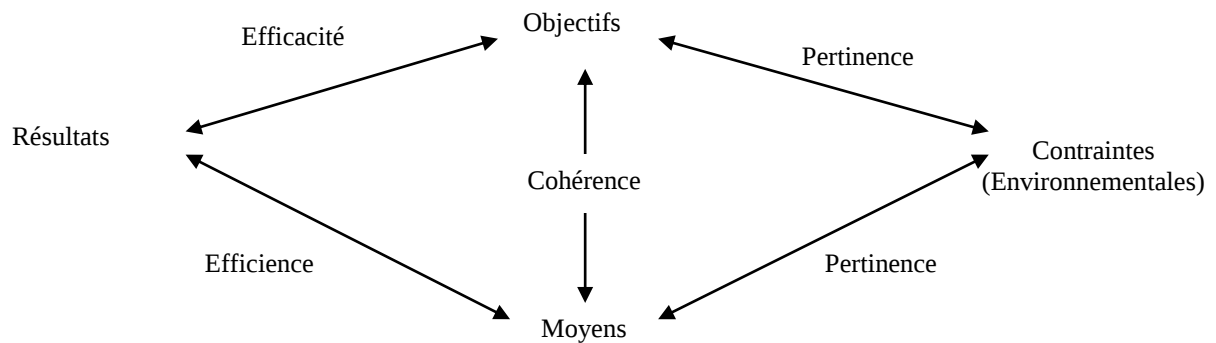
¹²⁶ Conférence ADH (Association des Directeurs d'Hôpital) du 10 Février 2006 sous le thème « La Performance à l'hôpital public : entre ardente obligation et application adaptée », Hôtel Château Perrache, Lyon.

¹²⁷ BOUQUIN H. (2008), *Le contrôle de gestion*, Gestion PUF, 8^{ème} édition

¹²⁸ BAIRD, L. (1986), *Managing performance*, John Wiley, New York

¹²⁹ BOURGUIGNON A. (1995), "Peut-on définir la performance ?", *Revue française de comptabilité*, n°269, pp. 61-65.

Figure 3 : Logiques d'évaluation de la performance



Selon les auteurs de cette figure¹³⁰, en rapportant les résultats aux objectifs, l'efficacité traduit l'aptitude de l'entreprise à atteindre ses objectifs. Dès l'origine, le contrôle de gestion fait reposer le pilotage de la performance sur ce principe. L'efficience, qui met en relation les résultats et les moyens, exprime le principe d'économicité classique en économie. Ce principe constitue le fondement de nombreux indicateurs de performance qui rapporte un indicateur de résultat à un indicateur de mesure des capitaux employés. En rapportant les objectifs aux moyens, la cohérence traduit l'adéquation censée garantir l'équilibre du système. En renvoyant à une exigence de coordination interne de l'action collective, la cohérence traduit l'harmonie des composantes de base de l'organisation qui permet d'évaluer la performance en matière organisationnelle. La pertinence met en relation les objectifs ou les moyens avec les contraintes de nature exogène qui pèsent sur l'entreprise. En exprimant une exigence d'adaptation, la pertinence convient à l'évaluation de la performance dans le domaine stratégique. [...].

Même si certaines démarches peuvent lui être adaptées (les démarches qualité ou de gestion), le mode de fonctionnement de l'hôpital est différent de celui des entreprises. Sa « matière première » est humaine, la qualité du service rendu est humaine dépendante, et il ne dispose pas des mécanismes de marché traditionnels pour évaluer sa position « économique » au sein du système de santé. Dans un contexte de restrictions budgétaires, si la performance vise à un résultat, à une qualité de service rendu et à l'efficience, alors l'hôpital doit répondre de l'utilisation au mieux de ses ressources, de l'optimisation de leur gestion afin de limiter les dépenses tout en garantissant aux patients, sécurité et qualité des soins.

La performance devient une notion contingente appelée à avoir une signification variable au grès des parties prenantes. La mesure de la performance hospitalière se trouve justifiée :

- pour le ministère, car elle permet de planifier et d'allouer équitablement les ressources en fonction des besoins,
- pour l'hôpital, car la mesure des résultats va permettre d'évaluer les actions entreprises, de les adapter si besoin et de justifier les orientations stratégiques,
- pour le personnel, au travers de la reconnaissance du travail fourni qui devient un facteur de motivation,
- enfin pour les patients, qui verront, par cette évaluation continue des résultats, un facteur de crédibilité de l'hôpital.

¹³⁰ MARION A., ASQUIN A., EVERAERE C., VINOT D., WISSLER M. (2012), *Diagnostic de la performance de l'entreprise - Concepts et méthodes*, Collection: Management Sup, Dunod.

Les gestionnaires hospitaliers se retrouvent donc face à de nouvelles problématiques, déjà connues du monde de l'entreprise, celles du pilotage de la performance et de la gestion logistique dans un objectif de création de valeur. Ces derniers vont donc utiliser les mêmes outils de management de la performance que ceux utilisés par le monde de l'entreprise, qu'ils vont adapter à leurs besoins spécifiques. Indicateurs, tableaux de bord, pilotages financiers font leur entrée à l'hôpital. La diffusion de l'information, la mise en œuvre de démarches de qualité et de gestion des risques, la gestion en terme d'analyse stratégique, permettent à l'hôpital de s'engager dans un processus de modernisation de son mode de fonctionnement.

Voyons maintenant ce qu'en pensent celles et ceux, médecins, directeurs, cadres, personnels soignants qui y travaillent ? Qu'en pensent aussi les patients, qui viennent s'y faire soigner.

2.2. Ce qu'en pensent les acteurs hospitaliers

Les témoignages des acteurs hospitaliers condensés dans un clip audiovisuel produit par l'ANAP¹³¹ et diffusé à l'occasion du salon Hôpital Expo HIT 2010, nous laissent une idée de l'importance que revêt aujourd'hui cette problématique.

• La performance selon eux ?

Cécile BENEUX, Directeur de cabinet et relations internationales – CHU de Poitiers

“La performance en général est pour moi une notion très polysémique mais qui revêt dans l'hôpital public en particulier une dimension tout à fait spéciale, puisqu'à l'hôpital, à côté du résultat, il est fondamental aussi de regarder les moyens qui sont mis en œuvre pour atteindre le résultat. “

Charles GUÉPRATTE – Directeur général adjoint de l'institut Gustave Roussy, Villejuif

“Pour moi, le vocable de Performance regroupe bien à la fois le médical et l'économique, c'est pour cela que l'on parle souvent de performance économique, plus que d'efficience. “

Christophe KASSEL, Directeur du Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard (AP-HP)

“La performance n'est pas d'ordre économique à l'origine, elle est d'ordre organisationnel, et elle se décline ensuite en performance économique, en qualité de prise en charge, en conditions de motivation des professionnels autour d'une organisation performante. “

Jean-Pierre DEWITTE, Directeur général du CHU de Poitiers

“La notion de performance pour moi, c'est d'offrir d'abord la meilleure qualité possible avec un coût raisonnable. “

Dominique BOULANGÉ, Présidente des Cliniques Ambroise Paré – Pierre Cherest – Hartmann (Neuilly-sur-Seine)

“Une clinique performante est une clinique qui économiquement est saine, fait des bénéfices pour pouvoir investir, et dans la paix sociale et dans un contexte qualitatif pour la prise en charge des malades importants. “

¹³¹ La performance en questions, Réalisation : Alexis DUSSOL (Décision & Stratégie Santé), Teddy BENSEDJAD (Vecteur M) Production : Agence Nationale d'appui à la Performance (ANAP), <http://www.anap.fr/nc/videotheque/>

Dr Philippe BEAUFILS, Chef de pôle, CH de Versailles

“La performance à l’hôpital c’est avant tout la qualité de la prise en charge du patient, ce qui passe par la qualité des soins, mais également bien sûr par une dimension économique.”

Jean-René MARTIN, Directeur des soins du CHU de Poitiers

“La performance me fait penser à l’efficacité. Être efficace c’est quoi, c’est pouvoir rapidement mettre en œuvre des actions adaptées aux besoins du malade.”

Pascal SPADONI, Aide soignant HEGP (AP-HP)

“Pour moi la performance, c’est uniquement faire des économies sur le dos des usagers et sur le dos du personnel.”

Jean-Noël PAROLA, Président de la CME du CH de Saintes

“L’hôpital performant est un hôpital qui sait se remettre en question, qui sait travailler la qualité des soins, qui sait travailler aussi qualité de la prise en charge du patient, la sécurité du patient dans son parcours.”

Sophie MERRELLEC, Cadre de pôle, Hôpital Bichat (AP-HP)

“Pour moi, la performance à l’hôpital évoque avant tout la qualité des soins dispensés aux patients. Je pense que tous les projets d’amélioration de la qualité sous-tendent qu’on ait une attention particulière aux hommes et aux femmes qui travaillent dans ces organisations.”

• La performance se réduit-elle à une performance économique ?

Pr Charles MAYAUD, Chef de pôle Hôpital Tenon (AP-HP)

“À mon sens, une performance des soins n’est pas contradictoire avec une performance économique. L’organisation a pour but l’amélioration des soins, et les hommes adhéreront à cette nouvelle organisation, que s’ils sont convaincus que le but en est bien l’amélioration des soins et non pas, comme but premier l’économique.”

Jean-Pierre DEWITTE, Directeur général du CHU de Poitiers

“Aujourd’hui, trop peuvent penser qu’un établissement est dit « performant » sous prétexte qu’il respecte son budget, ce qui ne me paraît pas une réelle bonne appréciation.”

Catherine LOUGARE, Déléguée CGT à l’Hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux

“On parle plus du patient, on parle du client et maintenant c’est la productivité du soin, donc on voit mal comment à l’hôpital un système économique rentrer à l’hôpital public.”

Pr Joseph ALLAL, Président de la CME du CHU de Poitiers

“Il faut une vision d’organisation, et je suis sûr que l’économie suivra derrière.”

Dominique BOULANGÉ, Présidente des Cliniques Ambroise Paré – Pierre Cherest – Hartmann (Neuilly-sur-Seine)

“Si vous ne mettez pas la performance économique en premier, vous êtes morts parce que vous ne pourrez pas faire la qualité des soins et faire face à la paix sociale dans l’établissement. Si vous n’avez pas des résultats économiques pertinents, et bien vous ne vivrez pas.”

- **La performance : qu'attendent les usagers ?**

Henri, Patient

“Je pense qu'un hôpital performant c'est un hôpital qui est à la pointe de toutes les connaissances et de toutes les techniques à l'heure actuelle. “

Marie-Paule, Patiente

“Pour moi déjà, l'hôpital performant c'est un hôpital qui est pour l'accompagnement, le relationnel, la communication, et surtout les soins.

Casanova, Patient

“C'est d'abord l'accueil, l'orientation, ensuite c'est aussi un bon dialogue entre moi-même et le médecin. “

Karim, Patient

“Un hôpital performant pour moi, c'est avant tout la qualité des soins, un personnel disponible, de qualité aussi évidemment. “

Alain GALLAND, Président du CISS Poitou-Charentes

“Un hôpital, il n'a pas à être performant, il est là pour soigner et prendre en charge les patients et c'est tout. Une usine est performante, une entreprise est performante, mais pas un hôpital. Un hôpital, il est là pour soigner, point final. “

Comment être performant ?

Dr Philippe BEAUFILS, Chef de pôle, CH de Versailles

“La performance, ce n'est pas toujours la concurrence, ça peut être aussi, et c'est souvent, la complémentarité avec d'autres structures de soins. “

Jean-Pierre RICHARD, Directeur du CH de Rambouillet

“On n'est jamais performant tout seul, on est performant en constituant un collectif et de plus en plus les établissements sont voués à s'ouvrir sur l'extérieur et surtout à travailler avec les autres, donc à coopérer. “

Pr Joseph ALLAL, Président de la CME du CHU de Poitiers

“C'est toute l'organisation qu'il faut revoir, l'organisation hospitalière et en particulier de l'hôpital public. Je prends l'exemple simple des blocs opératoires. Chacun autre fois, chacune des chirurgies avait son bloc opératoire. « C'était mon bloc » ; Il y avait des frontières entre les spécialités et l'expérience actuelle de réorganisation des blocs opératoires nous a fait évoluer. “

Pr Charles MAYAUD, Chef de pôle Hôpital Tenon (AP-HP)

“Je crois réellement que le seul moyen d'améliorer la performance, c'est avoir le courage de faire des choix. Je crois que souvent l'on est dans une performance médiocre, parce que l'on n'a pas choisi, on veut continuer à tout faire et on n'a pas les moyens de tout faire. “

Christophe KASSEL, Directeur du Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard (AP-HP)

“Un hôpital performant c'est un hôpital où toutes les interfaces entre les différents secteurs d'activité de l'hôpital sont des interfaces qui fonctionnent correctement, qui se coordonnent correctement, qui sont fluides. Donc la performance est un élément qui peut nous sauver collectivement dans un contexte économique contraint. “

2.3. Nos propres constats

Tous les témoignages qui précèdent sont corroborés par nos propres observations obtenues sur le terrain. Ils nous permettent d'avancer un certain nombre de constats qui font par ailleurs l'unanimité des observateurs de l'hôpital.

On peut distinguer :

1. Un cloisonnement et une segmentation des activités, renforcés par une spécialisation accrue des professionnels et l'explosion des plateaux techniques,
2. Un manque d'informations pertinentes ; pas un manque d'informations dans l'absolu, puisque les informations, on en a (on en a même plutôt trop), mais un manque d'informations transversales, pertinentes pour les acteurs pour pouvoir piloter leurs activités.
3. Une hiérarchie trop lourde, qui freine les initiatives et l'adaptation à l'hôpital, avec trois hiérarchies qui se côtoient, administratives, médicales et soignantes, ce qui concourt à deux dysfonctionnements que l'on retrouve dans ce type de grandes organisations : démotivation des acteurs et magnificence de l'activité.

Force est de constater aujourd'hui que l'hôpital se trouve confronté à 4 défis majeurs (ceux que nous avons retenus) :

1. **Rechercher l'efficacité économique** : nous savons tous que la santé n'a pas de prix mais elle a un coût. En 2008, les dépenses de soins hospitaliers se sont élevées à **69,9 milliards d'euros**¹³² dont 54,2 milliards d'euros pour les hôpitaux publics et les établissements privés ESPIE,
2. **qui ne doit pas se faire au détriment de la qualité des soins** : il doit donc essayer d'assurer une continuité dans la prise en charge, diminuer les risques associés à la prise en charge, assurer un soutien aux familles, tout ce que l'on peut entendre autour du terme Qualité,
3. **Légitimer son activité** : c'est-à-dire recentrer cette activité sur les patients et non sur les professionnels, comme on peut penser qu'elle l'est actuellement, au niveau de l'organisation de la prise en charge notamment,
4. **Créer les compétences organisationnelles** : passer de la simple exécution budgétaire à la gestion des ressources, passer d'une analyse verticale à une analyse transversale.

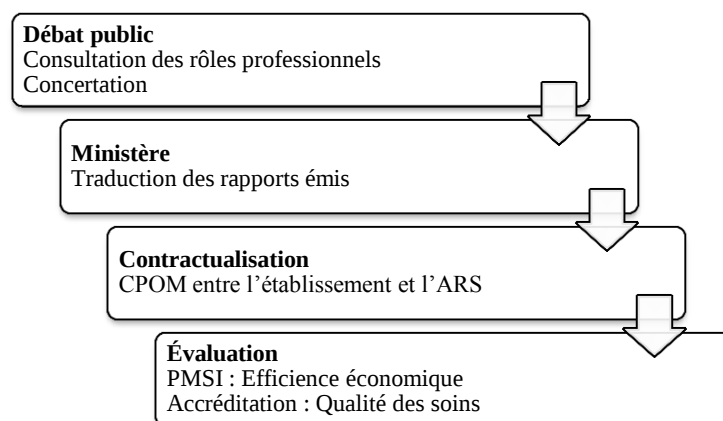
2.4. La réponse des pouvoirs publics

La définition et la mise en place d'outils de pilotage de la performance dans les organisations de santé ont été très souvent consécutives à des obligations réglementaires, et beaucoup plus rarement liées à un processus interne de management.

Sur le champ sanitaire par exemple, la réponse des pouvoirs publics à cette recherche de performance s'est traduite par de nouveaux modes de régulation : mise en place de mécanismes de débats publics et de régionalisation, volonté de négociation et de contractualisation entre les acteurs ; et de nouveaux modes d'évaluation, le PMSI et l'accréditation.

¹³² Source DGOS.

Tableau 6 : les nouveaux modes de régulation



Les réformes se sont ainsi succédées ces dernières années, afin d'obliger les établissements de santé à moderniser leur management et à faire évoluer leur organisation interne. Tournées jusque-là vers des modalités de contrôle externe de niveau national, ces réformes visent maintenant à donner une plus grande autonomie aux établissements.

Ce type d'évolution suit, on l'a vu, la tendance du NMP qui se rencontre dans l'ensemble des secteurs sous la dépendance de l'État – notamment avec la réforme introduite par la Loi Organique Relative aux Lois de Finance (LOLF).

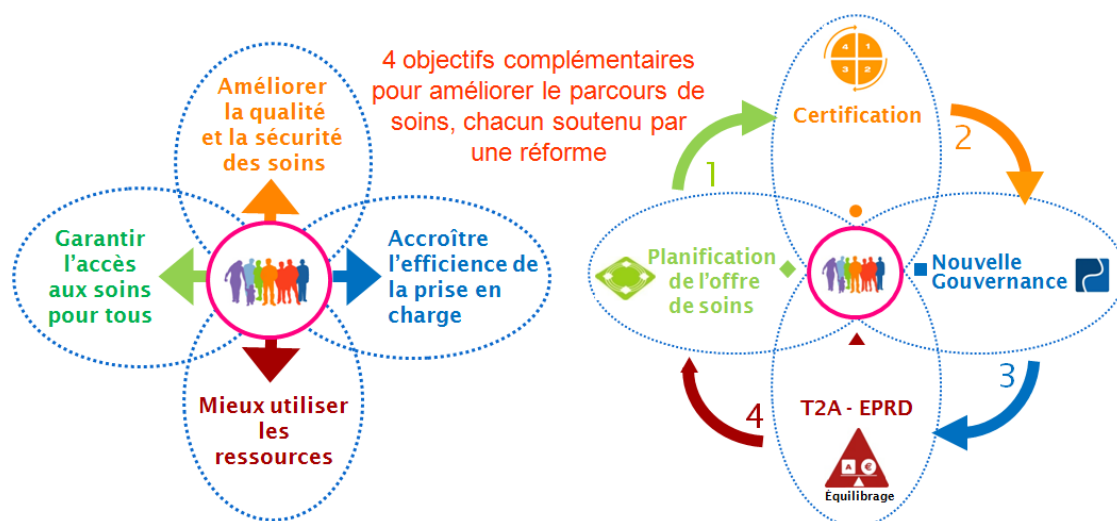
Un mouvement global de recherche de performance s'est donc structuré autour des trois finalités des établissements de santé suivantes : la réponse aux besoins de santé, la qualité de l'activité et l'efficience économique et organisationnelle.

Figure 4 : Les trois finalités des établissements de santé¹³³

L'engagement de cette réflexion stratégique s'est conforté par une vague de réformes dans lesquelles le législateur a travaillé successivement sur ces trois finalités, et le corpus réglementaire est devenu très complet.

¹³³ Schéma tiré et adapté de : reformes-hospitalieres.com

Figure 5 : Principales réformes hospitalières¹³⁴



Ces réformes visent à donner plus d'autonomie aux établissements de santé pour réaliser leurs missions mais exigent une meilleure gestion pour financer leurs activités, s'assurer de l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre de cette stratégie et rendre compte aux tutelles des résultats obtenus.

L'établissement de santé est ainsi poussé à réfléchir à son positionnement et aux axes qu'il doit améliorer en terme :

- **d'efficacité** : avec les générations successives de la **planification sanitaire hospitalière** (du SROS1 à SROS3, SROS-PRS), l'établissement de santé doit adapter de façon quantitative et qualitative, son offre de soins à un environnement régional (caractéristiques de la population, structure de l'offre de soins, place de la recherche...) dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS formalisée dans le CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) ;

- **de qualité de service** : la **certification** nécessite que l'établissement de santé s'ajuste en permanence aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Cette procédure a été naturellement en constante évolution. La première procédure d'accréditation datant de juin 1999, vise à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité. La deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007) débute en 2005 et prends fin au dernier semestre 2010 pour les visites initiales. Elle se donne un objectif de management par la qualité qui vise au succès par la satisfaction des patients (approche processus). La V2010, 3e version de la procédure de certification, est pensée et développée pour permettre une certification plus continue et efficiente. Son objectif est d'apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes des usagers, des professionnels de santé, des pouvoirs publics.

- **d'efficience** : les **réformes de financement** (T2A, EPRD) imposent à l'établissement de santé de comprendre son activité et d'évaluer ses résultats pour les adapter aux modalités de financement et rechercher l'équilibre. La **Nouvelle Gouvernance** (2005) implique par la contractualisation, un décloisonnement des secteurs d'activités et une responsabilisation interne au niveau des pôles : les objectifs opérationnels sont mis en cohérence avec les objectifs stratégiques de l'établissement.

¹³⁴ Ibid.

3. Les quatre piliers réglementaires du pilotage à l'hôpital

Nous présentons ici dans ce paragraphe, les quatre volets du corpus réglementaire impliquant un nécessaire renouveau dans la manière de conduire un établissement de santé.

3.1. La mise en œuvre d'une planification de l'offre de soins

Dans leur rappel historique de la planification sanitaire française, Coldefy et Lucas-Gabrielli¹³⁵ précisent que c'est la loi hospitalière du 31 décembre 1970, créant le service public hospitalier et instaurant la carte sanitaire, qui marque les débuts de la planification de la santé.

La planification renvoie à une action de prévision, d'ordonnancement, d'allocation rationnelle des ressources ou de moyens¹³⁶, l'objectif de la carte sanitaire étant de réguler et de redistribuer un parc hospitalier qui s'est développé anarchiquement depuis les années 1960. La loi crée les conditions d'une planification volontariste de l'espace¹³⁷ en subordonnant la création – ou l'extension – d'établissements en lits ou équipements lourds aux besoins définis par la carte sanitaire.

La carte sanitaire fixe ainsi des indices « de besoins », ratios d'équipement définis au niveau national, par secteur et région sanitaires, menant à la constitution de 21 régions sanitaires et 256 secteurs en 1974. Ce premier outil de planification sanitaire s'avère très quantitatif et rigide. Il vise davantage les principes d'égalité que d'équité. Basée sur l'offre hospitalière existante, la carte sanitaire ne permet pas une réelle restructuration de l'offre de soins hospitalière, ni une réduction du trop-plein¹³⁸.

Avec la loi du 31 juillet 1991, l'émergence de l'échelle régionale dans la gestion et l'organisation du système de santé marque un tournant dans la planification sanitaire française. Les ordonnances d'avril 1996 mettent en place les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui prennent la responsabilité de la planification hospitalière, à la fois publique et privée. Le secteur sanitaire est toujours considéré comme un élément fort de l'organisation sanitaire mais un deuxième outil de planification vient la compléter pour corriger les défauts de la première carte sanitaire : c'est la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Ces schémas sont définis régionalement à partir d'une « mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante ». La carte sanitaire et le schéma doivent être révisés au moins tous les cinq ans afin de prendre en compte l'évolution démographique et les progrès médicaux. Cet outil s'avère donc nettement moins rigide que le premier, la loi hospitalière de 1991 ne fixe plus d'objectifs uniformes définis nationalement applicables aux différentes régions : elle tient compte du contexte spécifique de chacune d'entre elles.

Trois générations de schémas d'organisation sanitaire se succèdent ainsi : les SROS 1 de 1994 à 1999, les SROS 2 de 1999 à 2004 et les SROS 3 qui ont été arrêtés en 2006 pour la

¹³⁵ COLDEFY Magali, LUCAS-GABRIELLI Véronique (2012), "Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011", *Questions d'économie de la santé IRDES* n°175, avril 2012, 8p.

¹³⁶ JOURDAIN A., DE TURENNE I. (1997). *Mots-clés de planification sanitaire*, éditions ENSP.

¹³⁷ VIGNERON E., BRAU F. (1996). "Approches géographiques de la planification sanitaire. Concepts et méthodes", (E. Vigneron *et al.*), *Cahiers GEOS*, n° 32, Montpellier, Université Paul Valéry, pp. 1-4.

¹³⁸ BASSET B., LOPEZ A. (1997). *Planification sanitaire, méthodes et enjeux*, Ed. ENSP.

période 2006-2011 ; suivis de schémas régionaux d'organisation des soins issus de la loi HPST.

– **Les SROS 1** - Lors de la première génération de schémas, l'analyse de l'existant conduit à revoir les découpages des secteurs sanitaires dans la majorité des régions, d'autant plus que les textes d'application fixent un seuil minimum de 200 000 habitants par secteur sanitaire, sauf pour les départements français comptant moins de 200 000 habitants qui constituaient alors un secteur. La délimitation des secteurs résulte souvent d'un compromis entre géographie humaine et contraintes administratives et politiques¹³⁹. Cette période est l'occasion pour certaines régions d'associer des géographes de la santé à leur réflexion. Certaines régions utilisent les concepts des villes et bourgs attractifs définis par l'Insee comme des zones d'emploi ; d'autres, les zones d'attraction hospitalière mesurées à partir d'enquêtes, les données de type Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) n'étant pas encore disponibles. La France compte ainsi 152 secteurs en 1994.

– **Les SROS 2** - Peu de régions ont revu leur découpage dans le cadre du SROS de deuxième génération. Certaines méthodologies ont parfois été affinées du fait des données et outils devenus disponibles, mais on observe peu de réelles remises en question des zonages. Il s'agit plutôt de conforter l'organisation mise en place dans les premiers SROS. En revanche, des découpages infrasectoriels complémentaires au secteur sanitaire sont créés dans certaines régions lorsque la taille du secteur pose problème pour l'observation de certaines activités (bassins de chirurgie ou bassins de naissance) ou bien encore pour créer des espaces de coopération entre établissements (pôles de coopération).

Sur le plan de la régulation, celle des SROS 1 et 2 s'exerçait par l'offre de production de soins (lits et équipements), un système relativement protecteur à l'époque pour le secteur sous dotation globale. Les établissements possédaient une certaine liberté d'action car le contrôle des tutelles s'effectuait à travers l'allocation de ressources correspondante.

– **Les SROS 3** - La troisième génération de schémas apporte, quant à elle, de profondes modifications dans la planification sanitaire régionale. L'ordonnance de simplification sanitaire du 4 septembre 2003 vise à passer d'une logique de planification hospitalière à une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé. Il s'agit de passer d'un système d'encadrement de l'offre de soins par des indices administratifs à une régulation régionale fondée sur les besoins et l'activité réels des établissements. Une véritable contractualisation est mise en place, entre les "offreurs de soins" d'une part et entre ces "offreurs" et l'Agence Régionale d'autre part. Cette contractualisation passe par l'élaboration du projet médical de territoire (PMT), qui implique au sein des conférences sanitaires, tous les acteurs (établissements, libéraux, élus, usagers, secteur médico-social). Il s'agit désormais pour eux de définir les objectifs quantifiés d'offre de soins, déclinables dans les établissements sous forme de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Si les SROS 3 apportent des changements qui peuvent être perçus comme des menaces, ils constituent avant tout des espaces stratégiques, dans lesquels des opportunités sont à saisir. On se dirige donc vers une organisation sanitaire plus globale, mieux territorialisée, plus concertée, plus souple et contractualisée.

– **SROS-PRS** - La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 met en place les Agences régionales de santé (ARS) dont le rôle est de territorialiser l'action

¹³⁹ LUCAS V., TONNELIER F. (1996). "La réforme du système de santé en France : entre pouvoir central et pouvoirs locaux" in "Approches géographiques de la planification sanitaire. Concepts et méthodes", (E. Vigneron *et al.*), *Cahiers GEOS*, n° 32, Montpellier, Université Paul Valéry, pp. 5-17.

publique dans le domaine sanitaire. Pour mettre en œuvre la nouvelle organisation des soins, elles sont chargées de définir de nouveaux territoires de santé (à vocation plus large que les anciens territoires suivis par les ARH, très hospitalo-centrés) : il s'agit de territoires « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (Art. L. 1434-16 du code de la santé publique). Deux innovations majeures sont apportées aux SROS, qui deviennent schémas régionaux d'organisation des soins (et non plus sanitaire) : d'une part, leur intégration au sein des projets régionaux de santé (PRS), d'autre part, l'extension de leur champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. Afin de marquer la spécificité des SROS issus de la loi (HPST), ceux-ci sont dénommés « SROS-PRS ».

Toutes ces modifications sont sources d'incitations fortes pour les Centres Hospitaliers de développer les dispositions du CPOM en interne et de faire le lien ainsi avec le projet d'établissement. Ainsi toutes ces évolutions sont donc très imbriquées et nécessitent un pilotage médico-économique qui doit se conformer aux objectifs contractualisés et s'inscrire dans les orientations régionales.

3.2. Le financement à l'activité ou la recherche de la rentabilité économique

Engagée le 1er janvier 2004, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) est vécue par les acteurs de terrain comme une véritable révolution culturelle. Son entrée en vigueur bouleverse les principes et les repères traditionnels du pilotage et de la régulation des dépenses hospitalières. Cette réforme du financement des établissements de santé concerne les secteurs public et privé et comporte des modalités de mise en cohérence entre deux secteurs. Elle vise une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation accrue des acteurs, une équité de traitement entre les établissements (redistribution des ressources), le développement des outils de pilotage qualitatif (incitation à la certification, analyse du case-mix) et médico-économique (contrôle de gestion et comptabilité analytique). En effet, l'un des objectifs majeurs de la réforme est d'inciter les établissements à développer des outils de gestion dans un but d'efficacité médico-économique, et notamment en terme de sécurité et de qualité de prise en charge, au meilleur coût de réalisation.

La nouvelle tarification (cf. tableau ci-après) repose sur un système de financement mixte associant d'une part une dotation pour assurer l'ensemble des missions de service public et d'autre part un dispositif de tarification médicalisée pour l'activité de soins. Ce dernier prend en compte la nature et le volume d'activité de manière à financer la mobilisation de ressources nécessaire aux soins. La prise en charge financière de base, directement liée à l'activité, est adaptée à la nature des soins prodigués, au moyen de tarifs de séjours correspondant à des groupes homogènes de séjours (GHS¹⁴⁰) qui sont la traduction tarifaire de la classification en groupes homogènes de malades (GHM) issue du PMSI. Les tarifs de GHS tiennent compte de la nature des pathologies prises en charge et des soins prodigués pendant les séjours hospitaliers, mais également de la durée moyenne de séjour et de l'âge des patients. Pour les séjours qui se prolongent (les séjours « extrême haut ») dont la durée moyenne est supérieure à une limite fixée au niveau national, une majoration journalière peut, dans la limite d'un plafond, être facturée. En fixant les bornes à un niveau relativement élevé, l'état peut ainsi inciter les établissements à diminuer, ou au moins à limiter, la durée moyenne de séjour et à permettre de mieux valoriser certains séjours dont la durée au-delà

¹⁴⁰ L'activité MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) est regroupée en 789 GHS en 2007.

du plafond serait médicalement justifiée. Si la durée du séjour est inférieure à une borne basse (séjour « extrême bas »), l'établissement bénéficie de la moitié du tarif du GHS. Les bornes basses ont été volontairement fixées à un niveau très bas qui s'échelonne de 3 à 7 jours de manière à limiter l'application de ce mécanisme dont l'objectif est de dissuader les établissements de diminuer artificiellement la durée des séjours en dessous d'une limite qui poserait des problèmes de qualité et de sécurité des prises en charge. Les résultats des premières campagnes budgétaires montrent que cet objectif paraît atteint puisque le nombre de séjours « extrême bas » est marginal et même anecdotique.

Certaines activités font l'objet de financements spécifiques car toutes les dépenses de MCO ne peuvent pas être intégrées dans les GHS. Il existe des forfaits annuels (urgences, prélèvement et greffes d'organes), des suppléments journaliers (réanimation, néonatalogie...) et des dotations à la compensation de missions d'intérêt général (enveloppe MIGAC). Les consultations et actes réalisés dans les services de soins externes et ceux réalisés lors des passages dans les services d'urgence sont rémunérés sur la base des nomenclatures et tarifs conventionnels applicables à la médecine de ville (classification commune des actes médicaux, CCAM).

Encadré 3 : La régulation du financement par la tarification nationale

L'objectif de la médicalisation du financement des établissements correspond à la volonté de rechercher une meilleure adéquation entre le niveau de financement d'une part et le volume et la nature de l'activité des établissements d'autre part. La T2A introduit toutefois un décalage entre les coûts de fonctionnement et les tarifs rémunérant l'activité. En toute logique, ceci crée la possibilité de générer un bénéfice ou renforce de manière symétrique, le risque de perte ou de déficit. Dès lors, au niveau national, le ministère cherche à vérifier que tout en fixant un niveau de tarifs suffisamment bas pour être incitatifs à la maîtrise des coûts de production, le système continue de bien fournir, pour l'ensemble du secteur hospitalier, un financement compatible avec le maintien d'une prise en charge des patients dans des conditions d'accès de qualité et de sécurité « raisonnables ».

L'observation et le suivi régulier de la situation économique et financière du secteur des établissements de santé et son évolution fournissent des indications pertinentes pour juger globalement du bon niveau des tarifs alloués aux établissements.

En effet, dans le cadre de la T2A, la situation économique et financière d'un établissement dépend directement du niveau des tarifs auxquels lui sont payés les soins qu'il fournit. Or le mécanisme de fixation des tarifs (ou des prix) est un point central du système théorique de concurrence par comparaison sur lequel est basée la T2A.

Il repose sur un processus en deux étapes :

- 1- Les établissements faisant partie de l'ENC¹⁴¹ identifient et annoncent leurs propres coûts,
- 2- Le calcul du tarif découle de la comparaison des coûts de l'échantillon sans suivre les coûts constatés. Il dépend d'orientations stratégiques poussant à développer ou réduire le champ de certaines activités cliniques.

Ces conditions fondent l'efficacité des mécanismes de concurrence par comparaison incitative aux gains d'efficience. À ce niveau apparaît l'importance d'un système d'information adéquate et modulable pour rendre compte des coûts, de même que la nécessité de suivre des indicateurs de performance permettant de suivre l'évolution des coûts.

La mise en place d'un pilotage médico-économique au niveau des pôles n'est pas neutre. Elle illustre un choix politique de forte responsabilisation des pôles. La T2A n'est pas seulement un système de financement, elle constitue un moyen de restructurer les établissements.

¹⁴¹ Échelle Nationale des Coûts

3.3. La Nouvelle Gouvernance : L'approche médico-administrative et le découpage en pôles

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifie l'organisation juridique des établissements de santé et décloisonne les structures internes de l'hôpital pour associer davantage les médecins à la gestion. Elle propose une nouvelle répartition des pouvoirs ainsi qu'un développement de la contractualisation. Le Conseil Exécutif mis en place est significatif de cette évolution. Il contribue à rapprocher les mondes administratif et médical en leur offrant une instance de dialogue et de codécision. Il participe à la définition de la politique générale et est chargé du suivi des contrats signés avec les pôles. Il joue un rôle fondamental dans le pilotage médico-économique de l'établissement en assurant la cohérence des contrats de pôle en eux.

Selon l'article 7-I de l'ordonnance, « les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux mettent en place les pôles d'activité prévus à l'article L.6146-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre 2006. [...] ». Chaque pôle :

- est créé par une délibération du conseil d'administration,
- nomme un responsable,
- négocie et signe un contrat interne avec le directeur et le président de la CME,
- est titulaire d'une délégation de gestion accordée par le directeur.

Bien que les pôles n'aient représenté au départ qu'un groupement de services dont ils reprenaient l'héritage dans un premier temps, que ce soit en termes d'activité, d'organisation et de fonctionnement, les pôles se sont engagés rapidement sur la voie des recompositions nécessaires. Les critères de regroupement des activités cliniques et médico-techniques dans les différents pôles (logique d'organes, de disciplines, de filières de soins ou de plateau technique) sont laissés à la discrétion des établissements.

Avec la loi HPST¹⁴², le statut des établissements publics de santé est aussi profondément modernisé. La rénovation des instances et du mode de pilotage des hôpitaux vise à responsabiliser davantage le chef d'établissement en lui donnant les outils nécessaires à une gestion dynamique. Un conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement, remplace le conseil d'administration. Un directoire resserré se substitue au conseil exécutif. Le chef d'établissement, président du directoire, voit ses prérogatives renforcées.

La chaîne de décision est clarifiée. Le projet médical d'établissement est élaboré, sous l'autorité du président du directoire, par la commission médicale d'établissement et son président, qui est vice-président du directoire. De plus, le chef d'établissement délègue une partie de ses pouvoirs aux chefs de pôle. Les chefs de pôles exercent une responsabilité pleine et entière sur l'organisation interne de leur pôle et, disposent de plus d'une délégation de gestion.

Sur la base d'objectifs, le chef d'établissement est évalué par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il doit en outre faire approuver le projet d'établissement et les comptes annuels par le conseil de surveillance.

Les mesures proposées visent également à simplifier les procédures, clarifier les responsabilités, tout en fixant des objectifs de qualité et de sécurité. L'ensemble des personnels est associé dans une démarche de qualité des soins. Dans le même esprit, un

¹⁴² Présentation du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » *Un projet de santé durable pour nos concitoyens* - Conseil des ministres du 22 octobre 2008 - Communiqué de presse - Octobre 2008.

contrat renouvelé de droit public peut être proposé aux praticiens hospitaliers incluant une rémunération variable en fonction de l'activité. Les parcours de ces praticiens optant pour la voie contractuelle sont sécurisés par le centre national de gestion.

Enfin, de nouvelles modalités de coopérations entre les établissements s'avèrent indispensables. Dans cet objectif, des communautés hospitalières de territoire peuvent être créées. Elles permettent aux établissements publics de santé de s'unir dans une stratégie commune d'organisation des soins. Les coopérations avec le secteur privé sont, elles aussi, facilitées : la procédure de création des groupements de coopération sanitaire est simplifiée, et leur champ de compétences étendu.

3.4. La démarche Qualité

L'objectif de cette démarche instituée depuis l'ordonnance de 1996, est de « mesurer le niveau de qualité et de sécurité des soins et d'apprécier la dynamique d'amélioration continue de la qualité ».

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), elle doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques,

- Qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé,
- Conformément à l'état actuel de la médecine,
- Au meilleur coût pour le même résultat,
- Au moindre risque iatrogène,
- Pour sa plus grande satisfaction.

La visite des experts visiteurs permet une évaluation indépendante sur la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères, de référentiels portant sur les procédures et sur les bonnes pratiques cliniques. Cette démarche pousse en interne à l'amélioration continue de la qualité et en cela, elle a une influence directe sur le pilotage de la performance de l'établissement. De par son aspect transversal et pluridisciplinaire, elle porte sur toutes les activités de l'établissement, notamment sur les fonctions supports (logistique, direction administrative, gestion des risques).

Les étapes de la certification présentent des similarités avec la dynamique du pilotage médico-économique. L'autoévaluation sert à collecter les informations en interne et à réaliser un diagnostic sur le niveau de qualité. À partir des constats réalisés, l'établissement mesure l'écart par rapport aux références de la HAS, puis propose des pistes d'action. Des axes d'amélioration sont alors identifiés et peuvent concerner par exemple la sécurisation du circuit du médicament, la confidentialité et la traçabilité des informations relatives au patient et les délais de transmission des résultats des examens. L'avancement de ces actions est suivi dans le temps et un rapport sur ces points doit être fourni à la HAS.

Ces contrôles externes de la qualité et de la gestion des risques prennent ainsi en compte le management et le service médical rendu. Les résultats des visites sont disponibles sur le site de la HAS et permettent à la communauté hospitalière, aux patients de se rendre compte du niveau de qualité atteint par leur établissement. Ces rapports restent pour le moment peu accessibles et peu compréhensibles pour le grand public sauf l'indice ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales). L'indice a fait l'objet ces dernières années d'une large publicité dans les journaux nationaux et le bon score d'un établissement démontre sa forte imprégnation de la démarche dans ses services.

Conclusion du chapitre 1 : Des signes tangibles de la transformation de l'hôpital

Ainsi, l'hôpital dont il est question, c'est bien *l'hôpital transformé par l'action publique*, l'hôpital travaillé par les pouvoirs publics¹⁴³, dont la participation à la gestion et au fonctionnement des établissements a été croissante. La réflexion est d'abord portée sur le financement et la gestion de l'hôpital avec le souci de maîtriser l'augmentation des dépenses, puis s'est élargie à la qualité des soins, aux systèmes d'information, aux activités des professionnels de santé. Le développement de la santé publique comme référentiel d'action de nouvelles politiques sanitaires donne à l'hôpital un statut d'acteur public de premier plan.

Tel est bien le fil conducteur qui se dégage de ce premier chapitre posant les éléments de contexte de notre recherche. Il est un premier bilan d'étape de l'expérience d'observation que nous avons pu dresser en tant qu'acteur de terrain au fil des dix années de pratiques dans ce secteur.

Comme le précise Schweyer¹⁴⁴ dans sa mise en perspective chronologique des articles thématiques consacrés à l'hôpital de la *Revue française des Affaires sociales* à l'occasion de son soixantième anniversaire, ce contexte de *transformation sous contrainte* de l'hôpital peut être analysé en deux sous-groupes.

– On retrouve les thèmes, comme la régulation du système de santé, les coûts hospitaliers, les techniques et la recherche, la qualité des soins ou encore l'organisation des services. Derrière cette diversité apparente, deux leitmotivs reviennent : l'expression d'une crise latente de l'hôpital public et la nécessité d'en revoir l'organisation interne. Toutefois, l'innovation à l'hôpital est abordée prioritairement par les aspects techniques et non (ou de façon marginale) par les aspects organisationnels ou de fonctionnement¹⁴⁵.

– Un deuxième ensemble d'articles aborde des thèmes nouveaux : risques et vigilances, démocratie sanitaire, éthique, auxquels on peut ajouter l'expérimentation de la médicalisation des systèmes d'information. Ces thèmes traduisent à la fois l'ouverture de l'hôpital sur la société, l'hôpital étant interpellé par les nouvelles exigences sociales, et la redéfinition de l'espace d'intervention des pouvoirs publics au sein même de l'hôpital.

La trame des transformations hospitalières depuis ces quinze dernières années a soulevé – et soulève encore bien évidemment – de l'exaspération des hospitaliers à qui on demande d'appliquer des procédures sans souvent objectifs, ou bien avec des objectifs pas toujours bien expliqués ou cohérents, dans un environnement où les corporatismes sont très présents.

Et bien que l'on reconnaisse des vertus à ces multiples trains de réformes la question centrale reste celle de la décision. Qui décide à l'hôpital ? Ni vraiment les gestionnaires, ni vraiment les médecins, et c'est pourquoi il paraît nécessaire d'ouvrir les équipes de direction aux médecins, de diversifier le recrutement des directeurs d'hôpital et plus encore de déconcentrer la gestion au niveau des services ou des départements pour que les vrais ordonnateurs de l'hôpital que sont les médecins soient partie prenante de la gestion des établissements.

¹⁴³ THEODORE F. (2001), "Quand les pouvoirs publics redéfinissent au sein de l'hôpital leur espace d'intervention", *Revue française des affaires sociales*, no 4 octobre-décembre, p. 183-202.

¹⁴⁴ SCHWEYER F.-X. (2006), "L'hôpital, une transformation sous contrainte", *Revue française des affaires sociales*, 4/2006 (n° 4), p. 203-223.

¹⁴⁵ DJELLAL F., GALLOUG C., GALLOUG F., (2004), "De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière", *Revue française des affaires sociales*, no 1 janvier-mars, p. 223-248.

Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) suscite par exemple bien des débats au cours de son expérimentation (1982-1996) et depuis, comme outil de financement des hôpitaux¹⁴⁶. Le sujet peut être très technique, il est aussi très politique. D'une part, il pose la question (toujours d'actualité avec la tarification à l'activité) de l'harmonisation de financement entre le secteur public et le secteur privé, c'est-à-dire de l'organisation d'une concurrence équitable entre les deux secteurs. D'autre part, le PMSI interpelle directement les modes de management et met à l'épreuve les relations entre médecins et gestionnaires¹⁴⁷.

Même si le PMSI ne permet pas un débat de fond entre médecins et gestionnaires sur la valeur de l'information médicale, il introduit une innovation majeure à l'hôpital. Celle qui est fondée sur l'utilisation d'une modélisation de l'activité médicale en groupes homogènes de malades (GHM) qui change radicalement la représentation de l'activité médicale qui jusqu'alors fondait les rapports sociaux à l'hôpital. En défendant la représentation d'une singularité essentielle de leur activité, les médecins justifiaient leur autonomie individuelle et déqualifiaient tout contrôle externe non médical. Or la modélisation des GHM établit une régularité statistiquement démontrable des pratiques médicales et offre ainsi aux gestionnaires une possibilité d'intervention à la fois au plan de la justification et par un moyen opérationnel.

Cette transformation de la culture médicale est aussi repérable dans l'introduction de la démarche qualité à l'hôpital, qui vise également l'optimisation des ressources. Kimberly et Minvielle¹⁴⁸ montrent assez tôt par l'expérience américaine que l'apparente contradiction entre qualité des soins et maîtrise des dépenses n'était pas fondée mais que la persistance de sa mise en avant était le signe d'un retard du management hospitalier et peut-être d'une crise de légitimité de la profession infirmière. Dix ans après, la qualité est devenue une forme de « *paradigme de l'action collective* »¹⁴⁹, signe tangible de la transformation de l'hôpital.

¹⁴⁶ CAPGRAS J.-B. (2009), Le programme de médicalisation des systèmes d'information (1982-2009), Anamorphose et métamorphoses d'un dispositif de gestion, Thèse de Doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, GRAPHOS, Université Jean Moulin Lyon 3, 427 p.

¹⁴⁷ DELANOE J.-Y. (1995), "Le PMSI : le point de vue d'un gestionnaire", *Revue française des affaires sociales*, no 1 janvier-mars, p. 171-180.

¹⁴⁸ KIMBERLY J., MINVIELLE E. (1991), "L'analyse de la qualité des soins et de l'utilisation des ressources à l'hôpital", *Revue française des affaires sociales*, no 2 avril-juin, p. 79-94.

¹⁴⁹ SETBON M. (2000), "La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?", *Sociologie du travail*, no 42, p. 51-68.

Chapitre 2. Une nécessaire évolution du pilotage de la performance.

Dans ce chapitre, nous abordons la question sous-jacente à notre recherche qui concerne la nécessaire évolution du pilotage de la performance à l'hôpital. Nous tirons partie d'abord d'un certain nombre d'enseignements sur la performance hospitalière, particulièrement sur les caractéristiques qui font qu'il est difficile de l'évaluer. Nous dessinons ensuite une démarche qui encourage un dialogue de pilotage plutôt qu'un dialogue de gestion couramment pratiqué. Nous encourageons enfin la mesure de la performance nécessitant un véritable Système d'Information Décisionnel et une organisation dédiée à son développement et à son évolution.

1. Les enseignements en faveur d'un nouveau système de pilotage pour l'hôpital

En synthèse, l'hôpital se trouve donc dans un contexte de réformes qui impactent et structurent profondément sa politique interne. Un des enjeux fondamentaux reste la recomposition de l'offre hospitalière qui passe par le découpage en pôle et le financement prospectif de l'activité de ces pôles. Il semble cependant que les modes de régulation dans lesquels il est plongé échouent en partie aujourd'hui pour sa modernisation parce qu'ils font peut-être l'impasse sur les fondements de la performance eux-mêmes.

Nous constatons en effet assez facilement des critères implicites de la performance hospitalière du fait des acteurs :

- Le SROS, qui définit une offre graduée de soins par des niveaux de prise en charge ;
- Les médias, qui évaluent les établissements sur la base de critères communs de performance ;
- L'accréditation, qui peut conclure qu'il va falloir fermer certains établissements, notamment les maternités qui font moins de 300 accouchements par an ;
- Les critères de rentabilité politique où le maire, président du conseil d'administration de l'hôpital, va chercher à maintenir l'activité de son établissement, et donc de sa maternité qui est un symbole fort dans une commune ;

Il apparaît donc des clivages entre les différentes représentations de la performance que se font les acteurs. Chacun évalue la performance de sa propre manière, chacun a sa propre vision de la performance, ce qui conduit à une vision éclatée de la performance hospitalière à l'heure actuelle et constitue une limite importante à la modernisation de l'hôpital.

1.1. Les critères explicités de la performance hospitalière

Dans ses travaux sur la performance, Teil¹⁵⁰ repère les critères explicités de la performance hospitalière que l'on trouve dans la littérature.

¹⁵⁰ TEIL A., Défi de la performance et vision partagée des acteurs, application à la gestion hospitalière, Thèse à l'Université Jean Moulin, Lyon 3, 2002.

Quatre modèles principaux se dégagent :

1. **Le modèle des objectifs rationnels**, qui considère qu'une organisation ou un hôpital est performant lorsqu'il atteint ses objectifs. Les objectifs ici sont qualifiés ou réputés rationnels. Ce modèle est utilisé par la majorité des praticiens et renvoi aux analyses de type coût/efficacité, et donc aussi à l'efficacité économique ; le PMSI peut s'inscrire dans ce type de modèle.
2. **Le modèle des ressources**, qui s'appuie sur la capacité des organisations à mobiliser et à obtenir certaines ressources. Dans ce type de modèle, le critère de performance retenu est le potentiel de l'organisation. Ce modèle est aussi très fortement ancré dans le milieu hospitalier, puisque l'on va évaluer un hôpital sur son potentiel c'est-à-dire sur ses équipements détenus et sur les compétences médicales et soignantes qui existent.
3. **Le modèle des processus**, qui définit une organisation performante comme une organisation qui répond aux normes des procédés de production ; quand on parle d'accréditation ou de certification, on est dans ce type de modèle. On évalue les performances par le biais des processus.
4. **Le modèle de satisfaction des parties prenantes** ; dans ce type de modèle, on considère que l'on peut évaluer la performance de l'hôpital au travers de la satisfaction des parties prenantes ; ceci soulève la question de la légitimité du patient pour évaluer la qualité de la prise en charge et la performance hospitalière ; est-ce qu'il en est capable ? jusqu'où ? Cela soulève aussi la question l'appréciation de la performance par le personnel, et puis aussi par les prestataires que sont les médecins de ville pour le système hospitalier.

Nous pouvons donc selon la littérature disposer de quatre types de modèles majeurs pour apprécier la performance hospitalière.

1.2. Les difficultés à évaluer la performance

Mais tous ces critères de performance, implicites ou explicites, font que chacun accentue cette vision éclatée. Chacun va chercher à améliorer la performance de l'hôpital, selon une dimension propre à lui-même, selon ses problématiques et selon sa propre position au sein du système hospitalier. Qu'il soit local, au niveau régional, ou au niveau national, l'acteur a une problématique bien spécifique, un angle de vue bien spécifique.

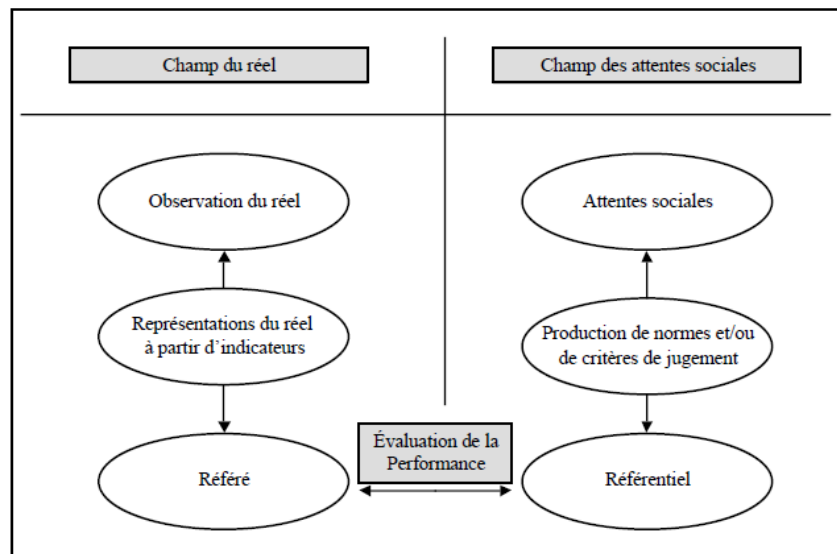
Ceci nous conduit à deux propriétés essentielles de la performance qui sont :

- Sa multi-dimensionnalité : la performance est multidimensionnelle car on peut la définir par différents critères, et
- Non universelle, (c'est le corollaire), dans chaque situation, dans chaque contexte, il faut définir les dimensions de la performance qui apparaissent comme prioritaires pour les acteurs ;

Teil¹⁵¹ définit la performance comme un **différentiel entre un attendu et un réalisé**, puisque justement la performance ne peut se définir que par rapport aux objectifs propres de l'institution si on parle de l'hôpital, ou de la région si on parle de l'Agence Régionale de Santé.

¹⁵¹ Ibid.

Figure 6 : La performance comme un différentiel



Comme l'indique la figure ci-dessus, la performance s'inscrit dans un jeu qui conduit à confronter pour son évaluation :

– un référentiel qu'il est le fruit des attentes sociales : de quelles attentes parle-t-on ? peut-être de choix collectifs et de choix politiques ; problèmes de financement de la sécurité sociale et des besoins de santé dans le futur ; Quelles orientations veut-on donner à notre système hospitalier ?

– un référé qui est le produit de l'observation du réel : comment obtenir ce référé ? on soulève ici la question de la représentation et du biais de la représentation ; un outil de représentation comporte 2 types de limites : **une limite dans sa construction technique** (par exemple, les limites inhérentes du PMSI sont connues, et on cherche en permanence à améliorer cet outil). Et **une limite sur l'utilisation**, car lorsque l'on met en place un système de représentation, on biaise forcément le comportement des acteurs car on lui donne une représentation du réel et il va caler en quelque sorte, son comportement par rapport à cette représentation ; d'autant plus si c'est une forme d'évaluation de son activité, il va encore plus chercher à se caler sur cette représentation-là.

Aujourd'hui, on peut avoir tendance à penser que c'est plus le référentiel qui cherche à se caler sur le référé que l'inverse. Il y aurait donc toute une réflexion à mener, notamment en amont sur les attentes sociales et sur les choix de société et le système tel que l'on le souhaiterait dans les années à venir.

Pour conclure,

1. **le premier préalable de la performance c'est qu'il faut définir les priorités** ; bien que cela paraisse peut-être évident, on a tendance à vouloir tout traiter sous le même angle. De la même manière, il faut choisir ce que l'on va faire et définir pourquoi on va le faire. Sachant que choisir n'est pas trop difficile en soi, c'est bien le renoncement que cela implique qui est le plus difficile ; Autrement dit, à partir du moment où l'on fait des choix, cela veut dire que l'on renonce à autre chose. Si on fixe des priorités, cela veut dire que sur une certaine période, on renoncera à d'autres axes.

2. **Le deuxième préalable de la performance, il faut responsabiliser les acteurs :** la décision est noyée, on ne sait plus vraiment qui prend la décision, on ne sait plus vraiment qui a la responsabilité. Dans le système hospitalier, la notion de responsabilité est très lourde de conséquences, et on ne peut donc pas faire l'impasse sur cette définition des responsabilités pour faire ce que l'on a réellement choisi.

2. Du dialogue de gestion vers le dialogue de pilotage

Dans ce mouvement qui met l'accent sur l'efficience et la performance au sein du service public, c'est sans doute la réforme de la tarification qui a le plus attiré l'attention au sein du monde hospitalier. En effet, avec la mise en place de la T2A, la majeure partie des ressources allouées aux établissements de santé dépend désormais de l'activité médicale et non plus de l'activité administrative (nombre de journées) ou d'une négociation faisant reposer essentiellement le budget sur une évolution historique (dotation globale de financement). Mais pour produire ses effets, la T2A a besoin d'un corollaire, la mise en place des pôles. Ces deux réformes issues toutes deux du Plan Hôpital 2007 participent de la même logique : faire de la décision médicale un élément central dans le fonctionnement du système hospitalier.

Le rapport de Moisdon et Pépin¹⁵² (p. 7) consacré aux impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé note bien cette interdépendance des impacts liés à la réforme des pôles et ceux considérés comme « purs » de la T2A : *« la T2A ne constitue que l'un des volets des évolutions qui ont affecté les établissements de santé dans la période récente. Dans le secteur public en particulier, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, la création des pôles et le passage à l'EPRD (État prévisionnel des recettes et des dépenses) constituent des facteurs importants d'évolution des modes de fonctionnement interne. »*

Nous avons constaté aussi cela lors de notre mission décrite plus loin dans l'étude de cas : au cours de nos entretiens avec les médecins, les cadres soignants et les administratifs, plus que la T2A, c'est surtout la création des pôles qui a été évoquée et qui a mobilisé *ab initio* l'attention de la direction générale. Bien que les effets structurels liés à l'organisation en pôle aient été sans doute inférieurs à ceux de la tarification à l'activité, la réforme des pôles a été plus visible.

2.1. La notion de dialogue de gestion

L'amélioration de la performance hospitalière passe par la mise en place d'un dialogue de gestion entre la direction et les équipes médicales. En effet, pour la part du financement liée à l'activité, ce sont les choix des praticiens qui déterminent l'équilibre économique de l'hôpital¹⁵³ :

Au niveau des ressources : au-delà même de l'activité du service (nombre de séjours), l'implication médicale est indispensable pour parvenir à un codage exhaustif et complet de l'activité. Il s'agit là d'un enjeu majeur puisque, en fonction du niveau de sévérité, la même

¹⁵² MOISDON J-C, PEPIN M., (2010), "Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements", *DREES, série études et recherches*, mai 2010, n°97, 120 p.

¹⁵³ DURIEZ G. (2012), Le dialogue de gestion entre les médecins et la direction. Impact de la tarification à l'activité et réalité dans un groupe hospitalier de l'AP-HP, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.

racine de GHM peut donner lieu à une recette allant du simple au quadruple. Cette implication médicale sera différente selon le choix effectué par l'établissement en ce qui concerne la réalisation du codage :

- Si le codage est confié aux praticiens eux-mêmes (codage décentralisé), on attend d'eux qu'ils connaissent les règles dans ce domaine et qu'ils fassent preuve d'exhaustivité et de rapidité.
- Si le codage est centralisé, la collaboration des médecins est nécessaire pour assurer la bonne tenue du dossier médical, qui servira de support aux techniciens en charge du codage.

Au niveau des dépenses : si un service clinique choisit un protocole de soins plus consommateur de ressources que la moyenne nationale, cela a de grandes chances d'aboutir à un déficit puisque la recette perçue sera la même. La tarification à l'activité tend effectivement à favoriser les établissements dont les unités de soins sont les plus productives.

L'implication médicale dans la gestion est d'autant plus nécessaire que c'est l'unité de soins elle-même qui est la mieux placée pour connaître la réalité du fonctionnement et proposer des pistes d'amélioration de la productivité. L'équipe de direction doit désormais piloter l'établissement avec la participation active des médecins dans cette dynamique gestionnaire. D'où ce « dialogue médico-économique » censé prendre place avec insistance dans les établissements de santé. Médecins et gestionnaires doivent *décider en commun et en bonne intelligence* non seulement des grandes orientations de l'hôpital mais aussi de sa gestion opérationnelle.

Le législateur conscient de cette nécessité s'est voulu le promoteur de ce dialogue et de cette coopération : le plan Hôpital 2007 comporte bien à côté de la T2A, un chapitre consacré à la nouvelle gouvernance, qui vise à la fois la collégialité et la proximité dans la prise de décision. L'idée novatrice mise en avant dans la création des pôles est de créer un lieu de rencontre naturelle entre la direction et le corps médical mais aussi une entité d'une taille suffisante – donc plus large que le service – pour que les décisions de gestion puissent être prises.

Les médecins sont ainsi impliqués dans la gestion, le développement et l'équilibre économique de l'établissement à plus d'un titre :

- En tant que **porteurs de projets médicaux** influençant directement l'activité et la stratégie de l'établissement

Ex ouverture d'un hôpital de jour, développement de la chirurgie ambulatoire, prise en charge d'une nouvelle pathologie...

- En tant que **garants du niveau d'activité** de leur service.

Ex : recrutement des patients, organisation du parcours de soins du patient (parcours au sein du service, de l'établissement voir du système de santé).

- En tant que responsables du fonctionnement efficient de l'unité productrice de soins.

Ex : organisation du service (organisation médicale mais aussi soignante), optimisation des dépenses (recours au plateau médico-technique, mutualisation d'équipements, prescriptions médicamenteuses), optimisation des recettes (exhaustivité du codage).

Ce dialogue de gestion entre le corps médical et la direction n'est évidemment pas né avec cette réforme et était bien antérieur :

- À l'époque du budget global, le montage d'un projet médical donnait déjà lieu à une évaluation conjointe des perspectives d'activité et des ressources nécessaires.

- Les médecins se considèrent depuis longtemps responsables du niveau d'activité de leur service, qui se traduit notamment par le taux de remplissage des lits.
- Le sujet de la gestion opérationnelle reste au contraire assez absent des discussions entre la direction et l'équipe médicale.

Mais l'impact le plus marqué de la réforme est certainement que le pôle, comme toute unité de production, doit être en mesure de connaître la rentabilité de sa production¹⁵⁴. Le chef de pôle – ou le chef de service – a la responsabilité d'adopter l'organisation la plus efficiente pour équilibrer les recettes et les dépenses de son pôle. En liant ainsi les recettes et les dépenses, l'approche gestionnaire modifie quand même profondément la logique de la discussion en lui apportant une **dimension stratégique inédite**.

L'exemple de la prise en charge d'une nouvelle pathologie au sein d'un pôle est révélateur pour Duriez¹⁵⁵ : À l'époque de la dotation globale, la discussion était la suivante : l'hôpital a-t-il les moyens d'accueillir ces nouveaux patients, compte tenu de son équilibre financier ? Sinon, à quelles activités faut-il renoncer ? Quelle organisation adopter pour minimiser les dépenses supplémentaires ?

Avec la T2A, la discussion devient celle-ci : quel est le potentiel de cette pathologie en termes de recrutement de patients ? Quelle en sera la traduction en termes de recettes ? Celles-ci seront-elles suffisantes pour couvrir les dépenses supplémentaires induites par la nouvelle activité ?

Le pôle constitue la maille idéale pour échanger sur les problématiques médico-économiques locales, soit au sein du pôle (bureau de pôle, conseil de pôle), soit avec la direction (réunion informelle entre un directeur fonctionnel et le trio de pôle ou conférence annuelle pour évaluer les résultats de l'année précédente et fixer les objectifs de l'année à venir). Le candidat aux fonctions de chef de pôle montre des signes d'appétence aux questions liées à la gestion, au management et à l'organisation. Des formations sont d'ailleurs organisées pour les chefs de pôles désireux de renforcer leurs compétences dans ces domaines¹⁵⁶. L'apparition de cadres administratifs de pôle constitue aussi une avancée intéressante dans la perspective du dialogue avec la direction, car ces cadres, issus de la filière administrative comme l'équipe de direction, sont basés au sein des unités productrices de soins. Cette position unique leur permet dans bien des cas d'aplanir les malentendus qui prennent souvent naissance dans la confrontation entre les logiques administrative et médico-soignante. On assiste donc à un renforcement de **la délégation de gestion** qui conduit à accorder aux acteurs médicaux et soignants une certaine marge de manœuvre leur permettant de prendre des décisions en matière de gestion.

Les réformes récentes de la gouvernance ont ainsi donné naissance à de nouveaux lieux de discussion, au sein desquels membres de la direction et représentants du corps médical sont appelés à se rencontrer régulièrement et à prendre en commun des décisions engageant l'avenir de l'établissement. C'est aussi le cas du directoire, comme nous l'avons vu, qui remplace depuis la loi HPST le conseil exécutif et dont la mission principale consiste à « approuver le projet médical et préparer le projet d'établissement [...] » ainsi qu'à « conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. » (Article L. 6143-7 du Code de la Santé publique). Ces nouvelles dispositions ont dans l'ensemble été bien

¹⁵⁴ Cette capacité de mesurer la performance économique du pôle sera largement fournie dans les outils collaboratifs d'aide à la décision, comme nous le verrons plus loin.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 14.

¹⁵⁶ L'IFROSS propose par exemple un Master dont la spécialité est « Management des Pôles Hospitaliers et des Fonctions de support ».

perçues par les médecins, à l'exception de ceux, minoritaires, qui refusent l'introduction à l'hôpital d'une logique d'efficacité économique.

Cependant, un certain nombre de difficultés ont été observées, rendant le système difficile à maîtriser et faisant apparaître des déceptions :

– **La variation importante des tarifs au cours du temps** rend difficile la prévision stratégique à moyen terme et complique la tâche d'un médecin désireux de s'impliquer dans le contrôle de gestion.

Le « pari de l'activité » fait par de nombreuses directions financières au cours des premières années de montée en charge de la T2A, voyant dans ce nouveau mode de financement, une incitation au développement de l'activité, s'est révélé peu gagnant car la **T2A reste avant tout un dispositif récompensant l'amélioration de la productivité**, qui oblige les établissements à se pencher davantage sur l'organisation et les dépenses.

– **La part des recettes fixes**, non liées à l'activité¹⁵⁷, **peut varier fortement d'une année à l'autre**, influençant profondément l'équilibre économique de l'établissement, parfois plus que la variation de l'activité plus directement maîtrisée par le corps médical. Ce décalage fréquent entre les efforts consentis et l'impact sur le résultat est une cause de démobilisation des équipes médicales – et aussi paramédicales.

– **Les logiques gestionnaire et médicale ne sont pas évidentes à rapprocher**, malgré le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) censé contribuer à combler le fossé entre les univers administratif et médical. En effet, ce système sur lequel repose la T2A, produit des données avant tout gestionnaires (consommation de ressources) mais aussi vues sous un prisme médical, **le GHM (groupe homogène de malades) qui reste encore une notion éloignée de la logique médicale**. En réalité, la logique de construction des GHM reste difficile à concilier avec la pratique médicale quotidienne car les praticiens considèrent cette notion comme trop grossière pour permettre de réelles comparaisons à l'intérieur d'un même GHM y compris au sein d'un même niveau de sévérité.

Quoi qu'il en soit, des effets réels sur la relation entre les univers médico-soignant et administratif, ont été constatés dans les établissements suite aux évolutions de la gouvernance hospitalières et la réforme des pôles. Après quelques années de mise en place, certains établissements et observateurs extérieurs essaient de réaliser un premier bilan¹⁵⁸ de l'impact de cette nouvelle structure. L'abondance de la littérature dans ce domaine souligne clairement que les pôles sont identifiés comme le lieu privilégié d'expérimentation d'une nouvelle forme de gouvernance, qui accorde plus de responsabilités aux acteurs de terrain.

Duriez¹⁵⁹ dégage quelques tendances à la lecture des articles consacrés à ce sujet :

• **Les initiatives sont nombreuses et concernent des hôpitaux de taille très diverse.** Certes, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) semblent les plus dynamiques dans ce domaine, notamment en ce qui concerne la mise en place d'outils décisionnels et de suivi

¹⁵⁷ Nous faisons référence aux MIGAC et aux MERRI allouée à certains établissements.

¹⁵⁸ VIVES-ROCAMORA N., juin-juillet 2009, "Pôles hospitaliers: premiers bilans", *Gestions hospitalières*, n°487

¹⁵⁹ *Ibid.*, p.21.

des objectifs. C'est le cas notamment des CHU de Montpellier¹⁶⁰, de Toulouse¹⁶¹ ou encore de Bordeaux¹⁶². D'autres hôpitaux de taille plus restreinte ne sont pas en reste lorsqu'il s'agit d'imaginer des solutions permettant d'impliquer les équipes médicales des pôles dans la gestion. Ainsi, de l'hôpital de Valenciennes¹⁶³, souvent cité pour sa stratégie volontariste en matière de délégation de gestion, ou du centre hospitalier intercommunal de Toulon la Seyne sur Mer¹⁶⁴. Bien qu'il n'ait pas relevé d'articles relatant les expériences des trois plus gros établissements français : l'AP-HP, les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), nous confirmons par notre implication en tant que prestataire de services informatiques, de la mise en place d'outils de pilotage au niveau des pôles dans les deux premiers cas, et une volonté d'en délivrer rapidement aux structures de pôles pour le troisième.

Sur ce sujet, le secteur public n'est pas forcément à la traîne du secteur privé à but non lucratif. Ainsi, si un hôpital universitaire privé à but non lucratif s'est lui aussi engagé dans la mise en place des pôles, ceux-ci ne font pour l'instant « pas partie des préoccupations quotidiennes des soignantes¹⁶⁵ ».

- La plupart des établissements sont encore manifestement dans une **phase de découverte et d'apprentissage de cette nouvelle gouvernance** qui doit laisser plus de place aux acteurs de terrain. En témoigne l'insistance sur les outils nécessaires pour piloter la relation, qu'il s'agisse de l'utilisation de la comptabilité analytique¹⁶³ ou de la rédaction des contrats de pôle et des modalités de leur suivi.
- L'impact de la T2A et des pôles sur le dialogue de gestion et la gouvernance de l'établissement semble dépendre davantage de la volonté des acteurs que du contexte économique. Ainsi, si le responsable de l'établissement PSPH invoque « *le contexte actuel de déficit* » pour justifier l'absence de délégation de gestion¹⁶⁵, c'est le même contexte déficitaire qui a encouragé le CHI de Toulon la Seyne sur Mer à s'engager dans une démarche de responsabilisation des pôles¹⁶⁴.
- Dans l'ensemble, l'expérience de la nouvelle gouvernance semble recueillir l'adhésion de tous les participants, dans les établissements qui l'ont mise en œuvre. Ainsi, comme le souligne Cazenave¹⁶², au CHU de Bordeaux qui évalué au travers de questionnaires la nouvelle gouvernance, on relève ainsi les points de satisfaction :
 - « la qualité des relations entre les quatre acteurs de pôle (médecin responsable, cadre soignant, cadre administratif, directeur référent)¹⁶⁶ »,
 - la pertinence de la nouvelle gouvernance, qui constituait un « *changement nécessaire* ».

¹⁶⁰ LAUNAY G., GUILLOT B., PERRIGAULT P-F. et al., octobre-novembre 2010, "Prévisions d'activité MCO, simulations d'impact et pilotage des contrats de pôle. CHU Montpellier" *Journal d'Économie Médicale*, vol 28, n° 6-7, pp. 249-254.

¹⁶¹ ZIMMERMAN J-F, mars 2008, "Nouvelle gouvernance, contrat de pôle... L'expérience au CHU de Toulouse", *Gestions hospitalières*, n°474.

¹⁶² CAZENAVE J-C., octobre-novembre 2010, "L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes : l'exemple du CHU de Bordeaux", *Journal d'Économie Médicale*, vol 28, n° 6-7, pp. 249-254.

¹⁶³ GUICHETEAU J., MAESTRE-LEFEVRE A., octobre 2008, "Le compte de résultat analytique : un outil de gestion de pôle", *Gestions hospitalières*, n°479.

¹⁶⁴ GLARDON P-H., LE GALLARD L., décembre 2010, "Les pôles d'activité : au service de la performance des établissements de santé ? ", *Gestions hospitalières*, n°510.

¹⁶⁵ SAINT-MARC T., FISCHLER M., TILLON-FAURE O. et al., mars 2010, "Organisation : bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activité", *Gestions hospitalières*, n°494.

¹⁶⁶ Duriez souligne que, parmi les hôpitaux qui relatent des expériences satisfaisantes, une majorité mentionne l'existence de directeurs référents de pôle et leur utilité pour créer des liens entre les pôles et la direction centrales.

Il faut quand même noter que les retours d'expérience proviennent essentiellement de directeurs d'hôpital ou de directeurs des soins, qui ont un intérêt à présenter l'expérience de leur établissement sous un jour positif. Aucun article rédigé par un médecin n'a été relevé sur cette thématique.

Les observateurs extérieurs, tout en reconnaissant le bouleversant profond en matière de prise de décision opéré par la mise en place des pôles, sont relativement plus critiques sur les effets réels de la réforme. N. Vives-Rocamora¹⁵⁸ souligne ainsi :

- « la difficulté à identifier des marges de manœuvre et à susciter l'engagement du personnel »,
- « les problèmes de formation à la gestion à la gestion économique et à l'encadrement des professionnels ainsi que des difficultés de communication, de manque de réactivité et de clarté »,
- « la faible exploitation des formes d'intéressement collectives et individuelles ».

Quand à Dongradi¹⁶⁷, il estime que « *la lettre est respectée dans la mise en place des pôles mais pas forcément l'esprit* », principalement parce que subsistent les écueils traditionnels du management hospitalier : « *manque de transparence, mauvaise circulation des informations, rigidité de la hiérarchie, vision archaïque du commandement, manque de concertation ou concertation rare, faible cohésion.* ». [...]

Pour terminer ce tour d'horizon, Duriez¹⁵³ conclut qu'il existe des bouleversements manifestement à l'œuvre dans certains établissements en ce qui concerne le dialogue de gestion et le processus de décision. Même si la situation est très disparate, certains hôpitaux ont fait preuve d'un véritable volontarisme en matière de délégation de gestion et ont pris une longueur d'avance sur les autres.

Pour notre part, nous verrons plus loin dans notre étude de cas, s'il en était de même pour l'hôpital dans lequel s'est déroulée notre recherche et si les conditions d'un dialogue fructueux étaient réunies.

2.2. Vers une prise de décision collaborative, le dialogue de pilotage

Comme on vient de le voir dans les développements précédents, **la mise en place d'un dialogue de gestion bouleverse en profondeur les logiques en vigueur à l'hôpital**, au moins sur les deux points suivants :

– L'implication des médecins dans la gestion permet **d'éviter de s'enfermer dans une logique gestionnaire**. Le projet de l'établissement ne peut pas se résumer uniquement à atteindre l'objectif de l'équilibre budgétaire. La participation des professionnels médicaux et soignants est un garde-fou éthique contre une telle dérive et garantit que le rétablissement de la situation économique ira de pair avec l'amélioration de la prise en charge des patients. Les membres de l'équipe de direction partagent évidemment ces préoccupations éthiques et essaient de leur donner corps au travers des projets défendus. Il n'empêche que la pression de la tutelle et la situation financière de nombreux hôpitaux peuvent parfois « piéger » les directeurs, chaque mesure envisagée n'étant plus alors évaluée qu'en fonction de son impact financier. Si les médecins participent aux décisions, ce risque est atténué.

– L'association des professionnels de terrain aux décisions est sans doute l'unique solution pour **surmonter les pesanteurs qui règnent à l'hôpital et paralysent fréquemment toute**

¹⁶⁷ DONGRADI J-L., mars 2008, "Hôpital 2007... Sauvé par un nouveau mode de management ? ", *Gestions hospitalières*, n°474.

dynamique de changement. Lorsque la direction essaie d'impulser d'elle-même une transformation, sans avoir forcément une connaissance suffisante des réalités quotidiennes dans les services, le processus est dans l'ensemble beaucoup plus long et conflictuel. Le changement est mieux accepté lorsque celui qui en subit les conséquences ou à qui on demande de modifier ses pratiques a été partie prenante du processus de décision.

Or même avec des médecins désireux de s'impliquer dans la dynamique gestionnaire et une équipe de direction volontaire pour leur accorder une liberté d'action significative, **il n'est pas forcément évident de faire converger les opinions seulement grâce au dialogue de gestion** dans sa forme communément rencontrée. **La mobilisation autour d'un projet commun apportera les motivations vers une prise de décisions collective** et déterminera des synergies entre clinique et management, deux mondes qui se sont longtemps ignorés¹⁶⁸.

Ceci passera par l'amélioration du dialogue de gestion en une nouvelle forme de collaboration dans la prise des décisions que nous appellerons « Dialogue de Pilotage ».

- **Pourquoi Dialogue de Pilotage plutôt que Dialogue de Gestion ?**

Cette expression « Dialogue de Pilotage », nous l'avons introduite à l'hôpital pour lequel nous sommes intervenus, et toute l'étude rapportée a été construite autour de cette expression, de ce nouveau concept.

L'idée nous est venue de prendre à contre-pied, l'expression « dialogue de gestion » véhiculée par les institutionnels de l'époque, MEAH, GMSIH, l'ANAP aujourd'hui. Nous avons effectivement lu cette expression dans de nombreuses revues professionnelles et entendue plusieurs fois aussi dans des conférences nationales¹⁶⁹. Nous avons été atterrés de voir et d'entendre le discours et les pratiques liés au dialogue de gestion. À aucun moment, les conférenciers n'ont montré de manière explicite **la relation entre la gestion au quotidien et le plan stratégique de l'établissement**. Tant et si bien que le concept véhiculé par « **dialogue de gestion** » **ne donnait aucune perspective, enfermait les gestionnaires conceptuellement sur un domaine et n'insufflait aucun dynamisme fédérateur**.

Nous montrerons plus loin dans l'étude de cas, que nous avons travaillé longuement autour du plan stratégique de l'hôpital et sur la manière de le décliner simplement en termes de communication et d'organisation. Nous avons proposé au Directeur de l'établissement de placer tout l'hôpital dans une *dynamique de dialogue et de collaborations* dans l'objectif de réussir la réalisation de ce plan, et donc de parler de « Dialogue de Pilotage ».

Plusieurs conséquences ont été immédiatement observées : le bureau de pôle s'est par exemple approprié son plan stratégique de pôle et s'est « inventé » des collaborations internes et externes nécessaires au succès du plan. Concernant le système d'information, les pages du portail du pôle se déclinent selon la structure du plan stratégique et des sous-projets annuels.

¹⁶⁸ MIREBEAU Sylvie (2010) "Clinique et management : une synergie en construction", *Empan* 2/2010 (n° 78), p. 53-66.

¹⁶⁹ Conférences ENCC et conférences organisées sur le salon Hôpital Expo, annuellement.

Ainsi, nous avons articulé le rapport de notre analyse de la manière suivante :

- **Le dialogue de pilotage, son périmètre** : les activités (hospitalières, enseignement, recherche), les pôles et leur dialogue avec l'extérieur (conventions interhospitalières, les réseaux...),
- **Le dialogue de pilotage, son contenu** : le plan stratégique de l'hôpital et les schémas directeurs des fonctions supports / Niveau Pôle / Niveau Hôpital,
- **Le dialogue de pilotage, son organisation** : l'inventaire des situations de ce dialogue de pilotage, les ressources permettant de favoriser ce dialogue, etc.

Chaque item identifie les impacts sur la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique et sur le Système d'Information ; la feuille de route de chaque entité a été conçue au service de ce dialogue de pilotage.

Nous avons aussi voulu prendre à contre-pied les initiatives¹⁷⁰ qui cherchaient à démontrer la pertinence de l'introduction dans le contexte hospitalier, du **tableau de bord prospectif** (TBP) ou **tableau de bord équilibré**¹⁷¹ (en anglais, *Balanced Scorecard* ou *BSC*). Nous montrerons que ce BSC était intéressant mais de loin bien limité, et que l'on pouvait construire d'autres types de tableaux de bord, notamment dotés de fonctions collaboratives, tout aussi adaptés au pilotage hospitalier dès lors qu'ils étaient conçus à partir du plan d'indicateurs décliné du plan stratégique.

Si les bénéfices apportés par ce dialogue de pilotage sont importants, ils ne sont pas pour autant faciles à obtenir. Certaines conditions doivent en effet être réunies :

Comme le souligne le rapport de l'IGAS¹⁷² consacré aux pôles, les équipes de direction - et principalement les directions fonctionnelles – doivent accepter d'endosser un nouveau rôle : agir en tant que fonction support et comme conseillers au service des pôles. C'est une véritable révolution culturelle qui leur est demandée, d'autant plus difficile qu'elle suppose une confiance forte dans leur partenaire médical, alors même que ce dernier n'a pas forcément d'appétence pour les problématiques gestionnaires.

La participation au dialogue de pilotage demande un investissement important, forcément au détriment du temps consacré aux soins, à la recherche ou à l'enseignement. C'est donc à une redéfinition de la fonction médicale qu'invite le dialogue de pilotage : aujourd'hui, un médecin est reconnu par ses pairs grâce à ses performances cliniques et en matière de recherche. À l'avenir, cette reconnaissance devrait s'obtenir aussi au travers de la capacité à manager des équipes et à engager un dialogue avec la direction.

Il faut également disposer d'outils permettant de mesurer la performance de chaque unité. Ces outils sont indispensables à la mise en place d'une politique ambitieuse de délégation de

¹⁷⁰ Nous faisons ici référence aux travaux de Thierry NOBRE sur les tableaux de bord prospectifs, avec en autres, les 2 articles suivants :

- "Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif", *Comptabilité Contrôle Audit*, Vol. 2, n° 7, novembre 2001.
- "Le cas d'un Balanced Scorecard en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle" (with Haouet I.), *Revue Française de Gestion*, Vol. 37, n° 211, 2011.

¹⁷¹ KAPLAN Robert S., NORTON David P. (2001), *Comment utiliser le tableau de bord prospectif*, Éditions d'Organisation.

¹⁷² ZEGGAR Hayet, VALLET Guy, TERCERIE Orianne, "Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé", *Inspection générale des affaires sociales*, Mai 2010, 123 p.

pilotage. Ils permettent en effet à chaque responsable de mesurer les conséquences des décisions prises et à la direction de vérifier l'utilisation des marges de manœuvre accordées.

Le dialogue de pilotage doit donc s'accompagner d'outils susceptibles de favoriser la discussion : tableaux de bord, outils issus de la comptabilité analytique et permettant la comparaison avec des référentiels nationaux ou locaux. Comme le notent ainsi Moisdon et Pépin¹⁷³, « la T2A, de par sa constitution, permet une innovation instrumentale importante à partir de la comptabilité analytique et plus précisément des CREA (Compte de résultat analytique) et TCCM (Tableau coûts case mix) ». Certes, comme nous le montrerons plus loin dans notre étude de cas, l'exploitation de ces données et leur traduction opérationnelle sont souvent délicates. Il n'empêche que ces outils facilitent le dialogue en lui assurant des fondements objectifs et chiffrés.

3. La mesure de la performance nécessite un Système d'Information Décisionnel

La mise en œuvre du dialogue de pilotage requiert un système d'information apportant aux acteurs de la gouvernance un diagnostic médico-économique partagé et une aide à la décision.

Ce diagnostic effectué au niveau du pôle est une phase fondamentale pour parvenir à une analyse partagée, riche et pluri-professionnelle de la situation du pôle. Mesurer la performance et disposer pour cela d'indicateurs multidimensionnels constituent donc un préalable à la planification dans le pôle et à la mise en œuvre d'actions nouvelles. Cette primitive nécessite la conception et la mise en œuvre de nouveaux outils, des nouveaux tableaux de bord de pilotage.

3.1. Un préalable indispensable pour une aide à la décision performante

Le système d'information d'un établissement de santé est défini par le Ministère de la Santé selon la circulaire ministérielle du 6 janvier 1989 comme « l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique ». Cette définition réglementaire est cependant trop restrictive car elle exclut implicitement les organisations et processus implémentés. Gérard Ponçon propose une définition de référence plus large :

« Le système d'information hospitalier est inséré dans l'organisation "hôpital" en perpétuelle évolution ; il est capable, selon des règles et modes opératoires prédéfinis, d'acquérir des données, de les évaluer, de les traiter par des outils informatiques ou organisationnels, de distribuer des informations contenant une forte valeur ajoutée à tous les partenaires internes ou externes de l'établissement, collaborant à une œuvre commune orientée vers un but spécifique, à savoir la prise en charge d'un patient et le rétablissement de celui-ci »¹⁷⁴.

Cependant cette définition de référence renvoie à des réalités souvent contrastées sur le terrain. La complexité des systèmes d'information hospitaliers qui regroupent de très nombreux applicatifs métiers est souvent un obstacle à la production rapide, fiable et automatique d'informations. Par ailleurs, aux difficultés techniques, qui peuvent être considérables pour extraire et structurer une information éparse, s'ajoute une difficulté

¹⁷³ *Ibid.*, p. 18.

¹⁷⁴ PONÇON, G., *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique*, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2000, p.25.

d'ordre culturel qui renvoie au mode de production, de circulation et d'analyse de l'information par les acteurs dont le cœur de métier est différent¹⁷⁵.

Pour autant, le développement des systèmes d'information constitue une condition et un préalable nécessaires à toute entreprise de pilotage. Or les données brutes collectées sont rarement directement « intelligibles » et exploitables pour une évaluation. Un travail d'analyse, de mise en forme et de recoupement avec d'autres types d'informations, doit donc être conduit pour mettre en perspective ces informations avec les objectifs du projet d'établissement et pouvoir être porteur de sens pour les acteurs du pôle engagés dans des discussions constructives avec la direction.

Deux caractéristiques majeures sont exigées du système d'information avec l'arrivée de la T2A : d'une part la dimension « temps réel » car l'échelle de temps est organisée autour des contraintes de prise en charge du patient et celles relatives à une facturation au plus tôt ; et d'autre part l'exhaustivité du recueil des données car toute information de séjour non collectée représentera une perte directe pour l'établissement. C'est donc la médicalisation plus grande du système d'information qui va permettre d'organiser un recueil de données riches en informations médico-économiques relatives à la production des soins et de la restituer à des fins de pilotage qu'il soit opérationnel ou stratégique. **Ce sous-système dédié au pilotage s'appelle le système d'information d'aide à la décision ou système d'information décisionnel (SID).**

L'orientation majeure donnée habituellement à ce sous-système d'information s'appuie sur trois axes stratégiques « Activité – Finance (dépenses/recettes) – Qualité », complétés par une approche de synthèse globale dite transversale permettant réellement le pilotage et l'aide à la décision. Le développement de l'outil décisionnel doit aboutir à des indicateurs hiérarchisés privilégiant l'approche globale de la performance. Le déploiement du décisionnel s'inscrit dans une dynamique de production et de partage d'information qui repose sur la nouvelle culture de gestion au sein de l'hôpital. De plus, pour permettre une gestion décentralisée de ces informations médico-économiques de façon pertinente, on découpe l'hôpital en entités pertinentes, les pôles, les unités fonctionnelles (UF) et les CAC (centres d'activité), pour comptabiliser ses activités. Cette description des structures de l'hôpital est actualisée et partagée au sein du « référentiel structure », communément appelé le Fichier Commun de Structures (FICOM).

Nous décrivons plus loin en détail dans le quatrième chapitre l'anatomie du système d'information décisionnel et ses composantes.

3.2. Une organisation dédiée au développement du système et à son évolution

La réussite du projet de développement du système d'information décisionnel repose en grande partie sur deux acteurs principaux que sont la maîtrise d'ouvrage (MOA) et la maîtrise d'œuvre (MOE). Chaque acteur a une responsabilité précise dans la réalisation : le premier décrit ce qu'il faut faire c'est-à-dire définit les besoins que l'outil doit couvrir, et le second étudie, conçoit une solution technique et la met en œuvre.

¹⁷⁵ ORY V. (2008), Le rôle fédérateur d'un outil décisionnel pour un contrôle de gestion partagé : l'expérience du Centre Hospitalier de Roanne, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.

- **La maîtrise d'ouvrage**

S'agissant de la maîtrise d'ouvrage, une **cellule opérationnelle**¹⁷⁶ est en général mise en place pour assurer la qualification du contenu du système d'information décisionnel, en particulier, en élaborant le dictionnaire des données disponibles. Cette cellule qualifie l'information pour la production de tableaux de bord. Elle conduit les projets de réalisation du système. **Elle regroupe la plupart du temps, les compétences du DIM, du Contrôle de Gestion et de la Direction des Systèmes d'Information et de l'informatique.** Elle fournit en phase d'exploitation des prestations de conseil en matière d'analyse et de statistiques, et apporte des réponses à des demandes ponctuelles.

La maîtrise d'ouvrage détient l'entière responsabilité de la définition fonctionnelle du projet (indicateurs, règle de gestion,...). À ce titre, la maîtrise d'ouvrage valide toutes les descriptions fonctionnelles touchant l'outil. En particulier, elle participe activement à la validation des spécifications, rédigées par la maîtrise d'œuvre à partir de l'expression de besoins brute fournie. Les spécifications ont pour but d'approfondir chaque fonctionnalité demandée.

La maîtrise d'ouvrage intervient aussi dans chaque décision fonctionnelle prise sur le projet. Par exemple, sur certains chantiers, des compromis doivent souvent être faits. Par manque de budget, il arrive que l'on soit obligé de "restreindre le périmètre fonctionnel" du chantier, c'est-à-dire que certaines fonctionnalités ne seront pas réalisées. Il revient à la maîtrise d'ouvrage de prendre la responsabilité du choix de ces fonctionnalités.

En qualité de responsable de la description du projet, la maîtrise d'ouvrage a la responsabilité de valider la conformité de l'outil avec les besoins qu'elle a énoncés, avant sa mise en œuvre. Ces tests correspondent à la phase de recette. Pour les réaliser, les membres de l'équipe MOA dérouleront les fonctionnalités demandées, et vérifieront une par une, que ce qui a été développé correspond bien à ce qui a été décrit dans les spécifications détaillées. Il s'agit par exemple de vérifier les règles de calcul pour les indicateurs inclus dans les tableaux de bord.

Cependant, la maîtrise d'ouvrage n'a pas toujours une expérience suffisante de ce type de projets informatiques ou les ressources disponibles. Une équipe complémentaire, souvent externe et composée de membres habitués à la conduite de projets, intervient alors en renfort méthodologique et épaula la maîtrise d'ouvrage à la fois dans la démarche projet et dans l'expression de son besoin. On l'appelle *maîtrise d'ouvrage déléguée* ou *assistance à la maîtrise d'ouvrage*. Bien peu souvent, les hôpitaux décident de recourir à cette assistance pour des raisons de coûts, et cette faiblesse se révèle être très vite un handicap dans la conduite du projet. Dans son constat global, le Programme Hôpital numérique¹⁷⁷ souligne que les capacités de maîtrise d'ouvrage et d'ingénierie en systèmes d'information restent insuffisantes à tous les niveaux (ministère, territorial, hospitalier).

- **La maîtrise d'œuvre**

Dans la plupart des cas, la DSI fait appel à un **prestataire de services** pour la conduite opérationnelle des travaux. La maîtrise d'œuvre est composée d'un chef de projet MOE qui

¹⁷⁶ Nous verrons dans notre étude de cas que cette cellule opérationnelle prendra la forme d'une instance particulière appelée Observatoire Médico-Économique (OME) qui va bien au-delà du service apporté par le contrôle de gestion.

¹⁷⁷ Programme Hôpital numérique - Une feuille de route pour les systèmes d'information hospitaliers 2012-2016, <http://www.sante.gouv.fr/programme-hopital-numerique.html>

pilote une équipe de consultants informaticiens chargés de concrétiser ce qui n'était juste là qu'une simple idée.

La première responsabilité de la maîtrise d'œuvre est de comprendre le besoin de la maîtrise d'ouvrage. Comprendre le besoin, c'est lever toutes les ambiguïtés qui pourraient subsister. C'est donc interroger la maîtrise d'ouvrage, et l'aider à exprimer tous les détails utiles de son besoin, même (et surtout) si la maîtrise d'ouvrage a quelques difficultés pour le faire.

La maîtrise d'œuvre travaille souvent sur plusieurs sujets issus de périmètres fonctionnels différents (activités, finance, ressources humaines) et travaille donc avec plusieurs maîtrises d'ouvrages. L'adaptation des informaticiens à chacun des métiers, à son vocabulaire ou sa culture spécifique, est donc cruciale.

La compréhension se concrétise en premier lieu par la rédaction des spécifications fonctionnelles détaillées : ce document reprend chaque besoin exprimé par la maîtrise d'ouvrage dans son expression de besoin, et le décrit en détail. En particulier, la définition de chaque indicateur de performance avec ses dimensions d'analyse raccordées, ses règles de gestion associées, son unité, les représentations graphiques utilisées pour son affichage dans les tableaux de bord, enfin, le nom du responsable en charge de son évolution. L'ensemble de ces métadonnées forment le dictionnaire des indicateurs métiers. Une description des tableaux de bord vient se rajouter et peut donner lieu à un maquetage. Les spécifications se poursuivent ensuite par un volet technique, qui étudie le rapprochement des besoins fonctionnels avec les possibilités techniques offertes par les infrastructures informatiques, et la présence ou non dans les systèmes d'information des données élémentaires nécessaires à la construction des indicateurs. Ces risques peuvent être également des fonctionnalités qui pourraient être dangereuses pour la cohérence globale, ou visiblement inadaptées.

La maîtrise d'œuvre a ici un devoir de conseil vis-à-vis de la maîtrise d'ouvrage, et s'engage pour lever les alertes à expliquer les points de risque identifiés dans les besoins énoncés par la maîtrise d'ouvrage.

La maîtrise d'œuvre a également la difficile responsabilité des choix techniques. Ces choix vont impacter le projet tout au long de sa vie. Et ils sont nombreux :

- choix des composants logiciels ;
- dimensionnement des machines,
- architecture de la solution,
- modélisation et structure des bases de données,
- normes de programmation,
- etc.

Un mauvais choix peut s'avérer désastreux pour le projet, et aboutir à des blocages du système, ou à des ralentissements rendant l'utilisation impossible.

La seconde responsabilité importante de la maîtrise d'œuvre est donc la mise en œuvre technique, c'est-à-dire la mise en œuvre de tous les moyens technologiques nécessaires pour que l'outil informatique rende les services demandés par la maîtrise d'ouvrage. Il s'agit de concrétiser sur le plan informatique ce qui n'était jusqu'alors qu'une simple expression de besoins :

- développement de la solution
- mise en œuvre des bases de données
- mise en œuvre des échanges informatiques entre la solution et les systèmes en amont

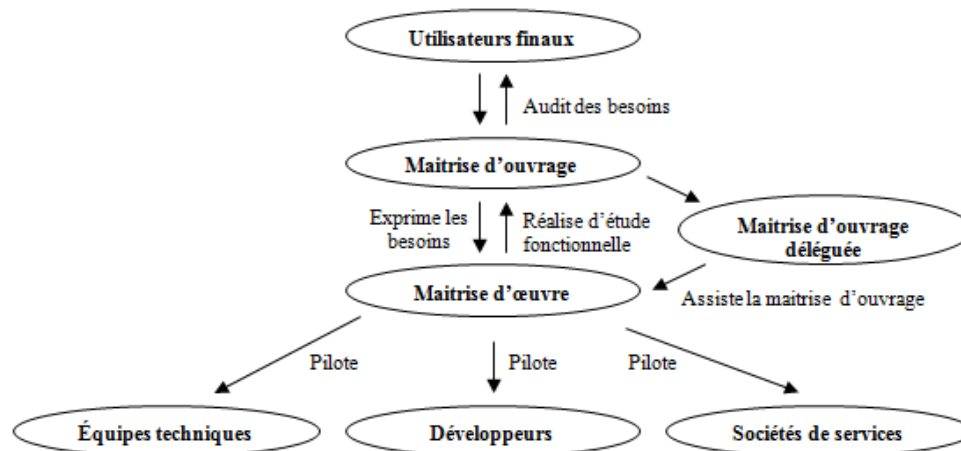
La maîtrise d'œuvre garantit également, par les tests que son équipe réalise, que les applications livrées sont conformes aux spécifications validées au début du projet. Elle garantit la qualité des réalisations mais aussi la bonne qualité de fonctionnement, sans bug. La pérennité des applications est assurée pour faire en sorte qu'elles puissent évoluer au fil du temps, et qu'il soit facile d'intervenir en cas d'incident. Cette pérennité passe par des développements de qualité, et par une documentation technique et de production adéquate. Enfin, de nombreux moyens techniques sont mis en œuvre - serveurs de secours, doublement des serveurs, sauvegardes / restauration, etc. - pour garantir une continuité de service.

Pour finir, la relation étroite entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre, a tout de celle d'un vieux couple. On y retrouve la solidarité, la complicité de deux individus ayant un même objectif commun, les souvenirs communs des meilleurs moments d'une vie commune riche en aventures. On y retrouve aussi les frictions, les coups de gueule, les incompréhensions, les avis divergents, et quelque fois, le divorce.

Dans tous les cas, la qualité de cette relation représente un enjeu majeur pour la réussite du projet, car quoi qu'il arrive, MOA et MOE sont dans une même barque, une barque qui ne peut avancer que si les deux passagers rament dans le même sens.

Le schéma ci-dessous résume l'organisation dédiée avec les liens étroits entre acteurs.

Figure 7 : L'organisation entre les acteurs



3.3. Les acteurs clés du système d'information décisionnel

Le besoin d'information décisionnelle vaut pour un grand nombre d'acteurs dès lors que l'on leur a délégué une part de responsabilité pour la réalisation des objectifs de l'organisation. **Ces délégations interviennent en cascade à tous les niveaux de l'organisation** de l'hôpital : depuis les directeurs généraux, comptables de leurs résultats, auprès du directoire et du conseil de surveillance ou de la tutelle (Agence Régionale de Santé) jusqu'aux responsables de pôles et de services. **L'objectif est, in fine, de fournir à ces différents niveaux de responsabilité des informations d'aide à décision.**

L'équipe de direction accorde une importance particulière à l'analyse médico-économique de la situation de chacun des pôles. Grâce au système d'information décisionnel, les données sont contrôlées avant d'être diffusées pour éviter tous malentendus ou biais d'analyse. Le

contrôle de gestion ou le **département d'information médicale**, ou dans le meilleur des cas, les deux réunis au sein de la **cellule opérationnelle** que nous avons déjà évoqué précédemment, assurent le suivi de ces informations produites sous forme d'indicateurs.

La Direction du Système d'Information (DSI) garantit pour sa part la disponibilité du système et la qualité des indicateurs accessibles. Pour cela, certaines entreprennent un véritable travail sur la qualité des données, notamment quand l'établissement rentre en contrat de performance avec son ARS. Nous avons montré d'ailleurs à ce sujet qu'il est possible d'envisager une démarche en continu pour gérer cette qualité des données¹⁷⁸.

Ensuite, afin de donner davantage de finesse au diagnostic, un grand nombre d'**acteurs au niveau des pôles** est associé dans un second temps. Le regard pluridisciplinaire porté sur les données produites enrichit alors les discussions et les analyses effectuées lors des réunions. Cette démarche participative essentielle facilite l'acceptation du diagnostic par les acteurs du pôle et le partage des objectifs stratégiques à atteindre. Cette cellule assurant la coordination des informations décisionnelles de gestion forme une sorte de technostructure au sens de Mintzberg : « Dans la technostructure, on trouve des analystes [...] qui servent l'organisation en agissant sur le travail des autres. Ces analystes sont dissociés du flux direct du travail : ils peuvent le concevoir, le planifier, le changer et assurer la formation des opérateurs, mais ils ne font pas le travail eux-mêmes. Ainsi la technostructure est efficace quand elle utilise des techniques analytiques pour rendre le travail des autres plus efficaces »¹⁷⁹.

Revenons sur ces acteurs clés de la décision en décrivant sous forme d'un portrait de famille, les différents métiers engagés dans le dialogue de pilotage. Ce panorama montre pour chacun des profils d'acteurs, l'intérêt à préparer une prise de décision de façon plus collaborative.

- **La direction de l'hôpital (DH)**

La profession de directeur d'hôpital a connu au cours des dix dernières années de profondes évolutions.

D'abord, les nouvelles formes de gouvernance liées à la réforme de 2005, l'organisation territoriale (les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et les schémas régionaux d'organisation sanitaire), la réforme de la tarification à l'activité (T2A) ou les récentes règles comptables et financières tel que l'État des Prévisions de Recettes et de Dépenses (l'EPRD), ont modifiés substantiellement le métier de directeur.

Ensuite, depuis 21 juillet 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) change encore de façon importante les conditions d'exercice du métier de directeur. Cette loi :

- met en effet l'hôpital public dans un environnement territorial plus concurrentiel : la mission de service public pouvant dorénavant être partagée avec les autres « offreur » de soins sur appel à projet.

- crée les Agences Régionales de Santé (ARS) avec des pouvoirs renforcés (coordination des objectifs de la politique de santé à l'échelon régional, proposition de nomination, d'évaluation, de détermination du régime indemnitaire des directeurs chefs d'établissement doté de la personnalité morale)

¹⁷⁸ AUBIN C. (2012), "Indicateurs de performance & Qualité des données : Vers une démarche industrielle dans un grand Hôpital Français", GISEH 2012, Québec (Canada), Actes de la conférence.

¹⁷⁹ MINTZBERG H. (1994), *Structure et dynamiques des organisations*, Paris, Éditions d'Organisations, p.46.

- institue de nouvelles instances : Directoire et Conseil de Surveillance qui modifient l'équilibre interne de la gouvernance et la répartition des compétences.
- renforce les attributions du directeur comme manager, responsable de la stratégie et de la conduite générale de l'établissement, de l'organisation et de la réponse aux besoins de santé dans le respect de l'équilibre financier.
- accentue la contractualisation interne (avec les contrats de pôle) et externe (avec les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans une logique territoriale).
- amplifie enfin les dispositifs de coopération entre établissements publics de santé au travers des communautés hospitalières de territoire (CHT), ou plus largement avec les établissements sociaux et médico-sociaux, les établissements privés et acteurs de santé libéraux dans le cadre de conventions ou de constitution de réseaux et le cas échéant, de groupements de coopération sanitaire (GCS).

Ainsi la dimension stratégique et managériale du métier de directeur, en tant qu'acteur de santé publique du territoire, se renforce tandis que les missions de coordination et opérationnelles peuvent être davantage déléguées à d'autres cadres. Selon le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière¹⁸⁰, le métier de directeur d'hôpital s'articule sur trois plans :

– La Stratégie

Il définit ou fait évoluer le projet d'établissement, en lien avec l'Agence Régionale de Santé et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans ce cadre, il positionne son établissement dans l'environnement territorial en accord avec le conseil de surveillance et assure le pilotage de l'établissement en conformité avec les orientations nationales et territoriales. Il conduit et évalue la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement et dans tous les projets qui le constituent.

Il définit la politique financière de l'établissement ainsi que l'organigramme de son établissement et la répartition des délégations de gestion.

Il définit et adapte l'organisation de l'établissement en pôles d'activité et structures internes conformément au projet médical d'établissement, et en fonction des évolutions internes et externes. Il définit les grands axes du contrat de pôle.

– La Coordination

Il préside le directoire et anime les réunions de direction ainsi que les autres instances de son établissement. Pour cela, il met en place les processus de décision, et le système d'aide et de suivi des décisions (tableaux de bord). Il arbitre les choix opérationnels.

Il négocie avec les acteurs externes et internes de l'établissement. Il coordonne avec ses partenaires du territoire de santé, les actions communes ou effectuées en coopération, en assurant notamment la continuité territoriale des prises en charge des patients. Il veille à la cohérence et à la coordination des activités de son établissement avec celles des différents réseaux.

– L'Opérationnel

Il initie les projets de restructuration ou de coopérations avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et en concertation avec le Président de la Commission Médicale de l'Établissement (CME). Il définit la gouvernance de ces projets et conduit lui-même les projets stratégiques.

Il assure la conduite générale de l'établissement, élabore son budget et en assure le suivi jusqu'à la clôture de l'exercice, ainsi que celui de sa trésorerie et son bilan. Il suit les

¹⁸⁰ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

tableaux de bord et les indicateurs clés tels que recettes, Groupes Homogènes Standardisés (GHS), occupation des lits et des places.

- **La structure dualiste : le directoire et le conseil de surveillance**

Le directoire est une nouvelle instance qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale, le directoire est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants (le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en est membre de droit).

Le président du directoire est le directeur. Le vice-président du directoire est le président de la commission médicale d'établissement (CME).

Par ailleurs, la présence de chefs de pôles doit permettre d'assurer une plus grande cohérence entre stratégies de pôles et stratégie d'établissement notamment à travers les contrats de pôles

Le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Le conseil de surveillance comprend trois collèges où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants personnels de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'utilisateurs. Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

- **La direction des finances et du contrôle de gestion (DF-CdG)**

Dans certaines organisations hospitalières, le contrôle de gestion est intégré au sein de la direction des finances faisant de lui un support de la stratégie financière. Dans d'autres organisations, le contrôle de gestion est plutôt en lien étroit avec le directeur général en portant le projet de pilotage de la performance.

La direction des finances est positionnée sur une vision macro, centrée sur les grands équilibres financiers et le rendu d'activité : dépenses par grands groupes de disciplines, EPRD. Le contrôle de gestion est quand à lui, axé sur une approche micro, très en prise avec le terrain. Pour autant le directeur des finances est associé aux analyses produites.

Le métier de contrôleur de gestion est devenu stratégique à l'hôpital. Son rôle est de :
– concevoir et mettre en œuvre des méthodes et outils de gestion permettant de garantir l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement, et l'exercice des fonctions de pilotage et de contrôle par le management,
– conseiller les décideurs au regard du développement des activités.

Encadré 4 : Le Contrôle de gestion à l'hôpital

Témoignage¹⁸¹ – Erwan Ollivier, contrôleur de gestion au CHU de Rennes et formateur sur le contrôle de gestion à l'hôpital.

“Le contrôle de gestion à l'hôpital est né du développement des systèmes d'information dans les hôpitaux. Depuis maintenant une dizaine d'années, les postes de contrôleur de gestion s'y sont beaucoup développés. La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance et la tarification à l'activité (T2A) prévues par le plan Hôpital 2007 ont amplifié l'essor de cette fonction.

¹⁸¹ <http://infos.emploipublic.fr/2010/02/08/un-controle-de-gestion-devenu-strategique-a-l%E2%80%99hopital/>

À partir de 2004, nous sommes entrés dans une approche financière complètement différente. Avant, avec le financement par dotation, nous étions dans une logique d'enveloppe globale. Maintenant, avec la T2A, il faut suivre les recettes de l'activité et, conjointement, les dépenses par pôle et par service. Le contrôle de gestion permet de fournir des éclairages à la direction, notamment en analysant les activités de manière très détaillée. Le contrôle de gestion est particulièrement riche et varié à l'hôpital, du fait de la complexité des organisations et de la multitude des interlocuteurs que l'on rencontre : nous sommes à la fois en contact avec le personnel administratif, le personnel soignant et médical dont il est important de bien cerner les problématiques, les services logistiques, etc. Et bien sûr, nous travaillons beaucoup avec le service informatique qui est notre principale source d'information."

Cependant, le contrôle de gestion à l'hôpital reste une notion aux contours mouvants¹⁸² : les responsables hospitaliers n'ont pas une vision homogène du contrôle de gestion. Dans beaucoup d'établissement en effet, le rattachement de cette fonction à la Direction des finances produit dans l'esprit des professionnels de santé une vision fermée du contrôle de gestion, souvent assimilé au contrôle budgétaire. Selon eux, le contrôle de gestion est d'abord centré sur l'évaluation de la performance économique et financière ; ils ne le considèrent pas comme une aide à la prise de décision ni dans la gestion quotidienne des services ni même dans l'orientation de leurs activités.

Notre expérience sur le terrain fait état d'une diversité des approches dans le positionnement du contrôle de gestion à l'hôpital :

- une première approche le considère comme un mode de contrôle au service de la direction générale dans un contexte de contrainte budgétaire. La direction privilégie alors un mode de gestion centralisé et le voit comme un moyen d'accroître sa réactivité face aux éventuels dérapages financiers.
- une seconde approche est de le mettre au service de la contractualisation interne et de la délégation de gestion. Il permet aux services et/ou aux pôles d'analyser leur activité et d'ajuster leurs actions avec les gestionnaires.

On peut souligner ici que la diffusion de l'information implique une certaine délégation du pouvoir vers les entités qui pourront s'appuyer sur les données produites pour prendre des décisions, en concertation avec la Direction. Le contrôle de gestion prend donc ici un positionnement différent selon qu'il soit au service de la direction ou des services c'est-à-dire selon le mode de pouvoir instauré dans l'établissement (centralisateur ou délégatif).

Si l'angle technique du contrôle de gestion est privilégié, celui-ci sera le plus souvent confié à un spécialiste : le contrôleur de gestion. S'il est conçu comme un système de pilotage de la performance, il sera davantage du ressort d'un directeur adjoint qui, non seulement sera en mesure d'analyser les résultats mais surtout les faire partager aux services ou pôles en vue de mener des plans d'actions correctives.

¹⁸² PAGÈS C. (2006), Contrôle de gestion et pratiques managériales à l'hôpital – la mise en œuvre d'un management de la performance au centre hospitalier d'Orsay, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.

Ces deux visions sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 7 : les deux modèles de contrôle de gestion dans les hôpitaux (selon Pagès)

	POURQUOI ?	QUOI ?	PAR QUI ?
Le contrôle de gestion centralisé	• La direction générale, éventuellement le conseil exécutif • Orienté essentiellement sur la maîtrise des coûts et la réalisation d'économies	• Un système d'information • Finalité : production d'informations	• Contrôleur de gestion • Rattachement de prédilection : la direction des affaires financières
Le contrôle de gestion décentralisé	• Les pôles / services • Orienté vers l'analyse de la performance globale • Approche communicante, interactive avec le corps médical	• Une fonction de pilotage • Moyens : s'appuie sur les systèmes d'informations	• Un directeur • Fonctions connexes possibles : qualité, stratégie.

Ces deux modèles ne sont pas exclusifs l'un de l'autre dans la pratique. Les établissements se situent souvent dans l'entre-deux en mêlant les deux dimensions.

• Le département d'information médicale (DIM)

Le DIM a un positionnement transversal dans la gestion et l'analyse de l'information médicale en provenance des pôles. À ce titre, il est responsable de la qualité de la mesure de l'activité de soins, élément central du nouveau mode de financement hospitalier tout particulièrement pour le secteur MCO et à venir pour le secteur SSR et Psychiatrie.

Le médecin responsable du DIM anime une équipe pouvant être constituée d'autres médecins et d'un effectif de TIM¹⁸³ spécifiquement dédiés aux contrôles transversaux. S'il choisit de décentraliser le codage de l'activité de soins au niveau des pôles, il doit conseiller les équipes médicales pour élaborer un juste codage de l'activité. Il peut aussi organiser une articulation du service DIM avec les pôles cliniques en plaçant des TIM au plus près de l'activité de soins sous la responsabilité hiérarchique du chef du pôle. Il devra pour cela définir des modalités de coordination, de formation et de soutien pédagogique de l'ensemble des TIM qu'ils soient ceux du DIM ou ceux des pôles, en y associant la formation du personnel médical et en sensibilisant l'ensemble des acteurs de la communauté hospitalière sur la pertinence du codage, en collaboration étroite avec les chefs de pôle concernés.

Il organise, traite et analyse l'information médicale dans le cadre du PMSI en garantissant la confidentialité des informations médicales. Il assure la diffusion des référentiels de codage dès leur actualisation en assurant également l'actualisation des connaissances des différents acteurs impliqués dans la T2A et apporter sa contribution à la gestion des contrôles externes de l'assurance-maladie, des tutelles ainsi que des audits internes.

Il conçoit et produit des informations qualitatives et quantitatives susceptibles de porter un éclairage pertinent sur des activités nouvelles ou déjà existantes mais destinées à évoluer, relatif à des choix décisionnels et ceci en réponse à une demande des chefs de pôles, de la direction générale ou des directions fonctionnelles, telles que les directions de la stratégie et des finances, du président de la CME, de même que des autres instances de l'établissement.

¹⁸³ Technicien(ne) d'information médicale

Il assure ainsi un rôle de conseil des instances et des responsables hospitaliers dans les domaines de l'efficacité médico-économique.

Il prévoit dans son projet de service les modalités de mise en œuvre de la Facturation Individuelle Des Établissements de Santé (FIDES) en coordination avec la gestion patiente, la direction des finances, et la cellule de contrôle de gestion (Amélioration de la Performance), la direction informatique et les chefs de pôle. Il lui appartiendra dans ce projet de service de définir les ressources humaines nécessaires au niveau du DIM pour être en capacité de pleinement accomplir de telles missions.

- **La Direction des Ressources Humaines (DRH)**

Selon le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, le métier de directeur des Ressources Humaines gère administrativement le personnel, en tenant compte de la réglementation et du projet d'établissement, en animant une équipe de gestionnaires administratifs du personnel.

Les fonctions d'un Directeur des Ressources Humaines (DRH) sont multiples : elles vont de la gestion du personnel se divisant en de nombreux statuts (professeurs, médecins, techniciens, ingénieurs), à la gestion du budget, en passant par la paie, le suivi des carrières et la veille sur le système d'information ressources humaines. Le DRH se préoccupe également de l'organisation et des conditions de travail ainsi que de la veille sociale. Il aménage et gère le temps de travail (remplacement du personnel, heures supplémentaires), recrute et oriente la gestion prévisionnelle de l'emploi, pour enfin se pencher sur le suivi des compétences des employés, suivi se faisant par le biais de structures de formation et d'apprentissage.

Le métier de la gestion des ressources humaines est en pleine mutation dans le secteur public hospitalier : la preuve par l'exemple, dans l'encadré ci-dessous avec le portrait d'un responsable des ressources humaines dans un centre hospitalier.

Encadré 5 : Le métier de DRH à l'hôpital

Témoignage¹⁸⁴ – Jean-Marie Barbot, DRH du centre hospitalier de Versailles (environ 2000 agents pour le personnel non médical et 400 pour le personnel médical).

«Notre problématique c'est le problème du recrutement. On a beaucoup de départs qui s'annoncent dans les toutes prochaines années qui vont surtout concerner dans un premier temps les cadres, et puis certaines professions comme les manipulateurs-radio. Il faut notamment au niveau des écoles d'infirmiers ou des écoles de manipulateurs, proposer des contrats de pré-recrutement ; il faut vraiment être très en amont pour éviter de se retrouver dans quelques années avec de très grosses difficultés en matière d'emploi. En Île de France, et notamment à Versailles, on est dans une situation qui est quand même marquée par une très forte concurrence : il y a beaucoup d'établissements publics, il y a beaucoup d'établissements privés, donc on doit effectivement être le plus attractif possible. Alors on ne peut pas l'être dans la fonction publique au niveau des salaires, par contre, il faut qu'on le soit sur d'autres aspects : ça peut être le logement, ça peut être la crèche. Ces 2 aspects nous ont permis de mieux recruter au cours des dernières années. Après il y a la fidélisation, pour donner envie au personnel qui travaille ici d'y rester. Moi je reçois bien évidemment beaucoup les cadres, les responsables, mais la porte est aussi ouverte pour des rendez-vous d'agents qui souhaitent me rencontrer pour exposer leur situation. J'ai beaucoup de temps qui est consacré à ces entretiens, et puis beaucoup de temps aussi – et ça n'étonnera personne – qui est passé en réunion.

¹⁸⁴ Interview retranscrit à partir de la vidéo disponible sur : <http://infos.emploipublic.fr/2010/01/11/portraits-de-professionnels-des-rh-videos/>

Ce qui caractérise la fonction de directeur des ressources humaines, d'abord c'est une fonction très exposée, et puis c'est aussi une fonction assez isolée. Ce qui me plaît c'est que c'est un travail d'abord très complet : On est à la fois dans la gestion quotidienne, mais aussi dans la gestion prospective ; on est aussi dans la gestion financière et de plus en plus aujourd'hui, puisqu'il faut maîtriser la masse salariale ; mais on est aussi sur les conditions de travail, le dialogue avec les représentants du personnel ; toutes les réformes qui aujourd'hui sont mises en place au niveau de l'hôpital, impactent d'une manière ou d'une autre sur la gestion des ressources humaines. Par avant j'étais directeur adjoint dans un établissement à Saint Quentin, et auparavant j'étais directeur adjoint au centre hospitalier Sainte-Anne, où j'ai été notamment directeur financier et directeur informatique. Formation de droit et puis concours à ce qui s'appelait autrefois l'ENSP et qui maintenant s'appelle l'EHESP, c'est-à-dire l'école de Rennes. Il y a 2 évolutions possibles aujourd'hui dans notre métier qui est un métier de directeur d'hôpital puisque c'est notre formation ; soit effectivement on peut rester DRH et se spécialiser parce que c'est un domaine dans lequel on aura de plus en plus besoin d'expertise ; soit on peut évoluer sur d'autres fonctions, d'autres directions fonctionnelles ou prendre une chefferie d'établissement."

C'est dans ce contexte général que s'inscrit la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé. Elle a un double impératif :

- Répondre aux défis spécifiques d'une organisation publique, massive quoique relativement disséminée sur le territoire, mais surtout largement fondée sur une approche statutaire de ses personnels et une gestion des effectifs qui laissent globalement peu de place à des démarches de développement des ressources humaines et à de véritables pratiques managériales,
- Prendre en compte et accompagner au mieux une série de réformes et de changements probablement sans précédent depuis les années soixante, dont la réussite passe au premier chef par la mobilisation des professionnels de toutes les catégories.

Sous chacun de ces angles, sont décelables autant de leviers d'amélioration et de progrès que de contraintes, voire d'obstacles pour les atteindre.

Par exemple l'ancrage des établissements dans la Fonction Publique, permet tout à la fois d'y voir l'une des valeurs clé d'appartenance des personnels hospitaliers, qui ont conscience de faire partie d'un service public au sens plein et entier et une cause récurrente de freins au changement, qu'il s'agisse des difficultés à valoriser les agents les plus engagés, à conduire un dialogue social authentique ou à dessiner des projets collectifs là où l'essentiel de la gestion des personnels conserve un caractère administratif et individuel.

Le hiatus est fréquemment mis en avant, qui oppose une culture de l'urgence très caractéristique de l'organisation hospitalière et un corpus de règles potentiellement paralysantes, que ce soit en matière de gestion des personnels, de procédures de marché ou de circuit de la dépense publique.

Un certain nombre de changements : la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), la mise en place des pôles d'activité, l'approche par corps de la fonction hospitalière, la césure statutaire entre le corps médical et les personnels hospitaliers et plus encore le rythme, l'ampleur et la combinaison de ces évolutions sont ressentis par les acteurs de l'institution comme difficiles.

Ajoutée à cela la prévision de 300 000 départs à la retraite dans les prochaines années, le besoin d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'a jamais été aussi patent dans ce secteur, de même que la prise en compte de formes de travail où la pénibilité peut se manifester sous diverses formes.

Un travail réalisé auprès de 310 établissements¹⁸⁵ tente de tracer quelques voies de progrès prioritaires, afin d'améliorer le « service rendu » aux principaux destinataires d'une politique de ressources humaines : les personnels.

La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) donne en effet davantage d'autonomie aux équipes médico-soignantes dans la gestion des pôles d'activité. Les services administratifs « traditionnels », comme les services de gestion du personnel, sont donc amenés à évoluer, pour mieux répondre aux besoins d'appui des managers des pôles.

Dans leur rapport, les deux auteurs analysent la transformation de cette fonction de gestion du personnel à l'hôpital, fonction plus que jamais partagée. Ils dressent un bilan des attentes des personnels sur les pratiques de la GRH hospitalière, et élaborent 34 recommandations, qui reposent sur 3 grands axes d'amélioration de nature transversale :

- Recherche de « sens », en réaffirmant la valeur du service public hospitalier, en associant davantage les personnels, en positionnant mieux les cadres ; Ce qui nous rapproche des dynamiques constatées dans toutes les entreprises complexes, publiques comme privées,
- Volonté d'une véritable autonomie des différents intervenants à la fonction ressources humaines, pour passer d'une gestion fortement administrative à une gestion plus stratégique. Nous sommes dans un cadre en pleine mutation, puisque les règles concernant le personnel demeurent par définition nationales, la tutelle devenant très fortement ancrée au niveau régional (ce qui, compte tenu de l'impact budgétaire de la masse salariale, est un élément de contexte central), tandis que les actes du quotidien se prennent au plus près des établissements, voire à un niveau de plus en plus proche du terrain,
- Nécessité d'outils et de procédures adaptés pour appuyer la fonction ressources humaines, en développant une « vision RH » de la performance hospitalière. Ce qui passe par un accompagnement professionnel des managers et des responsables en charge de la fonction ressources humaines, dans un contexte désormais fortement territorialisé.

• Les responsabilités au sein des pôles cliniques

Depuis la réforme de nouvelle gouvernance hospitalière, les responsabilités sont partagées au sein des pôles cliniques. Elles reposent sur un trio de pôle composé d'un responsable médical, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Dans certaines organisations « le trio » est transformé en « quatuor », un directeur délégué servant d'intermédiaire entre le triumvirat de pôle et la Direction Générale.

– *Le responsable médical du pôle* est un médecin. Avec le contrat de pôles il dispose de la délégation de gestion. Pour cela, son profil doit présenter une appétence pour la gestion, être reconnu par ses pairs et doit être nommé par le directeur général, le doyen d'université et le président de la CME. Ses principales missions sont de définir le projet médical et la stratégie du pôle, attribuer les moyens et les ressources du pôle (contrat) et gérer au quotidien en donnant priorité au « patient » en termes de qualité de sécurité, et non à « l'orthodoxie budgétaire ». Il maintient les équipes médicales parfaitement identifiées et représentées par leur chef d'équipe qui a la responsabilité de la continuité des soins, de l'enseignement et de la recherche.

¹⁸⁵ TOUPILLIER D., YAHIEL M. (2011), *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers (CNG), Rapport remis au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

– *Le cadre supérieur de santé* est sous la responsabilité du responsable de pôle et en lien avec les cadres de proximité des unités du pôle. Il est en charge au sein du pôle du management du personnel non médical (PNM) et de son évaluation, de l'organisation et de la gestion des moyens humains nécessaires à l'activité, de la qualité et de la sécurité des soins. Il est autonome vis-à-vis de la Direction des Soins qui intervient cependant en soutien, conseil, appui méthodologique, pour promouvoir la performance du management, de la qualité, de la sécurité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles¹⁸⁶.

– *Le référent administratif* n'a pas de profil univoque : il peut être adjoint des cadres ou assistant de gestion. C'est lui qui dispose de la délégation de signature. Ses principales missions sont la gestion budgétaire en fonction des objectifs du pôle (projet médical), le suivi de l'activité, la gestion des équipements¹⁸⁷ et le suivi des travaux.

Tableau 8 : la synthèse des rôles du trio du pôle

	Responsable médical	Cadre supérieur de santé	Cadre administratif
Élabore, signe et suit le COM	X		
Élabore le projet de pôle avec les chefs d'équipes médicales	X		
Négocie et coordonne les dépenses du pôle			X
Veille à la sécurité et à la qualité des soins et de la prise en charge	X	X	
Pilote de la mobilité interne du PNM	X	X	
Organise la communication intra et inter-pôle	X	X	
Valide les recrutements	X	X	
Suit le bilan financier et le cas échéant, le plan de retour à l'équilibre	X		X

– *Le directeur délégué* est un membre de l'équipe de direction, désigné par le Directeur, si possible sur la base du volontariat pour devenir référent d'un pôle clinique ou médico-technique. Il travaille en étroite collaboration avec le responsable médical du pôle, le cadre supérieur de santé et le cadre administratif. Il est coresponsable, avec ces autres acteurs, de l'organisation du pôle et de la mise en œuvre du projet médical, dans le respect des orientations générales de l'établissement. À ce titre, il est l'interlocuteur privilégié pour traiter des questions qui ne relèvent pas de la stricte responsabilité des services. Il est associé ou tenu informé selon les sujets, par les directeurs fonctionnels sur les décisions ayant trait au fonctionnement du pôle (travaux, choix de matériels, recrutements...). Il est associé à la réflexion et aux décisions relatives à l'organisation de la prise en charge des patients et aux coopérations à mener avec les autres pôles ; Il élabore et négocie avec le Directoire le contrat de pôle mettant en œuvre les objectifs stratégiques, organisationnels et qualitatifs du pôle, et assure le suivi de son exécution. Il est plus particulièrement chargé de l'analyse, en lien avec les directions fonctionnelles et les acteurs du pôle concernés, des écarts, entre les prévisions et les résultats en matière d'activité, de recettes et de dépenses. Il propose, si nécessaire, des actions correctrices.

¹⁸⁶ JUILLIARD-FOURNIER N. (2002), L'hôpital organisé en pôles d'activités – Perspectives et enjeux pour le directeur des soins, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.

¹⁸⁷ : En collaboration avec le responsable médical du pôle et les membres médicaux du bureau pour les équipements médicaux.

Pour résumer, le management du pôle s'inscrit comme un véritable management d'équipes pluri-professionnelles, sous l'impulsion du praticien chef de pôle, et de la cellule administrative dirigée par le directeur délégué de pôle. Affirmé comme le premier garant de la qualité médicale et de la saine gestion, le chef de pôle peut s'appuyer ainsi sur l'expertise d'une équipe de gestion, composée à la fois d'attachés administratifs, de cadres soignants mais également et surtout de directeurs d'hôpital, dont le rôle s'apparente à celui d'un directeur de cabinet et dont le rattachement hiérarchique au chef de pôle ne doit pas être tabou. Il est de la responsabilité des directeurs d'hôpital de s'engager vers une relation plus étroite avec les responsables médicaux. Loin d'enterrer la fonction de directeur d'hôpital à un rôle d'exécutant, ce modèle renforce leur légitimité et leur compétence. Dans une perspective de progression dans la carrière, le passage obligé par des postes de terrains (directeur délégué de pôle) avant d'accéder à des postes de direction fonctionnelle puis de chefs d'établissement ou de communauté hospitalière de territoire constitue une nouvelle opportunité pour renforcer la spécificité du métier de Directeur d'hôpital.

- **Les autres fonctions support**

Nous n'oublierons pas de mentionner également l'importance qu'occupent les fonctions « support » dans le processus de production de soins et dans les décisions prises transversalement. Nous pensons ici aux dirigeants de nombreux services logistiques et médico-techniques : les médecins biologistes dans les laboratoires, les pharmaciens dont les responsabilités peuvent s'étendre au-delà du circuit du médicament dans les activités liées aux blocs opératoires comme la stérilisation, les ingénieurs biomédicaux, les responsables de la qualité, les différents responsables logistiques impliqués dans l'hôtellerie (fonction linge, fonction restauration). Leurs participations aux décisions collectives impliquent aussi de mettre à leur disposition un accès à l'information décisionnelle, tant sous forme de tableaux de bord de suivi de leurs propres activités, mais également de remonter leurs activités contributives dans les tableaux de bord utilisés par les autres acteurs. Il est en effet primordial de connaître non pas ce que coûte ou rapporte ces fonctions supports dans l'absolu mais d'identifier la part contributive rentrant dans le séjour du patient¹⁸⁸.

Conclusion du chapitre 2 : Faire émerger une culture de la performance et du résultat

L'évolution de l'environnement (complexité, incertitude, contraintes réglementaires...) couplées à l'émergence de nouveaux critères de performance dans les organisations de santé amène à repenser leur mode de management. L'exigence de performance globale implique une remise en cause de l'articulation entre la stratégie et le pilotage opérationnel.

Pour faire face à ces nouveaux enjeux, les organisations de santé sont amenées à lier la notion de performance multidimensionnelle à leurs pratiques managériales. L'accent est dorénavant mis sur des approches de moins en moins mécanistes et figées au profit de démarches privilégiant une fertilisation croisée entre les volets conceptuel et opérationnel de la stratégie¹⁸⁹.

¹⁸⁸ On est ici sur les principes de la comptabilité analytique hospitalière (CAH) qui permettra de mieux connaître le poids de chaque fonction support dans le processus global de production de soins. Elle servira également dans le cadre de l'Étude Nationale des Coûts à construire les tarifs nationaux des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

¹⁸⁹ MAADANI M., SAID K. (2009), *Management et pilotage de la performance*, Hachette, 159p.

Pour ce faire, le contrôle de gestion assure le couplage entre les logiques stratégique et opérationnelle pour assurer le pilotage de la performance globale. Il collabore avec le DIM garant de l'information médicale. L'ensemble est mis au service d'un pilotage déconcentré et concerté entre la direction générale et les structures de management par pôles.

C'est ainsi qu'une nouvelle logique décisionnaire apparaît, que nous qualifions de « dialogue de pilotage », une forme rénovée selon nous, du dialogue de gestion, plus à même de soutenir la performance et d'accompagner le redéploiement stratégique par un pilotage collaboratif.

Dans ce contexte, les outils de pilotage et d'aide à la décision doivent évoluer. Les nouveaux tableaux de bord doivent privilégier davantage l'anticipation voire la « pro action » en contribuant à rythmer les dynamiques organisationnelles et à structurer les actions de ses membres par rapport à une ligne directrice clairement établie.

Cette volonté de favoriser l'arrimage et l'articulation du volet stratégique avec le volet opérationnel laisse apparaître l'émergence de nouveaux dispositifs d'aide à la décision.

Chapitre 3. Les spécificités de la prise de la décision à l'hôpital.

L'objectif de ce troisième chapitre est d'aborder les spécificités des processus de décision dans les organisations de santé, considérées comme étant d'un très haut degré de complexité. Ce constat nous servira de base pour montrer ensuite en quoi les outils d'aide à la décision développés et utilisés jusqu'à présent doivent évoluer afin de mieux répondre aux besoins des hôpitaux en pleine mutation.

1. Les décisions et le processus de décision : principes généraux

Il apparaît de façon évidente que la décision fait l'objet de théories très diversifiées - complémentaires et parfois contradictoires, de recherches, de nombreuses communications et publications, et d'un enseignement largement répandu dans divers cursus.

Plusieurs questions interrogent les chercheurs : Comment analyser et classer les multiples décisions qui sont prises quotidiennement dans les entreprises ? De quels facteurs dépendent les processus décisionnels au sein d'une organisation ? Les logiques entrepreneuriales et managériales conduisent-elles nécessairement à des décisions rationnelles ?

Il convient donc d'exposer dans un premier temps les différents types de décisions puis de s'interroger, dans un second temps sur la nature même du processus de décision.

1.1. Les différents types de décisions

De multiples décisions sont prises quotidiennement par les différents acteurs dans les organisations. Chacune d'entre elles se situe à des différents niveaux hiérarchiques — par exemple, le dirigeant peut décider d'investir dans une nouvelle activité ; les personnels peuvent organiser leur planning quotidien de travail...

En fait, aucune décision n'est identique à une autre : chaque décision a une incidence différente sur le fonctionnement, la rentabilité, la performance est parfois même la survie de l'organisation. Dans les entités de petite taille, le dirigeant constitue à lui seul le centre de décision aussi bien pour le fonctionnement interne que pour les relations extérieures. Dans les grandes entités, au contraire, il y a nécessairement un grand nombre de centres de décision car il est impossible de prendre seul la totalité des décisions. Déléguer les pouvoirs devient donc nécessaire.

Les décisions prises par les dirigeants des organisations doivent servir les objectifs et les stratégies qu'ils ont eux-mêmes définis. Chaque décision est prise en tenant compte de plusieurs facteurs (caractéristiques de l'organisation, sa situation financière, évolution de l'offre et du marché, technologies utilisées, contraintes légales, dynamique des relations sociales...).

• Classification des décisions selon leur degré de risque

Du point de vue du degré de risque attaché à la prise de décision, on parle de décisions « certaines », de décisions « aléatoires », et de décisions incertaines.

1 – Les décisions « certaines » se caractérisent par un risque nul dans la mesure où l'on connaît le résultat de la prise de décision dans 99 % des cas. Notons toutefois qu'un risque totalement nul n'existe pas (la faute d'un décideur ou un cas de force majeure peut, en effet, introduire un élément d'incertitude si faible soit-il). Les décisions certaines sont souvent les décisions les moins importantes c'est-à-dire les décisions de gestion courantes.

2 – Les décisions « aléatoires » sont un peu moins certaines que les décisions certaines mais un peu plus certaines que les décisions incertaines. Pour en donner une définition un peu plus claire, une décision est dite « aléatoire » lorsque certaines variables ne sont pas totalement maîtrisées par l'organisation mais sont connues en probabilité (entendons par là « pouvant être mathématiquement probabilisées »). Lorsqu'une variable est connue en probabilité, il s'agit d'une variable aléatoire c'est-à-dire une variable dont on sait qu'il y a telle ou telle probabilité pour qu'elle prenne telle valeur.

Encadré 6 : Exemple

Prenons un exemple :

Les niveaux de commande d'une molécule onéreuse par la pharmacie centrale d'un hôpital peuvent être estimés sur une année par un coefficient de probabilité (CP) :

- 300 boîtes avec une probabilité de 30 % — soit un CP = 0,3
- 500 boîtes avec une probabilité de 50 % — soit un CP = 0,5
- 800 boîtes avec une probabilité de 15 % — soit un CP = 0,15
- 1000 boîtes avec une probabilité de 5 % — soit un CP = 0,05

La somme des coefficients de probabilité est toujours égale à 1 (somme des CP = 1).

Supposons que le prix d'achat d'une boîte soit égal à 100 euros et que l'hôpital décide d'en commander 1000 boîtes. Pour calculer la dépense probable liée à l'achat de ce médicament on raisonnera en termes d'espérance mathématique :

- $300 \times 100 = 30\,000$ € avec une probabilité de 30 % — soit un C.P égal à 0,3
- $500 \times 100 = 50\,000$ € avec une probabilité de 50 % — soit un C.P. égal à 0,5
- $800 \times 100 = 80\,000$ € avec une probabilité de 15 % — soit un C.P. égal à 0,15
- $1000 \times 100 = 100\,000$ € avec une probabilité de 5 % — soit un C.P. égal à 0,05

En moyenne la dépense estimée sera donc selon le principe d'espérance mathématique de :

$$(30\,000 \times 0,3) + (50\,000 \times 0,5) + (80\,000 \times 0,15) + (100\,000 \times 0,05) = 51\,000 \text{ €}.$$

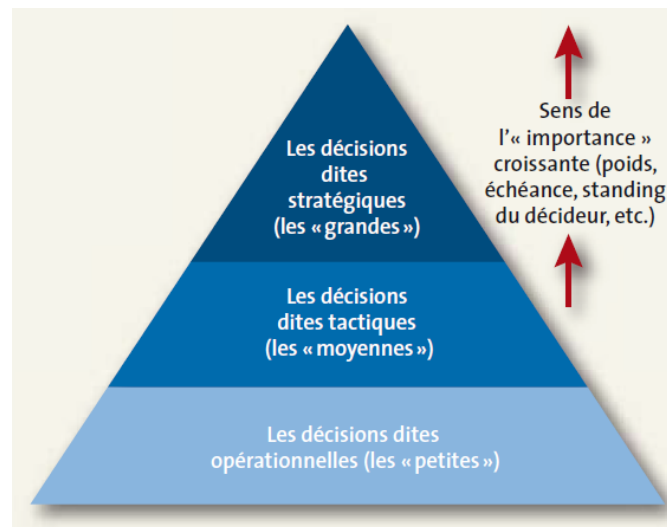
3 – Les décisions « incertaines » se rencontrent lorsqu'interviennent des variables qui ne sont ni maîtrisées par l'organisation, ni même probabilisables en raison de la trop grande complexité de l'environnement. Ce sont souvent les décisions les plus importantes (décisions stratégiques).

• Classification selon le niveau de la décision

Il est possible également de classer les décisions en étudiant leur horizon temporel (court terme, long terme), leur caractère répétitif ou non, le niveau hiérarchique du décideur.

Igor Ansoff¹⁹⁰ a proposé une classification des décisions en fonction de leur importance.

Figure 8 : Le niveau de la décision (selon Ansoff)



1 – Les décisions stratégiques

Ce sont les décisions les plus importantes dans la mesure où elles déterminent l'orientation générale de l'entreprise et, parfois même, conditionnent sa survie. Il peut s'agir par exemple des décisions d'investissement qui sont lourdes de conséquences ou encore des décisions de lancement de nouveaux produits ou services, des décisions financières etc. Ce sont finalement les décisions les plus incertaines.

Les caractéristiques principales des décisions stratégiques sont les suivantes :

- Elles sont toutes centralisées à un haut niveau hiérarchique (ce qui n'exclut pas un travail de réflexion et de préparation de groupe).
- Elles présentent un caractère non répétitif et engagent l'organisation sur le long terme.
- Comme nous l'avons souligné plus haut, ces décisions sont toujours incertaines car les données exogènes en provenance de l'environnement sont parfois difficiles à connaître parfaitement et, surtout, sont très mouvantes.

2 – Les décisions tactiques ou administratives (encore appelées décisions de pilotage)

Ces décisions prolongent les décisions stratégiques et commandent aux décisions opérationnelles. Ces décisions sont susceptibles d'être décentralisées. Par exemple, on peut dire qu'une décision prise par un « chef fonctionnel » tel qu'un directeur des ressources humaines est une décision tactique. Elles correspondent souvent à des décisions de gestion qui peuvent parfois être aidées par des modèles mathématiques (exemples : modèle de Wilson en gestion des stocks, technique d'études quantitatives de marché modèle BCG d'analyse du portefeuille d'activités, modèles d'organisation, etc.) D'une manière générale ces décisions engagent l'entreprise à moyen terme et le risque attaché à la prise de décision, sans être négligeable n'est jamais vital pour l'entreprise.

¹⁹⁰ Son ouvrage le plus connu, *Corporate Strategy* publié en 1965 (édition française : *Stratégie de développement de l'entreprise*, 1968) a été publié en 14 langues, et révisé en 1987 sous le titre *The New Corporate Strategy*.

3 – Les décisions opérationnelles

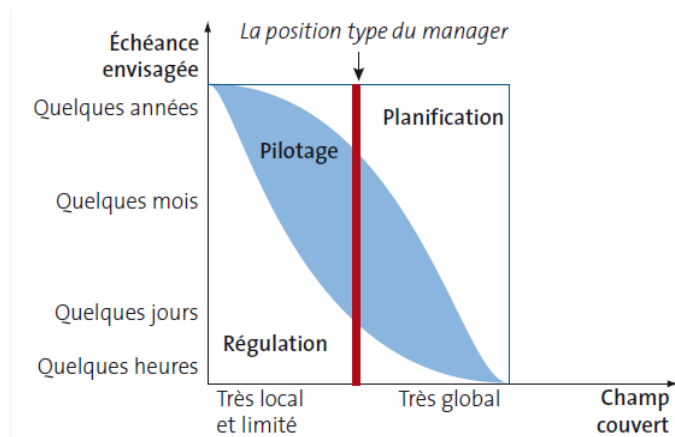
Il s'agit des décisions relatives à la gestion courante. Il s'agit ici d'assurer au jour le jour le fonctionnement régulier et efficace de l'organisation. Il peut s'agir, par exemple, de passer des commandes, d'établir un planning d'équipe, d'organiser des rendez-vous, etc. Ces décisions sont, bien entendu, répétitives dans la mesure où elles ont un effet immédiat et leurs résultats sont connus avec certitude (ce sont donc des décisions « certaines »). Elles n'engagent, en principe l'organisation que sur le moyen terme et ne sont jamais vitales pour son avenir.

• Classification selon l'échéance de la décision

En tenant compte de l'échéance de la décision et du champ qu'elle couvre (c'est-à-dire du nombre de personnes ou de services concernés par la décision), il est également possible de distinguer¹⁹¹ :

- les décisions de planification : elles concernent les objectifs d'évolution à moyen et long terme de l'organisation (ex. : emplacement des locaux, fusion...);
- les décisions de pilotage : elles reposent souvent sur des objectifs de performance à moins d'un an ou visent à adapter l'organisation à l'évolution de son environnement (ex. : plan de retour à l'équilibre...);
- les décisions de régulation : elles concernent le fonctionnement quotidien de l'organisation (ex. : optimisation des stocks...).

Figure 9 : Le manager et la prise de décision (selon Le Moigne)



• Classification selon le degré de structure de la décision

Il est également possible de classer les décisions en fonction de leur degré de structure. On distingue alors :

- les décisions programmables, par nature répétitives ; elles peuvent être traitées par des processus standards, quasi automatiques (ex. : déclenchement d'une commande) ;
- les décisions non programmables structurées : les paramètres intervenant dans la décision sont plus nombreux, mais le décideur peut faire appel à des outils d'aide à la décision (ex. : logiciels organisant les plannings des gardes du personnel, tableaux de bord etc.) ;
- les décisions non programmables faiblement structurées : soumises à de nombreux paramètres, ces décisions reposent principalement sur l'intuition ou l'expérience des décideurs (ex. : regroupement d'activités de services).

¹⁹¹ LE MOIGNE J.-L. (1974), Les Systèmes de décision dans les organisations, éditions PUF.

En conclusion sur ce point, on peut donc dire que les décisions affectent l'ensemble de l'organisation. Selon leur nature, les décisions peuvent être quantitatives ou qualitatives. Les décisions les plus faciles à prendre sont celles pour lesquels les facteurs de décision sont à la fois peu nombreux et quantifiables. Le choix peut alors être fait automatiquement à l'aide d'un modèle mathématique statistique (c'est le cas, par exemple, des décisions tactiques ou de pilotage). Au contraire, lorsque les facteurs de décision sont qualitatifs et nombreux, la décision ne peut résulter de la simple solution d'un modèle mathématique. Les décisions les plus importantes, relevant de la direction générale, font intervenir de nombreux facteurs qualitatifs.

Tableau 9 : Les différents types de décisions

Caractéristiques des décisions	Décisions stratégiques	Décisions administratives	Décisions opérationnelles
Horizon temporel	Long terme	Moyen terme	Court terme
Fréquence et degré de répétitivité	Décisions uniques	Fréquence faible, décisions peu répétitives	Décisions très nombreuses et répétitives
Degré d'incertitude de l'information	Très élevé	Elevé	Faible
Degré de réversibilité	Quasi nul	Faible	Elevé
Niveau de décision	Direction générale	Directions fonctionnelles et opérationnelles	Décisions décentralisées (fonction, service)

1.2. Les modèles de décision

• Les modèles de comportement du décideur isolé

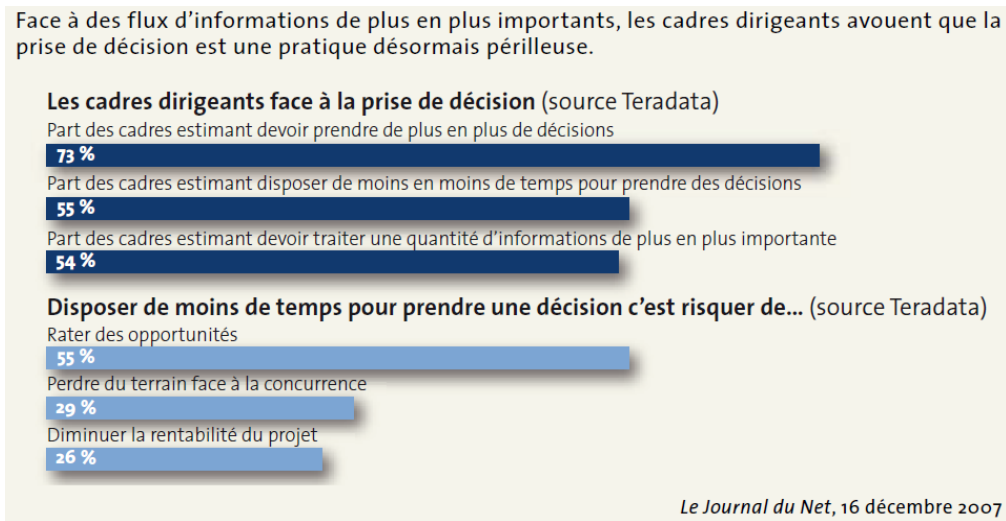
D'après les modèles classiques du preneur de décisions (ex. : modèle de Harvard¹⁹²), le décideur évalue rationnellement toutes les alternatives avant d'effectuer son choix. Ce choix est exempt de contraintes et correspond à une stricte logique de maximisation du profit ou de l'utilité. Cependant, plusieurs théoriciens de la décision ont montré qu'au sein des organisations, les décisions sont loin d'être rationnelles et ce, en raison de plusieurs facteurs : information imparfaite, rationalité limitée des dirigeants, prise en compte des objectifs personnels des décideurs, etc.

Pour Herbert Simon¹⁹³, la rationalité du décideur est nécessairement limitée car la décision s'intègre dans un environnement complexe qui restreint la perception des choix et impose de nombreuses contraintes au décideur.

¹⁹² Le modèle de Harvard, élaboré par les professeurs Learned, Christensen, Andrews et Guth en 1969, assimile la décision au raisonnement d'un acteur unique cherchant à maximiser ses fins avec les moyens dont il dispose. Cette logique de rationalité conduit l'acteur à examiner toutes les possibilités d'actions susceptibles de lui permettre d'atteindre ses objectifs. En d'autres termes, le décideur effectue le choix de la solution qui va maximiser son résultat.

¹⁹³ SIMON Herbert (1947), *Administrative Behavior*, New York, Macmillan.

Figure 10 : Les managers se noient dans la décision



La cohérence des décisions est également limitée par d'autres facteurs, comme la dissonance cognitive (modèle de Festinger¹⁹⁴), l'émotivité du décideur (modèle de Janis¹⁹⁵), la personnalité même du décideur, son profil psychologique...

• Les modèles de comportement décisionnel de l'organisation

Il est également intéressant d'étudier les mécanismes décisionnels au sein de l'organisation, qui s'avèrent souvent complexes et peu rationnels. On peut en citer trois :

1. *La multiplicité des objectifs* (Cyert et March¹⁹⁶) : chaque décideur, chaque service a des intérêts et des buts différents de ceux de l'organisation dont il fait cependant partie. L'organisation doit donc mettre en œuvre des techniques de résolution des conflits d'objectifs.

2. *La réduction d'incertitude* (théorie comportementale de la firme) : toute organisation cherche en priorité à éviter l'incertitude et le risque, et ne saisit donc pas toujours les opportunités qui s'offrent à elle. Dans ce schéma, c'est la logique managériale qui l'emporte sur la logique entrepreneuriale.

3. *La théorie de la poubelle* : les théories les plus extrêmes sur la décision (comme la théorie de la poubelle de March, Cohen et Olson¹⁹⁷) vont parfois jusqu'à rejeter toute idée de rationalité dans les processus décisionnels des organisations. Ceux-ci dépendraient seulement du hasard et de la nécessité.

• Les étapes du processus de décision

Selon Herbert Simon (Économiste prix Nobel en 1978), toute décision suit un processus dont les principales étapes sont la perception de la nécessité d'une décision, l'inventaire et

¹⁹⁴ FESTINGER L., PETESON R. (1970), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Evanston.

¹⁹⁵ JANIS I.L. (1977), *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and commitment*. Free Press, New York.

¹⁹⁶ CYERT R.M., MARCH J.G. (1963), *A behavioral theory of the firm*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

¹⁹⁷ COHEN D.M., MARCH J.G., OLSEN P.J. (1972), "A Garbage Can Model of Organizational", *Administrative Science Quaterly*, 17(1), pp.1-25.

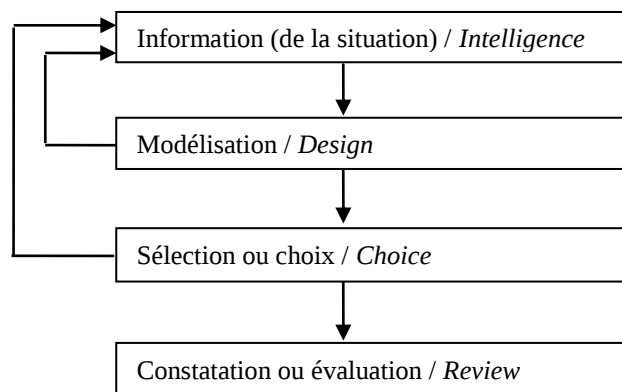
l'analyse des choix possibles, la sélection puis la mise en œuvre et l'évaluation de l'une des possibilités sélectionnées.

Son modèle identifie la prise de décision comme un processus cognitif assorti d'une situation de traitement d'information. Celle-ci présente une structure générique en trois phases, connues sous le nom de processus IMC¹⁹⁸ (Intelligence, Modélisation, Choix). Chaque phase a ses propres buts et des mécanismes spécifiques de traitement de l'information :

- Étape 1 : Intelligence : Il s'agit ici de comprendre en recueillant toutes les informations possibles sur l'organisation et son environnement
- Étape 2 : Modélisation (conception) : Ici, les informations recueillies vont être traitées – les décideurs vont ensuite rechercher les solutions envisageables.
- Étape 3 : Choix de la meilleure solution compte tenu des contraintes.

Une 4^e étape est généralement ajoutée pour le contrôle de la mise en œuvre de la décision et l'exercice éventuel d'actions correctives (feedback).

Figure 11 : Les phases de la décision de Simon



Par ailleurs, Herbert Simon nous montre que les acteurs décident fréquemment dans le cadre d'une « rationalité limitée ». Il remet en question le postulat de la rationalité de l'acteur – le processus de décision n'est pas toujours si rationnel qu'on pourrait le penser. En effet, on suppose trop souvent que le décideur dispose d'informations complètes et qu'il connaisse à l'avance les conséquences de ses décisions.

Or, en pratique, il est très difficile, très long, et souvent très coûteux d'obtenir des informations complètes. L'acteur sait qu'il est irrationnel de rechercher des informations complètes et, selon les cas, il sait donc qu'il agit dans le cadre d'une rationalité limitée.

Par conséquent, au moment de la prise de décision, il est quasiment impossible de prouver que la décision prise est la meilleure. Le décideur s'arrêtera donc à une décision satisfaisante mais pas optimale, pour laquelle les solutions sont simplement acceptables mais en aucun cas les meilleurs possibles.

¹⁹⁸ Traduit de l'anglais IDC : Intelligence, Design, Choice.

• Le problème de décider en situation

Se pose alors le problème de comment aborder un problème décisionnel.

Il existe en effet plusieurs cas de figure pour lesquels le décideur devra faire face :

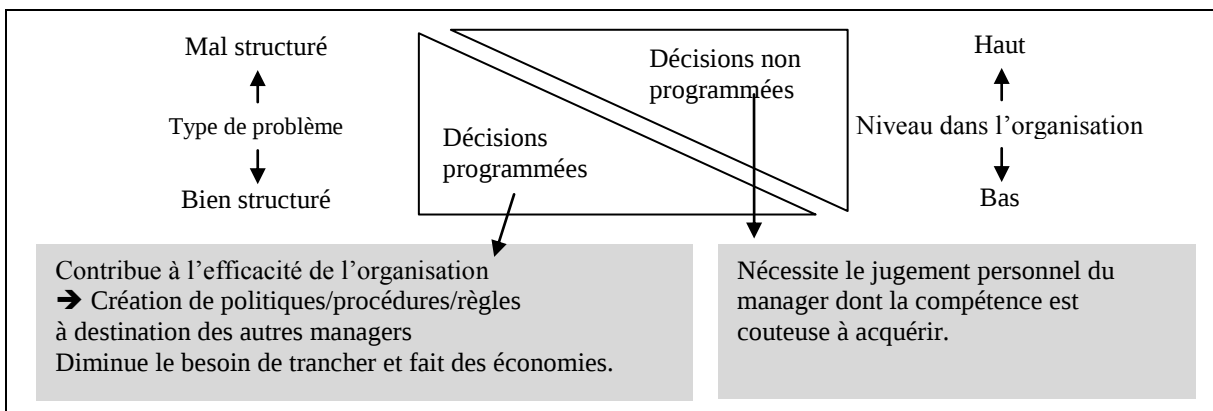
- les problèmes structurés : problèmes connus et simples, familiers, faciles à cerner et dont la résolution n'exige pas d'avoir recours à des données complexes.
- les problèmes non structurés : problèmes nouveaux pour lesquels les informations disponibles sont ambiguës, lacunaires ou incomplètes.

Il y a aussi :

- les décisions programmées : Décision répétitive pouvant être gérée par une approche routinière et uniforme, ayant fait ses preuves dans le passé. Dans ce cas, on distingue :
 - Procédure : série d'étapes séquentielles liées entre elles et qu'un manager peut suivre pour régler un problème bien structuré.
 - Règle : affirmation explicite indiquant au manager ce qu'il doit ou ne doit pas faire dans une circonstance donnée.
 - La politique : orientation générale de cadrage de la réflexion et de l'action qui fixe des paramètres pour les décideurs.
- les décisions non programmées : décisions spécifiques visant à résoudre des problèmes uniques et non récurrents.

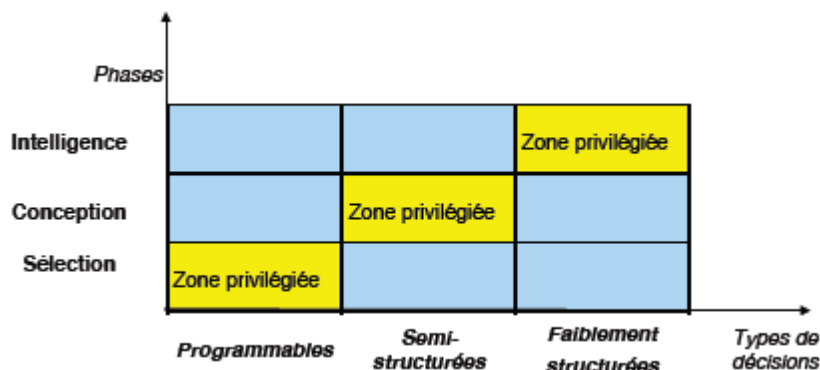
La figure suivante croise ces deux angles de vue :

Figure 12 : Décider en situation



Le Moigne¹⁹¹ met d'ailleurs en correspondance l'importance des phases du modèle IDC au regard de la structuration des décisions (ou problèmes).

Figure 13 : Le modèle IDC et types de décisions



2. La complexité des organisations de santé

L'hôpital constitue une des configurations organisationnelles des plus complexes qui existent. « De par leurs structures et leurs fonctionnements, les organisations hospitalières demeurent des systèmes complexes où siègent de multiples interactions de natures diverses. Il apparaît dès lors que la prise en compte de cette complexité est aujourd'hui le principal enjeu organisationnel de l'hôpital »¹⁹⁹. Ce haut degré de complexité est un élément qui complique l'évaluation de la performance parce qu'elle traite de l'activité des soins de santé.

Plusieurs auteurs en font le constat : d'une part, « les gestionnaires doivent s'efforcer de garantir l'équilibre financier, de maintenir minimal le taux de rotation du personnel, d'optimiser l'occupation des lits, de maintenir minimal le taux de rotation des lits, de respecter les normes de personnel soignant, de veiller à la formation permanente de son personnel et d'y assurer la qualité des soins la meilleure possible. Ces différents aspects, parmi d'autres, relèvent de la performance hospitalière »²⁰⁰. D'autre part, l'hôpital est une structure de production multiservice qui fait intervenir des éléments technologiques de pointe, le savoir-faire souvent simultané de plusieurs catégories professionnelles, ainsi qu'une forte implication humaine dans la prise en charge du patient²⁰¹. En outre, « les difficultés d'analyse sont amplifiées par le fait que l'hôpital est un prestataire de services complexe de nature architecturale fortement ouvert sur son environnement »²⁰².

Il est clairement démontré aujourd'hui que cette complexité de l'hôpital est liée à quatre principaux facteurs : ses missions, ses métiers, son système de décision et son environnement²⁰³.

2.1. La complexité liée aux missions

La principale mission de l'hôpital est la prise en charge des patients, ce qui se traduit par un nombre très important de processus médicaux (diagnostiques et thérapeutiques), soignants et de soutien (administratifs, logistiques, pharmaceutiques...). Ces processus se décomposent en activités qui ne sont ni standards ni homogènes, à l'inverse des processus industriels. Ils se caractérisent notamment par une variété des modes de prise en charge (pas de déroulement homogène du processus), par une variabilité des modalités de prise en charge (chaque processus comporte une combinaison spécifique allant du simple au très compliqué) et par une intensification continue du processus de prise en charge¹⁹⁹.

En pratique, on constate cette complexité par « l'extraordinaire variété des prestations hospitalières, dont témoigne indirectement la classification en GHM (groupes homogènes de malades) elle-même, puisqu'elle compte plus de 500 classes. Les versions les plus

¹⁹⁹ EL HIKI L. (2008). *Proposition et validation d'un modèle d'amélioration continue pour les processus hospitaliers*. Thèse de doctorat en Automatique et Informatique des Systèmes Industriels et Humains de l'Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis, 199 p., Valenciennes.

²⁰⁰ GUISET A.L., SICOTTE C., D'HOORE W. (1999). "Concepts et mesures de l'efficacité à l'hôpital". *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6(1), 83-101.

²⁰¹ DOURTHOUS M.C. (2002). *De la performance de l'évaluation médicale à l'évaluation de la performance hospitalière*. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), 69 p., Rennes.

²⁰² GALLOUJ C., GALLOUJ K. (2006). "Au-delà des palmarès : retour sur les multiples dimensions de la performance hospitalière". *Actes de la 3ème Conférence en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers (GISEH)*, 14 p., Luxembourg.

²⁰³ RAKOTONDRAIVO A. (2006). *Contribution de la modélisation à l'évaluation des performances des organisations de santé : application au réseau régional de cancérologie Oncolor*. Thèse de doctorat en Génie des Systèmes Industriels de l'Institut National Polytechnique de Lorraine, 219 p., Nancy.

sophistiquées des DRGs (Diagnosis Related Groups) aux États-Unis comptent plus de 1200 classes. Encore ne s'agit-il là que de l'hospitalisation de soins aigus : bien peu a encore été fait pour les activités ambulatoires, ni pour le moyen et le long séjour, encore moins pour la psychiatrie. Cette variété n'est pas seulement une variété de classes. Elle recouvre des natures de prestations techniques très différentes, dont l'intitulé seul d'un GHM ne peut pas rendre compte »²⁰⁴. À cela s'ajoute le fait que ces pratiques s'opèrent en permanence en conditions réelles et régulièrement dans des situations d'urgence vitale pour le patient.

En complément, certains établissements hospitaliers assurent des missions de formation de leur personnel, d'enseignement, mais aussi de recherche et développement avec des partenaires privés et publics. L'ensemble de ces missions qualifiées également de « prestations de service » se traduit par le fait que le patient n'est plus seulement un malade qui doit être soigné mais aussi un client qu'il faut s'efforcer de satisfaire par des prestations éminemment complexes.

2.2. La complexité liée aux métiers

Un grand nombre de métiers différents, dont les représentants professionnels ont des compétences, des modes de fonctionnement, des cultures, des liens hiérarchiques et des intérêts dissemblables, interviennent – parfois simultanément – dans les organisations de santé. La coexistence et la gestion de cet ensemble de professions deviennent particulièrement complexes, parce qu'elles agissent toutes dans l'intérêt du patient à travers une chaîne de soins, chacune étant tributaire des actions réalisées par les autres, tant en amont qu'en aval²⁰³. Néanmoins, c'est au sein même de cette complexité que l'organisation hospitalière puise tout son intérêt puisqu'elle peut dès lors être définie comme l'offre articulée ou intégrée d'un assemblage de services divers qui donne une visibilité institutionnelle supérieure à la simple somme de ses composantes²⁰².

2.3. La complexité liée à l'environnement

Le secteur de la santé constitue un écosystème qui doit faire face à des changements très rapides à de nombreux niveaux : politique (de par son caractère public), technologique (de par sa forte implication scientifique) mais également démographique, économique, légal, sociétal et, de plus en plus, environnemental et écologique.

Tous ces éléments stimulent, au sein des organisations hospitalières, des paradoxes qui viennent exacerber leur haut degré de complexité :

- Est-il possible de concilier le rythme effréné des progrès médicaux et des avancées technologiques avec la lente évolution des mentalités, des comportements et des organisations ?
- Comment les directions d'hôpitaux peuvent-elles assurer la santé financière de leur établissement sans mettre à mal la santé de leurs patients ?
- Les pratiques de découplage et la recherche d'économies d'échelle à travers le fonctionnement en réseau (régional, national, voire transnational) ne vont-elles pas à l'encontre de la demande légitime de la part du patient d'une médecine humaine et de proximité ?

²⁰⁴ DE POUVOURVILLE G. (1998). "Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière", *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(1), 99-105.

2.4. La complexité liée au système de décision

Qualifiées souvent d'« anarchies organisées », les organisations de santé se caractérisent par une absence de ligne hiérarchique unique et claire entre le sommet stratégique et les centres opérationnels²⁰⁵. Classiquement, l'hôpital est considéré comme un exemple type de bureaucratie professionnelle, telle que Mintzberg la définit.

Ce type de structure¹⁹⁹ comporte :

- une structure compartimentée dont le centre opérationnel est la partie centrale de l'organisation. Il est constitué de professionnels indépendants et autonomes, dotés d'un haut niveau de compétences qui constitue l'essence de leur pouvoir et autorité ;
- un sommet stratégique bicéphale (direction médicale et direction gestionnaire) corrélé à une quasi-absence de ligne hiérarchique, donc de flux hiérarchiques entre le sommet stratégique et le centre opérationnel ;
- un soutien logistique important ;
- une quasi-absence de technostructure pour standardiser les pratiques ;
- une organisation qui évolue dans un environnement stable et complexe.

En résumé, les établissements de santé font face à un problème de double filière hiérarchique²⁰⁶. Les médecins dirigent l'activité de leur service avec du personnel soignant et paramédical qu'ils n'ont généralement pas recruté et souvent même pas choisi. En parallèle, les équipes de direction assurent la gestion de l'établissement dont l'activité dépend de médecins qu'ils n'ont pas recrutés et dont ils ne gèrent pas la carrière. Cet éparpillement des responsabilités a un impact sur les organisations de santé. Notamment, « plus l'activité est différenciée (spécialisation accrue des professionnels et augmentation de leur nombre, départementalisation et segmentation de l'activité), plus l'activité doit être intégrée autour du patient par des mécanismes de coordination puissants. L'éclatement de la trajectoire du patient [...] nécessite une organisation *ad hoc* pour combiner et agencer les différentes tâches autour d'une même personne, organisation fondée sur les deux principes de différenciation et d'intégration. Fortement différenciée au niveau local, l'organisation hospitalière doit alors être fortement intégrée au niveau global »²⁰⁷. On a vu que la loi HPST a justement modifié certains aspects de cette organisation, en particulier la gouvernance des établissements hospitaliers.

3. La décision dans les organisations de santé

3.1. Les constats initiaux

Sur le thème de « la décision à l'Hôpital » spécifiquement, quelques principes généraux se dégagent également et plusieurs conférenciers ont apporté une synthèse au cours des 69^e journées du GERHNU²⁰⁸ qui se sont déroulées les 5 et 6 novembre 2009 à Paris. Confortés par la littérature, leurs conclusions attestent que la pertinence de la décision a deux

²⁰⁵ STEFANINI A. (1997). "The hospital as an enterprise: management strategies". *Tropical Medicine and International Health*, 2(3), 278-83.

²⁰⁶ HOLCMAN R. (2006). "L'avènement de la gestion par pôle. Dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? ", *Gestions Hospitalières*, 456, 329-337.

²⁰⁷ TEIL A. (2002). *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*. Thèse de doctorat en sciences de gestion de l'Université Jean Moulin, 400 p., Lyon.

²⁰⁸ Le Groupe d'Étude et de Réflexion des Hôpitaux Non Universitaires est un groupe de réflexion et de proposition des professionnels de l'hospitalisation qui se réunit une fois l'an dans un Centre Hospitalier autour d'un thème d'actualité. <http://www.gerhnu.fr/>.

déterminants majeurs : la puissance de l'objectif et la qualité de l'analyse de la problématique.

À tous les niveaux, c'est la patientèle qui est le moteur des objectifs, avec l'évolution de la population, des pathologies et de la science médicale. Les décisions se prennent de plus en plus dans le cadre d'une communauté d'activité, et deviennent donc collectives. Elles doivent s'appuyer sur une information factuelle, objective, complète et vérifiable, prenant autant que possible appui sur des standards extérieurs. Les données sous-jacentes doivent être énoncées dans un langage commun à tous les acteurs en présence. Les clés de la réussite sont de développer une culture partagée, des rôles clairement définis, une confiance mutuelle et un respect indéfectible.

À partir de ces principes généraux, le GERHNU décline les décisions sur trois niveaux : dans un établissement, auprès d'un patient et sur un territoire.

Au niveau de l'établissement, l'organisation de la prise de décision doit prendre en compte la sociologie de l'hôpital et la typologie des acteurs (se reporter au paragraphe vu plus haut intitulé « Les acteurs clés du système d'information décisionnel »). Et ce d'autant que la prise de décision est omniprésente dans l'exercice des métiers de directeur et de médecin, et où la responsabilité s'y exerce à titre personnel.

Bien que le compagnonnage régie la vie professionnelle d'un médecin, des éventuelles subordinations sont possibles dans un groupe dans lequel des niveaux de savoirs sont différents mais reconnus par le groupe. Toutes les activités étant liées à divers degrés, il faudra donc assurer une certaine fluidité de l'organisation.

Concernant ce qui est dénommé le « management », plusieurs expériences montrent qu'il n'est pas indispensable d'être un expert pour manager une collectivité de travail pluri-professionnelle et que cette situation peut même être un handicap par le flou des rôles qu'elle confère. Une organisation fondée sur le « pouvoir sur » n'est pas adaptée, chacun doit exercer son « pouvoir de » en utilisant activement ses compétences métier et individuelles.

Parce que les moteurs naturels sont les directeurs et les médecins, il faut donc opter pour un dispositif qui respecte ces particularités, où les équipes élaborent et présentent leurs décisions, [...] où la communauté médicale a un rôle d'examen, de validation de coordination.

La prise de décision et la conduite de la mise en œuvre nécessitent moins « un chef » que la mise en place d'un système où les compétences et les capacités d'innovation peuvent se développer en transversal et où le portage des projets est collectif. Il faut chercher les points de convergence, trouver le juste milieu entre consensus improductif et décision personnelle. Le management doit dans ce cheminement utiliser clairement recherche d'adhésion, concertation et négociation.

Concernant la décision pour un patient individuellement (la spécificité de la décision médicale), un travail a été accompli dans le cadre de la démarche qualité institutionnelle et du développement des consensus scientifiques pour structurer les référentiels collectifs de pratique. On consacre maintenant une partie du temps et de l'énergie jusque-là dédiés aux instances techniques, à des réflexions collégiales sur des cas cliniques. Les patients sont presque tous devenus « pluri-praticiens-dépendants » du fait de l'étendue des connaissances

et de l'organisation du travail, et la dimension collégiale est une composante forte de la performance médicale, qu'il faut étendre bien au-delà de la cancérologie.

Les décisions de prise en charge incluent la globalité du « parcours de santé » du patient grâce à des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) médico-sociales appuyées sur une grille polymorphe d'évaluation. Tous ceux qui contribuent au *collectif* doivent être réunis : le patient lui-même bien sûr, son entourage (conjoint, enfants et la personne de confiance lorsqu'elle a été désignée), le médecin traitant et les autres professionnels de ville (spécialistes, infirmiers, aides à domicile, assistante sociale...), ceux des institutions d'accueil le cas échéant et notamment des maisons de retraite, de façon large l'environnement social. On s'attache à économiser le temps de chacun en choisissant les modalités de réunion (regroupement des dossiers, réunions à distance...) tant pour raccourcir les délais de décision que pour respecter les contraintes d'exercice.

Concernant la décision au sein des territoires, l'enjeu des tutelles²⁰⁹ est de garantir l'équité. Or, il apparaît que le seul territoire qui ait une légitimité est celui investi formellement par le patient : c'est le territoire de recours. Il est variable selon les problématiques et notamment les pathologies, s'étendant du territoire de santé à une dimension interrégionale. Un découpage « plaqué » aux territoires administratifs n'est plus réaliste, tant en déclinaison pour chacun des patients, que pour l'organisation des filières et les décisions qui s'y rapportent.

Dans ce cadre, chacun joue un rôle propre et irremplaçable, ce qui a pour corollaire une « non-hiérarchisation » des structures dans les décisions. Les décisions portent dès lors non pas tant sur des choix de fermeture de structures que sur l'agencement d'une organisation qui garantisse l'accès de tous à toutes les techniques et compétences, compte tenu des modes de vie actuels et des possibilités de télécommunication. Un travail pour élaborer une concordance avec l'agencement des transports est également entrepris dans le cadre de l'aménagement des territoires.

Nous concentrerons notre recherche sur la prise de décision effectuée au niveau de l'établissement par les gestionnaires et directeurs, en laissant la spécificité de la décision médicale aux praticiens²¹⁰, et enfin aux tutelles, les décisions politiques définissant l'offre de soins sur les territoires²¹¹.

3.2. Les nécessaires évolutions des processus de décision à l'hôpital

L'obligation de réactivité de l'organisation hospitalière et l'évolution des technologies ont pour conséquence des modifications profondes des processus organisationnels et des processus cognitifs dans les établissements de santé.

Nous avons vu qu'à travers la nouvelle gouvernance hospitalière et la délégation de gestion accordée aux pôles, les processus organisationnels évoluent et tendent à ce que plus d'acteurs participent à la décision : les responsabilités et l'initiative tendent à être plus distribuées. En contrepartie, la nécessité de rendre compte et d'informer devient un impératif généralisé. Notons quand même que cette difficulté de faire ensemble est aggravée par des outils de gestion plus centrés sur le reporting que le diagnostic, l'aide à la décision et la

²⁰⁹ Depuis la loi HPST, les tutelles régionales sont exercées par les Agences Régionales de Santé.

²¹⁰ LLORCA G. (2004), *Guide pratique de la décision médicale*, Éditions MED-LINE, 150 pages.

²¹¹ Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS version 2.1 – 1^{er} août 2011, Direction générale de l'offre de soins.

recherche de leviers d'action, et qui, à défaut d'analyse des activités et des procédures nécessaires à la production de soins, fonctionnent à l'aveugle, en contrôlant les ressources sans s'attacher à comprendre et à modifier les causes profondes des dysfonctionnements du système²¹².

Une grande partie de l'activité des managers hospitaliers consiste donc à faire participer, à impliquer et motiver le plus grand nombre d'acteurs concernés. Même lorsque la décision est assumée organisationnellement par un seul, la décision est presque toujours préparée par un travail collaboratif. Cette intensification des échanges et des interactions permet de mieux connaître les objectifs des autres acteurs, ce qui favorise davantage les comportements coopératifs²¹³.

Dans l'activité collective, la prise de décision suit un cheminement de négociations entre les acteurs qui y participent. Dans ce « va-et-vient » appelé par Simon²¹⁴ *problem setting / problem solving*, on pose et repose sans cesse l'énoncé du problème jusqu'à ce qu'il se résolve facilement, jusqu'à ce que l'état intermédiaire se rapproche de l'état final. Il y a ainsi négociation entre les acteurs sur la façon de poser le problème, et confrontation des différentes façons de poser le problème. Il est en effet stratégique pour chaque point de vue, d'éclairer de différentes façons les termes dans lesquels se pose le problème, notamment par les éléments de contexte qui interfèrent sur la définition du problème et sur les conséquences évaluable de certains choix.

On doit donc concevoir des sortes d'« assistances » pour aider à décider, tenant compte de la profusion d'information et favorisant les processus de négociations et autres processus collectifs. Le décideur hospitalier est en effet placé dans une situation qui se caractérise par un accès très large à l'information voire une pléthore d'information, une participation accrue à beaucoup d'instances, de réunions, de groupes transversaux. Il doit donc faire face à des délais raccourcis de prise de position et à un ensemble de situations qui aboutissent fréquemment au « *cognitive overflow syndrome* »²¹⁵.

Pour gérer ces nouvelles situations, un des processus cognitifs utilisé par l'acteur est la sélection de pertinence et la vigilance qu'elle implique.

– La pertinence d'un fait est perçue par un individu en fonction des hypothèses fortes qu'elle suscite chez lui²¹⁶. C'est donc un attribut de l'objet qui s'évalue en fonction de l'effet produit chez le sujet qui le perçoit. La cognition est considérée ici comme étant « située ». Percevoir la pertinence suppose une implication forte de l'individu par rapport à sa tâche et par rapport à l'organisation.

– La vigilance est une attitude volontaire de l'acteur qui lui permet d'augmenter ses chances de percevoir des éléments pertinents dans son environnement. Pour percevoir la pertinence d'informations et saisir les opportunités qu'elles peuvent représenter pour l'entreprise, l'acteur doit exercer une fonction de vigilance.

²¹² PASCAL C. (2000), "Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble", *adsp* n° 33 décembre 2000.

²¹³ ZACHARY W. W., ROBERSTON S. P. (1990), *Introduction*. dans ZACHARY W. W., ROBERSTON S. P., BLACK J. B. *Cognition, Computing and Cooperation*. Ablex Publishing Corporation, Norwood.

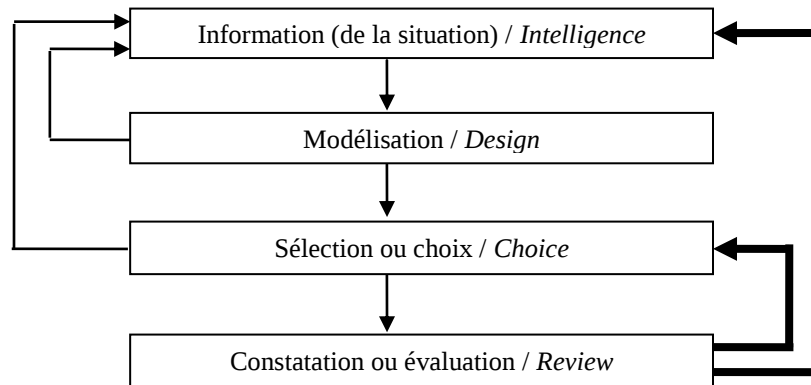
²¹⁴ SIMON H. (1977), *The New science of management decision*, Prentice hall, Englewood-Cliffs.

²¹⁵ LAHLOU S. (2000), "Les attracteurs cognitifs et le syndrome du débordement.", *Intellectica* 2000/1 n° 30 pp 75-115.

²¹⁶ SPERBER D., WILSON D. (1990), *La Pertinence*. Odile Jacob, Paris.

Ce que nous venons de décrire peut donc se résumer ainsi : l'environnement changeant beaucoup plus vite, chaque acteur est amené à augmenter ses processus de vigilance et de veille. Or, ces constats initiaux nous amènent à revisiter le schéma canonique de la décision proposé par Simon.

Figure 14 : Les phases de la décision de Simon revisité



La première phase proposée par Simon (cf. figure), celle de l'*intelligence* (*I*), devient plus active et complexe, parce que l'environnement à prendre en compte est plus complexe. D'autre part, la façon de « lire » l'environnement est également modifiée car l'acteur recherche davantage la pertinence : là où il devait effectuer une recherche de quelques éléments d'information, il doit maintenant opérer un tri ultrarapide dans une pléthore d'information. La phase de *conception* ou de *modélisation* (*D*) s'active également plus fréquemment, parce que chaque sondage de la situation participe à relever la pertinence. La phase de *choix* (*C*) n'est pas fondamentalement modifiée dans la mesure où il y a toujours une comparaison systématique puis une sélection de l'une des solutions par un processus rationnel d'évaluation et de raisonnement, même dans un processus devenu ultrarapide.

En revanche, le parcours au sein de la boucle se trouve modifié :

- Les deux premières phases sont sollicitées plus souvent que la troisième : la boucle de retour partant de la phase de « choix » pour retourner vers la phase « intelligence », mais aussi celle partant de la phase de « design » vers la phase « intelligence », se trouve donc renforcée.
- Plusieurs itérations sont faites avant d'opérer un choix.

La vision classique de recherche d'information conduisant vers plusieurs solutions possibles, évolue donc vers une vision où le parcours des données suggère sans idées préconçues des alternatives, dont l'une ou l'autre sera choisie de temps en temps. On parcourt en quelque sorte la boucle différemment, la séquentialité des phases du modèle demeurant qu'un artifice pour s'aider à penser ; ce que Simon avait lui-même souligné.

On note également l'évolution du processus de décision sur le plan cognitif car en partant du schéma de Simon, il y a un renforcement des boucles de *feedback* de la dernière phase « évaluation » en remontant vers les phases de « choix » et de « renseignement ». Ce processus évolue enfin sur le plan organisationnel car les phases d'*intelligence* (*I*) et de *design* (*D*) deviennent multi-acteurs, alors que la phase de *choix* (*C*) reste individuelle.

L'apport de Simon que nous rappelons ici à propos du processus de décision et du principe de rationalité limitée mais encore sur les liens qui existaient entre la prise de décision, l'organisation et la gestion, a beaucoup influencé le domaine des Systèmes d'Information mais la version revisitée influence désormais la conception des systèmes d'Aide à la décision (SIAD) dont l'usage se veut davantage collaboratif.

3.3. Étude du processus de décision de groupe

Étudions maintenant de près ce processus de décision de groupe avant de pouvoir élaborer ensuite les spécifications des systèmes (outils logiciels) qui viendront apporter de l'aide à chacun des acteurs dans la prise de décision. Il nous paraît en effet essentiel de bien comprendre comment ce processus est construit et comment les décideurs fonctionnent en groupe.

Nous avons vu que désormais dans la plupart des organisations hospitalières, la grande majorité des décisions sont prises après une consultation intensive entre plusieurs personnes et non par des décideurs individuels. Ce constat est partagé par plusieurs auteurs qui montrent que, plus les organisations ne deviennent complexes, moins les décisions sont prises par des individus seuls²¹⁷. En pratique, *il s'agit de la phase de préparation des décisions* : plusieurs acteurs interagissent les uns avec les autres impliquant un échange d'information ainsi qu'une compréhension partagée par les décideurs impliqués dans ces processus²¹⁸. Les participants à un processus de décision collaboratif doivent joindre leurs efforts pour un but commun où ils doivent intégrer des points de vue multiples qui ne sont pas forcément en harmonie les uns avec les autres. De plus, ils sont susceptibles de travailler ensemble, sans forcément être au même endroit ni au même moment. Soit ils s'engagent dans un effort de coordination afin de résoudre le problème, soit ils divisent la prise de décision en différentes sous tâches qui seront affectées à des participants individuels.

Sous l'angle de la psychologie sociale, il est montré que le comportement des groupes est difficile à analyser dans l'absolu et que la notion de contexte de travail doit aussi être prise en compte²¹⁹. Il est nécessaire en réalité de comprendre la nature de la tâche donnée au groupe ainsi que ses caractéristiques. Pour faciliter cela, le processus de prise de décision de groupe peut être analysé sous 5 dimensions : la structure du groupe, les rôles du groupe, les processus de groupe, le style du groupe ainsi que les normes du groupe. Cette analyse²²⁰ devient alors pertinente dans la mesure où elle propose une définition du contexte du travail de groupe.

– La structure du groupe est définie suivant le nombre de personnes et le type de groupe : individu, équipe avec une notion de hiérarchie, comité avec une nécessité de consensus parmi les membres du groupe, groupe moins structuré ; Elle devient cependant plus diffuse si le groupe se construit de manière *ad hoc* sans qu'il existe une véritable formalisation de sa structure. Le groupe ne sait pas en quelque sorte s'il est structuré en équipe, ou en comité ou de manière hiérarchique ;

²¹⁷ GORRY G., SCOTT MORTON M. (1971), "A framework for management information systems", *Sloan Management Review*, volume 13 numéro 1, pp 50-70.

²¹⁸ SMOLIAR S., SPRAGUE R. (2002), "Communication and Understanding for Decision Support", Actes de la Conférence Internationale IFIP TC8/WG8.3, Cork, Irlande, pp 107-119.

²¹⁹ McGRATH J. E. (1984), *Groups - Interaction and Performance*, (1st Edition), Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

²²⁰ MARAKAS G. (2003), *Decision Support Systems In the 21st Century*, Second Edition, Prentice Hall.

– Les rôles du groupe invitent chaque membre du groupe à prendre un ou plusieurs rôles spécifiés (analyste expert, utilisateur final etc.) ; Les rôles du groupe incluent plusieurs rôles provenant des différents groupes ; un membre du groupe va créer son propre rôle qui pourra être un mélange de rôles qu'il a précédemment joués dans d'autres groupes.

– Les processus du groupe utilisés pour la prise de décision influencent considérablement la décision elle-même. En effet si les processus de circulation des flux d'information sont en général bien connus – et peuvent être analysés sous forme de *workflow* par exemple, la façon dont le processus de décision converge n'est en général pas explicite et peut faire basculer la décision dans un sens ou un autre. Un consensus doit être atteint avec un délai à ne pas dépasser.

– Le style du groupe sera influencé par le style d'un décideur, son comportement sous certaines conditions ainsi que la qualité des résultats de la décision ; Le style du groupe inclut différents styles provenant des divers groupes constituant le groupe de décision ; Si le groupe ne s'établit que pour un besoin précis, les membres n'ont pas matériellement assez de temps pour créer un style au groupe ;

– Les normes du groupe revêtent une importance particulière dans la psychologie sociale de la prise de décision. On observe le même phénomène pour les processus du groupe à savoir qu'elles proviennent de différents groupes et sont donc mêlées les unes aux autres ;

Le tableau ci-dessous présente quelques apports et limites de la prise de décision de groupe.

Tableau 10 : Apports et limites de la prise de décision de groupe

Apports	Limites
– Véhicule des informations plus complètes : chaque membre utilise son expérience et donne son point de vue. D'avantages d'options sont mises sur la table grâce aux données mises en commun. – Facilite l'acceptation d'une solution une fois le choix finalement fait : les personnes y contribuant sont celles concernées par sa teneur et son application et elles auront tendance à accepter la décision et à pousser les autres à en faire autant. – Favorise la légitimité en respectant les idéaux démocratiques : en opposition avec l'image autocratique et arbitraire que renvoi le décideur unique qui concentre les pouvoirs et ne consulte personnes.	– Demande du temps pour réunir les membres du groupe – Introduit le phénomène de domination de la minorité ; chaque membre n'est en effet jamais à égalité : hiérarchie / expérience / connaissance du problème / influence sur d'autres membres / facilité d'expression / assurance. – Entraîne une pression de conformité : pensée de groupe / pensée unique, dissimulant les opinions divergentes. – Difficultés croissantes, plus les membres du groupe ne deviennent nombreux et hétérogènes.

Il est donc important d'être attentif à l'existence d'un sens partagé parmi les participants, aux pressions collectives ou individuelles sociales, aux genres (équilibre masculin, féminin) ainsi qu'aux prescriptions concernant le comportement du groupe, les croyances personnelles, les sanctions potentielles, qui constituent l'environnement de la prise de décision. La charge cognitive des décideurs est par ailleurs plus lourde car ils partagent plus d'informations et doivent donc se souvenir de plus d'informations.

Coopérer devient donc vital pour les différents acteurs impliqués dans ces processus de prise de décision. La notion de coopération est un concept très large qui peut être appliqué aussi bien à la notion d'entreprise étendue, qu'à celle d'inter-organisations ou plus simplement appliqué à plusieurs individus.

Alors qu'entendons-nous exactement par *coopération* ou encore les concepts qui lui sont souvent associés c'est-à-dire *coordination* et *collaboration*.

• La coopération

Pour définir la coopération, on peut adopter différents points de vue.

– Tout d'abord, on peut prendre le point de vue d'un observateur extérieur au système global. Dans ce premier cas, la définition de coopération peut dériver de celle du travail coopératif²²¹ caractérisé comme des personnes travaillant ensemble et qui sont mutuellement dépendantes dans leur travail et qui coopèrent de manière à satisfaire à leur tâche ;

– *A contrario* on peut adopter le point de vue de chaque agent impliqué dans le processus général. Dans ce deuxième cas, la coopération est définie comme l'ensemble des actions collectives finalisées et développées pour dépasser les propres limites individuelles²²².

– Une autre façon enfin, est de prendre un angle d'analyse organisationnel. Mais dans ce cas, la coopération est toujours observée à deux niveaux (cf. tableau) : soit entre les différents acteurs constituant le système (1) ; soit d'un point de vue global au système (2).

(1) En effet, bien que la coopération constitue la raison d'être des organisations, coopérer n'est pas toujours un ensemble d'actions tournées vers un objectif commun²²³. Le processus de coopération s'appuie plutôt sur des apprentissages croisés afin de permettre à chaque acteur de construire ses propres objectifs, tout en interagissant avec son partenaire. On définit donc ici la coopération plus par rapport à chaque individu que par rapport l'organisation globale. La coopération est considérée comme un processus d'argumentation entre divers agents, nécessaire lors d'une prise de décision, comme une (re) négociation de contraintes entre différents centres de décision²²⁴.

(2) D'un point de vue du système global, il y a coopération entre divers agents si certaines conditions sont respectées²²⁵, c'est-à-dire des acteurs impliqués dans un processus de résolution de problème, où les tâches à accomplir sont séparables et bien séparés entre acteurs, un but commun, et des outils de communication.

Tableau 11 : La coopération selon le point de vue adopté

Point de vue	Chaque Agent	Système global
Plusieurs agents (humains ou non) pour la résolution d'un problème		X
Objectif commun	Partiel	Total
Moyens de communication	X	X
Capacités de décomposition du problème à résoudre en sous problèmes	X	X
Compétences / connaissances pour la réalisation de tâches	X	
Allocation des tâches et des ressources aux agents		X

²²¹ SCHMIDT K., BANNON L. (1992), "Taking CSCW Seriously: Supporting Articulation Work", *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, volume 1, numéro 1.

²²² DE TERSSAC G., MAGGI B. (1996), *Autonomie et Conception*, dans De TERSSAC G., FRIEDBERG E. (Eds) *Coopération et Conception*. Octaves Edition.

²²³ HATCHUEL Op. Cit. (1996).

²²⁴ ERSCHLER J., FONTAN G., MERCÉ C. (1993), *Approche par Contraintes en planification et ordonnancement de la production*, RAIRO-APII, volume 27.

²²⁵ SOUBIE J.L. (1998), *Modelling in Cooperative Knowledge Based Systems*, Actes de la Conférence Internationale COOP'98, Cannes, France, INRIA, pp. 45-48, Mai.

- **La collaboration**

Afin de pouvoir assurer une bonne coopération entre chaque agent, une collaboration est souvent nécessaire.

- Du point de vue de chaque agent, la collaboration s'appuie sur un engagement mutuel des participants dans un effort coordonné pour résoudre ensemble un problème posé²²⁶.
- Du point de vue du système global, la collaboration est vue comme un cadre permettant d'ordonner différentes formes coopératives entre des organismes indépendants²²⁷.

- **La coordination**

La coordination est parfois nécessaire à la coopération. Mais si les membres d'un groupe n'arrivent pas à se coordonner, on parlera alors plus de collaboration que de coopération.

- Du point de vue de chaque agent, la coordination est considérée comme une mise en cohérence des actions des agents qui entreprennent différentes activités, réduisant au minimum les coûts de division du travail²²⁸.
- Du point de vue du système global, la coordination est définie comme l'ensemble des règles et des procédures qui assurent le fonctionnement d'un groupe²²⁹. Elle possède une fonction de répartition et de contrôle de l'allocation des tâches.

Coordination et collaboration sont donc complémentaires de l'activité coopérative. Mais qu'en est-il en matière de coopération dans un processus de décision ?

- **Coopération et décision**

En matière de prise de décision, la dimension de la négociation fait partie intégrante de la coopération. Différents types de coopération peuvent être définis en fonction des différentes interactions possibles entre l'utilisateur et le système : coopération de type complémentaire, coopération de type interdépendante puis finalement coopération de type négociée²³⁰.

Coopération de type complémentaire

La caractéristique principale de ce type de coopération tient au fait qu'il n'y a pas d'interférences entre les tâches : elles sont définies en fonction des capacités de chaque agent (artificiel ou non) et/ou du contexte dans lequel il se situe. Elles sont véritablement indépendantes les unes des autres. Dans ce cas l'objectif général n'est pas nécessairement partagé ni connu de tous les intervenants. Il s'agit plutôt de mettre l'accent sur la notion de tâches à accomplir. C'est en fonction de celles-ci, et en fonction des compétences de chaque partenaire, que les rôles des agents sont attribués.

²²⁶ DILLEMBOURG P., BAKER M., BLAYE M. (1996), L'évolution de la recherche sur l'apprentissage collectif, dans SPADA E., REIMAN P. (Eds) *Learning in humans and Machine : Towards an interdisciplinary learning science*, Oxford, Elsevier, traduit par A. Midenet, pp 189-211.

²²⁷ MENACHOF D., SON B. (2003), *The truth about collaboration*, Chief Logistics officer-Penton Media, pp 6-12.

²²⁸ THOMASSEN M., LORENZEN M. (2001), The dynamic costs of coordination and specialization: Production activities and learning processes in the Danish construction and furniture industries, DRUID Nelson and Winter Conférence, Aalborg, Danemark, 12-15 Juin.

²²⁹ ROSE B., GARZA L., LOMBARD M., LOSSENT L., RIS G. (2002), *Vers un référentiel commun pour les connaissances collaboratives dans l'activité de conception des produits*, Actes du 1er Colloque du groupe de travail Gestion des Compétences et des Connaissances en Génie Industriel du GDR MACS, pp 85-90.

²³⁰ ZARATÉ P. (2005), *Des Systèmes Interactifs d'Aide à la Décision Aux Systèmes Coopératifs d'Aide à la Décision : Contributions conceptuelles et fonctionnelles*, Habilitation à Diriger des Recherches - Spécialité Informatique - soutenue le 7 Décembre 2005, Institut National Polytechnique de Toulouse (INPT)

Coopération de type interdépendante

Comme dans la coopération de type complémentaire, les rôles ne sont pas statiques, ni désignés d'avance, mais dépendent en revanche de la demande ou de la réponse de chaque partenaire. Il s'agit plutôt d'un consensus d'allocation des tâches ou d'une intervention de type opportuniste. Dans ce cas, le but doit être connu et partagé de tous les partenaires. Ce type de coopération peut être assimilé à l'ajustement mutuel, où chacun des acteurs trouve sa place dans l'organisation en fonction de celle des autres, et en fonction des échanges entre tous²³¹. D'autres auteurs la définissent comme une coopération intégrée²³².

Coopération de type négociée

Chaque partenaire a une position à défendre ou à négocier, qui est plus ou moins en compétition avec celles des autres. Il n'y a aucun accord, aucune entente préalable entre les différents partenaires. La démarche de ce type de coopération repose sur l'argumentation des différentes parties prenantes. Le raisonnement et son cheminement, ainsi que les explications (au sens large du terme), prennent ici une place prépondérante. Dans ce cas, chaque partenaire poursuit son propre objectif qu'il peut dissimuler aux autres ou même déguiser à dessein. Ce type de coopération est aussi défini comme coopération en contradiction²³².

Notons qu'une hiérarchisation du degré de coopération est possible, de la moins coopérative – coopération complémentaire – à la plus coopérative – coopération négociée²³³.

En conclusion, les trois types de coopération permettent de mieux spécifier les rôles de chaque partenaire dans un processus d'interaction, que ce soit pour caractériser une démarche coopérative entre acteurs strictement, et/ou pour caractériser l'usage d'un système d'aide à la décision.

Conclusion du chapitre 3 : Un langage commun et une démarche de co-construction

Finalement, comme nous le montre le premier chapitre, on s'accorde à reconnaître l'ampleur des profondes transformations que connaissent les hôpitaux publics depuis une quinzaine d'années. Pourtant, si certaines de ces transformations sont réactives ou clairement dictées par des contraintes subies, d'autres, à l'inverse, relèvent de démarches « proactives » visant à améliorer la performance des établissements. Bartoli et Anaut²³⁴ soulignent que cette opposition entre le changement réactif et le changement proactif ne doit cependant pas conduire à négliger l'existence de conjonctions, parfois non fortuites, du « subi » et du « voulu » : c'est le cas notamment de l'influence directe ou indirecte d'un contexte donnée sur la décision d'agir.

Nous venons de voir dans ce chapitre que la complexité des organisations de santé était liée aux missions, aux métiers, à l'environnement, et au système de décision lui-même. En effet, un certain nombre de facteurs interviennent également dans les processus de décision et

²³¹ MINTZBERG H. (1979), *The structuring of Organization*, Prentice Hall.

²³² SCHMIDT K. (1991), *Cooperative Work: A Conceptual Framework*, dans RASMUSSEN J., BREHMER B., LEPLAT J. (Eds), *Distributed Decision Making : Cognitive Models for Cooperative Work*, John Wiley & Sons Ltd, pp 75-110.

²³³ ROSENTHAL-SABROUX C., ZARATÉ P. (1995), *Cooperation typology for decision support*, Actes de la Conférence Internationale COOP'95, Antibes, France, 25-27 Janvier, pp 254-265.

²³⁴ BARTOLI A., ANAUT M. (1996), "Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics : facteurs de pérennité ou de fragilité ?" in *L'hôpital stratège*, ouvrage collectif coordonné par Pr. A.P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand – Editions John Libbey, Paris.

viennent accroître la complexité. Par exemple, la nature et l'intensité des changements engagés dépendent aussi des représentations mentales que chacun des acteurs se forge quant aux enjeux de l'environnement considéré à l'instant (t).

Aussi, la conduite du changement à l'hôpital doit faire face à des mouvements antagonistes : les uns tendent à rendre ces changements éphémères ; les autres contribuent à les inscrire dans la continuité. La question devient alors : comment faire face à la complexité des organisations de santé ?

Bien que la multiplicité des intervenants dans le processus de décision augmente la probabilité de divergences d'opinion sur les changements, l'existence, *a contrario* de stratégies individuelles ou corporatistes constituent autant de facteurs de fragilité des démarches, puisque les enjeux conjoncturels et les phénomènes de pouvoir sont à tout moment susceptibles de provoquer de multiples à-coups ou remises en cause.

Il s'ensuit la nécessité pour l'hôpital de définir des critères spécifiques de décision, d'élaborer des représentations plus complexes de la performance, et de construire un langage commun.

Cette dynamique de progrès repose fondamentalement sur la mise à disposition d'indicateurs et de tableaux de bord reflétant les différentes dimensions de l'activité reliées aux objectifs du projet stratégique de l'établissement. De par son hétérogénéité, sa fragmentation et sa complexité, le système d'information hospitalier (SIH) n'est pas conçu pour produire ce type d'informations.

L'enjeu est ici autant de définir les indicateurs qui seront mesurés que de se mettre d'accord sur le sens donné à ces indicateurs. Or, la construction de ce langage commun – sous forme d'un dictionnaire partagé par la direction, le contrôle de gestion, les pôles d'activité clinique et pôles médico-techniques, le département d'information médicale (DIM), la commission médicale d'établissement (CME)... – ne va pas de soi !

La définition du contenu et de la finalité des tableaux de bord est une occasion privilégiée d'instaurer le dialogue et d'améliorer la compréhension mutuelle des métiers et des objectifs. D'où la nécessité de s'appuyer sur un autre dispositif : un système d'information décisionnel qui, par sa co-conception, pourra assurer cette fonction.

Chapitre 4. Le système d'information coopératif d'aide à la décision.

Les premières applications dans les entreprises des outils informatiques d'aide au pilotage et à la décision, désormais appelés *Business Intelligence*, datent du début des années quatre-vingt-dix ; les *Executive Information Systems* étaient à l'origine réservés à l'information des dirigeants.

Comme le précise Haouet dans son document de recherche²³⁵, « la banalisation des technologies de 'datawarehouse' et de 'datamart' a accru la possibilité de développer des systèmes d'information organisant les données de façon facilement accessible et appropriée à la prise de décisions et les représentant de manière intelligente au travers d'outils spécialisés tournés vers l'analyse multidimensionnelle. Ce qui a pour effet de faciliter le management de la performance de l'entreprise ».

Dans le contexte hospitalier actuel, ces systèmes d'information coopératifs d'aide à la décision constituent aujourd'hui une composante importante des dispositifs de communication et d'interaction, qui peuvent se mettre en œuvre entre chaque partie prenante dans les phases du processus de décision. Car « dans un environnement devenu de plus en plus incertain et complexe, la mise au point d'une stratégie susceptible de mieux d'atteindre les objectifs, l'élaboration de plans d'action, la vérification des écarts avec la prédiction initiale, l'adaptation incessante des politiques, ne peuvent s'imaginer sans recours aux technologies de l'information pour aider les gestionnaires dans leurs prises de décisions »²³⁶.

La place centrale qu'occupe l'information dans le processus de décision a été soulignée il y a déjà près de quarante ans par Le Moigne²³⁷, tout en attirant notre attention sur la confusion souvent faite entre l'information et la décision, qui sont reliées mais ne sont pas confondues.

Grâce aux progrès réalisés en technologies de l'information (logiciels, bases de données...), les systèmes d'information coopératifs d'aide à la décision, dont l'architecture technique s'appuie en règle générale sur un entrepôt (et/ou des magasins) de données, peuvent aujourd'hui recueillir, traiter, stocker et diffuser de gros volumes d'information, dans un temps record et à un coût raisonnable. L'enjeu devient alors plutôt l'organisation de cette information dans une base de données décisionnelle pour permettre son analyse et son exploitation à des fins de prise de décisions.

Dans ce chapitre, nous examinons donc l'évolution des technologies de l'information en matière de pilotage et d'aide à la décision, l'anatomie du système d'information décisionnel pour l'Hôpital, et enfin les méthodes opératoires de construction d'un tel système. Nous terminons par les raisons potentielles des échecs dans l'appropriation du SID.

²³⁵ HAOUET C. (2008), "Informatique décisionnelle et management de la performance de l'entreprise", *Cahier de recherche n°2008-1*, Laboratoire Orléanais de Gestion.

²³⁶ Ibid.

²³⁷ LE MOIGNE J.-L. (1973), *Les systèmes d'information dans les organisations*. Paris : Presses Universitaires de France, 237 p.

1. Évolution des technologies de l'information décisionnelle

Cette section présente l'évolution des technologies de l'information en matière de pilotage et d'aide à la décision. Dans un premier temps, nous dressons un bref historique des SIAD jusqu'à l'informatique décisionnelle telle qu'elle se pratique aujourd'hui. Nous rappelons ensuite le rapport entre information et décision, avant d'aborder l'apport des technologies de l'information au processus décisionnel.

1.1. Historique de l'informatique décisionnelle

C'est dans les années soixante-dix que débute l'utilisation de l'outil informatique à des fins d'aide à la décision. Suite aux travaux de Simon, un bon nombre de systèmes d'information d'aide à la décision (SIAD)²³⁸, voient le jour dans la communauté des chercheurs, avec des approches essentiellement issues de la recherche opérationnelle²³⁹ ou des technologies de l'intelligence artificielle. Ces expérimentations se sont malheureusement traduites par de sérieuses désillusions, surtout dans le monde des entreprises. Ces applications tentaient pour les premières de résoudre des problèmes complexes, certes, mais déjà bien structurés, et pour les secondes, modélisaient le processus de décision dans sa totalité, présentant ainsi le défaut de se vouloir prématurément systèmes de décisions.

On attribue généralement à Gorry et Scott-Morton²⁴⁰ la description du premier modèle de conception d'un système d'aide à la décision appelé « *Decision Support System* » (DSS), qui sera à l'origine de l'apparition des premiers outils informatiques d'aide à la décision utilisés par les niveaux hiérarchiques supérieurs. Leur approche est basée sur l'analyse des décisions clés et fournit alors aux décideurs un support, une aide dans leur processus de prise de décision. Cette aide est possible dans des situations complexes et mal structurées et peut être utilisée par les décideurs en conjonction avec leur propre sentiment intuitif du problème et de sa solution. Le concept d'aide à la décision interactive naît donc de l'idée d'équilibre entre le jugement humain et le traitement des informations par l'ordinateur.

Sprague et Carlson²⁴¹ caractérisent les SIAD par une définition très proche à savoir des systèmes informatisés, interactifs qui aident les décideurs en utilisant des données et des modèles pour résoudre des problèmes mal structurés. Cette architecture est composée comme le montre la figure suivante, d'une interface Homme/Machine, d'un Système Gestionnaire de Base de Données (SGBD) incluant la Base de Données ainsi qu'un Système Gestionnaire de Base de Modèles (SGBM) incluant la Base de Modèles.

Figure 15 : Architecture des SIAD selon Sprague et Carlson



²³⁸ En anglais : MIS pour *Management Information System*.

²³⁹ REIX R., ROWE F. (2002), "La recherche en systèmes d'information : De l'histoire au concept" In *Faire la recherche en systèmes d'information*, (pp. 16-17), Paris : Vuibert.

²⁴⁰ GORRY A., SCOTT-MORTON M.S. (1971), "A Framework for Information Systems", *Sloan Management Review*, 13, 1, 56-79.

²⁴¹ SPRAGUE R., CARLSON E. (1982), *Building Effective Decision Support Systems*, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs.

L'architecture même de ces systèmes va donner naissance à un domaine nouveau représenté par l'Informatique Décisionnelle, qui tente de trouver des réponses à la prise de décision dans les données elles-mêmes.

L'Informatique Décisionnelle a donc pour ainsi dire, objet de construire un système d'information décisionnel (SID), défini comme un ensemble de données organisées de façon spécifique, facilement accessibles et appropriées à la prise de décision ou encore une représentation intelligente de ces données au travers d'outils spécialisés. La finalité d'un système décisionnel est le pilotage de l'entreprise.

1.2. Information et décision, un lien ambigu.

Bien que l'information soit liée à toute problématique de la décision, il peut exister des ambiguïtés qui entourent le lien entre information et décision, et il ne faut pas négliger cet aspect dans la réflexion sur les systèmes d'information.

Selon March²⁴² et Mayère²⁴³ tout d'abord, « *les organisations tout d'abord utilisent toute une part de leurs informations pour exercer une veille sur leur environnement et non pas à des fins de décision. Par ailleurs, l'information est plus souvent rassemblée pour justifier une décision a posteriori, pour contrôler une interprétation ou créer une vision commune que pour clarifier a priori une décision* ».

Rappelons maintenant brièvement les notions d'information et de système d'informations.

• Qu'est-ce que l'information ?

Parmi les nombreuses définitions proposées pour le mot « information », nous retenons d'abord celle donnée par Davis, Olson, Ajenstat et Peaucelle²⁴⁴, qui se réfère aux fonctions de l'information, indépendamment de sa forme et de son traitement : « *l'information est une image des objets et des faits ; elle les représente, elle corrige ou confirme l'idée qu'on se faisait. L'information contient une valeur de surprise, en ce sens qu'elle apporte une connaissance que le destinataire ne possédait pas ou qu'il ne pouvait pas prévoir* ».

Cette définition reconnaît l'information comme un élément de connaissance réduisant l'incertitude. Pour March²⁴⁵, « *la principale incertitude dans la prise de décision est l'ignorance des informations détenues par les autres et leurs actions probables ; et la principale raison d'être de l'information est son rôle dans la diminution de cette incertitude* ».

L'information permet de choisir, de prendre des décisions et d'agir. Ainsi pour March, « *l'information donne son sens à une situation de décision et modifie donc à la fois la structure des options et les préférences recherchées* »²⁴⁶.

²⁴² MARCH J. G. (1991), "Systèmes d'information et prise de décision : des liens ambigus" In March J. G. (Ed.), *Décisions et organisations*, pp. 231-254, Paris : Editions d'Organisation.

²⁴³ MAYÈRE A. (1993), "Sciences de gestion et sciences de l'information : fragments d'un discours inachevé", *Revue Française de Gestion*, novembre-décembre, pp. 102-116.

²⁴⁴ DAVIS G.-B., OLSON M., AJENSTAT J., PEAUCELLE J.-L. (1986), *Systèmes d'information pour le management*, volume 1 : Les bases, 332 p., volume 2 : Les approfondissements, 356 p., Paris : Economica.

²⁴⁵ Op. Cit. p232.

²⁴⁶ Op. Cit. p242.

Dans le même esprit, De Rosnay²⁴⁷ propose de définir l'information comme « le contenu d'un message capable de déclencher une action ». Elle n'aura de valeur que si elle a une influence sur les décisions à prendre ou les actions à mener. Et comme le notent Amabile & Caron-Fasan²⁴⁸, « l'attention se recentre sur les conditions qui lui permettent de prendre sens, et de fonder une interprétation utile pour l'action ».

• Donnée, information et connaissance

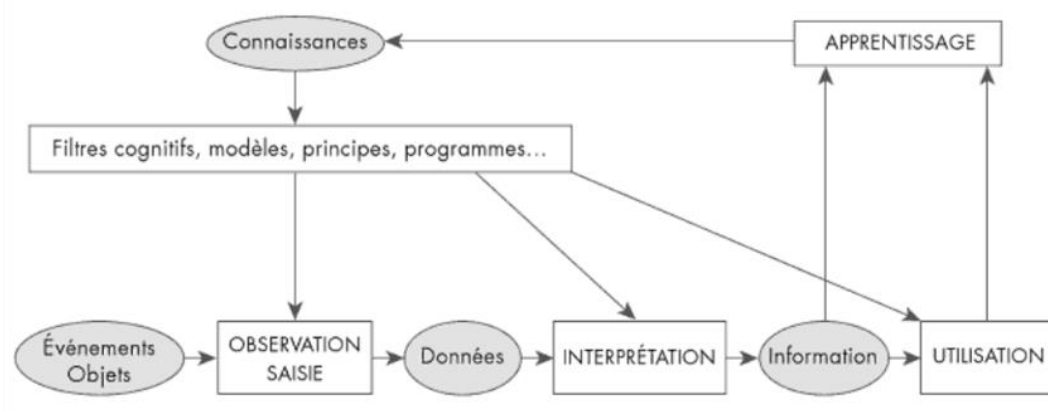
Une donnée peut revêtir plusieurs formes : expression, caractère, ensembles de caractères numériques ou alphanumériques. Le mot « donnée » est employé pour désigner un « fait » qui n'a reçu aucun traitement.

Par opposition, une information est une donnée ou un ensemble de données ayant reçu un traitement. Une donnée est donc un signal qui devient une information lorsqu'elle est interprétée par un destinataire en fonction d'une utilisation. Pour qu'il y ait information, il faut non seulement que le signal soit perçu, mais qu'il change notre connaissance ou permette d'avancer dans la résolution d'un problème.

Dans la même ligne, Marciniak et Rowe²⁴⁹ expliquent que « l'information dépend de l'individu qui la reçoit. Elle n'existe pas en soi, elle est conditionnée par la représentation d'un sujet. [...] L'information se rapporte à un problème pour le sujet, donc à un contexte bien précis ». C'est cette caractéristique qui permet de distinguer entre connaissance et information. La connaissance est un ensemble d'informations interprétées par l'individu et lui permettant de prendre des décisions.

La figure ci-dessous, reprise de Reix²⁵⁰, résume les liens qui existent entre données, informations et connaissances.

Figure 16 : Données, informations et connaissances



À noter également le lien avec la notion d'apprentissage, qui est censé développer les compétences, entendu comme « un ensemble de connaissances, de capacités d'actions et de

²⁴⁷ De ROSNAY J. (1977), *Le macroscope*, Paris, Seuil, 346 p.

²⁴⁸ AMABILE S., CARON-FASAN M. (2002), *Contribution à une ingénierie des systèmes d'information orientée "complexité"*, In *Faire la recherche en systèmes d'information*, pp. 67-78, Paris : Vuibert.

²⁴⁹ MARCINIAK R., ROWE F. (2005), *Systèmes d'information*, Dynamique et Organisation, 2^{ème} édition, Paris, Economica, 111 p.

²⁵⁰ REIX R. (2004), *Systèmes d'information et management des organisations*, 5^{ème} édition. Paris : Vuibert, 487 p.

comportements structurés en fonction d'un but et dans un type de situation donné »²⁵¹. Être compétent, c'est savoir mobiliser au bon moment les connaissances nécessaires, dans un certain périmètre d'action et de légitimité.

La compétence suppose donc l'appropriation et la maîtrise d'un espace de connaissances. Elle suppose aussi ne pas oublier la notion des relations, définit comme un ensemble de connexions par lesquelles un acteur pense qu'il peut modifier les connaissances et les actions des autres acteurs²⁵². Le système ainsi formé par les savoirs, les relations, et leur interaction constitue une bonne axiomatique de l'action collective²⁵³. Penser simultanément connaissances et relations est la garantie d'une bonne organisation générale et de système d'information en particulier.

- **Notion de système d'information**

Évidemment, la notion de « système d'information » donne lieu à différentes interprétations et parmi les nombreuses définitions, nous retenons celle de Reix²⁵⁴ : « *un système d'information est un ensemble organisé de ressources : matériel, logiciel, personnel, données, procédures... permettant d'acquérir, de traiter, de stocker des informations (sous forme de données, textes, images, sons, etc.) dans et entre des organisations* ». Sa finalité est de restituer, au moment opportun, des informations sous forme directement utilisable, à ceux qui en ont besoin pour contrôler, coordonner ou prendre des décisions.

La complexité, l'imprévisibilité, et la discontinuité du paysage dans lequel évoluent les organisations aujourd'hui impliquent la nécessité, pour celles-ci, de disposer dans des délais très brefs de grandes quantités d'informations. L'ordinateur, moyen par nature destiné à mémoriser et à traiter l'information, donne la possibilité de manipuler automatiquement de grandes quantités de données et ceci à vitesse élevée. À ce titre, l'ordinateur apporte une aide précieuse au niveau de la prise de décisions. Sa banalisation et l'évolution rapide de ses capacités de mémorisation et de traitement permettent en effet de faire face aux besoins croissants qu'éprouvent les gestionnaires en matière d'information pour prendre leurs décisions.

En ce sens, les moyens informatiques apportent des solutions à la gestion de l'information et font que les systèmes d'information sont donc aujourd'hui le plus souvent des systèmes informatisés.

Pour autant, on différencie les systèmes d'information selon la nature de l'information et des traitements. On parle alors de *systèmes opérationnels* pour désigner ceux qui assurent les transactions, et de *systèmes d'aide à la décision* pour désigner ceux qui exploitent des modèles d'analyse de problèmes. Contrairement aux premiers qui n'offrent que rarement le moyen d'appliquer les décisions, les systèmes décisionnels sont dédiés au management de l'entreprise et au pilotage de l'activité. Ils offrent au décideur une vision transversale de l'entreprise intégrant toutes ses dimensions par une synthèse des informations opérationnelles, internes ou externes, choisies pour leur pertinence et leur transversalité fonctionnelle.

²⁵¹ PRAX J.Y. (2000), *Le guide du Knowledge Management*, Paris: Dunod, 261p.

²⁵² HATCHUEL A. (1998), "Comment penser l'action collective ? Théorie des mythes rationnels", in TOSEL A., DAMIEN R. (eds), *L'action collective*, Presses Universitaires de Franche-Comté.

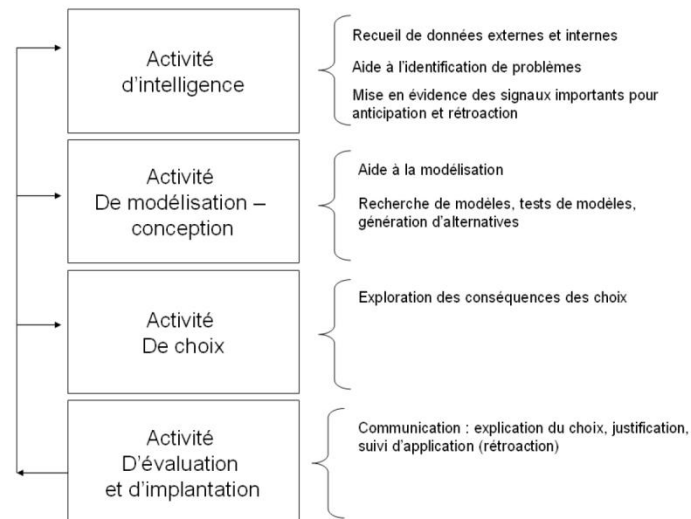
²⁵³ HATCHUEL A. (2001), "Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective", in DAVID A., HATCHUEL A., LAUFER R. (eds.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Vuibert, Fnege Deuxième édition 2008.

²⁵⁴ Op. Cit. p3.

1.3. L'apport des technologies de l'information dans l'aide à la décision.

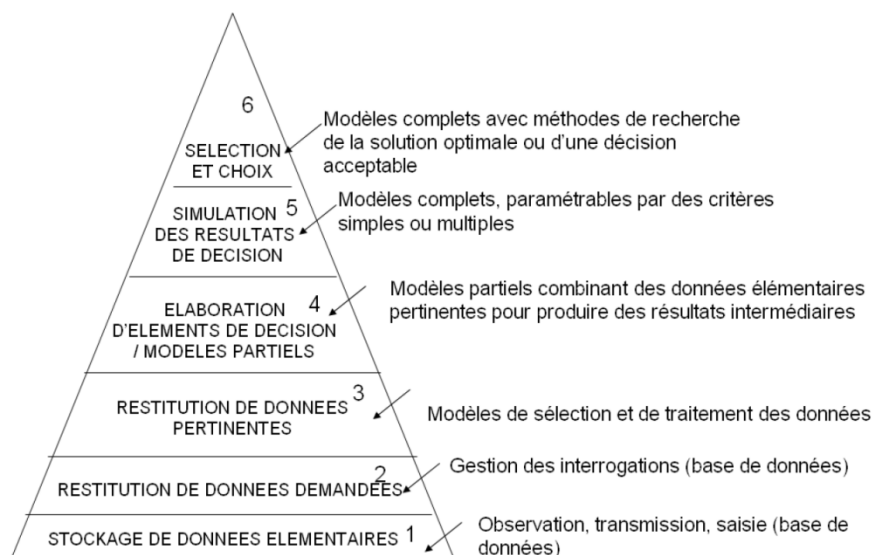
Les technologies de l'information sont censées apporter de l'aide à toutes les phases du processus de prise de décision fondée comme l'illustre la Figure suivante. L'amélioration du processus de décision se base sur une information qui se veut toujours plus complète par le progrès technique des systèmes d'informations (amélioration des capacités de stockage, amélioration des modalités de traitement des informations, etc.).

Figure 17 : L'aide à la décision selon les étapes du processus de décisions (extrait de Reix)



Reix²⁵⁵ distingue six niveaux d'aide possibles qu'il représente par la pyramide suivante.

Figure 18 : les niveaux d'aide à la décision (vu par Reix)



Au bas de la pyramide se trouvent le stockage des données élémentaires (observation, transmission, saisie), puis la restitution des données demandées (gestion des interrogations).

²⁵⁵ Op. Cit. pp.123-124.

Ensuite, apparaît la sélection des données pertinentes (modèle de sélection et de traitement de données). Les trois niveaux supérieurs concernent l'élaboration d'éléments de décision (modèles partiels combinant des données élémentaires pertinentes pour produire des résultats intermédiaires), la simulation des résultats de décision (modèle complet paramétrable par des critères simples ou multiples) et la sélection et le choix (modèle complet avec méthodes de recherche de la solution optimale ou d'une décision acceptable).

Cette classification des « degrés d'aide » a le mérite de caractériser les formes envisageables des technologies de traitement de l'information et celles d'aide à la décision. Aux trois premiers niveaux inférieurs, l'apport des technologies de l'information se limite aux fonctionnalités classiques des systèmes de gestion de bases de données. Aux trois niveaux supérieurs, l'aide à la décision fait appel à des modèles de plus en plus complets.

Cependant, se trouve posée, malgré tout, la question de comment les décisions se prennent réellement dans les organisations. Simon²⁵⁶ suggère de distinguer les décisions « programmées » des décisions « non programmées ». Il précise toutefois qu'il s'agit de deux extrêmes d'un continuum, et non pas vraiment de deux genres différents.

Les décisions sont programmées lorsque des règles et des procédures ont été établies pour permettre une réponse adaptée à une situation donnée, sans avoir à reconsidérer le problème à chaque fois qu'il se présente.

À l'opposé, les décisions non programmées sont celles qui ne peuvent pas être décrites par des règles et procédures décisionnelles parce qu'elles sont « *nouvelles, non structurées et se présentent de façon inhabituelle* ». Elles nécessitent, à ce titre, d'être entièrement pensées. En distinguant les décisions programmées des décisions non programmées, Simon semble chercher davantage à repérer les différentes techniques de prise de décisions qu'à établir une typologie des décisions. « *La distinction, écrit-il, est [...] pratique pour classer ces techniques* »²⁵⁷.

Pour conclure, l'apport des technologies de l'information dans l'aide à la décision se traduit aujourd'hui par la mise en œuvre d'outils d'aide à la prise de décision (d'individus ou de groupes) associant, à travers un dialogue, l'outil informatique et l'utilisateur. Reix²⁵⁸ définit un SID comme « *un système d'information assisté par ordinateur, fournissant une assistance aux décideurs essentiellement pour des problèmes non totalement structurés et combinant le jugement humain et le traitement automatisé de l'information ; un système où le contrôle du déroulement du processus de décision incombe au décideur dans le cadre d'une recherche de type heuristique, améliorant plutôt l'efficacité du processus de décision (qualité de la décision prise) que son efficacité (coût du processus)* ».

Abordons maintenant l'architecture d'un tel système.

2. L'anatomie du SID pour l'hôpital

Le système d'information décisionnel, ou SID, correspond à l'exploitation coordonnée et cohérente des informations de l'établissement et de son environnement dans le but de faciliter la prise de décision par les décideurs, c'est-à-dire la compréhension du fonctionnement actuel et l'anticipation des actions pour un pilotage éclairé de l'établissement.

²⁵⁶ SIMON, H. A. (1980). *Le nouveau management*. Paris : Economica.

²⁵⁷ Ibid., p. 43.

²⁵⁸ Op. Cit. p136.

Le SID permet une vision transversale de l'établissement grâce à des informations en provenance de différents métiers (notamment médico-administratif). Il va donc au-delà du reporting métier. Entièrement dédié au pilotage de la performance, il met en œuvre une grande richesse de fonctions : tableaux de bord préformatés, analyse multidimensionnelle ou exploratoire, simulation...

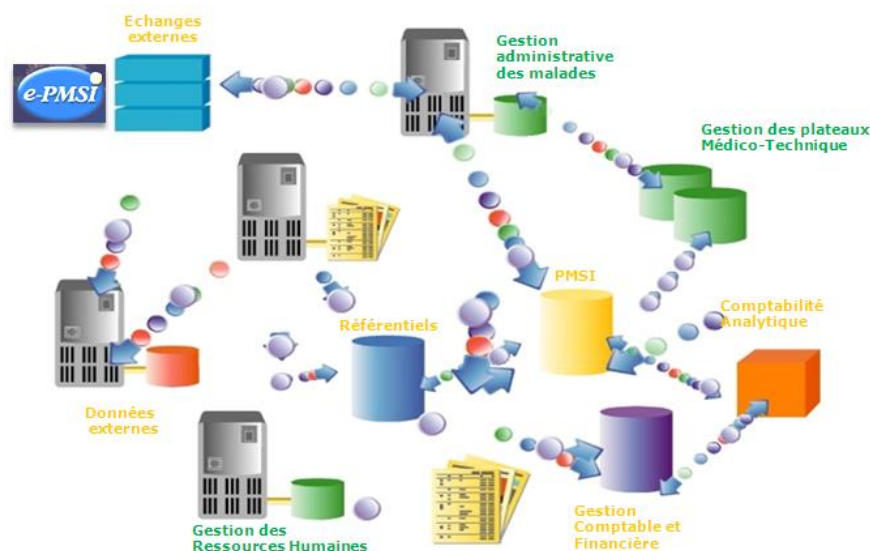
2.1. Accéder à la bonne information pour prendre les bonnes décisions

Pour pouvoir prendre les bonnes décisions, il faut pouvoir accéder en temps réel aux données de l'établissement, traiter ces données, et en extraire l'information pertinente.

Le décideur hospitalier peut accéder aux données opérationnelles et produire des rapports par exemple en interrogeant les bases de « production de données » à l'aide d'un langage de requêtes (SQL - *Structured Query Language*, par exemple).

L'existant SI est souvent composé de systèmes opérationnels reliés entre eux par de nombreuses interfaces comme le montre la figure suivante.

Figure 19 : La composition du SIH et ses interfaces



Or, l'interrogation de ces systèmes opérationnels ne peut satisfaire ces besoins car d'une part les bases de données sont trop complexes, rendant ainsi difficile l'élaboration d'une requête, et d'autre part le système opérationnel ne doit pas être interrompu, ce qui peut malheureusement se produire si l'exécution de la requête n'aboutit pas.

La solution est donc de développer des systèmes d'information orientés vers la décision (possible grâce aux avancées techniques) : le Système d'Information Décisionnel.

2.2. Le degré de maturité du système de pilotage

Pour définir quelles orientations d'architecture seraient possibles, l'hôpital (et sa direction des systèmes d'information) doit tenir compte de son niveau de maturité dans le domaine des systèmes d'information décisionnels.

Les sources de données sont une richesse pour les organisations. Il faut donc définir des environnements permettant de mémoriser des grands jeux de données et d'en extraire de l'information.

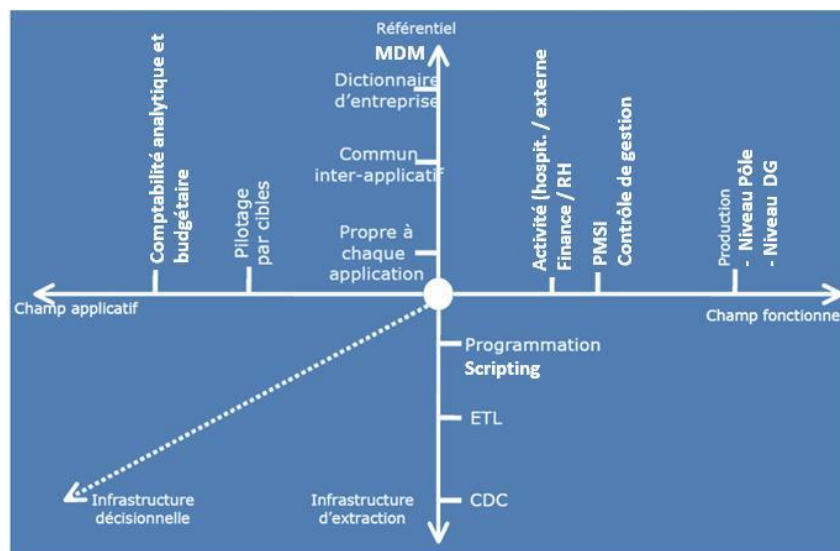
Trois types de solution semblent se dessiner :

1. Création d'infocentre (première solution envisagée par les établissements),
2. Création d'entrepôts de données ou *data warehouse* (solution plus mature et transversale),
3. Création d'une solution étendue (solution cible à terme), intégrant :
 - la gestion de la qualité des données (*DQM : Data Quality Management*),
 - la gestion des métadonnées et,
 - le management des référentiels (*MDM : Master Data Management*).

À noter que nous excluons ici les solutions prépackagées « clé en mains » proposées par des éditeurs de logiciels dédiées au domaine de la santé. Bien qu'elles comprennent un choix de tableaux de bord, un ensemble d'indicateurs préformatés, et des fonctionnalités diverses, ces solutions recouvrent des fonctionnalités et périmètres d'analyse qui peuvent être très variables d'un éditeur à l'autre. Ces solutions sont toujours modélisées selon une logique choisie par l'éditeur et pas toujours « customisables » aux besoins réels de l'établissement.

Chacune des trois solutions présente des caractéristiques qui peuvent être placées selon des axes déterminés. La matrice multidimensionnelle ci-après décrit les axes des évolutions possibles des solutions. L'intersection en chaque point discriminant sur un axe donné traduit la maturité de l'hôpital en matière de système de pilotage. Le déplacement d'un point à un autre sur un axe, indique une évolution de la solution.

Figure 20 : La matrice d'évolution du SID



Par exemple, sur l'axe référentiel, un hôpital fictif peut posséder un dictionnaire d'entreprise (niveau le plus haut de maturité) ou bien ne pas avoir de référentiel commun, chaque application informatique possédant son propre référentiel (niveau le plus bas de maturité).

On peut donc à partir de cette matrice déterminer trois niveaux de maturité, correspondant aux trois niveaux de solutions :

Tableau 12 : Les niveaux de solutions selon les niveaux de maturité

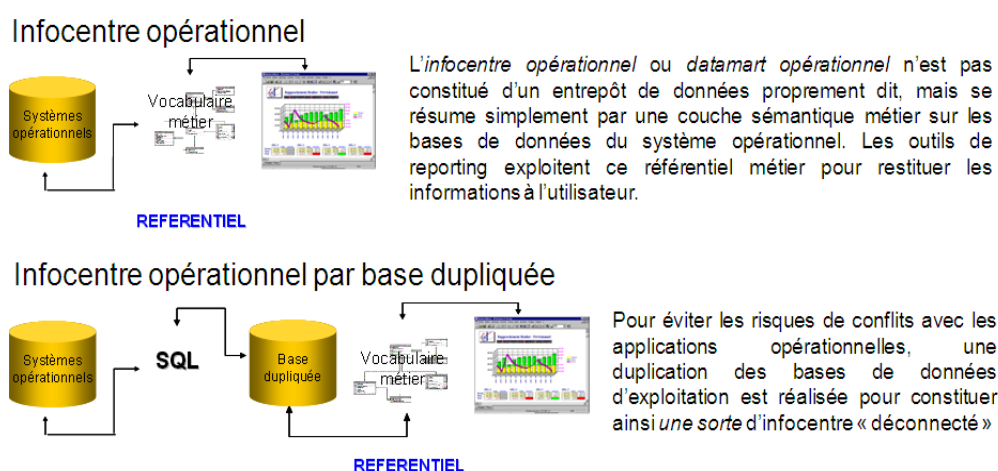
	Outils décisionnels	Référentiel	Applications	Infrastructure d'extraction	Champ fonctionnel
Niveau 1	Infocentre	Propre à chaque application		Scripting (SQL) Programmation	Activité (hospitalisation. / consultations externes) Finance / RH
Niveau 2	Suite décisionnelle intégrée	Transcodification Référentiel inter-applicatif	Pilotage par cibles	Logiciel ETL (Extract, Transform, Load)	PMSI Contrôle de gestion Activité médico-technique
Niveau 3	Solution décisionnelle étendue	Dictionnaire d'entreprise MDM	Comptabilité analytique et budgétaire	Change Data Capture (CDC)	Niveau Pôle Niveau DG

2.3. Niveau 1 : l'infocentre, une première réponse sectorielle

Cette solution est le résultat d'une approche verticale d'un établissement, qui s'intéresse à ses domaines métier indépendamment les uns des autres (s'il existe plusieurs infocentres, les données qu'ils contiennent sont issues d'applications sources différentes et non intégrées, et ne peuvent donc pas être mises en relation). Le périmètre est donc limité à une application métier ciblée.

Certains éditeurs, souvent spécialisés dans les domaines métiers (RH, finance, etc.), plus rarement dans le secteur santé, propose des infocentres déjà assemblés. Cependant, ces infocentres sont peu ou pas modélisés (la base de données est une copie historisée de la base de production) et peuvent demander une pratique avancée des outils de restitution du fait de la complexité des bases de production.

Figure 21 : Le niveau 1 : L'infocentre sectoriel



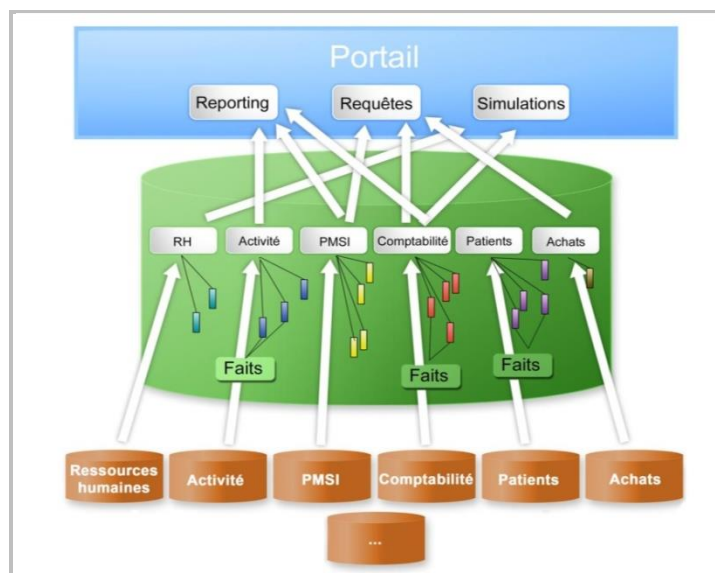
Il s'agit de réaliser une copie de travail des données opérationnelles, afin de soulager les applications transactionnelles des requêtes – parfois bloquantes – du décideur et de permettre à celui-ci de disposer d'une base supportant ses interrogations imprévisibles. Cette solution présente cependant des limites. Au-delà de son coût engendré par le doublement des

matériels informatiques de calcul et de stockage des données²⁵⁹, l'infocentre ne permet pas de conserver les versions antérieures des données au fil des mises à jour. De plus, les systèmes opérationnels étant en général indépendants les uns des autres, le partage de l'information à travers les fonctions, ne permet pas de fournir au décideur l'ensemble des états successifs d'une donnée et sous différents points de vue, à des fins, par exemple, d'analyse des tendances ou de simulation.

En l'absence d'une modélisation décisionnelle unique et de référentiels communs :

- Les applications de production sont dupliquées dans des infocentres métiers par application de production,
- Le modèle de données est le plus souvent sans modélisation, l'infocentre est alors une copie de la base de production de l'applicatif métier.
- Le modèle de données est propriété de l'établissement ou, dans le cas d'infocentres liées aux applications métiers (RH, Finance.), d'un éditeur de logiciels, pouvant décider de procéder à des évolutions de version au détriment de l'établissement.

Figure 22 : Le niveau 1 : Coexistence de plusieurs infocentres sectoriels (source GMSIH)



Ce qui donne les forces et faiblesses suivantes :

Tableau 13 : Forces et faiblesses de l'infocentre sectoriel

Points forts	Faiblesses
☐ Rapidité de mise en œuvre ☐ Simplicité des procédures de duplication ☐ Indépendance par rapport aux bases opérationnelles ☐ Coût	☐ Complexité liée à la structure de la base d'origine ☐ Performances ☐ Richesse fonctionnelles (exploration difficile) ☐ Périmètre fonctionnel limité ☐ Historique

²⁵⁹ GRENIER C., Moine C. (2003), *Construire le système d'information de l'entreprise*, Paris : Foucher, 223 p.

Cette architecture, intrinsèquement flexible, nécessite tout de même de prendre quelques précautions si on envisage son évolution vers la cible du véritable SID :

- Si l'on modélise les données des infocentres, on doit s'efforcer de rendre la modélisation compatible avec ce que sera le modèle de données global du SID intégré (niveau 2),
- On doit mener un projet de référentiel commun, soit globalement à l'établissement, soit de façon limitée aux premières applications métier du périmètre considéré.

Cette architecture mettra en évidence, applicatif par applicatif, les problèmes de qualité des données utilisées, et permettra par ce biais de mener un projet d'amélioration de la qualité des données en parallèle du projet de SID intégré.

2.4. Niveau 2 : la suite décisionnelle intégrée

La solution décisionnelle intégrée s'appuie sur un entrepôt de données ou *data warehouse* où les données des applications de production y sont chargées après extraction. Des outils de restitution fournis par des éditeurs du marché, diffusent les informations aux utilisateurs.

Inmon²⁶⁰ définit le terme de *data warehouse*, comme « une collection de données orientées sujet, intégrées, non volatiles et historisées, organisées pour le support d'un processus d'aide à la décision ».

Selon d'autres définitions couramment admises comme celle de De Lignerolles²⁶¹, Kimball²⁶², Goglin²⁶³, Muckenhirn²⁶⁴, l'entrepôt de données offre les caractéristiques suivantes :

- les données stockées sont organisées par sujet, à l'inverse des systèmes sources où les données sont plutôt structurées par processus fonctionnel. Cela permet de mettre à disposition en même lieu l'ensemble des données sur un sujet (par exemple, un patient) transversales aux structures organisationnelles et fonctionnelles. Un sujet pourra ensuite être utilisé dans différentes analyses,
- quelle que soit leur provenance, applications transactionnelles internes ou sources externes, les données sont intégrées, c'est-à-dire stockées sous le même format, au travers d'un référentiel d'entreprise,
- les différents états d'une donnée présente dans l'entrepôt sont conservés dans le temps. Les mises à jour ne sont donc ni des modifications, ni des suppressions des données antérieures sur le sujet, mais des ajouts de versions plus récentes de ces mêmes données historiques. En ce sens, les données sont historisées et non volatiles.

La figure suivante décrit l'apport de l'entrepôt de données.

²⁶⁰ INMON W. H., HACKATHORN R. D. (1994), *Using the data warehouse*, Wiley, 304 p.

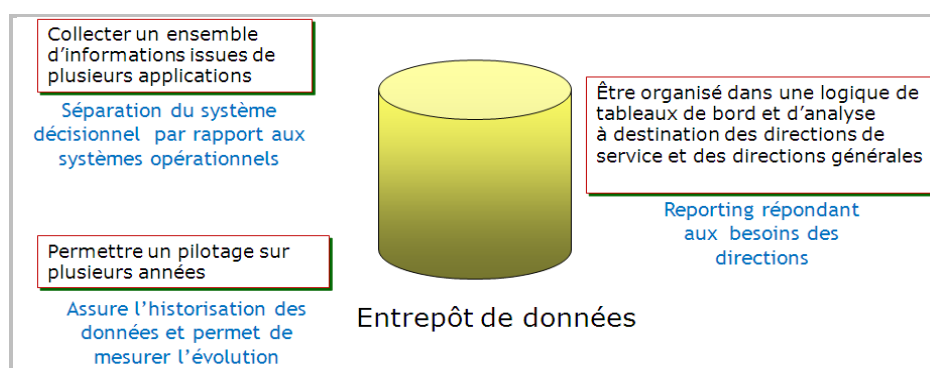
²⁶¹ DE LIGNEROLLES S. (2005), "Les technologies de l'information et nouveaux usages" in Balantzian G. (Ed.), *Tableaux de bord* (pp. 215-239). Paris : Éditions d'Organisation.

²⁶² KIMBALL R., MERZ R. (2000), *The Data Warehouse Toolkit: Building the Web-Enabled Data Warehouse*, Wiley.

²⁶³ GOGLIN J.F. (2001), *La construction du datawarehouse : du datamart au dataweb*, Paris

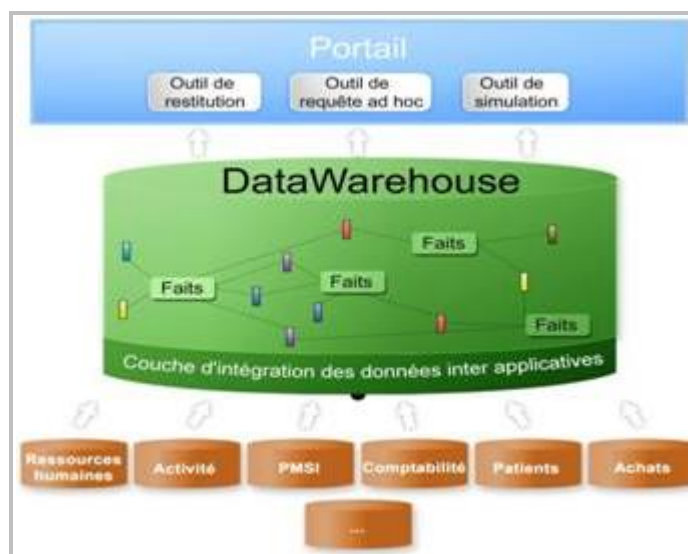
²⁶⁴ MUCKENHIRN P. (2003), *Le système d'information décisionnel : Construction et exploitation*, Paris : Hermes-Lavoisier, 189 p.

Figure 23 : Le niveau 2 : Le data warehouse



Les données rassemblées dans un entrepôt de données sont issues des applications transactionnelles (systèmes opérationnels), pour la plupart, et de bases de données externes (sources documentaires, par exemple) après avoir été extraites par des outils spécialisés, appelés ETL (*Extraction Transfert Loading*) formant la couche d'intégration des données comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 24 : Le niveau 2 : Le data warehouse (source GMSIH)



Trois catégories de données présentes dans un entrepôt sont à distinguer : les données de détail, les données agrégées et les métadonnées.

Les premières sont issues directement des systèmes transactionnels ; elles constituent « le socle » de l'entrepôt de données ou encore appelé l'ODS (*Operational Data Store*). Comme le précise De Lignerolles²⁶⁵, leur stockage « permet d'offrir aux utilisateurs du système décisionnel les moyens de comprendre le détail des chiffres affichés, par exemple, sur un tableau de bord ». Il est à noter que, malgré les grandes capacités de stockage, toutes les données n'ont pas à être stockées dans l'entrepôt. Seules les données susceptibles d'avoir un sens pour le processus d'aide à la décision doivent être incorporées. Ce choix des données à conserver implique l'anticipation des usages décisionnels dès la conception de l'entrepôt de données.

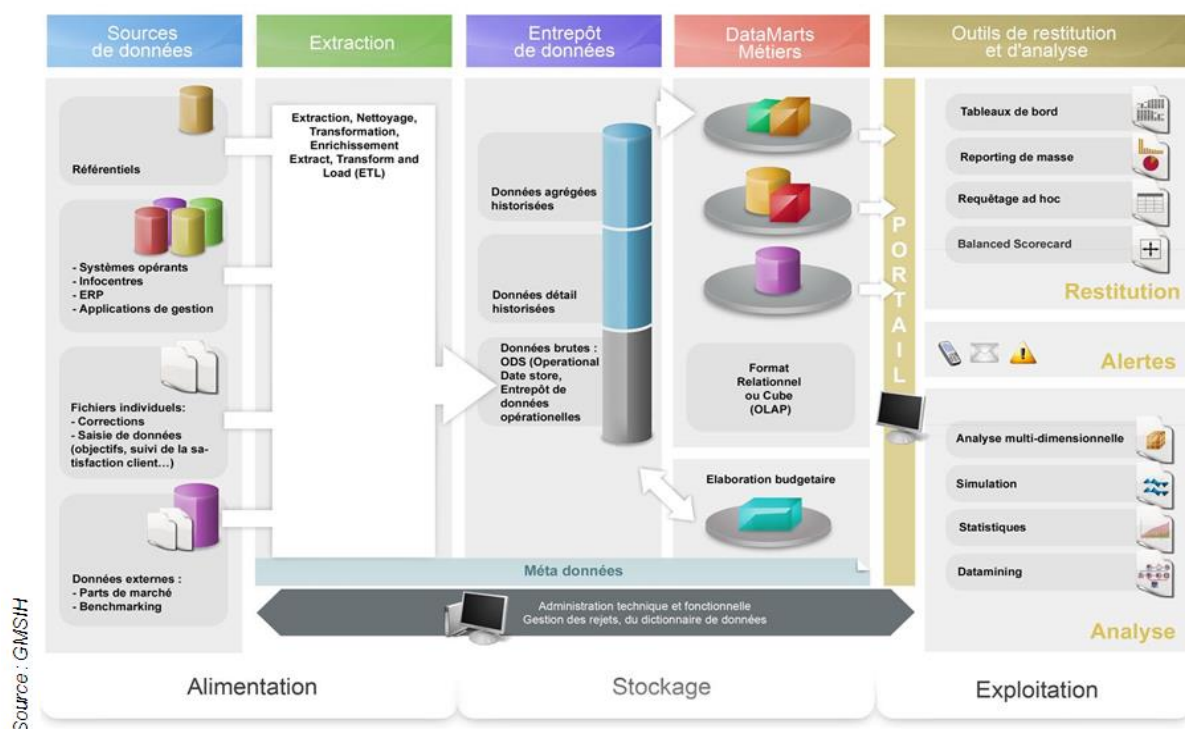
²⁶⁵ Op. Cit. p223.

Les données agrégées sont construites à partir des données de détail afin de faciliter la navigation suivant les besoins décisionnels et, d'une façon générale, la restitution d'un résultat d'analyse ou de synthèse. Elles sont « le cœur décisionnel » de l'entrepôt de données. Comme pour les données de détail, il faut, préalablement à leur définition, anticiper sur les besoins des utilisateurs.

Les métadonnées (« données sur les données »), également présentes dans l'entrepôt, décrivent les caractéristiques des données stockées : origine, date de dernière mise à jour, mode de calcul, procédure de transformation... Elles sont utiles aussi bien aux utilisateurs qu'aux administrateurs. Elles permettent aux premiers de comprendre les données qui leur sont présentées et aux seconds d'avoir les moyens d'exploitation et de maintenance de l'entrepôt de données.

La figure suivante décrit l'architecture générale d'un SID.

Figure 25 : L'architecture générale d'un SID



Les composants fonctionnels d'un SID se mettent selon leur place dans la chaîne du décisionnel organisée en trois phases : l'alimentation des données, leur stockage et leur exploitation.

1) **La première phase est celle de l'acquisition des données** qui vont alimenter l'entrepôt de données. L'hétérogénéité des supports d'où sont issues les données à extraire, a pour corollaire la complexité de la phase d'alimentation de l'entrepôt de données. En effet, les systèmes d'information opérationnels sont, le plus souvent, composés d'applications multiples, destinées chacune à traiter un domaine d'activité spécifique (activité, production des actes, finance, RH...). Le composant d'acquisition des données (ETL) a donc pour vocation d'unifier les données opérationnelles qui, à la base, ne sont pas normalisées. Il est important de porter une grande attention à la nature et à la qualité des données avant de les extraire à destination du système d'information décisionnel. Après avoir identifié, parmi toutes les données présentes dans les systèmes opérationnels ou issus de bases de données

externes, il est nécessaire d'analyser leur qualité, tant en termes de capacités de rapprochement d'un même référentiel lors de leur arrivée dans l'entrepôt de données, qu'en termes de nettoyage. Si l'on souhaite conserver une cohérence entre les données visualisées du côté transactionnel et du côté décisionnel, leur nettoyage s'effectuera à la source plutôt que dans l'entrepôt de données.

2) **La seconde phase est celle de la gestion des données.** Sa principale vocation est d'assurer leur stockage dans une base décisionnelle (de synthèse) sous un SGBDR. Les données sont structurées en contexte d'analyse décisionnelle et sont orientées vers l'utilisateur décisionnel. Les données, nécessitant des stockages volumineux, sont le plus souvent structurées selon deux formes :

- un entrepôt de données ou *datawarehouse*, pouvant stocker des téraoctets de données, modélisées en étoile,
- des cubes multidimensionnels ou applications *On Line Analytical Processing : OLAP*). Le composant de gestion des données permet alors de réaliser au travers ces cubes des interrogations sur plusieurs dimensions (différents points de vue) des données contenues dans l'entrepôt.

L'utilisateur peut interroger les données stockées et structurées autour de différents axes d'analyse, et de naviguer d'une dimension à une autre (sans avoir à formuler de nouvelles requêtes) et ainsi changer d'axes d'analyse pour visualiser les données sous un autre point de vue (fonction *Slice and Dice*). Il peut également aller du synthétique au détail (fonction *drill down*) ou visualiser des données plus agrégées (fonction *drill up*). Ainsi, selon ses besoins, l'utilisateur peut créer les informations (leur donner un sens), les présenter selon différents axes... Par exemple, l'analyse du chiffre d'affaires réalisé par service, pour un type de pathologies donné, sur une période de temps donnée.

3) **La troisième phase est celle des restitutions des informations** décisionnelles dans des applications pouvant se greffer sur la base décisionnelle. Cette fonction est assurée par des outils décisionnels variés comme des outils de reporting, des outils de tableaux de bord, des outils de Balanced Scorecard ou des outils de fouille de données (*data mining*). De Lignerolles²⁶⁶ indique que « *pour un même outil, le type d'utilisation est également de différents ordres. Ainsi, pour un outil de requêtage, l'utilisateur peut vouloir accéder à des rapports prédéfinis fixes, modifier les paramètres de rapports prédéfinis ou créer son propre rapport. De la même manière, un rapport peut être exécuté directement par l'utilisateur ou le résultat envoyé dans sa messagerie* ». Les personnes qui produisent les tableaux de bord n'auront pas à saisir des données alimentant leurs tableaux. Ce qui a pour effet d'augmenter les qualités des tableaux de bord au niveau notamment de la fiabilité et de la rapidité d'obtention des informations. Muckenhirn²⁶⁷ précise que le composant de mise à disposition des données « a pour vocation de dispenser l'utilisateur de toute manipulation technique directe sur une base de données ».

Par ailleurs ces outils de restitution doivent intégrer **une dimension de coopération**. En effet, l'éclatement géographique et temporel du processus de décision, implique une coopération entre les divers acteurs. Cela passe essentiellement par la mise en place d'un portail d'accès et/ou l'intégration à la solution d'un « groupware » (collecticiel en français). Signalons toutefois la tendance actuelle où chaque offre logicielle de *Business Intelligence* propose des fonctionnalités de coopération propres.

²⁶⁶ Op. Cit. p225.

²⁶⁷ Op. Cit. p58.

Dans le cas du portail, l'utilisateur accède à l'information décisionnelle sous forme d'un guichet unique. Des tableaux de bord « presse-bouton » sont à sa disposition ainsi qu'un environnement de requetage *ad hoc*.

Dans le cas du *groupware*, ce sont des fonctions étendues et complémentaires qui favorisent le partage d'information ou bien la création et l'échange de données informatisées, pour atteindre un but commun. Il s'agit pour la plupart du temps :

- d'outils de messagerie (instantanée ou non),
- d'agenda partagé,
- d'espace de documents partagés plus ou moins organisés,
- d'outils d'échange d'information (forums électroniques),
- d'outil de gestion de contacts,
- de logiciels de *workflow*,
- d'outils de conférence électronique (vidéoconférence, *chat*...).

Les principales fonctionnalités résident alors dans :

- La communication interpersonnelle grâce à la messagerie électronique, aux forums de discussion,
- La coordination (temps, espace, tâches) grâce aux agendas électroniques partagés, ainsi que la gestion de projet,
- La collaboration grâce aux réunions électroniques, visioconférences, ainsi que l'édition conjointe de documents et de tableaux de bord,
- La mémoire du groupe ainsi que l'accès à l'information grâce à la gestion électronique de documents,
- L'automatisation de certains processus grâce aux logiciels de *workflow* ; par exemple la mise en place de navette entre le contrôle de gestion et les pôles pour la validation des budgets, ou encore la possibilité d'apporter des commentaires aux tableaux de bord.

Pour conclure, ce type de solution présente une grande flexibilité car le périmètre (indicateurs, restitutions, fonctionnalités) est modulable indéfiniment.

- Selon la maturité de l'établissement en gestion et en management de projets de SI, on pourra partir sur une base modeste ; peu d'indicateurs, peu d'applications sources.
- Le périmètre du projet initial peut être limité volontairement, car la complexité des choix de référentiels communs et la potentiellement faible accessibilité des données dans les applicatifs nécessitent de se donner le temps de régler ces problèmes avec des utilisateurs peu nombreux.
- Un nouveau projet peut être lancé dans la continuité du projet sans perturbation particulière, et en enrichissant le socle initial (par des indicateurs, des fonctionnalités, des outils métier sources)

Le temps de construction peut cependant être long et il nécessite l'implication des informaticiens et des décideurs.

Le tableau suivant résume les atouts et inconvénients de cette solution.

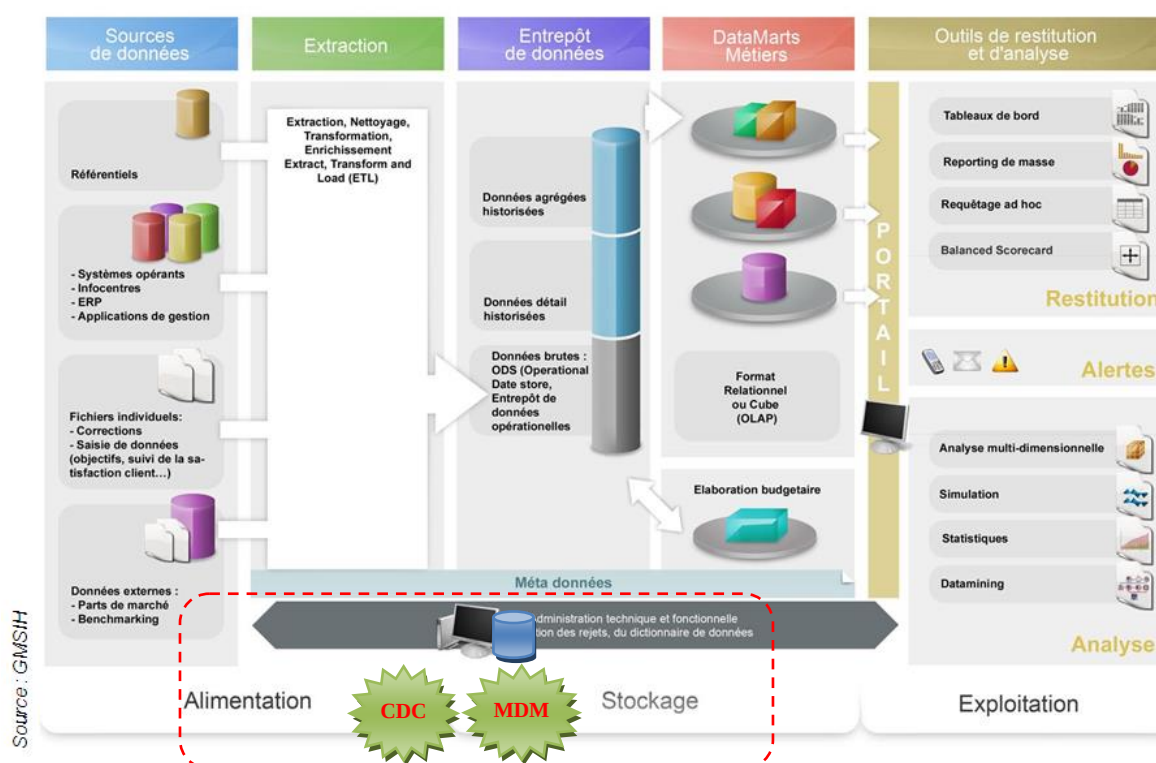
Tableau 14 : Forces et faiblesses du SID intégré

Points forts	Faiblesses
☐ Indépendance par rapport aux bases opérationnelles ☐ Structure de base parfaitement adaptée ✓ Richesse fonctionnelle/évolutivité/ouverture ✓ Simplicité d'utilisation/performances ☐ Transversalité ☐ Historique	☐ Délai et « relative complexité » de mise en œuvre ☐ Importance des processus d'alimentation ☐ Coût

2.5. Niveau 3 : la solution décisionnelle étendue

La solution décisionnelle étendue va plus loin que la solution décisionnelle intégrée en proposant plusieurs caractéristiques supplémentaires (encadré en rouge pointillé).

Figure 26 : L'architecture générale d'un SID étendu



Note sur le *Change Data Capture* (CDC)

C'est un mécanisme de recherche (*tracking*) des modifications de contenu de tables. Il n'a pas pour but de remplacer l'ETL mais de faciliter les alimentations de Data Warehouses, en ce qui concerne les changements dans les sources. L'ETL est l'outil qui permet de gérer des flux de chargement de données complexes (*workflows*), d'implémenter des alimentations massivement multisources, des règles métier complexes. Le CDC le complète dans la gestion de la recherche des modifications sur les sources en économisant du temps d'ETL (généralement 70-80 % du projet).

Note sur le MDM : *Master Data Management*

Le MDM permet de gagner en maturité car il propose des outils pour intégrer et synchroniser l'information en interne avec les systèmes existants du SIH et les autres bases de données (référentiels et SID). Il permet aussi de modéliser, gérer et saisir l'information de manière productive tout en assurant les contrôles de qualité nécessaires. Des *workflows* peuvent être alors implémentés supportant des processus multi départements (pôles/services) et multi-établissements.

Pour conclure cette section, l'analyse des performances au travers les tableaux de bord peut être réalisée par une manipulation des données multidimensionnelles associées à un entrepôt de données (ou à des magasins de données). Autrement dit, ces solutions permettent de mettre en œuvre l'analyse des données par rapport à différentes dimensions et ainsi de produire les indicateurs selon les différents axes.

2.6. Évolutivité du SID : Quels scénarios de progrès ?

Quel que soit le type de solution déployé, un SID favorise l'émergence de besoins nouveaux, qui se traduisent par des demandes d'évolution. Il est alors nécessaire d'évaluer la capacité du SID à couvrir ces demandes. Si ce n'est pas le cas, il faudra identifier le type de solution sur lequel investir pour répondre à ces nouveaux besoins.

Quelles sont alors les options ?

- Abandonner l'existant, et repartir sur un nouveau socle technique et fonctionnel,
- Faire évoluer la base technique vers une solution de type SID,
- Lancer un lot supplémentaire sur la même base technique et fonctionnelle.

On peut considérer, comme le montre le tableau suivant, qu'il existe une cible à long terme commune à tous les établissements : c'est le SID de niveau 3, qui permet de mener des analyses croisées et multidimensionnelles, parce qu'il utilise des données issues de sources diverses, intégrées grâce à la définition de référentiels communs. Cette cible à long terme peut être atteinte dès le premier projet ou après une succession de projets.

Tableau 15 : Le SID de niveau 3 comme cible à atteindre



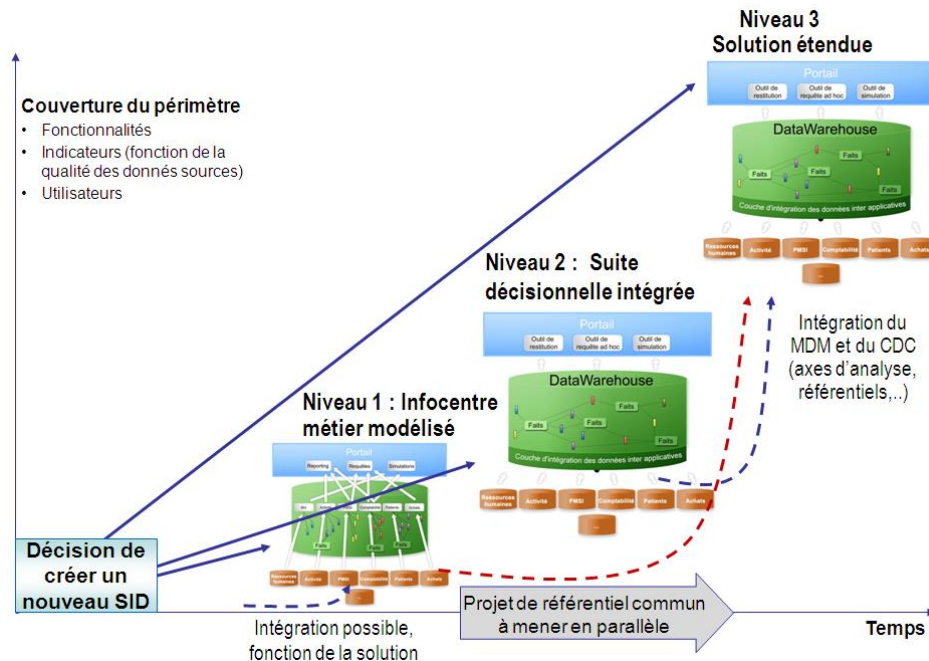
	Outils décisionnels	Référentiel	Applications	Infrastructure d'extraction	Champ fonctionnel
Niveau 1	Infocentre	Propre à chaque application		Scripting (SQL) Programmation	Activité (hospit. / externe) Finance / RH
Niveau 2	Suite décisionnelle intégrée	Transcodification Référentiel inter-applicatif	Pilotage par cibles	ETL	PMSI Contrôle de gestion Activité médico-technique
Niveau 3	Solution décisionnelle étendue	Dictionnaire d'entreprise MDM	Comptabilité analytique et budgétaire	Change Data Capture (CDC)	Niveau Pôle Niveau DG

On distingue d'une part l'identification des trajectoires vers la cible et le temps nécessaire pour obtenir des résultats avec chacune des solutions, et d'autre part la mise en évidence des difficultés de passage d'une solution à l'autre.

Le schéma ci-dessous illustre les possibles évolutions vers cette cible à long terme : directe (adoption de la solution de niveau 3 dès le premier projet), ou en commençant par un

premier projet fondé sur une solution infocentres (niveau 1). L'axe temps illustre la rapidité de mise en place de ces solutions les unes par rapport aux autres, sans tenir compte de l'existant (qualité des données sources, accessibilité des données, définition de référentiels communs). Il illustre les difficultés que l'on peut rencontrer lors du passage d'une étape à une autre, à cause de l'éventuelle absence d'évolutivité des solutions envisagées.

Figure 27 : Les scénarios de progrès du SID (source GMSIH)



Le choix initial de la solution 1 est potentiellement le plus facile mais aussi le plus contraint, car l'ajout de rapports pour les utilisateurs sur la base d'une couche sémantique métier générant des indicateurs est envisageable facilement. En revanche, l'ajout d'un domaine métier situé hors du périmètre initial de l'outil ne sera pas systématiquement possible. Le passage vers une solution de niveau 2 sera également difficile voire impossible si l'éditeur de l'application en amont, a protégé sa source et refuse de l'ouvrir.

À partir de là, l'établissement voulant développer les fonctionnalités de niveau 2 de son SID, aura de grandes chances de devoir reprendre à zéro après un premier projet qui lui aura permis de mûrir son besoin.

Le choix initial de la solution 2 doit s'appuyer sur un véritable projet de définition de référentiels communs (partagés, donc) pour permettre une évolution vers un SID (la définition de référentiels communs étant la condition sans laquelle des données issues de sources différentes ne peuvent être mises en relation directe dans les tables de faits). La solution 2 autorise l'ajout de fonctionnalités, d'indicateurs, de restitutions sur le périmètre de données couvert (facilement si les datamarts sont modélisés, plus difficilement dans le cas contraire).

Le choix de la solution 3 est par essence le plus évolutif. La gestion d'un tel projet présente cependant un niveau de difficulté supérieur, avec la nécessité d'obtenir un consensus des acteurs sur les dictionnaires métier, et la création d'un référentiel commun à l'ensemble des applicatifs pour permettre ensuite la modélisation propre au SI décisionnel.

3. Les méthodes opératoires de construction du SID

Après le choix d'architecture de la solution technologique, nous abordons maintenant la question de l'organisation du projet décisionnel : quelle méthodologie choisir pour garantir la réussite du SID ?

Une difficulté majeure des projets décisionnels a longtemps été le temps qui s'écoulait entre le moment où les utilisateurs exprimaient leurs besoins (d'indicateurs, d'analyses, de type de restitution...) et celui où la première version de leur tableau de bord leur était livrée et, généralement, les décevait²⁶⁸. Ce n'est plus le cas : les nouvelles méthodes de conduite de projet (méthodes agiles entre autres) éliminent ce fameux « effet tunnel » qui a tué tant de projets. On peut ainsi réduire de façon très significative la durée des projets et, par conséquent, leur coût, tout en associant étroitement les utilisateurs à la conception du contenu et de l'ergonomie des applications décisionnelles.

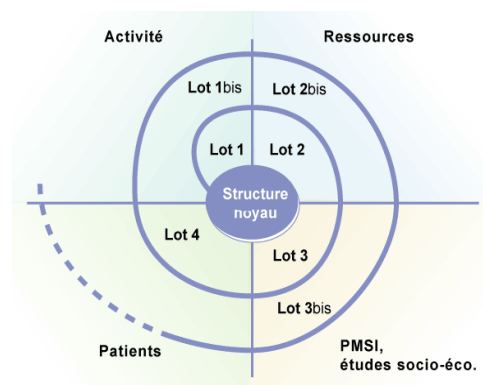
Après une brève introduction sur ce qu'est un projet de développement d'une solution décisionnelle, nous présentons dans cette section l'état de l'art des méthodologies traditionnelles, utilisées dans la plupart des projets avec engagements de résultats, applicables au contexte d'un établissement public (respect des étapes de validation projets d'un marché public), avant d'aborder les méthodologies agiles ou itératives souvent mieux adaptées au contexte particulier des projets décisionnels de plus petite envergure, ou basé sur des technologies favorisant des développements itératifs.

3.1. Introduction au projet de développement informatique

Un projet de développement informatique est la mise en œuvre d'un ensemble d'activités visant à fournir une solution ou un service répondant à un ou des besoins exprimés par un client et aboutissant à des livrables, conformes à des exigences spécifiques.

Un projet décisionnel est généralement découpé en plusieurs lots permettant d'apporter rapidement de premiers résultats. On parle ici d'une approche en « coquille d'escargot » comme le montre la figure suivante.

Figure 28 : Le lotissement d'un projet décisionnel



²⁶⁸ AUBIN C. (2011), "Décisionnel à l'hôpital : privilégier une démarche de co-construction", *gestions hospitalières*, octobre, n° 509.

Le délai d'exécution prévisionnel des travaux de chaque lot est d'environ de 1 à 2 mois. L'ordre des lots doit être défini. Le premier lot est déterminant car ce premier palier sert de référence et doit fournir les briques de base fonctionnelles et techniques pour l'ensemble du projet (plateforme évolutive).

Parmi les domaines fonctionnels le plus souvent demandés, on trouve :

- Lot 1 : Activité Patient – Séjour – Venue (pour le DIM, CDG, DAF et les pôles)
- Lot 2 : PMSI
- Lot 3 : Finance
- Lot 4 : RH (Ressource humaine)
- Lot 5 : périmètre médico-technique

Après l'harmonisation de la dimension « Structure » assurant la composition de l'établissement en niveaux organisationnels, un premier lot produit les premiers indicateurs prioritaires (lot 1), puis sera complété ultérieurement par d'autres indicateurs (lot 1 bis). Ainsi, les tableaux de bord s'incrémentent progressivement par cette succession de ces lots.

Chaque lot est ensuite divisé en plusieurs phases principales :

- L'étude préalable (ou conception),
- La réalisation,
- La livraison.

Ces phases sont elles-mêmes subdivisées en d'autres phases, par exemple :

- Étude préalable
 - Étude des besoins et des traitements nécessaires,
 - Modélisation décisionnelle,
 - Formalisation.
- Réalisation
 - Développement des flux d'alimentations de l'entrepôt de données,
 - Élaboration des rapports et tableaux de bord,
 - Tests.
- Livraison
 - Intégration,
 - Documentation,
 - Packaging et mise en production.

La séquence de ces phases dans chaque lot compose le cycle de vie de la solution. Selon la méthodologie employée, le cycle de vie mettra l'accent sur certaines caractéristiques de l'organisation et de la dynamique du projet.

Afin de comprendre leur fonctionnement, nous allons d'abord présenter un historique des principales méthodologies, puis analyser les deux les plus utilisés. Enfin, nous verrons les principaux avantages et inconvénients de ces méthodes.

3.2. Les méthodologies traditionnelles

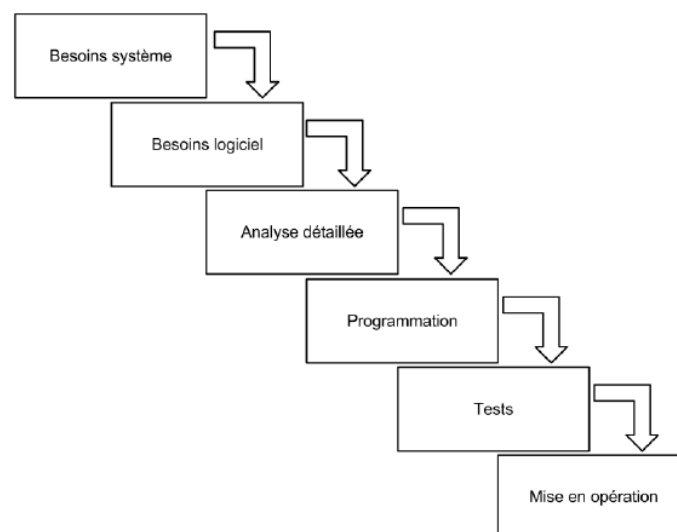
• Le modèle en cascade

Ce modèle a été mis au point dans les années soixante, puis normé vers 1970. Il est hérité de l'industrie du bâtiment et répond au principe suivant : « On ne peut pas construire le toit avant d'avoir construit les fondations ».

En effet, ce modèle met l'accent sur le fait qu'une phase doit être totalement terminée avant de passer à la suivante, et aucune modification du cahier des charges en cours de projet n'est tolérée. En cas d'anomalie, un retour à l'étape précédente, voire au début du projet est envisageable mais cela sera fortement pénalisant pour la suite du projet. Ainsi, chaque phase produit des livrables définis au préalable et ce, à une date précise.

La figure suivante illustre les différentes étapes d'un projet en cascade. La première étape consiste à préciser les besoins systèmes. Il faut avoir une idée claire des besoins utilisateurs pour concevoir une architecture complète du système à créer. La deuxième étape est la définition des besoins détaillés des utilisateurs en terme de tableaux de bord à créer et d'indicateurs à construire. Tous les besoins sont définis et négociés à cette étape. Une fois cette étape complétée, tout changement est catalogué et négocié dans un processus de demande de changement. La troisième étape est l'analyse détaillée. L'ensemble de la solution est pensé et conçu avant que le développement ne commence. La quatrième étape est la création de la solution. La tâche du programmeur se limite à interpréter les documents d'analyse et à les transformer en code et composant logiciel. La cinquième étape consiste à tester l'ensemble du logiciel. La solution est complète à cette étape et est testée entièrement par une équipe d'assurance qualité. Enfin, la solution est mise en opération.

Figure 29 : Les étapes d'un projet en cascade



Les avantages d'utiliser cette approche sont d'imposer une discipline aux développeurs et de permettre de déterminer facilement la progression du projet. En effet, les phases du projet ont un début et une fin bien définis et rendent possible la documentation des jalons.

L'inconvénient de ce modèle est son manque de réactivité en cas d'évolution des besoins du client au cours du projet et son incapacité à prendre en compte la possibilité des erreurs commises ou les défauts de conception au cours du développement. Les coûts de rebrousser chemin au milieu d'un projet sont majeurs témoignent de la rigidité du passage d'une étape à l'autre, sans permettre le retour à une phase subséquente.

• La méthodologie de Kimball

Le cycle de vie d'un projet utilisant la méthodologie Kimball débute comme celui d'un projet traditionnel en cascade, à savoir l'élaboration des besoins du client. Ensuite, Kimball distingue les tâches de création d'entrepôts entre trois spécialisations²⁶⁹ :

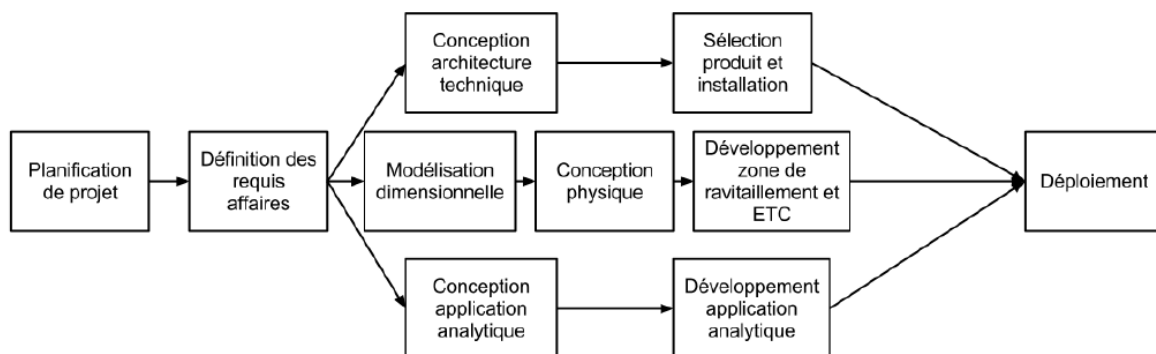
- l'environnement technique,
- les données et
- les applications analytiques.

Les tâches des chemins spécialisés peuvent être exécutées en parallèle, car elles ne visent pas les mêmes éléments de l'environnement (cf. figure ci-dessous).

- Le chemin technique est orienté vers le choix et la configuration des outils utilisés pour les entrepôts. C'est aussi dans ce chemin qu'est définie l'architecture technique, donc l'ensemble des éléments matériels et logiciels formant l'environnement d'un entrepôt.
- Le chemin des données est emprunté par les programmeurs qui modélisent les magasins de données et acheminent les données des systèmes sources vers ces magasins.
- Le chemin pour le développement d'applications analytiques est prévu pour les développeurs de rapports, d'analyses et de tableaux de bord typiquement dans des logiciels prévus pour la consommation de données analytiques.

Ces trois chemins convergent en fin de projet au moment du déploiement. Le processus complet est répété pour chaque nouveau lot de données demandé par les utilisateurs.

Figure 30 : Les étapes de projet avec la méthodologie Kimball



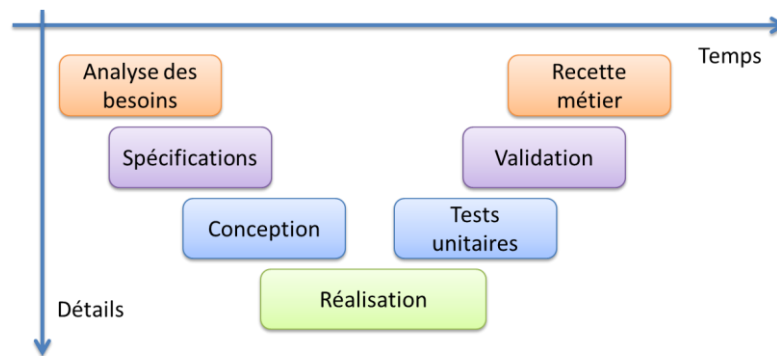
• Le cycle en V

Afin de palier au manque de réactivité du modèle en cascade, le cycle en V a été élaboré dans les années soixante-dix, il a ensuite été le modèle de cycle de vie le plus utilisé dans les années 80 et 90.

En effet, comme le montre la figure suivante, les phases de ce modèle sont partagées entre phases « montantes » et phases « descendantes », les premières faisant partie de la phase d'étude préalable et les deuxièmes étant différents tests (unitaires, intégration, validation), et entre les deux, le codage. Chaque phase de la partie montante devant renvoyer de l'information aux phases en vis-à-vis afin de détecter des défauts et ainsi améliorer la conformité au cahier des charges de la solution.

²⁶⁹ KIMBALL R., ROSS M. (1998), *The data warehouse toolkit*, New York, 436 p.

Figure 31 : Les étapes d'un projet suivant le modèle de cycle en V



De cette manière, le cycle en V met l'accent sur l'anticipation et la nécessité de prévoir les résultats des tests (étapes montantes) dès les étapes descendantes. Ainsi, les procédures de vérification de la conformité au cahier des charges sont définies à l'avance.

S'il apporte la prise en compte des erreurs et des défauts de conception, ce modèle présente toutefois l'inconvénient de se référer à un cahier des charges qui ne peut évoluer au cours du projet contrairement aux besoins des utilisateurs.

3.3. Les méthodologies agiles

À l'opposé des façons de procéder traditionnelles qui se concentrent sur les processus et les outils, les méthodologies agiles privilégient les individus, les logiciels opérationnels, la collaboration et l'adaptation au changement.

En effet, certains constatent que l'approche traditionnelle n'est appropriée que lorsque les utilisateurs peuvent définir la majorité de leurs besoins clairement, mais elle manque par contre de flexibilité lorsque les besoins sont imprécis.

Or dans un projet SID, il est fréquent que les utilisateurs ne sachent pas exactement ce dont ils ont besoin, car ils n'ont souvent qu'une idée imprécise de ce qu'une telle solution peut leur offrir²⁷⁰.

• Principes des méthodes agiles

Pour qu'une méthodologie soit considérée comme agile, elle doit posséder certaines caractéristiques de base, répertoriées dans le tableau suivant :

²⁷⁰ ZHAI L., HONG L., SUN Q. (2011), "Research on Requirement for High-quality Model of Extreme Programming", *International Conference on Information Management (ICIM)*, pp. 518-522.

Tableau 16 : Les caractéristiques des méthodologies agiles

Adaptatif	Une méthodologie qui s'ajuste à la situation. Elle est plus souple dans son exécution.
Itératif	Un processus répété fréquemment pour avoir une rétroaction de l'utilisateur. De plus, le processus est incrémental, car chaque itération est construite sur les précédentes.
Simple	La simplicité d'une méthodologie facilite son adoption et son application sans tracas.
Promotion de la communication	La communication mise en avant-plan dans une méthodologie augmente les probabilités de produire un logiciel conforme aux besoins du client.

Elle doit suivre également les principes listés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 : Liste des principes des méthodologies agiles

Principes des méthodologies agiles
Satisfaire le client à travers la livraison en continu de logiciels qui lui apportent de la valeur.
Recevoir les demandes de changement, même si elles arrivent tard dans la conception. Les méthodologies agiles exploitent les changements pour donner l'avantage compétitif au client.
Livrer un logiciel fonctionnel le plus fréquemment possible, idéalement entre quelques semaines et quelques mois.
Les représentants de l'entreprise et les développeurs travaillent ensemble tout au long du projet.
La meilleure façon de transmettre l'information est la conversation face à face.
La simplicité est essentielle; il est plus facile d'en ajouter à un processus trop simple que d'en enlever à un processus trop compliqué.

Parmi les méthodologies qui respectent ces critères, on trouve XP Extreme Programming, Scrum, Lean, Dynamic System Development Methodology (DSDM), Agile Modeling.

Celles qui sont le plus utilisées sont XP Extreme Programming et Scrum.

• Avantages et inconvénients des méthodes agiles

Placer le client au centre des démarches et des personnes, implique pour lui de nombreux avantages :

- En termes de satisfaction : le client peut adapter, même en cours de développement, le logiciel à ses besoins métiers en donnant son feedback grâce à l'accès régulier aux différentes versions fonctionnelles réalisées. L'objectif des méthodes agiles est en effet la satisfaction réelle du besoin plutôt que le respect du contrat initial.
- En termes de compétitivité : l'adaptation directe du logiciel aux besoins apporte indéniablement une grande valeur ajoutée à celui-ci. La gestion des priorités définies sur des prévisions de coûts permet également une plus grande efficacité au niveau économique pour le client.

Les méthodes agiles inscrivent le projet sous forme de cycle court mais sur une durée résultante qui est importante, ainsi les clients qui ont peu de temps ou d'intérêt dans le projet de développement de leur logiciel auront à disposition un produit final beaucoup plus faible en termes de qualité.

Un des principes des méthodes agiles étant l'auto-organisation des équipes de développement, les développeurs apprécieront une plus grande liberté de création et une plus grande part de responsabilité dans le projet. De plus, la mise en avant de l'échange et de l'esprit collectif promet une meilleure qualité de vie professionnelle.

Pour leurs managers, l'avantage réside dans la plus grande visibilité sur l'avancement du projet.

Enfin, la direction appréciera l'accent mis sur le retour sur investissement et la pérennité du logiciel pendant toute sa durée de vie.

En revanche, en privilégiant le dialogue direct, les méthodes agiles laissent peu de place à la documentation, ce qui peut devenir un gros problème en cas de changement d'équipe de développement ou lorsque la maintenance du logiciel est assurée par une autre équipe que celle qui a été chargée du développement.

La trace des processus (rencontres, décisions, approbations) est difficile à obtenir, ce qui est un handicap pour l'obtention de standards ou de normes, ce qui est également un désavantage pour le client.

4. Les difficultés rencontrées dans les projets de SID

Cependant, quelques constats pointent la contradiction suivante :

– D'une part, on entend beaucoup parlé d'aide à la décision pour les établissements de santé. On entend des chefs d'établissement qui disent que c'est absolument nécessaire, qu'ils n'ont pas suffisamment d'outils ; c'est un besoin que l'on entend s'exprimer, régulièrement, il y a beaucoup d'écrits sur ce thème ;

– Et puis de l'autre, au fond il y a relativement peu d'appel d'offres sur les outils d'aide à la décision. On est surpris de ce décalage entre la demande exprimée de manière informelle et ce qui apparaît sous forme d'appels d'offres.

En résumé, assez peu d'appels d'offres, beaucoup d'échecs, on entend et on a vu beaucoup à nouveau de responsables se plaindre du fait qu'ils avaient lancé un projet qui avait échoué lamentablement où ils étaient supposé avoir des tableaux de bord mais dans les faits ce n'était pas vraiment mis en œuvre, ce n'était pas satisfaisant ; il est très rare de rencontrer des DAF, des chefs d'établissement qui sont satisfaits de leur système d'aide à la décision.

4.1. Les principales causes d'échecs

Malgré l'utilisation de méthodologies formelles, il arrive effectivement que de tels projets de SID rencontrent quand même des problèmes.

Dans la littérature scientifique, beaucoup d'auteurs ont cherché à déterminer les causes d'échec des projets de SID. Les conclusions sont diverses : des auteurs mentionnent les problèmes avec le client et ses besoins imprécis, le manque de qualité des livrables, les problèmes politiques ou budgétaires et enfin, les difficultés de maintenance.

Un projet de SID, comme la plupart des projets SI, démarre pour combler un besoin utilisateur. Pour augmenter le taux de succès d'un projet, l'équipe en charge du développement doit saisir les besoins des utilisateurs.

Riggle²⁷¹ croit que les échecs des projets d'entrepôt sont attribuables à une incompréhension du client par l'équipe en charge du développement. En effet, l'équipe n'a souvent pas la connaissance tacite de l'entreprise qui est requise pour offrir un produit qui a de la valeur pour le client. Il arrive même que de mauvais systèmes soient créés.

Gharaibeh²⁷² explique que le fossé de communication entre l'équipe en charge du développement et les utilisateurs, est inévitable car les individus sont différents à plusieurs points de vue :

- les connaissances,
- les personnalités,
- les habiletés,
- les postes qu'ils occupent et,
- les décisions qu'ils doivent prendre.

Trembly²⁷³ stipule qu'une difficulté rencontrée est de traiter avec des utilisateurs de plusieurs départements. Les définitions de termes communs peuvent différer d'un département à l'autre et rendent difficile la consolidation des données.

Zhai²⁷⁴ décrit les raisons derrière les problèmes de découverte des besoins des utilisateurs. Tout d'abord, les besoins tels que décrits sont déficients, car les utilisateurs sont incapables de donner leurs exigences complètes. Ensuite, l'utilisateur peut inonder l'équipe en charge du développement avec ses besoins en raison d'attentes exagérées quant au projet, ou de la capacité qu'a l'équipe de développeurs, de régler l'ensemble de ses problèmes. Enfin, les besoins sont changeants et peuvent entraîner une modification du travail déjà effectué, causant un retard dans le projet.

Breur²⁷⁵ donne une autre raison pour les exigences incomplètes : il semble difficile pour un utilisateur d'imaginer la manipulation d'un système qu'il n'a jamais vu.

Connor²⁷⁶ écrit que certains clients ne sont pas convaincus ou ne s'impliquent pas suffisamment dans les projets. Cet auteur met en garde les équipes informatiques contre

²⁷¹ RIGGLE M. (2001), "Breaking the Cycle of Failure", *Intelligent Enterprise*, vol 4, no 12, pp. 40-45.

²⁷² GHARAIBEH N., ABUSOUD S. M., BDOUR W. et GHARAIBEH I. (2009), "Agile Development Methodologies: Are they suitable for developing Decision Support Systems", *Second International Conference on the Applications of Digital Information and Web Technologies*, pp. . 84-89.

²⁷³ TREMBLY A. C. (2001), "Experts: Technology is not to Blame for Data Warehouse Failures", *National Underwriter*, vol. 105, n° 45, 5 novembre, pp. 32-41.

²⁷⁴ ZHAI L., HONG L., SUN Q., (2011), "Research on Requirement for High-quality Model of Extreme Programming", *International Conference on Information Management (ICIM)*, 2011, pp. 518-522.

²⁷⁵ BREUR T. (2009), "Data quality is everyone's business – designing quality into your data warehouse - part 1", *Journal of Direct, Data and Digital Marketing Practice*, vol. 11, n° 1, 14 avril, pp. 20-29.

²⁷⁶ CONNOR D. (2003), "Report: Data Warehouse Failures Commonplace", *Network World*, vol. 20, no 3, 20 janvier, p. 24.

l'ajout continu de nouveaux besoins par le client, ces ajouts pouvant entraîner l'échec du projet.

Le manque de qualité des livrables est également un thème récurrent dans la littérature. Plusieurs auteurs mentionnent que la qualité des données dans l'entrepôt est un élément clé dont l'absence compromet le projet. La qualité n'est pas seulement un attribut de la donnée, mais en qualifie aussi l'accès. Jukic²⁷⁷ explique que la documentation des requis est trop technique pour les utilisateurs. Ceux-ci ont tendance à accepter ce qui est documenté sans comprendre exactement ce qui sera fait, dans le seul but de voir le projet se réaliser rapidement. L'effet de cette approbation est la livraison d'un projet avec certaines fonctionnalités imparfaites ou superflues.

La politique interne à l'établissement peut aussi être un frein au succès d'un projet d'entrepôt. Trembly fait mention de la résistance des directeurs de départements quant à l'accès à leurs données. Ils deviennent très territoriaux, car ils sentent une perte de contrôle de leur environnement décisionnel.

Pour les enjeux de gestion, Trembly souligne aussi la difficulté de calculer le retour sur investissement de ces projets. Ces derniers offrent des bénéfices souvent intangibles, rendant ardu le calcul d'un retour monétaire sur l'investissement. De plus, les projets sont souvent trop coûteux et le temps alloué trop court.

Enfin, l'action de régler un problème peut en entraîner l'introduction d'un autre. Bien que ce point se voie surtout en maintenance, il peut également se manifester durant le projet. En effet, Brooks²⁷⁸ estime entre 20 % et 50 % la probabilité d'introduire un problème quelconque lors d'une correction ou d'un changement.

4.2. La situation actuelle des SID dans les Établissements de Santé

Faute de demandes et d'utilisations, les méthodes et outils de pilotage sont encore peu développés dans les Établissements de Santé :

- Moins de 20 % des établissements disposent aujourd'hui d'un outil de pilotage (source : étude GMSIH 2006)
- Les outils utilisés sont principalement le tableur et le requêtage sur des infocentres métiers en silos (PMSI, GEF) ; ce qui correspond aux solutions de niveau 1.
- Les méthodes et outils implantés dans les établissements de santé sont plutôt le résultat d'obligations réglementaires (SAE, PMSI) que de volonté managériale interne

Les données relatives à un même thème de pilotage sont présentes dans plusieurs systèmes de gestion opérationnels (PMSI, achats, comptabilité...) ; mais elles sont :

- Éparpillées (services, bases différentes),
- Hétérogènes (définition, format, structure, type de données),
- Mouvantes (mise à jour continue), ce qui rend difficiles les consolidations, les comparaisons, les analyses.

Pour atteindre un objectif d'amélioration, les établissements doivent aborder impérativement le SID comme un « projet d'entreprise » qui répond mieux aux attentes et aux objectifs que s'il a été co-construit.

²⁷⁷ JUKIC N., VELASCO M. (2010), "Data warehousing requirements collection and definition : Analysis of a failure", *International Journal of Business Intelligence Research*, vol. 3, n° 1, pp. 66–76.

²⁷⁸ BROOKS F. (1975), "Mythical Man-Month: essays on software engineering", Anniversary ed., USA, 322p.

Conclusion du chapitre 4 : « Donner à voir » rapidement et durablement

La construction d'un système décisionnel « durable » repose sur quelques principes simples :

– *le premier*, fondamental, est de considérer le SID comme un système d'information à part entière, et non comme une extension du SIH. Les données qui alimenteront le SID proviendront essentiellement des systèmes de gestion et des systèmes opérationnels de l'établissement, mais le système décisionnel doit rester unique et être transversal à toute l'organisation ;

– *le deuxième* principe est de choisir une architecture qui rende le SID « insensible » aux évolutions du SIH et de l'hôpital lui-même : les organisations fonctionnelles changent, les systèmes opérants sont mis à jour, de nouvelles applications sont déployées, d'autres sont abandonnées ou consolidées...

Ces changements ne doivent ni affecter ni remettre en cause la logique de production du système décisionnel. La réponse technique est la mise en place de deux éléments constituant le socle du SID : un entrepôt de données (*data warehouse*) et un logiciel (ETL) chargé d'extraire les données requises de chaque source (système comptable, SIRH, dossier patient...), puis de les acheminer vers le *data warehouse* où elles sont stockées dans un format unifié. Préserver leur intégrité fonctionnelle maximise les possibilités de les utiliser en aval.

– Le troisième principe concerne le statut des données hébergées dans le *data warehouse* : elles doivent être considérées à la fois comme la mémoire de l'établissement et comme la matière première des informations et applications décisionnelles, à savoir les indicateurs, tableaux de bord, rapports et applications d'analyse qu'utiliseront les équipes administratives et médicales pour étayer leurs décisions. Pour maximiser cette matière première, il est essentiel de dénaturer le moins possible les données entreposées dans le *data warehouse* de façon qu'elles puissent être exploitées par un plus grand nombre d'applications sans nécessiter de « re-transformation ».

Aujourd'hui, des méthodes et outils pour « donner à voir » rapidement existent : Bien qu'une difficulté majeure des projets décisionnels soit le temps qui s'écoule entre le moment où les utilisateurs expriment leurs besoins (d'indicateurs, d'analyses, de type de restitution...) et celui où la première version de leur tableau de bord leur est livrée, de nouvelles méthodes de conduite de projet (méthodes agiles) et une nouvelle génération d'outils de restitution éliminent ce fameux « effet tunnel » qui tue tant de projets.

Le prototypage et le travail en cycles courts permettent aux utilisateurs de voir rapidement leur outil se construire et s'affiner. On peut ainsi réduire de façon très significative la durée des projets et, par conséquent, leur coût, tout en associant étroitement les utilisateurs à la conception du contenu et de l'ergonomie des applications décisionnelles.

PARTIE 2. LES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION : DE L'USAGE A L'APPROPRIATION.

« Le chemin n'est pas difficile, c'est le difficile qui est le chemin »

Sören Kierkegaard, Philosophe et théologien danois

« Chaque façon de voir est une façon de ne pas voir »

Cooper C. & Hopper T. M.²⁷⁹

²⁷⁹ COOPER C., HOPPER T. M. (1987), "Critical studies in accounting", *Accounting, organizations and Society*, Vol. 12, Issue 5, pp. 407-414.

Chapitre 5. L'appropriation d'un SID à travers ses usages.

Depuis ces dernières années, en sciences de gestion et tout particulièrement en système d'information, les travaux sur les technologies de l'information ayant mobilisé la théorie de la structuration telle qu'elle a été formulée par Giddens en 1984²⁸⁰, s'impose progressivement dans le champ de l'étude des effets des technologies en milieu organisationnel.

Désormais qualifiés de « structurationnistes » dont le nom témoigne toute de suite de cette filiation avec la théorie de Giddens, les tenants de ce courant de recherche avancent l'idée que pour comprendre les relations entre technologie et organisation, il faut moins se focaliser sur la technologie elle-même, que sur la façon dont celle-ci est utilisée par les individus.

Il nous paraît donc intéressant dans nos travaux d'étudier **l'appropriation du système d'information décisionnel (SID) à travers son usage**, c'est-à-dire son utilisation dans des pratiques quotidiennes et récurrentes de support à la décision collaborative. Ainsi, nous ouvrirons quelques pistes de réflexion pour une nouvelle appréhension du rôle du SID dans la performance de l'hôpital, puisque telle est notre question de recherche. L'objectif de ce chapitre comme de ceux qui suivent n'est pas de revenir à la théorie pour seulement faire acte d'érudition, mais pour fonder, rendre intelligible ce que nous faisons pratiquement et quotidiennement.

Pour étudier l'appropriation d'un tel système sous cet angle, nos analyses porteront en premier lieu (section 1) sur la compréhension de *l'usage* de ce type technologie. Sur la base des enseignements de la théorie de la structuration de Giddens, nous nous concentrerons sur les modèles d'analyse de la perspective structurationniste, qui cherchent à comprendre l'usage dans son contexte, comme la Théorie de la Structuration Adaptative (TSA)²⁸¹ ou l'approche structurationniste d'Orlikowski²⁸².

En second lieu (section 2), nous nous interrogerons sur la possibilité de catégoriser les types d'usage, tout comme les types d'utilisateurs, et nous verrons que de nombreux travaux permettent d'établir des typologies qui associent usage, contexte professionnel et acteur pour aboutir à la création d'archétypes.

Puis enfin, en troisième lieu (section 3), nous tenterons à partir de ce niveau relativement statique présenté comme une sorte de photographie des usages à un temps (t), d'introduire le facteur temps dans nos réflexions et d'intégrer dans le raisonnement, la dynamique produite par l'évolution des usages.

²⁸⁰ GIDDENS A. (1984), *The Constitution of Society*, Berkeley, California: University of Canada Press.

²⁸¹ DESANCTIS G., POOLE S. (1994). "Capturing the complexity in advanced technology use: Adaptive structuration theory", *Organization Science*, 5(2), 121-147.

²⁸² ORLIKOWSKI W. (2000). "Using technology and constituting structures: a practice lens for studying technology in organizations", *Organization Science*, 11(4), 404-428.

1. L'analyse des usages grâce aux structurationnistes

La théorie de la structuration de Giddens propose un cadre théorique propice à l'analyse du rôle des technologies de l'information et de la communication (TIC). Mais bien que ce constat soit largement partagé par de nombreux auteurs, cette théorie, comme l'ont souligné Kéfi et Kalika²⁸³, demeure encore « complexe et quelque peu hermétique ».

Nous commencerons donc par faire un retour aux sources pour clarifier les principes fondamentaux de la théorie de Giddens et ses premières applications au cas des technologies (1.1) ; nous aborderons ainsi les approches structurationnistes, notamment à travers les travaux fondateurs de Barley²⁸⁴ et le modèle structurationnel d'Orlikowski²⁸⁵.

Puis nous enchaînerons par une présentation de la théorie adaptative de DeSanctis et Poole²⁸⁶ (1.2) et la perspective structurationniste de la technologie proposée par Orlikowski²⁸² (1.3).

En filigrane de ce panorama, nous montrerons que ces approches ne sont pas toutes fidèles à la théorie d'origine²⁸⁷ et que certains principes forts, posés par la théorie originelle de Giddens ont souvent été soit écartés, soit à peine pris en compte ou mal mobilisés par certains auteurs structurationnistes.

1.1. La théorie de la structuration de Giddens et ses premières applications

Dans son ouvrage publié en France pour la première fois en 1984, Giddens ne traite pas directement des organisations, mais propose de comprendre les mécanismes qui expliquent la façon dont un système social se constitue et évolue au-delà de la clarification des interactions entre l'action humaine et les institutions sociales.

• De l'acteur au système social

Nous proposons de commencer sur quelques principes fondamentaux : le contrôle réflexif de l'action, la dualité du structurel et le facteur spatio-temporel de l'action.

Le principe de *contrôle réflexif* propose d'appréhender la relation entre l'acteur et l'action comme indissociable : l'acteur exerce continuellement un contrôle réflexif dans l'accomplissement de son action et de celle des autres acteurs en coprésence. La réflexivité est « *conçue comme l'usage systémique et régulé d'information pour orienter et contrôler la reproduction des systèmes sociaux* »²⁸⁸. Le contrôle réflexif s'opère dans les deux sens de la relation : d'un côté, l'acteur contrôle son action et l'oriente, et de l'autre, l'action orientée fournit à l'acteur de nouvelles sources d'information à prendre en compte, à

²⁸³ KÉFI H., KALIKA M. (2004), Évaluation des systèmes d'information : une perspective organisationnelle, Ed. Economisa.

²⁸⁴ BARLEY SR., (1986), "Technology as an occasion for structuring : Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments", *Administrative science quarterly*, 31(1) pp.78-108.

²⁸⁵ ORLIKOWSKI W. (1992), "The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations", *Organization Science*, (3), No. 3, Aug. 1992, pp. 398-427.

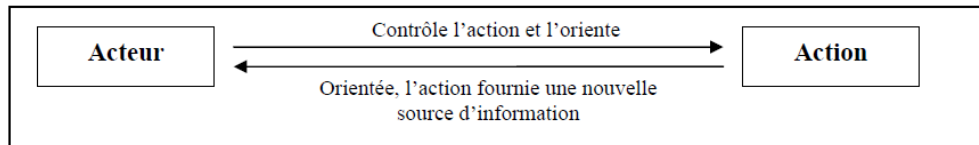
²⁸⁶ DESANCTIS G., POOLE S. (1994), "Capturing the complexity in advanced technology use: Adaptive structuration theory", *Organization Science*, 5(2), 121-147.

²⁸⁷ DE VAUJANY F.X. (2000), "Usage des technologies de l'information et création de valeur pour l'organisation : proposition d'une grille d'analyse structurationniste basée sur les facteurs-clés de succès". *AIMS, IXème conférence internationale de management stratégique*, 24-25-26 Mai 2000, Montpellier.

²⁸⁸ GIDDENS A. (1987), *La constitution de la société*, PUF : Paris, p.19.

nouveau. Comme le précisent Kéfi et Kalika, l'acteur et l'action se retrouvent donc dans une relation de causalité circulaire et répétitive²⁸⁹.

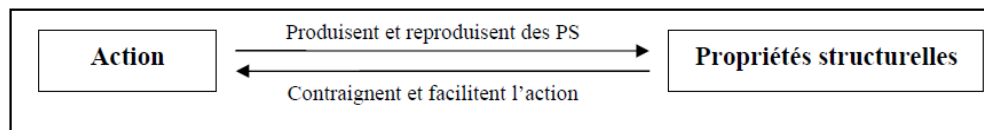
Figure 32 : Principe du contrôle réflexif dans la théorie de la structuration



À partir de là, Giddens propose d'en finir avec le dualisme entre la structure et l'acteur, représenté par l'impératif technologique et l'impératif organisationnel, (selon la distinction proposée par Markus et Robey²⁹⁰) pour établir une relation de dualité²⁹¹, où l'acteur et la structure se trouvent dans une relation d'interdépendance réciproque. Il distingue dans la notion de structure, deux dimensions différentes : un ordre matériel et observable, et un ordre virtuel de modes de structuration engagés de façon récursive dans la reproduction de pratiques situées dans le temps et dans l'espace. Dans cette définition, les notions d'action et de structure (prise dans son sens le plus large, c'est-à-dire dans ses deux dimensions) sont comme indissociables.

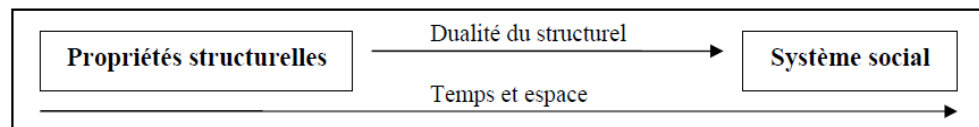
Giddens « développe l'idée de *dualité du structurel* selon laquelle les propriétés structurelles des systèmes sociaux sont à la fois des conditions et des résultats des activités accomplies par les agents qui font partie de ce système »²⁹².

Figure 33 : La dualité du structurel dans la théorie de la structuration



Giddens présente enfin l'espace-temps comme étant la dimension à partir de laquelle se forme le système social.

Figure 34 : La dimension spatio-temporelle dans la théorie de la structuration



²⁸⁹ Op. Cit.

²⁹⁰ MARKUS M.L., ROBEY D. (1988), "Information technology and organizational change: causal structure in theory and research", *Management Science* (34), pp. 583-598.

²⁹¹ La *dualité* qualifie le rapport existant entre deux termes ou deux éléments distincts, mais dont la différence réelle tire son contenu de la relation même qui les articule l'un à l'autre : dualités cosmologiques (nuit/jour), dualités anthropologiques (femme/homme), dualités symboliques (lumière/ténèbres), etc. Le rapport d'opposition qui existe entre les composants des couples catégoriels de ce type fait alors d'eux des termes d'un « dialogue » ou d'une « dialectique », pourvu que cette relation soit comprise comme authentique échange des déterminations caractéristiques de chacun d'entre eux. La dualité se différencie du *dualisme* parce que celui-ci rejette tout lien entre deux éléments existants indépendamment l'un de l'autre et admet la coexistence de deux principes ultimes posés en extériorité radicale l'un par rapport à l'autre. Par conséquent, le dualisme, parce qu'il sous-tend que deux principes sont essentiellement irréductibles, n'est pas compatible avec la notion de réconciliation ou de reconnaissance des contraires, à la différence de la dualité qui, par le dialogue naissant de l'opposition entre les deux composantes d'un couple, peut conduire les deux éléments à s'équilibrer dans leur différence.

²⁹² Op. Cit. (1987), p15.

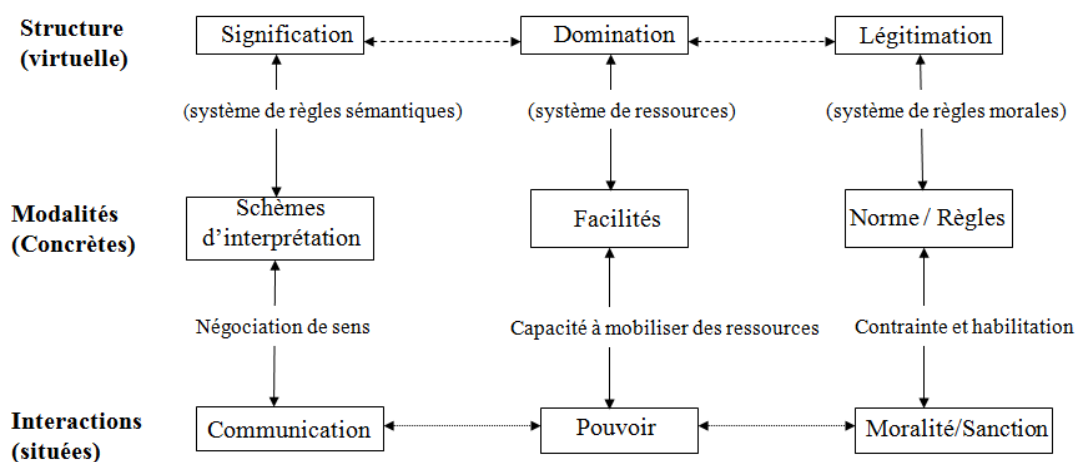
• Les principaux mécanismes de la théorie de la structuration

Giddens aborde une perspective dialectique entre structure et action pour dépasser les approches prônant soit la domination du sujet individuel sur les structures sociales, soit l'inverse c'est-à-dire la détermination des structures sociales sur l'action humaine.

Il définit l'action comme une combinaison d'actes, un rapport entre l'acteur, le monde environnant et la cohérence que l'acteur associe à ses actes. L'action est forcément contextualisée et dépendante du monde dans lequel l'acteur évolue et dont il ne contrôle pas les événements. Le terme « structure » quant à lui, explique Giddens, est beaucoup plus difficile à employer, car trop connoté, trop figé, et il choisit plutôt l'emploi du terme *structurel*, qu'il définit comme un ensemble de règles et de ressources engagées de façon récursive dans la reproduction sociale.

La figure suivante illustre ce lien entre action et structure avec les différentes dimensions expliquant le structurel, les différentes modalités associées et la nature des interactions.

Figure 35 : Les mécanismes de la théorie de la structuration (adapté de Giddens)



Giddens propose de considérer les propriétés du structurel à partir de trois dimensions que les acteurs vont activer en fonction de la nature de leur action : la *signification*, considérée comme un système de règles sémantiques, la *domination* qui se manifeste dans le système d'allocation de ressources et enfin la *légitimation* constituée par un système de règles morales. Ainsi, toute interaction est porteuse de sens, de pouvoir et enfin de moralité et de sanction sociale.

La dualité du structurel fait que les deux niveaux horizontaux, celui des interactions et celui de la structure, sont liés récursivement. Ce principe fondamental explique que les structures sont, à la fois, le médium et le produit de la conduite des agents. Par conséquent, en tant qu'acteurs confrontés à des situations sociales, les agents produisent et/ou reproduisent les structures, mais en même temps, sont guidés par elles. Dans ce cas, l'action (les interactions) et la structure interagissent mutuellement l'une avec l'autre.

Entre les deux, la récursivité de l'action et de la structure apporte une dimension nouvelle à la relation « contrôle/organisation ». Ce sont les modalités utilisées par les acteurs lors des interactions (sous la forme de schémas interprétatifs, de ressources et de normes), contribuant ainsi à reconstituer les propriétés structurelles des systèmes sociaux.

Les trois dimensions verticales de ces niveaux sont imbriquées dans chaque interaction, impliquant une négociation de la signification ne pouvant se dérouler qu'en appliquant des règles sociales, elles-mêmes mobilisatrices de ressources.

Dans les entreprises, les pratiques sociales regroupées en activités peuvent donc être analysées, à la fois, comme la résultante des compétences des acteurs et comme une expression des propriétés structurelles des systèmes d'interactions.

Encadré 7 : Le SID comme facilitateur entre les acteurs de l'hôpital

Le système d'information décisionnel est une base commune pour faciliter les interactions et la communication entre des acteurs appartenant à des métiers différents et pouvant avoir des cultures et un langage distinct au sein de l'hôpital. Par les informations qu'il produit, c'est un système qui nourrit les activités et les perceptions des décideurs au sujet de l'évolution de l'activité de l'hôpital et les actions des personnels au sein des pôles, ainsi que leurs performances. L'analyse de Giddens permet de conceptualiser ce système comme des modalités de structuration qui s'intercalent entre l'action et la structure. Les trois dimensions (signification, légitimation et domination) sont donc des dispositifs analytiques utiles pour étudier les usages des tableaux de bord de pilotage par les acteurs et de leurs rôles dans l'aide à la décision.

Une présentation distincte de chacun des trois niveaux d'analyse du structurel est proposée dans les lignes qui suivent, même si dans la réalité, ces trois niveaux sont imbriqués l'un dans l'autre.

– La *signification* est la dimension cognitive abstraite de la vie sociale par laquelle les agents communiquent entre eux et diffusent leurs idées et points de vue. Elle porte sur la construction de sens qui est opérée par les individus pour exploiter les connaissances mutuelles partagées lors de leurs interactions. Ce système de signification est un système de règles sémantiques constituant le sens que les individus donnent à leurs actes comme à ceux des individus qui les entourent. Les codes de signification sont appelés « schèmes d'interprétation » institutionnels. Ils s'apparentent à une sorte de référentiel global partagé que les acteurs mobilisent dans le cadre de leurs interactions pour leur besoin d'action. Ce sont des « modes de représentation et de classification qui sont inhérents au réservoir de connaissance des acteurs et que ceux-ci utilisent de façon réflexive dans leur communication ». À travers leurs actions de communication, les acteurs vont produire ou reproduire ces schèmes interprétatifs.

Encadré 8 : Consensus autour d'un langage commun à l'hôpital

Dans le cas du système d'information décisionnel de l'hôpital, les tableaux de bord sont utilisés par les responsables de pôles comme un moyen de communiquer sur leurs objectifs. Le pilotage impose un langage commun, en l'occurrence des indicateurs médico-économiques parfaitement partagés. L'utilisation de l'information décisionnelle, institutionnalisée dans l'hôpital, véhicule ainsi des schèmes interprétatifs pour les acteurs en partie acceptés et intégrés dans le schéma de leur raisonnement (issus de leur contribution dans la conception, des formations, de la pratique, etc.). Une fois adoptée et utilisée par tous les membres dans les activités quotidiennes, l'information servant de support la décision, sera admise (*taken for granted*), et pas remise en cause. Le système d'information décisionnel peut donc être considéré comme un ensemble de dispositifs techniques neutres pour un reporting « objectif » de la situation de l'établissement, à savoir son activité, l'état des recettes et des dépenses, sa santé financière, la qualité et la productivité de l'organisation.

– La *domination* consiste en l'exercice du pouvoir sur lesquels les acteurs s'appuient pour interagir et contraindre d'autres acteurs, en utilisant ce que Giddens appelle des *facilités*, ce qui correspond à l'utilisation de ressources d'autorité (permettant le contrôle des personnes ou des acteurs de l'organisation) ou encore la capacité d'allocation (servant à mobiliser des ressources humaines, financières ou informationnelles).

L'étude de ces formes de domination dans le contexte organisationnel de l'hôpital fait partie du champ traditionnel des recherches en sciences des organisations. La détermination des centres de responsabilité (ressources d'autorité) et de leurs budgets (ressources d'allocation), entre, par exemple, dans ce cadre. Par exemple, dans le contexte de la délégation de gestion et de la décentralisation des prises de décision, le budget reste encore perçu par les managers comme un instrument de contrôle de la délégation, dont ils se verraient les gardiens vis-à-vis du top management²⁹³. Selon Giddens, ces structures de domination sont aussi caractérisées par « la dialectique du contrôle » qui signifie la coexistence dans toute situation d'une relation de dépendance et d'autonomie. En effet, bien que les structures de domination contraignent les besoins et les désirs des agents, elles favorisent aussi la coopération et permettent d'accomplir le travail au sein des organisations. Elles ont par conséquent une fonction d'habilitation (*enabling*) et aussi une fonction de contrainte.

– La *légitimation* est la troisième dimension qui porte sur les normes, les codes, les valeurs qui entourent et justifient l'action. La notion de légitimation repose sur un certain nombre de règles morales avec lesquelles les individus vont juger et sanctionner leurs actions comme celles des autres à travers des normes sociales (règles gouvernant la conduite légitime à avoir). Elle représente « la conscience collective » des institutions ou le « consensus moral », rendant possible l'unité de tout l'ordre social²⁹⁴. Quand les individus agissent ou évaluent les actions des autres, ils peuvent soit maintenir les différentes normes ou bien les modifier.

La conduite sociale est guidée par la moralité des agents (au niveau interne du système social) et la sanction sociale (au niveau externe qui peut correspondre à la Société en général). Le respect des règles et des normes sociales et culturelles, y compris dans l'utilisation du pouvoir, actualise les propriétés structurelles de légitimation, constituées d'un ensemble de règles morales. Le respect de ces règles, tout en guidant l'action, permet, là encore, la reproduction de ces mêmes règles. Par exemple, dans l'organisation hospitalière, le fait d'utiliser une procédure ou un protocole, dans des circonstances particulières, facilite et guide l'action, mais renforce aussi les règles de gestion appliquées.

Finalement, ce cadre théorique, rattaché à l'école de Francfort sur la philosophie sociale (Adorno, Marcuse & Habermas) permet de montrer le rôle crucial que jouent les outils d'aide à la décision dans la production et la reproduction de la moralité du comportement managérial.

Ainsi pour conclure, la théorie de la structuration permet de concevoir de façon récursive l'action et son cadre d'intervention : l'action se fonde sur un système de règles et de ressources, la « structure » au sens de Giddens, qu'elle justifie et actualise en retour. Cette « structure » s'articule autour d'un système de règles sémantiques, producteur de sens, d'un système de règles d'allocation de ressources, permettant la domination, et d'un système de règles morales assurant la légitimité des actions.

²⁹³ GIGNON-MACONNET I. (2003), "Les rôles actuels de la gestion budgétaire en France : une confrontation des perceptions de professionnels avec la littérature", *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 9, Vol. 1, mai 2003, pp. 53-78.

²⁹⁴ MACINTOSH N.B., SCAPENS R. W. (1991), "Management Accounting and Control Systems: A Structuration Theory Analysis", *Journal of Management Accounting Research*, Fall, pp. 131-158.

• La transposition pour l'étude des technologies

Barley²⁹⁵ est le premier chercheur à s'être lancé dans une transcription de la théorie de la structuration pour comprendre les relations entre organisation et technologie. Selon lui, c'est le contexte dans lequel la technologie est utilisée qui lui donne son sens. Les technologies sont, avant tout, des objets sociaux qu'il qualifie d'« *occasions qui déclenchent une dynamique sociale, qui à son tour modifie et maintient les contours d'une organisation* »²⁹⁶.

Il considère en revanche que la technologie est un élément figé, dont les modifications physiques ne sont pas envisageables au cours du temps et de son usage. Il refuse de considérer la technologie comme un artefact pouvant influencer l'individu par son usage récurrent. Ce parti pris à propos de la technologie, est loin de faire l'unanimité. Au sein du courant structurationniste, Orlikowski²⁹⁷ explique par exemple que le caractère fixe et standardisé du scanner ne doit pas servir de base à la généralisation de toutes les technologies, comme le fait Barley. Les tenants de la cognition distribuée critiquent également cette approche car selon eux la façon dont les usagers vont se servir de cette technologie, et ce dans des contextes d'usages différents, va contribuer à sa modification.

En somme, Barley gomme la réciprocité de cette influence et ne prend pas du tout en compte l'action que les usagers peuvent avoir sur la technologie. Il considère la technologie comme un objet social, non modifiable à travers la récursivité des usages, ceci conférant à son modèle, un certain déterminisme technologique.

Orlikowski propose une schématisation des interactions possibles entre individu, technologie et organisation à travers son modèle structurationnel. Elle définit la technologie à travers les principes de dualité et de flexibilité interprétative :

- *Le principe de la dualité* de la technologie consiste à penser la technologie comme étant à la fois le résultat et le moyen de l'action humaine.
- *Le terme de flexibilité interprétative*, emprunté à Pinch, Hughes et Bijker²⁹⁸ par Orlikowski, fait référence « au degré auquel les utilisateurs d'une technologie sont engagés physiquement et/ou socialement dans la constitution de celle-ci sur la phase de développement ou d'usage ». C'est « un attribut de la relation entre les individus et la technologie et cette relation est influencée par les caractéristiques de l'artefact [...], les caractéristiques des agents humains (à travers leur expérience, motivation etc.) et les caractéristiques du contexte (relations sociales, attribution des tâches, allocations des ressources) »²⁹⁹.

Orlikowski schématise à travers son modèle structurationnel ces deux notions. Il comprend trois composantes :

- les agents humains : ils peuvent être les concepteurs de la technologie, les utilisateurs et les preneurs de décisions ;
- la technologie : les outils matériels permettent l'exécution de la tâche sur le lieu de travail ;
- les propriétés institutionnelles : Orlikowski y inclue les dimensions organisationnelles telles que les arrangements structurels, les stratégies de business, les mécanismes de contrôle, les standards de procédure etc.

²⁹⁵ BARLEY SR., (1986), "Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments", *Administrative science quarterly*, 31(1) pp.78-108.

²⁹⁶ Ibid. p81.

²⁹⁷ Op. Cit. (1992).

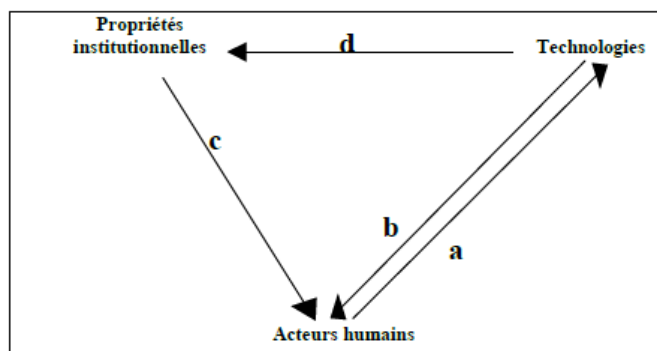
²⁹⁸ BIJKER W. E., HUGHES T. P., PINCH T. J. (1987), *The social construction of technological systems: new directions in the sociology and history of technology*, Cambridge, MA: MIT Press.

²⁹⁹ Op. Cit. (1992), p 409.

Dans la figure suivante, chacune des quatre interactions entre ces trois composantes, est symbolisée par des flèches :

- a – la technologie de l'information est le fruit de l'action humaine, c'est un construit social ;
- b – la technologie est également le médium de l'action humaine ;
- c – les propriétés institutionnelles conditionnent l'action humaine au travers de la technologie ;
- d – les interactions médiatisées par la technologie influencent à leur tour les propriétés institutionnelles déjà évoquées.

Figure 36 : Le modèle structurationnel de la technologie selon Orlikowski



Le point de vue novateur qu'apporte Orlikowski consiste donc à penser qu'une technologie n'est technologie que dans l'action. Sa construction et son usage sont conditionnés par les dimensions de signification, domination et légitimation d'une organisation. Son appropriation induit le changement ou le renforcement de chacune de ces propriétés institutionnelles. C'est lorsque les individus se l'approprient, que la technologie joue un rôle significatif dans l'organisation.

1.2. La Théorie de la Structuration Adaptative

La théorie élaborée par DeSanctis et Poole permet de s'interroger sur le processus de changement organisationnel occasionné par l'utilisation d'une technologie. Certaines personnes adaptent en effet les systèmes en fonction de leurs besoins professionnels, d'autres y résistent ou négligent de les utiliser.

Les auteurs constatent que les effets des technologies sont moins dus à la technologie elle-même qu'à la façon dont celle-ci est utilisée par les individus :

« Les développeurs et les utilisateurs de technologies avancées de l'information ont grand espoir dans le potentiel [de ces systèmes] à changer les organisations pour le mieux, mais souvent les changements concrets ne se produisent pas ou se produisent de façon contradictoire »³⁰⁰.

Pour comprendre cette hétérogénéité des modes d'usage, DeSanctis et Poole proposent la théorie de la structuration adaptative (TSA) comme cadre conceptuel d'étude des changements organisationnels liés à l'utilisation des technologies de l'information.

La TSA procure une vision dynamique du processus par lequel les individus incorporent les technologies avancées de l'information dans la pratique de leur travail. Elle propose d'interpréter à la fois la nature des structures sociales contenues dans les technologies

³⁰⁰ Op. Cit. p121.

avancées de l'information et les interactions entre les individus et les technologies qui conduisent à l'usage de ces technologies.

DeSanctis et Poole affirment qu'en « capturant ces processus et traçant leurs impacts, [ils] peuvent révéler la complexité des relations entre technologie et organisation »³⁰¹. Ils ajoutent que mieux comprendre l'application d'une technologie peut permettre in fine l'amélioration de la phase de conception ou encore la mise en place de plans de formation adaptés aux différents contextes d'utilisation.

Parmi les deux concepts majeurs de la TSA, on retrouve d'abord **le concept de la structuration** proposée par Giddens³⁰². Puis **le concept de l'appropriation**, que DeSanctis et Poole repèrent dans les philosophies de Karl Marx (et finalement Hegel) à travers notamment l'interprétation qui en est donnée par Ollman³⁰³.

Pour mieux comprendre comment une technologie avancée de l'information peut provoquer un changement organisationnel, DeSanctis et Poole suggèrent de distinguer les structures sociales inhérentes à la technologie (à l'intérieur de la technologie) et les structures sociales inhérentes à l'action, puis d'étudier les interactions entre ces deux types de structures. Pour arriver à cela, ils vont étudier un petit groupe d'individus utilisant une technologie particulière : un outil d'aide à la décision appelé GDSS (Group Decision Support System). C'est justement ce type de technologies qui nous intéresse dans le cas de notre recherche ; les GDSS sont en effet considérés aujourd'hui comme les ancêtres des systèmes d'information décisionnels devenus plus largement intégrés.

• Le potentiel structurel de la technologie étudiée

DeSanctis et Poole appellent « potentiel structurel », l'esprit et l'ensemble des caractéristiques structurelles d'une technologie.

DeSanctis et Poole définissent les caractéristiques structurelles comme « *les types spécifiques de règles et de ressources ou de capacités offertes par un système* »³⁰⁴. Ils précisent que les caractéristiques de la technologie comme les GDSS peuvent inclure l'assemblage, la manipulation et la gestion de l'information par les utilisateurs. On peut dire en suivant cette pensée, que les caractéristiques structurelles apportent « du sens et du contrôle » sur les interactions au sein du groupe. Les caractéristiques structurelles sont donc porteuses des dimensions « signification » et « domination » développées par Giddens.

Les revues faites par les développeurs des systèmes ou par les sponsors du projet, les manuels d'utilisation fournis, les commentaires directs des utilisateurs, sont autant d'éléments à prendre en compte pour établir les caractéristiques structurelles de la technologie considérée. Pour les auteurs, ces éléments permettent d'identifier les niveaux de restriction, de sophistication et de clarté inhérents à une technologie.

En parallèle, DeSanctis et Poole définissent la notion d'esprit de la technologie, comme « la ligne officielle que la technologie offre aux individus concernant la façon d'utiliser le système, la façon d'en interpréter les caractéristiques et la façon de combler les écarts non

³⁰¹ Op. Cit. p143.

³⁰² GIDDENS A. (1979), *Central Problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*, London: Macmillan.

³⁰³ OLLMAN B. (1971), *Alienation: Marx's Conception of Man in Capitalist Society*, Cambridge, USA: Cambridge University Press.

³⁰⁴ Op. Cit. p126.

explicitement spécifiés dans les procédures »³⁰⁵. Les auteurs font un parallèle entre l'esprit de la technologie et celui de la loi. Ils décrivent l'esprit comme une intention générale incluant des valeurs et des buts supportant l'ensemble des caractéristiques structurelles d'une technologie. C'est une propriété qui implique de s'interroger sur les valeurs inscrites dans la technologie, les objectifs affichés et le contenu des différents modules proposés.

Si par triangulation des interprétations des différents utilisateurs, l'application de cette grille d'analyse révèle un certain niveau de contradiction, cela est attribué à l'incohérence de l'esprit. En effet, les auteurs expliquent qu'un esprit cohérent va canaliser « les usages de la technologie dans des directions définies ». À l'inverse, un esprit incohérent aura une « influence faible sur le comportement des utilisateurs et peut envoyer des signaux contradictoires, rendant l'usage du système plus difficile »³⁰⁶.

À cela s'ajoutent les problèmes liés à des éventuelles transformations au cours du temps. Quand une technologie est nouvelle, elle est considérée comme « non stable », son esprit est très marqué par les objectifs et les valeurs attribués par les concepteurs, qu'on retrouve aisément dans les arguments de vente. Avant son arrivée et son développement, les structures sont établies dans les institutions telles que les rapports hiérarchiques, le savoir organisationnel, les processus standards d'opération. Bien que les concepteurs incorporent certaines de ces structures lors de la phase de création de la technologie, l'esprit n'est pas figé pour autant. La rencontre entre l'organisation et la technologie contribue à l'évolution de sa définition : les spécifications répondront à l'expression des besoins. Selon les auteurs, l'esprit de la technologie devient stable quand la technologie a atteint une stabilité dans son développement et qu'elle est utilisée de façon routinière.

Toute la richesse de la TSA est de montrer que l'usage d'une technologie n'est pas seulement déterminé par les propres caractéristiques techniques, mais bien par cette rencontre complexe entre technologie, environnement organisationnel et travail. Toute la question posée en filigrane est de comprendre les dynamiques en jeu qui *in fine* expliquent le changement de structures sociales à travers l'usage d'une technologie.

Ce dernier point introduit la question des structures sociales dans l'action et conduit au second concept clés de la TSA : l'appropriation.

- **Les facteurs influençant l'appropriation**

Ollman³⁰⁷ explique que c'est Marx qui donne à l'appropriation son statut de concept en l'incluant dans un cadre conceptuel plus large. Il explique que dans l'approche développée par Marx, l'individu s'approprie la nature qu'il perçoit et la transforme en l'incorporant indépendamment des effets que cela peut avoir. Or si on remplace la nature par la technologie, vouloir expliquer le processus d'appropriation revient à comprendre comment la technologie devient, en quelque sorte, une partie de nous-même.

En référence à Ollman, DeSanctis et Poole définissent le concept d'appropriation comme « *les actions immédiates, visibles, qui mettent en évidence des processus de structuration plus profonds* »³⁰⁸. Ces actions se manifestent par l'utilisation directe de la technologie ou le

³⁰⁵ Op. Cit.

³⁰⁶ Op. Cit. p127.

³⁰⁷ Op. Cit.

³⁰⁸ Op. Cit. p128.

rapport que l'utilisateur entretient avec l'outil. L'exemple du GDSS leur donne une illustration claire du processus de structuration :

« Supposons qu'un outil d'aide à la décision (GDSS) donne des techniques de prise de notes et de brainstorming qui s'appliquent avec une grande flexibilité et que ces caractéristiques soient présentées comme moyens de promouvoir un esprit d'efficacité et de participation démocratique. La structuration a lieu quand un groupe applique les techniques de brainstorming et de prises de notes dans leur propre réunion »³⁰⁸.

L'appropriation est donc l'acte d'amener les règles et les ressources d'une technologie dans l'action. DeSanctis et Poole proposent pour comprendre les mécanismes d'appropriation d'utiliser plusieurs marqueurs.

– *Le niveau de fidélité à l'esprit de la technologie* : C'est le degré de conformité de l'appropriation à l'esprit de la technologie promu par les concepteurs, les promoteurs et/ou par l'organisation. Les appropriations considérées comme « non fidèles » ne signifient pas forcément que ce sont de mauvaises appropriations, mais seulement qu'elles dépassent les limites induites par l'esprit de la technologie.

– *Les usages instrumentaux de la technologie* : Ils se définissent comme l'utilité et la signification que l'utilisateur assigne à la technologie lors de son utilisation. En identifiant ces usages, on peut déceler les raisons et les leviers qui poussent tel groupe à utiliser la technologie dans son activité.

– *Les attitudes face à la technologie* : On envisage ici la confiance de l'utilisateur par rapport à l'usage de l'outil ; le degré d'utilité perçue de la technologie dans son travail ; la propension à travailler dur et à exceller grâce à l'usage de la technologie.

DeSanctis et Poole identifient un certain nombre de facteurs propre au « système interne du groupe » influençant le processus d'appropriation.

– *Le style d'interactions entre les membres du groupe* : Un leader au style de management démocratique introduira par exemple la technologie de façon différente qu'un responsable plus autoritaire.

– *Le degré de connaissance et d'expérience des membres* : la connaissance préalable d'éventuels pièges concernant certaines fonctionnalités de la technologie contribue, dans certains cas, à une utilisation plus habile de l'outil.

– *Le degré de croyance ou d'acceptation de l'usage d'une technologie par les autres membres du groupe* : DeSanctis et Poole constatent qu'il y a moins de formes déviantes d'usage parmi les membres du groupe lorsque la technologie est mieux connue. Les auteurs avancent la notion de « masse critique » pour laquelle la valeur perçue d'une technologie change quand elle s'étend rapidement à travers toute une communauté.

– *Le degré de consentement des membres à devoir s'approprier les structures* : DeSanctis et Poole font l'hypothèse qu'un plus grand consentement à s'approprier les structures d'une technologie doit conduire à une meilleure cohérence dans les styles d'usage du groupe.

En somme, l'analyse de l'appropriation selon DeSanctis et Poole s'opère à travers trois niveaux³⁰⁹ : le **niveau micro** qui renvoie aux discours et aux actes constatés au stade

³⁰⁹ Op. Cit. p134.

individuel ; le **niveau global** qui permet d'identifier les modes d'appropriation et les interactions à l'intérieur d'un groupe sur une période donnée ; et enfin le **niveau institutionnel**, permettant d'identifier « des changements persistants dans les comportements après l'introduction d'une technologie, comme des réorientations dans la description de problèmes, dans les prises de décision ou encore dans les légitimations des choix ». Ce dernier niveau d'analyse renvoie aux interactions entre différents groupes, voire entre différentes organisations.

• Les principales critiques

Pourtant, le modèle de la TSA connaît deux critiques essentielles.

– La première porte sur le choix de la méthodologie mise en œuvre : les conditions expérimentales employées par les auteurs, limitent la possibilité de structuration interne, en raison de l'utilisation de la technologie (GDSS) seulement par un petit groupe d'individus. Selon Taylor *et al.*³¹⁰, l'institutionnalisation de la structure, qui transcende les limites de temps et d'espace, ne peut être capturée par de brèves séquences d'interaction de groupe. De Vaujany dénonce lui aussi le caractère artificiel de l'expérimentation en ces termes : « une approche structurationniste s'accommode mal d'une stratégie de recherche en milieu éthéré du type groupe expérimental. La raison en est assez évidente : il n'y a pas véritablement de structures sociales à l'œuvre dans ce type d'environnement artificiel »³¹¹.

– La seconde critique réside davantage dans le décalage de certaines propositions théoriques avec les travaux de Giddens. Plusieurs chercheurs notent en effet l'existence de liens de causalité entre les structures de la technologie et les effets de l'interaction sociale, exprimant une incohérence avec le principe d'« instanciation » proposé par Giddens^{312,313,314,315}. De Vaujany montre également que le principe global de l'appropriation présenté par DeSanctis et Poole renvoie à une « représentation causale classique, avec des variables dépendantes et des variables indépendantes ». Il précise que « distinguer une variable intrinsèque décrivant des résultats liés à des processus sociaux en leur donnant une telle indépendance est en effet difficile ». En se référant aux travaux sur la firme de Pettigrew³¹⁶, il précise que processus et résultats sont considérés comme indissociables, de même qu'appropriation et processus de décision, ou appropriations et résultats. Enfin, Orlikowski³¹⁷ remarquera que définir la technologie à travers des indicateurs comme les caractéristiques structurelles et l'esprit apparaît contraire au principe initial de Giddens définissant la structure comme une règle et/ou une ressource avant tout non palpable, qui est seulement perceptible à travers l'action humaine.

³¹⁰ TAYLOR J. R., GROLEAU C., HEATON L., VAN EVERY E. (2001), *The Computerization of Work: A Communication Perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.

³¹¹ DE VAUJANY F. X. (2001), *Gérer l'Innovation Sociale à l'Usage des Technologies de l'Information : Une Contribution Structurationniste*, Thèse de doctorat de sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, 438 p., p95.

³¹² Op. Cit. p128.

³¹³ JONES M. (1999), "Structuration and IS" in *Re-thinking Management Information Systems*, Currie W.L., Galliers R.D., Oxford University Press, 509 p.

³¹⁴ VIRGILI S. (2005), La construction mutuelle de la technologie et de l'organisation en phase de développement : une perspective communicationnelle appliquée à l'étude d'un ERP. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Nice-Sophia Antipolis.

³¹⁵ PASCAL A., THOMAS C. (2006), "Appropriation des TIC : vers une méthodologie de coconception orientée usage : le cas KMP", Ouvrage collectif post-journée, Journée de Recherche : *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives*, Presses de l'Université de Saint Etienne.

³¹⁶ PETTIGREW A. (1987), "Context and action in the transformation of the firm", *Journal of Management Studies*, vol. 24, n° 6, p.649-670.

³¹⁷ Op. Cit. (1992).

Pour notre part, en se focalisant ainsi sur l'appropriation de la technologie, nous pensons que DeSanctis et Poole occultent trop la phase de conception qui ne laisserait finalement l'empreinte des concepteurs qu'à travers la notion d'esprit. La (re)-prise en compte par les concepteurs de l'appropriation pour ajuster la technologie aux usages et aux contextes productifs n'est absolument pas envisagée dans la TSA. Orlikowski reproche aux auteurs d'ailleurs dans le même esprit, d'affirmer qu'une fois la technologie développée, celle-ci devient stable, et en même temps difficilement modifiable et adaptable aux nouveaux usages. Si la TSA semble s'appliquer aux technologies conçues d'un côté, puis diffusées de l'autre (cas des technologies packagées ou vendues « sur étagère »), il nous paraît évident que dans le cas des systèmes d'information décisionnels, il s'agira aussi de considérer l'expression des besoins des utilisateurs et de les associer pleinement dans les phases de conception des tableaux de bord. Des maquettes et des prototypes pourront même être envisagés en début de projet pour faciliter la prise de conscience des utilisateurs participants, envers les différentes utilisations possibles de la technologie proposée. Au fond, envisager véritablement la participation de l'organisation dans la mise en place de la technologie et dans son évolution, apportant ainsi une vision plus globale et stratégique sur le potentiel des outils proposés dans la quête à la performance recherchée par l'organisation en général, et sur le partage de « sens » qui dépasserait le cadre interne du groupe de travail engagé dans la conception, et qui en même temps prendrait en compte les besoins de tous.

Pour conclure cette section et indépendamment des critiques formulées, la théorie de la structuration (TSA) permet quand même d'ouvrir la boîte noire de la technologie à travers les notions de « caractéristiques structurelles » et « d'esprit », contribuant ainsi à dévoiler son caractère équivoque. Elle montre également que le contenu de la technologie combiné à la tâche exercée par l'utilisateur, son environnement organisationnel et le fonctionnement interne du groupe auquel il appartient ont un effet sur les modes d'appropriation de la technologie. Même si la technologie n'est initialement pas « vide de sens », il faudra considérer une dynamique de conception pour l'adapter aux contextes d'usages dont l'organisation peut se saisir pour justifier ou asseoir une vision stratégique globale. Orlikowski juge la TSA éloignée des principes de bases développés par Giddens et se démarque du courant dominant en proposant un cadre d'analyse différent basé sur la « technologie en pratique » et le concept d'« enactment ».

1.3. La perspective structurationniste portée par Orlikowski

Il nous paraît indispensable d'aborder les travaux d'Orlikowski dès qu'il s'agit de s'interroger sur les interactions entre individu et technologie et sur la compréhension des usages contextualisés des technologies de l'information. La perspective structurationniste développée par Orlikowski se démarque en effet du courant très largement dominant, le *constructivisme social*^{318, 319, 320} qui prône que les technologies sont inventées et développées par leurs concepteurs, ce qui ne laisserait aux utilisateurs que deux types d'usages : l'adoption ou le rejet. Au contraire, nous allons voir dans un premier temps comment Orlikowski critique cette approche et propose l'emploi du concept d'« enactment » emprunté à Weick³²¹. Nous développerons précisément dans un second temps, l'approche

³¹⁸ MACKENZIE D., WAJCMAN J. (1985), *The Social Shaping of Technology: How the Refrigerator Got Its Hum*, Milton Keynes, Open University Press.

³¹⁹ BIJCKER W.E. (1987), "The social construction of Bakelite: Toward a Theory of Invention" in BIJCKER W.E., HUGHES T., PINCH T. (1987), *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*, Cambridge MA/London: MIT Press.

³²⁰ BIJCKER W.B., LAW J. (1992), *Shaping Technology/Building Society: studies in sociotechnical change*, Cambridge/MA, London: MIT Press.

³²¹ WEICK K. E. (1969), *The social Psychology of Organizing*, Reading, MA: Addison Wesley.

pratique préconisée par l'auteur pour comprendre les interactions entre les individus et la technologie et les changements éventuels qui peuvent se produire. Puis une fois le modèle explicité, nous terminerons dans un troisième temps, par les points d'ombre laissés par l'auteur notamment autour de la répartition des rôles entre concepteurs et utilisateurs et de la question du statut donné à la technologie en tant qu'artefact.

- **Vers le concept d'*enactment*.**

Orlikowski dans son article fondateur³²² réagit clairement contre le *constructivisme social*, courant de recherche dont la majorité des auteurs considèrent que le contenu des technologies reflète finalement les intérêts des « dominants », ceux qui sont en mesure de contrôler ces processus de développement, en les finançant au détriment des « dominés », c'est-à-dire des futurs utilisateurs. Orlikowski critique cette approche qui conduit à surestimer le rôle des concepteurs d'une technologie alors qu'une même technologie peut être utilisée de manière extrêmement différente par divers utilisateurs. Ce fait constituerait la preuve, selon l'auteur, qu'il n'y a pas de *structure inscrite*³²³ dans la technologie par les concepteurs. En remplacement, elle propose l'emploi du terme d'« enactment » qui signifie littéralement « la mise en action », pour désigner l'usage réel que les utilisateurs font d'une technologie donnée. Ce qui revient à placer l'utilisateur et son action au centre de l'analyse.

Ainsi, au lieu d'analyser comment la structure initialement inscrite dans la technologie peut être détournée ou transgressée par les utilisateurs – car ils font très souvent preuve d'une grande inventivité – Orlikowski propose de s'interroger sur l'émergence de structures nouvelles émanant de la rencontre entre les structures de la technologie et l'action humaine : « Si nous nous focalisons sur les structures émergentes, plutôt que sur les structures incarnées, alors une approche alternative de l'usage de la technologie devient possible, une approche qui nous permettrait de concevoir ce que les utilisateurs font avec la technologie, non en termes d'appropriation, mais plutôt en termes de mise en pratique... »³²⁴.

Ce point de vue renvoie au concept de dualisme technologique²⁸⁵, présenté précédemment, qui reconnaît deux aspects à la technologie : la technologie comme artefact (software, hardware, technique) et l'usage de cette technologie. Cette perspective structurationniste renvoie donc à ce que les individus font de cet artefact – du fait de leur inventivité – dans leurs pratiques ciblées et répétitives, ce qu'elle appelle « la technologie en pratique ».

- **Usage de la technologie en pratique**

Orlikowski développe l'idée qu'à travers l'utilisation régulière d'une technologie particulière dans des conditions et des formes particulières, les utilisateurs façonnent la structure de la technologie et celle-ci façonne leur usage. En d'autres termes, ces structures promulguées par l'usage de la technologie, qu'Orlikowski appelle « technologies en pratique », sont des jeux de règles et de ressources qui structurent les interactions répétées que les utilisateurs entretiennent avec cette technologie.

Chaque type de « technologie en pratique » est concrètement analysé par l'intermédiaire des moyens matériels, des normes et des schèmes interprétatifs spécifiques qui transforment la nature et le contenu des relations sociales répétées que les individus développent dans leur travail, leur équipe ou leur entreprise. La structure « technologie en pratique » est elle-même influencée par les autres structures existant dans l'organisation (mode de relations

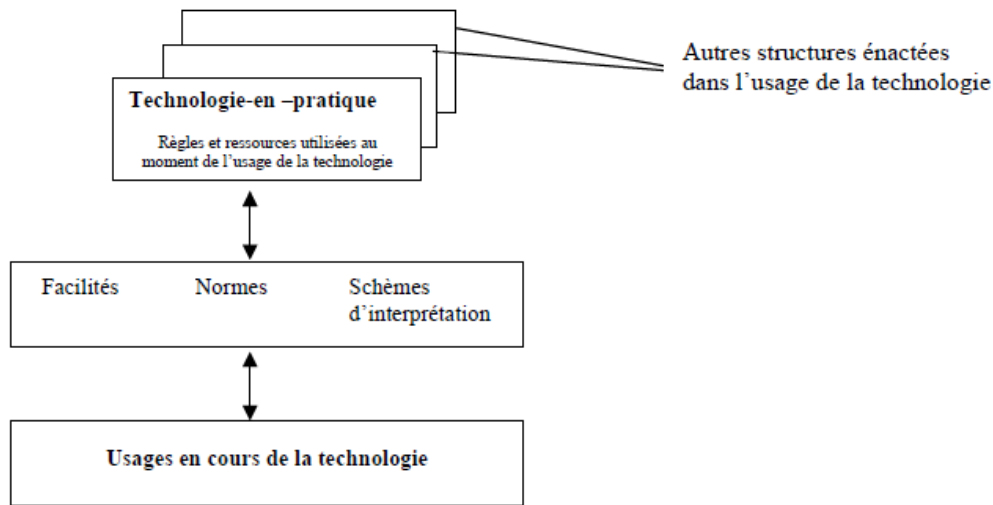
³²² Op. Cit (2000)

³²³ Le terme d'origine employé est « *embodied structures* ».

³²⁴ Op. Cit. (2000), p407.

hiérarchiques, système de rémunération/incitations, etc.). Elles sont représentées dans la figure suivante par les rectangles en parallèle de celui de la technologie en pratique.

Figure 37 : L'enactment de la Technologie-en-Pratique selon Orlikowski



Reste à comprendre comment l'enactment d'une technologie évolue dans le temps. Orlikowski aborde ce point par la question du changement, en remettant en cause le caractère stable que DeSanctis et Poole attribuent à la technologie après son implantation. Pour elle, soutenir que la technologie reste stable, néglige le fait que les individus peuvent redéfinir et modifier le sens, les propriétés et les applications d'une technologie après son développement. Elle préfère considérer qu'une technologie est « stabilisée pour l'instant », expression empruntée à Schryer³²⁵. Elle montre également l'influence des discours sur les usages, qu'elle croise avec le « pouvoir des utilisateurs ». Elle écrit précisément que « l'usage d'une technologie est fortement influencé par la façon dont les utilisateurs comprennent les propriétés et les fonctionnalités d'une technologie. Celles-ci sont fortement influencées par les images, les descriptions, la rhétorique, l'idéologie présentée par les intermédiaires tels que les vendeurs, les journalistes, les consultants, les champions, les formateurs... et par le pouvoir des utilisateurs »³²⁶.

La mise en pratique de la technologie peut alors prendre différentes formes, ce qui pousse Orlikowski à proposer trois types possibles d'enactment.

- Le premier type est *l'Inertie*. L'utilisateur choisit d'utiliser la technologie pour conserver sa façon actuelle de faire les choses. Aucun changement dans les pratiques de travail ou de transformation de l'artefact technologique, ne sont constatés.
- Le second type se nomme *l'Application*. L'utilisateur choisit ici d'utiliser la nouvelle technologie pour augmenter ou affiner sa façon de réaliser les choses.
- Le troisième type d'enactment est appelé *Changement*. Dans ce dernier cas, l'utilisateur choisit d'utiliser la nouvelle technologie pour changer substantiellement sa manière de faire. D'importantes modifications aussi bien dans les pratiques de travail de l'utilisateur que dans l'artefact technologique lui-même, sont alors observées.

• Limites de l'approche d'Orlikowski

La première limite que nous remarquons est que lorsque l'auteur présente les trois types de mise en pratique de la technologie, elle ne nous renseigne pas sur les mécanismes de passage

³²⁵ SCHRYER C.F. (1993), "Records as Genre", *Written Communication*, Vol. 10, April, 200-234.

³²⁶ Op. Cit. (2000), p409.

d'un état à l'autre. Il nous semblerait pourtant intéressant, dans le cas d'une étude longitudinale, de s'interroger non seulement sur la façon dont un usage émerge, mais également comment il se transforme.

La seconde limite porte selon nous, sur le rôle sous-estimé des concepteurs dans la structuration d'une technologie. En effet, en se focalisant sur l'utilisateur et sa technologie en pratique, Orlikowski fait le choix de laisser un peu de côté la question de la « technologie comme artefact » dans le développement des *enactments*. Bien qu'elle donne aux concepteurs une certaine place en rappelant que « *quand les individus utilisent une technologie, ils extraient les propriétés contenant l'artefact technologique - ceux fournis par sa composition, ceux inscrits par les concepteurs et ceux ajoutés par les utilisateurs à travers leurs interactions antérieures* »³²⁷, une question cruciale reste encore non résolue, à savoir si la technologie en tant qu'artefact joue un rôle dans les mises en pratique d'une technologie³²⁸. Il nous semble donc important de s'interroger sur le statut donné à la technologie comme artefact dans la transformation des usages et de re-légitimer le lien entre usage et conception, manquant dans la perspective proposée par Orlikowski. C'est ce que nous traiterons dans le chapitre 2 de cette partie.

Pour compléter notre analyse, nous allons montrer dans ce qui suit, qu'il est possible d'effectuer des typologies d'utilisateurs afin d'avoir une meilleure compréhension des usages avant tout contextualisés, comme le soulignent les structurationnistes à juste titre.

2. La catégorisation des utilisateurs et de leurs usages

Selon le degré de maturité qu'atteint l'organisation à propos de l'appui au pilotage qu'elle pourrait se doter, un SID offrira de multiples services aux utilisateurs : de la simple interrogation des données jusqu'aux tableaux de bord évolués. Mais peu de recherches jusque-là se sont employées à déterminer quelles étaient les variétés de comportements des utilisateurs et quels étaient leurs types d'usage. Sur le plan général des TIC en revanche, ces questions sont abordées depuis quelques années et donnent lieu à de nombreuses réflexions théoriques qui peuvent nous fournir dans le cas particulier du SID un éclairage intéressant pour catégoriser les utilisateurs et leurs usages.

2.1. Les travaux d'Alter

Travaillant sur les questions relatives à la gestion de l'innovation technologique, le sociologue Alter dans son article fondateur³²⁹ s'intéresse au développement de la micro-informatique dans les entreprises. Il souligne deux points qui retiennent particulièrement notre attention car valables pour l'analyse des usages d'un SID. Le premier porte sur la typologie d'acteurs qui met l'accent sur les différentes stratégies des utilisateurs face à un outil technologique et sur leur inventivité en termes d'usage. Le second point est la définition de l'appropriation, qu'Alter perçoit comme une phase particulière de la gestion de l'innovation technologique.

³²⁷ Op. Cit. (2000), p410.

³²⁸ Dans ses études de cas, Orlikowski ne fait effectivement jamais de lien direct entre les usages qui sont développés et la « technologie comme artefact ». Elle les relie en revanche systématiquement aux formes différentes de « technologie en pratique ».

³²⁹ ALTER N. (1995), "Peut-on programmer l'innovation?", *Revue française de Gestion*, mars – avril – mai.

• L'émergence d'une typologie d'acteurs-utilisateurs

Alter observe la façon dont le « corps social » d'un « milieu organisé » comme l'entreprise, réagit à l'introduction de l'innovation. Il constate que la constitution d'un consensus global entre les différents types d'acteurs ne s'opère pas en milieu organisé, car l'innovation va se confronter aux jeux de pouvoir. Il précise qu'en milieu professionnel « *l'innovation avance parce que certains acteurs trouvent avantage à sa diffusion, et qu'ils sont pour cela amenés à s'opposer à d'autres* »³³⁰. De nouvelles règles d'organisation se mettent alors en place une fois l'innovation réalisée parce « *qu'il existe bien des jeux de pouvoir à l'occasion d'une innovation ; il existe également des acteurs prêts à défendre le statut quo ; il existe souvent une volonté directoriale de gouverner par décret ; mais il existe des forces qui contrebalancent ces logiques et amènent l'organisation à se transformer* »³³⁰.

Alter développe un cadre d'analyse articulant clairement la sociologie de l'acteur de Crozier et Friedman³³¹ et la sociologie identitaire de Sainsaulieu³³².

Tout d'abord, trois types d'acteurs sont repérables selon lui dès qu'une innovation (technologique ou pas) est introduite dans l'entreprise : les *innovateurs*, les *légalistes*, et la *direction*.

– Les *innovateurs* sont les promoteurs de nouvelles formes d'utilisations en s'impliquant dans les changements organisationnels. Ils développent l'autonomie, la compétence et la créativité de manière à construire l'innovation selon leur conception de l'efficacité.

– Les *légalistes* sont plutôt réticents à l'innovation, défendent l'ordre en place et sont les garants de la permanence des structures de l'organisation.

– La *direction* occupe une position intermédiaire car favorise l'entrée de l'innovation, mais décide aussi de sa sortie, en réintégrant une fois jugées efficaces, les pratiques dans un cadre plus formalisé.

Alter précise en outre que « les acteurs, au cours de l'action, changent de représentation (de façon à organiser la perception du vécu selon des images cohérentes) et également de valeurs (de jugements plus ou moins positifs apportés à l'analyse de situations vécues) »³³⁰. Le jeu des acteurs s'explique donc à travers les transformations de représentations et des valeurs.

Puis se référant aux travaux de Sainsaulieu, il confirme que « l'univers du travail est une terre de changement sur laquelle se développent des groupes d'acteurs, porteurs de projets de transformation et d'adaptation de l'entreprise à son environnement technique, culturel, économique et porteurs de capacité intégrative »³³³.

Dans l'exemple du développement de la micro-informatique, l'auteur observe également l'apparition de rapports « ludiques » envers l'outil, conduisant à des apprentissages actifs et intenses de la bureautique et entraînant des utilisations innovantes de la technologie. L'auteur conclut que ce n'est pas l'outil qui a de la valeur, mais les capacités créatrices des utilisateurs et surtout leur inventivité.

Ce dernier point est particulièrement amplifié par la diffusion des technologies Web 2.0 qui inondent depuis quelques années le monde des entreprises. Conçues au départ pour

³³⁰ Op. Cit. (1995), p82.

³³¹ CROZIER M., FRIEDBERG E. (1992), *L'acteur et le système*, Le Seuil, (coll. Point Essais), Paris, réédition de 1977.

³³² SAINSAULIEU R. (1987), *Sociologie de l'entreprise et de l'organisation*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, Paris.

³³³ Op. Cit. (1995), p84.

améliorer l'usage domestique de l'Internet, ces technologies de seconde génération favorisent les interactions des utilisateurs, les rendant plus « acteurs » de leur outil et de ses usages. On les retrouve aujourd'hui dans beaucoup de systèmes d'information, dont les SID.

Encadré 9 : Le phénomène « Web 2.0 »

L'utilisation massive d'outils favorisant la coopération entre utilisateurs, amorcée avec le rapprochement des outils de communication interpersonnelle (messageries, etc.) et des médias de masse (réseaux sociaux, etc.) – et que l'on regroupe sous le terme de « Web 2.0 » – a connu une forte amplification depuis quelques années. Appréhendé comme un véritable « phénomène culturel », le Web 2.0 est considéré aujourd'hui comme un nouveau paradigme érigeant en principe la logique participative, la collaboration massive, le réseautage social et l'expérience utilisateur riche³³⁴. On observe de nouveaux modèles de sociabilité, en particulier une remise en questions des frontières entre sphère personnelle et sphère professionnelle, la création de communautés d'intérêt ou de pratique favorisant le partage d'expériences, et la participation à des débats où décider ensemble devient possible. On constate également une remise en question de la coupure traditionnelle entre concepteurs et utilisateurs, entre producteurs et consommateurs, et on voit apparaître des formes extrêmement variées de coproduction de contenus diffusés dans l'univers Internet, supportées par une panoplie d'outils. L'individu devient donc l'élément central de la réflexion, que ce soit en termes de génération de contenus ou de besoins informationnels et de coordination. Ces technologies impactent profondément les organisations et sont le support privilégié de nouvelles formes de collaborations.

Dans le cadre d'un programme de recherche baptisé ISD « Information Systems Dynamics »³³⁵, la Fondation CIGREF³³⁶ a lancé une étude pour explorer justement les relations entre l'organisation et les systèmes d'information basés sur ces nouvelles technologies ; autrement dit déterminer l'impact du Web 2.0 sur les organisations³³⁷.

Pour cela, à travers une analyse d'Internet et une revue de littérature, les auteurs ont étudié le Web 2.0 sous quatre grands aspects : en tant que plateforme, comme réseau de communication étendu, comme support communautaire et, enfin, comme un modèle favorisant l'émergence d'idées. Ils se sont ensuite penchés sur sept cas d'entreprises ayant mis en œuvre des projets 2.0, pour en analyser les implications sur l'organisation. La troisième partie de l'étude aborde les enjeux de la gouvernance dans la mise en œuvre du Web 2.0. Enfin, la dernière partie revisite les fausses évidences associées au Web 2.0, pour ensuite présenter les défis du management 2.0 et les enjeux en termes de pilotage.

Pour conclure, l'étude montre que l'introduction des pratiques 2.0 dans les entreprises repose pour l'essentiel sur des évolutions des SI, qui entraînent en même temps des évolutions importantes dans la représentation de l'organisation et la manière de la piloter.

- **L'appropriation comme étape dans la mise en place d'une innovation**

Alter perçoit l'appropriation comme une phase particulière de la gestion de l'innovation technologique. Il explique que l'introduction d'un nouvel artefact en milieu organisé repose sur une évolution des « positions de jeu » qui s'articule en trois temps : une phase *d'incitation à l'innovation*, une phase *d'appropriation*, et pour finir une phase *d'institutionnalisation*.

– La phase *d'incitation à l'innovation* est l'étape où les directions introduisent un élément nouveau. Les innovateurs n'ont alors pas encore pris conscience des avantages qu'ils pourraient en tirer ; tous les acteurs donc sont en position de résistance.

³³⁴ KIM DJ, YUE KB, HALL SP; GATES T. (2009), "Global Diffusion of the Internet XV: Web 2.0 Technologies, Principles, and Applications: A Conceptual Framework from Technology Push and Demand Pull Perspective" *Communications of the Association for Information Systems*, Vol. 24, Article 38.

³³⁵ Pour retrouver les travaux de recherche du Programme ISD sur le site de la Fondation CIGREF : <http://www.fondation-cigref.org/ebook-essentiels-fondation/les-essentiels.pdf>.

³³⁶ Club Informatique des Grandes Entreprises Françaises ([http : www.cigref.fr](http://www.cigref.fr)).

³³⁷ Étude *Défis et perspectives de l'organisation 2.0* réalisée par Sonia CHEFFI (École de Management de Normandie), Sébastien DAMART (Université de Rouen), Albert DAVID (Paris-Dauphine), Amir HASNAOUI (ESC de La Rochelle) et enfin Nicolas MONOMAKHOFF (MNM Consulting).

– La phase *d'appropriation* correspond à la phase d'apprentissage. Les directions laissent faire, les innovateurs deviennent en quelque sorte les pilotes de l'innovation, ils s'approprient l'élément. Quant aux légalistes, ils renforcent leur stratégie de résistance.

– La phase *d'institutionnalisation* est la phase qui légitime l'innovation : après avoir laissé les acteurs s'approprier le nouvel outil d'une façon très personnelle, la direction reprend en main l'innovation et choisit de légaliser une partie.

Dans ce scénario d'évolution, l'innovation ne se réalise pas à partir d'analyses préalables des besoins, mais à partir « des réactions du corps social », au cours de l'apprentissage à la fois collectif et individuel du nouvel outil. Comme si la technologie est livrée telle quelle, sans ajustement technique possible. Alter gomme totalement le monde de la conception et assimile l'appropriation à l'apprentissage. Bien qu'il conçoive la réintégration des pratiques innovantes par le biais de l'institutionnalisation qui suit l'utilisation, il ne suppose pas l'évolution technique de l'outil possible en retour. Cette séparation entre conception et organisation prend tout son sens dans l'opposition entre la logique d'innovation et la logique d'organisation. L'innovation première correspond à la pensée des innovateurs et d'une partie des managers ; elle repose sur l'idée de tirer partie des innovations. A contrario, la logique d'organisation, commune aux managers non impliqués dans l'innovation et aux usagers de celle-ci, repose sur « *un souci de standardisation et de coordination de l'ensemble du fonctionnement : elle veille à réduire les incertitudes* »³³⁸.

Pour conclure sur les travaux d'Alter, la typologie d'acteurs qu'il nous propose, reste intéressante car elle est l'une des premières à styliser les comportements des utilisateurs. Même si certains rôles demeurent restreints comme celui de l'acteur « direction » limité aux aspects de contrôle et de régulation, ou bien au contraire, le cas des utilisateurs faisant évoluer leur usage de l'outil, sans pour autant passer par une institutionnalisation formelle.

2.2. Les travaux d'Iribarne et Tchobanian

D'Iribarne et Tchobanian focalisent leur analyse sur la spécificité des usages des technologies du Web. Ils réalisent une étude entre 1999 et 2000 chez France Télécom sur « *les effets de la diffusion des outils multimédia en réseaux sur le contenu des activités professionnelles du personnel de France Télécom* »³³⁹. Leur ambition est de comprendre, à travers l'analyse des usages réels de ces outils, les opportunités mais aussi les difficultés que pouvaient rencontrer ces personnels pour s'approprier les divers outils correspondants.

Leurs travaux les conduisent à envisager quatre grandes figures d'utilisateurs :

– L'utilitariste ou l'instrumentaliste

L'utilitariste (ou l'instrumentaliste) attend de voir ce que l'usage de la TIC implique avant de prendre position. Il met les discours et les intentions à l'épreuve des faits. Les auteurs précisent que « *pour celui-ci, les TIC ne sont que de simples outils qui doivent être à son service pour lui simplifier la vie et le rendre plus performant par rapport aux contraintes qui lui sont imposées. Il correspond à une logique claire d'intérêt conjoint, trouvant normal que l'entreprise tire profit de ces nouveautés à la condition qu'il y trouve lui aussi son compte* ». Sa position « *est donc attentiste, mais pas passive. S'il n'y a pas de répondant, sa*

³³⁸ BENEDETTO M-O. (2002), Le vendeur d'assurances face aux outils de gestion de la relation client : évolution de l'autonomie et des formes de coordination de l'activité commerciale et salariée, thèse de doctorat de sociologie, Université Aix Marseille II, LEST.

³³⁹ IRIBARNE A. (d'), TCHOBANIAN R. (2001), Les processus de diffusion et d'appropriation des outils multimédias en réseaux et les transformations des activités professionnelles. Le cas de France Telecom, LEST-CNRS, Aix en Provence.

neutralité bienveillante risque de se dégrader en résistance. Cette figure correspond à la majorité des personnes rencontrées »³⁴⁰.

– Le réticent ou le résistant

La posture du réticent (ou résistant) face à l'arrivée d'une technologie est marquée par la réserve et la crainte : crainte de ne pas savoir faire ; crainte d'être dépossédé de son travail ; crainte d'une déshumanisation du travail ; crainte de perdre son emploi... La gestion de ce type d'utilisateurs demandera donc *« beaucoup d'attention et des systèmes techniques robustes, fiables, les plus simples possibles d'usage »* car tout dysfonctionnement technique et/ou organisationnel sera une occasion pour ces derniers, de manifester leur résistance.

– L'innovateur

L'innovateur est a priori favorable aux technologies et cherche à en explorer les zones de performances. Celui-ci n'est pas « rebuté par les imperfections et les dysfonctionnements, il cherche à les contourner et invente souvent des astuces qui leur permettent de les surmonter. C'est avant tout un innovateur d'usage ». D'Iribarne et Tchobanian nous alertent cependant sur la délicate question du contrôle de ce type de comportement qui passe volontiers « de l'autonomie à l'indépendance [qui] subvertit assez volontiers tous les systèmes de contrôle qui chercheraient à l'enfermer, risquant de constituer une source de bien mauvais exemple pour les individus qui viennent lui demander des conseils d'usage »³⁴¹. Ils précisent que ce type de profil demande une attention organisationnelle et managériale différente du cas du résistant.

– Le stratège ou l'opportuniste

Les comportements de ce dernier type d'utilisateur reposent ici sur la notion d'intérêt mutuel, plutôt que sur le partage d'un intérêt commun. *« Avec subtilité, le collaborateur de ce profil va montrer qu'il sait faire ce qu'il veut, mais il va en même temps envoyer des signaux à son manager pour qu'il lui dise ce qu'il propose en échange [de son engagement] ».*

D'Iribarne et Tchobanian affinent ensuite leur analyse en étudiant la diversité des usages selon le métier de l'utilisateur. Ils se focalisent sur quatre familles de métiers (secrétariats, commerciaux, techniciens, métiers de la formation) et observent *« une diversité des niveaux d'appropriation des NTIC par les personnels »*. Nous pourrions donc vérifier dans notre cas si les différents univers professionnels de l'hôpital concernés par l'arrivée des SID (directeurs fonctionnels, directeurs de pôles, personnels médico-gestionnaires), se saisissent efficacement de ces outils.

2.3. Les travaux des Structurationnistes

L'influence des structurationnistes peut se retrouver également dans des modèles particuliers d'appropriation et de catégorisation des acteurs. Examinons-les.

- **Formes idéales-typiques d'enactment**

Dans sa thèse, Hussenot³⁴² étudie les modes d'appropriation d'une solution TIC par les enseignants d'un collège. Il s'agit d'un logiciel – appelé NotePlus – permettant l'édition de

³⁴⁰ Op. Cit. p13.

³⁴¹ Op. Cit. p14.

³⁴² HUSSENOT A (2008), Appropriation des technologies de l'information et de la communication dans les organisations : le cas NotePlus, Thèse de doctorat en science de gestion, Nice-Sophia Antipolis, Juin, 428 p.

bulletins scolaires. Reprenant la démarche initiée par Orlikowski³⁴³, il réussit à capturer des formes idéales typiques d'*enactment* de la technologie correspondant à quatre catégories d'enseignants : les *essentiels*, les *cultivés*, les *acharnés* et les *indifférents*.

– Les *essentiels* forment la première catégorie d'utilisateurs. Elle se compose « des enseignants respectueux des règles et des procédures, mais pour lesquels NotePlus représente un risque de contrôle du travail par le personnel de direction de l'établissement »³⁴⁴. Même s'ils y consacrent peu de temps, les *essentiels* acceptent en général les directives d'utilisation du logiciel qu'ils considèrent comme un simple outil administratif. Ils ont un niveau de culture technique faible.

– Les *cultivés* respectent également les règles imposées mais de façon moins pesante. Ils expriment une indépendance face aux discours sur l'informatisation de l'institution et du personnel de direction. L'outil est considéré comme un outil administratif, mais également comme un instrument pédagogique pour le suivi des élèves ; il n'est donc pas perçu comme une menace pour le travail des enseignants.

– Les *acharnés* sont des acteurs « très procéduriers dans l'utilisation de NotePlus, ils ont à cœur de connaître toutes les possibilités offertes par le logiciel afin de ne pas se trouver dépourvus en cas de difficulté »³⁴⁵, remarque Hussenot. Ils sont proches des *essentiels* mais apparaissent davantage attachés à leur autonomie et « malgré une culture numérique modeste [...], ils sont très portés sur la dimension technique de l'outil ».

– Les *indifférents* enfin constituent la dernière catégorie d'utilisateurs. Ils restent à l'écart, ne demandent ni informations, ni conseils d'usage, et ne font aucuns efforts d'apprentissage pour bien utiliser l'outil dans les délais imposés.

• Modèles d'appropriation individuelle à partir de la TSA

Dans une étude de cas multi-sites³⁴⁶, De Vaujany caractérise l'appropriation des TIC à partir des dimensions utilisées par DeSanctis et Poole dans le cadre de la théorie structurationniste adaptative²⁸¹, à savoir le sens et les buts généraux associés à la TIC, les usages instrumentaux, le mode d'appropriation, l'attitude affichée envers l'outil technologique, le degré de fidélité à l'esprit de la technologie, et le type de technologie concerné. Il débouche sur la constitution de cinq modèles d'appropriation individuelle des technologies Internet : le modèle d'appropriation centré sur la tâche, sur l'outil symbolique, sur l'outil d'influence, l'outil de partage, l'outil ludique.

– Le modèle centré tâche

Dans ce modèle, le mode d'appropriation est direct car la technologie est considérée comme un outil de travail permettant un gain de temps et de résoudre des problèmes plus rapidement. L'usage de la technologie est plutôt fidèle à l'esprit défini par les concepteurs, tout en pouvant évoluer.

– Le modèle centré symbolique

Dans ce cas, De Vaujany observe que l'utilisateur considère la technologie comme un moyen de valorisation permettant de rester dans le coup. Là encore, le mode d'appropriation est plutôt direct bien que plutôt infidèle à l'esprit de la technologie.

³⁴³ Op. Cit. (2000).

³⁴⁴ Op. Cit. p247.

³⁴⁵ Op. Cit. p253.

³⁴⁶ DE VAUJANY F. X. (1999), "Stylisation de l'appropriation individuelle des technologies Internet à partir de la TSA", *Systèmes d'Information et Management*, vol. 4, n° 1, p. 57-74.

– Le modèle centré outil d'influence

Dans ce modèle, la technologie est avant tout considérée comme « un outil de négociation et d'influence au service d'une stratégie d'acteur ». Son usage permet de « manœuvrer des individus ou des services, d'influencer des négociateurs, ou d'obtenir une reconnaissance nouvelle »³⁴⁷. Le mode d'appropriation peut être ici direct ou indirect. L'utilisateur adopte une attitude plutôt positive envers l'outil, qui lui permet de renforcer sa position au sein de l'entreprise.

– Le modèle centré outil de partage

La technologie est ici pour l'utilisateur un moyen d'échanger et de partager avec l'autre. Le mode d'appropriation est plutôt indirect et l'attitude de l'individu envers l'outil est plutôt négative car il fixe à la technologie des objectifs difficilement réalisables. Elle est pourtant synonyme de gain de temps et permet « de résoudre des problèmes plus rapidement ».

– Le modèle centré outil ludique

La technologie est dans ce dernier cas un « outil de détente, un objet de curiosité qu'on explore plus qu'on utilise ». Associée plutôt à un moment de « détente », elle est utilisée plus comme un « gadget » que comme un outil de travail (on est dans le cas de l'usage de l'internet).

À noter que les individus peuvent se trouver dans des positions hybrides, à mi-chemin entre ces différents modèles, tout en ayant un modèle dominant. De Vaujany explique que chacune de ces appropriations contribue ponctuellement ou durablement à un apprentissage de la TIC, ce qui permet, par des voies détournées, d'être capable de se saisir de la technologie dans le cadre de son travail.

• **Modèle d'archétypes technologiques et trajectoires appropriatives**

Dans des recherches plus récentes³⁴⁸, De Vaujany s'interroge sur les « états structurationnels des configurations sociotechniques durables décrites au travers de dimensions structurantes »³⁴⁹. Il aboutit à l'énoncé d'un modèle d'archétypes technologiques, qu'il considère comme une synthèse des recherches structurationnistes³⁵⁰, et qui ramène « *les dynamiques sociales liées à l'usage des technologies* » à trois situations : neutre, régénérée et perturbée.

– La situation d'archétype neutre (N)

Elle correspond au cas où le système d'information n'est pas utilisé ou s'il l'est, il ne remet pas en cause les modes de fonctionnement de l'organisation. On peut dire que les routines demeurent, la technologie s'y insère sans vague, même si elle était porteuse de changement potentiel. De Vaujany précise que cette situation est assez dominante.

– La situation d'archétype régénéré (R)

³⁴⁷ Op. Cit. p71.

³⁴⁸ DE VAUJANY F.X. (2003), "Les figures de la gestion du changement sociotechnique", *Sociologie du travail*, (45) : 515 - 536.

³⁴⁹ Ibid. p518.

³⁵⁰ Sa synthèse réunit et accorde les deux sous-courants de l'approche structurationniste : celui qui reste fidèle à la théorie de la structuration de Giddens et qui approuve le « *principe de non extériorité des structures* », c'est-à-dire le fait de considérer les structures uniquement comme « des traces mnésiques dans la tête des acteurs »³⁴⁹ ; et celui qui adopte le point de vue du réalisme critique et accorde « *une certaine matérialité et une puissance de contrainte aux structures* ».

Celle-ci conduit, en quelque sorte, à une nouvelle génération de pratiques, de routines en lien direct avec les usages d'un nouvel outil technologique. Pour De Vaujany, cette situation donne lieu à de « *véritables innovations sociales à l'usage* », dans le sens où les usages conduisent à l'émergence de nouvelles structures sociales.

– La situation d'archétype perturbé (P)

Elle correspond à « *l'émergence des conflits de natures diverses au sein de l'organisation* ». Cet archétype peut se superposer aux deux autres et dans ce cas, certains des usages de la technologie peuvent déstructurer les routines organisationnelles.

Pour tenir compte de leurs transformations éventuelles au cours du temps, De Vaujany propose de mettre en mouvement ces archétypes et de considérer les dimensions dynamiques de l'appropriation. Il introduit dans son raisonnement la notion de trajectoire appropriative, qu'il définit comme « l'enchaînement régulier d'archétypes technologiques dans le temps »³⁵¹.

Trois trajectoires sont intégrées dans la version finale de son modèle archétypique :

– La *trajectoire équilibrée* qui traduit l'idée que « l'innovation technique finit souvent par se dissoudre dans le système traditionnel de rôles de l'organisation »³⁵¹. Deux sous trajectoires (ou séquences archétypiques) sont envisagées pour qualifier cette trajectoire (cf. tableau ci-dessous).

Encadré 10 : La trajectoire du point d'équilibre

L'enchaînement Neutre-Perturbé-Régénéré-Neutre (N-P-R-N)

La séquence commence par *l'archétype neutre*, c'est-à-dire un démarrage en douceur où « *les routines organisationnelles sont maintenues, voire renforcées* ». Puis l'action routinière s'interrompt du fait de la nouveauté du système (il peut y avoir aussi des arrêts de certains projets ou /et de processus), c'est le passage à *l'archétype perturbé*. Cette situation débouche alors sur une phase d'innovation sociale, où le système des rôles évolue progressivement (*archétype régénéré*). Puis, on revient à *l'archétype neutre*, signe du retour à des routines organisationnelles stables.

L'enchaînement Neutre-Régénéré-Neutre (N-R-N)

Cette séquence est proche de la précédente à une exception près : le processus d'innovation sociale à l'usage n'implique pas le passage par une phase intermédiaire de perturbation. L'émergence de nouvelles routines organisationnelles se fait de façon harmonieuse avant qu'un nouvel état neutre ne s'installe.

– La *trajectoire improvisationnelle* qui, à l'opposé de la trajectoire équilibrée, est une succession de situations régénérées (R1-R2-R3) où la technologie « est reconstruite socialement de façon récurrente. Les utilisateurs vont modifier les paramétrages, refinaliser l'outil et changer son insertion dans le système de rôle à intervalles réguliers »³⁵². Dans ce cas, l'innovation technique sert de support continu à des évolutions plus ou moins majeures du système.

– La *trajectoire catalytique* enfin, prône que « les usages jouent le rôle d'un catalyseur ou d'un inhibiteur par rapport à des processus qui se sont formés dans des champs extérieurs à la technologie. Le catalyseur est donc un élément (objet matériel ou immatériel) qui va contribuer à l'accélération de certains processus sociaux »³⁵². L'auteur précise que « la logique de production-reproduction des structures sociales via les usages qui était centrale dans les deux trajectoires précédentes perd donc de sa pertinence. L'usage de la technologie

³⁵¹ Ibid. p533.

³⁵² Ibid. p524.

ne correspond plus qu'à une catégorie d'actions parmi beaucoup d'autres » dans un cadre plus systémique. En d'autres termes, le changement ne vient pas directement de l'usage de la technologie, même si celui-ci s'avère être un élément déclencheur.

3. Les perspectives d'appropriation du SID par les acteurs

De Vaujany définit l'appropriation comme le « processus par lequel des individus vont rendre un objet au début forcément inconnu voire hostile, propre à un usage quotidien »³⁵³.

Selon lui, l'appropriation est un processus long qui débute bien avant la phase d'utilisation de l'objet et se poursuit bien après l'apparition des premières routines d'utilisation. L'appropriation commence avec une phase que l'on pourrait qualifier de "pré-appropriation". À l'occasion de premières discussions et de son évocation ou, pour quelques rares personnes, de la phase de co-conception, l'outil de gestion fait l'objet d'une première interprétation. Ainsi, dans la simple phase de projet ou bien dans des formations ou communications sur l'outil, des éléments de structuration de l'organisation peuvent être repérés. Dans les cas où l'outil fait l'objet d'une acceptation minimale, la seconde étape peut ensuite débiter. Il s'agit de la phase d'"appropriation originelle". De multiples processus socio-politiques ou psycho-cognitifs sont alors activés dans l'organisation. Cela peut d'ailleurs se traduire par des tensions. Cette troisième étape s'achèvera avec l'entrée dans certaines routines d'utilisation. Ensuite, l'outil de gestion pourra être l'objet de multiples "ré-appropriations". Comme le souligne Ciborra³⁵⁴, les "bricolages" et "improvisations" des acteurs amèneront l'instrument à évoluer de façon récurrente et imprévisible au fil de l'arrivée d'outils concurrents, de nouveaux acteurs, de changement dans l'environnement institutionnel ou concurrentiel... Le processus d'appropriation ne s'achève donc pas par la formation de routines "définitives"³⁵⁵.

On voit donc bien que l'étude de l'appropriation des outils de pilotage, comme dans le cas des outils de gestion, n'a de sens que si les processus d'appropriation sont intégrés à une démarche plus globale de conception de l'action collective. C'est en ce sens que De Vaujany propose trois regards sur la question de l'appropriation : une perspective rationnelle, une perspective socio-politique et une perspective psycho-cognitive.

Tableau 18 : Trois logiques d'appropriation (à partir de De Vaujany)

	Nature des objets et outils de pilotage	Nature du processus d'appropriation
Perspective rationnelle	Un vecteur de rationalisation, un outil de travail	Un processus normalisé, l'appropriation est "instantanée"
Perspective socio-politique	Un outil de valorisation (« une médaille ») de rhétorique (un « argument ») ou d'influence (un « atout »).	Un acte social, l'appropriation est un processus collectif qui s'inscrit dans la durée
Perspective psycho-cognitive	Un support d'apprentissage, un objet affectif ou un objet de traitement de l'information	Un processus psycho-cognitif, l'appropriation est un processus individuel ou collectif qui s'inscrit dans la durée

³⁵³ DE VAUJANY F. X. (2005), De la conception à l'usage. Vers un management de l'appropriation des outils de gestion, coordonné par DE VAUJANY, éditions EMS, Paris, p.83.

³⁵⁴ CIBORRA C. (2000), "A critical review of the litterature on the management of corporate information infrastructure", in CIBORRA C. (2000), *From control to drift*, Oxford university press.

³⁵⁵ DE VAUJANY F.X (2005), "De la pertinence d'une réflexion sur le management des objets et outils de gestion", dans DE VAUJANY F.X., *De la conception à l'usage: vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, Éditions EMS.

Ces trois perspectives peuvent être interprétées grâce à la notion de dualité du structurel abordée dans la théorie de la structuration de Giddens. Les schèmes représentatifs et les règles de gestion, implémentées dans les outils, sont à la fois les *conditions* et le *résultat* des activités accomplies par les agents. Indissociables en pratique, ces deux éléments sont à la fois *habilitant* et *contraignant* : d'une part, ils habilitent l'action et lui donnent des moyens voire une légitimité ; d'autre part, ils contraignent l'action, au sens où ils sont liés à un champ des possibles par rapport aux caractéristiques techniques de l'artefact et aux capacités cognitives de l'agent mais également au sens où ils font souvent système avec une vision du social.

Comme le souligne Lorino³⁵⁶, « entre deux fonctions habilitante (moyen d'exprimer le projet du sujet) et contraignante (moyen de canaliser voire de brider le projet du sujet), c'est la seconde qui est clairement privilégiée, comme moyen d'objectiver l'activité ». Moisdon³⁵⁷ ajoute que c'est particulièrement flagrant pour des outils liés au PMSI (ou encore les logiciels d'aide à la décision en système d'information).

Pour appréhender ces éléments d'habilitation et de contrainte, le chercheur et le praticien doivent mobiliser ces trois regards simultanément comme un moyen d'« *appréhender l'appropriation du point de vue des concepteurs-formateurs comme un processus à optimiser, à corriger [...] et de comprendre l'appropriation du point de vue des utilisateurs comme l'apprentissage parfois difficile par lequel l'individu va devoir passer afin de rendre l'objet de gestion propre à son usage [...] et de comprendre comment les objets peuvent gêner ou servir leurs intérêts en fonction de leurs mises en acte* »³⁵⁸.

Nous allons aborder successivement ces trois aspects dans les paragraphes suivants :

- Les approches normatives classiques qui préconisent largement l'emploi d'outils standardisés, reconnus et acceptés par tous les acteurs, et permettant d'apporter une solution rationnelle et objective à un problème de gestion et/ou de pilotage. Ces pratiques dans le monde des entreprises attestent l'utilité et la reconnaissance de ces différents outils.
- L'approche psycho-cognitive, qui tient compte de l'acteur lui-même et de ses propres caractéristiques.
- L'approche socio-politique où les différents acteurs intervenant dans l'organisation s'approprient les outils de façon à atteindre un certain nombre d'objectifs qui sont soit des objectifs stratégiques consistant à définir les grandes orientations de l'organisation, soit des objectifs de communication visant à faire adhérer les parties prenantes de l'organisation aux orientations prises. L'outil est alors au service de l'organisation et de sa stratégie notamment pour la défendre.

3.1. L'usage rationnel du système de pilotage

Selon la théorie positiviste, les instruments de gestion et plus spécifiquement les outils de pilotage, peuvent être caractérisés par leur aptitude à répliquer la réalité et à la simuler : ce sont des instruments « représentationnistes ». À l'hôpital par exemple, ils objectivent la nature médico-économique de l'activité en échappant à la subjectivité du jugement humain.

³⁵⁶ LORINO P. (2005), «Théories des organisations, sens et action : le cheminement historique, du rationalisme à la genèse instrumentale des organisations», pp. 54-72, dans LORINO P. et TEULIER R. (2005), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, La Découverte.

³⁵⁷ MOISDON JC. (2005), «Comment apprend-on par les outils de gestion ? retour sur une doctrine d'usage», dans LORINO P. et TEULIER R. (2005), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, La Découverte.

³⁵⁸ Ibid. p116.

L'objectif principal du système de pilotage est de produire des types d'actions ou des décisions de la part des acteurs, et ceci de façon relativement prédictible et déterministe. Il s'agit de la vision « computationnelle » de la théorie positiviste des outils. L'outil est construit et utilisé parce que c'est un modèle de rationalité et d'objectivité.

Dans l'approche rationnelle, l'appropriation s'inscrit davantage dans une vision mécaniste de l'organisation³⁵⁹, totalement centrée sur la régulation de contrôle. Les problèmes de légitimité, de biais cognitifs, d'affects... sont absents des processus d'appropriation des objets liés à la stratégie, soit parce que l'organisation se limite finalement à l'entrepreneur rationnel qui la porte, soit parce qu'elle est un "corps" qui suit de façon automatique les instructions de la "tête".

La perspective rationnelle analyse l'appropriation dans une vision normative de l'organisation. Le qualificatif rationnel vise un critère objectif d'optimisation des moyens à des fins d'efficacité et d'efficience. Dans cette perspective, l'instrument de gestion est conçu dans un objectif d'amélioration constante des activités et correspond à des théories et normes qui offrent à tous les acteurs un ensemble de références communes et une grille de lecture identique. Il sert à la résolution de problèmes et articule ainsi la prise de décision. Il est constitué de trois éléments³⁶⁰ :

- un substrat technique : l'abstraction sur laquelle est établi l'instrument et qui lui permet de fonctionner (une base de règles, une base de connaissance, un modèle de données),
- une philosophie gestionnaire : l'esprit dans lequel le maniement de l'instrument est envisagé (idée d'une automatisation possible des raisonnements),
- une vision simplifiée des relations organisationnelles, qui permet d'entrevoir les principaux acteurs et leurs rôles autour de l'instrument (les experts qui livrent leurs connaissances, les cognitiens qui extraient celles-ci et des décideurs qui l'utilisent).

L'usage rationnel des outils de pilotage au niveau du contrôle de gestion mais également au service des pôles d'activité médicale revient à s'assurer par l'intermédiaire de tableaux de bord que « *les ressources s'obtiennent et s'utilisent avec efficacité et efficience afin d'atteindre les objectifs de l'organisation* »³⁶¹ mais également à influencer les autres membres de l'organisation pour appliquer les stratégies³⁶². Meyssonier³⁶³ évoque également ce rôle de régulation comportemental du contrôle de gestion en le concevant comme « *le moyen d'assurer la convergence des comportements des acteurs afin d'atteindre certains buts fixés à l'organisation* ».

Dans ce mouvement de rapprochement de la stratégie et du pilotage opérationnel, les outils de pilotage et plus largement les systèmes d'information décisionnels jouent un rôle important car ils permettent d'exploiter l'ensemble des données issues des processus opérationnels de l'hôpital. Ils permettent par conséquent l'implantation d'un système de tableaux bord automatisé pour le pilotage de la performance globale de l'organisation. La qualité du pilotage se retrouve ainsi améliorée par le passage d'un travail sur les indicateurs financiers vers un travail sur les indicateurs médico-économiques. En même temps, ces

³⁵⁹ MORGAN G. (1997), *Images of Organization*, Sage, Thousand Oaks.

³⁶⁰ HATCHUEL A., WEIL B. (1992), *L'expert et le système*, Economica.

³⁶¹ ANTHONY R.N. (1965), *Planning and Control Systems: A framework for Analysis*, Harvard University Press, Boston.

³⁶² ANTHONY R.N. (1988), *The management control function*, Harvard Business School Press, Boston.

³⁶³ MEYSSONNIER F (1999), "Au cœur du contrôle de gestion : la mesure", dans *Faire de la recherche en contrôle de gestion ? De la compréhension des pratiques à un renouvellement théorique*, coordonné par Yves Dupuy, FNEGE, Vuibert, pp. 51-59.

systèmes contribuent à une meilleure standardisation des référentiels, la diffusion de l'information, la formalisation et la rationalisation des processus de gestion.

- **Les outils comme garantie à une prise de décision optimale**

Par son déploiement effectif, les outils de pilotage et ses règles de gestion associées deviennent plus largement utilisés par tous les dirigeants hospitaliers :

- Ils apportent tout d'abord la confiance, rassurent les dirigeants de l'hôpital : la simple transaction entre deux personnes exige déjà une confiance mutuelle, et a fortiori lorsque les échanges prennent des formes complexes. La direction générale de l'hôpital doit, par exemple, pouvoir présenter des documents qui rassurent les Agences Régionales de Santé sur sa santé financière, ainsi que sur ses performances d'exploitation ;
- Ils jouent également un rôle de médiation dans les rapports entre la direction générale et les pôles et favorisent les négociations dans le cadre de la contractualisation interne.

Instrument de référence pour la délégation de gestion, le système de pilotage muni de ses indicateurs de performance est, en fait, la source de toute négociation. Langage commun accepté par tous, moyen de communication, il peut servir, implicitement, dans l'arbitrage de l'allocation des ressources et apporte une « information décisionnelle » qui doit permettre le dialogue et la coopération.

Ainsi, les outils utilisés dans les décisions de l'hôpital, bénéficient d'une solide reconnaissance et confiance par les décisionnaires. L'adoption de ces outils par la plupart des équipes de direction est telle qu'ils sont incontournables, d'autant plus qu'ils représentent une certaine garantie à une prise de décision optimale dans des situations complexes et/ou risquées. Le formalisme important de ces outils et leur acceptation sociale laissent penser que les décisions qui s'en suivent sont rationnelles et objectives.

- **Les outils comme « simulacre » de la rationalité**

Le problème soulevé par la théorie positiviste est que les outils servent parfois simplement à donner l'image de la rationalité, en créant un environnement rassurant et sécurisant. Parfois même, la seule croyance en l'utilisation d'un outil induit des décisions, des types d'actions clairement spécifiés.

Pour Boussard³⁶⁴, les outils de gestion sont adoptés non pas parce qu'ils prétendent rendre l'organisation transparente et maîtrisable, mais parce qu'ils font croire qu'elle l'est. Dans un univers où la rationalité est la norme, les dispositifs de gestion sont des simulacres de rationalité. Les opérationnels, en affichant des dispositifs de gestion, rassurent et se rassurent face à la complexité organisationnelle dans laquelle ils sont plongés. Quand un élément vient bouleverser l'environnement sécurisant que ces outils ont créé, il suffit de transformer ou de remplacer les outils précédents pour recréer les conditions d'un nouveau sentiment de sécurité. D'où les multiples projets visant l'évolution ou le remplacement de ces outils.

Par ailleurs, comme le démontre Boussard pour les entreprises, on observe aussi dans le secteur de la santé que si les acteurs à l'hôpital s'enferment dans un simulacre de rationalité, c'est probablement parce qu'ils mettent en œuvre un processus de mimétisme, qui vise à se rapprocher le plus possible des résultats obtenus par les autres hôpitaux afin de limiter au

³⁶⁴ BOUSSARD V. (2003), Dispositifs de gestion et simulacres de contrôle, dans Du politique dans les organisations, sociologie des dispositifs de gestion, sous la direction de Valérie BOUSSARD et Salvatore MAUGERI, L'Harmattan.

maximum les risques encourus. L'imitation serait une façon rationnelle de gérer l'incertitude. Les acteurs, par peur de se tromper, adopteraient le comportement général.

L'outil de gestion devient une « routine » au sens de Giddens³⁶⁵ : il permet de créer une confiance et un sentiment de sécurité car il reproduit l'apparence de rationalité. Le fait de mettre en œuvre des dispositifs de gestion très formalisés entraîne une focalisation des individus sur cet outil et par conséquent une diminution de l'attention et de l'intérêt portés aux autres outils. C'est ce que Boussard appelle l'effet d'aveuglement.

Maugeri³⁶⁶ fait une lecture pessimiste du processus de rationalisation à travers une analyse des outils d'organisation et de contrôle des flux physiques échangés par les entreprises. Le déploiement des technologies informationnelles et des instruments de mesure, de contrôle et de vérification que les entreprises supportent permet au management de construire l'illusion collective d'une maîtrise des processus et des missions confiées aux personnels. L'intégration des nouvelles technologies à l'intérieur de dispositifs de gestion organisés les porte à fonctionner comme des « carcans » normatifs extrêmement puissants, surveillant sans arrêt la conformité des tâches et des résultats par rapport aux divers objectifs commerciaux, économiques et financiers définis par le management. L'objectif de rationalisation affiché cède la place à une hétérogénéité de rationalités portée par des acteurs aux statuts, stratégies et identités différentes. *« L'outil n'a plus la force rationalisatrice et homogène que la théorie positiviste lui accordait. Il peut devenir un instrument de pouvoir car il permet d'influencer autrui, de rendre une action cohérente ou légitime, éventuellement en se transformant en fonction d'intérêts divers. L'outil devient incohérent, instable, porteur d'irrationalités : il se définit désormais par son utilisation et en aucun cas par les résultats qu'il est censé produire. Il ne vit qu'à travers l'action conjointe des individus qui le construisent, l'appliquent et le font évoluer »*³⁶⁷.

3.2. Les limites de la rationalité

Après avoir abordé l'usage rationnel des outils, voyons maintenant les limites socio-politique et psycho-cognitive de cette rationalité.

Selon Morin et Delavallée³⁶⁸ en effet, la rationalité peut être cognitivement, socialement et affectivement limitée. Nous abordons donc dans un premier temps l'utilisation des outils indépendamment de la volonté propre des acteurs. Les différents types d'utilisation restent ainsi dans le cadre de l'organisation avec une approche socio-politique servant à justifier des décisions prises dans l'intérêt de l'organisation. Puis dans un second temps, nous mettons en avant le rôle de l'acteur pris en tant qu'individu motivé par des intentions qui lui sont propres et des caractéristiques intrinsèques qui peuvent l'influencer dans l'utilisation des outils.

³⁶⁵ Op. Cit. (1987).

³⁶⁶ MAUGERI S. (2003), Une lecture pessimiste du processus de rationalisation, l'exemple des dispositifs de gestion logistique, dans Du politique dans les organisations, sociologie des dispositifs de gestion, sous la direction de Valérie BOUSSARD et Salvatore MAUGERI, L'Harmattan.

³⁶⁷ PEREZ M., CHALAYER-ROUCHON S., TEYSSIER C. (2005), *Une approche socio-politique et psycho-cognitive des outils de gestion comptables et financiers*, Post-Print, HAL, <http://EconPapers.repec.org/RePEc:hal:journl:halshs-00522139>.

³⁶⁸ MORIN P., DELAVALLÉE E. (2000), *Le manager à l'écoute du sociologue*, Éditions d'organisation.

• La perspective socio-politique

Cette approche répond à une analyse plutôt sociologique de l'appropriation et implique une réflexion sur l'acteur et son comportement³⁶⁹. Appréhendée sous l'angle des relations³⁵⁵, l'appropriation est envisagée comme « résultant du jeu des acteurs, de leur capacité à saisir des marges d'autonomie, à créer des coalitions »³⁷⁰. L'environnement des décisions stratégiques est aussi un environnement d'acteurs et de parties prenantes de toutes sortes : fournisseurs, concurrents, clients, actionnaires, syndicats, groupes de lobbying... Dans son cas, l'hôpital est aussi le théâtre d'une telle situation car il met en scène un environnement complexe, composé de multiples partenaires tant à l'intérieur qu'à l'extérieur : les autres établissements présents dans son territoire, partenaires amonts et aval, la « patientèle », les financeurs, la puissance publique, les syndicats professionnels et collèges de toutes sortes...

Les instruments de gestion et de pilotage, dans cette perspective, sont « appropriés ou plus exactement réappropriés par les acteurs, à des fins de valorisation personnelle, comme argument rhétorique permettant de légitimer leurs décisions et actions, individuelles ou collectives, ou comme support d'influence »³⁷¹. Trois rôles leur sont dévolus :

- un rôle de régulation par le sujet de sa propre conduite et de celle d'autrui en déterminant le rôle de chacun et les relations entre les acteurs³⁷² ;
- un rôle de légitimation des décisions³⁷³ ;
- un rôle de communication vers les parties prenantes externes et internes³⁷⁴.

Les outils de pilotage permettent la prise de décision selon une logique rationnelle, mais il faut ensuite convaincre les différents acteurs du bien fondé de cette décision (1). D'outil d'aide à la décision, ils deviennent outil de communication (2). Dans cette approche, ils ne sont plus totalement neutres, ils sont mus par des objectifs organisationnels et stratégiques.

(1) Les outils au service de la décision stratégique

L'une des questions essentielles pour un directeur d'hôpital en matière stratégique consiste à définir les grandes orientations de l'organisation dans son projet d'établissement. Les décisions s'inscrivent alors dans une logique qui va bien au-delà d'une simple prise de décision rationnelle et objective car l'acteur éprouve à ce moment-là le besoin d'adapter les outils qui sont à sa disposition en fonction des objectifs qu'il recherche. Afin d'être sûr de convaincre les différentes parties prenantes, il peut construire l'outil en utilisant des hypothèses de calcul qui renforcent ses conclusions de façon à rendre le projet encore plus flatteur.

Par exemple, dans les choix d'investissement et de financement, nous avançons ici l'hypothèse que l'adéquation entre le projet d'investissement envisagé et la stratégie de

³⁶⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Éditions du Seuil.

³⁷⁰ DECHAMP G., GOY H., GRIMAND A., LÉVY T., De VAUJANY F.-X. (2005), "Gestion stratégique et perspective appropriative : comparaison des modes endogènes et exogènes", dans *De la conception à l'usage, vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, coordonné par De VAUJANY, éditions EMS, pp. 35-79.

³⁷¹ GRIMAND A., DECHAMP G., GOY H., VAUJANY F.-X. (De) (2006), "Management stratégique et dynamique d'appropriation des outils de gestion : proposition d'une grille de lecture", *Management et Avenir*, n°9, Juin, 181-200.

³⁷² GILBERT P. (1998), L'instrumentation de gestion. La technologie de gestion, science humaine ?, Économica.

³⁷³ MAUGERI S. (2003), "Une lecture pessimiste du processus de rationalisation", dans *Du politique dans les organisations*, De BOUSSARD V. et MAUGERI S., L'Harmattan, pp. 105-131.

³⁷⁴ CHALAYER S., PEREZ M., TEYSSIER C. (2005), L'appropriation des outils comptables et financiers par les PME, dans *De la conception à l'usage, vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, coordonné par De VAUJANY, éditions EMS, pp. 115-146.

l'établissement, prime toujours davantage sur les éclairages que pourrait apporter un simple instrument de gestion ou de pilotage. Que les conclusions obtenues par les outils comptables et financiers soient favorables ou non, au projet mis en œuvre, le directeur de l'hôpital adoptera d'autant plus cette attitude qu'il est le plus souvent porteur du projet. De plus, tout projet d'investissement est en général étudié sous l'angle « qualité » car l'hôpital évolue dans un environnement où la démarche qualité est rendue obligatoire par la certification délivrée par la HAS. Un projet qui ne s'inscrirait pas dans cette logique serait dès lors automatiquement écarté. A contrario, tout projet s'inscrivant exactement dans cet objectif serait adopté. Dans ce cas de figure, les outils financiers seraient donc utilisés dans une simple logique de respect de la procédure de choix d'investissement qui a été définie. La décision ne serait pas seulement prise en fonction des résultats de ces outils, et notamment des différents critères de rentabilité, mais sur la base d'autres arguments forts, liés principalement à l'adéquation entre le projet d'investissement étudié et la stratégie de l'établissement. Perez *et al.* précisent même que « *le décideur ne tente même pas de manipuler les outils pour obtenir des résultats qui aillent dans le sens souhaité. L'objectif stratégique prime de toute façon sur les conclusions des outils mis en œuvre. Ceux-ci sont utilisés de façon totalement neutre et machinale sans volonté sous-jacente de les orienter en fonction de telle ou telle conclusion souhaitée* »³⁷⁵.

(2) Les outils au service de la communication

Dans le prolongement de l'outil au service de la stratégie, nous faisons également l'hypothèse que les décideurs, souhaitant mobiliser l'ensemble des parties prenantes, manipulent les outils de gestion et de pilotage de telle façon que leurs résultats deviennent cohérents avec les objectifs stratégiques prédéfinis de l'organisation. Le décideur, ayant comme objectif de prendre des décisions en accord total avec la stratégie globale de l'établissement, oriente les outils de façon à maximiser les chances d'adhésion au projet de la part de tous les acteurs. Il s'agit de les convaincre de justifier l'opportunité du projet, voire de légitimer le projet dans un contexte où la décision est déjà prise.

Dans ce cas de figure, les outils sont adaptés, orientés, tout en étant totalement bien appropriés par le décideur connaissant parfaitement les données du modèle décisionnel qu'il manipule. Mais cela présume ici qu'il joue une stratégie intentionnelle de manipulation des outils qu'il a à sa disposition, et dont il a parfaitement intégré l'utilisation et l'utilité. Les outils présentent ainsi d'après Orlikowski une certaine « flexibilité instrumentale et interprétative »²⁸² et constituent un moyen de « jouer » avec les règles.

Jusqu'à présent, si cette vision prend les acteurs en compte dans leurs interrelations les uns aux autres, elle ne tient pas compte de l'acteur lui-même et de ses propres caractéristiques. C'est ce que nous proposons d'aborder dans ce qui suit.

• La perspective psycho-cognitive

Cette approche appréhende cette fois l'appropriation sous l'angle des savoirs³⁷⁶ et s'intéresse à la façon dont l'acteur construit une intelligence des situations, notamment celles qui relèvent des décisions stratégiques. Les outils qu'il utilise ne sont plus neutres, mais utilisés et mis en place en fonction des caractéristiques propres à l'acteur telles que ses compétences, sa formation, son expérience, son âge, ainsi que par des intentions qui lui sont personnelles et qui sortent du cadre des objectifs purement organisationnels.

³⁷⁵ Op. Cit. p14.

³⁷⁶ Op. Cit. DE VAUJANY (2003)

Dans ce contexte, Perez *et al.* montrent que deux éléments interviennent dans les mécanismes d'appropriation psycho-cognitive des outils de gestion. D'une part, l'appropriation provient d'une démarche initiée par les acteurs ayant pour motivations un certain nombre d'intentions individuelles (1) qui ne sont pas forcément liées à l'organisation elle-même... D'autre part, l'appropriation des outils de gestion ne peut pas être analysée en dehors d'un certain nombre de facteurs de contingence (2) qui influencent l'acteur dans l'utilisation des outils : la taille de l'organisation, son contexte économique et financier, les caractéristiques des individus liées à leurs niveaux de formation, leurs expériences, leurs personnalités. Nous reprenons ces différents éléments successivement dans les deux alinéas suivants.

(1) Une démarche initiée par des intentions individuelles

L'appropriation des outils de gestion et de pilotage peut s'opérer en fonction d'intentions individuelles, elles-mêmes éventuellement guidées par des comportements opportunistes. Les travaux de Justin³⁷⁷ distinguent trois niveaux d'intention.

- La première intention dite stratégique, est définie comme « étant une volonté consciente des membres dominants de l'organisation de générer des performances organisationnelles définies et attendues ». L'outil est alors utilisé pour valider et justifier des décisions qui sont jugées comme optimales en termes stratégiques et organisationnelles. Ce niveau d'intention rejoint l'idée abordée dans la perspective socio-politique selon laquelle les outils seraient au service de la décision stratégique.

- La deuxième intention est l'intention d'influence. Dans ce cadre, l'outil est choisi en fonction de sa faculté de persuasion ou d'orientation des acteurs. Ainsi, « *cette volonté des membres dominants de l'organisation d'influencer habilement un groupe ou un individu pour le faire penser comme ils le souhaitent s'exprime notamment à travers le choix des outils* ».

- La troisième qualifiée d'intention manipulatrice et pouvant dériver de la deuxième, pousse l'individu à agir en fonction de ses intérêts propres ou de ses valeurs personnelles et à manipuler les outils lui permettant d'atteindre ses objectifs ou de satisfaire ses valeurs.

Ainsi, les intentions poursuivies par un acteur ou un groupe d'acteurs peuvent être des intentions d'accroissement de pouvoir ou de notoriété poussant certains acteurs à manipuler les outils qui leur permettent d'accroître leur positionnement social dans l'organisation et l'influence qu'ils sont en droit d'exercer sur leurs subordonnés. Il y a lieu de penser que cet accroissement de pouvoir et d'influence peut probablement passer par une appropriation, dans le sens d'une maîtrise des outils de gestion. Nous pourrions citer l'exemple d'un porteur de projet qui aurait pour objectif de maximiser les chances de réussite d'un projet d'investissement ayant pour conséquence de le faire progresser dans la hiérarchie.

Les degrés d'appropriation des outils résultant de ces différents niveaux d'intention sont donc variables. Ils peuvent se traduire par une utilisation minimale des outils voire une ignorance des outils existants. Ils peuvent également être manipulés, c'est-à-dire adaptés, transformés, habillés, de manière à pouvoir justifier les décisions qui aillent dans le sens souhaité par l'acteur, celui-ci étant guidé par un objectif propre qui dépend de critères affectifs, culturels, sociaux, de pouvoir, d'influence, ou de pures convictions personnelles.

(2) La prise en compte de facteurs de contingence

La construction et l'utilisation des outils de gestion peuvent dépendre des caractéristiques intrinsèques de l'individu, mais également de l'organisation dans laquelle il évolue.

³⁷⁷ JUSTIN J. (2004), "Proposition d'un cadre conceptuel d'analyse des jeux d'acteurs cristallisés dans et par les outils de contrôle", *Comptabilité Contrôle Audit*, Numéro thématique juin.

Par exemple, la formation du dirigeant, son expérience, son âge... sont des critères qui peuvent influencer la construction et l'utilisation des différents outils de gestion, donc le processus d'appropriation de ces outils dans l'établissement. À l'inverse, selon la taille de l'établissement, le dirigeant pourra s'appuyer sur des services supports plus ou moins étoffés. On retrouve ici le rôle complémentaire exercé par la direction du contrôle de gestion et le département de l'information médicale, dans l'aide au pilotage médico-économique d'un établissement.

Règles, dispositifs, outils et objets de gestion, exploités à travers les outils de pilotage, sont considérés dans cette perspective comme des supports potentiels d'apprentissage pour les responsables de pôles. L'appropriation est ici entendue comme le processus d'acquisition de nouvelles connaissances par des acteurs, capables et désireux de les exploiter pour améliorer les processus de décision, ou influencer d'autres acteurs organisationnels³⁷⁸. Elle est donc analysée du point de vue des connaissances des acteurs et de l'instrumentation mis à disposition du manager, envisagé comme un support d'apprentissage. À noter au préalable que la notion de connaissance présuppose selon Grimand et Bachelard³⁷⁹ « *une interprétation, l'exercice d'une capacité de jugement individuelle, orientée par des valeurs et des croyances, et intimement liée à l'action* ».

L'outil, considéré alors comme un support d'apprentissage, permet à l'auteur de questionner, d'interroger sa propre pratique. L'appropriation de l'outil par l'acteur engage ainsi un double mouvement de conformation et de subversion qui n'est pas sans rappeler la dialogique assimilation / accommodation chère à Piaget³⁸⁰ :

- Assimilation car l'acteur va tenter d'intégrer l'outil dans ses schémas de savoir-faire quitte à en subvertir la forme, la structure, les usages initialement prévus par le concepteur...
- Accommodation, dans la mesure où l'outil est susceptible d'ouvrir d'autres champs d'interprétation de la situation.

L'acteur intègre ainsi l'outil à sa structure cognitive (assimilation), et en même temps, il procède à une accommodation de sa structure cognitive aux spécificités de l'outil ainsi assimilé. Les deux processus sont donc complémentaires. Comme le souligne Piaget, « *toute conduite tend à assurer un équilibre entre les facteurs internes et externes ou plus généralement entre l'assimilation et l'accommodation* ».

C'est par conséquent la rencontre de l'acteur et de l'outil qui constitue l'objet pertinent d'analyse, et non pas l'acteur ou l'outil pris isolément. Ainsi, comme le souligne Rabardel à propos de la réflexivité³⁸¹ : « *Dans son activité, le sujet n'est pas simplement dans un rapport avec l'objet, il est également dans un rapport à lui-même : il se connaît, se gère et se transforme lui-même* ». La médiatisation de l'activité - via l'outil - permet ainsi de la mettre à distance, de l'abstraire du contexte immédiat pour en faire un objet d'analyse³⁸². De la même façon qu'un musicien a besoin de son instrument pour exercer son art, le manager

³⁷⁸ MILLER D. (1996), "A Preliminary Typology of Organizational Learning: Synthesizing the Literature", *Journal of Management*, Vol. 22, n°3, p.485-505.

³⁷⁹ GRIMAND A., BACHELARD O. (2005), "La dynamique de la formation et de l'appropriation des connaissances", dans *De la conception à l'usage, vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, coordonné par De VAUJANY, éditions EMS, pp. 115-146.

³⁸⁰ PIAGET J. (1964), *Six études de psychologie*, Coll. Folio/Essais, Ed. Denoël.

³⁸¹ RABARDEL P. (2005), "Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir", dans TEULIER R. et LORINO P., *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Paris, La Découverte, p. 251-265.

³⁸² LORINO P. (2007), "Un défi pour les sciences de gestion : le tournant paradigmatique du modèle de la décision au modèle de l'activité collective" dans A. Ch. MARTINET (Coord.), *Sciences du management. Epistémique, Pragmatique, Ethique*, Paris, Vuibert, Série Fnege.

trouvera dans l'outil non seulement une façon de questionner sa pratique mais aussi sa relation à autrui et à l'organisation.

Pour finir, l'appropriation emprunte également un registre symbolique et affectif dans lequel les grandes institutions puisent des mythes fondateurs qui lui donnent sens et la légitiment. Un système *managinaire*³⁸³ conditionne la trajectoire "appropriative" des acteurs qui ne vont pas ainsi travailler parce que cela est imposé par l'entreprise, mais parce que cela leur permet de se réaliser et de satisfaire leurs propres désirs par leur travail (c'est le dernier échelon de la pyramide de Maslow)³⁸⁴.

Ainsi pour conclure, la dynamique d'appropriation passera donc par cette "compréhension conjointe" entre approche socio-politique et approche psycho-cognitive, où il s'agit de mobiliser à la fois le point de vue de la régulation de contrôle (celle qui s'efforce de normaliser l'outil et ses utilisations) et celui de la régulation autonome (celle qui souvent contourne ou détourne un outil ou un objet afin de le rendre propre à un usage local)³⁸⁵.

Encadré 11 : Une double approche de l'appropriation des outils de pilotage à l'hôpital

Dans notre étude sur le processus d'appropriation des outils de pilotage en milieu hospitalier, nous tentons de comprendre les "outils de pilotage en acte" en nous focalisant sur cette double approche : l'angle des "relations" (perspective socio-politique) ainsi que l'angle des "savoirs" (perspective psycho-cognitive). D'une part, nous considérons l'appropriation comme un apprentissage parfois difficile par lequel le décideur hospitalier va devoir passer afin de rendre l'objet de gestion propre à son usage, et d'autre part nous cherchons à comprendre comment un projet de mise en place d'un système d'information de pilotage peut gêner ou servir ses intérêts. Les nouveaux dispositifs de gestion (tarification à l'activité, nouvelle gouvernance, dialogue de gestion, etc.) imposés par le Ministère de la Santé aux établissements hospitaliers, impliquent entre autres un management décentralisé au niveau de pôles et une responsabilisation accrue des médecins dans les processus de gestion de l'hôpital. Tout ceci entraîne désormais un usage plus collaboratif des outils de pilotage par un important nombre d'acteurs à l'hôpital. Il s'agit d'aider cette communauté hospitalière à concevoir puis à s'approprier un système d'information décisionnel pour lequel elle n'a aucune compétence a priori, ni aucune « affinité ».

³⁸³ AUBERT N., De GAULEJAC V. (1991), *Le Coût de l'Excellence*, Seuil.

³⁸⁴ Le terme *managinaire* est issu de la concaténation des termes management et imaginaire. Il trouve sa légitimité dans un rapprochement entre la structure psychique du manager et un aspect symbolique de l'entreprise. Le système *managinaire* est fondé sur l'adhésion de l'individu à une logique d'organisation : il ne s'agit plus de "faire faire" mais de "faire vouloir", il ne s'agit plus de régenter les gestes mais les désirs. Pour ce faire, l'entreprise s'efforce de réaliser une symbiose fusionnelle individu-organisation. Cette symbiose se traduit sur trois plans : économique, spirituel et affectif:

- Sur le plan économique, cette symbiose se traduit par la mise en place de formules qui renforcent l'identification entre les objectifs de l'individu et ceux de l'entreprise. Ainsi, l'employé s'enrichit en travaillant pour enrichir l'entreprise.
- Sur le plan spirituel, cette symbiose se traduit par la mise en place de chartes, de projets d'entreprise, de déclarations de principe et d'actions destinées à cimenter les valeurs, les objectifs et les signes de la communauté. Les principes d'éthique, comme la quête d'excellence, aident les projets collectifs à se connecter aux idéaux individuels. Ainsi en travaillant pour la communauté, l'individu a le sentiment de travailler pour lui-même, de donner un sens à sa vie et de trouver une raison d'exister là où les grands systèmes donneurs de sens comme la religion, les idéologies politiques ne suffisent plus.
- Sur le plan affectif, enfin, la symbiose se traduit par un mode de management qui s'appuie sur la passion : on exige des individus qu'ils fassent preuve d'un engagement passionné envers leur travail et leur entreprise.

³⁸⁵ VAUJANY F. X. (De) (2006), "Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage", *Management & Avenir*, n°9, p. 103-126.

3.3. Les théories de l'appropriation

Avec les regards évoqués précédemment, deux théories se dégagent et peuvent être mobilisées pour éclairer les dynamiques appropriatives : De Vaujany les nomme la théorie de la *conception à l'usage* et la théorie de la *mise en acte*.

- **La théorie de la conception à l'usage**

Ce premier prisme théorique considère que « la conception d'un outil est consubstantielle³⁸⁶ à son usage ». Pour De Vaujany, « c'est au fil des apprentissages, des conflits pour sa maîtrise, de la dialectique autonomie-contrôle, que l'outil prend finalement corps ». Penser la conception et l'usage comme des éléments inséparables « remet profondément en cause l'idée d'une stabilisation du fonctionnement organisationnel par les objets et outils de gestion, ou du moins, suppose d'admettre qu'ils ouvrent autant à la prescription qu'à l'exploration »³⁸⁷.

De Vaujany rappelle que de nombreux travaux s'inscrivent dans cette perspective, notamment ceux d'Orlikowski²⁸² ou encore de Lin et Cornford³⁸⁸. Plus largement, on retrouve cette vision dans les théories organisationnelles suggérées par Ciborra³⁵⁴. Il remarque qu'il y a là une vision proche de celle des travaux structurationnistes liés à Giddens^{302, 280} où « *l'action en particulier l'usage de l'outil de gestion, n'est qu'une instanciation de propriétés du structurel et que par conséquent les usages et les outils sont indissociables, confondus dans des sortes de schèmes sociocognitifs* »³⁸⁹.

- **La théorie de mise en acte**

La seconde théorie, axée sur l'interaction entre acteurs et outils, présente l'appropriation comme un vaste processus interactif qui engage des prescriptions réciproques (au sens d'Hatchuel³⁹⁰). De Vaujany la nomme « théorie de mise en acte » et précise qu'elle permet l'intégration de la conception et de l'usage dans un processus récursif et continu : « *Après un premier travail de conception, l'outil est approprié par un ou plusieurs acteurs qui le forment, le déforment, l'interprètent. Puis un autre collectif ou les mêmes acteurs se réapproprient ensuite l'outil reconstruit, s'engageant séquentiellement dans des rapports prescripteurs-opérateurs plus ou moins forts* »³⁹¹. L'outil de gestion est donc considéré comme une extériorité en conditionnant les interactions entre les acteurs. Dans cette approche, Moisdon souligne le « *caractère irréaliste des hypothèses de rationalité intégrées dans les outils par rapport aux systèmes de rationalités locales en interaction que constituent les organisations* »³⁹². C'est le cycle de prescriptions réciproques qui autorise la contextualisation de l'outil de gestion et in fine son appropriation : « Les savoirs, en partie théoriques, détenus par les prescripteurs à l'origine du processus, ne s'éprouvent qu'au

³⁸⁶ Le terme « consubstantiel » signifie selon le dictionnaire Larousse « de même substance ; inséparable ».

³⁸⁷ Ibid. p118.

³⁸⁸ LIN A., CONFORD T. (2000), "Sociotechnical Perspectives on Emergence Phenomena", pp. 51-59 in COAKES E., WILLIS D., LLOYD-JONES R., (eds.) *The new sociotech: graffiti on the long wall*. Computer supported cooperative work, Vol. 1 . Springer Verlag, England, pp. 51-60.

³⁸⁹ Op. Cit. p119.

³⁹⁰ Op. Cit. (1996).

³⁹¹ Op. Cit. (2005).

³⁹² MOISDON J.C. (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Séli Arslam.

contact des destinataires de l'expertise ; c'est au cours de ces échanges réciproques qu'ils se contextualisent et prennent un sens concret pour les opérationnels »³⁹³.

En synthèse, le processus d'appropriation est vu dans les deux cas comme contingent, continu, complexe et impliquant une certaine flexibilité interprétative de l'outil lui-même ou des propriétés du structurel instanciées. Dans les deux cas, on remet en cause le schéma conception-utilisation tel qu'on l'appréhende intuitivement. De la conception à l'usage... l'appropriation est un processus intégrateur des deux notions (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 19 : Les deux théories de l'appropriation des outils de gestion (selon De Vaujany)

	Théorie de la "conception à l'usage"	Théorie de la "mise en acte"
Principe	Conception et usage ne peuvent être distingués. La conception est consubstantielle à l'usage, intégralement comprise dans le processus d'appropriation. L'outil de gestion est un schème socio-cognitif.	Alternance conception-mise en œuvre. L'appropriation est une "mise en acte" de l'outil. L'outil de gestion est un objet en pratique.
Processus Sociopolitiques	Régulations de contrôle et régulations autonomes sont largement inextricables.	Régulations de contrôle et régulations autonomes sont clairement situées spatialement et historiquement. Elles sont à la base d'une dialectique socio-politique.
Théories Intermédiaires	Orlikowski (2000) ; Ciborra (1999, 2000) ; Rabardel (1995, 2005)	Hatchuel (1996) ; Lorino (2005) ; Mingers (2004)
Prismes théoriques liés	Théorie de la structuration Giddens (1979, 1984)	Approches réalistes critiques Bhaskar (1989) ; Archer (1995)

Conclusion du chapitre 5 : Vers une nouvelle valeur des outils de gestion et de pilotage ?

L'objectif de ce chapitre était d'aborder l'appropriation d'un système à travers la compréhension de son usage. Pour ce faire, nous avons recherché les outils théoriques permettant l'analyse de l'usage de tels systèmes. Puis nous avons porté notre attention sur la catégorisation des acteurs – utilisateurs et la stylisation de leurs usages. Pour aboutir à la prise en compte du caractère dynamique inhérent au concept d'appropriation.

Les théories de la *conception à l'usage* et de la *mise en acte* évoquées dans ce chapitre apportent un regard neuf sur la valeur des outils de gestion dans le monde des organisations. Trois types de valeur se dessinent dans les réflexions :

- La *valeur caution* qui s'inscrit le plus naturellement dans la lignée des travaux institutionnalistes du type Di Maggio et Powell³⁹⁴. L'appropriation de l'outil est ici pensée en termes d'adoption et de légitimité sociale induite au sein du champ institutionnel. Que l'outil soit peu, voire pas du tout utilisé, seul compte ici le simple fait de l'adopter. C'est d'ailleurs à ce titre qu'on pourrait qualifier la *valeur-caution* de *valeur d'adoption*.
- La *valeur structurelle* ou *valeur d'assimilation* qui valorise les contenus et l'architecture intrinsèques de l'outil. L'essentiel de la création de valeur se fait dans la phase de conception, et dépendra donc de sa pertinence. De façon secondaire, le problème des

³⁹³ AGGERI F., HATCHUEL A. (1997), "Les instruments de l'apprentissage. Construction et diffusion d'une expertise recyclage dans la conception automobile", CGS, École des Mines de Paris dans *Du mode d'existence des outils de gestion*, Chapitre 8, Coordonné par J.C.Moisdon, Séli Arslan.

³⁹⁴ DI MAGGIO PJ., POWELL WW. (1991), "Introduction", in POWELL WW., DI MAGGIO PJ., *The new institutionalism in organizational analysis*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 1-38.

gestionnaires sera ensuite de s'assurer de l'assimilation de l'outil, c'est-à-dire de son acceptation et de son utilisation effective.

– La *valeur d'appropriation* avec surtout une co-construction locale de l'outil. Cependant il n'existe pas vraiment de modalités concrètes d'évaluation des valeurs processuelles de l'outil, qu'elles soient « construites » ou « à l'usage ».

Au-delà d'une nouvelle vision sur les outils de gestion et leur « valeur d'usage », la théorie ou plutôt les théories de l'appropriation suggérées ici induisent peut-être de nouvelles pratiques. Moisdon³⁹⁵ indique que « *l'on peut imaginer ou rêver une autre logique pour la poursuite du développement du nouvel outillage gestionnaire, une logique qui créerait une concomitance et des renforcements mutuels entre le processus de conception instrumentale et celui de fixation des modalités d'usage, qui serait fondée sur l'organisation d'une interactivité continue entre les parties prenantes, notamment les professionnels, et qui consisterait à exploiter au mieux les boucles de retour entre les expériences vécues à la base et l'affinement progressif des outils et des principes d'action* ».

Dans le cas du développement des SI décisionnels, les démarches et méthodes se basent en général sur le principe d'une co-conception et le dépassement du clivage utilisateurs-concepteurs. La phase de projet, généralement courte, est souvent suivie d'une mise à disposition rapide d'un outil peu restrictif, dont les contenus et l'urbanisation seront définis de façon émergente, à l'usage.

En somme, pour comprendre la dynamique d'appropriation, la prise en compte de l'utilisateur et de sa mise en acte de la solution technologique est une dimension d'analyse incontournable, mais elle ne peut pas être l'unique élément explicatif. S'ajoute une seconde dimension d'analyse prenant en compte la conception, ce que nous allons traiter dans le chapitre suivant.

³⁹⁵ Op. Cit. p248.

Chapitre 6. L'appropriation du SID : Entre usage et conception.

Nous allons voir dans ce chapitre que l'appropriation est de plus en plus appréhendée à partir d'itérations entre usage et conception. Des chercheurs proposent en effet des approches permettant de comprendre cette dynamique d'appropriation au travers des liens entre l'utilisateur et le concepteur.

Basée sur la notion de « prescriptions réciproques », la perspective développée par Hatchuel par exemple, s'attache à analyser le processus de conception collective. Elle a pour intérêt de mettre en évidence l'importance des dynamiques de coordination entre concepteurs autour du processus de conception.

D'une façon générale, la prise en compte de la conception dans l'analyse implique de rentrer dans l'univers des concepteurs et de s'interroger sur les mécanismes propres du processus de création. Ce chapitre sera structuré autour de trois paragraphes : le premier est centré sur la compréhension de ce qu'est la conception ; le second renvoie aux relations entre concepteur et utilisateur ; et le troisième s'attache aux difficultés opérationnelles et aux spécificités théoriques que l'articulation entre usage et conception entraîne.

1. Le processus de conception : vers une conception collective

Pour comprendre ce qu'est la conception, nous abordons en premier lieu la conception à un niveau global, en particulier avec les travaux de Midler qui permettent de caractériser à la fois l'activité et la situation de conception. Nous abordons ensuite l'analyse du processus de conception par l'approche d'Hatchuel basée sur les évolutions du « rapport de prescription » replaçant l'action des individus au cœur de la conception.

1.1. Définition de la conception par ses activités et ses situations

Les questions relatives à la conception sont traditionnellement appréhendées en sciences de gestion à partir de la problématique de la performance des processus de création, à savoir comment concevoir plus vite, moins cher, et dans des bonnes conditions de qualité. Suivant cette perspective, le chercheur va s'interroger sur ce qui se passe dans la sphère des concepteurs et, plus précisément, sur les formes de coordination collective que nécessitent ces processus de conception.

À ce sujet, on peut citer les différents travaux du Centre de Recherche de Gestion de l'École Polytechnique menés par Midler³⁹⁶, Moisdon³⁹⁷ et Benghozi³⁹⁸. Midler propose en particulier des éléments de définition des activités de conception et des situations de conception.

³⁹⁶ MIDLER C. (1993), *L'auto qui n'existait pas : management de projets et transformation de l'entreprise*, InterEditions, Paris.

³⁹⁷ Op. Cit. (1997).

³⁹⁸ BENGHOZI PJ., FLICHY Patrice, IRIBARNE (d') A. (2000), "Le développement des NTIC dans les entreprises françaises. Premiers constats", *Réseaux*, volume 18, n°104, pp.32-57.

- **Les activités de conception**

Les recherches de Midler³⁹⁹ aboutissent à trois constats :

- L'activité de conception « présente des spécificités et requiert des formes de coordination adaptées, différentes de celles qui s'avèrent efficaces pour régler l'activité de production ou d'échange de produits existants ».
- L'analyse historique de l'organisation des activités de conception montre des évolutions différentes selon les secteurs d'activité et les institutions dans lesquels ils se déroulent (privé/public). Midler prend appui sur des exemples concrets (Programme Apollo, Twingo...), pour montrer que chaque processus de conception s'inscrit dans « *des histoires professionnelles différentes où les tâches de conception, les instrumentations et le rôle des différents acteurs intervenant varient* ».
- Midler souligne enfin que « les dynamiques [de conception] en cours s'appuient largement sur les échanges entre les différentes traditions d'organisation de la conception ». Aussi, des formes d'hybridation apparaissent entre secteur, comme le cas où le secteur automobile va reprendre des méthodes de conception propres au secteur du BTP. Suivant une logique de benchmarking, on reconnaît là la volonté d'appliquer les bonnes méthodes repérées dans d'autres secteurs.

- **Les situations de conception**

Midler caractérise une situation de conception en six éléments :

- **Une situation de conception est « une heuristique tendue par une finalité globale » :** Midler explique en se référant aux travaux fondateurs de Simon⁴⁰⁰, qui définit les sciences de la conception en opposition aux sciences naturelles, que la démarche de conception est basée avant tout sur la construction et l'affirmation d'une finalité. Il oppose cette logique à celle « *du spécialiste, dont l'action est d'abord définie par un champ d'expertise et de méthodes* ».
- **La conception est « une affaire de communication et d'intégration de différentes logiques » :** loin de l'image d'Épinal du génial inventeur solitaire, la conception, quelque soit l'objet créé, est un acte collectif. Par conséquent, « *il faut que tous ces acteurs puissent dialoguer, débattre de leurs différences, que les conflits entre les points de vue soient explicités pour qu'ils soient résolus* ». La situation de conception est, alors, définie par Midler comme un « *contexte de communication élargie et de négociation entre des logiques hétérogènes* » dont la réussite va dépendre, en partie, de la qualité de ces multiples échanges.
- **La logique de projet introduit un paradoxe**, venant du fait que « la conception est un processus de résolution de problèmes souvent inconnus au départ, ce qui conduit à de l'incertitude quant à l'objectif même du processus ; [ensuite] du fait de l'appartenance des acteurs de la conception à des mondes différents, la confiance n'est souvent pas instaurée et donc les intérêts ne sont pas nécessairement partagés ».
- **Les situations de conception se conjuguent dans une temporalité de convergence puis d'irréversibilité :** Midler explique que « *la temporalité des situations de conception s'inscrit dans un temps historiquement situé et borné entre le début et la fin annoncée du*

³⁹⁹ MIDLER C. (1996), *Modèle gestionnaire et régulation économique de la conception* dans DE TERSSAC G. et FRIEDBERG E. (Eds.), *Coopération et conception*, Ed. Octares, Toulouse, pp 63-85.

⁴⁰⁰ SIMON, H.A. (1969), *The science of the artificial*, MIT Press, traduction et postface par Jean-Louis Le MOIGNE, *La science des systèmes, science de l'artificiel*, (1974), EPI éditeurs, Paris. Réédition chez Éd. Dunod en 1991. Réédité en 2004 sous le nom de *Les sciences de l'artificiel*, Éditions Gallimard, Coll. Folio Essais.

projet ». Au début de la phase de conception, les acteurs ont un fort degré de liberté d'action sur le projet de conception. Au fil de l'évolution du projet dans le temps, on sait avec plus de précision ce que l'on veut construire, pour qui, et dans quel but. Par conséquent, plus le niveau de connaissances sur le projet de conception s'accroît, moins la marge de manœuvre des concepteurs est importante. Jusqu'à atteindre un stade « irréversible ». Gare⁴⁰¹ souligne que la conduite d'un projet consiste à faire des choix de conception, qui une fois validés après un temps de réflexion, orientent le processus de conception de façon quasi définitive.

– **Chaque situation de conception revêt un caractère unique et singulier** : pour Midler, le mode projet, comparé avec les autres activités de l'organisation, crée une situation particulière qui « *permet de trouver un compromis là où l'affirmation des règles universelles fondatrices des identités professionnelles dégénérerait en conflits frontaux de logiques : c'est parce qu'on est dans un cas particulier que l'on peut trouver plus facilement un arrangement* ».

– **Les activités de conception ne doivent pas être isolées**, mais en lien avec un contexte, en interaction avec les autres départements d'une organisation pour le cas d'une conception in situ. L'espace de la conception est alors « *ouvert et fluctuant* ».

Pourtant, Midler ne semble pas s'interroger sur l'évolution possible dans le temps des activités et situations de conception. Le paragraphe suivant aborde les propositions théoriques faites par Hatchuel qui permettront de répondre à cela.

1.2. Définition de la conception à partir du rapport de prescriptions entre acteurs

Grâce à ses recherches, Hatchuel^{402,403} aborde le processus de conception collective avec la notion de rapport de prescription réciproque. Les bases théoriques qu'il propose apportent des éclairages originaux, qui conduisent à placer les dynamiques de coopération entre concepteurs au cœur du phénomène de création.

Nous présentons ses avancées en quatre points : le premier est consacré aux bases de la théorie de la conception collective ; nous expliquons ensuite la notion du rapport de prescription réciproque ; puis, nous abordons les raisons qui ont poussé certains auteurs à mobiliser la pensée d'Hatchuel pour comprendre l'appropriation des outils de gestion. En particulier, les travaux de Guiderdoni qui, en prenant appui sur les indications fournies par Hatchuel, proposent une modélisation de la dynamique de coopération entre concepteurs.

• Les bases de la théorie de la conception collective.

Dans un premier temps, Hatchuel affirme que les principes de conception collective ne peuvent se comprendre qu'en considérant de près la coopération entre les individus. Concevoir à plusieurs, repose sur un principe de coordination particulière qu'il nomme « rapport de prescriptions réciproques », et qu'il considère à la base d'une théorie de la conception collective plus générale.

Cette forme de coopération entre les individus se démarque des autres formes de coopérations possibles et constitue selon lui le principe de base du processus de conception.

⁴⁰¹ GAREL G. (2003), *Le management de projet*, collection Repères, Éditions la Découverte.

⁴⁰² HATCHUEL A. (1994), "Apprentissages collectifs et activités de conception", *Revue Française de Gestion*, juin, juillet, août, pp 109-120.

⁴⁰³ Op. Cit. (1992à

Hatchuel souligne également que l'on est dans une dynamique où par définition rien n'est figé : la variabilité du processus de conception dans le temps induit une transformation de la nature et du contenu des rapports de prescription.

À ces principes, Hatchuel énonce dans un second temps, les quatre principales caractéristiques des processus de conception :

1. La présence à l'origine du processus de conception d'un acteur ou d'un groupe d'acteurs, adossant le rôle de « prescripteur initial » ;
2. La mobilisation des acteurs disposant de savoirs différents ;
3. Les transformations des prescriptions faibles en prescriptions de plus en plus fortes⁴⁰⁴.
4. La difficulté de prédire de façon exacte les savoirs nécessaires et la liste des acteurs à mobiliser au cours du processus de conception.

Hatchuel défend l'idée que les modèles de coopération changent en fonction des différentes phases du processus de conception car « *le passage progressif de prescriptions faibles à des prescriptions de plus en plus fortes modifie complètement l'autonomie des acteurs, leurs relations, et les acteurs eux-mêmes* »⁴⁰⁵.

- **La notion du « rapport de prescription réciproque »**

Cette notion même de « rapport de prescription » prend ses origines avec la notion d'« apprentissages croisés » qu'Hatchuel identifie dans les interactions entre concepteurs et opérateurs⁴⁰⁶.

D'une façon générale, Hatchuel remet en cause la courbe d'apprentissage traditionnelle, basée sur la relation entre mémorisation-assimilation-routinisation des prescriptions. Il juge ce schéma de pensée trop simple car deux grandes réalités y sont absentes :

- La première concerne l'absence de prise en compte de la créativité de l'opérateur par rapport à l'objet créé. En effet, celui-ci construit un savoir nouveau, à travers son usage.
- Le second élément est l'existence d'un double apprentissage, entre les concepteurs et les opérateurs, qui débouche sur la notion d'apprentissages croisés. Cette notion signifie que le concepteur apprend de l'opérateur et inversement dans une dynamique d'interaction supposée efficiente.

Plus précisément, Hatchuel définit la prescription comme l'hypothèse faite par le concepteur sur la méthode que l'opérateur va adopter pour apprendre à manipuler l'objet. Suivant cette logique, l'opérateur apprend du concepteur un nouveau savoir. Inversement, le concepteur doit apprendre de l'opérateur pour être capable de formuler une prescription qui ait des chances de conduire à un apprentissage réussi.

Hatchuel souligne les difficultés inhérentes à ce double apprentissage : l'échec de l'apprentissage de l'objet proposé peut venir soit du concepteur, soit de l'utilisateur.

- Dans le cas de l'opérateur, il explique que l'issue va dépendre de la façon dont le concepteur va analyser l'apprentissage de l'opérateur et reconnaître les obstacles de celui-ci par rapport à sa propre prescription. Dans ce cas-là, ce sont les capacités des concepteurs à reconnaître leurs propres erreurs de prescription qui sont en jeu.

⁴⁰⁴ Hatchuel se réfère, ici, de façon implicite au graphe proposé par Midler³⁹⁶ concernant la spécificité des activités de conception et de la logique de projet. Il s'agit des courbes inversées entre le degré de liberté et le degré de connaissance.

⁴⁰⁵ Op. Cit. (1996), p117.

⁴⁰⁶ Dans notre cas, l'opérateur est l'utilisateur de la technologie de l'information, à savoir le décideur utilisant son tableau de bord de pilotage.

– Dans le cas du concepteur, l'utilisateur ne s'est pas approprié l'objet car la prescription du concepteur ne correspondait pas à son mode d'apprentissage. De plus, cet écart est parfois délicat à saisir car l'opérateur, dans une logique de performance, peut réajuster tout seul les difficultés de prescription.

Hatchuel s'attache à montrer que lorsque le rapport de prescription s'amenuise c'est-à-dire quand la prescription du concepteur est faible, alors l'opérateur dispose de plus de marge de manœuvre. L'apprentissage s'oriente alors davantage en fonction de la stratégie de l'opérateur plutôt qu'en fonction de la prescription initiale du concepteur. Ce regard nouveau sur « *le concept d'apprentissage collectif permet de retrouver des perspectives parfois oubliées en gestion et d'éclairer les évolutions actuelles des rapports de prescription et des activités de conception* »⁴⁰⁷.

Hatchuel propose d'appréhender ces formes d'apprentissages collectifs par la reconstruction d'une ingénierie de la conception et la mise en place d'autonomies qui favorisent les apprentissages croisés. Il écrit, à ce propos, que « les activités de conception sont des lieux de l'innovation et de la codification des activités de la firme ; elles sont au cœur des processus d'apprentissage collectif et sont elles-mêmes fortement dépendantes des apprentissages possibles des autres acteurs (utilisateurs, producteurs). Il y a l'émergence d'une ingénierie capable de concevoir des produits ou des systèmes techniques respectant et favorisant les apprentissages propres à chaque utilisateur »⁴⁰⁸. Suivant cette idée, il faut s'intéresser à « *la formation des concepteurs, à leurs savoirs et à leurs interactions* ».

D'autre part, on sait que la présence de différents concepteurs en scène peut avoir un effet sur les rapports de prescription et par extension sur le processus de conception. Cette nouvelle « *ingénierie de la conception* » conduit au concept de « *prescription réciproque* » comme étant un rapport d'équilibre entre concepteurs. Hatchuel définit la notion de « *prescriptions réciproques* » en expliquant que chaque concepteur s'efforce « *de produire les connaissances qui lui permettent d'atteindre ses propres objectifs tout en respectant les prescriptions* » des autres concepteurs⁴⁰⁹.

En définitive, la notion de « *prescription réciproque* » se résume par le fait de créer du savoir⁴¹⁰ et que la création de ce savoir s'imbrique dans un collectif pour y prendre son sens. Ce principe de coopération repose sur le « *pari implicite* » d'une « *compatibilité et [d'une] efficience croisées* » entre les différents acteurs-concepteurs en scène. Il insiste sur le fait que « *les modalités d'interaction entre concepteurs vont de ce fait jouer un rôle crucial dans le processus [de conception] puisqu'elles vont permettre de vérifier l'existence de dérives ou l'obsolescence de certaines prescriptions* ».

Pour limiter l'apparition de ces dérives de coopération (venant du concepteur ou de l'utilisateur), Hatchuel préconise « *la mise en œuvre d'un processus de validation* » qu'il juge comme « *stratégique [car il est] le meilleur moyen pour fonder les savoirs disponibles, analyser les rapports de prescription et le garant de la survie de la coopération au cours du processus* »⁴¹¹.

⁴⁰⁷ Op. Cit. (1994), p109.

⁴⁰⁸ Op. Cit. (1994), p119.

⁴⁰⁹ Op. Cit. (1994), p115.

⁴¹⁰ HATCHUEL définit trois formes de savoir : le savoir-faire basé sur une logique d'accumulation et de foisonnement ; le savoir-comprendre basé sur des efforts de mémoire et une logique de l'énigme dans l'incertain ; le savoir-combiner qui repose sur l'art du compromis et de la négociation.

⁴¹¹ Op. Cit. (1996), p117.

Dans les premières phases du projet, chaque acteur peut encore tenter d'infléchir les apprentissages de ses partenaires. Hatchuel note que le début du processus de conception est marqué « par un mode de coopération spécifique, celui de coopération horizontale entre métiers distincts (et niveaux hiérarchiques) ; par la multiplicité des prescriptions faibles ; le caractère provisoire des questions et des réponses ; la multiplicité des savoirs à mobiliser »⁴¹². Mais après un certain nombre de décisions clefs, les inflexions sont plus difficiles.

L'approche d'Hatchuel pourrait donc éclairer le phénomène d'appropriation des outils de gestion grâce à sa théorie de la conception collective qui replace l'action prise dans son contexte organisationnel au cœur du phénomène de conception et d'appropriation.

1.3. Dynamique de conception collective : de l'apprentissage à l'appropriation

De Vaujany^{413,414} reprend le cadre théorique d'Hatchuel dans ses théories de « mise en acte » pour comprendre le phénomène de l'appropriation d'outils de gestion. Il opère un glissement théorique du concept d'apprentissage, dont traite Hatchuel, au concept d'appropriation. De même, il passe de « l'opérateur » à « l'utilisateur ». Il ne limite pas d'ailleurs l'application du principe de prescriptions réciproques au seul rapport entre concepteurs, mais l'étend également aux rapports entre l'utilisateur et l'outil, ou entre les utilisateurs : « *Dans la perspective de la théorie de la mise en acte, l'outil de gestion retrouve une certaine extériorité... il précède l'action et peut engager une spirale de prescriptions réciproques entre utilisateurs et l'outil ou bien les utilisateurs au temps (t) et ceux au temps (t+n)* ».

Cependant, même si les bases ont été posées, De Vaujany, comme Hatchuel, n'apportent aucune modélisation de la dynamique de conception suivant le principe de « *prescription réciproque* ». Guiderdoni⁴¹⁵ propose de le faire par **une schématisation de la dynamique de coopération entre concepteurs**. Sa figure comporte cinq encadrés reliés les uns aux autres, dont les interactions sont inscrites dans le temps :

– L'**Ensemble des prescriptions réciproques considérées comme compatibles** renvoie au travail important de mise en commun des différents objectifs de chaque concepteur et de la faisabilité technique. Ceci suppose une négociation entre les différents concepteurs pour trouver le « *deal* » de départ que chacun devra respecter.

– L'encadré **Modélisation des objectifs de gestion et validation par le prescripteur initial** est à l'origine de la demande de conception (il peut s'agir d'un client externe, un client interne, le chef de projet...). Il fixe les objectifs de la conception et valide les différentes phases.

Temps 1 : Les interactions entre l'encadré **Ensemble des prescriptions réciproques** et celui de la **Modélisation des objectifs...** sont caractérisées par une double flèche, symbolisant les allers/retours nécessaires à la négociation et à l'ajustement entre ce que veut le *prescripteur initial* et ce que peuvent bâtir les différents concepteurs en fonction des

⁴¹² Op. Cit. (1996), p118.

⁴¹³ Op. Cit. (2005).

⁴¹⁴ Op. Cit. (2006).

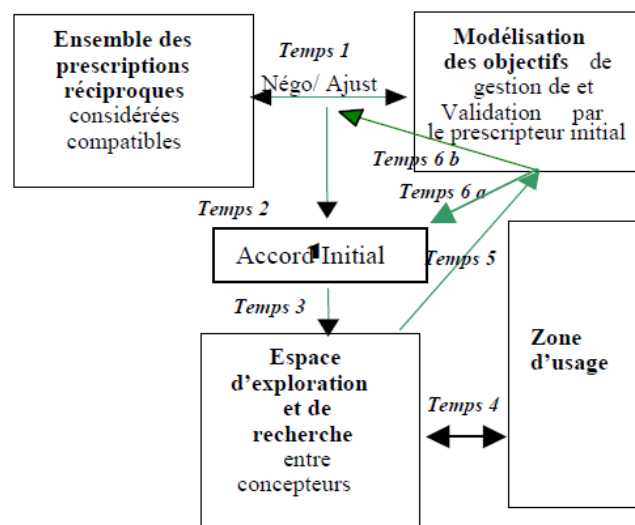
⁴¹⁵ GUIDERDONI-JOURDAIN K. (2005a), *L'intranet dans la E-RH : un outil à l'épreuve des processus de régulation entre acteurs RH*, coordonné par Michel KALIKA et al. Chapitre 11 dans *e-RH : réalités managériales*, Vuibert collection recherche, pp 175-192.

ressources (moyens et compétences) dont ils disposent. C'est la formulation du prescripteur initial qui va générer les échanges entre concepteurs pour parvenir à l'ensemble de prescriptions réciproques.

La bulle **Accord Initial** correspond à une entente trouvée entre les objectifs formulés par le prescripteur initial et l'ensemble des prescriptions réciproques compatibles entre concepteurs. Cet accord initial est lié directement à la phase de négociation et d'ajustement du temps (1) et est relié à celle-ci par une simple flèche.

Temps 2 : Cette seconde étape est plus ou moins longue en fonction de la forme de l'accord⁴¹⁶. Cela dépendra de la situation de conception offerte par le contexte.

Figure 38 : Proposition de schématisation de la dynamique de coopération entre concepteurs (selon Guiderdoni)



– L'**Espace d'exploration et de recherche entre concepteurs** correspond au démarrage concret de la phase d'exploration et de recherche propre à toute activité de création. Cet espace correspond à la mise en commun des différents espaces de recherche propres à chaque concepteur.

Temps 3 : C'est le passage de l'accord initial au démarrage concret des activités de recherche. Celui-ci peut être différent selon l'intervention des différents concepteurs.

La bulle **Zone d'usage** correspond à la mise en production de l'objet créé. Cela peut ou non être considéré comme une zone de test. Dans tous les cas, cette zone permet une confrontation directe entre l'objet créé et les utilisateurs finaux.

Temps 4 : Nous supposons d'intenses interactions entre la *zone d'usage* et l'*espace d'exploration et de recherche*, symbolisées par une double flèche. Tout comme la phase associée au temps (1), cette étape est marquée par des phases de négociation et d'ajustement. On peut très bien imaginer que l'intégration de l'utilisateur final, préconisée par les recherches en SI, se situe à cet endroit précis. La nature des ajustements que les concepteurs sont amenés à réaliser pour répondre aux réactions éventuelles des utilisateurs, peut conduire à une ré-interrogation de la *modélisation des objectifs et de la validation du prescripteur initial*. C'est le temps (5).

⁴¹⁶ L'accord initial peut prendre la forme d'un accord tacite oral ou peut faire l'objet d'un véritable contrat, ce qui peut allonger le temps de négociation.

Temps 5 : Cette étape, symbolisée par une flèche reliant *l'espace d'exploration et de recherche des concepteurs* vers l'encadré du *prescripteur initial*, correspond aux retours que les concepteurs doivent faire au *prescripteur initial*, qui va valider ou non leurs propositions d'action.

Temps 6 : Cette phase correspond aux réactions que le prescripteur va adopter face aux demandes de validations des concepteurs (temps 5). Deux cas sont, alors, envisageables :

– **Temps 6a :** une simple validation du prescripteur concernant les ajustements réalisés par les concepteurs face aux réactions des utilisateurs. Le processus de conception n'est pas remis en cause par l'utilisateur : on est dans le cas d'une dynamique de coopération aboutie. L'accord initial a été respecté. La flèche partant de l'encadré du prescripteur initial vers l'accord initial valide ce fait.

– **Temps 6b :** la seconde possibilité correspond à des modifications importantes demandées par les utilisateurs qui touchent l'ensemble du processus de conception et surtout remettent en cause les objectifs définis par le prescripteur initial. Une remise en cause de *l'ensemble des prescriptions réciproques* est également supposée. Cette seconde éventualité est représentée graphiquement par une flèche partant de l'encadré du prescripteur initial vers la flèche du temps (1) symbolisant la phase de départ de négociation et d'ajustement.

L'intérêt de la schématisation de Guiderdoni souligne en définitive le caractère à la fois provisoire et itératif du processus de conception. D'une façon plus générale, les réflexions d'Hatchuel permettent de mieux saisir les dynamiques internes en œuvre dans la sphère des concepteurs lors du processus de conception. Celles-ci décrivent des trajectoires de conception, définies comme une succession de cycles d'interactions, qui sont en lien direct avec les dynamiques d'appropriation.

2. La participation des utilisateurs dans le processus de conception

2.1. Les avantages de la participation de l'utilisateur au processus de conception

La pénétration des sciences sociales dans le champ des Interactions Homme-Machine (IHM) a pris appui depuis le début des années 1980 sur des apports disciplinaires multiples, pour l'essentiel une coopération entre spécialistes des sciences humaines et sociales [sociologues, psychologues et cognitivistes] et spécialistes des sciences de l'ingénieur. Ces approches pluridisciplinaires permettent de transformer la conception des interfaces en mettant au centre des préoccupations l'utilisateur ordinaire⁴¹⁷ et d'introduire l'expérience de l'utilisateur dans l'interaction⁴¹⁸.

L'émergence de l'ergonomie cognitive, appelée plus familièrement « l'ergonomie web » est l'exemple même de cette pluridisciplinarité à l'origine à la fois de l'intégration de l'utilisateur dans la création de systèmes interactifs, et de la démocratisation de la conception. Combinant recherches en psychologie et principes d'interface, l'ergonomie cognitive étudie et tient compte du système cognitif de l'utilisateur pour optimiser l'interface entre celui-ci et le système. Le recours à la psychologie permet de comprendre

⁴¹⁷ HUTCHINS E.L., HOLLAN J.D., NORMAN D.A. (1986), *Direct manipulation interfaces*. In NORMAN D.A. and DRAPER S.W. (eds.): *User Centered System Design: New Perspectives on Human-Computer Interaction*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 87-124.

⁴¹⁸ BOBILLIER-CHAUMON M.E., CARVALLO S., TARPIN-BERNARD F., VACHERAND-REVEL J. (2001), "Standardiser ou adapter les interactions personnes-machines ?", *Revue d'Interaction Homme-Machine*, Vol 2, n°2, pp 1-38.

comment l'individu fabrique du sens. L'utilisation des principes d'interface Homme-Machine conduit les concepteurs à s'interroger concrètement sur l'ergonomie de surface (basée sur la lisibilité linguistique et typographique des données via un écran) et l'ergonomie de profondeur en lien avec le contexte dans lequel l'utilisateur évolue (le type d'architecture attribué aux données).

En somme, l'utilisateur devient un acteur porteur d'une culture, d'une histoire et d'une expertise, inscrit dans un contexte singulier. La prise en compte de ses particularités devient indispensable.

Encadré 12 : Les deux phases du développement des outils de pilotage où sont sollicités les utilisateurs.

Dans un projet de développement d'outils de pilotage, des utilisateurs référents, représentant l'ensemble des utilisateurs, participent à certaines phases du projet. Dès le début de la *phase de spécifications*, mais aussi en fin de projet, dans la *phase de test* de la solution, les utilisateurs-référents sont sollicités sur deux niveaux :

- D'une part en profondeur, sur le modèle de données qui permet la construction des indicateurs métiers affichés dans les tableaux de bord. Ils définissent avec précision leurs règles de calcul et leurs dimensions d'analyse et les testeront en fin de réalisation, pour en accorder la validation d'aptitude. On parle ici de « recette des données ».
- D'autre part en surface, les utilisateurs-référents définissent la composition des tableaux de bord et la forme graphique des indicateurs. Ils déterminent également la navigation dans les données et leur lisibilité dans le tableau de bord. Un maquettage est parfois réalisé pour leur permettre de se projeter dans les différents usages possibles de l'outil. Ce niveau d'ergonomie est évidemment testé aussi pendant la phase de recette.

La participation effective de l'utilisateur final au processus de conception apporte donc un certain nombre d'avantages :

- **Une définition plus précise des besoins de l'utilisateur.**

Il est constaté qu'une des raisons essentielles de l'échec des projets de développement de système d'information est souvent due à une analyse insuffisante des besoins des utilisateurs au début du processus de développement. Kujala⁴¹⁹ observe sur ce point le lien fort entre l'amélioration de la qualité d'un système et la compréhension précise des besoins des utilisateurs.

- **L'élimination des options coûteuses et non nécessaires au système.**

Il arrive que les concepteurs/développeurs considèrent certaines fonctionnalités comme logiques, voire indispensables, et veulent les incorporer au système. En revanche, ces mêmes fonctionnalités peuvent apparaître complètement incompréhensibles à l'utilisateur, ce qui le conduira, soit à passer beaucoup de temps à apprendre à se servir de ces applications, soit à ne pas s'en servir du tout. Nielsen⁴²⁰ met en garde les concepteurs contre cette tendance à incorporer trop d'options pour satisfaire « chaque profil » d'utilisateur final. Cette surenchère d'options peut s'avérer inutile voire même contre-productive car l'utilisateur peut se sentir accablé par l'usage de trop de fonctionnalités. Il rappelle le principe que « les concepteurs ne sont pas les utilisateurs » et conclut qu'il est possible de gagner beaucoup de temps et d'économiser des efforts en faisant participer les utilisateurs au développement du système.

⁴¹⁹ KUJALA S. (2003), "User involvement: a review of the benefits and challenges", *Behaviour & Information Technology*, 22 (1), 1-16.

⁴²⁰ NIELSEN J. (1993), *Usability Engineering*, San Diego: Academic Press.

- **L'amélioration des niveaux d'acceptation du système.**

La participation des utilisateurs peut aussi influencés positivement les niveaux d'acceptation du système car permet le développement d'attentes réalistes à propos du système d'information⁴²¹ et diminue la résistance des utilisateurs contre le nouveau système créé et entraîne même un engagement pour celui-ci⁴²².

- **Une meilleure compréhension du système par l'utilisateur.**

En participant au processus de développement et d'expérimentation, les utilisateurs vont se familiariser progressivement au système, augmentant ainsi les chances de voir ces mêmes utilisateurs apporter des suggestions. Plus confiants, les utilisateurs interviennent plus aisément parce qu'ils ont une meilleure compréhension du système⁴²³. Cette meilleure compréhension devrait alors les conduire à un usage plus efficace des applications⁴²⁴.

- **Une participation accrue dans la prise de décision au sein de l'organisation.**

Pour autant, cette dynamique de participation des utilisateurs n'est pas forcément restreinte à la seule conception du système d'information mais peut s'étendre au processus même de prise de décision au sein de l'organisation. Koopman et Batenburg⁴²⁵ évoquent cette hypothèse mise en avant par les travaux de Clement et Van Der Besselaar⁴²⁶, qui soutiennent que l'intégration du système peut changer la façon d'exécuter les activités et tout ce qui en découle, c'est-à-dire affecter le fonctionnement de l'ensemble de l'organisation.

- **La participation des utilisateurs, source possible de réduction de coûts.**

Finalement, il pourrait s'avérer très économique pour l'organisation de tenir compte des problèmes d'usage le plus tôt possible. La correction des problèmes d'usage décelés très tôt dans le processus de développement coûterait trois fois moins à l'organisation que leur correction plus tard⁴²⁷. Suivant cette idée, certains auteurs dans le champ de recherche en système d'information montrent que les entreprises de développement de logiciels qui sont considérées comme ayant le cycle de conception le plus rapide sont celles qui ont consacré le plus de temps à la question des besoins des consommateurs dans les premiers stades de développement du projet⁴²⁸. Ceci trouve également écho dans la récente évolution des méthodes de développement informatique en faveur des méthodes dites « agiles » où l'utilisateur participe de façon itérative à la réalisation du logiciel.

⁴²¹ GIBSON J. J. (1977), *The theory of affordances* in SHAW R. E. & BRANSFORD J. (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing: Toward an ecological psychology* (pp. 67-82), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

⁴²² LUCAS H. C., Jr. (1974), *Toward creative system design*, New York: Columbia University Press.

⁴²³ ROBEY D., FARROW D. (1982), "User Involvement in Information System Development: A Conflict Model and Empirical Test", *Management Science*, 28(1), 73-85.

⁴²⁴ KOOPMAN G., BATENBURG R. (2009), "Early User involvement and participation in Employee Self-service Application Deployment. Theory and Evidence from four Dutch Governmental Cases" in IN BONDAROUK T., RUËL H., OIRY E., GUIDERDONI-JOURDAIN K. (editors), *Handbook E-Transformation and Human Resource Management Technologies: Organizational Outcomes and Challenges*, IGI Publisher, USA.

⁴²⁵ Op. Cit.

⁴²⁶ CLEMENT A., VAN DEN BESSELAAR P. (1993), *A retrospective look at PD* projects*, Communications of the ACM, 36 (4), 29-37 (*Participatory Design).

⁴²⁷ MANTEI M. M., TEOREY T. J. (1988), *Cost/Benefit Analysis for Incorporating Human Factors in the Software Lifecycle*, Communications of the ACM, 31(4), 428-439.

⁴²⁸ BLACKBURN J., SCUDDER G., VAN WASSENHOVE L. N. (2000), *Concurrent Software Development*, Communications of the ACM, 43(11), 200-214.

2.2. Le lien entre la participation des utilisateurs et le succès du système

Nous abordons la question des liens entre la participation des utilisateurs et le succès des systèmes d'information. Plusieurs modèles de succès existent, en particulier celui de Delone et McLean, basé sur la satisfaction de l'utilisateur⁴²⁹. Nous avons montré⁴³⁰ que ce cadre théorique pouvait être étendu à la mesure du succès de la gestion même du projet et mobiliser des facteurs complémentaires pour l'évaluation du succès du système d'information :

- *facteurs liés à la stratégie* : soutien par un sponsor, engagement de la direction, approche par les processus, pilotage par les objectifs ;
- *facteurs organisationnels* : facilité d'échanges entre les différentes parties prenantes, vision partagée de la performance, interprétation collective ;
- *facteurs individuels* : profil, expérience et apprentissage de l'acteur (culture de gestion), appropriation des connaissances et formation de l'acteur, co-construction avec l'acteur ;
- *facteurs de moyens* : enjeux économiques, allocation des ressources sur le système d'information décisionnel, sélection des informations utiles ;

D'autres recherches examinent également la relation entre la participation des utilisateurs et le succès d'un système d'information car « la forte participation des utilisateurs futurs dans la conception d'un système d'information conduirait à un succès en termes de plus d'usages, une plus grande acceptation et satisfaction des utilisateurs »⁴³¹.

Pour cela, il faut distinguer le concept de participation (*user participation*) du concept d'engagement des utilisateurs (*user involvement*), qui sont traditionnellement utilisés de façon interchangeable.

– **Le concept de participation** des utilisateurs est défini par « *les fonctionnements et les activités que les utilisateurs cibles ou leurs représentants exécutent [concrètement] dans le processus de développement du système* ».

– **Le concept d'engagement** des utilisateurs est relié à « *un état psychologique et subjectif, qui dépend de l'importance et de la pertinence personnelle que les utilisateurs accordent à un système particulier ou au système d'information en général* »⁴³².

Avec une enquête menée auprès de 32 organisations, Lin et Shao montrent « un lien positif entre la participation des utilisateurs et le succès du système et suggèrent une relation circulaire entre participation, attitude, et engagement des utilisateurs. Cela implique qu'obtenir l'engagement des utilisateurs dans le processus de développement peut améliorer leurs attitudes envers le système et peut accroître l'importance et la pertinence que les utilisateurs perçoivent du système. De plus les résultats empiriques montrent que la complexité du système a un effet significatif sur la participation des utilisateurs »⁴³³.

Or, investir dans une technologie de l'information représente des coûts très importants et se prémunir contre tout risque d'échec apparaît légitime. Les échecs les plus fréquents sont

⁴²⁹ DELONE W.H., MCLEAN E.R. (2003), "The DeLone and McLean model of Information Systems Success: A Ten Year Update", *Journal of Management Information Systems*, volume 19, n°4, pp.9-30.

⁴³⁰ AUBIN C., PASCAL C. (2010), Évaluer le succès du système d'information décisionnel dans les organisations de santé : proposition d'un modèle à partir de deux études de cas, 2ème Journée de Recherche transdisciplinaire en Management Hospitalier, EM Strasbourg, 26 novembre 2010.

⁴³¹ LIN W.T., SHAO B.B. (2000), "The relationship between user participation and system success: a simultaneous contingency approach", *Information & Management*, Vol. 37, No. 6, pp.283-295.

⁴³² Ibid. (2000), p284.

⁴³³ Ibid. (2000), p292.

d'ailleurs liés le plus souvent à des problèmes d'usage de la technologie proposée : soit on constate des usages détournés, pas forcément productifs ; soit on constate l'absence d'usage.

En participant au plus tôt au processus de conception, l'utilisateur final va pouvoir réagir aux propositions des concepteurs et les infléchir pour créer un outil qui lui conviendra davantage. Par ricochet, on obtiendra une meilleure adhésion et appropriation finale de l'outil.

Ainsi, ces recherches en système d'information confirment donc bien l'hypothèse que, plus l'utilisateur est intégré en amont du processus de conception, meilleure sera son appropriation de l'objet créé. C'est pourquoi, à la lumière de toutes ces recherches, nous préconisons une participation des utilisateurs dès le démarrage de la phase de conception.

Reste à savoir quelle méthode adopter pour parvenir à intégrer au mieux l'utilisateur au processus de conception.

2.3. Les formes de participation de l'utilisateur au processus de conception

Il existe plusieurs méthodologies permettant de rendre possible la participation de l'utilisateur au processus de conception d'un système technologique, ou plus particulièrement d'un Système d'Information. L'abandon progressif d'un déterminisme technologique fort grâce à la pénétration des théories des sciences sociales aboutit à davantage prendre en compte le point de vue des usagers.

À noter que depuis 1999, une norme ISO est instaurée permettant d'encadrer la conception des systèmes interactifs (interfaces Web, logiciels, etc.). Il s'agit de la norme ISO 13407-1999 correspondant au processus de conception centrée sur l'opérateur humain pour les systèmes interactifs.

Cette norme se décompose en 6 étapes :

- Étape 1 : Identifier la nécessité d'une conception centrée sur l'opérateur humain ;
- Étape 2 : Comprendre et spécifier le contexte d'utilisation ;
- Étape 3 : Spécifier les exigences liées à l'utilisateur et à l'organisation ;
- Étape 4 : Proposer des solutions de conception ;
- Étape 5 : Évaluer les conceptions par rapport aux exigences ;
- Étape 6 : Le système répond aux exigences de l'utilisateur et de l'organisation.

Les étapes 2 à 5 sont effectuées en boucle dans un cycle itératif. Lorsque le système répond aux besoins en étape 6, le cycle est terminé.

L'utilisation de cette norme permet de considérer les utilisateurs et leurs besoins tout au long du processus de conception. La conception du système est, par conséquent, guidée par les besoins des utilisateurs finaux et supposée conduire à la création d'un produit adapté à la tâche et aux besoins des utilisateurs. L'ensemble des approches les plus connues reprennent ce principe de base.

Dans la suite de cette section, nous donnons une vue d'ensemble de chacune de ces approches plutôt qu'une analyse approfondie, dans le but de permettre un meilleur positionnement.

- **Conception centrée utilisateur [UCD : user-centered design].**

La conception centrée-utilisateur permet à la fois la découverte des besoins et des pratiques des utilisateurs et favorise la mise en place d'une dynamique d'interaction entre deux mondes souvent opposés : le monde des concepteurs et celui des utilisateurs.

Gould et Lewis⁴³⁴ proposent trois principes pour qualifier cette approche :

- se focaliser le plus tôt possible sur les utilisateurs et leurs tâches.

Le premier principe préconise de limiter les personnes intermédiaires entre l'équipe de conception et les utilisateurs potentiels. Ce qui conduit à envisager plutôt le contact direct à travers la conduite d'interviews et d'échanges, même avant que toute conception soit commencée.

- recourir à des évaluations empiriques.

Ce second principe introduit la confrontation le plus tôt possible avec des situations réelles de travail. Les auteurs préconisent de recourir à la manipulation de prototypes et/ou de simulateurs par les utilisateurs présumés de la technologie finale pour observer, analyser et enregistrer leurs réactions et leurs performances afin de mieux réajuster.

- favoriser une conception itérative.

Le caractère itératif de la conception est préconisé grâce notamment aux interactions avec les utilisateurs autour leur usage du prototype proposé.

Kujala⁴³⁵ précise que cette approche se confond parfois avec l'approche dite de l'ingénierie d'usage⁴³⁶, qu'il définit en reprenant la proposition de Wixon et Wilson⁴³⁷ comme étant un « processus pour définir, mesurer et par ce moyen pour améliorer l'usage des produits ».

- **Conception participative ou coopérative [PD : participatory design].**

La seconde approche d'origine scandinave⁴³⁸ met l'accent sur la collaboration entre concepteurs et travailleurs pour une meilleure compréhension de l'univers des utilisateurs et leurs activités. L'intérêt de cette approche, souligné par Kujala, est que les utilisateurs participent au processus de conception en analysant les besoins de l'organisation, et en planifiant l'appropriation sociale du système créé. Ceci implique une réflexion sur les moyens techniques nécessaires tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel.

Le principe de base de cette approche est de penser que le but de la création d'un système d'information est d'améliorer l'environnement de travail. Pour cela, on intègre les utilisateurs à chaque étape du développement, dans une dynamique itérative basée sur un examen constant de l'objet en cours de création par l'utilisateur. Quatre techniques peuvent être utilisées : la création coopérative de prototype, les ateliers, les séances de brainstorming, et les jeux organisationnels.

⁴³⁴ GOULD J.D., LEWIS C. (1985), *Designing for Usability: Key Principles and What Designers Think*. Comm. of the ACM, Vol. 38, No. 3, pp. 300-311.

⁴³⁵ KUJALA S. (2003), "User involvement: a review of the benefits and challenges", *Behaviour & Information Technology*, 22 (1), 1-16.

⁴³⁶ NIELSEN J (1993), *Usability Engineering*, Academic Press, London.

⁴³⁷ WIXON D, WILSON C. (1997), *The usability engineering framework for product design and evaluation* In HELANDER M., LANDAUER T.K., PRABHU P. (eds) *Handbook of Human-Computer Interaction*, 2nd edn. (Amsterdam:Elsevier), pp. 653-688.

⁴³⁸ EHN P (1993), *Scandinavian design: on participation and skill*, in SCHULER D., NAMIOKA A. (eds) (1993), *Participatory Design: Principles and Practices* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum).

- **Ethnographie [ethnography].**

La troisième approche est ethnographique ; elle consiste à observer et décrire les activités d'un groupe pour mieux le comprendre. Appliquée à la conception de système d'information, cette démarche permet de comprendre les pratiques de travail en cours, pour servir de base solide à la conception du support informatique. Comme le fait remarquer Nielsen, cela permet également de bien marquer les différences entre ce que les utilisateurs disent qu'ils font, et ce qu'ils font réellement⁴³⁶. Les techniques utilisées sont en général l'observation et l'analyse de vidéo.

- **Conception contextuelle [contextual design].**

La quatrième approche repose sur la définition d'une conception de système centrée-clients défendue par Beyer et Holtzblatt⁴³⁹. Leur approche de la conception s'articule en trois niveaux :

- le premier niveau, le plus important, est la conception de pratiques de travail en partenariat avec les utilisateurs-clients eux-mêmes,
- le second niveau est l'intégration du système cible dans les rôles organisationnels, les procédures métiers,
- le troisième niveau est de s'assurer de la bonne articulation entre les attentes organisationnelles et le système créé à partir des besoins des utilisateurs.

Par ces trois niveaux, on voit bien que cette approche ne se limite pas à la seule conception du système, mais y inclut également l'amélioration des modes de travail en cours au sein de l'organisation (élimination d'étapes non nécessaires par exemple). Dans cette logique, les utilisateurs sont donc la source principale de données permettant de prendre des décisions sur les développements à réaliser.

Pour obtenir les informations auprès des utilisateurs, on fait l'usage de prototype papier et on a recours à des enquêtes contextuelles ; des sessions de prototypage entre utilisateurs et concepteurs peuvent être également envisagées.

- **Les formes hybrides**

Aux méthodes répertoriées par Kujala, s'ajoutent trois approches hybrides décrites par Steen et alii⁴⁴⁰ : **a-** l'approche du « lead-user » ; **b-** la conception empathique ; **c-** et la co-conception.

a – L'approche du « lead-user ».

L'approche de l'utilisateur leader renvoie à la question du rôle des usagers finaux dans la création technologique. L'hypothèse majeure à cette approche est de penser que les idées de services et de produits les plus innovants sont détenues juste par quelques utilisateurs-meneurs [lead-user] très innovateurs. Si ces individus sont intégrés dans un processus de développement avec une équipe d'une organisation, ils contribuent grandement à l'innovation.

Le « lead-user », encore appelé utilisateur meneur, se définit à partir de deux caractéristiques majeures :

⁴³⁹ BEYER H., HOLZBLATT K. (1998), *Contextual Design: Defining Customer-Centered Systems*, Morgan Kaufmann, USA.

⁴⁴⁰ STEEN M., KUIJT-EVERS L., KLOK J. (2007), "Early user involvement in research and design projects- a review of methods and practices", *Paper for the 23rd EGOS Colloquium (European Group for Organizational Studies)*, July 5–7, 2007, Vienna.

- 1- Il connaît les tendances d'un marché, et par cela, il a l'expérience de déchiffrer les besoins futurs des utilisateurs dans ce marché ;
- 2- Il est également capable d'anticiper relativement bien les avantages d'une solution pour répondre aux besoins des utilisateurs qu'il connaît, et donc il peut apporter des idées innovantes.

b – La conception empathique.

Cette approche est une sorte de tentative pour les chercheurs comme pour les concepteurs, de trouver l'inspiration dans les pratiques des utilisateurs finaux et de devenir créatif en s'identifiant à ces derniers.

c – La co-conception.

L'idée ici est d'inviter les utilisateurs finaux ou potentiels à se joindre aux ateliers de réflexion menés par les concepteurs et chercheurs. L'hypothèse centrale de cette approche est de penser que la mise en commun des savoirs détenus par les chercheurs, les concepteurs et les utilisateurs va permettre à l'ensemble des acteurs de connaître avec plus de précision les tendances futures (produits).

L'approche de co-conception centrée usage est une nouvelle façon de conceptualiser la participation des utilisateurs au processus de conception d'une solution TIC.

L'objectif est « d'analyser et d'anticiper le plus finement possible les modalités de l'interaction entre technologie et ses utilisateurs, à travers une description précise des usages, ce qui revient à penser l'appropriation de la technologie dès la phase de conception »³¹⁵. Les usagers sont placés au cœur du processus d'innovation dès la phase de conception.

Pour saisir cette dynamique d'interaction entre concepteurs et utilisateurs, il faut en place un dispositif méthodologique qui s'organise autour de deux modalités principales :

- une interaction avec le terrain (entretiens exploratoires ; entretiens semi-directifs ; comités ad-hoc ; comités de pilotage utilisateurs) et,
- une démarche de connaissance à partir d'une méthodologie en 6 étapes : perception du problème (1) ; élaboration des règles de design (2) ; construction des scénarios d'usage (3) ; matérialisation de la solution (4) ; expérimentation (5) ; processus de changement (6).

En guise de conclusion, les différentes approches du « *user involvement* » sont présentées à partir du tableau présenté par Kujala et enrichies par Guiderdoni. Le tableau récapitulatif suivant présente l'intérêt majeur de chaque approche et des différentes méthodes-types défendues.

Tableau 20 : Les différentes approches du « user involvement ».

	Angle d'analyse prédominant	Méthodes-types utilisées
Conception centrée utilisateur	Usage	Analyse de tâche Prototype Evaluations
Conception participative (ou collaborative)	Participation démocratique	Création coopérative de prototype ; Ateliers et Brainstorming ; Jeux organisationnels.
Ethnographie	Aspects sociaux du travail	Observation Vidéo-analyse
Conception contextuelle (conception centrée client)	Contexte du travail	Enquêtes contextuelles Prototype papiers
Lead utilisateur	Utilisateurs-marché	Atelier et réflexion avec chercheurs et concepteurs prototype
Conception empathique	Univers de l'utilisateur	Immersion totale dans le contexte de l'utilisateur
Co-conception	Mise en commun des savoirs entre utilisateurs chercheurs et concepteurs	Immersion totale Ateliers Prototypes
Co-conception orientée usage	Usages réels	Entretiens (exploratoires et semi directifs) Comités ad hoc et de pilotage Présentations du projet

3. Les particularités liées à la participation des utilisateurs au processus de conception.

La participation des utilisateurs au processus de conception soulève cependant des difficultés opérationnelles et des particularités théoriques qu'il est difficile d'ignorer dès lors qu'on s'intéresse à ces questions.

3.1. Les difficultés opérationnelles à vouloir faire participer l'utilisateur au processus de conception

Les travaux de Grudin⁴⁴¹ apportent un état des lieux intéressant et toujours d'actualité sur les obstacles et les défis que peut générer la participation des utilisateurs au processus de conception.

- **Incapacité des concepteurs à communiquer.**

Grudin s'interroge sur la capacité de certains membres de l'équipe de conception à communiquer efficacement avec les utilisateurs. En effet, il nous explique que « *bien que la plupart des concepteurs approuvent le principe d'intégration des utilisateurs au processus de conception, ils peuvent ne pas suivre ce principe pour différentes raisons. Certains ingénieurs manquent d'empathie ou de sympathie à l'égard des utilisateurs d'ordinateurs inexpérimentés et peu techniques. Lors des rencontres entre concepteurs et utilisateurs, on se rend compte que parfois les différentes valeurs, style de travail et même langage de chaque communauté font [obstacle] à la communication [...]* »⁴⁴².

⁴⁴¹ GRUDIN J. (1991), "Systematic sources of suboptimal interface design in large product development organization", *Human Computer Interaction*, 6(2), 147-196.

⁴⁴² Ibid. p 157.

- **Problème du maintien de la participation des utilisateurs dans le temps.**

Du côté des utilisateurs, Grudin souligne que « les problèmes de maintien de la participation des utilisateurs ont été reconnus comme essentiel »⁴⁴³. Il nous indique que « *les utilisateurs potentiels peuvent être moins motivés s'ils ne perçoivent pas en quoi le produit [sur lequel ils s'investissent] leur sera bénéfique. Ceci est particulièrement problématique pour [la conception] d'importants systèmes et l'application de 'groupware', qui demandent un usage répandu, mais qui profitent sélectivement aux managers. La situation est même pire si les utilisateurs potentiels [de la technologie en cours de conception] ont le sentiment que leurs emplois pourraient être menacés par un produit qui promet une efficacité accrue* ».

- **La difficulté de sélectionner les « bons » utilisateurs.**

La sélection du groupe des référents utilisateurs devant participer au processus de conception peut se révéler délicate, en particulier dans le cas des grandes organisations (publiques). Grudin souligne la difficulté croissante de sélectionner des utilisateurs dans une population hétérogène de l'organisation. Les obstacles peuvent également s'accroître par la division du travail, ou selon du type d'organisation.

- **La difficulté de prendre en compte les connaissances tacites de l'utilisateur.**

Les utilisateurs peuvent omettre lors des entretiens, de donner aux concepteurs des informations non formalisées sur leur façon de mener leurs activités. Ces éléments s'apparentent bien souvent à des arrangements locaux, qui permettent à l'individu de mieux travailler. La non prise en compte de cette connaissance tacite peut conduire soit à la création de fonctionnalités inutiles, soit à l'absence d'applications, là où elles seraient utiles.

- **Les difficultés d'accès aux utilisateurs.**

Grudin explique que l'accès aux utilisateurs est un vrai défi car « des obstacles peuvent se dresser au sein même de l'organisation des utilisateurs, au sein de celle des concepteurs ou entre elles »⁴⁴⁴. Au niveau de l'organisation des utilisateurs, les concepteurs passeraient plus de temps en contact avec les responsables des systèmes informatiques de l'organisation et des managers des utilisateurs cibles que les utilisateurs eux-mêmes. Le management peut également être un obstacle entre concepteurs et utilisateurs car l'allocation du temps par l'utilisateur dépend du consentement de son hiérarchique. Ce qui peut entraîner un certain nombre de problèmes organisationnels. À ces barrières organisationnelles multiples, s'ajoutent les barrières physiques (la distance dans le cas d'un projet fédérant plusieurs sites distants) et culturelles (culture gestionnaire vs culture médicale par exemple).

- **La question des usages réels.**

Par ailleurs, même si on parvient à sélectionner le bon profil d'utilisateurs potentiels ou finaux, se pose la question des usages réels. En effet, Pascal et Thomas soulignent que « *la participation de quelques usagers pilotes à l'innovation ne permet pas à elle seule une représentativité de l'ensemble des acteurs qui interagiront avec la solution future [...], l'expérimentation n'a donc de sens que si elle est faite en situation d'usage réelle* »⁴⁴⁵.

⁴⁴³ Ibid. p 160.

⁴⁴⁴ Ibid. p 159.

⁴⁴⁵ Op. Cit.

- **Le facteur temps.**

Grudin note enfin que les concepteurs de logiciels considèrent que le temps de développement qu'on leur alloue est toujours insuffisant. Et « *la peur que la participation des utilisateurs conduise à des délais inacceptables est alors un obstacle majeur dans cet environnement de développement sous pression* »⁴⁴⁶. Allouer davantage de temps en amont du processus de conception en raison de la participation des utilisateurs conduirait donc, au final, à un cycle de création plus rapide pour les concepteurs de logiciels⁴⁴⁷.

3.2. Les cadres théoriques choisis pour mieux articuler conception et usage.

Les choix théoriques que nous nous proposons d'adopter, reposent sur l'idée centrale que l'intégration de l'utilisateur dans la conception d'une technologie permet *in fine* une meilleure appropriation de celle-ci. Nous avons vu en détail les raisons et les avantages qui poussent les concepteurs à vouloir inclure les utilisateurs dans l'acte de création, tout en repérant aussi certaines limites dans les différentes méthodologies préconisées.

Pour mieux lier l'usage et la conception, nous choisissons donc d'articuler les deux théories abordées dans les sections et pages précédentes : la théorie de la conception collective d'Hatchuel⁴⁴⁸, fondée sur le rapport de prescriptions réciproques, et la perspective structurationniste de la technologie proposée par Orlikowski⁴⁴⁹ pour saisir l'usage que l'individu réserve à une technologie.

La mobilisation de la théorie de la conception collective permet, selon nous, d'apporter trois avantages.

- **Une conception permanente de la solution.**

Le cadre d'analyse préconisé par Hatchuel permet d'inclure l'utilisateur dans un processus de conception permanente, défini par les efforts constants de re-conception de la solution technologique dans une logique constante d'amélioration des appropriations.

Ce point paraît important car dans bien des cas, l'arrivée de nouveaux logiciels sur le marché suscite un effet de mode, incitant à se doter de dernières technologies, sans préalablement s'interroger sur l'usage à réserver à ces outils. L'implémentation ne se limite donc pas uniquement à la mise en œuvre, mais peut également inclure des moments de re-conception de la solution technologique plus intenses en termes d'évolutions techniques et d'interactions que pendant la création *ex nihilo* de l'objet, surtout si les utilisateurs avaient été oubliés, ou peu sollicités à ce moment-là.

Encadré 13 : Le projet « PILOT » : Un exemple de suivi au CHU de Grenoble.

Dans la mise en œuvre des outils de pilotage au CHU de Grenoble, un comité de suivi des indicateurs des unités de soins (COSINUS) a été mis en place pour valider la diffusion des tableaux de bords et leur contenu. Ce comité d'experts définit les principaux axes d'étude depuis le démarrage du projet de développement et continue à exercer son contrôle pendant les vagues successives d'évolution de la solution. Il est composé de directeurs, d'experts, médecins et soignants, qui assurent ce contrôle régulier de la diffusion opérée par les producteurs d'indicateurs ;

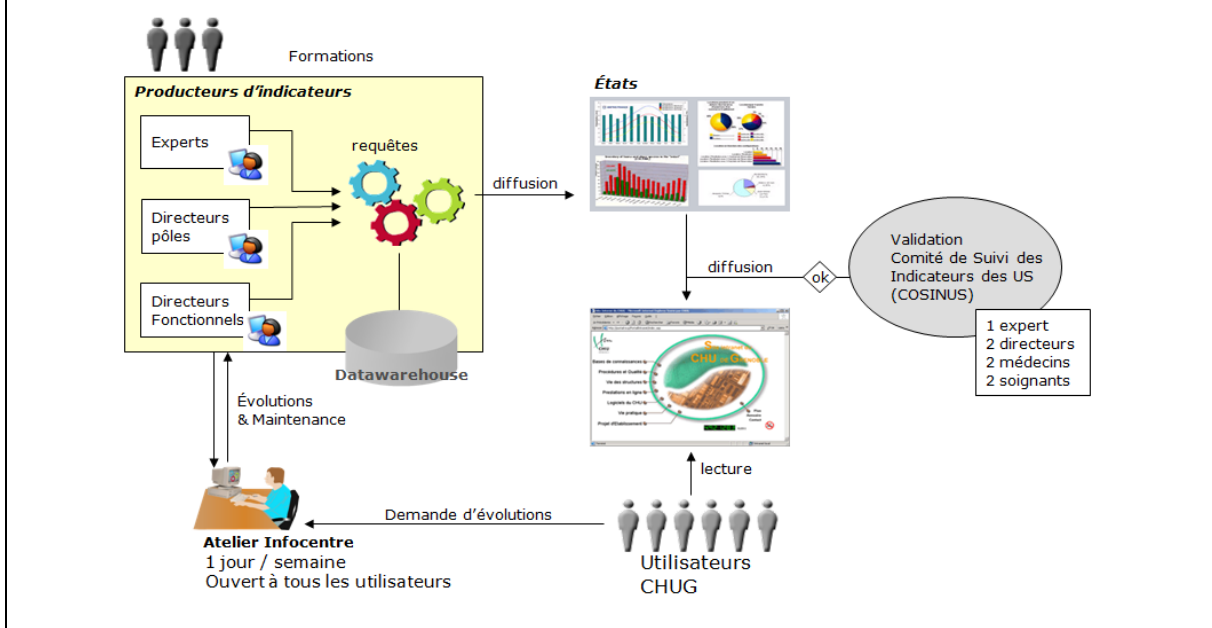
⁴⁴⁶ Ibid. p 164.

⁴⁴⁷ BLACKBURN J., SCUDDER G., VAN WASSENHOVE L. N. (2000), *Concurrent Software Development*. Communications of the ACM , 43(11), 200-214.

⁴⁴⁸ Op. Cit. (1994).

⁴⁴⁹ Op. Cit. (2000).

Ces derniers tiennent compte du recueil des besoins et des demandes d'évolutions, émanant des utilisateurs finaux : un atelier ouvert à tous centralise les attentes. Ainsi, la conception de la solution devient itérative et permanente, dans un cycle d'amélioration continue.



- **Une souplesse méthodologique.**

À cet élément, s'ajoute une souplesse méthodologique dans l'usage de la théorie de la conception collective. Le cadre théorique proposé par Hatchuel permet d'inclure l'utilisateur de trois façons différentes :

- soit comme un concepteur parmi d'autres au moment clef de la négociation et de l'ajustement du processus de conception entre l'« *Ensemble des prescriptions réciproques considérées comme compatibles* » et la « *Modélisation des objectifs de gestion et de validation* », porteur de « *prescriptions* ». Dans ce cas-là, l'utilisateur est porteur de prescriptions à travers les attentes qu'il peut formuler.
- soit comme invité pour tester la technologie en « *zone d'usage* » Dans ce cas-là, l'utilisateur réagit aux propositions que les concepteurs auront pu lui offrir.
- ou encore les deux cas en même temps.

- **Une collaboration dans le même milieu intra-organisationnel.**

Les solutions technologiques qui nous concernent ici – les *systèmes d'information décisionnels* – sont conçues et améliorées *in situ*, c'est-à-dire dans un même site, un même établissement. Dans ce cas-là, concepteur et utilisateur dépendent finalement du même milieu intra-organisationnel, caractérisé par le lien hiérarchique et organisationnel entre les différents acteurs composant l'organisation. La proposition d'Hatchuel abordant le processus de conception à partir du « *rapport de prescription réciproque* » intègre les questions de jeux et de stratégies de différents acteurs en scène lors des phases de négociation et d'ajustement.

En somme, nous défendons l'idée que la conception collective en milieu intra-organisationnel apporte un regard nouveau sur l'articulation usage et conception dans l'analyse des dynamiques d'appropriation d'une solution technologique de pilotage. Cette proposition permet de prendre en compte le poids du contexte organisationnel et permet d'envisager le processus de conception comme un élément permanent et indissociable de la durée de vie de la solution. Cette représentation, nous l'avons constaté maintes fois sur le terrain.

Conclusion du chapitre 6 : La participation de l'utilisateur à la conception, quels avantages ?

Pour saisir le caractère dynamique inhérent au phénomène d'appropriation d'une solution de pilotage, nous avons préconisé d'associer usage et conception. Suivant cette perspective, le chapitre 2 a eu pour objectif d'aborder le monde de la conception, puis de présenter l'articulation entre usage et conception, autant d'un point de vue opérationnel que théorique.

Nous retenons de l'approche de Midler que la situation de conception se caractérise par sa nature heuristique, sa dimension communicationnelle, sa part d'incertitude, sa temporalité, son caractère unique et singulier. Nous avons vu également dans la perspective développée par Hatchuel que s'appuyer sur les mécanismes de « prescriptions réciproques » permettait d'améliorer le processus de conception collective.

Aussi, pour appréhender l'articulation entre usage et conception, nous avons présenté les travaux qui énonçaient clairement les avantages de la participation de l'utilisateur au processus de conception.

D'un point de vue pratique, cette participation peut cependant s'accompagner de difficultés, comme le maintien de l'engagement de l'utilisateur dans le temps, ou la sélection des individus à intégrer.

Sur le plan théorique, nous proposons d'articuler la théorie de la conception collective d'Hatchuel et la perspective structurationniste d'Orlikowski, et ce pour trois raisons :

- La première réside dans l'intégration de l'utilisateur dans le processus de conception, soit comme un concepteur parmi d'autres, porteur de « prescriptions », soit comme invité à tester les propositions, soit les deux cas en même temps.
- En second lieu, se profile l'idée d'une conception permanente de la solution technologique qui se définirait à partir des efforts constants de re-conception dans une logique constante d'amélioration des appropriations.
- Le troisième avantage réside dans la prise en compte du caractère finalisé et hiérarchisé du milieu intra-organisationnel, à partir des négociations et ajustements autour des rapports de prescription. C'est ce dernier élément propre à l'étude de la dynamique d'appropriation qui nous laisse entrevoir, selon nous, la nécessité d'ajouter une troisième dimension d'analyse aux deux premières : la vision stratégique de l'établissement partagée par les décideurs.

Chapitre 7. L'appropriation du SID à l'hôpital à partir de sa conception, de ses usages, et du sens donné à la stratégie de l'établissement.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que l'appropriation du SID à l'hôpital pouvait être appréhendée à partir des itérations multiples entre *Usage* et *Conception*. Pour autant, la compréhension de la dynamique d'appropriation à partir du triptyque *Usage-Conception-Sens* n'a pas encore fait l'objet de travaux de recherche.

La construction de sens, que les décideurs hospitaliers exigent des indicateurs et des tableaux de bord, est au cœur de l'élaboration de la stratégie de l'établissement. Elle apporte un élément explicatif supplémentaire au phénomène d'appropriation du SID. L'intégration du concept de sens nous paraît donc nécessaire à cette meilleure compréhension du phénomène d'appropriation, mais soulève cependant trois grandes séries de questions, qui guideront ce chapitre.

La première porte sur la définition même du sens et du pourquoi le sens ? Quel sens est donné à la stratégie de l'établissement au travers du système d'information décisionnel ? La conduite de plusieurs projets de ce type dans notre activité professionnelle nous a fait prendre conscience du décalage qu'il existait entre le projet d'établissement, conçu souvent indépendamment du système d'information, et le système de pilotage qui est mis au service du décideur hospitalier. L'utilisation de la conceptualisation du sens présentée ici, nous permet d'envisager que certaines dynamiques puissent être engagées dans la réalisation du projet stratégique pour favoriser l'appropriation du système d'information décisionnel, et ainsi nourrir un vrai dialogue de pilotage entre les acteurs de cette stratégie. Pour répondre à ces questions, nous nous référerons à un modèle d'analyse intégrateur, s'inscrivant dans le courant *Strategy-as-Practice* (désormais S-a-P) permettant d'appréhender la complexité des pratiques de construction de sens à l'œuvre dans la stratégie en pratique. En particulier, nous adaptons à notre contexte les travaux de Garreau et Mouricou⁴⁵⁰ développant une heuristique des pratiques de construction de sens.

Pour identifier l'articulation entre le contenu stratégique du projet d'établissement et son pendant organisationnel, la seconde question s'attache à comprendre les relations entre le sens donné à la stratégie au travers du SID et son appropriation en milieu hospitalier : comment relier le sens stratégique inscrit dans le SID à un niveau macro (pilotage stratégique) et la dynamique d'appropriation de ce SID à un niveau micro (pilotage opérationnel) ?

Notre troisième grande question concerne l'articulation théorique entre les trois dimensions d'analyse proposées pour appréhender la dynamique d'appropriation du SID. Elle peut se traduire ainsi : comment s'opèrent, à l'intérieur de l'hôpital, les interactions entre l'usage réservé du SID, sa conception et le sens stratégique que les décideurs lui associent ?

En suivra l'élaboration de notre modèle d'analyse et de son instrumentation.

⁴⁵⁰ GARREAU L., MOURICOU P. (2012), "Sens, objets et stratégie en pratiques dans un projet immobilier", *Revue française de gestion*, 2012/4 (N° 223), pp.137-153.

1. L'apport du concept de sens dans l'élaboration de la stratégie

L'élaboration d'une stratégie est notoirement un exercice complexe. Citons en ce sens Mintzberg, Ahlstrand et Lampel⁴⁵¹ : « L'élaboration de la stratégie, c'est à la fois du jugement conceptuel, de la vision intuitive et de l'apprentissage émergent ; cela concerne la transformation aussi bien que la permanence ; cela doit impliquer des connaissances individuelles et interaction sociale, coopération autant que conflit ; cela suppose d'analyser avant et de programmer après, ainsi que de négocier pendant ; et tout cela doit se faire en tenant compte de l'environnement et de ses exigences... ».

À l'hôpital, décliner la stratégie en objectifs partagés, assortis d'une feuille de route opérationnelle, c'est mettre en place *un projet d'établissement*, dont les enjeux sont :

- Faire émerger les grandes orientations stratégiques de l'établissement en cohérence avec le Schéma régional d'offre de soins,
- Les décliner en plans d'action opérationnels réalistes et partagés,
- Mettre en place des outils de reporting associés (tableaux de bord, de suivi des projets...),
- Intégrer le suivi du projet d'établissement dans le dialogue de gestion afin d'impliquer l'ensemble des pôles et services.

Le projet d'établissement constitue un acte de planification stratégique et un cadre de référence. Il doit permettre d'éclairer le moyen terme, de projeter une vision plus intégrée et plus cohérente de l'organisation en hiérarchisant les axes de progrès afin de conférer un caractère opérationnel au projet d'établissement.

- Il crée une culture commune : le projet d'établissement permet, de par son processus d'élaboration, l'émergence d'un système de valeurs partagées, d'une identité collective. L'association de l'encadrement à la définition des orientations stratégiques, des acteurs opérationnels à leur déclinaison sont essentielles ; la démarche vise à fédérer et dynamiser la construction, il est un outil d'évolution et non de rupture.
- L'élaboration du projet d'établissement se traduit par un plan d'actions opérationnel à moyen terme qui intègre un calendrier, des indicateurs de suivi et de performance. Il doit prendre en compte les moyens nécessaires, les acteurs impliqués, etc. Ces outils doivent permettre de mener un reporting efficace et de s'intégrer dans le dialogue de gestion de l'établissement.

Tant que les établissements de santé appliquaient le système de tarification par la dotation globale, les projets d'établissement pouvaient se contenter d'être une accumulation des orientations souhaitées par chacun des services, dont chacun savait qu'elles avaient finalement des chances limitées d'aboutir, à quelques exceptions près.

L'environnement a changé : les établissements doivent désormais développer une véritable stratégie, énoncer et expliciter leurs priorités et donc définir plus précisément les activités qui vont devoir être développées, créées ou réduites voire abandonnées (car réalisées avec plus d'efficacité par d'autres).

On rappelle notamment les trois finalités des établissements de santé :

- Répondre aux besoins de santé,
- Assurer la qualité des soins,
- Optimiser l'efficacité économique et organisationnelle.

⁴⁵¹ MINTZBERG H., AHLSTRAND B., LAMPEL J (2009), *Safari en pays stratégie: L'exploration des grands courants de la pensée stratégique*, Pearson Education France, 2^e édition.

La mise en place du projet d'établissement se fait donc en principe de manière concertée, aussi bien d'un point de vue externe à l'établissement par la prise en compte des objectifs des ARS que d'un point de vue interne en impliquant l'ensemble du personnel médical, soignant et administratif.

Le diagnostic sur les activités existantes et la détermination des axes stratégiques à développer sont réalisés et partagés par les différents leaders institutionnels : direction générale, CME, direction des soins infirmiers. C'est pourquoi, un comité stratégique (la loi sur la nouvelle gouvernance crée un conseil exécutif) est constitué comme instance régulatrice et visible de ce nouveau management participatif. La place des soignants dans l'ensemble du dispositif est aussi précisée et leur est expliquée, leur implication pour la réussite de la mise en place du pilotage au niveau opérationnel étant essentielle.

Une fois élaborée (ou aménagée), la stratégie est effectivement déclinée en actions. C'est l'objectif du système de pilotage (*et son implémentation en système d'information décisionnel*), que d'aider à suivre et mettre sous contrôle cette déclinaison. Le pilotage implique ainsi de remonter des informations pertinentes, tant au niveau de chaque activité qu'au niveau général (de management stratégique), afin de permettre à la fois d'analyser les résultats et de corriger les plans d'actions, si besoin est.

Mais revenons maintenant à l'élaboration de la stratégie : comme l'explique Balogun⁴⁵², elle est intimement liée au travail de construction de sens.

De nombreux chercheurs du courant S-a-P s'appuient ainsi sur les travaux de Weick⁴⁵³ et en particulier sur le concept de *sensemaking* pour analyser à la fois les aspects cognitifs (interprétation et compréhension du contexte) et comportementaux (actions mises en œuvre) du travail stratégique^{454,455,456}. Comme le souligne Allard-Poesi⁴⁵⁷, « *la question de la nature et du processus de construction de sens dans les organisations mobilise depuis le début des années 1980 l'attention de nombreux chercheurs* ».

Partageant ce constat, il nous semble intéressant de commencer par s'interroger sur ce qu'est le sens ? Allard-Poesi indique en effet : « *Dans ces recherches, le niveau collectif de la cognition est appréhendé de manière privilégiée au travers de la notion de représentation collective – ou schéma cognitif collectif, partagé.* ». Nous constatons que la définition même du sens est très complexe et qu'il existe de nombreuses manières d'appréhender ce concept, dont certaines vont au-delà de l'aspect cognitif au travers des représentations collectives. Nous retenons trois courants théoriques qui selon nous, permettront d'explicitier le plus clairement possible, l'opérationnalisation du concept de sens et la modélisation du processus de construction de sens. Nous présenterons enfin le cadre d'analyse adopté pour étudier les pratiques de construction de sens dans l'élaboration du projet de pilotage de l'établissement.

⁴⁵² BALOGUN J. (2011), "Strategizing and Sensemaking", *Academy of Management Conference*, San Antonio, 12-16 août.

⁴⁵³ WEICK K.E. (1995), *Sensemaking in organizations*, Sage, Thousand Oaks.

⁴⁵⁴ BALOGUN J., JOHNSON G. (2004), "Organizational Restructuring and Middle Manager Sensemaking", *Academy of Management Journal*, vol. 47, n° 4, p. 523-549.

⁴⁵⁵ GIOIA D.A., CHITTIPEDDI K. (1991), "Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation", *Strategic Management Journal*, vol. 12, n° 6, p. 433-448.

⁴⁵⁶ ROULEAU L. (2005), "Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day", *Journal of Management Studies*, vol. 42, n° 7, p. 1413-1441.

⁴⁵⁷ ALLARD-POESI F., PERRET V. (2005), "Rôles et conflits de rôles du responsable projet", *Revue française de gestion*, vol. 31, n° 154, p. 193-209.

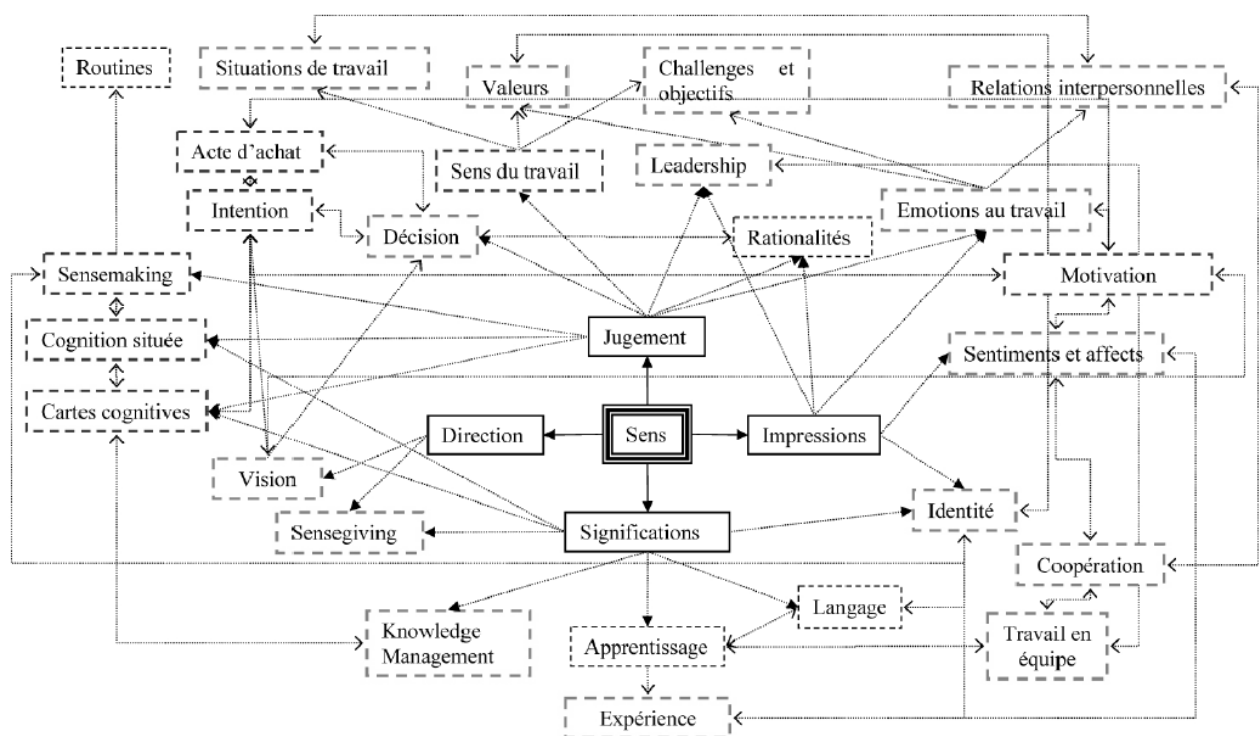
1.1. Les trois courants théoriques pour mobiliser au mieux le concept de sens dans la stratégie

Le sens est un concept polymorphe et selon le dictionnaire Le Petit Robert, pas moins de douze définitions distinctes de ce mot y sont répertoriées. Quatre ensembles de définitions se distinguent, prenant chacun appui sur une même acception du terme sens. Le sens est ainsi défini comme :

- La faculté d'éprouver des impressions ;
- La faculté de bien juger les situations ;
- L'idée ou l'ensemble d'idées intelligible que représente un signe ou un ensemble de signes, formant ainsi des « significations », selon l'approche de Barbier⁴⁵⁸ ;
- La direction que prend une activité.

La cartographie proposée par Garreau⁴⁵⁹ montre qu'une lecture synthétique du concept de sens s'avère difficile, voire impossible, tant les directions prises par les définitions du terme « sens » nous emmènent dans des directions différentes (cf. figure ci-dessous).

Figure 39 : Cartographie des liens entre diverses notions autour du concept de sens (selon Garreau)



Le concept de sens se retrouve donc de façon diffuse dans divers courants des sciences de gestion. Nous avons sélectionné trois ensembles de théories qui selon nous, pourront nous aider à réaliser l'opérationnalisation du concept de sens : les théories cognitives et en particulier celles étudiant les représentations mentales, la théorie du *sensemaking*, et les théories des motivations de l'acteur.

⁴⁵⁸ BARBIER J.-M. (2000), "Rapport établi, sens construit, signification donnée", dans BARBIER J.-M., ALATANU, O. (éditeurs), *Signification, sens, formation*, Paris: PUF, pp.61-86.

⁴⁵⁹ GARREAU L. (2006), L'apport du concept de sens à l'étude du fonctionnement des équipes projet. Études de cas de développement de centres commerciaux chez Immochan, Thèse de doctorat.

• L'étude de la cognition et des représentations mentales

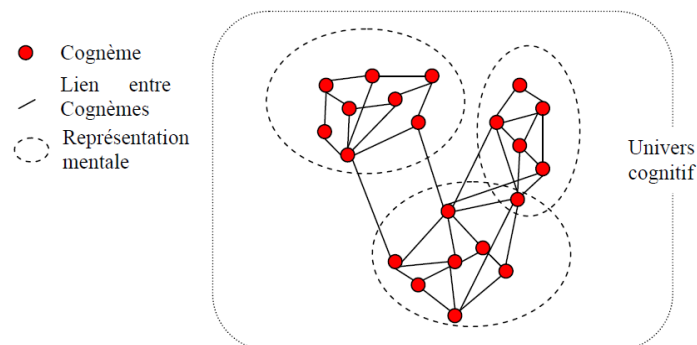
Nous nous attachons à décrire quelques éléments issus du corpus de l'étude de la cognition dans l'étude des organisations.

Que le niveau d'analyse soit le niveau individuel⁴⁶⁰ ou organisationnel⁴⁶¹, la cognition est utilisée pour voir comment une entité (un individu ou une organisation) reçoit de l'information et en assure le traitement en vue d'en produire un *output*, le plus souvent comportemental. Les différents déterminants de la cognition dans la production d'une interprétation particulière sont explorés. Les structures de connaissances plus ou moins stables, les processus de scanning de l'environnement, de sélection des informations et d'interprétation, sont l'objet de l'attention de plusieurs chercheurs⁴⁶², ⁴⁶³, ⁴⁶⁴. La manière d'interpréter les phénomènes, la façon de penser la réalité quotidienne et l'ensemble des processus sociaux à l'œuvre lors de ces processus deviennent centrales dans les recherches sur la cognition.

L'étude de la cognition passe le plus souvent par l'étude des représentations mentales des individus, que cette étude se focalise sur les représentations collectives, individuelles, ou sur le lien entre ces deux niveaux.

La représentation mentale peut être définie comme un ensemble inter-reliées de petites unités cognitives appelées *cognèmes* ayant une signification pour l'acteur, et pouvant être dissociées ou reliées les unes aux autres de façon plus ou moins intense à propos d'un objet ou d'un concept (cf. figure ci-dessous).

Figure 40 : Représentation d'une représentation mentale (selon Garreau)



Le terme « *représentation* » mentale renvoi aux arrangements cognitifs réalisés par les acteurs face à une situation, qui permettent de rendre sensible la situation. Abric indique que « *ce sont bien les pratiques qui créent les représentations et non l'inverse* »⁴⁶⁵ ; et il ajoute un point qui nous semble important pour la suite de notre analyse : « *Il ne suffit pas que l'individu soit engagé dans une pratique pour qu'il la reconnaisse comme sienne et se l'approprie. Encore faut-il qu'elle lui apparaisse comme acceptable par rapport au système*

⁴⁶⁰ FIOL M.C. (2005), "Intraorganizational cognition and interpretation", dans BAUM J. A. C. (éditeur), *The Blackwell companion to organizations*, Malden, MA: Blackwell Publishing, pp.119-137.

⁴⁶¹ LANT T.K. (2005), "Organizational Cognition and Interpretation", dans BAUM J. A. C. (éditeur), *The Blackwell companion to organizations*, Malden, MA: Blackwell Publishing, pp.344-362.

⁴⁶² HUFF A.S. (éditeur) (1990), *Mapping Strategic Thought*, Chichester: John Wiley & Sons.

⁴⁶³ WALSH, J.P. (1995), "Managerial and Organizational Cognition: Notes from a Trip Down Memory Lane", *Organization Science*, Vol. 6, No. 3, pp.280-321.

⁴⁶⁴ HUFF, A.S. et HUFF, J.O. (2000), *When Firms Change Direction*, New York: Oxford University Press.

⁴⁶⁵ ABRIC J.-C. (1994), *Pratiques sociales et représentations*, Paris: PUF, p 219.

de valeurs qui est le sien. »⁴⁶⁶. Une des voies possibles réside sans doute dans l'ancrage, qui désigne « *l'enracinement social de la représentation et de son objet, [en mettant l'accent sur] la signification et l'utilité qui leur sont conférés* »⁴⁶⁷.

Dès lors, la représentation mentale peut être utilisée comme un objet social permettant aux acteurs de partager une même représentation des objets et des situations. La représentation mentale obtient ainsi un pouvoir significatif. Elle permet aux acteurs de se comprendre les uns les autres en se représentant les objets en partie de la même façon.

Les principaux outils mobilisés pour étudier les phénomènes liés à la cognition sont à base de questionnaires dont les réponses obtenues font l'objet d'un traitement mathématique, appelé différentiel sémantique, permettant de mesurer les associations d'idées chez les acteurs, et de les présenter de façon objective. On trouve également l'analyse de discours, la technique la plus répandue aujourd'hui pour appréhender la cognition des individus. L'utilisation de cartes cognitives ou causales permet une visualisation graphique des résultats très séduisante.

• La théorie du *sensemaking* ou la dynamique du processus de construction de sens

Nous abordons maintenant le courant du *sensemaking* issu des travaux de Weick. Ce courant a en effet une existence quasi autonome par rapport aux recherches sur la cognition et mobilise des postulats et principes qui lui sont propres.

La théorie du *sensemaking* permet d'appréhender les dynamiques organisationnelles qui influencent le sens donné aux situations auxquelles les acteurs sont confrontés. Un des postulats de la théorie du *sensemaking* est la complexité de la réalité du monde : l'acteur doit simplifier la complexité afin de pouvoir appréhender cette réalité et agir dans le monde. « *Le processus de sensemaking consiste donc à en extraire des éléments et à les relier au sein d'une représentation qui en redonnant de l'ordre donne du sens* »⁴⁶⁸. Ce processus comprend cinq phases identifiables⁴⁶⁹ : prise de connaissance, triangulation des informations, affiliation, délibération et consolidation. Ces étapes doivent être appréhendées dans une perspective dynamique et interactionniste. Weick propose de comprendre le processus de construction de sens par les individus dans une situation précise.

La caractéristique majeure qui différencie l'approche de Weick des approches développées jusqu'alors est de baser le concept de *sensemaking* sur une vision rétrospective de la réalité, où « *le sujet met entre parenthèses une partie du flux de son expérience pour lui attribuer un sens* »⁴⁷⁰. La démarche de Weick n'est donc pas de savoir quel est le sens donné, mais d'analyser le processus de construction de sens pour accéder à la dynamique de l'organisant (ou organizing). L'apport de Weick à la théorie des organisations est considérable^{471,472}, autant dans les perspectives théoriques qu'il ouvre que dans les apports managériaux

⁴⁶⁶ Ibid. p 220.

⁴⁶⁷ JODELET D. (2003), "Représentation sociale : phénomènes, concepts, théories", dans MOSCOVICI S. (éditeur), *Psychologie sociale*, Paris: PUF, pp.363-384.

⁴⁶⁸ VIDAILLET B. (2003), *Exercice de sensemaking*, dans VIDAILLET B. (éditeur), *Le sens de l'action*. Karl E. Weick: sociopsychologie de l'organisation, Paris: Vuibert, pp.35-50.

⁴⁶⁹ WEICK K. (1985), "Cosmos vs. Chaos: Sense and Nonsense in Electronic Contexts", *Organizational Dynamics*, Vol. 14, pp.50-64.

⁴⁷⁰ GIROUX N. (2006), La démarche paradoxale de Karl. E. Weick, dans AUTISSIER D. et BENSEBAA F. (éditeurs), *Les Défis du Sensemaking en Entreprise*. Karl E. Weick et les sciences de gestion, Paris: Economica, pp.25-50.

⁴⁷¹ GIOIA D.A. (2006), "On Weick: An Appreciation", *Organization Studies*, Vol. 27, No. 11, pp.1709-1721.

⁴⁷² SUTCLIFFE K.M., BROWN A.D., PUTNAM L.L. (2006), "Introduction to the Special Issue Making Sense of Organizing: in Honor of Karl Weick", *Organization Studies*, Vol. 21, No. 11, pp.1573-1578.

potentiels. D'un point de vue théorique, l'approche de Weick permet de mettre en avant la dynamique inhérente aux organisations. Le concept d'organisant, préféré à celui d'organisation propose une posture dynamique dans l'étude des relations organisationnelles. L'approche montre aussi comment les interactions des acteurs vont structurer (ou déstructurer) la construction de sens et l'organisation. Weick ouvre également une porte sur l'étude du langage dans les organisations et la façon dont il structure l'action en train de se produire.

Les limites de la théorie du *sensemaking* résident dans le fait que Weick ne définit jamais clairement le concept de « sens ». S'il s'intéresse principalement au *sensemaking*, et donc au processus de création de sens, aucune définition de la notion de sens n'est donnée. Les définitions⁴⁷³ du *sensmaking* et du *sensgiving* ne seront données que plus tard par Gioia et Chittipeddi⁴⁷⁴. Dans ce cas, comment savoir si des données, recueillies lors d'entretiens ou par le biais d'enregistrement audio, ou par le biais de l'observation de comportements font partie de ce que Weick entend par sens ou non. Quelles données doivent être collectées ? Parmi ces données, lesquelles font partie du sens, lesquelles font partie du processus de construction de sens ? Et lesquelles ne font partie ni de l'un, ni de l'autre ?

Malgré ces limites, nous tenons toutefois à utiliser l'approche du *sensemaking* car elle peut nous être utile dans le cadre de notre recherche : elle permet la mise en évidence du processus dynamique lié à la construction de sens, et l'étude du sens en intégrant des données temporelles. Comprendre le sens, c'est l'inscrire non seulement dans un contexte culturel et identitaire particulier, mais aussi prendre en compte les modifications de ces contextes et des interactions dans le temps pour comprendre le sens tel qu'il est construit, déconstruit, reconstruit par l'acteur.

• L'étude des motivations de l'acteur

Une autre façon d'approcher le concept de sens est de considérer les motivations de l'acteur face à une action ou à son travail.

En adoptant une perspective centrée sur l'individu, nous distinguons le *sens du travail* et le *sens au travail* :

– Le *sens du travail* est intimement lié à la place du travail dans les sociétés dans lesquelles vivent les individus. La place du travail dans la vie des acteurs et l'arbitrage vie privée – vie professionnelle ont un impact sur le sens donné au travail dans la vie des individus.

– Le *sens au travail* correspond à l'épanouissement des individus au travail. Il peut être d'abord envisagé comme la participation d'un individu à l'atteinte d'objectifs. D'autres éléments entrent en considération dans l'identité de rôle associée au travail : la prise de responsabilité, la contribution à un travail d'ampleur ou l'estime de soi. L'ensemble de ces éléments « *sont perçus comme une source de sens existentielle et donnent aux individus une orientation et un but* »⁴⁷⁵.

De ces éléments ressort la principale tendance, à savoir l'importance de l'identité de l'individu dans le sens pris par le travail.

⁴⁷³ Le *sensemaking* se définit comme un processus social au travers duquel les individus interprètent et comprennent la réalité dans laquelle ils évoluent. Le *sensegiving* est un processus fondé sur une représentation préétablie du sens, apportée par un individu, qui va chercher à influencer les autres individus dans leur compréhension de la situation.

⁴⁷⁴ GIOIA D.A., CHITTIPEDDI K. (1991), "Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation", *Strategic Management Journal*, vol. 12, n° 6, p. 433-448.

⁴⁷⁵ SIMON R.W. (1997), "The Meanings Individuals Attach to Role Identities and Their Implications for Mental Health", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 38, No. 3, pp.256-274.

En utilisant la perspective organisationnelle, une seconde approche du sens au travail est également possible. Nous pouvons ainsi considérer l'organisation comme un processus continu de construction et destruction de sens pour les acteurs⁴⁷⁶. Au sein de l'organisation, des processus communicationnels et relationnels permettent d'instaurer une structure de sens (pouvant aussi aboutir à une lutte de pouvoir autour de l'établissement d'un sens dominant au sein de l'organisation). Nous garderons ce phénomène à l'esprit dans notre étude empirique.

En résumé, nous approchons la notion de sens au sein des organisations par trois concepts dont le tableau suivant en fait l'inventaire.

Tableau 21 : Synthèse des éléments théoriques importants autour du concept de sens (selon Garreau)

Courant théorique	Éléments à prendre en considération dans l'étude du sens
Cognition	Représentations mentales – interprétations – degré de partage des représentations – utilisation possible des outils de cartographie – prise en compte du contexte organisationnel et culturel
Sensemaking	Identité – processus dynamique du sens – rapports de pouvoir – importance de l'action et du langage – possibilité d'influencer le sens chez d'autres acteurs – prise en compte du contexte organisationnel et culturel
Motivations	Lien vie privée / vie professionnelle – genre – prise en compte du contexte organisationnel et culturel – communication explicite et implicite – importance de la projection dans un état futur

1.2. L'opérationnalisation du concept de sens

L'étude du concept de sens dans les situations de gestion rencontrées dans notre recherche, en particulier au cours des entretiens réalisés auprès des acteurs hospitaliers, s'appuie sur la démarche d'opérationnalisation du concept de sens proposée par Garreau⁴⁷⁷. Le schéma suivant traduit la modélisation du processus de construction de sens.

Le modèle se résume ainsi :

Le sens est d'abord conçu comme une relation entre un élément externe à l'acteur (ici, le projet stratégique de l'établissement initié par la direction générale), et des éléments internes, appréhendés à travers la structure tripolaire de Barbier⁴⁷⁸ et adaptée par Garreau⁴⁷⁹ : éléments cognitifs, finalités et sensations.

Le sens résulte ensuite du résultat d'un processus de construction de sens, défini comme un moyen de saisir la réalité grâce aux trois pôles identifiés au cours des phases précédentes (éléments cognitifs, finalités, émotions et sensations). La réalité externe est traduite grâce à une opération de construction de sens, sorte de filtre par lequel l'acteur appréhende la situation. Une fois l'ensemble des éléments du sens (éléments cognitifs, sensations et finalités) stabilisés, les acteurs appliquent un test de plausibilité au sens qu'ils ont donné à la situation. Cela correspond à une des caractéristiques du processus de *sensemaking* chez Weick⁴⁵³. Si le sens donné paraît plausible aux individus, l'acteur le réifie à la situation, en lui octroyant le statut de « vérité ». Le sens donné (*sensegiving*) devient alors la réalité externe pour les individus.

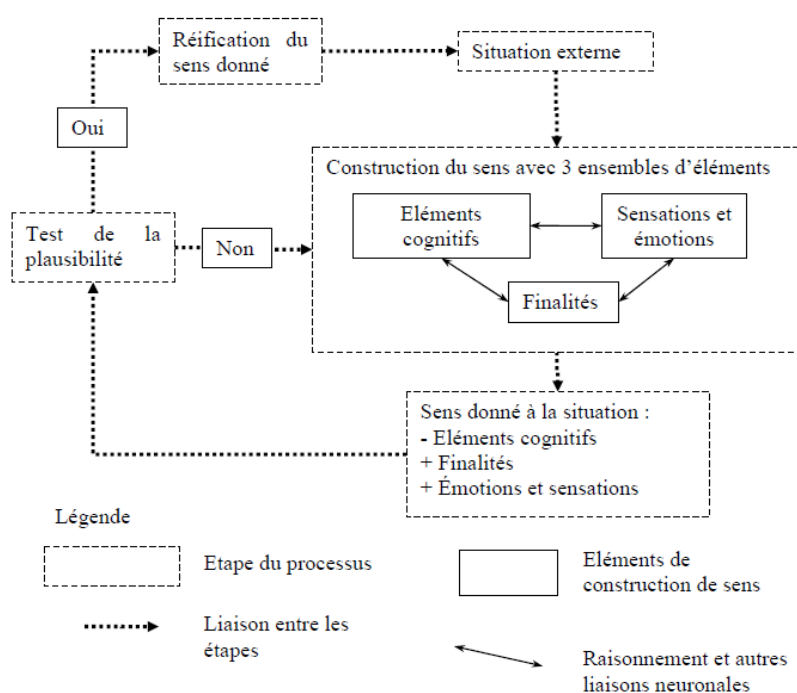
⁴⁷⁶ GRAY B., BOUGON M.G., DONNELLON A. (1985), "Organizations as Constructions and Destructions of Meaning", *Journal of Management*, Vol. 11, No. 2, pp.83-98.

⁴⁷⁷ Op. Cit. pp.160-194.

⁴⁷⁸ BARBIER R. (1998), "L'éducateur comme passeur de sens", communication au Congrès International sur la transdisciplinarité à l'Université Locarno, Suisse, CIRET/UNESCO, Bulletin interactif du Centre International de Recherches et Études Interdisciplinaires.

⁴⁷⁹ Dans son modèle originel, Barbier place le sens au centre de trois pôles : les significations, la direction et les sensations, respectivement adaptés par : éléments cognitifs, finalités et sensations.

Figure 41 : Modélisation du processus de construction de sens (selon Garreau)



Si cette approche du sens prend clairement sa place dans l'univers scientifique rationnel évoqué par Barbier, elle permet toutefois d'insérer au sein des sciences de gestion des éléments provenant de l'univers non rationnel. L'utilisation d'éléments tels que la collaboration entre deux personnes, ou la fierté d'une conduite irréprochable permettent d'intégrer, dans cette approche rationnelle du concept de sens, des éléments du monde non-rationnel. Le sens donné par un acteur à une telle situation se nourrit ainsi tout autant d'éléments rationnels issus des capacités d'analyse des individus que d'éléments non rationnels.

1.3. Le cadre d'analyse adopté pour étudier les pratiques de construction de sens dans l'élaboration des projets de pilotage

Toutefois, selon Balogun⁴⁸⁰, de nombreuses pistes restent à explorer pour étudier le lien entre *sensemaking* et fabrique de la stratégie. L'étude des objets comme les indicateurs métiers affichés dans les tableaux de bord ou toute autre représentation visuelle, et utilisés par les acteurs dans la dynamique de construction de sens, est à ce titre particulièrement intéressant à mener dans le cadre d'un projet d'établissement ou tout autre projet de pilotage.

Pour répondre aux contraintes d'une situation spécifique et renouveler la stratégie de l'organisation, les décideurs hospitaliers doivent se livrer à un travail de construction du sens, définir les activités et une façon de travailler ensemble au sein des projets de pilotage de l'établissement. Les projets rassemblent des individus qui disposent et développent des connaissances et des compétences variées⁴⁸¹. Ces individus sont souvent issus de fonctions différentes (directeurs, gestionnaires, médecins, soignants), d'organisations différentes

⁴⁸⁰ BALOGUN J. (2011), *Strategizing and Sensemaking*, Academy of Management Conference, San Antonio, 12-16 août.

⁴⁸¹ MUSCA G. (2004), "Construction de compétences et environnement turbulent. Le cas d'équipes-projet Internet", *Revue française de gestion*, vol. 30, n° 149, p. 117-131.

(pôles et/ou services, grands groupes de disciplines, acteurs en détachement), ce qui implique la mise en interaction de schèmes cognitifs multiples.

Nous décidons d'adopter un cadre d'analyse intégrateur fondé sur quatre registres de pratiques qui sont la fabrique de la stratégie, l'ancrage de la stratégie, la fabrique de l'organisation, et l'ancrage de l'organisation. Cette heuristique des pratiques de construction de sens, proposée par Garreau et Mouricoun⁴⁸² dans le cas d'un projet particulier, montre que les individus ont besoin de recourir à des objets pour matérialiser le processus de construction de sens dans un projet. Nous proposons de l'appréhender dans notre contexte hospitalier et sur d'autres types d'objets : les objets de pilotage au sein des tableaux de bord du système d'information décisionnel.

• Approche par le contenu et approche relationnelle du pilotage

La stratégie se construisant au travers des actions et interactions individuelles^{483,484,485}, le contenu du projet de pilotage ne peut être dissocié des relations qu'entretiennent ses membres. Au-delà du contenu, le projet est alors appréhendé comme une organisation dans laquelle les individus réalisent un travail constant de construction de sens portant sur leurs relations. La dialectique entre contenu et organisation du projet constitue donc le premier axe du cadre d'analyse.

Qu'il soit question du contenu du projet ou de l'organisation-projet, le dépassement de l'incertitude, de la complexité et de l'ambiguïté constituent des questions centrales en management de projet⁴⁸⁶. Dans l'organisation hospitalière, les acteurs du projet éprouvent en effet un haut degré d'ambiguïté sur ce qui peut et doit être fait dans la situation présente. La difficulté à définir les objectifs, l'incertitude de l'environnement, le peu de connaissance des enjeux techniques, l'imprévisibilité des réactions des parties prenantes font ainsi partie du quotidien des managers autour d'un dialogue de pilotage.

Nous avons vu avec Weick que la construction du sens par les individus au travers des pratiques de *sensemaking* et de *sensegiving* recouvre alors une importance primordiale pour l'orientation de la dynamique organisationnelle et du contenu du projet : « *Sensemaking et sensegiving opèrent en réalité de façon complémentaire dans des phases d'instabilité, où l'ambiguïté est présente. Si les dirigeants et les tops managers peuvent être considérés comme des acteurs incontournables dans les processus de sensemaking et sensegiving qui touchent à la stratégie de l'organisation, ces derniers sont susceptibles de concerner de nombreux autres acteurs qui vont enacter leur environnement local* »⁴⁸⁷. La dichotomie *sensemaking* vs. *sensegiving* constitue le deuxième axe du cadre d'analyse.

⁴⁸² GARREAU L., MOURICOUN P. (2012), "Sens, objets et stratégie en pratiques dans un projet immobilier", *Lavoisier - Revue Française de Gestion*, 2012/4 - N° 223, pp. 137-152.

⁴⁸³ JARZABKOWSKI P., BALOGUN J., SEIDL D. (2007), "Strategizing: The challenges of a practice perspective", *Human Relations*, vol. 60, n° 1, p. 5-27.

⁴⁸⁴ WHITTINGTON R. (2003), "The Work of Strategizing and Organizing: for a Practice Perspective", *Strategic Organization*, vol. 1, n° 1, p. 119-127.

⁴⁸⁵ WHITTINGTON R. (2006), "Completing the Practice Turn in Strategy Research", *Organization Studies*, vol. 27, n° 5, p. 613-634.

⁴⁸⁶ PICH M.T., LOCH C.H., DE MEYER A. (2002), "On Uncertainty, Ambiguity, and Complexity in Project Management", *Management Science*, vol. 48, n° 8, p. 1008-1023.

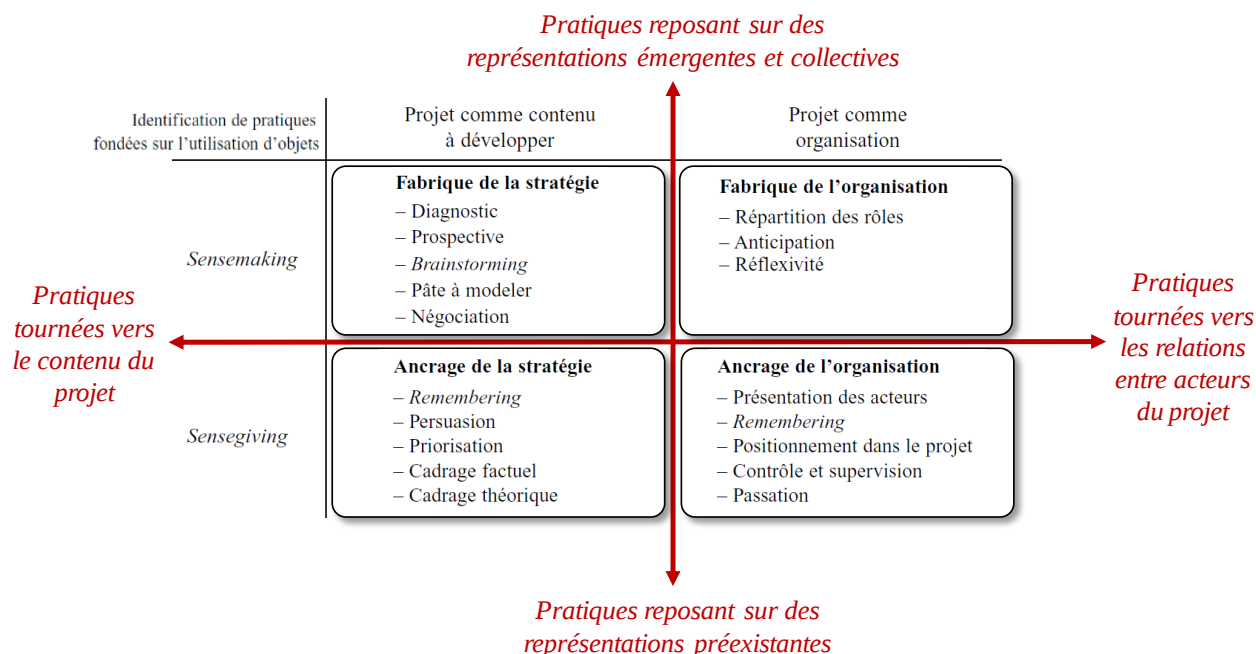
⁴⁸⁷ Op. Cit.

• Le rôle des objets dans la construction du sens

Dans une approche stratégique, l'outil sert à structurer l'ébauche de conception stratégique³⁷⁰, des objets devenant ainsi vecteur de sens dans l'action collective organisée⁴⁸⁸. Concernant ces objets spécifiquement, Garreau et Mouricoun indiquent que les processus de construction collective de sens mis à l'œuvre dans les organisations s'appuient sur « *des objets sociomatériels divers tels que les cartes représentatives d'un territoire, les ratios de retour sur investissement, les prototypes, les représentations graphiques de tables de données, etc.* ». Ils précisent que dans une approche stratégique, le rapport spécifique entre les objets et le *sensemaking* a été étudié par Papadimitriou et Pellegrin⁴⁸⁹, mais en se focalisant plus sur les objets que sur les pratiques des acteurs. C'est la participation de ces acteurs à la stratégie en pratique qu'ils se proposent d'aborder dans leur article.

La figure suivante propose une synthèse de leur cadre d'analyse.

Figure 42 : Synthèse du cadre d'analyse de Garreau et Mouricoun.



Le modèle opère un croisement de deux dimensions :

- Le premier axe d'analyse prolonge la perspective ouverte par Gioia et Chittipedi⁴⁹⁰ et place sur un même continuum les processus de *sensgiving* et de *sensmaking*.
- Le second axe articule les enjeux appréhendés par les acteurs, qu'ils soient relatifs au contenu du projet ou aux relations des acteurs au projet ou entre les acteurs du projet.

Nous décrivons ci-dessous cette typologie à quatre registres de construction de sens : fabrique de la stratégie, fabrique de l'organisation, ancrage de la stratégie et ancrage de l'organisation.

⁴⁸⁸ MARTIN D.P., PICCEU C. (2007), "Outils de gestion et pilotage dynamique de l'action collective", *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 10, n° 3, p. 75-110.

⁴⁸⁹ PAPADIMITRIOU K., PELLEGRIN C. (2007). "Dynamics of a project through Intermediary Objects of Design (IODs): A *sensemaking* perspective", *International Journal of Project Management*, vol. 25, n° 5, p. 437-445.

⁴⁹⁰ Op. Cit.

- **Les quatre registres de construction du sens**

Les pratiques de construction du sens sont regroupées en quatre registres.

– Le *registre de l'ancrage de la stratégie* rassemble des pratiques de construction de sens reposant sur des représentations préexistantes du projet et traitant de son contenu. Ces pratiques contribuent à la capitalisation des connaissances, à la construction d'une mémoire collective et plus généralement à la diffusion du contenu du projet.

Dans une perspective rétrospective, les acteurs peuvent utiliser des représentations visuelles (schéma directeur, nouvel organigramme, maquette de tableau de bord, support de présentation des séminaires) comme des instruments permettant de consigner la mémoire du projet et de la transmettre aux autres membres de l'équipe (*remembering*). Il s'agit de définir les contours d'un travail de construction collective du sens à venir. Véritable support pédagogique, le plan stratégique est ici utilisé pour diffuser des éléments factuels passés et actuels du projet. Il permet aux membres de l'équipe projet d'opérer un travail de *sensegiving* afin de porter à la connaissance de leurs collègues l'ensemble des contraintes techniques, juridiques ou encore financières.

– Le *registre de la fabrique de la stratégie* désigne les pratiques de construction de sens tournées vers le contenu du projet et s'appuyant sur un processus de *sensemaking* chez les individus. Ces pratiques analytiques facilitent la construction de représentations collectives susceptibles de lever les ambiguïtés du projet stratégique et les incertitudes rencontrées par les acteurs. La pratique la plus caractéristique est sans conteste celle qui s'appuie des séances de *brainstorming* renvoyant à la conception de la stratégie, souvent marquée par un enthousiasme très fort chez les acteurs qui voient leurs idées prendre forme et se matérialiser. Ils ont ainsi le sentiment que le projet stratégique se construit sous leurs yeux et que les objets manipulés sont des matériaux malléables sur lequel « rien n'est figé ».

– Le *registre de la fabrique de l'organisation* correspond à une redéfinition de l'organisation interne et du regard porté sur l'action collective. Les individus se livrent alors à *sensemaking* tourné, non plus vers le contenu du projet, mais vers les relations entre ses acteurs. En confrontant leur représentation du projet stratégique à la réaction qu'ils anticipent chez d'autres acteurs, les individus s'interrogent au fil des discussions sur leurs pratiques professionnelles et s'auto évaluent. Ce travail d'introspection et de remise en question peut les amener à porter sur eux-mêmes un jugement qui peut être positif ou plus négatif.

– Le *registre de l'ancrage de l'organisation* rassemble les pratiques de construction de sens reposant sur les relations individuelles et s'appuyant sur un processus de *sensegiving* (représentations préexistantes). La construction du projet stratégique et du système de pilotage associé, permettent de matérialiser les domaines de compétences de chacun et de figer une répartition des rôles qui peut avoir été collectivement construite lors d'échanges précédents (registre de la fabrique de l'organisation). Ils peuvent également permettre à des acteurs de rappeler à leurs homologues les relations antérieures entre les membres du projet (on retrouve une pratique de *remembering* déjà observée dans le registre de diffusion de la stratégie).

Cette présentation succincte de l'ensemble des micropratiques de construction de sens pour chacun des registres, nous montre leur contribution au processus de fabrication de la stratégie générale du projet. Cependant, l'articulation entre les différents niveaux de décision doit être également abordée.

2. La construction du sens comme élément d'articulation entre les différents niveaux de décision d'un projet de pilotage

Même s'il est vrai que l'on assiste avec la nouvelle gouvernance à une certaine forme de déconstruction de la hiérarchie sociale dans les hôpitaux, en particulier avec l'affirmation de la place du chef de pôle en regard des chefs de services et d'unité, il existe en même temps un mouvement de re-hiérarchisation qui s'opère par la formalisation des systèmes de gestion et par la définition de niveaux hiérarchisés de décision au sein de ces systèmes.

Cette re-hiérarchisation admet et nécessite l'autonomie, au sens où elle reconnaît à chaque niveau de décision, une capacité à formuler des objectifs locaux qui lui sont spécifiques, définir des variables d'action, se référer à des indicateurs partiels de résultats. Néanmoins, ces centres sont hiérarchisés et intégrés au plan de circulation de l'information, de telle sorte que l'autonomie de chaque niveau est bornée et contrôlée par les décisions de niveau supérieur, en terme d'espace d'application de la décision, d'horizon temporel et d'effets de diffusion.

La construction d'un véritable « sens commun » nécessite donc une mise en cohérence permanente des différents niveaux de décision et conduit donc à une architecture particulière des systèmes d'information et de leurs supports informatiques. Cette section rappelle les principes de formalisation des niveaux de décision dans les systèmes d'information. Elle montre la construction du sens comme élément d'articulation entre les différents niveaux de décision dans la démarche de construction du système de pilotage de la performance associé.

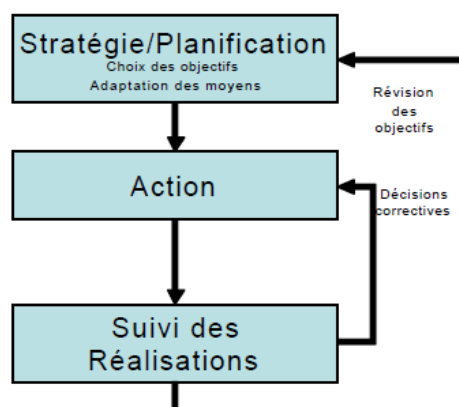
2.1. Les principes de hiérarchisation dans l'élaboration du système de pilotage

Les établissements de santé, confrontés aux réformes ambitieuses, tentent d'améliorer leurs pratiques de management dans le domaine du pilotage et de la recherche de la performance.

- **Les éléments invariants du pilotage de la performance**

Le pilotage est une démarche qui comprend un certain nombre « d'invariants » formant une « boucle de contrôle » représentée par la figure⁴⁹¹ ci-dessous.

Figure 43 : Les invariants du pilotage.



⁴⁹¹ Cf. Étude élaborée en 2005 par le GMSIH sur le thème du pilotage de la performance, présentant les grandes notions liées au pilotage des entreprises, ses enjeux et un premier état des lieux des démarches menées en établissement de santé (<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/pilotage-des-etablissements-de-sante/>).

Le pilotage de la performance pour les établissements de santé se traduit donc en terme méthodologique par 3 étapes – *planifier, agir et suivre ses réalisations* – et une série de questions exigeant une construction de sens, à chacun des membres de l'équipe de direction.

– Planification

- *Où ai-je l'intention de me rendre ?* C'est la « cible », conditionnée par ma stratégie.
- *Dans quelles conditions de performance (au plan économique) ai-je l'intention de m'y rendre ?* La réponse à cette question va conditionner largement les moyens à mettre en œuvre pour atteindre la cible.
- *Comment vais-je m'y prendre pour atteindre ma cible, compte tenu des ressources dont je dispose ?* Il s'agit de mon plan d'action.

Dans le cas où il s'agit d'entraîner l'ensemble des collaborateurs dans une même direction, l'exercice repose sur les mêmes bases, mais il est beaucoup plus complexe à mettre en œuvre et il nécessite de pouvoir apporter des réponses à d'autres questions :

- *Pourquoi faut-il atteindre cette cible ?* La capacité à communiquer clairement les raisons qui sous-tendent la décision prise est une condition indispensable pour obtenir l'adhésion et gérer le changement.
- Le plan d'action doit se décliner, de façon cohérente, à tous les niveaux de l'organisation. Il s'agit en effet de déléguer à un certain nombre de responsables des tâches qui apportent une contribution partielle à l'atteinte de l'objectif d'ensemble. Il faut aussi coordonner dans le temps les mouvements d'ensemble, ce qui impose de préciser le quand ?
- C'est à ce stade de mise en œuvre opérationnelle de la planification qu'il faut prévoir les repères, jalons ou indicateurs, qui vont permettre, dans le cours de l'action, de donner l'« image » la plus précise possible de la progression vers la cible visée.

– Action

Les éléments de planification sont ensuite déclinés à tous les niveaux des organisations en actions concrètes, influant directement la performance de l'établissement.

– Suivi des réalisations

Il s'agit de déterminer « au fil de l'eau » où je me situe par rapport à l'objectif et par rapport mon plan d'action prévu, afin d'être en mesure :

- d'identifier les « actions correctives » à mettre en œuvre pour me donner les meilleures chances d'atteindre la cible choisie, dans les délais souhaités et avec les ressources dont je dispose,
- et éventuellement de reconsidérer l'objectif à atteindre pour tenir compte de ma capacité à corriger les écarts constatés, mais aussi de changements intervenus dans l'environnement.

Et sans oublier que contrairement à une entreprise industrielle ou commerciale, la spécificité principale d'un établissement de santé ne peut se limiter à un objectif de performance économique, mais tient dans sa capacité à répondre aux trois finalités interdépendantes que nous avons vu dans la première partie, à savoir :

- Répondre aux besoins de santé
- Assurer la qualité des soins
- Optimiser l'efficience économique et organisationnelle

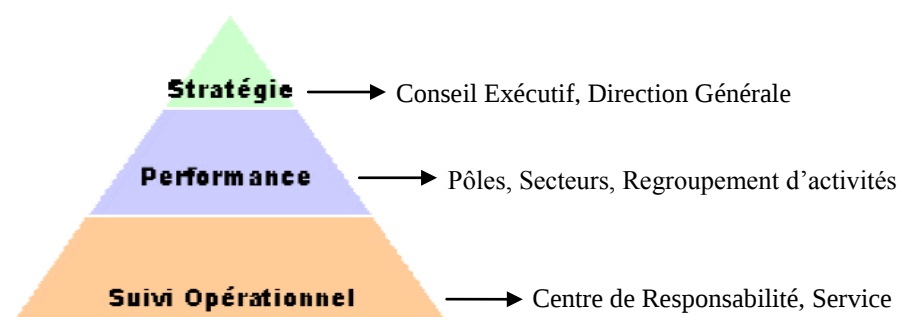
- **Les trois « niveaux de décision » du pilotage**

Que ce soit pour prévoir, pour agir ou pour réagir, le pilotage est donc très étroitement associé à la prise de décisions, pouvant se situer à trois niveaux différents mais complémentaires :

- Le *niveau stratégique* : on y retrouve les décisions concernant la cible (où ?) et les raisons de vouloir l'atteindre (pourquoi ?),
- Le *niveau de performance économique*⁴⁹² : c'est le niveau de la prise en compte des moyens et des contraintes ou opportunités financières,
- Le *niveau opérationnel* : à ce niveau « tactique », tous les éléments constitutifs du plan d'action doivent être prévus et organisés (responsables, délais, indicateurs, etc.).

On utilise généralement la schématisation en pyramide pour illustrer cette typologie de segmentation du pilotage.

Figure 44 : la typologie de segmentation du pilotage.



Un établissement de santé va donc pour assurer le pilotage de sa performance, se définir une stratégie qui s'appuie sur les trois finalités mentionnées précédemment (qualité des soins, réponse aux besoins de santé et efficacité économique et organisationnelle).

Cette stratégie fixera également des objectifs à chaque strate de son organisation :

- Conseil Exécutif, Direction Générale
- Pôles, Secteurs, Regroupement d'activités
- Centre de responsabilité, Service

Ainsi, chaque niveau d'organisation disposant de pouvoirs décisionnaires, réalise une partie de la performance globale de l'établissement ; La principale contrainte étant l'alignement des objectifs *sur une stratégie commune et partagée*.

Pour cela, cette stratégie doit être clairement énoncée dans le projet d'établissement, le projet médical, et le contrat d'objectif et de moyens (COM).

À titre d'exemple, le tableau suivant, tiré de l'étude du GMSIH, illustre les types d'objectifs possibles en fonction du niveau décisionnaire.

⁴⁹² Les niveaux opérationnels et stratégiques sont souvent plus développés que celui de la performance économique dans un établissement de santé, sachant néanmoins qu'ils sont complémentaires et ne doivent pas être opposés.

Tableau 22 : Exemple d'objectifs par niveau de décision.

	Exemple d'objectifs	Fréquence
Conseil Exécutif	Développer de nouvelles activités dans l'ambulatorio Se rassembler sur un site unique Être pôle d'excellence dans une discipline Revenir à l'équilibre financier	Bi-annuel/Annuel
Pôles - Secteurs	Contractualiser entre un pôle clinique et un pôle médico-technique sur des objectifs de délais Réorganiser le fonctionnement des équipes logistiques Lancer un programme de lutte contre les infections nosocomiales	Mensuel-Trimestriel
CR-Service	Optimiser la ré affectation des lits disponibles par une bonne anticipation des sorties Réduire les délais de fourniture des comptes rendus Assurer une adéquation entre les temps de présence des soignants et ceux des malades Réduire le taux d'absentéisme de x jours par an	Journalier-Mensuel

• Les processus structurant le fonctionnement de l'établissement

Pour autant, découragé devant l'ampleur du chantier, inquiet devant la concurrence qui ne cesse de s'amplifier, miné de l'intérieur par des crises identitaires, l'hôpital a de plus en plus de mal à faire émerger un diagnostic partagé sur la base duquel pourraient être bâties de nouvelles stratégies et de nouvelles façons de faire ensemble, plus efficaces et plus efficientes.

Cette difficulté de faire ensemble, tient en grande partie à l'irruption brutale de la révolution technologique, ou encore, à l'organisation centrée sur les services et au développement d'outils de gestion inadaptés.

L'ensemble de ces constats amène Claveranne et Pascal⁴⁹³ à plaider pour une meilleure prise en compte du facteur organisation à l'hôpital et à proposer d'appliquer au secteur de l'hospitalisation la méthode de gestion par les processus qui se développe depuis près de dix ans dans de nombreux autres domaines de l'activité économique.

Cette approche introduit une vision unificatrice de la performance hospitalière, qui réconcilie les objectifs de coûts et les préoccupations d'efficacité en mettant l'accent sur le résultat produit et son évaluation par le client en termes de valeur. Elle implique de mettre fin au cloisonnement organisé du médical et de l'économique pour inventer ou développer des modes de production susceptibles de fédérer les acteurs autour d'une approche globale et transversale des problèmes.

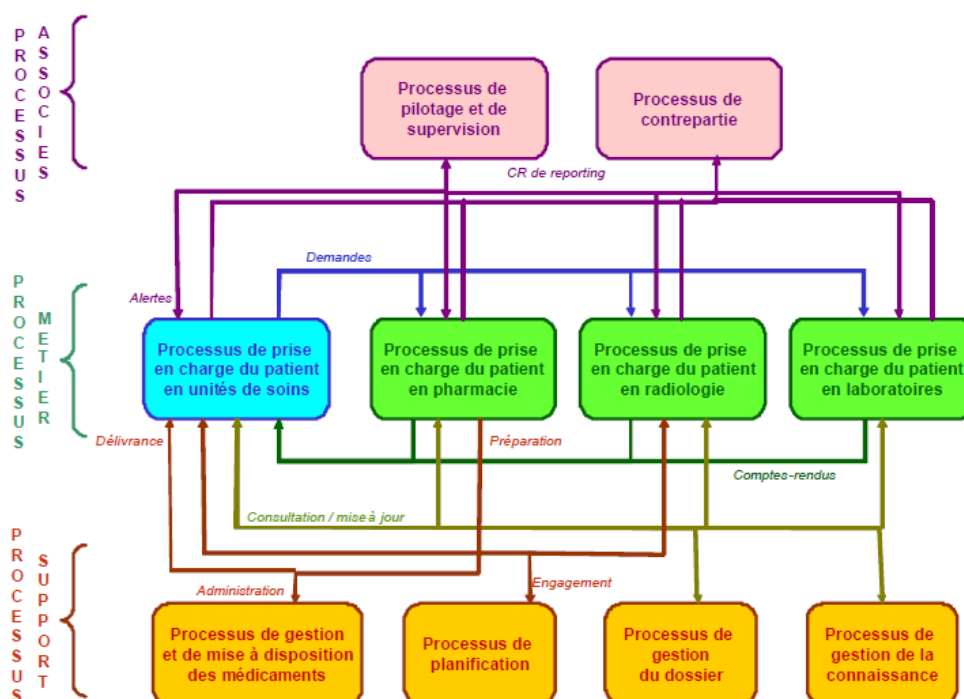
Claveranne et Pascal soulignent l'intérêt de la *formalisation des processus*, dans la déclinaison de la stratégie, la prise de décision et le pilotage. Elle permet de cartographier les grands flux, ce qui permet de comprendre (en la visualisant) l'organisation générale d'un établissement.

Cette représentation des processus (ensemble d'activités mesurables et reliées entre elles ayant une finalité commune) a l'avantage de fournir une vision claire et généralement transversale de l'établissement étudié.

⁴⁹³ Op. cit.

La cartographie des macroprocessus d'un établissement de santé pourrait être la suivante :

Figure 45 : Exemple de cartographie des processus de l'hôpital⁴⁹⁴.



Claveranne et Pascal préconisent une démarche méthodique pour analyser puis reconfigurer les processus, en tenant compte de la nécessaire évolution des structures de responsabilité et de contrôle qu'induit la mise en place d'une organisation plus transversale.

2.2. La construction du sens commun au service du dialogue de pilotage

La qualité du dialogue de pilotage entre la direction et les équipes médicales participe à l'amélioration de performance hospitalière. La construction de sens commun est une des conditions primordiale a priori. Ce paragraphe fait état des principales conditions de ce dialogue de pilotage avant de montrer sa géométrie variable.

• Les conditions préalables du dialogue

Pour qu'un dialogue fructueux s'établisse entre la direction et le corps médical, plusieurs conditions doivent être réunies⁴⁹⁵ :

– Un *langage commun*, qui se traduit le plus souvent par la mise à disposition des médecins d'outils d'analyse de leur activité : tableaux de bord, comparaison à des référentiels nationaux, comptes de résultat analytique.

⁴⁹⁴ cf. Étude du GMSIH « Analyse de l'existant et des besoins des systèmes d'informations de production de soins ».

⁴⁹⁵ DURIEZ G. (2012), Le dialogue de gestion entre les médecins et la direction. Impact de la tarification à l'activité et réalité dans un groupe hospitalier de l'AP-HP, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.

– Des *lieux de discussion*, au sein desquels se diffuse une culture commune Il peut s'agir d'instances formelles, réunies à intervalles réguliers (CME, Directoire) mais aussi de réunions ad hoc.

– Une *liberté d'action* accordée aux acteurs et des bénéfices qui découlent pour eux de cette participation au dialogue. C'est théoriquement la délégation de gestion, corollaire naturel de la notion de pôle, qui joue ce rôle, au travers de la latitude, certes encadrée contractuellement, qu'elle accorde aux gestionnaires de proximité (les médecins)

– Une *volonté réciproque de travailler ensemble*, ce qui suppose que la direction fasse confiance aux médecins et leur accorde une véritable marge de manœuvre et de décision dans la sphère économique, et que les médecins – ou au moins certains d'entre eux - intègrent la contrainte gestionnaire dans leur réflexion quotidienne, acceptent de s'engager sur des objectifs et de consacrer du temps à l'analyse de l'activité et de leur organisation afin de les atteindre.

Ce dialogue se fera sur la base d'un contrat de pôle qui doit en effet traduire le projet de gestion et donner un sens aux objectifs acceptés par le pôle : en effet, à quoi bon regarder les tableaux de bord si on ne se sent pas engagé sur un niveau d'activité ? Pourquoi mesurer ses performances (ex : le coût de production du GHS) en l'absence d'objectif d'amélioration de l'équilibre financier du pôle ?

Cependant, à ces conditions préalables, s'oppose une situation pas toujours bien adaptée.

• **Les difficultés habituellement rencontrées**

Nous tirons de notre expérience des constats qui indiquent que les conditions du dialogue sont encore partiellement réunies.

Suite à l'introduction de la tarification à l'activité, nous avons observé une multiplication des outils médico-économiques au sein de l'univers hospitalier, depuis la simple mesure de l'activité constatée jusqu'aux dispositifs élaborés permettant de calculer l'intéressement des pôles. Comme le soulignent Moisdon et Pépin « *le développement des outils de gestion visant au pilotage des entités en charge de l'activité de base (pôles, services, départements, services médico-techniques, etc.) constitue certainement le point commun de nombreux établissements* »⁴⁹⁶.

La multiplication du nombre de tableaux de bord vient donc du fait qu'ils sont destinés à plusieurs niveaux : la direction des finances et/ou l'équipe du contrôle de gestion, et les cadres administratifs des pôles.

C'est particulièrement vrai dans le cas des tableaux de bord qui peuvent rapidement mesurer l'évolution de l'activité et détecter rapidement les anomalies. On y dénombre les admissions, les mutations et les sorties. Puis on calcule la DMS qui combinée avec d'autres données concernant les séjours, permet de calculer l'indice de productivité, et enfin la valorisation des recettes. C'est beaucoup moins vrai pour les dépenses, où les données sont plus rares et difficiles à obtenir. On diffuse quand même en général à chaque pôle les dépenses de titre 2 et de titre 3 mensuellement.

⁴⁹⁶ MOISDON J-C., PÉPIN M. (2010), les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements, DREES, Série études et recherches, n°97, 127p.

Au-delà de la plus grande difficulté à disposer des données concernant les dépenses, l'usage des tableaux de bord centrés sur l'activité, s'est généralisé avec la montée de la T2A car les acteurs y étaient incités. D'une part, parce que beaucoup d'établissements ont fait le pari de réduire leur déficit en augmentant leurs recettes. D'où la nécessité pour certains pôles de s'assurer rapidement que le contrat conclut avec la direction sera tenue. D'autre part, parce que les médecins se considèrent davantage responsable du développement de l'activité de leur service, et moins en ce qui concerne les dépenses. Cela vient d'abord du fait que les dépenses liées à l'organisation du service (principalement les personnels soignants) relève de la direction des soins et non du chef de service (avec de surcroît des ratios définis nationalement). Puis les dépenses de titre 2 les plus significatives sont en grande partie maîtrisées et contrôlées par la pharmacie.

On observe également que même si la diffusion des tableaux de bord est relativement large (trios de pôles et chefs de service), elle ne suscite que de rares réactions chez les destinataires. Certaines réactions, rares mais encore réelles, manifestent même de la part de certains médecins, le refus pur et simple de la logique économique et gestionnaire reflétée par les tableaux de bord. Certains chefs de pôles ou de services considèrent encore trop souvent la production des indicateurs comme une perte de temps.

Pour autant, les tableaux de bord permettent à la direction de repérer les variations les plus manifestes et d'en rechercher la cause. Cela se passe essentiellement par un échange avec le cadre administratif de pôle. Le plus souvent, l'explication trouvée permet de comprendre l'écart (ex : baisse de l'activité suite à une fermeture de lits...) mais rarement de mettre en place une action corrective. Dans les services, les indicateurs permettent aux médecins de comparer leur activité d'une année sur l'autre et de détecter ainsi plus rapidement un problème.

Du coup, même si au départ, ces outils pouvaient apparaître comme un élément important pour faciliter le dialogue entre les participants, on observe en réalité que les tableaux de bord contribuent assez peu à l'enrichissement de la discussion médico-économique. Le reporting prime sur l'analyse et chaque mois, on mesure l'activité sans véritablement être en mesure d'en comprendre les variations, qui peuvent pourtant être importantes. À cela s'ajoute souvent un point de désaccord entre gestionnaires et praticiens : la direction considère en effet que les médecins disposent de leviers leur permettant de maîtriser en partie l'activité, alors que les médecins estiment qu'ils sont confrontés à des vagues d'activité et de non-activité, qui s'équilibrent en général sur l'année mais qui sont difficiles à prévoir et sur lesquelles leur marge de manœuvre reste faible.

À côté de cette multitude de tableaux de bord, principalement centrés sur l'activité, sont également mis en place d'autres outils issus de la comptabilité analytique, intéressants intellectuellement mais qu'il est difficile à relier à l'organisation concrète. Moisdon souligne que *« l'usage des outils médico-économiques s'est généralisé avec la T2A. Comptes de résultat analytique (CREA) ou tableaux de coûts case-mix (TCCM) sont désormais régulièrement produits par les établissements. Leurs résultats font l'objet d'un suivi régulier et d'échanges soutenus entre les acteurs. [...] Or, les instruments issus de la T2A sont encore loin d'avoir parcouru l'ensemble des étapes de l'appropriation : ils sont certes construits et donnent lieu à un certain nombre d'échanges, mais leur impact en termes de pilotage et de gouvernance, autrement dit la façon dont ils structurent les décisions, demeure difficilement perceptible (évidemment il s'agit là d'un diagnostic général, laissant possibles contre-exemples et situations singulières) ... »*⁴⁹⁶.

Pour conclure, on voit bien que la construction du sens commun ne sera efficace qu'à travers l'usage collaboratif d'outils bien appropriés par les utilisateurs.

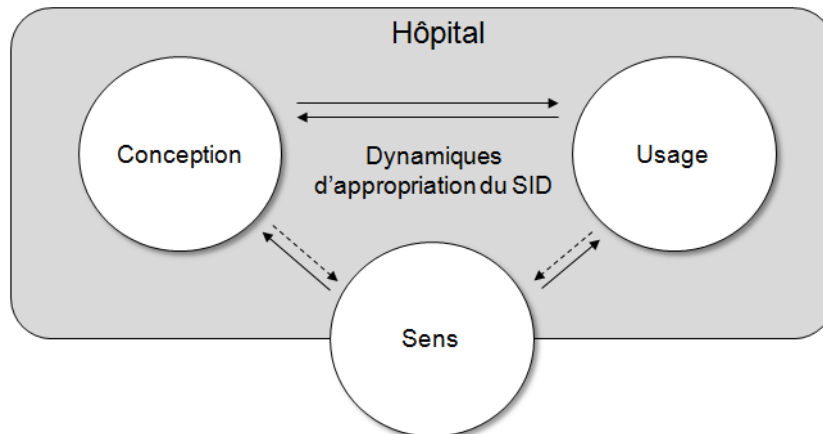
3. L'élaboration de notre modèle d'analyse et de son instrumentation pour l'étude de l'appropriation du SID

Pour étudier l'appropriation du SID à l'hôpital, nous proposons un modèle d'analyse à partir de l'articulation entre **Conception**, **Usage** et **Sens**. L'originalité est d'intégrer la construction de sens opérée par les décideurs, comme dimension d'analyse au couple « Usage–Conception » traditionnellement retenu pour comprendre l'appropriation des TIC.

En somme, nous défendons la thèse que dans un milieu organisationnel comme l'hôpital, l'appropriation du SID résulte d'un processus constant d'interactions entre les trois dimensions d'analyse retenues, à savoir *Usage*, *Conception* et *Sens* et peut être appréhendée à partir de leur articulation.

Pour analyser l'appropriation sous cet angle, nous proposons d'articuler les trois composantes théoriques vues dans cette deuxième partie, à savoir la perspective structurationniste d'Orlikowski pour appréhender l'usage (chapitre 5), la théorie de la conception collective d'Hatchuel pour la dynamique de création (chapitre 6), et la modélisation de Garreau pour la construction de sens (chapitre 7). La figure suivante illustre schématiquement notre problématique.

Figure 46 : Modèle d'analyse proposé pour appréhender la dynamique d'appropriation du SID à l'Hôpital.



L'hôpital est symbolisé par un rectangle, à l'intérieur duquel se situent les trois dimensions d'analyse retenues – *Usage*, *Conception* et *Sens* – et représentées par un cercle. En positionnant la bulle de la conception ainsi au sein de l'établissement, nous considérons que le processus de conception du SID se mène *in situ* dans l'hôpital. En revanche, le cercle symbolisant le sens, et se situant pour moitié dans l'institution et pour moitié en dehors, signifie que l'on tient compte aussi de la situation externe de l'acteur comme un des facteurs déclenchant la construction de sens.

Pour mieux comprendre l'articulation entre les trois dimensions, nous proposons de distinguer deux dynamiques.

- 1 – Les mécanismes internes propres à chaque dimension d'analyse.
- 2 – Le jeu de relations entre ces dimensions, symbolisées par les différentes flèches reliant les cercles entre eux.

3.1. Les dynamiques internes à chacune des trois sphères

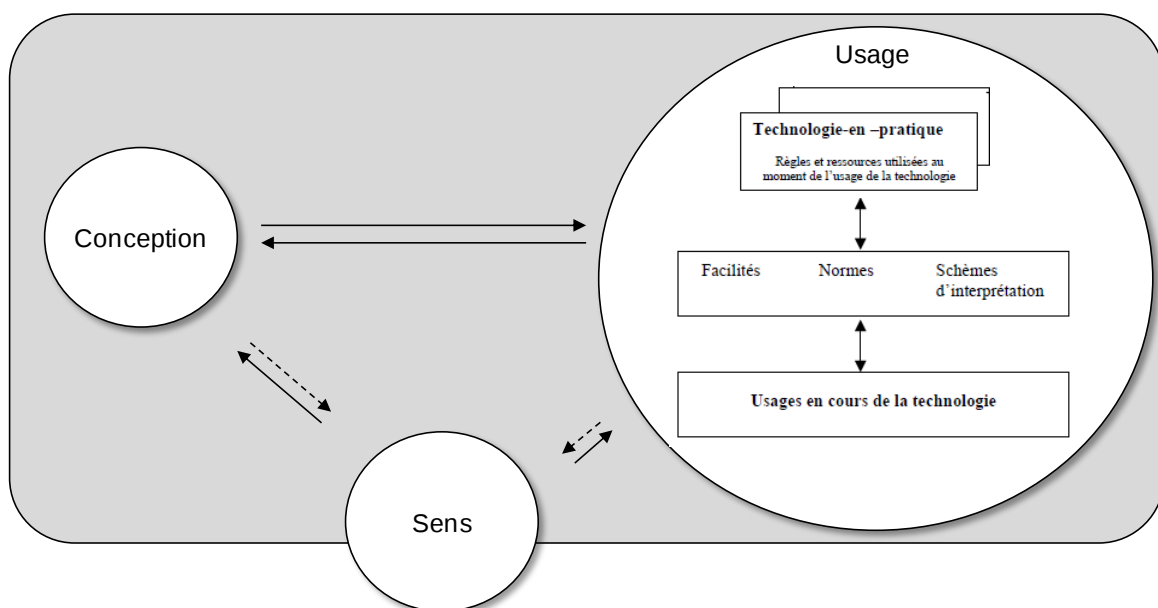
La compréhension des mécanismes internes propres à chaque dimension d'analyse conduit à l'énoncé des trois propositions théoriques. Sur le modèle d'analyse proposé par Guiderdoni⁴⁹⁷, les deux premières concernant respectivement l'analyse de l'usage et de la conception, alors que la troisième nous est plus singulière et traite la question de la construction du sens.

- **Proposition théorique n° 1 concernant la question de l'usage :**

1 : L'interaction entre l'utilisateur et le SID s'explique au regard de ses propriétés structurelles *enactées* par cet acteur.

Afin de comprendre l'utilisateur et l'usage du SID qu'il en fait, nous nous référons directement à la perspective structurationniste proposée par Orlikowski⁴⁹⁸ qui peut se présenter ainsi :

Figure 47 : La perspective d'Orlikowski pour analyser l'usage du SID dans le contexte hospitalier.



- **Proposition théorique n° 2 concernant le monde de la conception :**

2 : Les rapports de prescription entre concepteurs et utilisateurs influencent le processus de conception du SID.

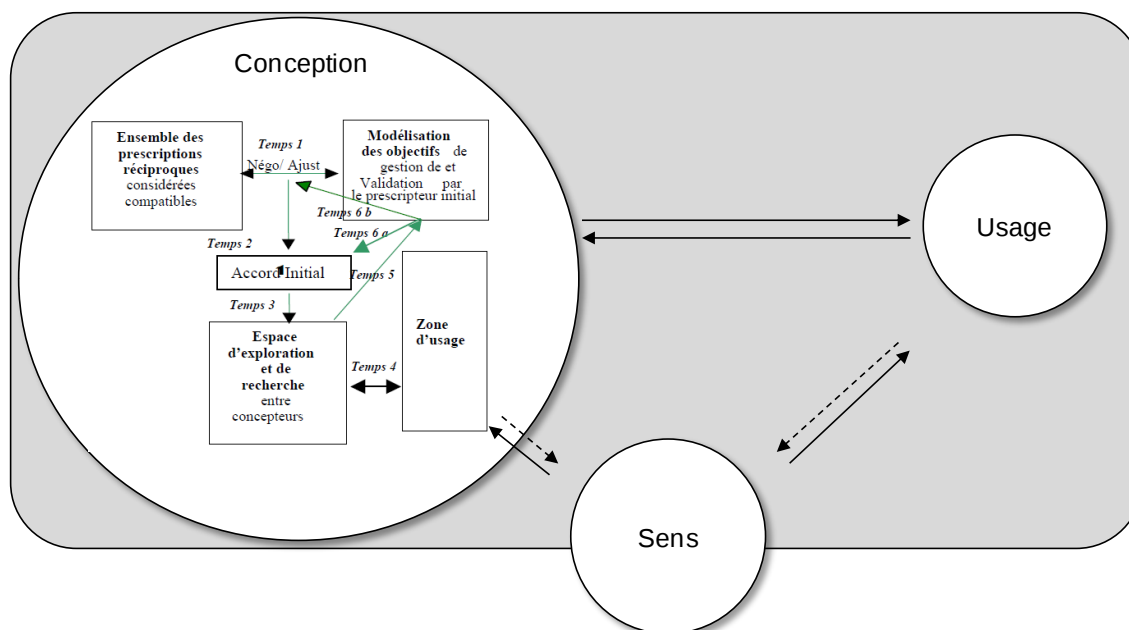
La deuxième proposition théorique est a pour objet de saisir la dynamique interne en œuvre dans le cercle des concepteurs et se réfère à la dynamique de coopération entre concepteurs et utilisateurs proposée par Hatchuel⁴⁹⁹.

⁴⁹⁷ GUIDERDONI-JOURDAIN K., L'appropriation d'une Technologie de l'Information et de la Communication en entreprise à partir des relations entre Vision-Conception-Usage : Le cas d'un Intranet RH, d'un concepteur RH et de l'utilisateur Management Intermédiaire, Thèse à l'Université Aix-Marseille II – de la Méditerranée, 2009.

⁴⁹⁸ Op. Cit. (2000).

⁴⁹⁹ Op. Cit (1994).

Figure 48 : Le recours à la dynamique de coopération entre concepteurs et utilisateurs adaptée de la théorie de la conception collective de Hatchuel.



- **Proposition théorique n° 3 concernant la construction du sens :**

3 : La construction de sens opérée par les décideurs de l'hôpital à travers le SID est une façon d'exploiter en commun le projet stratégique de l'établissement, en cohérence avec une situation externe variable.

Pour conclure, on voit bien que la construction du sens commun ne sera efficace qu'à travers l'usage collaboratif d'outils bien appropriés par les utilisateurs.

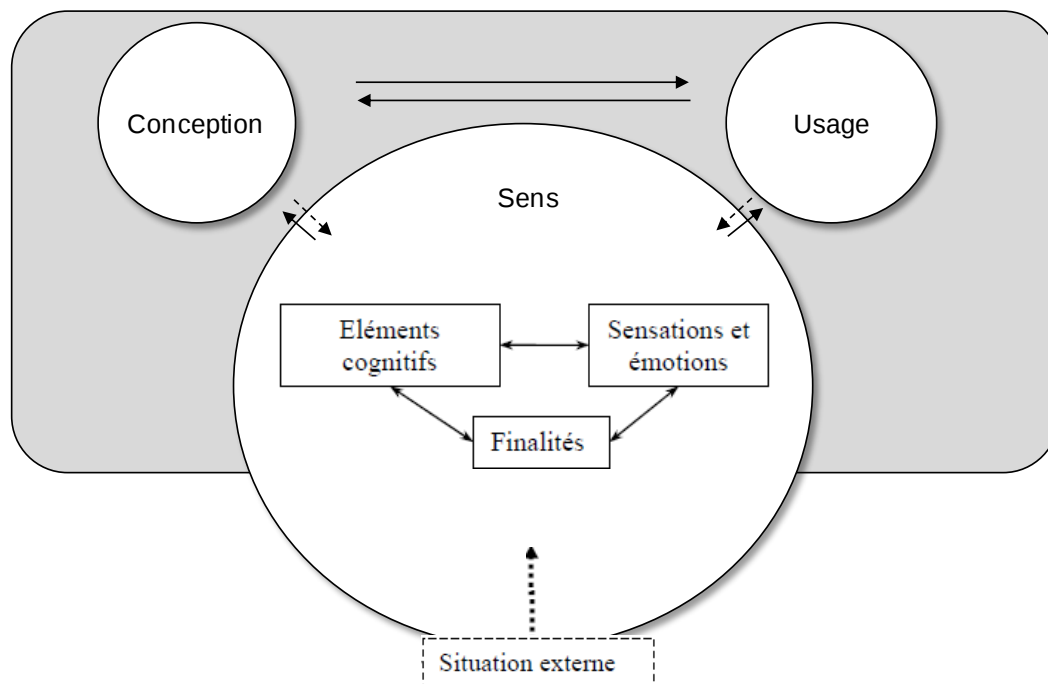
Garreau⁵⁰⁰, et Garreau et Mouricoun⁵⁰¹ offrent un modèle d'analyse mobilisable pour comprendre comment la construction de sens par les décideurs intervient et peut influencer la mise en place d'un SID et de son évolution dans l'hôpital.

Ils abordent la construction du sens comme un ensemble d'« idées autorisées » émanant d'efforts combinés entre différents décideurs pour donner du sens au projet stratégique de l'établissement à travers l'usage des nouvelles technologies au sein de l'organisation, et plus particulièrement du système d'information décisionnel.

⁵⁰⁰ Op. Cit.

⁵⁰¹ Op. Cit.

Figure 49 : Le recours à la modélisation de Garreau pour la construction du sens commun.

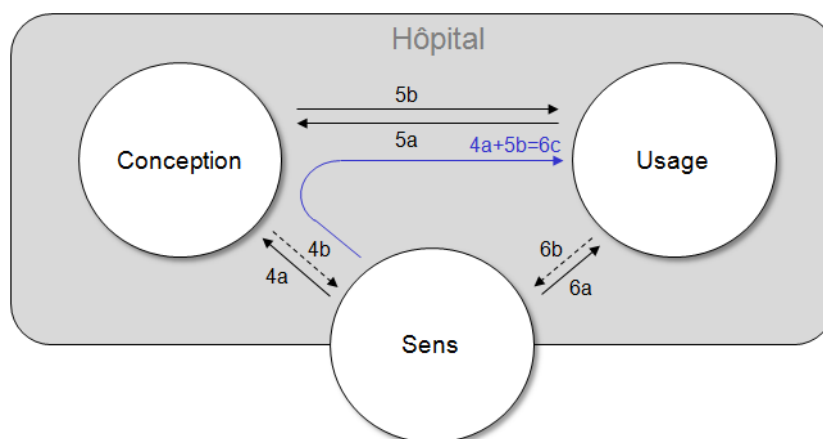


3.2. Les relations dynamiques entre Conception, Usage et Sens

Pour analyser la dynamique d'appropriation du SID avec une approche didactique et analytique, nous décomposons les relations du triptyque *Conception, Usage et Sens*, en différentes flèches reliant les cercles entre eux. Nous parvenons ainsi à trois couples d'interaction, comme le montre le schéma ci-dessous :

- Le premier couple concerne la relation *Sens et Conception*,
- Le deuxième s'articule autour des interactions entre *Usage et Conception*,
- Le troisième porte sur la relation entre *Sens et Usage*.

Figure 50 : Le modèle proposé pour l'analyse de la dynamique d'appropriation du SID à l'hôpital.



Ceci nous conduit à l'énoncé des trois nouvelles propositions théoriques.

- **Propositions théoriques n° 4 à partir des relations entre Sens et Conception**

Le couple de ces relations se décline en 2 propositions :

(4a) : La construction de Sens des décideurs de l'hôpital, sous-jacente au projet stratégique, a une forte influence sur les modes et les objectifs de conception assignés aux concepteurs du SID.

Nous considérons ici qu'il existe un lien fort entre *Sens et Conception*, parce que le SID est conçu et amélioré *in situ* à l'hôpital, et que ses concepteurs sont dépendants des décideurs porteurs de sens du projet stratégique ; soit hiérarchiquement dans le cas où ils appartiennent à la maîtrise d'ouvrage et/ou à la maîtrise d'œuvre de l'hôpital, soit en relation contractuelle avec eux parce qu'ils appartiennent à des prestataires extérieurs (cas où l'hôpital a recours à une assistance à la maîtrise d'ouvrage ou une maîtrise d'œuvre pour réaliser le SID).

(4b) : Les concepteurs du SID, en tant qu'experts, peuvent influencer le sens donné au projet stratégique, construit par les décideurs de l'hôpital, en fonction des possibilités dont ils disposent pour répondre aux objectifs assignés.

À l'inverse, les concepteurs, détenteurs d'une expertise spécifique, en particulier sur la modélisation des données décisionnelles, peuvent parvenir à nuancer ou à réajuster l'expression de besoins des décideurs, en fonction des possibilités techniques et fonctionnelles nécessaires à la réalisation du système.

Même si ces 2 relations sont supposées réciproques, le poids du rapport des décideurs sur les concepteurs peut induire une intensité supérieure entre ces deux interactions. C'est pour cela que nous formalisons en pointillé la proposition théorique (4b).

- **Propositions théoriques n° 5 à partir des relations entre Conception et Usage**

Nous retrouvons ici l'apport théorique défendu par la plupart des courants de recherche en SI, à savoir que la conception du SID centrée sur l'utilisateur et son usage permet de développer l'appropriation.

Il se décline en 2 propositions :

(5a) : Les concepteurs du SID intègre soit l'utilisateur lui-même soit ses attentes au processus de création afin d'offrir un SID mieux adapté et susceptible d'être plus facilement appropriable.

Les concepteurs répondent essentiellement aux attentes de l'utilisateur, en particulier à la construction de sens affichée par les décideurs.

(5b) : Les concepteurs vont faire évoluer le SID en fonction de leurs propres objectifs tout en cherchant la cohérence avec la construction de sens affichée des décideurs.

En parallèle de la prise en compte des utilisateurs et des problèmes que cela soulève, les concepteurs du SID, doivent également remplir les objectifs de conception fixés, en termes de méthodologie, de normes de développement et de critères d'évolutivité.

- **Propositions théoriques n° 6 à partir des relations entre Sens et Usage**

L'originalité des relations entre *Sens* et *Usage* est de cumuler un effet direct (proposition 6a et 6b) et un effet indirect (proposition 6c).

(6a) : Le Sens que donnent les décideurs au projet stratégique influence la façon dont ils vont s'approprier le SID proposé.

Dans un premier temps, nous supposons que le *Sens* affiché par les décideurs de l'hôpital influence la façon dont va être approprié le SID mis à leur disposition. Ceci constitue l'effet direct du *Sens* sur l'*Usage*, traduit graphiquement par la proposition théorique (6a).

(6b) : L'analyse de l'usage global du SID par l'ensemble des acteurs contribue, en association avec d'autres facteurs, à renforcer le sens donné au projet stratégique de l'hôpital.

L'usage du SID, associé au statut qu'il lui est donné par la Direction Générale, sont des éléments qui tendent à renforcer le projet stratégique en cours d'exercice. Ce lien entre *Usage* et *Sens*, reste cependant dilué, du fait, des autres éléments précités. Nous la mettons proposition théorique (6b) en pointillé.

Nous ajoutons la proposition théorique (6c) qui traduit un effet indirect du *Sens* sur l'*Usage* via la Conception.

(6c) : Le Sens porté par les décideurs de l'hôpital dans le projet stratégique influence de façon indirecte les utilisateurs du SID via la conception.

Celle-ci consiste à considérer que les concepteurs, tout en ayant leurs propres objectifs (proposition théorique 5b), vont faire évoluer le SID en cohérence avec la construction de sens affichée des décideurs (proposition théorique 4a).

Conclusion du chapitre 7 : Un cadre d'analyse de la dynamique d'appropriation du SID à partir de l'étude du triptyque *Conception, Usage et Sens*.

Ce chapitre propose la construction de sens, opérée par les dirigeants de l'hôpital dans le cadre du projet stratégique de l'établissement, comme variable explicative de la dynamique d'appropriation du SID associée au couple *Usage-Conception* étudié au chapitre précédent.

En premier lieu, nous avons défini le concept de sens à partir de trois ensembles de théories : les théories cognitives et en particulier celles étudiant les représentations mentales, la théorie du *sensemaking*, et les théories des motivations de l'acteur.

Ceci nous a conduits, dans un second temps, à nous interroger sur les relations entre le sens donné à la stratégie à travers le SID et son appropriation en milieu hospitalier.

Des éléments de réponses sont fournis par les travaux du GMSIH qui montrent que la construction du sens est un élément d'articulation entre les différents niveaux de décision dans la démarche de construction du système de pilotage de la performance associé. La mise en cohérence permanente des différents niveaux de décision aboutit à la construction d'un véritable « sens commun » et conduit donc à une architecture particulière des systèmes d'information et de leurs supports informatiques.

En d'autres termes, nous défendons l'idée qu'en milieu hospitalier, l'analyse de la dynamique d'appropriation du SID se réalise à partir de la prise en compte des usages collaboratifs du système par l'ensemble des décideurs, de l'effort constant des concepteurs dans la construction itérative et évolutive du système, mais également à partir des décideurs et du poids qu'ils accordent au SID comme instrument de construction de sens dans le projet stratégique.

Cet élément permet de déboucher sur notre problématique, qui réside dans l'analyse de la dynamique d'appropriation du SID à partir de l'étude du triptyque *Conception – Usage – Sens*. Elle repose sur un modèle d'analyse, basé sur la perspective structurationniste d'Orlikowski pour appréhender l'usage, la théorie de la conception collective d'Hatchuel pour la dynamique de création et la modélisation de Garreau pour la construction de sens.

Le tableau suivant récapitule l'ensemble de nos propositions théoriques permettant *in fine* d'appréhender la dynamique d'appropriation du SID à l'hôpital.

Tableau 23 : Récapitulatif des propositions théoriques de notre modèle d'analyse

Proposition théorique n° 1	L'interaction entre l'utilisateur et le SID s'explique au regard de ses propriétés structurelles énoncées par cet acteur.
Proposition théorique n° 2	Les rapports de prescription entre concepteurs et utilisateurs influencent le processus de conception du SID.
Proposition théorique n° 3	La construction de sens opérée par les décideurs de l'hôpital à travers le SID est une façon d'exploiter en commun le projet stratégique de l'établissement, en cohérence avec une situation externe variable.
Proposition théorique n° 4	(4a) : La construction de Sens des décideurs de l'hôpital, sous-jacente au projet stratégique, a une forte influence sur les modes et les objectifs de conception assignés aux concepteurs du SID. (4b) : Les concepteurs du SID, en tant qu'experts, peuvent influencer le sens donné au projet stratégique, construit par les décideurs de l'hôpital, en fonction des possibilités dont ils disposent pour répondre aux objectifs assignés.
Proposition théorique n° 5	(5a) : Les concepteurs du SID intègre soit l'utilisateur lui-même soit ses attentes au processus de création afin d'offrir un SID mieux adapté et susceptible d'être plus facilement appropriable. (5b) : Les concepteurs vont faire évoluer le SID en fonction de leurs propres objectifs tout en cherchant la cohérence avec la construction de sens affichée des décideurs.
Proposition théorique n° 6	(6a) : Le Sens que donnent les décideurs au projet stratégique influence la façon dont ils vont s'approprier le SID proposé. (6b) : L'analyse de l'usage global du SID par l'ensemble des acteurs contribue, en association avec d'autres facteurs, à renforcer le sens donné au projet stratégique de l'hôpital. (6c) : Le Sens porté par les décideurs de l'hôpital dans le projet stratégique influence de façon indirecte les utilisateurs du SID via la conception.

Le choix de notre terrain d'étude se portera sur une étude de cas où l'accès au processus de conception du SID sera continu. L'ensemble de ces questions sont abordées dans le chapitre suivant.

PARTIE 3. L'INTEGRATION DES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION A L'HOPITAL : EXPERIMENTATIONS ET RESULTATS.

*« L'ensemble de ce qui compte ne peut pas être compté,
et l'ensemble de ce qui peut être compté ne compte pas. »*

Albert Einstein⁵⁰²

« Et vous ? Comment faites-vous ? »

Sun Tzu, L'Art de la guerre.

⁵⁰² “The problem is that not everything that counts can be counted, and not everything that can be counted counts”.

Chapitre 8. Le choix de l'hôpital pour notre étude empirique.

Nous rappelons brièvement en introduction la typologie des établissements du secteur de la santé et explicitons ensuite notre choix d'établissement parmi cet ensemble. L'opportunité professionnelle nous a conduits jusqu'à l'hôpital Parténia⁵⁰³, nous en présenterons le contexte économique et technique, et les conditions de réalisation de notre recherche empirique.

1. Le secteur hospitalier en France

Ce paragraphe a pour objectif de présenter le secteur hospitalier français à travers l'exposé des caractéristiques, des missions, des établissements de santé.

1.1. Les missions des établissements de santé

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, de surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils participent à des actions de santé publique, et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. Ils participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes. Ils mènent une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale⁵⁰⁴.

Ces établissements ont pour objet de dispenser :

a) avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie – secteur dit MCO et PSY ;
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion – secteur dit SSR ;

b) des soins de longue durée, comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien – secteur dit SLD.

Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux (établissements recevant des mineurs, jeunes handicapés ainsi que des établissements ou services d'accueil destinés à recevoir des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants).

⁵⁰³ Les noms de lieux, de personnes et d'institution sont anonymisés. Parténia est utilisé en mémoire du diocèse disparu depuis 1500 ans, situé à proximité de Sétif dans l'actuelle Algérie (on ignore aujourd'hui sa localisation exacte), octroyé à Monseigneur Jacques Gaillot aussitôt après que celui-ci ait été déchargé du diocèse d'Évreux.

⁵⁰⁴ Articles L. 6111-1 à L. 6111-2 du CSP

Le système hospitalier français se caractérise par la coexistence d'établissements de soins à caractère public et à caractère privé. Le secteur public représente 65 % des lits et le secteur privé 35 %. Le site grand public www.hopital.fr décrit leurs caractéristiques, dont nous reprenons ci-dessous les principaux enseignements.

1.2. Les établissements de santé publics

Le secteur public hospitalier sanitaire et social regroupe les établissements publics relevant des domaines sanitaires, social et médico-social (hôpitaux, centres hospitaliers spécialisés, maisons de retraite, maisons d'accueil spécialisé...). Sont regroupés sous l'appellation « hôpital public » les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux, incluant ou non des maisons de retraite.

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'État. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion. Il existe différents types d'hôpitaux :

- les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) : ce sont des établissements de recours présents dans les grandes métropoles régionales ;
- les centres hospitaliers (CH) : leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée. Certains d'entre eux ont une vocation régionale et/ou universitaire ;
- les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie assurent la prise en charge des patients en matière de santé mentale ;
- les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) sont placés sous l'autorité du chef d'état-major des armées, et considérés comme des CHU par le ministère de la Santé

• Les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation. Ils cumulent une fonction de soins courants vis-à-vis de la population de leur secteur et une fonction d'appel et de soins de second degré vis-à-vis des autres établissements de la région. La grande majorité des CHR est associée à une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR), pour former un centre hospitalier régional universitaire (CHRU). Selon des chiffres de 2009, les CHRU rassemblent plus de 200 sites hospitaliers et près de 3000 services ou départements, d'une capacité de 87000 lits et de près de 10000 places. Ils emploient 34 % des effectifs médicaux et non-médicaux des établissements publics de santé : environ 300 000 personnels équivalents temps plein (dont 31 000 praticiens) et reçoivent environ un tiers du budget de fonctionnement hospitalier, soit 21,2 milliards d'euros en 2007.

• Les centres hospitaliers (CH)

Les centres hospitaliers, qui sont souvent le principal employeur de leur ville, ont pour mission d'offrir des services diagnostiques et d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que les soins de suite et de longue durée. Au nombre de 517 en 2011, ils totalisent 160 000 lits d'hospitalisation complète sur les 300 000 du secteur public. 90 sont spécialisés en psychiatrie adulte et 84 en psychiatrie infanto-juvénile sectorisée (établissements de " Santé mentale").

• Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA)

Les neuf hôpitaux d'instruction des armées sont assimilés par le ministère de la Santé à des centres hospitaliers universitaires et participent au service public hospitalier. Ils sont

accessibles à l'ensemble des assurés sociaux dans le cadre du parcours de soins coordonné. Ainsi, en 2005, 75 % des séjours dans les HIA ont concerné des patients non militaires. Ils représentent une capacité de 2 800 lits, qui peut être portée à 3 200 en cas de crise.

1.3. Les établissements de santé privés

On distingue généralement parmi les établissements de soins privés ceux qui poursuivent un but lucratif - que l'on appelle généralement cliniques - et ceux dépourvus de but lucratif, qui participent le plus souvent au service public hospitalier. Le contrôle y est exercé, comme pour les établissements publics, par l'Inspection de la santé composée de médecins inspecteurs de la santé rattachés aux directions départementales ou régionales des affaires sanitaires et sociales.

• Les établissements de santé privés à but non lucratif

Les établissements de santé privés à but non lucratif sont au nombre de 782, et regroupent 61 968 lits. La majorité de ces établissements était des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Ils ont pris automatiquement, depuis la loi du 21 juillet 2009 appelée « Hôpital Patients Santé Territoires », la qualification d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), et assurent à ce titre une ou plusieurs missions de service public.

Ces établissements sont gérés par une personne morale de droit privé - une association, une fondation, une congrégation ou une mutuelle - et ne sont pas soumis à des contraintes pour leur organisation interne. Ils ne sont pas astreints aux règles des marchés publics (mais sont néanmoins invités à s'en inspirer), leur comptabilité est de droit privé et les bénéfices dégagés sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients.

En revanche, leur mode de financement est le même que celui des hôpitaux publics, et ils en partagent les valeurs et les principes :

- égal accès à des soins de qualité pour tous ;
- permanence de l'accueil de jour comme de nuit, éventuellement en urgence ;
- continuité des soins tant durant l'hospitalisation qu'à l'issue de celle-ci, en s'assurant notamment que les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement, et à défaut, en les orientant vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation ;
- adaptation, afin d'assurer aux patients les soins les plus appropriés ;
- offre de soins préventifs, curatifs ou palliatifs.

Présents sur l'ensemble des champs sanitaire, social et médico-social, les établissements privés d'intérêt collectif (EPIC) ont pu développer des synergies et des compétences transversales, qui leur permettent d'offrir des prises en charge globales. C'est particulièrement le cas des structures de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette logique anime également les structures de soins à domicile - tels les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - et les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les établissements privés à but non lucratif proposent aussi une offre importante d'hospitalisation à domicile (HAD).

• Les Centres de lutte contre le cancer

Les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) sont des établissements de santé hospitalo-universitaires, privés à but non lucratif, participant au service public hospitalier, répartis

dans toute la France. Leur statut leur confère une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement, exclusivement axée sur le cancer. Le regroupement de moyens, de plateaux techniques et de personnel hautement qualifié dans chaque centre rend possible la prise en charge du traitement du cancer dans sa globalité. Les CLCC ne sont toutefois pas les seuls lieux de prise en charge et de traitement des cancers. Les hôpitaux publics (CHU et CH) jouent également un rôle essentiel en la matière, et assurent l'accueil et le traitement de la majorité des patients concernés.

- **Les établissements à but lucratif**

Les établissements à but lucratif (cliniques) sont au nombre de 1 442 et comptent 93 812 lits. Ils sont le plus souvent constitués sous forme de sociétés de personnes ou de capitaux, au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens. Sur le plan financier, l'établissement passe en effet contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. L'évolution récente fait apparaître un rôle croissant des investisseurs extérieurs dans l'hospitalisation privée, notamment sous la forme de chaînes de cliniques qui rachètent des établissements existants et permettent l'apport de capitaux plus importants.

2. Le choix singulier d'un établissement privé d'intérêt collectif

Comme nous l'avons rappelé dans la première partie de notre thèse, le système hospitalier français connaît depuis une vingtaine d'années un mouvement continu de réformes, visant à accorder davantage d'autonomie aux acteurs en contrepartie d'une meilleure évaluation de la quantité et de la qualité de leur activité. En particulier, les modes de financement suite à la T2A, ont fortement impacté les établissements qui étaient jusque-là sous dotation globale (DG) : nous voulons parler des établissements publics de santé et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)

Bien que nos interventions professionnelles se soient majoritairement effectuées en établissements publics, de par la mise en tension imposée par les réformes, nous avons la volonté – et nous en avons eu l'opportunité – de contribuer également auprès des établissements privés participants au service public hospitalier.

2.1. Pourquoi un établissement de santé privé ESPIC ?

Moins connu du grand public, le secteur Privé Non Lucratif – PNL – baptisé le “*modèle invisible*” par l'Institut Montaigne- regroupe des milliers d'établissements privés à but non lucratif dans les trois champs du sanitaire, du social et du médico-social.

Encadré 14 : Encadré : Les établissements privés non lucratifs selon la FEHAP

Antoine Dubout, Président de l'Association Hôpital Saint Joseph de Marseille, mais également Président depuis 2008 de la FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs) déclare :

“Les établissements privés non lucratifs donnent chaque jour la preuve de leurs performances. Ils empruntent au secteur privé le meilleur de leurs méthodes de gestion - management volontariste, recherche de la productivité et culture de résultat - pour les mettre au service des valeurs d'humanisme, de partage et d'engagement social qui nous rassemblent. Ma conviction très ferme est que le secteur privé non lucratif est au cœur des enjeux sanitaires, sociaux et médico-sociaux de notre pays”.

Les établissements PNL sont en effet caractérisés par une organisation interne très flexible. Le pouvoir de décision appartient au Conseil d'Administration de l'établissement qui peut en déléguer l'exercice au Directeur Général ou tout autre Comité de Direction.

L'absence de but lucratif, l'absence de rémunération d'actionnaires permettent aux établissements Privés Non Lucratifs de réinvestir les excédents au profit des usagers et d'améliorer les conditions de travail des personnels.

- **Un modèle de gestion tourné vers l'avenir, qui allie une mission d'intérêt général...**

Participant au service public hospitalier ou remplissant des missions d'intérêt général et d'utilité sociale, les établissements et services du Privé Non Lucratif sont soumis à des obligations qui sont celles du secteur public :

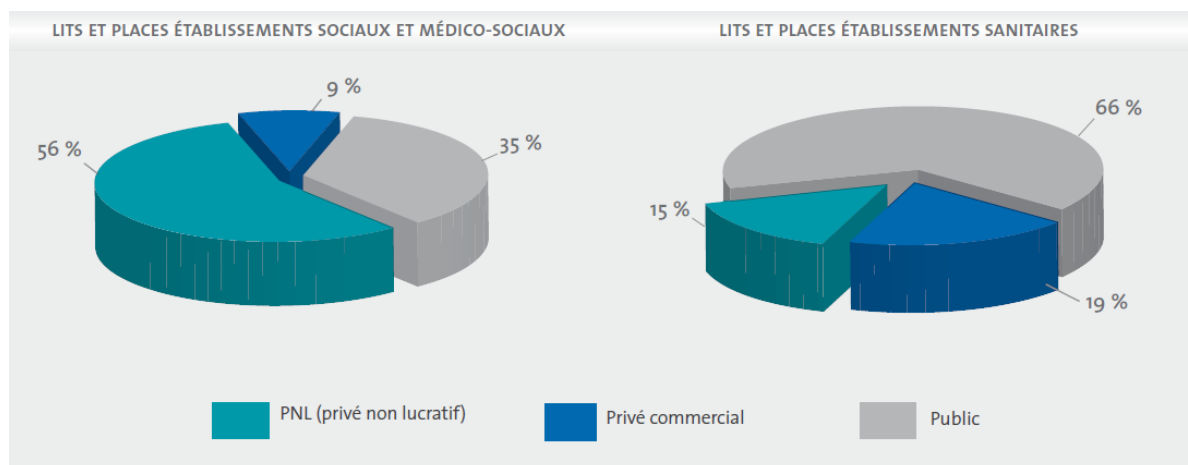
- Garantie de l'accès aux soins pour tous, de jour comme de nuit,
- Permanence et continuité des soins,
- Assurance de la prise en charge tout au long de la vie, de toutes les pathologies et de tous les handicaps.

- **... à un mode de gestion privé**

Plus souple et plus équilibré que le mode de gestion des structures publiques et établissements publics, le statut Privé Non Lucratif, repose sur une gestion désintéressée et un réinvestissement des excédents au service des usagers.

Selon les chiffres de la FEHAP, le nombre de lits et places attribués au PNL représente 56 % des établissements sociaux et médico-sociaux alors qu'il représente uniquement 15 % des établissements sanitaires.

Figure 51 : La capacité d'accueil du PNL (source FEHAP)



Dans le paysage des établissements sanitaires, il convient de noter que les capacités hospitalières en France sont dominées par l'hôpital public et les établissements à but lucratif ; le secteur à but non lucratif est en dernière position dans la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, à l'inverse d'autres pays tels les États-Unis, l'Allemagne, le Benelux⁵⁰⁵. Il trouve cependant une place plus importante dans le secteur « médico-social ».

⁵⁰⁵SILBER D. (2005), *Hôpital Le Modèle Invisible*, (avec CASTRA L., GAREL P. et RISK A.), Institut Montaigne.

Malgré cela, les établissements hospitaliers à but non lucratif présentent un nombre d'avantages spécifiques – égalité de traitement des patients, possibilité de prendre en charge des maladies lourdes, forte implication dans l'hospitalisation à domicile, bonne position dans les accréditations, gouvernance favorisant la prise de responsabilité. De façon générale, l'établissement à but non lucratif facilite l'organisation d'une gestion plus efficace que l'hôpital public, et finalement une meilleure réponse aux besoins collectifs que le privé commercial. Celle-ci passe par l'introduction de règles relevant du droit privé, le renoncement au principe de séparation ordonnateur et comptable, la possibilité de développer une politique financière active et de recruter des personnels sous contrat de droit privé, y compris des médecins, la mise en place d'une politique d'achats plus souple que celle imposée par le Code des marchés publics et la suppression du droit du maire de présider le Conseil d'administration.

Pour conclure, ce statut d'établissements privés participant au service public hospitalier constitue pour ainsi dire une troisième voie institutionnelle entre le secteur public et le secteur privé, celle d'un établissement civil de santé disposant d'une réelle autonomie de gestion. Nous retenons donc un établissement de ce type comme un bon candidat pour développer notre recherche sur les modes de pilotage de la performance.

2.2. L'opportunité de l'hôpital Parténia

En juillet 2005, nous avons eu l'occasion de commencer à travailler avec un établissement de ce type, l'hôpital Parténia.

À cette époque, le contexte réglementaire d'une part, et la recherche de performance d'autre part, liés à la réforme de la tarification à l'activité faisaient que l'un des objectifs principaux de l'hôpital Parténia était de se doter d'une solution de pilotage médico-économique au niveau de l'établissement.

Nous avons donc commencé nos premières observations à ce moment-là, dès le démarrage de nos interventions professionnelles dans cet établissement. Puis, nous avons développé notre plan de recherche, au fil des missions qui se sont enchaînées par la suite jusqu'en 2010⁵⁰⁶.

Notre premier interlocuteur fut la direction informatique car elle souhaitait mettre en place un système d'information commun et partagé. Ce système devait fournir des indicateurs transversaux et fiables. Leurs besoins tournaient essentiellement autour des domaines Activité, Finance et Ressources Humaines.

Les attentes étaient importantes :

- Qualité de l'information reçue,
- Ordonner l'information afin de pouvoir la partager
- Avoir un seul outil de reporting
- Donner de l'information pertinente et consolidée
- Évoluer avec l'organisation de l'hôpital
- Pouvoir faire de la simulation, des projections...

Plusieurs applications décisionnelles étaient présentes dans le paysage informationnel de l'hôpital à ce moment-là, mais elles étaient verticales et isolées. Il n'existait pas par exemple

⁵⁰⁶ Les informations contextuelles données dans la suite du document tiennent compte de la période considérée.

de véritable outil d'Extraction, de Transformation et de Chargement d'une base décisionnelle unique et partagée.

Les principaux problèmes remontés par les utilisateurs étaient le manque de fiabilité des données, la difficulté à obtenir un rapport. Ceci engendrait une perte de confiance dans le système d'information. Leurs difficultés étaient de consolider des informations provenant des différents systèmes opérationnels, d'obtenir des informations pertinentes et de croiser de l'information médicale et administrative.

Cependant, ce premier niveau de maturité a permis de sensibiliser les utilisateurs – un premier dictionnaire d'indicateurs métiers s'est construit en interne – et pour la DSI de s'approprier les applications sources.

Nous avons donc été missionnés pour une première conduite de projet⁵⁰⁷ en mode transfert de compétences en vue de développer un premier domaine fonctionnel parmi la RH, la Finance ou l'Activité. Notre implication par la suite dans un projet plus global allait nourrir nos recherches qui vont aujourd'hui faire l'objet de cette thèse.

3. La présentation de l'hôpital Parténia

3.1. Présentation générale et son positionnement

- **L'hôpital Parténia et son histoire**

L'hôpital Parténia a été construit dans les années trente, sur fonds privés, par des personnalités françaises et algériennes constituées en Fondation, la « Fondation Parténia », reconnue d'utilité publique.

En 1949, par la signature d'une convention de gestion, la Fondation a mis son hôpital à la disposition d'un *opérateur national de transport*, celui-ci recherchant un établissement de soins de haut niveau pour accueillir en partie son personnel, et d'autres assurés sociaux par la suite. Le mandat de gestion qui lui a été accordé, s'est achevé en 1995. Si cet opérateur a développé l'activité médicale de l'hôpital, il a cependant laissé, au terme de cette période, des bâtiments hospitaliers et des équipements dans un état de vétusté et de non-conformité incompatible avec ses obligations conventionnelles, situation que n'a pas manqué de relever à plusieurs reprises la commission départementale de sécurité.

- **Depuis 1996, une gestion nouvelle**

Au terme du mandat de gestion de l'opérateur, l'administration de l'hôpital Parténia a été reprise, le 1er janvier 1996, par une nouvelle Association constituée de la Fondation Parténia, du Conseil Général de Parténia et de la Ville de Parténia.

L'Association Parténia a pour objet « d'assurer le fonctionnement et le développement de l'hôpital Parténia participant au service public hospitalier (PSPH), de l'école d'infirmières et de la crèche qui lui sont annexées ». L'association à but non lucratif (Loi 1901) assure donc la gestion de l'établissement hospitalier, qui lui est déléguée par la Fondation Parténia, propriétaire du patrimoine foncier et immobilier.

⁵⁰⁷ Cette première mission constitue la Phase 1 : La mise en place de la première version du système de pilotage.

Dès sa création, l'Association Parténia a mis le cap sur la rénovation : nouveau projet médical, réorganisation et renforcement des services essentiels à la multidisciplinarité de Parténia, baisse des coûts et amélioration de l'efficacité, progrès constant des enseignements, de la qualité des soins et de l'innovation clinique, sous l'autorité d'un Conseil d'Administration actif, indépendant et exigeant.

• Parténia aujourd'hui

C'est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), qui participe au service public hospitalier. Avec une activité de 240 000 consultations externes et près de 40 000 séjours en 2011, l'hôpital Parténia est l'un des plus importants hôpitaux de sa région, hors le CHU de référence. Avec une capacité d'accueil de 600 lits, l'hôpital Parténia couvre la plupart des spécialités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dans le domaine de l'adulte. Sa stratégie de développement repose d'abord sur un renforcement de ses activités sur son site géographique⁵⁰⁸, en partenariat avec les autres acteurs de santé du territoire (médecine libérale, autres établissements de soins).

Cette stratégie s'appuie sur :

a) des activités et des missions de référence et de recours, dont la notoriété a largement franchi les frontières de la région :

- les neurosciences (neurologie, neuroradiologie interventionnelle, neurochirurgie).
- les maladies des voies respiratoires (pneumologie, chirurgie thoracique, transplantation pulmonaire, centre de référence pour la mucoviscidose).
- l'urologie et la néphrologie (transplantation rénale).

b) des missions de proximité. Sa position au centre du département lui confère un rôle central dans la prise en charge des urgences médicales, chirurgicales et obstétricales : 32 000 passages aux urgences/an, 3 000 naissances en 2011.

c) des missions transversales. Ainsi, la prise en charge médicale et chirurgicale du cancer constitue un axe de travail prioritaire pour l'ensemble des pôles d'activité et des services de l'hôpital.

À notre arrivée, le projet médical, élaboré en 2005-2006 par la Direction et la communauté médicale, réaffirme les orientations stratégiques définies en 2001 :

- Les pathologies de la tête et du cou, les neurosciences,
- Les pathologies cardiovasculaires,
- Les maladies des voies respiratoires,
- L'urologie et la néphrologie.

Le projet positionne clairement l'hôpital comme pôle de référence dans la prise en charge du cancer. Il enregistre également une constante progression de l'activité de transplantation d'organes (notamment pulmonaire et rénale) grâce notamment à la complémentarité, la cohésion et le dynamisme des activités et des compétences réunies à Parténia. Dans la mesure où elles répondent à un réel besoin de service public, à un soutien aux pôles de référence et à une exigence d'équilibre économique, les activités de proximité (urgences, médecine et chirurgie générale, maternité) ont pleinement trouvé place dans le projet. Des renforcements de capacités ont été décidés, notamment en ce qui concerne la gériatrie aiguë.

Ces orientations sont en parfaite cohérence avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010.

⁵⁰⁸ Le bassin de recrutement de l'hôpital s'étend principalement sur deux départements, et parfois au-delà de la région pour certaines activités.

Pour soutenir le développement de ses activités, l'hôpital s'est doté d'un plateau technique de pointe :

- 2 IRM, 2 scanners, 1 TEP scanner, 2 salles de scintigraphie, 2 salles de radiologie interventionnelle (neurologie & cardiologie),
- 14 salles de bloc opératoire, avec chirurgie robotisée,
- un plateau complet de réanimation, soins intensifs et soins continus,
- un important département de biologie clinique.

Enfin, grâce à une convention avec l'Université du département, l'hôpital Parténia contribue activement aux missions d'enseignement et de recherche. Plus de la moitié de ses services sont dirigés par des praticiens hospitalo-universitaires, et l'établissement accueille en permanence plus 80 internes et étudiants. Il a reçu en 2011 le label de DRCI⁵⁰⁹ et a été, au cours de cette même année, agréé Centre de Recherche Clinique⁵¹⁰, en pilote d'un projet associant 5 autres hôpitaux privés de la région.

Par ailleurs, l'hôpital dispose également, sur son site, de deux écoles de santé : une école d'infirmières (60 étudiants par promotion), et une école de sages-femmes (25 nouveaux étudiants/an).

• Les chiffres clés

En lien avec sa stratégie de développement, l'hôpital Parténia connaît, depuis plus de 5 ans, une croissance d'activité régulière : entre 3 % et 5 % par an, plus de 5 % en 2011.

Le tableau ci-dessous résume les indicateurs les plus significatifs pour l'année 2006, date à laquelle nous avons commencé nos recherches et qui correspond à la dernière année du contrat d'objectifs et de moyens (COM) en cours, l'année 2007 qui marque le début du nouveau COM et l'année 2011 qui vient de s'achever.

Tableau 24 : Indicateurs les plus significatifs de l'hôpital Parténia

	2006	2007	2011
Passages externes	260 000	196 000	240 000
Passages aux urgences	27 000	31 000	34 000
Hospitalisations (séjours)	10 000	33 000	40 000
budget de fonctionnement (M€)	130	160	186
Médecins (ETP)	200	200	220
Personnels non médicaux (ETP)	2 000	1 500	1 500

En 2011, l'hôpital est certifié sans réserve par la Haute Autorité de Santé (HAS).

3.2. Des premières orientations stratégiques jusqu'au projet Parténia-2012

Depuis quelques années, l'hôpital Parténia a l'ambition d'améliorer sa performance en travaillant sur les trois axes suivants :

- un retour à l'équilibre financier
- une nouvelle gouvernance
- un programme de rénovation immobilière

⁵⁰⁹ Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

⁵¹⁰ CRC

En parallèle de ces 3 axes, l'établissement va porter progressivement une attention sur son système d'information, en particulier sur son système de pilotage, qui deviendra l'instrument central de support au management de la performance. Il deviendra l'outil essentiel qui permettra la délégation de gestion aux pôles et la mise en œuvre d'un intéressement fondé sur leurs résultats.

- **Le retour à l'équilibre financier.**

La période 1996-2003, la sortie du « Budget global »

Comme l'ensemble des hôpitaux publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), Parténia a vécu entre 1985 et 2003 sous le régime du « Budget Global ». Dans ce contexte, les importants déficits laissés par l'opérateur de transport en 1995 ont amené la nouvelle association à mettre en œuvre, dès 1996, une politique de rigueur budgétaire qui, par la suppression de 200 emplois en 3 ans (non-remplacement de départs), a permis de rétablir l'équilibre des comptes jusqu'en 2001.

De 1999 à 2003, la politique budgétaire menée dans la région vis-à-vis des hôpitaux PSPH, notamment lors de la mise en place des 35 heures, a anéanti tous les efforts et les économies réalisés. Les charges nouvelles (35 heures, hausses des salaires, refonte de la convention collective) imposées à Parténia sans les financements correspondants ont eu pour effet d'accroître les coûts, et de réduire l'activité pour tenter de respecter les enveloppes de crédits alloués.

En juin 2003, et pour anticiper la mise en œuvre de la T2A et son prochain passage à 100 %, la Direction, avec l'accord du Conseil d'Administration, a mené une politique de reconquête et de développement d'activité qui a permis à l'établissement de progresser, toutes spécialités confondues, de près de 17 % en 5 ans (en nombre de séjours). Chacun était alors conscient de la difficulté, pendant la période de T2A intermédiaire, de développer l'activité en réduisant les coûts, l'hôpital reprenant et favorisant son développement dans une période de contribution variable faible (10 %, puis 25 % de T2A) insuffisante pour compenser l'augmentation des charges liée à l'activité

Par conséquent, au moment de la mise en œuvre, en janvier 2004, du nouveau mode de financement (la tarification à l'activité), l'hôpital affichait une situation de grave déséquilibre des comptes : le déficit prévisionnel 2004 se situait à plus de 12 m€, soit 8 % du budget.

La mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre contractualisé en 2004 avec l'ARH

Deux actions (réduction des coûts et augmentation de l'activité) vont être mises en œuvre pour le retour à l'équilibre.

La réduction des coûts

Entamée par la direction début 2005, elle a réellement pris effet en mai 2006 (plan social de 350 ETP), avec l'externalisation des services hôteliers (restauration, bio nettoyage), la suppression de postes dans les services administratifs et logistiques et une revue générale des autres dépenses. En avril 2008, ce plan n'est pas totalement achevé : les suppressions de postes restant à réaliser sont liées à des travaux de rénovation qui n'ont pas encore démarré. En année pleine, et avec une mise en œuvre intégrale, ce plan doit permettre de dégager une économie pérenne d'exploitation de 8 m€, soit l'équivalent du coût de 180 postes de personnel.

L'augmentation de l'activité

Dans le même temps, l'activité a progressé : + 17 % depuis 2002 (en nombre de séjours), et + 9 % entre 2004 et 2007. Cette augmentation d'activité a été supérieure à celle négociée avec l'ARH en mars 2004. Avec des conditions tarifaires identiques, l'hôpital aurait dû bénéficier d'une augmentation significative de ses recettes.

Les contraintes rencontrées, les résultats obtenus, les perspectives

Les deux actions (réduction des coûts, augmentation de l'activité) mises en œuvre pour le retour à l'équilibre étaient donc pertinentes et pouvaient dans les conditions du contrat passé en 2004 avec l'ARH, permettre d'atteindre l'objectif fixé.

C'est bien à cette époque, c'est-à-dire entre 2005 et 2006, que l'hôpital a souhaité se doter d'un véritable système d'information capable de l'aider à analyser parfaitement son activité, ses recettes et ses dépenses. Notre mission démarre donc ici en **étape 1 par la mise en place de la première version du système de pilotage.**

Pourtant, force est de constater que les modifications successives de la nomenclature des activités, les baisses inattendues des tarifs (-5 % au total sur les deux années) et la baisse de 3 % du coefficient géographique dont bénéficiait Parténia en 2004 n'ont pas permis de réaliser, malgré l'augmentation d'activité, le chiffre d'affaires supplémentaire attendu.

Par ailleurs, en ne prenant pas suffisamment en compte, dans les enveloppes budgétaires et les tarifs, les augmentations de salaires et l'application mécanique de la convention de la convention collective (glissement vieillissement technicité), la politique budgétaire menée par les pouvoirs publics a fortement atténué les efforts de réduction de coûts entrepris par ailleurs. Ainsi, une économie brute sur les coûts de 8 m€ ne représente plus, du fait de ces charges nouvelles insuffisamment financées, qu'environ 5 m€.

On observe en définitive que, si la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre s'avère plus longue et difficile que prévu, Parténia a néanmoins réussi, dans les conditions rappelées ci-dessus, à diminuer son déficit d'exploitation de 50 % en 3 ans, le faisant décroître de 8 % à 3 % de son chiffre d'affaires.

Lors de la signature du premier COM (novembre 2001), l'ARH avait demandé à Parténia de se comparer à un échantillon de 10 hôpitaux publics de la Région réputés être à l'équilibre (choisis par l'Agence, hors AP-HP), et de ramener sa productivité au niveau de la moyenne de celle de cet échantillon. L'Agence s'engageait, en échange, à une transparence sur les moyens budgétaires alloués aux uns et aux autres, et à traiter Parténia de manière équitable par rapport à ses concurrents publics. En fin de premier CPOM (2006), les données publiées par l'ARH ont montré que Parténia avait atteint un niveau de productivité supérieur à celui de cet échantillon. Il a mis en œuvre, avec certes quelques difficultés, les mesures de réductions de coûts sur lesquelles il s'est engagé en mars 2004, et continue de le faire. Il a, depuis 5 ans, constamment augmenté son activité en réduisant ses effectifs.

• **La nouvelle gouvernance.**

Comme dans la plupart des établissements qui ont initié cette démarche, la nouvelle gouvernance et l'organisation en pôles ont bouleversé les organigrammes et le périmètre des responsabilités antérieurs. À l'hôpital Parténia, la décision de mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance a résulté avant tout d'une volonté de la direction, convaincue qu'un changement profond du mode de relations entre tous les acteurs de l'hôpital (et notamment

les médecins) était nécessaire pour redresser l'établissement et mener à bien son projet médical dans le cadre du nouveau mode de financement (100 % T2A).

Avec la définition de ce projet médical de l'hôpital et pour préparer sa mise en œuvre, une réflexion a donc été menée par la Direction et la communauté médicale sur son mode de gouvernance en s'inspirant, sans les reproduire à l'identique, du contenu des ordonnances de 2005 et d'expériences menées dans le secteur public et PSPH.

Nous sommes dans l'Étape 2 avec la mise en place d'un Observatoire Médico-Économique (OME) et la structuration du Projet Global.

Cette réflexion a donné lieu, en début d'année 2007, au découpage de l'hôpital en grands pôles d'activité. Chacun de ces pôles, sous la responsabilité d'un coordinateur de pôle assisté d'un bureau de pôle, a pour mission d'élaborer pour les cinq ans à venir son projet médical et sa feuille de route, en adéquation avec le projet d'établissement de Parténia et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Ces pôles sont représentés au sein d'un conseil exécutif, associant des membres de la Direction Générale et les coordinateurs de pôles, ainsi que le Président de la CME et le représentant de l'Université associée à Parténia. Ce Conseil exécutif est chargé de piloter l'ensemble du projet d'établissement, de statuer sur chacun des projets de pôles et sur leur cohérence avec le projet et l'équilibre économique de l'hôpital, et plus généralement de préparer les décisions à prendre quant à la mise en œuvre des choix stratégiques pour l'hôpital.

L'Étape 3 consiste à mettre en œuvre le « Projet Parténia-2012 » et à concevoir le nouveau système de pilotage.

Ce conseil exécutif est assisté d'une équipe projet et de l'Observatoire Médico-Economique.

– L'équipe projet est placée sous la responsabilité d'une « coordinatrice des projets », de formation « pharmacien hospitalier » ayant suivi une formation ESSEC en management de projets opérationnels. Elle possède une bonne connaissance de l'hôpital Parténia (où elle a exercé comme interne puis pharmacien) et du secteur hospitalier (consultante pour la MEAH).

L'équipe projet réunit, outre la coordonnatrice et un médecin de Parténia chargé de mission auprès de la Direction, de ressources externes (celles du prestataire Keyrus) qui apporte le cadrage méthodologique et le support nécessaire à la mise en œuvre de ce « **Projet Parténia-2012** ». Toutes les compétences nécessaires à bien appréhender les projets y sont alors réunies c'est-à-dire la connaissance des fonctions supports (communication, ressources humaines, qualité, observatoire médico-économique...).

Au cours de ce projet global, cette équipe assiste les bureaux de pôles dans la formalisation de leur projet de pôle, les aidant à transformer des « grandes orientations » en plans opérationnels comportant des objectifs quantifiés, les moyens nécessaires, un calendrier de mise en œuvre, les impacts économiques sur le pôle et sur l'hôpital.

– L'Observatoire médico-économique est placé sous la responsabilité d'un contrôleur de gestion, doté d'une formation supérieure en gestion et en systèmes d'information

décisionnels et d'une solide expérience du secteur hospitalier. L'Observatoire comprend à la fois des compétences de contrôle de gestion et de DIM (1,5 médecin DIM), il est représenté au sein de l'équipe projet pour la préparation et le chiffrage des projets de pôles. Grâce au nouveau système de pilotage, il met en place les indicateurs et les tableaux de bord de suivi des projets.

Chacun des membres de l'Observatoire est conseillé de gestion d'un ou plusieurs pôles : au moyen des indicateurs de suivi du projet, il aide chacun des pôles à proposer les mesures nécessaires à ajuster son projet, à la fois sur les objectifs et le calendrier. Il informe l'équipe projet de l'avancement des plans d'actions, afin de permettre de garder la cohérence des actions et des calendriers entre chacun des pôles.

Il mène, au sein des bureaux de pôles, des actions de sensibilisation et de formation à la gestion de projet, au contrôle de gestion et à l'optimisation de l'activité (codage, exhaustivité) et des organisations.

La mise en place de cette nouvelle gouvernance, présentée le 11 juin 2007 au Conseil d'Administration, a fait l'objet d'un séminaire d'établissement le 15 juin 2007. Un premier point d'étape sur sa mise en œuvre, a eu lieu le 11 janvier 2008, dans le cadre d'un second séminaire. Un second point d'étape a été effectué le 13 juin 2008 (3e séminaire).

- **Le programme de rénovation immobilière.**

La situation de grande vétusté des bâtiments, des installations et des équipements laissés par l'opérateur de transport au terme de 47 années de gestion, et les observations répétées de la commission départementale de sécurité sur la nécessité d'effectuer les mises en conformité, ont obligé la nouvelle association à lancer un programme de rénovation particulièrement complexe, dans un hôpital en activité et dans un périmètre foncier saturé.

Les premiers travaux se sont déroulés entre 1997 et 2002 : étanchéité des terrasses, travaux en substructures, escaliers de secours, rénovation des 7 étages de l'aile nord. Ces travaux ont été financés par l'hôpital, par une subvention du Conseil Général et par un emprunt souscrit par l'hôpital et garanti par le Département.

Le nouveau bâtiment : plateau technique, urgences, maternité

Avec pour objectif d'éviter toute baisse d'activité, la poursuite des travaux a été rendue possible par le projet de construction, sur des terrains acquis par la Fondation, d'un nouveau bâtiment destiné à accueillir les urgences, le plateau technique et la nouvelle maternité. Ce projet a été financé par les pouvoirs publics dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », à hauteur de 87 m€. Le dispositif de financement du projet a constitué l'un des volets du protocole signé en mars 2004 entre Parténia et l'ARH. Les travaux ont démarré en février 2007 et la mise en service du bâtiment s'est effectuée au premier semestre 2010.

La rénovation des bâtiments existants

L'hôpital a repris également la rénovation des bâtiments existants. Ce programme a été mené en cohérence avec l'organisation des activités en pôles, et dans un souci d'obtenir une meilleure efficience et de substantiels gains de productivité. La complexité de réalisation de ce projet l'inscrit dans une durée supérieure à 5 ans.

Pour lancer définitivement ce programme qui apporte une réelle réponse aux besoins de santé publique et qui s'inscrit dans les orientations du SROS 3, une demande de financement a été déposée dans le cadre du plan « Hôpital 2012 ».

Ce financement constitue le deuxième objet de négociation du volet financier du nouveau CPOM, venant s'ajouter à l'aide de trésorerie nécessaire, pour la période 2008-2011, à la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre d'exploitation.

• **Un plan progressif de modernisation du Système de Pilotage.**

L'adhésion des professionnels de l'hôpital Parténia autour du projet économique de l'établissement et de ses pôles, passe en même temps, par une modernisation de son Système d'information de Pilotage, menée progressivement et parallèlement à la transformation des organisations.

Notre recherche se cale sur les différentes interventions professionnelles qui ont lieu de 2005 à 2012 pour aider l'établissement dans cette transformation. Le tableau ci-après résume les différentes phases de collecte de données qui ont eu lieu pendant toutes ces périodes. Le projet global a pris effet à la signature d'un nouveau COM⁵¹¹ pour la période de 2007 à 2012.

Tableau 25 : Projet Parténia-2012 : Étapes et collecte des données

Projet	Période	Objectifs du projet	Collecte de données
Étape 1	Juin 2005 – Oct 2006	Mise en place de la première version du système de pilotage (usage limité)	Observation Documents Entretiens semi-directifs Participation à des réunions formelles
Étape 2	Nov 2006 – Mar 2007	Mise en place d'un Observatoire Médico-Économique (OME) à l'Hôpital – Mission d'accompagnement : de l'OME au Projet Global – Structuration du Projet Global et recherche de l'esprit de la mise en œuvre.	Observation Documents Entretiens semi-directifs
Étape 3	Avr 2007 – Nov 2008	Mise en œuvre du « Projet Parténia-2012 » La mission vise à définir la cible pour l'horizon 2012 avec ses jalons majeurs, ses freins, ses contraintes et ses opportunités. Elle comporte 3 grandes étapes : – Étape1 : Décrire les projets sur 2007-2012, soit 150 projets médicaux et 15 projets administratifs ou supports, – Étape2 : Décrire la mise en œuvre 2007-2009, en particulier les projets médicaux et projets supports, – Étape3 : Planifier 2008 et coaching du futur coordonnateur des projets Conception du nouveau système de pilotage (SID) à usage des responsables de pôles	Observation Documents Observation participante Entretiens semi-directifs Participation à des réunions formelles

Au cours de ces trois étapes, nous avons observé les pratiques professionnelles mises en œuvre et la démarche engagée par la direction, avec la grille d'analyse que nous avons définie dans la partie 2. Toutes les dimensions n'ont pas été mobilisées pleinement dans les premières étapes du projet, mais ont trouvé cependant en étape 3, une réalité qui justifie le cadre d'analyse que nous portons dans cette recherche.

⁵¹¹ Le contrat d'objectifs et de moyens (COM) est défini aux articles L.6114-1 à L.6114.4 et D 6114-1 du code de la santé publique. Prévu par les ordonnances de 2005, il a pour objet la déclinaison, par objectifs et par actions, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe. Il traduit les grandes orientations du projet médical et du projet d'établissement.

Les trois chapitres suivants décrivent plus en détail chacune de ces étapes et les résultats de notre recherche obtenus graduellement.

Conclusion du chapitre 8 : L'Hôpital Parténia, un terrain d'étude opportuniste mais justifié.

Le choix singulier de l'Hôpital Parténia pour notre étude empirique se justifie en premier lieu par l'opportunité professionnelle qui s'est présentée à nous à l'occasion d'une volonté de cet établissement de se doter d'un système de pilotage. En tant que directeur de mission chez un prestataire de services, spécialisé dans le développement et l'intégration de système de pilotage de la performance, nous avons sélectionné ce type d'établissement parmi bien d'autres projets actifs à ce moment-là, particulièrement dans des établissements publics. L'idée de mener notre recherche dans un établissement privé d'intérêt collectif nous permettait d'étudier notre problématique dans une structure très proche de ceux du secteur public, c'est-à-dire avec des contraintes réglementaires analogues (entrée dans la T2A, tarification identique au public, établissement participant au service public) tout en disposant d'une souplesse en terme de management interne.

Dans le paysage hospitalier français, les établissements et services du Privé Non Lucratif sont soumis à des obligations qui sont celles du secteur public, mais avec une organisation interne et un pouvoir de décision très flexible. Ils font l'objet d'une attention particulière par les pouvoirs publics car ils incarnent sans doute aujourd'hui un modèle de gestion tourné vers l'avenir, qui allie une mission d'intérêt général. C'est donc en deuxième lieu la raison qui justifie notre choix d'un établissement au secteur non lucratif.

Enfin, l'Hôpital Parténia fait parti des établissements de référence, avec une ambition d'utiliser un véritable système de pilotage moderne et partagé. Quand nous démarrons avec lui la première étape en 2005 consistant à construire la première mouture de leur SI décisionnel, nous bâtissons sans le savoir les fondations d'un dispositif plus large, qui allait nous faire traverser la transformation de l'établissement en plusieurs étapes successives.

Tableau 26 : Projet Parténia-2012 : les trois étapes de transformation

Étape	Période	Objectifs du projet
1	06/2005 – 10/2006	Mise en place de la première version du système de pilotage (usage limité)
2	11/2006 – 03/2007	Mise en place d'un Observatoire Médico-Économique (OME) à l'Hôpital
3	04/2007 – 11/2008	Mise en œuvre du « Projet Parténia-2012 » Conception du nouveau système de pilotage à usage des responsables de pôles

Dans le chapitre suivant, nous allons voir que l'étape 1 constitue une première opportunité pour l'établissement de se doter d'un socle décisionnel collaboratif.

Chapitre 9. Étape 1 : La mise en place de la première version du système de pilotage.

Le contexte réglementaire d'une part, et la recherche de performance d'autre part, liés à la réforme de la tarification à l'activité (T2A) font qu'un des objectifs principaux de l'Hôpital Parténia est de se doter d'une solution de pilotage médico-économique au niveau de l'établissement.

Keyrus, société de conseil et intégrateur de solution décisionnelle, a été choisi pour la mise en place de ce système grâce à son expérience dans la conduite de projets décisionnels pour les établissements de santé.

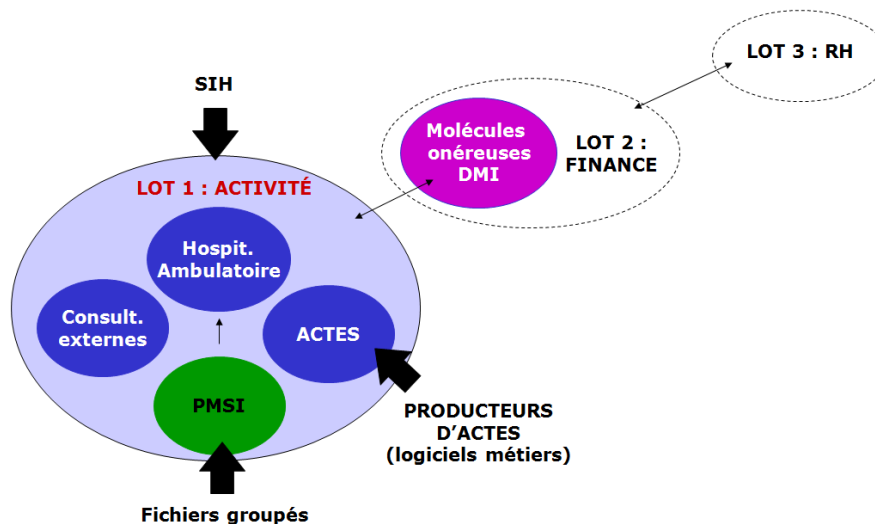
1. La mise en usage de la solution

1.1. Lotissement et phasage du projet

Afin de réaliser ce projet, l'Hôpital Parténia a souhaité construire son système de pilotage autour de la réalisation de 3 périmètres métiers : Activité, Finance et Ressources Humaines.

Le premier lot s'est concentré sur l'analyse de l'activité, comme le montre la figure ci-dessous.

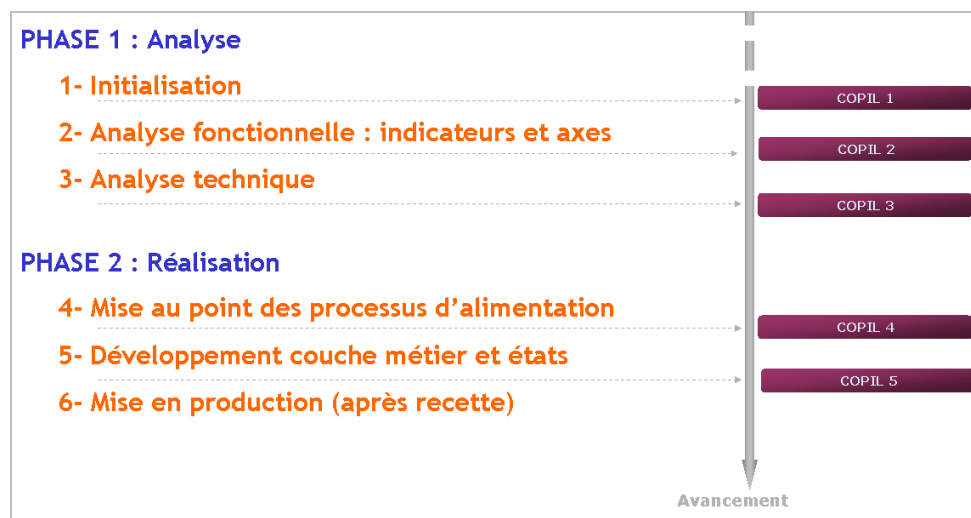
Figure 52 : Projet Parténia - Étape 1 : Le périmètre métier concernant l'activité.



Nous avons distingué l'activité PMSI, de l'activité hors PMSI qui elle-même s'articule en plusieurs sous ensembles : activité en actes, activité ambulatoire et d'hospitalisation, activité des consultations externes. L'étude des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables (DMI) est traitée ultérieurement dans le deuxième lot Finance.

Sur le plan méthodologique, la réalisation d'un lot passe par plusieurs étapes distinctes contrôlées par une instance de décision, le Comité de Pilotage (COPIL).

Figure 53 : Projet Parténia - Étape 1 : Les principales étapes de la mise en œuvre du premier lot.



La feuille de route qui nous est confiée précise les attentes, l'existant en matière de système d'information, et les problèmes connus au démarrage du projet.

- **Les attentes.**

L'Hôpital Parténia souhaite mettre en place un système d'information commun et partagé. Ce système doit fournir des indicateurs transversaux et fiables. Les besoins tournent essentiellement autour des domaines Activité, Finance et Ressources Humaines.

Les attentes sont importantes :

- Améliorer la qualité de l'information reçue,
- Ordonner l'information afin de pouvoir la partager,
- Avoir un seul outil de reporting
- Donner de l'information pertinente et consolidée,
- Évoluer avec l'organisation de l'hôpital,
- Pouvoir faire de la simulation, des projections.

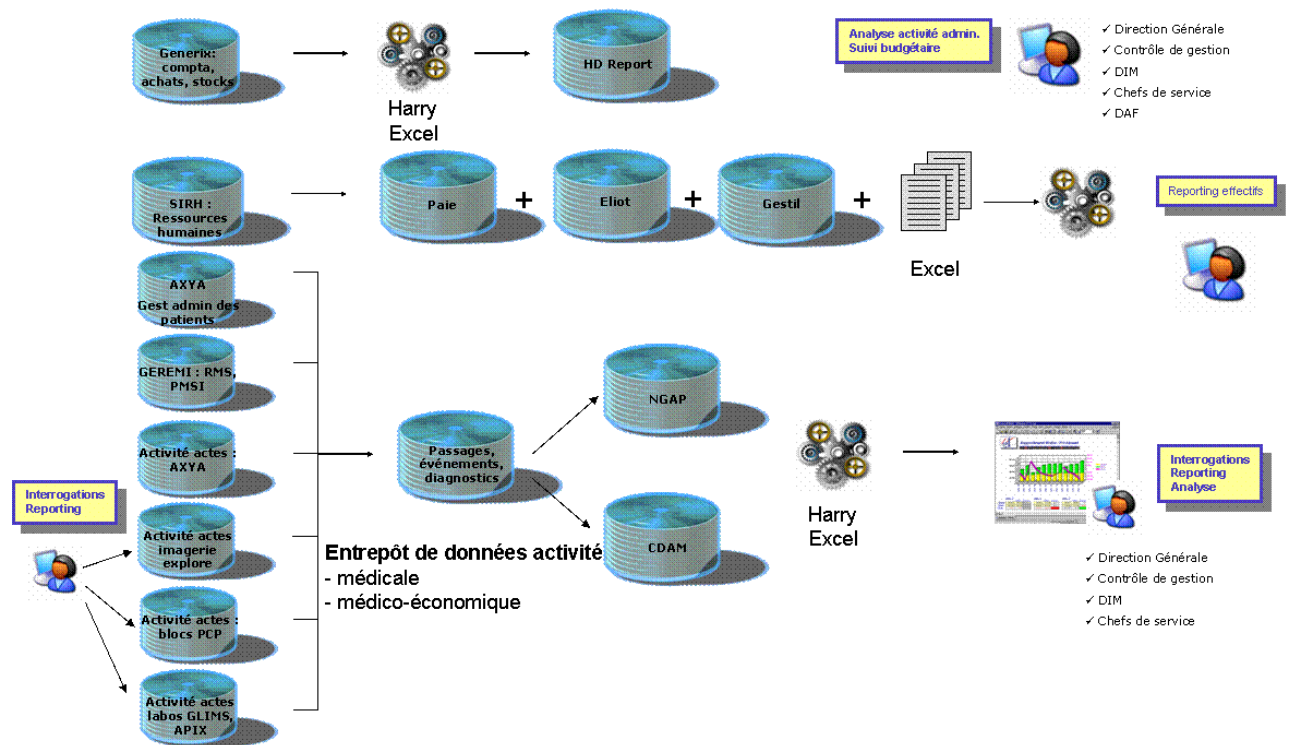
- **L'existant.**

Les applications décisionnelles existantes de l'Hôpital Parténia sont verticales et isolées. Elles prennent place au sein d'une architecture composée par :

- Un système de gestion de base de données (SGBD) de type Oracle assurant le stockage des données décisionnelles,
- Un outil de restitution (logiciel Harry)
- Il n'existe pas pour l'instant d'outil d'Extraction, de Transformation et de Chargement. L'ensemble des alimentations des bases se fait par script directement dans les bases de données (PL/SQL).

Comme le montre la figure suivante, l'Hôpital Parténia possède donc à ce moment-là, plusieurs systèmes décisionnels.

Figure 54 : Projet Parténia - Étape 1 : L'existant décisionnel en début de projet.



• Les problèmes soulevés à l'initialisation du projet.

Les principaux problèmes remontés par les utilisateurs sont :

- le manque de fiabilité des données,
- la difficulté à obtenir un rapport. Ceci engendre une perte de confiance dans le système d'information et dans la restitution des rapports,
- La difficulté de croiser de l'information médicale et administrative, et de consolider des informations provenant des différents systèmes opérationnels,
- La difficulté d'obtenir des informations pertinentes.

Cependant, l'Hôpital Parténia n'a pas attendu ce projet pour exploiter son système d'information. Des expériences ont déjà permis de sensibiliser les utilisateurs, de s'approprier les applications sources, et de construire un premier dictionnaire métier.

Une unité d'évaluation médico-économique, sous l'impulsion de la Direction, se met en place afin de faire émerger des indicateurs croisant les données d'activité, financières et issues du PMSI.

1.2. L'étude des besoins fonctionnels

La démarche générale adoptée commence par l'expression des besoins qui se décompose en 2 phases :

- Une phase préliminaire consistant à faire dans un premier temps un tour d'horizon auprès des acteurs clés grâce à des entretiens individuels (interviews utilisateurs).
- Une phase de construction, dont l'objectif est dans un deuxième temps d'élaborer par des réunions collectives un dictionnaire métier.

Nous livrons à l'issue un document décrivant l'étude fonctionnelle du projet « SID : Système d'Information Décisionnel ». Il est destiné à être lu et compris par l'ensemble des participants au projet. Les responsables fonctionnels du Comité de Pilotage doivent le valider. Une fois validée, cette étude fonctionnelle peut alors servir de référence pour l'ensemble des acteurs du projet, présents ou à venir. Cette étude fonctionnelle a vocation à s'étoffer et à se préciser lors des étapes ultérieures du projet.

- **Analyse des besoins généraux.**

L'Hôpital Parténia souhaite pour certains utilisateurs clés, mettre à disposition une solution :

- simple à utiliser,
- rapide à mettre en œuvre et à déployer,
- offrir le maximum d'informations pertinentes et exploitables,
- simple à maintenir en garantissant la traçabilité de l'information,
- évolutive (pour couvrir d'autres domaines fonctionnels) en réutilisant l'existant,
- robuste et performante,
- ouverte en permettant une diffusion massive d'informations sous diverses formes : html, papiers, mail, fichiers pdf, portail d'entreprise...

Les moyens pour y parvenir sont :

- Le rapprochement de données provenant de divers progiciels métiers : Axya, Web PCP, DiamG, Hemmodial, Glims, XPlore, Geremi, Apix ;
- Une synchronisation des différents flux d'informations ;
- Un dictionnaire métier ;
- Une gestion d'historique adaptée, c'est-à-dire permettant :
 - un empilement régulier des informations
 - une prise de « photos » périodiques des informations autorisant la comparaison
 - une présentation des données suivant un axe métier.

En synthèse, les besoins généraux sont donc de disposer d'un outil de pilotage répondant aux besoins des utilisateurs et offrant une grande convivialité d'utilisation.

- **Interviews des utilisateurs.**

Afin de préparer l'interview, un questionnaire a été transmis avant l'entretien aux différentes personnes. Cette préparation autour de ce questionnaire, permet à l'interviewé de découvrir les questions qui seront abordées au cours de l'entretien et de réfléchir aux premières réponses. Idéalement, il a même été demandé aux participants de remplir ce questionnaire au format électronique et de nous le retourner avant le rendez-vous. L'idée était d'en étudier les points clés avant l'entretien et d'approfondir avec les participants certains aspects au cours des interviews.

Cependant, peu de personnes ont rempli le questionnaire avant l'entretien par manque de temps. Les points sont donc abordés directement à l'oral au cours des entretiens.

Chaque interview démarre par une introduction qui aborde brièvement les points suivants :

- Présentation des objectifs et la situation globale du projet.
- Formulation des buts de l'entretien (besoins, activités de la personne interrogée, ses souhaits, etc.) et de son déroulement.
- Présentation de l'équipe chargée des entretiens et les rôles.
- Présentation des étapes qui suivront l'entretien.

Les personnes interviewées dans ces premiers entretiens sont les acteurs clés du projet (utilisateurs sponsors). Il s'agit essentiellement :

- Des membres de la Direction ou chargés de projets auprès du Secrétariat Général (SG),
- Des personnes appartenant à l'unité d'évaluation médico-économique,
- D'utilisateurs clés dans différents services comme la direction administrative et financière (DAF), le contrôle de gestion (CdG) et le département d'information médicale (DIM).

L'agenda détaillé est décrit ci-dessous.

Tableau 27 : Projet Parténia - Étape 1 - Interviews réalisés dans la période du 30/06/2005 - 11/07/2005

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Juin 27	28	29	30	Juillet 1
			09:00 - 10:00 Initialisation des interviews (Chef de projet SID / Chef de projet SIH)	
			10:00 - 12:00 Membre de l'unité d'évaluation médico-économique	10:00 - 12:00 Directrice du CdG
			14:00 - 16:00 Médecin DIM	13:30 - 15:00 Présentation Outil PMSI
			16:00 - 17:00 Débriefing	15:00 - 16:45 DAF
4	5	6	7	8
		10:00 - 11:00 Chargé de projet au SG		
		11:00 - 12:30 Secrétaire Général		
		12:30 - 13:00 Débriefing		
		15:00 - 17:00 Rédaction Synthèse		
11	12	13	14	15
10:00 - 12:00 Point Projet Première restitution				

D'autres acteurs, notamment du secteur médical (médecins et soignants) sont audités directement par l'unité d'évaluation médico-économique au cours de l'été (période juillet, août).

Cependant, à ce stade du projet, **la direction de l'établissement n'a pas envisagé de les associer plus que cela à la vie du projet**. Ce qui présage d'un usage limité du système de pilotage par la suite. Nous aborderons ce point spécifiquement dans nos résultats de recherche.

• Synthèse des questionnaires.

À partir de l'analyse des questionnaires remplis, nous présentons dans ce paragraphe une synthèse des besoins des utilisateurs clés.

Encadré 15 : Projet Parténia - Étape 1 - Synthèse des questionnaires

Ce qui relève des responsabilités des acteurs-clés

• Quelles sont vos attentes ?

Le point de départ est très certainement d'impulser une dynamique qui permette d'aboutir à des résultats rapides en termes de rendu de données médico-économiques. Convaincre les acteurs internes du bien fondé de cette démarche est indispensable et en terme d'organisation. Il a été décidé fort justement de créer une unité d'évaluation médico-économique où un partenariat étroit se met en place entre les acteurs du monde médical et les acteurs administratifs.

Selon les recommandations de cette unité, les attentes principales du SID sont :

- Médicaliser les informations d'activité : ressources, coûts, dépenses,
- Avoir une autonomie pour l'accès aux données pour permettre une meilleure réactivité aux demandes,
- Mieux travailler sur les délais d'obtention des tableaux de bord pour gagner en analyse et en réactivité,
- Simplifier l'accès à l'information aux utilisateurs.

• Qu'essayez-vous d'accomplir ?

Pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement et lui permettre de passer au mieux les réformes actuelles en le dotant d'outils nécessaires à son management, il faut mettre en cohérence le système d'information médical et le système d'information administratif.

Au niveau opérationnel, cela se traduira par :

- Travailler sur une base de données d'activités commune aux utilisateurs,
- Apporter une information fiable et pertinente,
- Envoyer une information de qualité à la tutelle ainsi qu'aux utilisateurs internes de l'établissement.

• Quels sont les objectifs de chacun ?

D'un point de vue global :

- Assurer la cohérence du SI et la qualité de l'information
- Tout faire pour être au service des utilisateurs, des opérateurs (dans les unités de soins)
- Améliorer l'interface entre les soignants et les services administratifs

Pour le DIM :

- 1er temps : avoir de l'information exhaustive, de qualité, dans les délais donnés
- 2e temps : ne pas perdre de l'argent, ne pas perdre de l'activité.

Pour la DAF et le Contrôle de Gestion :

Analyse de l'activité et de la finance pour :

- Bien gérer l'établissement
- Bien facturer dans le contexte T2A
- Bien faire rentrer l'argent
- Informer les services sur leur activité
- Aide à la prise de décision pour la DG

Pour la Direction :

- Objectif général : sécurisé l'établissement juridiquement.
- Pouvoir faire de la prévision : avoir un plan pluriannuel sur 5 ans.
- En interne, capable de gérer prévisionnellement les projets de l'établissement, notamment le projet médical (imaginer les évolutions de l'activité, décrire les conséquences en terme de moyen, les impacts sur le résultat et le CA).

Les problèmes rencontrés

• Quels sont les principaux problèmes auxquels vous devez faire face ?

Maîtrise de l'information

- Compréhension de l'information : manque de connaissance des sources métier,
- La complexité des indicateurs :

La manière de les construire.

Ex. un indicateur = agrégats de plusieurs données

Ex. Effectifs des médecins / activité des médecins : difficulté de les associer simplement

Comment associer plusieurs données pour avoir une vision claire d'un problème ?

- Réactivité, fiabilité et facilité dans le recueil et le traitement de l'information dans les logiciels métiers : aucun traitement des rejets,
- Beaucoup de corrections à faire manuellement sur les données provenant des différents logiciels métiers.
- Sources d'information multiples issues de logiciels incompatibles qui peuvent transmettre pour une même requête un résultat différent notamment sur l'activité,
- Divergence entre certaines données médicale et administrative dans la trajectoire du patient

Ex. UF d'hébergement (DIM) / UF de responsabilité médicale

- Les interfaces entre les logiciels : perte de dossiers, perte d'actes.

Maîtrise dans l'organisation

- Trop de dépendance du DIM et de la DAF envers le CdG pour produire certaines statistiques,
- Manque d'outils simples à utiliser pour l'analyse d'activité (pas d'outil commun),
- Inadéquation des systèmes Informatiques qui n'ont pas été orientés T2A,
- Manque d'outil de restitution derrière Axya, (Excel derrière Generix).

- Quelles en sont les conséquences sur votre organisation ?

- « On ne parle pas tous toujours de la même chose ». Il peut y avoir des anomalies que l'on n'exploite pas toujours pour bâtir un vrai système qualité. « On fait malheureusement une démarche court terme » : il y a une erreur, on la corrige, point final.
- Perte de temps, débauche d'énergie et résultats pas toujours satisfaisants,
- Pertes financières : on perd de l'argent,
- Crédibilité du SI : résultats différents entre le CdG/DIM et les Unités de Soins ; Manque de preuves,
- Manque de précision, de rapidité, dans les réponses (sortie papier),
- Le service attendu n'est pas rendu tel qu'on attend aujourd'hui :
 - Pas assez armé (cf. problème de crédibilité)
 - Pas de vision assez prévisionnelle car trop de temps à assembler la donnée.

- Comment identifiez-vous ces problèmes ou leur éventualité ?

- Trop de croisement de données à réaliser avant d'obtenir un résultat
- Beaucoup de traitements manuels
- Pas de prise en compte des rejets
- Manque de validation par les opérationnels : les services médicaux ne voient pas toujours l'intérêt dans le renseignement, et la saisie informatique est imparfaite.
- Identification des incohérences
 - au coup par coup
 - par analyse (grosse masse dans Generix vers le détail sur Axya)
 - par constat
 - par manque de résultats
 - par volonté
- Tentative de faire mais qui n'aboutit pas toujours

- Difficultés dans l'obtention des informations qui vous sont nécessaires ?

- Manque de cohérence des résultats,
- Processus de saisie des actes et diagnostics réparti sur plusieurs logiciels métiers différents.
- Interfaces non maîtrisées entre ces logiciels
- Informations non saisies dans le SI
 - Ex. nombre d'heures de bloc secondaire
- Informations absentes dans la table activité
 - Ex. Gynéco-obstétrique par praticien, saisi uniquement dans DIAMM

Les relations entre acteurs

- Quelles sont les personnes qui produisent de l'information dans votre service ? Sous quelle(s) forme(s) : tableaux Excel, document Word, mail, alertes... ?

L'ensemble des collaborateurs sont sous contrôle de l'encadrement intermédiaire.

Toutes les formes sont possibles : Prépondérance pour Excel et Harry.

- Au niveau du Contrôle de gestion : traitement des données par Excel et Harry.
- Au niveau du DIM : Excel, Access, logiciel de groupage

- Pour la DAF :

Admissions > Axya
Compta > Generix
Soins externes > Axya
Facturation > Axya

- Quelles sont les autres personnes qui produisent de l'information dont vous avez besoin ? Sous quelle(s) forme(s) : Excel, document Word, mail, alertes... ?

L'ensemble des acteurs de l'hôpital en fonction de la spécificité et du degré de finesse recherchée :

- DIM (Excel, Access)
- DRH
- Services de soins et services médico-techniques (Saisie dans le SIH, Excel)
- L'ensemble des producteurs d'actes (Saisie dans le SIH et/ou logiciels métiers).
- Tutelles (retours d'information par e-PMSI)

- Quels sont les moyens dont vous disposez pour produire cette information ?

- Harry
- Excel
- Access
- Requêtes SQL

- Temps passé à l'élaboration de cette information ?

- Trop de temps.
- Délai de validation des données trop important ;

Les flux d'information

- Quels sont les flux d'informations que vous pouvez identifier ?

- Flux descendants (tutelles, DG)
- Flux ascendants (services de soins, administratifs)
- Flux transverses concernant l'établissement dans son ensemble avec les différents acteurs impliqués.

Pouvez-vous recenser les informations que d'autres services vous transmettent et dont vous avez besoins pour agir ainsi que celles que vous produisez et dont d'autres services sont en attente ?

- Activité
- Effectifs

Besoins en matière d'analyse

Vos besoins sont de type :

- Reporting (Tableaux de bord d'activité)
- Analyses descendantes (information consolidée vers de l'information de détail)
- Simulation pour la DAF et la DG (voir lot Finance)
- Segmentation (patient par exemple) à moyen terme.
- Positionnement concurrentiel (activité, prix / coûts)

- Quel type d'analyse régulière utilisez-vous ? Sur quel type de données ?

- Reporting mensuel et prévision des résultats trimestriels
- Analyse d'activité : entrées, journées, DMS, Nombre d'actes
- Informations PMSI standardisées
- Recettes et dépenses par comptes, groupe et budget
- Requêtes ad hoc

• Quel type d'analyse souhaiteriez-vous effectuer ? Peut-on apporter des améliorations à votre méthode actuelle ?

- Analyser l'activité par secteur et par service,
- Analyser l'activité par rapport aux effectifs,
- Retransmettre l'information aux services de soins et augmenter ainsi leur motivation de s'impliquer dans une saisie de meilleure qualité et effectuée dans de meilleurs délais,
- Déterminer l'impact sur les coûts et les recettes de l'établissement,
- Déterminer l'impact sur l'équilibre financier global de la structure,

• Quel type d'analyse "au coup par coup" effectuez-vous ? Qui demande des analyses "au coup par coup" ? Quel en est l'usage ? Avez-vous le temps de poser les questions de suivi ?

En tant qu'acteur décisionnel, nous avons besoin d'information rapide et précise à des fins d'analyse ; de décision. Nous devons transmettre et diffuser cette information aux tutelles, à la Direction Générale et autres services clés au coup par coup : Nous avons donc besoin d'outils pour cela.

Nous devons également procéder à des :

- Analyses ponctuelles : nombre de tel type d'intervention réalisée au bloc opératoire, taux d'occupation des salles,
- Analyses qualitatives : opportunités et menaces pour l'activité de l'hôpital.
- Enquêtes liées aux effectifs de personnels

• Quels sont les états que vous utilisez actuellement ? Quelles sont les informations importantes ? Comment utilisez-vous les informations ? Quelle est la périodicité des états ?

- États de synthèse e-PMSI.
- Globalement, il y a quelques tableaux de bord de définis par le contrôle de gestion mais la mise en place d'un SID doit aboutir à la sortie plus massive de statistiques de la part des différents acteurs clés.

L'utilisation du requêteur Harry est historique et maîtrisé seulement que par quelques personnes. L'outil informatique BusinessObjects a été choisi comme logiciel de restitution standard et commun.

• Quelles possibilités d'analyse souhaiteriez-vous avoir à votre disposition ?

- Développer des indicateurs et de tableaux de bord (la constitution d'un observatoire médico-économique à partir de l'unité d'évaluation doit contribuer à accélérer ce processus),
- Formaliser les relations entre le DIM, DAF et CdG : augmenter l'autonomie de chacun dans la production d'indicateurs et de tableaux de bord.
- Utiliser un outil commun de restitution : BusinessObjects,
- Pouvoir disposer d'outils permettant de faciliter voire d'automatiser l'accès et la transmission de l'information.
- Procéder à de l'analyse d'impact (Ex. nouveau tarif qu'est ce que cela donne ?)

• Quelles sont les possibilités qui s'offrent à vous si l'on améliore la facilité d'accès à l'information ? Pouvez-vous évaluer son impact financier ?

- Viabiliser les analyses et la prise de décision,
- Accroître la crédibilité par rapport aux tutelles et aux acteurs internes,
- Avoir un gain de temps et d'argent – Augmenter la qualité,
- Disposer de plus de temps pour analyser donc disposer de plus de temps pour mettre en œuvre les plans d'actions donc disposer de plus de temps pour mesurer l'impact des plans d'actions,
- Disposer d'une base d'information centralisée et validée, accessible pour une restitution ad hoc.
- Transmettre une information plus rapidement avec une analyse de données permettant d'apporter un élément de discussion avec les interlocuteurs intra et extra-hospitaliers. Un délai plus court permettrait une réactivité des participants de l'hôpital.
- Identifier les gains de productivité.
- Identifier du temps de personnel payé et qui n'est pas utilisé.
- Plus de suivi budgétaire.

- Quelles sont les alertes dont vous avez besoin à un instant T pour agir ?

- Niveau d'activité par service (identifier les ruptures d'activité)
- Relation activité / ressources
- Durée de séjour (DMS)
- Nombre d'entrées (ou séances) par rapport au nombre de lits
- Exhaustivité de la saisie de l'activité extérieure

Conclusion

- En quoi considéreriez-vous que le projet sera une réussite ?

Le SID constituera la première pierre au développement d'une culture de gestion et de la qualité dans l'établissement.

L'ensemble des acteurs devra utiliser le SID. Chacun allégera ainsi la phase de production au profit de la phase d'analyse :

- Autonomie pour créer des requêtes
- Avoir des noms d'objets cohérents
- Avoir des données fiables et ne pas avoir besoin de faire des contrôles : plus de doute sur l'information.

Le bénéfice pour l'Unité d'évaluation médico-économique de disposer d'un tel outil permettra de construire une « unité » (base commune fiable et partagée) pour récupérer une information qui soit la même pour tous : fédérer autour d'un projet commun.

L'équipe de direction de l'établissement pourra gagner du temps pour la réflexion grâce à l'apport rapide d'indicateurs qui aideront au pilotage de l'établissement. Elle pourra réagir afin de piloter l'activité conformément aux objectifs de l'établissement.

Pour la direction, le SID constitue un outil de management : communiquer. C'est un projet d'établissement.

Il deviendra un **projet « utilisateur »** à terme :

- Les services connaîtront leur activité, leur coût et seront capables de faire des prévisions.
- Ils auront les mêmes outils que la direction pour discuter (si remise en cause du service)
- La transmission de l'information en retour aux services médicaux pourra constituer un effet de motivation important. Les services cliniques seront en effet des clients internes et certains d'entre eux pourront jouer le rôle de « pilote ».

- Quelles sont en résumé vos priorités ?

- Être en mesure de faire un retour d'information fiable et de nature médico-économique vers les producteurs de soins,
- Utiliser une même base de données sur tout l'établissement (une seule source),
- Ne plus chercher les sources de données et obtenir des données fiables dans des délais beaucoup plus rapprochés,
- Assurer la cohérence des données.

• Actions à l'issue des entretiens.

L'analyse fonctionnelle reprend au mois de septembre autour de la conception collaborative d'un premier référentiel sous forme d'un **dictionnaire métier** ; Ce dictionnaire est travaillé au cours de réunions de groupe où chacun peut confronter son point de vue avec les autres membres du groupe et être force de proposition dans le choix des indicateurs composant ce dictionnaire. Il est consolidé par les résultats des entretiens menés avec les services de soins pendant l'été par l'unité d'évaluation médico-économique.

Comme le montre la figure suivante, les tâches principales effectuées durant l'étude fonctionnelle ont donc été les suivantes :

- Les premières interviews utilisateurs en début d'analyse fonctionnelle pour recueillir l'expression des besoins ;
- Les interviews de certains services de soins, réalisées par l'unité d'évaluation médico-économique ; le tableau ci-après indique la liste des services interviewés ;
- La reprise de l'analyse fonctionnelle avec des réunions en groupe de travail autour du dictionnaire métier ;
- L'installation du périmètre PMSI avec une solution prépackagée, la solution K@PRIM.

Figure 55 : Projet Parténia - Étape 1 – Chronogramme du lot 1

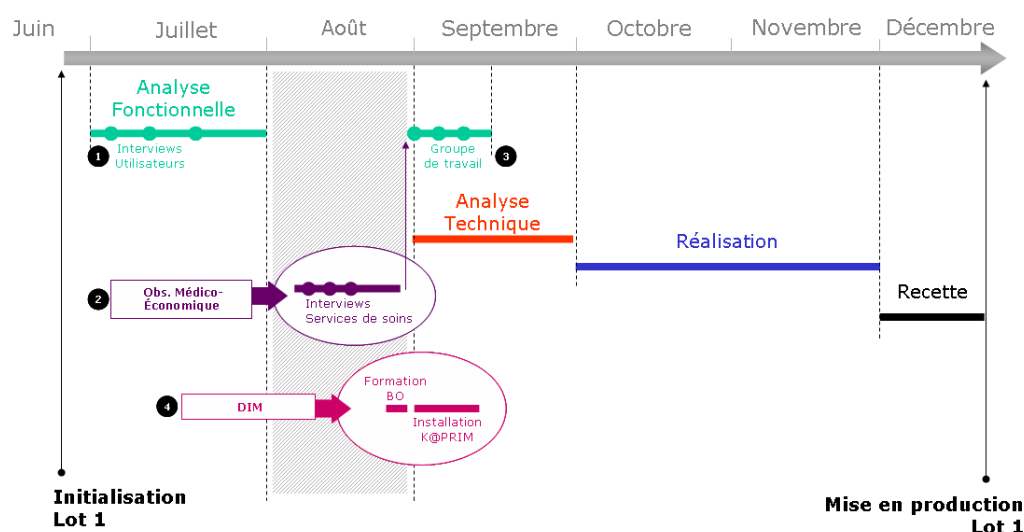


Tableau 28 : Projet Parténia - Étape 1 – Liste des services cliniques interviewés

ORL	SSPI (Soins de Suites Post Interventionnels)
Cardiologie interventionnelle	Endoscopie Digestive
Neurologie interventionnelle	Endoscopie Thoracique
Urologie	Pneumologie
Urgences	Rééducation fonctionnelle
Réanimation	

• Précisions sur le PMSI.

Le PMSI est considéré comme un sous-ensemble fonctionnel du lot Activité. L'intégration au SID de ce sous-ensemble est assurée par la mise en place de K@PRIM, un composant décisionnel pré packagé (*starterkit*) pour le PMSI fournit par Keyrus. Et cela pour les raisons suivantes :

- **Pas assez de disponibilité du DIM pour le projet SID**
 - Accélération de la mise en œuvre du reporting PMSI grâce à ce « starterkit ».
- **Couverture fonctionnelle conforme aux besoins standards DIM**
 - K@PRIM fournit nativement un univers métier BusinessObjects orienté PMSI MCO avec une bibliothèque conséquente de requêtes et d'états.
- **Solution ouverte offrant :**
 - La prise en charge des spécificités de l'établissement

- Un univers métier validé par plusieurs DIM et personnalisable...
- La gestion des UF d'hébergement / UF de responsabilité
- Le reporting « immédiat » avec des rapports préconçus
- **Conformité avec l'architecture cible du SID**
 - Base de données Oracle
 - Outil de restitution : BusinessObjects

• Les indicateurs et les axes d'analyse (dictionnaire métier)

Nous détaillons en annexe l'ensemble des critères qui vont composer le référentiel métier. Nous n'aborderons que les indicateurs et les principaux axes d'analyse qui vont permettre à l'Hôpital Parténia de définir son pilotage stratégique et opérationnel.

En résumé pour le lot 1 Activité :

Tableau 29 : Dictionnaire Activité PMSI - Projet SID / Couverture fonctionnelle de K@PRIM

Signification	K@PRIM	Nombre
Indicateur pris en charge dans K@PRIM via l'univers	Oui	75
Indicateur possible à prendre en charge dans K@PRIM via une nouvelle requête	Indirecte	23
Sous total :		98
Indicateur non pris en charge dans K@PRIM actuellement	Non	14
À supprimer	-	5
Total :		117

Tableau 30 : Dictionnaire Activité hors PMSI - Projet SID

Nombre total d'indicateur	Alerte sur Faisabilité	Complexes	Risque de non-fiabilité
50	15 avant réunion du 17/10	5	11

Pour le lot 2 Finance :

Le lot Finance porte les thèmes Client, Comptabilité, Achat, Budget, et recense environ 80 indicateurs/rapports, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 31 : Dico Finance - Projet SID

Thème	Recensés	Non faisables	Incomplet (prévision)	Nécessitant paramétrage	À faire en lot 3	Total
Client	12	1	0	0	0	1
Compta	14	0	0	3	0	3
Achat	38	0	0	7	0	7
Budget	16	0	8	1	5	14
Total	80	1	8	11	5	25

Seuls les lots Activité et Finance seront successivement mis en œuvre entre 2005 et 2006. Le lot RH n'a pas été engagé.

1.3. Qualification des usages attendus

- **La disponibilité**

Une des caractéristiques d'un système d'aide à la décision est de disposer d'une base d'informations distincte de celle des applications opérationnelles gérant l'activité quotidienne (liste des différents systèmes opérants...).

La principale raison à cela est la nécessité d'intégrer dans une base unique des informations venant des différentes sources d'informations du SIH de l'Hôpital Parténia. Les informations remontées des bases opérationnelles sont éventuellement retravaillées pour être en cohérence totale les unes avec les autres. Ainsi, le système d'aide à la décision a l'ambition de présenter une vision « métier » de l'information plutôt qu'une vision propre à un secteur d'activité. De plus, la constitution de cet entrepôt de données a pour ambition de devenir la véritable mémoire de l'Hôpital Parténia.

L'information vivante se trouvant naturellement dans les applications opérationnelles (Axya, Geremi, Serveur d'actes, bases activité...) et pas dans un système d'aide à la décision, il faut donc alimenter régulièrement celui-ci pour qu'il dispose également de la même information. Il est nécessaire de choisir un rythme de rafraîchissement de la base d'informations du système d'aide à la décision et ce rythme doit être adéquat par rapport aux besoins fonctionnels. L'alimentation se fera tous les jours, la nuit de préférence afin de permettre une disponibilité maximum du système d'information dans la journée.

- **Les utilisateurs du SID**

On peut distinguer plusieurs types d'utilisateurs du SID :

Les utilisateurs Experts, producteurs de l'information

Ceux sont les utilisateurs qui vont utiliser les outils du système d'aide à la décision pour produire de l'information décisionnelle sous BusinessObjects. Parmi cette population, nous retrouvons les besoins d'interrogation et de reporting, et les besoins d'analyses multidimensionnelles. Les producteurs sont les utilisateurs comme le DIM, le Contrôle de Gestion...

Les utilisateurs Lecteurs de l'information

Ceux sont tous les utilisateurs qui sont demandeurs de l'information mais qui n'ont pas réellement besoin d'utiliser le système d'aide à la décision en direct. Nous utiliserons, pour ces derniers, un mode d'envoi de tableaux de bord asynchrone (mode *push*) ou bien un accès centralisé à l'information via l'intranet (mode *pull*).

Les utilisateurs Administrateurs du système

Ceux sont les utilisateurs situés au service informatique qui assurent la sécurité dans la mise à disposition des données. L'accès aux rapports et l'accès aux données contenu dans les rapports sont définis par des droits et sont maintenus par les administrateurs.

Les utilisateurs Développeurs du système

Ce sont les utilisateurs qui assurent toute la chaîne de construction d'un tableau de bord, de l'alimentation de l'entrepôt par des données situées dans les sources, au développement des rapports.

Ils développent les flux d'alimentation des données par l'ETL (Extraction, Transformation, Chargement) sur une structure d'entrepôt parfaitement maîtrisée.

Ils créent ensuite la couche sémantique métier (Univers BO) permettant le développement des rapports et tableaux de bord. Cette couche sémantique est composée d'objets métiers issus des indicateurs et axes d'analyse mis en évidence dans le travail d'analyse fonctionnelle et implémentés dans la phase technique. Elle masque la complexité du modèle de données situé dans l'entrepôt de données centralisé (*datawarehouse*). Elle permet de gagner en productivité le développement de rapports par les utilisateurs développeurs, et permet aux utilisateurs experts de créer eux-mêmes des rapports ou des requêtes *ad hoc*.

Le tableau ci-après décrit la cartographie des utilisateurs.

Tableau 32 : Projet Parténia - Étape 1 – Cartographie des utilisateurs du SID

Type d'utilisateur	Fonctionnalités attendues	Modules Logiciel BusinessObjects	Les utilisateurs lot Activité	Nombre
Expert (Producteur d'information décisionnelle)	Interrogation Consultation/Création de rapports Analyse (Exploration) – Simulation	Reporter Infoview Explorer	Membre de l'unité d'évaluation médico-économique Directrice du CdG Chargé de mission SG Médecin DIM Chef de Projet Décisionnel	5
Lecteur	Consultation de rapports	Infoview	Secrétaire Général (SG) Directrice financière (DAF) Directrice du SI (DSI) Et plus... (A déterminer)	3 et plus
Administrateur	Sécurité dans la diffusion des données et des accès à l'information Soutien technique	Supervisor Broadcast Agent	Chef de Projet SIH Chef de Projet Décisionnel	2
Développeur	Création et maintenance des univers	Designer	Chef de Projet Décisionnel	1

• La sécurité

Le logiciel BusinessObjects laisse la possibilité de gérer la sécurité au niveau de l'utilisateur. Par exemple, les utilisateurs ne peuvent qu'accéder aux tableaux de base qui les concernent. Pour chaque tableau de base, des restrictions sur la valeur des indicateurs ou des critères peuvent être posées. Enfin, il est possible de mettre des restrictions sur les données. Exemple : un médecin ne peut voir que ses patients.

• Évaluation des besoins en formation

Quatre modules de formation sont envisagés :

- BO Reporter : Création de rapports et de requêtes *ad hoc*
- BO Designer : Création/modification de la couche sémantique métier (Univers BO)
- BO Superviseur : Administration BusinessObjects
- ETL GENIO : Développement des flux d'alimentation

Le tableau suivant présente la répartition des formations envisagées pour les utilisateurs.

Tableau 33 : Projet Parténia - Étape 1 – Liste des participants aux formations

Nom	BO Reporter	BO Designer	BO Superviseur	ETL GENIO
Secrétaire général	X			
Unité d'évaluation ME	X			
DAF	X			
DIM	X			
Chargé de mission SG	X			
DSI	X			
Chef de Projet SIH	X	X	X	X
Chef de Projet Décisionnel	X	X	X	X
Total	9	2	2	2

Remarque : La formation à l'ETL GENIO est également dispensée à toute l'équipe informatique interne.

1.4. La suite des réalisations

L'étude fonctionnelle du premier lot a permis de dégager une vision commune et partagée l'analyse de l'activité de l'Hôpital Parténia (PMSI et hors PMSI). Elle aboutie à la fourniture d'un premier dictionnaire métier qui sera complété d'autres indicateurs lors de la réalisation de chaque lot. L'étape suivante est celle de l'étude technique qui produira la modélisation logique du modèle de données et la modélisation physique de l'entrepôt de données centralisé.

S'en suivront les différentes étapes de réalisation et de tests. La livraison de la solution se fait donc progressivement (par lot). Le projet ne sollicite ainsi qu'un nombre limité de personnes, mais les parties prenantes au projet participent véritablement à la mise en œuvre.

– *Pour les personnels techniques*, ils sont plutôt sollicités en début de projet pour la détermination des configurations des environnements techniques de la solution. Ils participent à la mise en production à chaque fin de cycle (fin du lot 1, fin du lot 2, etc.).

– *Pour les personnels métiers*, ils sont fortement sollicités dans la phase de spécifications où l'expression de leurs besoins est essentielle. En fin de cycle de développement, ils participent fortement aux tests de la solution pendant la « recette ». Leur connaissance métier sur les processus et les données sous-jacentes est indispensable pour valider la qualité des informations restituées par le SID. Les premières utilisations de la solution permettent également de valider si l'usage des tableaux de bord et des indicateurs, est conforme aux exigences émises en début de projet.

La mise en production n'est effectuée qu'au prononcé de la validation de la recette.

Nous ne développons pas plus cette partie technique du projet car nous supposons qu'elle est conforme aux spécifications fonctionnelles et techniques qui ont été définies et validées par l'établissement.

2. Les résultats de nos recherches menées en Étape 1

Il s'agit dans cette phase d'établir une compréhension des usages du SID par l'équipe de direction et ses directions fonctionnelles. Dans ce passage d'un Système d'information général à une première version d'un SID, nous repérons des intentionnalités stratégiques

sans pour autant une véritable démarche de généralisation des usages à l'ensemble des décideurs de l'hôpital.

2.1. L'introduction des technologies du décisionnel chez Parténia

- **Un investissement conséquent dans le domaine du SI... avec un vrai schéma directeur.**

Lors de notre arrivée chez Parténia, nous avons rencontré Madame Martine LAROQUE⁵¹², la Directrice du Système d'Information Hospitalier. Nous l'avons questionné sur la façon dont elle gère le SI à Parténia.

« Nous avons réactivé l'instance de pilotage pour le S.I.H, le Comité Directeur du Système d'Information Hospitalier (CDSIH), pour mieux intégrer les évolutions du SI dans le cadre général de la stratégie de l'établissement »

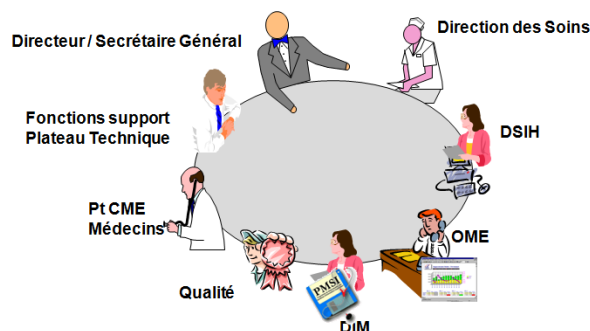
(Extrait d'entretien informel avec la DSIH - Cahier de Recherche).

Le CDSIH fédère le SI et ses acteurs autour de :

- La stratégie du système d'information, son schéma directeur.
- Les méthodes et la communication autour des projets.
- Les projets en cours, leur avancement.
- Les projets à venir (enjeux, priorités, acteurs, moyens, contraintes...)
- La sécurité du S.I, sa qualité, ses risques.
- La relation « clients » : formations, ateliers, club...

Il réunit 12 membres permanents une fois par trimestre.

Encadré 16 : Le CDSIH de Parténia



La DSIH nous explique conduire sa « mission SIH » par une série de plan d'actions en réponse à 5 axes majeurs de progrès identifiés, comme l'explicite le tableau suivant.

⁵¹² L'ensemble des noms de famille utilisés dans les chapitres de la partie 3 sont des pseudonymes.

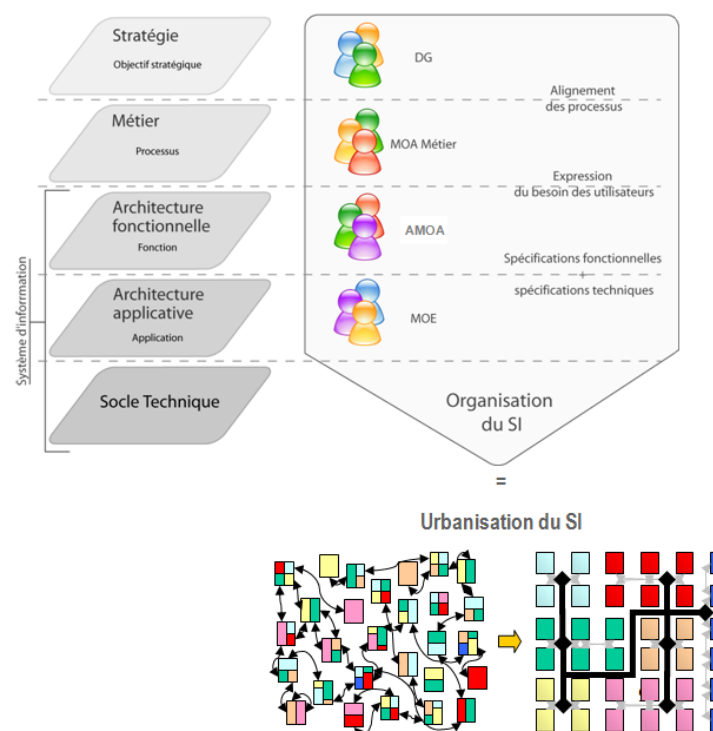
Tableau 34 : La mission SIH

Stratégie Objectif stratégique	Situer le SI dans la stratégie de l'hôpital : un schéma directeur du SI intégré au projet d'établissement.
Métier Processus	Maîtriser le système d'information grâce à une démarche d'urbanisation appliquée au processus de prise en charge patient.
Architecture fonctionnelle Fonction	Conduire efficacement les projets grâce à une méthodologie cadre et une organisation de projets adoptée par tous.
Architecture applicative Application	Mettre en œuvre le chantier du système décisionnel.
Socle Technique	Intégrer l'ensemble des applications, superviser le S.I.

– Pour l'axe 1 concernant la stratégie, il s'agit d'aligner le schéma directeur du SI sur les grands projets de l'hôpital, et de l'appliquer aux évolutions de la gouvernance. Pour assurer la conduite du changement, une approche transversale sera nécessaire et se traduira par la naissance d'un **Observatoire Médico-Economique**⁵¹³, qui marquera un vrai changement culturel (cf. chapitre suivant).

– Pour l'axe 2 concernant les processus métiers, la question « Quel système d'information en réponse aux métiers ? » passe par la volonté d'urbaniser le SI, c'est-à-dire d'instaurer une gouvernance du SI, cartographier le SI pour lui donner lisibilité et évolutivité, et identifier l'architecture fonctionnelle et les référentiels, les éventuelles redondances et les manques. Cette démarche d'urbanisation, illustrée par la figure suivante, permettra d'enrichir le système d'information médical et soignant, la gestion économique et financière, etc.

Figure 56 : Démarche d'urbanisation du SI.



⁵¹³ Cette étape est abordée au chapitre suivant.

– Pour l'axe 3 concernant la méthodologie, la DSIH décide de construire un guide méthodologique de conduite de projets (informatiques) à l'hôpital Parténia. Il permettra d'apprendre à accompagner les changements (jonction organisation / outils), et d'assurer un lien efficace entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre (rôle de l'AMOA - Assistance à Maîtrise d'ouvrage).

– Pour l'axe 4 concernant l'aide au pilotage, le CDSIH énonce la feuille de route du projet SID, à savoir :

- Terminer les lots Activité et Finances en 2006 : Recettes, Mise en production.
- Mener le lot RH début 2007 : Expression des besoins de la Direction Générale.
- Construire des outils de pilotage adaptés à chacun des pôles.
- Intégrer de nouveaux indicateurs (ex : Qualité).

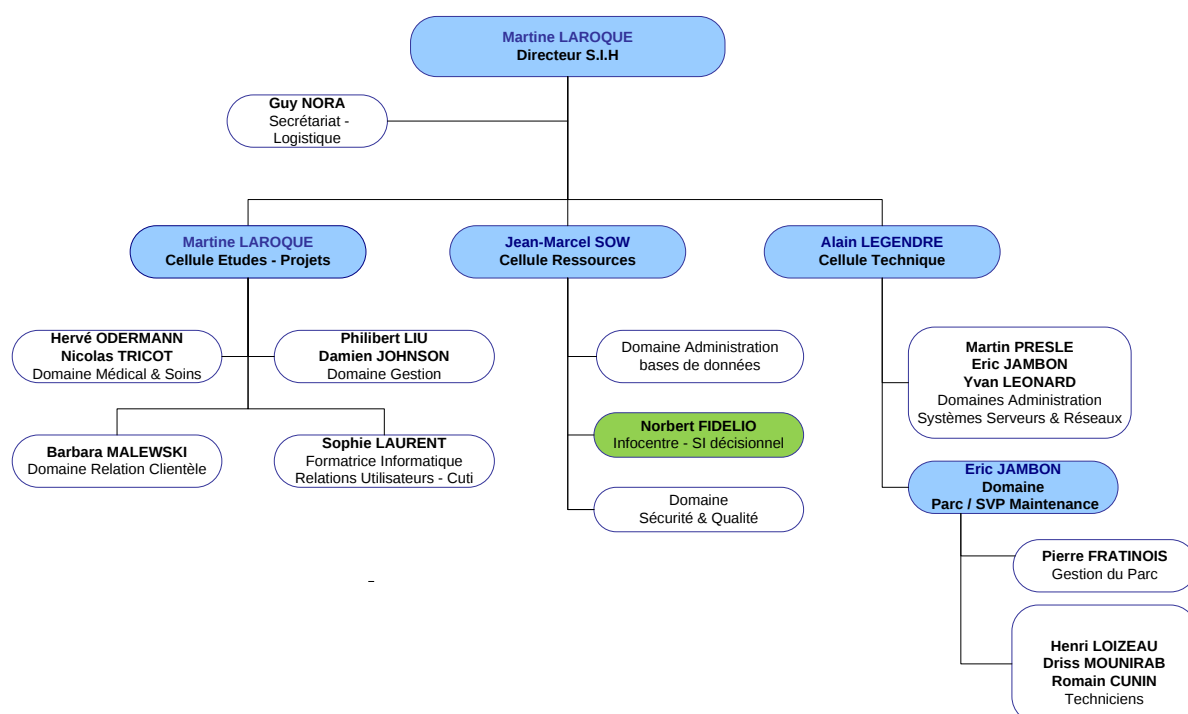
– Pour l'axe 5 concernant le socle technique du SI, un plan de progrès est envisagé autour de plusieurs thèmes : le plan de sécurité du SI, l'architecture du portail, l'utilisation de nouvelles technologies liées au projet architectural (réseau sans fil et téléphonie sur IP), la mise en place d'une base de connaissance.

La Direction du Système d'information Hospitalier (DSIH) de Parténia est déjà relativement bien structurée et comporte un peu moins d'une vingtaine de personnes.

« Nous faisons des réunions internes régulières avec les membres de mon service sur l'évolution du SI que nous devons assurer dans le cadre du schéma directeur [...] Parténia est un hôpital qui se veut à la pointe de la technologie, il est important que les salariés aient accès à l'information »

(Extrait d'entretien informel avec la DSIH - Cahier de Recherche).

Figure 57 : Organigramme de la Direction du Système d'Information Hospitalier de Parténia



Nous repérons dans l'organigramme de la DSIH qu'une personne sera dédiée au décisionnel, ce qui est plutôt rare dans ce type d'établissement. Il assurera pour l'essentiel la chefferie de projet du côté de l'hôpital, en constituant pour le prestataire, un point unique de communication, particulièrement avec son propre chef de projet. Par sa fonction dédiée, il assure également une assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMOA). Il prend par conséquent en charge la relation avec les utilisateurs finaux, du moins en partie. En effet, certaines réunions d'approfondissement peuvent être quand même effectuées en présence du prestataire.

À noter qu'à notre arrivée, cette ressource n'était pas encore en poste, et nous avons donc réalisé la totalité du recueil des besoins auprès des utilisateurs dans le cadre du premier lot Activité (cf. questionnaires des entretiens).

Il ressort de nos entretiens informels que les conditions d'introduction du décisionnel chez Parténia se font donc dans un contexte multiprojets à la DSIH. L'équipe de la DSIH semble être déjà bien étoffée, et le prestataire Keyrus pourra s'appuyer sur un chef de projet décisionnel dédié. Le CDSIH se donne en complémentaire du pilotage stratégique du projet, de veiller à la réelle pertinence des indicateurs (utilité plutôt qu'exhaustivité), à la qualité du dictionnaire, à l'intéressement de l'ensemble des managers.

- **...mais démunie d'un véritable engagement de la part de la Direction Générale**

Bien que l'ensemble des chefs de services ait été brièvement informés du démarrage du projet décisionnel lors des séances d'expression des besoins, la Direction Générale leur précise simplement que l'objectif premier de la solution est de permettre d'avoir un meilleur niveau d'information et de pouvoir accéder plus facilement aux données de gestion. Néanmoins, elle n'a pas davantage détaillé la vision stratégique associée à cet investissement technologique. On constatera plus tard que cette première étape est surtout considérée par la Direction comme préparatoire à un projet plus global qui viendra par la suite. Cette Étape 1 est donc en premier lieu, davantage à destination des deux directions fonctionnelles qui sont impactées le plus par la T2A (CdG, DIM) dans l'immédiat. Les services cliniques deviendront sans doute progressivement des futurs utilisateurs du système. Pour le sponsoring du projet, la Direction Générale reste donc en retrait et confie le pilotage du schéma directeur technologique au CDSIH.

2.2. La conception du SID en réponse à l'arrivée de la T2A

- **Les principaux attendus des utilisateurs-clés.**

Le projet de création d'un SID pour Parténia est de se doter d'un outil de pilotage médico-économique moderne et fiable en réponse à l'arrivée de la T2A. Si le Contrôle de Gestion (CdG) a historiquement un bon niveau d'analyse des dépenses, il doit désormais travailler sur les niveaux de recettes issues de la tarification à l'activité. Bien que ce périmètre informationnel dépende du PMSI et donc du département de l'information médicale (DIM), le CdG souhaite gagner en compréhension sur ces données, et gagner également en autonomie dans la production des analyses et des tableaux de bord. L'idée n'est pas de se substituer au DIM, mais d'être plus réactif aux demandes émanant de la Direction Générale, en particulier pourvoir sortir des analyses croisées entre les différents périmètres de données. Un des premiers usages du SID est donc de pouvoir rapidement croiser des informations relatives à l'activité (recettes T2A) avec les dépenses constatées par services.

Dans le premier lot Activité, il y a donc bien recherche par le CdG d'utiliser des indicateurs représentant l'activité sous une forme synthétique ; la vision très détaillée du PMSI restant dans le giron du DIM.

Cette vision détaillée à l'aide d'indicateurs spécifiques s'appuyant sur le PMSI est apportée par un composant prépackagé, évitant ainsi de réinventer des analyses classiquement demandées par les médecins DIM. Ce composant à usage uniquement du DIM, est considéré comme un sous-ensemble du lot Activité. Il a pour intérêt de fournir rapidement des indicateurs d'activité et d'apprécier pour partie le niveau de recettes de l'établissement. Il constitue également l'opportunité de doter l'établissement pour la première fois d'une véritable architecture décisionnelle constituée d'un entrepôt de données centralisé sur un serveur dédié.

À partir des fichiers provenant du logiciel de groupage de l'établissement et des fichiers de structure comportant l'organisation des Unités Médicales, Services, Centre de Responsabilités etc., l'infocentre décisionnel est alimenté par des scripts de chargement écrits en langage SQL. Le Département d'Information Médicale (DIM) exploite alors immédiatement la bibliothèque d'états fournis par K@PRIM pour le reporting réglementaire demandé par la tutelle ou par la direction générale de l'établissement. Le DIM peut concevoir également de nouveaux tableaux de bord et réalise des requêtes ad hoc selon les analyses demandées.

Par extension, des objets de l'univers K@PRIM (définis ultérieurement) sont intégrés à l'univers global Activité et pourront être utilisés par d'autres utilisateurs (le contrôle de gestion par exemple).

Le deuxième lot concernant la Finance, démarre en avance de phase, c'est-à-dire avant la fin du premier lot, pendant sa deuxième phase de recette, pour être précis. Cette décision est prise par la DSIH pour ne pas retarder la progression du projet. En effet, un retard dû à une problématique sur les actes, a entraîné une phase de tests plus complexe et donc longue qui a retardé la sortie du lot 1. Le chevauchement de ces 2 lots est possible car le périmètre finance sollicite d'autres utilisateurs clés à l'hôpital Parténia.

- **Les difficultés rencontrées lors de la conception du SID.**

La recette du lot Activité a duré plus longtemps que prévu car s'est décomposée en 2 parties :

- la Partie 1 qui s'est concentrée sur les tests liés aux Séjours et sur le composant PMSI (K@PRIM).
- la Partie 2 qui a approfondi les tests relatifs aux flux des Actes. La recette « usine » de la solution, c'est-à-dire celle qui a été réalisée par le prestataire avant livraison, a révélé effectivement des écarts entre les systèmes sources et le système cible.

Une gestion d'erreurs complexe sur les flux d'alimentation des actes a été la mise en place. Une grande partie de la recette a donc consisté à analyser les nombreux rejets d'alimentation demandés explicitement par les utilisateurs finaux. Un univers supplémentaire et non prévu à l'origine, dénommé « Rejets Actes » est également mis à disposition pour permettre d'appréhender et comprendre les différents types de rejets demandés.

Notons qu'il a été démontré que ces rejets ne pouvaient être en aucun cas assimilés à des rejets d'interfaces entre les logiciels sources et le logiciel AXYA qui sert de collecteur d'actes : de très nombreuses lignes sont rejetées dans le SID alors que les actes sont bien présents dans AXYA (les actes non présents dans AXYA ne représentent qu'une faible

volumétrie). L'analyse de ces divers rejets dans le SID a néanmoins identifié peu à peu divers problèmes techniques liés à la saisie des actes, et des évolutions seront alors nécessaires pour intégrer dans le SID les actes rejetés de façon inopportune.

Cette période confronte donc la première fois les utilisateurs à la solution, et son déroulement est donc très sensible. Des ajustements sont possibles, mais il semble que les interrogations ne soient pas dissipées... Nous proposons que dans les prochains comités de pilotage (COPIL), nous laissions en début de réunion un temps de parole libre à chacun, du type « points forts, points faibles, questions ».

En tout cas, la fin du lot 1 est marquée par une tension montante entre les concepteurs et les utilisateurs, jusqu'à déclencher un Comité de pilotage exceptionnel avancé.

La situation se résume ainsi :

1- Dépassement du projet (en termes de charge et de délai)

Pour les délais, la DSIH ne voit pas de problème pour rémunérer le prestataire avant l'heure car elle a bien conscience que le retard est dû aussi en partie de son côté (retard pour les actes, allongement de la recette). Pour le dépassement de charge, elle est prête à renégocier une rallonge budgétaire. Mais sa capacité à négocier dépendra du Secrétaire Général, qui refusera toute négociation s'il voit une situation de blocage apparaître dans le projet.

2- Situation « tendue », voir de blocage par rapport aux utilisateurs clés (CdG)

La DSIH, Mme LAROQUE, nous fait part d'une situation qui tend à se bloquer avec la responsable du Contrôle de Gestion (et le membre de l'unité d'évaluation médico-économique). Elle craint que ces personnes fassent de « mauvais » retours au Secrétaire Général. Pourquoi la situation tend à se cristalliser ainsi ?

a) Univers Activité sans indicateurs PMSI

On rappelle que pour des raisons opérationnelles, le premier lot Activité a été décomposé en 2 sous parties :

- partie PMSI avec la fourniture d'un univers K@PRIM comme accélérateur,
- partie Hors PMSI lui-même décomposé en 2 temps pour des raisons internes liées à leur choix de serveur d'actes :

- Prise en compte du périmètre hors actes : un univers Activité réalisé ; la recette doit démarrer.
- Prise en compte des actes : le même univers complété ; la recette se fera en décalé.

In fine, il y a donc 2 univers sémantiques séparés, qui selon elle, n'étaient pas forcément « perçus » comme cela. Il lui est précisé que le chef de projet travaillait sur ce sujet et que des indicateurs PMSI devraient pourvoir être intégrés dans l'univers Activité, d'autant que les axes structure et temps le permettent. Une réunion de travail est finalement organisée pour déterminer quels indicateurs seront choisis (certainement ceux qui concernent la valorisation).

b) Dictionnaire métier validé mais des règles de calcul des indicateurs non approuvées

Bien que le dictionnaire des indicateurs métier ait été validé en COPIL, la responsable du Contrôle de Gestion remet en cause les règles de calculs des indicateurs présents dans l'univers réalisé. Mme LAROQUE, la DSIH, lui a pourtant rappelé que l'objet de ce COPIL était justement de valider le dictionnaire métier sur lequel les alimentations allaient être développées.

c) Déclenchement de la première phase de recette sans fournir d'états BO

L'objectif était de faire valider dans un premier temps l'univers par des requêtes *ad hoc* mais il semble que les utilisateurs aient été surpris de ne pas avoir d'état BO. Mme Laroque indique au passage que 10 tableaux étaient prévus dans la proposition. Il lui est indiqué que ces états seront réalisés et transmis progressivement ; la phase de recette pouvant quand même démarrer ! Ces états seront relativement simples et il est réaffirmé qu'en aucun cas, ils ne pourront être considérés comme ceux demandés par la Responsable du Contrôle de Gestion (1 fichier XL contenant 10 onglets, contenant chacun plusieurs tableaux).

d) Durée de recette estimée trop courte

La première période de recette a été fixée à 15 jours, ce que la Responsable du Contrôle de Gestion a jugé trop court à la vue de la surcharge de travail auquel elle doit faire face au 1er trimestre (à la demande du Secrétaire Général et de plus haut). On l'informe que du lesté pouvait être lâché dans la mesure où elle accordait des facilités de paiement en avance de phase.

En conclusion, Mme LAROQUE pense que le prestataire Keyrus n'a pas été suffisamment proche des utilisateurs (envers le Contrôle de Gestion surtout...) afin d'expliquer le projet, de ce qu'est une architecture décisionnelle, une phase de recette etc. Elle pense que pour éviter encore plus cette cristallisation et faire repartir le projet, il lui faut communiquer et conduire le changement.

Aussi elle propose :

- une réunion de communication projet pour répondre aux questions de l'ensemble des utilisateurs, leur apporter des informations « rassurantes ».
- une réunion préparatoire juste avant, avec le Secrétaire Général pour le remettre dans le contexte sinon il sera influencé par les réactions de la Responsable du Contrôle de Gestion.

Mme LAROQUE est très constructive et rappelle sa satisfaction envers les équipes Keyrus. Elle tente de faire avancer les choses, en témoigne le courrier qu'elle adresse pour relancer la finalisation du lot Activité (cf. ci-dessous).

Encadré 17 : Lettre adressée par la DSIH aux parties prenantes du projet

Objet : SID - Préparation de la finalisation du lot Activité

Bonjour,

Comme nous le savons tous, le lot activité a déjà subi une dérive que l'hôpital a dû financer en sus du contrat forfaitaire signé.

Afin de ne pas se retrouver dans cette situation, je me permets de rappeler à chacun :

- que la recette Séjours + K@PRIM était prévue le 1er mars, avec COPIL le 16 mars
- que la recette Actes est prévue le 22 mars, avec COPIL final du lot Activité le 30 mars, pour mise en production semaine 14.

Merci à chacun d'adresser ses résultats de recette au Chef de Projet de Keyrus, au plus vite en fonction de ces dates, selon l'organisation convenue.

Pour information :

- l'équipe SIH a commencé les recherches et les ajustements convenus sur les actes après nos 2 réunions de validation des données (cf. CR Keyrus), pour chaque progiciel concerné. N. Fidelio va centraliser toutes les réponses afin de les décrire directement face à chaque action décrite dans le compte-rendu. Merci à chacun de lui transmettre au fur et à mesure. J'aimerais que nous puissions confirmer nos réponses au prochain comité de pilotage (16 mars).

- Le dossier PCP (confirmations / statuts interventions, modèles de données...) reste à traiter... Nous avons quelques difficultés à obtenir des réponses informatiques de la part de Web100T, je recontacte aujourd'hui la société à la suite de Barbara.

Merci, cordialement
M. Laroque

Notre analyse :

Afin de comprendre la sphère de la conception, nous mobilisons dans notre grille d'analyse les réflexions d'Hatchuel reprise par Guiderdoni dans sa schématisation de la dynamique de coopération entre concepteurs.

Nous avons un premier⁵¹⁴ prescripteur initial (le CDSIH) qui impulse donc le projet décisionnel. Le CDSIH définit en effet dans l'axe 4 de son schéma directeur, les objectifs de gestion à modéliser. Pendant la phase d'avant-vente, des ajustements auront bien lieu entre le prestataire Keyrus et la DSIH avec l'avis de quelques utilisateurs clés (médecin DIM, CDG, etc.), jusqu'à la négociation finale entérinant le calendrier de mise en œuvre et le budget du projet. Nous sommes bien ici dans les **Temps 1** et **Temps 2** de la sphère Conception de notre grille d'analyse.

On rentre ensuite dans l'espace d'exploration et de recherche entre concepteurs correspondant au démarrage concret du projet. C'est le **Temps 3**. Un travail collaboratif s'établit au sein de l'équipe projet du prestataire mais également avec le chef de projet décisionnel de Parténia (Norbert Fidelio), considéré comme faisant parti des concepteurs. Il participe en effet au côté du prestataire à certaines définitions (techniques et/ou fonctionnelles) et reçoit en continu un transfert de connaissance de la part du prestataire.

Pendant la phase de spécifications, des échanges ont lieu également entre concepteurs et utilisateurs. Une fois le dictionnaire d'indicateurs métiers stabilisé (fin des spécifications), la solution est développée, ce qui nécessite encore des échanges et des explorations multiples entre les concepteurs/développeurs de la solution. Pour chacun des lots mis à disposition des utilisateurs, une mise en production des objets créés est opérée et correspond à la zone d'usage (**Temps 4**). Cette étape démarre en quelque sorte, même un peu avant, pendant la recette, où une première zone d'usage est considérée comme une zone de test. Cette zone permet la confrontation directe entre les objets créés (indicateurs, tableaux de bord, etc.) et les utilisateurs finaux. Nous confirmons bien d'intenses interactions entre la *zone d'usage* et *l'espace d'exploration et de recherche* pendant cette phase de recette, car les tests sont menés de façon itérative. Les demandes de validations, de la part des concepteurs en vers les utilisateurs, sont faites par vagues (**Temps 5**) : les concepteurs regroupent les corrections d'anomalies et demandent au fur et à mesure les validations correspondantes.

Le **Temps 6** prend la forme d'un comité de pilotage final pour valider en dernier lieu la solution avant sa mise en usage. Pour rappel, deux cas sont alors possibles :

- une simple validation du prescripteur concernant les ajustements réalisés par les concepteurs face aux réactions des utilisateurs. Le processus de conception n'est pas remis en cause par l'utilisateur : on est dans le cas d'une dynamique de coopération aboutie (**Temps 6a**).

⁵¹⁴ Nous verrons plus loin (en phase 3) que le prescripteur va évoluer.

– la seconde possibilité correspond à des modifications importantes demandées par les utilisateurs qui touchent l'ensemble du processus de conception et surtout remettent en cause les objectifs définis par le prescripteur initial. Une remise en cause de l'ensemble des prescriptions réciproques est également opérée (*Temps 6b*). Nous avons particulièrement vécu cette entrée en négociation pendant le COPIL exceptionnel, car l'audit des actes non prévu initialement, mais nécessaire au demeurant, entraînait un surcoût que l'établissement a dû financer. La DSIH, consciente de l'effort du prestataire, a joué un rôle d'influence auprès de la décision du Secrétaire Général. Le Contrôle de Gestion, en désaccord sur certains éléments de livraison, a tenté lui aussi d'influencer la décision, mais sans véritable succès.

Remarque : il existe parfois, dans le cas de marchés publics, une période de garantie de 3 mois pour chaque lot, période pendant laquelle peuvent exister encore des interactions entre les utilisateurs et les concepteurs, et permettant la résolution d'anomalies le cas échéant. Dans le cas de Parténia, il n'a pas été défini une telle garantie.

Nous confirmons donc l'intérêt de la schématisation de Guiderdoni et soulignons en définitive le caractère à la fois provisoire et itératif du processus de conception. D'une façon plus générale, les réflexions d'Hatchuel permettent de mieux saisir les dynamiques internes en œuvre dans la sphère des concepteurs lors du processus de conception. Celles-ci décrivent des trajectoires de conception, définies comme une succession de cycles d'interactions, qui sont en lien direct avec les dynamiques d'appropriation. Nous ajoutons pour notre part le constat qu'il existe bien aussi de fortes interactions entre les concepteurs et les utilisateurs, du fait que le développement du SID se fait à façon, contrairement à d'autres TIC qui peuvent être développées sans contribution des utilisateurs finaux (cas des progiciels achetés sur étagères). Ces interactions participent fortement selon nous aux prémisses de la mise en acte (*enactement*) que l'on retrouve dans la sphère des usages.

2.3. Les usages du SID par les directions fonctionnelles

L'utilisation du SID est marquée par une sorte de dépendance « organique » vis-à-vis des directions fonctionnelles que sont le Contrôle de Gestion et le DIM, et une difficulté d'exister plus largement au sein de l'établissement. Ce fait vient sans nul doute des composantes même du SID, c'est-à-dire les périmètres fonctionnels implémentés en son sein.

• Les périmètres de production du SID

Les composantes fonctionnelles du SID se résument pour l'essentiel au périmètre Activité (avec son sous-périmètre PMSI) et le périmètre Finance (restituant les niveaux de dépenses)⁵¹⁵. Chacun de ces périmètres sont légitimement partagés par les services cliniques dans l'utilisation qu'ils font des restitutions décisionnelles qui leur sont diffusées. Or, cette entrée en gestion de la part des services, se heurte en même temps, à la structure organique préexistante, à savoir le Contrôle de Gestion et le DIM, qui ont tendance à se maintenir dans une position de dépendance pour les autres en tant que fonction support.

La diffusion officielle des informations PMSI reste enracinée au DIM assurant la transmission après validation des données. Pourtant, le SID apparaît plus transversal et plus rapide dans la diffusion des informations, que ne peuvent l'être les agents du DIM, soumis au processus de validation officielle d'une information avant de la diffuser. Avec l'aide du

⁵¹⁵ Entre 2005 et 2006, période de la phase 1 considérée, seuls ces 2 lots sont pour l'instant planifiés, le lot RH est prévu ultérieurement.

DIM, en travaillant avec lui sur les règles de gestion intrinsèque au modèle PMSI, le SID industrialise la production de ces informations.

La production d'information dite « sensible » peut cependant induire un autre problème : le sentiment d'une mise en porte à faux du DIM, car d'autres acteurs accèdent désormais aussi à certains tableaux de bord du SID. Face à cette diffusion automatique plus large des informations, le DIM a le sentiment d'être en porte à faux, et peut se trouver dans l'impossibilité de pouvoir répondre aux questions émises par les services cliniques, bénéficiaires au même moment de cette même information.

Deux cas s'observent : le premier correspond au cas où le DIM ne connaît pas du tout la teneur de l'information diffusée par le SID, au moment où les services cliniques exigent de lui une réponse au problème soulevé. Ou du moins, il n'en a pas une connaissance suffisamment détaillée (les rapports diffusés aux services affichant la plupart du temps des informations synthétiques et agrégées). Dans ce cas-là, le médecin DIM ne peut pas y répondre dans l'immédiat. Dans la majorité de cas, il découvre la nature du problème soulevé avec le module détaillé du PMSI dans le SID dont il en a l'usage exclusif. Le second cas est celui où le médecin DIM connaît la nature de l'information diffusée. Cependant, ignorant la position officielle de la Direction Générale à ce sujet, il ne sait pas comment répondre concrètement à la question posée par le chef de service ou son cadre administratif.

Le Contrôle de Gestion quant à lui est très mono-centré, alors que dans d'autres établissements, il peut se répartir ou se disséminer au sein des services pour favoriser la délégation de gestion⁵¹⁶. Pour autant, il est indépendant de la Direction des Affaires Financières (DAF), ce qui en fait un organe de proximité envers la Direction Générale. Cette position en tout cas, le place dans un état d'esprit quelque peu « prétentieux ». Ou du moins pas assez dans l'esprit de partage. Malgré une entente affichée avec le DIM par exemple, certaines discussions informelles nous ont fait constater des tensions entre les deux départements. Les règles de gestion, complexifiées avec l'arrivée de la T2A, font que son pouvoir prend du poids au niveau de l'établissement, et au regard de la Direction Générale. Sa directrice a également une forte antériorité dans l'établissement et un leadership favorisant son influence.

- **Les acteurs directement concernés par l'usage du SID.**

On retrouve donc naturellement le Contrôle de Gestion et le DIM comme étant les 2 acteurs prioritaires (déjà discutés). Ils sont impliqués de très près dans la conception du premier lot du SID certes, c'est-à-dire dans les spécifications et dans les tests. Ils sont surtout rapidement formés aux outils logiciels et aux univers métiers développés pour leur permettre de basculer très vite vers l'utilisation. L'espace relationnel de collaboration qui s'établit entre les concepteurs et les utilisateurs pendant la construction de la solution favorise l'enactement des fonctionnalités utilisées dans la solution.

Afin de comprendre la sphère des usages, nous commencerons par réaliser un état des lieux du contenu du SID tel qu'il est utilisé en fin d'Étape 1.

Rappel du périmètre d'usage du SID

Le SID permet l'analyse de l'activité ainsi que la production et diffusion de tableaux de bords de suivi de l'activité. C'est un ensemble évolutif dans lequel il est possible de rajouter

⁵¹⁶ On observera surtout cette dissémination au niveau des pôles dès l'arrivée de la nouvelle gouvernance.

des éléments de suivi a posteriori suivant un développement itératif organisé sous forme de lot. Le deuxième lot ajoutera le périmètre finance à celui de l'activité.

Les procédures d'accès au SID

Le SID propose à l'utilisateur l'outil BusinessObjects (BO) comme un moyen standardisé d'accès à l'information centralisée dans l'entrepôt de données. Des rapports BusinessObjects sont accessibles en mode web par un portail nommé *Infoview*. Parallèlement au SID, l'outil d'interrogation peut répondre également à une requête non habituelle ou pour vérifier les sources, et constituera à terme une alternative au requêteur historique.

Remarque : Bien que l'unité d'évaluation médico-économique souligne que « toute exploitation ponctuelle de données, pour répondre à une requête non habituelle ou pour vérifier les sources, pourra amener à solliciter les bases de données sources sous BO », la DSIH réaffirme qu'« à terme, BO deviendra l'outil de requête unique, alors qu'Harry disparaîtra en parallèle ».

La modélisation des objets de gestion

L'interface de définition de requêtes de haut niveau s'appuie sur un « univers » permettant de masquer la structure de la base de données, très souvent complexe à utiliser tel quel par un utilisateur. L'univers est en ce sens une représentation totale ou partielle de la base de données, correspondant à des besoins particuliers d'un utilisateur et constitué d'un ensemble d'objets métiers.

L'utilisateur manipule des objets qui lui sont familiers, les « objets métiers », regroupés dans des univers. Ces objets sont des informations élémentaires, calculées ou agrégées, issues de la base de données. Des exemples d'objets métiers sont le Patient, le Séjour (objets issus de la base de données), le mois, l'année, le prix des GHS (objets calculés) ou le chiffre d'affaires ou recettes T2A (objets agrégés). L'utilisateur qui travaille sur un univers choisit les objets qu'il souhaite sélectionner, spécifie les restrictions ou les tris.

L'originalité du langage tient à plusieurs points :

- L'utilisateur ne manipule pas directement des noms de tables ou de colonnes de la base de données, mais des noms d'objets correspondant à sa vision métier du système de pilotage. Il n'a pas à définir les liens à établir entre les différentes relations (jointures), ni les critères de groupement des données.
- Les objets agrégés sont sémantiquement dynamiques : par exemple, les recettes T2A, objet préalablement défini par un administrateur, prendront un sens par rapport au contexte de l'utilisateur qui définira des requêtes en associant les "objets métier" (recettes T2A par service, par GHS).

L'univers est donc une collection d'objets manipulés par l'utilisateur, qui doivent être définis préalablement par l'administrateur. Il est en général destiné à un secteur particulier (finances, ressources humaines...). Dans le cas de Parténia, quatre univers sont utilisés : Activité, PMSI, Compta et Achats.

Les rapports utilisés par les différents acteurs

Les tableaux de bord utilisés sont des tableaux simples, ceux qui ont été développés pour permettre une aide à la recette. Ils sont contractuellement au nombre de 10 :

- 3 tableaux complexes sur la partie Activité / Séjours (proposés par le CdG et réalisés pendant l'assistance à la recette)
- 2 tableaux simples sur la partie Activité / Actes

– 5 tableaux sur la partie Activité / PMSI, choisis parmi les 95 états livrés dans l'outil prépackagé (K@PRIM).

Des rapports sur le périmètre Finance sont rajoutés ultérieurement.

Notre analyse :

Afin de comprendre l'usage du SID en pratique par les Directions Fonctionnelles de Parténia, nous avons repris la grille préconisée par Orlikowski qui permet d'analyser comment les utilisateurs façonnent la structure de la technologie et comment celle-ci façonne leur usage.

Concrètement, nous analysons les usages par l'intermédiaire de 3 éléments : les moyens matériels, les normes et les schèmes interprétatifs.

– Les **schèmes d'interprétation** énoncés à l'usage du SID, sont les perceptions, les interprétations, les idées reçues que les utilisateurs-clés ont du SID. Deux types d'interprétations se dégagent : soit le SID est considéré comme le système d'information de référence proposant à l'ensemble des décideurs un support à la décision ; soit comme un outil de plus dans le paysage informationnel de l'établissement, car d'autres vecteurs performants de l'information existent déjà (le DIM a déjà ses propres outils, le CdG produit également ses propres tableaux de bord, en passant un temps non négligeable). La première interprétation est clairement l'objectif à moyen terme et correspond à une position de façade de tous les interviewés. En revanche, la seconde interprétation correspond plus à une position officieuse, en particulier celle du CdG et du DIM qui manifestent une résistance au changement.

– Les **moyens** énoncés à l'usage du SID, sont les ressources nécessaires permettant de réaliser les actions récurrentes, à savoir l'exploitation des rapports prédéfinis ou la réalisation de requête *ad hoc* à partir des univers métiers. Dans le cas de Parténia, ces moyens ont été mis à disposition, essentiellement à travers les conditions d'accès au portail décisionnel : Infoview partagé ; bibliothèque de rapports ; compte informatique sécurisé (composé d'un login et d'un mot de passe) personnel pour accéder au portail ; et grâce à une formation des utilisateurs leur facilitant la prise en main de l'outil.

– Les **normes** énoncées à l'usage du SID correspondent aux procédures d'incitation qui peuvent ou non « imposer » aux personnels l'usage du SID. Du fait que certaines applications soient encore disponibles et/ou utilisées (le logiciel Harry n'a pas été débranché tout de suite, l'utilisation de fichier XL reste répandue), l'utilisation du SID n'est pas rendue totalement obligatoire, du moins au début. La norme considérant que le SID constitue le seul outil décisionnel viabilisé et de référence, sera vite imposée (cf. remarque sur les procédures d'accès au SID).

Les personnes interviewées dans cette étape 1 sont majoritairement des individus ayant participé aux activités de conception. Nous sommes clairement en face de la figure du « super-technicien ». Cette population est habituée à manipuler dans l'exercice de son métier de nombreux outils technologiques (tableur, base de données, requêteur), et a une bonne connaissance des règles de gestion s'appliquant aux processus.

De premier abord, on peut donc penser que cette population très technicienne et très attachée à la technologie, se servirait d'un outil de type décisionnel assez facilement.

Or, il semble que contrairement à cette idée reçue, l'usage réservé à cet outil est limité. Au-delà du simple usage des tableaux prédéfinis (qu'ils ont parfois élaborés eux-mêmes), on se rend compte qu'ils ont plus de mal à élaborer des requêtes *ad hoc* complexes par manque de confiance envers les données du SID.

La mise en pratique du SID prend donc la forme de l'Inertie, au sens des trois types possibles d'énactment décrits par Orlikowski (*Inertie, Application, Changement*). L'utilisateur du Contrôle de Gestion ou du DIM utilise la technologie pour conserver sa façon actuelle de faire les choses. Aucuns changements ne sont constatés dans ses pratiques de travail ou de transformation de l'artefact technologique.

Conclusion du chapitre 9 : Une première étape dans l'appropriation des outils d'aide à la décision : entre conception et usage.

L'Étape 1 (juin 2005 - octobre 2006) se caractérise par la mise en usage d'une première mouture d'un système d'information décisionnel auprès essentiellement de deux acteurs clés à l'hôpital : le Contrôle de Gestion (CdG) et le Département d'Information médicale (DIM).

Pendant cette phase de construction et de premières utilisations, nous commençons notre recherche par une mobilisation de la sphère de conception et de la sphère des usages, formant une partie de notre grille d'analyse. La troisième sphère en matière de construction de sens est quasi inexploitée, étant donné qu'à ce stade du projet, le SID n'a que peu d'importance sur le plan stratégique de l'établissement et sur son organisation.

À cela, s'ajoute un processus difficile de conception du premier lot Activité. En effet, celui-ci subit une dépendance à la fois organisationnelle et technique. Entre le service du Contrôle de Gestion et le Département de l'Information Médicale, des tensions implicites surgissent autour du contrôle du domaine de l'information médico-économique. Ces jeux d'acteurs freinent l'évolution du SID. Dans ce contexte tendu, la question des autres utilisateurs (dans les services cliniques) et de leur usage apparaît cruciale. Une meilleure connaissance de leur niveau d'utilisation, de jugement et d'attentes pourrait entraîner des changements. Le CDSIH s'interroge sur la construction de sens et son rapport avec le SID.

Dans les chapitres suivants, nous allons voir que l'Étape 2 et l'Étape 3, marquées par un certain nombre de changements à la fois organisationnels et techniques, vont conduire à une transformation du management de la performance de l'Hôpital.

Chapitre 10. Étape 2 : La mise en place d'un Observatoire Médico-Économique (OME) et la structuration du dispositif global d'aide à la décision.

Nous sommes à la fin 2006 et le projet décisionnel a vu le jour à l'Hôpital Parténia. L'objectif, nous le rappelons, est d'utiliser désormais un entrepôt de données transverse à l'établissement réunissant les domaines Activité, Finance et Ressources Humaines. Pour répondre aux attentes, cette solution offre une information pertinente, consolidée, et partagée uniquement dans un premier temps, avec les deux directions fonctionnelles impactées par l'arrivée de la T2A. La Direction Générale exigeant en effet un suivi plus tenu des résultats d'activité et du niveau de dépenses de l'établissement, le CDSIH a donc dû envisager l'évolution et l'amélioration du SIH par l'introduction du SI Décisionnel.

Cependant, dans le même temps, la Direction de l'établissement fait un certain nombre de constats, en particulier elle juge insuffisant le dispositif d'accompagnement qui a été mis en place pour conduire les évolutions du SID. Le choix des indicateurs ainsi que leur pertinence doivent pouvoir être améliorés. Elle souhaite donc renforcer l'unité d'évaluation médico-économique en créant une nouvelle entité qu'elle nomme « Observatoire Médico-Économique » (OME), pour prendre en charge ce suivi et faire face aux prochaines transformations de l'hôpital.

1. La conduite du changement indispensable au projet global

1.1. Les conditions préparatoires au changement

- **Constat en cours de Projet**

Après les premières livraisons du lot 1 Activité (activité PMSI, Hors PMSI) et du lot 2 Finance (Achats, Comptabilité générale et analytique), la Direction de Parténia fait la constatation que le projet souffre d'un manque d'accompagnement sur la conduite du changement. Elle s'interroge également sur la vision de la pertinence de l'entrepôt de données :

« Nous avons un entrepôt de données mais nous construisons les mêmes états qu'hier ».
(Extrait d'entretien informel avec la Direction - Cahier de Recherche).

Elle porte un regard critique sur l'équipe projet et plus largement sur le CDSIH ; elle ajoute :

« Nous n'arrivons pas à savoir aujourd'hui si ce que vous construisez répond bien à notre demande ».

(Extrait d'entretien informel avec la Direction - Cahier de Recherche).

- **L'expression de la demande de la Direction**

La Direction de Parténia souhaite un accompagnement renforcé sur la conduite du changement à l'aide d'un « observatoire médico-économique ». Elle charge le prestataire Keyrus de l'accompagner dans sa définition et dans sa mise en place.

D'autre part, elle souhaite améliorer sa vision de la pertinence de l'entrepôt de données, en rendant visite à un autre établissement, plus avancé que Parténia, afin de mieux se rendre compte du potentiel des outils. Elle souhaite ultérieurement une mise en perspective des besoins décisionnels et l'élaboration d'un schéma Directeur.

Enfin, elle souhaite emmener l'ensemble de l'établissement vers une transformation grâce à un projet global (implémenté en étape 3). Pour cela, elle souhaite être accompagnée dans sa préparation.

Une série d'actions sont donc planifiées par un consultant sénior de Keyrus qui est chargé de cadrer le passage de l'OME au Projet Global avec la Direction Générale.

1) Novembre – décembre 2006 : 5 séances avec le Secrétaire Général pour rechercher les fondamentaux de l'OME, à savoir positionner l'OME vis-à-vis :

- du plan stratégique de l'Hôpital 2007-2012
- des instances de l'Hôpital et/ou de la gouvernance
- du Système d'Information Hospitalier
- d'un plan d'action réaliste pour 2007

2) Janvier – février 2007 : plusieurs séances avec le Directeur Général et le Secrétaire Général pour structurer le Projet Global et rechercher l'esprit de la mise en œuvre.

En l'occurrence :

- la Structuration du portefeuille de projets structurés, de la mise en œuvre du projet et de la phase de « cadrage » qui est notre mission d'accompagnement.
- la Définition des enjeux
- la Définition des nouvelles instances : mission, composition, mode de fonctionnement

En parallèle, la Direction Générale met en place :

- des pôles cliniques et médico-techniques (définition des périmètres, des responsables),
- des nouvelles instances (définition et mise en place),
- de nouvelles instances du Pôle Direction : « Conseil Exécutif » et « Comité de Direction »
- le lancement du fonctionnement de ces instances.

3) mars 2007 : une série de réunions avec le Secrétaire Général pour ajuster le dispositif d'accompagnement et entériner le support de communication à destination de l'hôpital et du Pôle Direction (Comité de Direction, Conseil Exécutif, Conseil d'Administration). Plus particulièrement, *du 7 au 16 mars 2007*, une communication du projet global au Comité de Direction, au Conseil d'Administration, au Conseil Exécutif.

1.2. La mise en place de l'Observatoire Médico-Économique

La mise en fonction opérationnelle de ce nouveau dispositif d'expertise, remplaçant intégralement l'unité d'évaluation médico-économique, se déroule en deux temps :

– Partie 1 : L'accompagnement à la définition et la composition de l'Observatoire

Il s'agit de réfléchir avec la Direction Générale sur son positionnement dans la gouvernance de l'Hôpital. Et de se poser la série de questions suivantes :

Quelles sont les missions de l'OME, tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel ? Quel est son rôle dans la conduite du changement (PDCA) et dans ses relations avec la

gouvernance de l'Hôpital ? Quelle place lui accorde-t-on dans les instances décisionnaires et/ou Consultatives ? Quels moyens lui accorde-t-on ?
(Extrait d'entretien informel avec la Direction - Cahier de Recherche).

Dans le même temps, nous organisons la visite d'un établissement Hospitalier représentatif (CHU de Grenoble) afin de donner aux dirigeants de Parténia une vision d'un établissement mature sur le plan décisionnel et des points de repères. Le CHU de Grenoble est particulièrement intéressant car il s'est doté depuis déjà quelques années, d'un système d'information dédié au pilotage, utilisé par l'ensemble des services cliniques. Il a mis en place notamment pour le faire évoluer d'un COMité de Suivi des INDicateurs des Unités de Soins (COSINUS). Nous pensons donc que l'échange avec cet établissement, peut nourrir les réflexions des dirigeants de l'Hôpital de Parténia.

– Partie 2 : L'accompagnement dans l'animation de l'Observatoire

Il s'agit de conduire l'animation de l'OME au niveau stratégique et de mettre en place les premiers indicateurs participant à la prise de décision en fonction de la stratégie de l'établissement sur le périmètre Activité-Finance. L'animation se décline ensuite au niveau opérationnel par la mise en place de la **démarche projet** au sein de l'hôpital Parténia.

- **Partie 1 : Accompagnement à la Définition et la Composition de l'Observatoire**

Cette étape commence par la constitution de l'observatoire qui doit rassembler les fonctions nécessaires à l'évaluation médico-économique des activités de l'Hôpital ; c'est-à-dire des fonctions d'évaluation des situations internes et externes des activités de l'hôpital, quel qu'elles soient, et des fonctions organisationnelles, sémantiques (travail autour du dictionnaire des termes métiers et des indicateurs) ; Il doit assurer également l'exploitation des données pour restituer et diffuser les indicateurs

Par conséquent, l'OME regroupe 5 visions globales de l'hôpital et de son environnement :
une vision Direction Générale : un représentant de la Direction Générale et invité permanent au Conseil Exécutif,
une vision Métier : le DIM,
une vision Mesure des activités : le Contrôle de Gestion,
une vision Système d'Information : le Chef de Projet « SID »,
une vision Processus : Fonction d'Assistance à Maîtrise d'Ouvrage.

L'OME possède ainsi une vision de tous les processus de l'Hôpital et assure la cohérence de ces processus ; Il assure une fonction d'Assistance à Maîtrise d'Ouvrage sur tous les projets touchant aux processus de l'hôpital.

Cette étape continue par l'élaboration des fondamentaux de cet Observatoire, c'est-à-dire positionner l'observatoire d'une part dans les perspectives stratégiques de l'Hôpital à l'horizon 2010-2012, et d'autre part dans la gouvernance de l'Hôpital.

Pour placer l'OME dans les perspectives stratégiques, le SG nous indique qu'il convient de réfléchir sur le prochain Projet d'Établissement et la position 2010-2012 de l'Hôpital par rapport aux orientations majeures à savoir en termes de pôles d'excellence, de vulnérabilités sur les plusieurs axes, comme le développement et/ou attractivité, la rentabilité et/ou équilibre financier, et la sécurité et/ou l'anticipation des réglementations à venir.

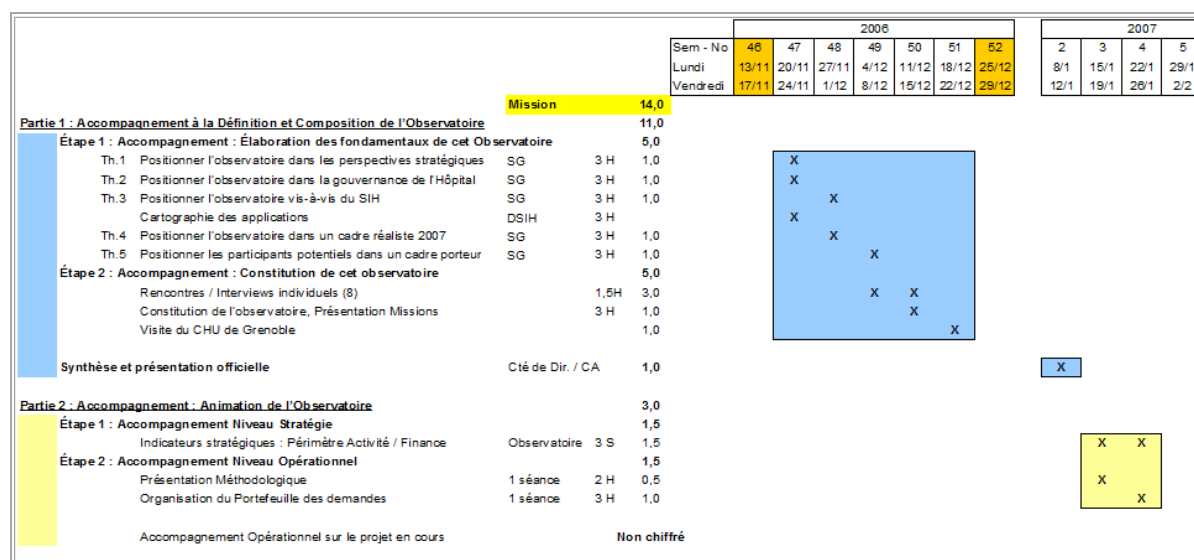
La Direction Générale souhaite que nous aidions l'OME à définir des paliers de progression entre 2007 et 2012 en déclinant les principaux objectifs annuels et trimestriels. Une évaluation quantitative et qualitative est à envisager.

Enfin selon la direction, l'observatoire doit se positionner vis-à-vis du Système d'Information Hospitalier, tout particulièrement envers le socle décisionnel de l'Hôpital : au-delà du fonctionnel et de la technique développée jusqu'ici, l'OME doit assurer un support organisationnel et d'expertise sur le management de la performance. Il contribuera ainsi à un meilleur positionnement de l'Hôpital par rapport aux différentes étapes d'évolution du SID.

• Partie 2 : Accompagnement dans l'Animation de l'Observatoire

Une fois la constitution de l'observatoire réalisée, ses missions, ses enjeux, et ses rôles lui sont présentés. L'accompagnement de l'OME a pour objectif de le positionner dans un cadre d'action réaliste pour 2007 tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel. Les risques et les facteurs de succès sont identifiés et un macroplanning est proposé.

Figure 58 : MacroPlanning proposé pour l'Étape 2



Après la période d'initialisation du fonctionnement de l'observatoire,

- *au niveau stratégique* : un premier chantier est initialisé sur les premiers indicateurs stratégiques en relation avec les domaines opérationnels (Activité – Finance),
- *au niveau opérationnel* : un accompagnement méthodologique est apporté pour favoriser le pilotage des réalisations, notamment dans la mise en place d'un portefeuille des demandes (classement, priorité...), la réalisation d'un cahier des charges, le support aux différentes phases de mise en œuvre (spécifications, tests et recette, mise en production, communication).

Une visite du CHU de Grenoble est également organisée pour sensibiliser l'OME et le CDSIH au Comité de Suivi des Indicateurs des Unités de Soins (COSINUS) qui se tient dans cet établissement.

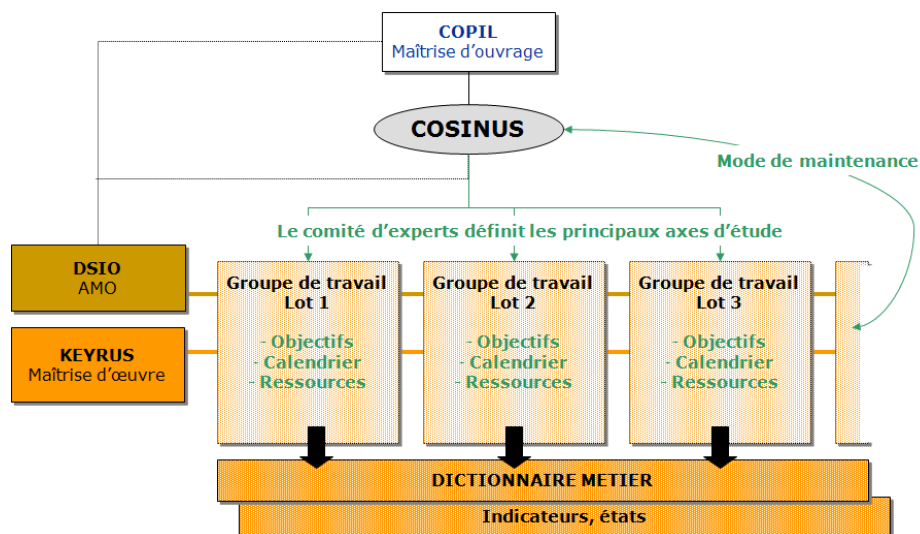
Cette séance aura lieu le 9 janvier 2007 avec l'agenda indiqué ci-dessous.

Figure 59 : Agenda de la rencontre avec le CHU de Grenoble



Les échanges sont fructueux et apportent à Parténia une bonne compréhension de l'organisation projet adoptée par le CHU de Grenoble pour réaliser les évolutions de son système de pilotage (cf. figure ci-dessous).

Figure 60 : Organisation du projet décisionnel au CHU de Grenoble et implication du COSINUS



Le comité d'experts COSINUS regroupe des experts fonctionnels (médecins, cadres de santé, directeurs...) qui se réunissent une fois par mois. Il fournit aux groupes de travail thématiques les principaux axes d'étude (thèmes prioritaires à traiter) et les principaux indicateurs par thème.

À partir de l'analyse fonctionnelle réalisée par le maître d'œuvre (MOE), le groupe de travail composé de personnes « métier » spécialistes par thème, complète la définition des indicateurs existants et/ou suggère de nouveaux indicateurs. Les groupes de travail se réunissent tous les 15 jours pour valider les états à diffuser et les droits de visualisation des informations.

Sur le plan de la méthodologie de mise en œuvre, on est toujours sur une méthodologie classique mais impliquant simplement ce comité d'experts. Les principales étapes sont :

- Constitution du dictionnaire métier par le groupe de travail ;
- Proposition d'une liste d'indicateurs découlant de l'analyse réalisée par le maître d'œuvre ;
- Communication entre COSINUS et les groupes de travail thématiques assurée par la DSIO/MOE.

Ce schéma d'organisation sera source d'inspiration dans les propositions de changement qui seront envisagées pour faire évoluer le SID de Parténia.

1.3. Le cadrage du projet global

Les séances de réflexion menées avec le Directeur Général et le Secrétaire Général pour structurer le Projet Global et rechercher l'esprit de la mise en œuvre, aboutissent à des résultats suivant les « 3C, 3L, 3S, 3P ».

- **3C : les premiers résultats sont 3 constats**

- Le premier constat est la cohérence établie entre l'OME, la Nouvelle Gouvernance et le Nouveau Système de Pilotage.
- Le deuxième est de constater la convergence de vues entre les réflexions du Secrétaire Général et l'analyse du prestataire Keyrus.
- Le troisième constat est la conjonction d'actualités, fin 2006 débuts 2007, entre une actualité interne centrée sur la nécessité de repenser le mode de management de l'Hôpital et l'actualité externe centrée sur la négociation avec les tutelles du Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

- **3L : Lisibilité Managériale, Lisibilité Médicale, Lisibilité Architecturale**

À partir des 3 constats, la Direction Générale exprime la volonté de rendre « Visible » et « Lisible » l'hôpital et ses activités aussi bien vis-à-vis de l'interne que de l'externe.

- **3S : trois solutions de Pilotage Global (en une)**

Afin de prendre en compte les résultats des constats et les volontés de lisibilité de l'Hôpital, la Direction décide de mettre en œuvre une Solution de « Pilotage Global et Lisible » :

- satisfaisant le « Projet Global d'Établissement » fédérant en cohérence l'ensemble des projets menés dans l'Hôpital et leurs acteurs,
- satisfaisant à la Stratégie de l'Hôpital,
- satisfaisant à la mise en Sécurité de l'Hôpital.

- **3P : trois périodes**

La Direction Générale exprime la volonté de marquer une rupture avec la période précédente afin de doter l'Hôpital des moyens de ses ambitions futures.

- *P-1 : Période 2002 – 2006* : Période de difficultés économique, sociale (PSE), architecturale, informatique...
- *P : Période 2007 – 2010-2012* : Sécuriser l'hôpital dans son environnement, sa situation financière, son immobilier et par là sécuriser Patient & Personnel. Redonner la visibilité et la lisibilité Médicale, Managériale, Architecturale, Passer de dynamiques locales (par services) à une dynamique globale d'établissement. Doter l'Hôpital des moyens de ses ambitions futures
- *P+1* : Période au-delà de 2010-2012 : L'hôpital est configuré pour répondre à ses ambitions.

2. Résultats de nos recherches menées en Étape 2

Après avoir oscillé entre « conception et usages » dans l'Étape 1 qui précède, c'est-à-dire l'étape pendant laquelle Parténia se développe un SID à « usage limité » au Contrôle de Gestion et au DIM, nous entrons clairement ici dans une Étape 2 tournée vers la construction de sens. La Direction Générale, au sortir d'une période difficile, réfléchit à conduire un nouveau plan stratégique. Elle ressent également le besoin de mettre en place une entité organisationnelle de conduite de changement, qu'elle nomme « Observatoire ».

À l'aide de notre grille d'analyse, nous allons donc cette fois nous concentrer sur la troisième sphère, celle de la construction du sens.

2.1. L'engagement de la Direction Générale pour impulser le sens stratégique

L'établissement se retrouve dans un contexte singulier et sa direction générale prend conscience qu'elle devra impulser un nouveau sens stratégique. En effet, elle est en train de sortir d'un COM où une série de mesures difficiles ont dû être prises.

- **Contexte du premier COM (2001 – 2006)**

Le premier COM est quasi concordant avec le plan de réforme Hôpital 2007.

- Novembre 1999 : un premier protocole d'accord est signé avec l'ARH entérinant l'abandon de certaines activités (chirurgie plastique, brûlés, hématologie).
- novembre 2001 : la signature du premier COM marque la création des urgences (SAU), la maternité, et des engagements sur amélioration de la productivité (point ISA).
- 2002 – 2003 : le Plan hôpital 2007 amorce des nouveaux SROS et nouvelles autorisations, apportant une aide aux investissements, la réforme du mode de financement et nouvelle gouvernance.
- Mars 2004 : un protocole est signé entre Parténia et l'ARH sur son retour à l'équilibre, et l'aide accordé à l'investissement.

- **Les mesures mises en œuvre**

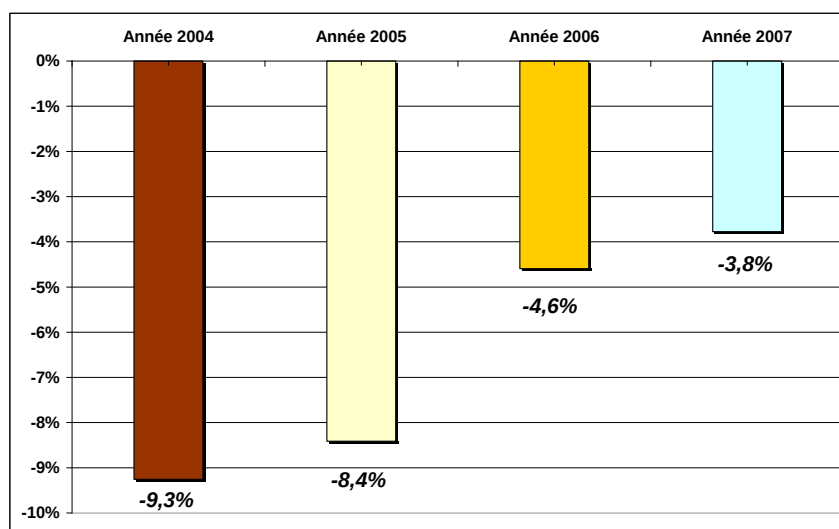
Une série de mesures vont donc être engagées par la direction générale pour la période allant de 2002 à 2007.

Pour l'essentiel :

- Augmentation du nombre de séjours de +15 % entre le 31 décembre 2002 et le 31 décembre 2007.
- Diminution de durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète de -11 % (de 7,2 à 6,3 jours) entre 2002 et 2007.
- Baisse des effectifs non médicaux (malgré les 35 heures) avec la mise en vigueur d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE) de -320 ETP (-18 %) entre le 31 décembre 2004 et le 31 décembre 2007, dont -150 ETP en suppressions nettes de postes, pour une économie de l'ordre de 7 m€ en année pleine (valeur 2008).

Une évolution des résultats de Parténia est alors constatée comme le montre le graphique suivant.

Figure 61 : Évolution des résultats entre 2004 et 2007



L'établissement se trouve donc en Étape 2 dans la période pivot qui va le conduire vers son nouveau CPOM 2007 – 2012. Le cadre de la discussion avec l'ARH a pour objet son projet d'établissement, son plan stratégique 2007 – 2012, et son plan de retour à l'équilibre. L'objet de la négociation porte sur le financement du projet immobilier (plan hôpital 2012), le soutien à la trésorerie, et sur la contractualisation du volet financier à fin 2008.

Le CPOM 2007 – 2012 va donc être l'opportunité de proposer des nouvelles orientations stratégiques, en particulier de positionner des activités de référence comme :

- Cancérologie chirurgicale et oncologie médicale.
- Transplantations pulmonaires et rénales.
- Accidents vasculaires cérébraux.
- Diabète.
- Filières de prise en charge de proximité :
- Prise en charge des urgences.
- Personnes âgées.
- Soins palliatifs.

La Direction Générale va donc pour cela, s'accorder un temps de réflexion et de préparation (le temps de l'Étape 2), puis passer vers l'action, pour mettre en cohésion tous ses services producteurs de soins (le temps de l'Étape 3).

Cette étape collaborative de construction de sens va ainsi s'articuler dans le plan Parténia– 2012 qui réunira 3 volontés :

- la première volonté est de mettre l'hôpital en ordre de marche, fédérer tous les professionnels autour d'un projet. Il faut redonner de l'énergie « positive » après le traumatisme du PSE. Il faut ensuite marquer une rupture avec le fonctionnement antérieur. Enfin, réorganiser l'hôpital sur la base d'une responsabilité partagée.
- la deuxième volonté vise à rendre lisibles et visibles les missions de l'hôpital, sa stratégie, ses activités médicales et leurs périmètres, son organisation et son efficience.
- la troisième volonté enfin est de sécuriser l'hôpital c'est-à-dire sécuriser ses activités dans leur environnement, sécuriser sa situation financière, sécuriser ses patients et son personnel.

Notre analyse :

Pour s'engager dans la nouvelle approche stratégique globale, la Direction Générale de Parténia décide de mettre en place une dynamique collaborative de construction de sens. Cette Étape 2 est pour elle un premier temps de préparation en 3 parties : un temps de réflexion sur elle-même, pour imaginer et construire le cadre de ce sens stratégique ; un temps de renfort en créant l'OME qui assurera un soutien et un support au projet global ; puis enfin un temps de démarrage où l'OME commence à articuler les premiers axes de réflexion.

Même si le SID n'est initialement pas « vide de sens » et constitue déjà un socle décisionnel au service de l'OME, ce dernier devra l'adapter aux nouveaux contextes d'usages de l'organisation en évolution. L'usage rationnel des outils de pilotage de façon généralisée influencera tous les autres membres de l'organisation pour appliquer les stratégies.

2.2. L'implication de l'OME dans le SI décisionnel

L'Observatoire Médico-Économique est une structure de pilotage, de conseil et d'aide à la décision car il doit fournir une vision globale des indicateurs médico-économique aux décideurs hospitaliers. Pour repérer les bons indicateurs nécessaires au pilotage (qui peuvent être différents d'un service à l'autre, ou d'un pôle à l'autre), L'OME construit (*sens-making*) et apporte (*sens-giving*) du sens aux objets métiers manipulés dans le SID : objets-indicateurs, objets-dimensions.

Ces objets représentent les données et deviennent des éléments d'aide à la décision.

- Données PMSI, Données d'actes pour le Département d'Information Médicale (DIM),
- Données d'activité, Données économiques pour le Contrôle de gestion.

L'OME a donc un rôle de facilitateur entre les pôles et les services médicaux, assure les fonctions supports par les directions fonctionnelles qui le composent. Il définit, avec l'équipe projet et les pôles, les indicateurs nécessaires au pilotage de chacun d'eux.

Pour cela, l'OME collecte l'information, traite l'information, croise les données et analyse les résultats. Il est alors capable d'expliquer les résultats aux médecins, soignants et administratifs.

L'OME assure également la production de la comptabilité analytique et la réalisation d'études ponctuelles (en lien avec l'équipe projet). Grâce à sa maîtrise du SID, l'OME développe des analyses prospectives qui viennent nourrir l'analyse stratégique de l'établissement (projet d'établissement, CPOM). Il réalise par exemple des prévisions d'activité, du benchmark et de la veille. Il peut répondre à des actions de Formation-Action.

L'OME contribue à l'élaboration des outils de pilotage en étant le maître d'ouvrage du Système d'Information Décisionnel. Il propose les tableaux de bord de suivi des projets de pôles, le tableau de bord recettes / dépenses, et les tableaux de bord PMSI. Il peut publier des communications commentant des résultats via l'intranet décisionnel.

Notre analyse :

Dans l'approche stratégique souhaitée par la Direction Générale, l'outil décisionnel déjà connu et utilisé par l'OME doit servir à structurer l'ébauche de conception stratégique, les objets de pilotage au sein des tableaux de bord du système d'information décisionnel deviennent ainsi des vecteurs de sens dans l'action collective organisée.

Constitué du Contrôle de Gestion et du DIM, l'OME est à sa création le seul en position de pouvoir bien utiliser le SID car il a participé dès l'Étape 1 à sa construction et a commencé à l'utiliser pendant sa recette. En Étape 2, l'OME s'approprie complètement l'outil. Le processus de construction collective de sens se met à l'œuvre dans l'organisation dès lors que la Direction Générale lui confie son rôle stratégique en le créant. C'est bien la participation de ces acteurs à la stratégie en pratique, qui explique la genèse de l'OME.

Notre étude du concept de sens se déroule donc dans cette situation nouvelle de gestion à Parténia, à travers le projet que nous traversons et en particulier au cours des entretiens réalisés auprès de la Direction Générale et des membres de ce nouvel observatoire. Elle s'appuie sur la démarche d'opérationnalisation du concept de sens décrit dans la troisième sphère de notre modèle d'analyse.

Le nouveau projet stratégique de l'établissement envisagé par la direction générale est d'abord vécu par les membres de l'OME comme un élément externe. La réalité externe est traduite grâce à une opération de construction de sens, sorte de filtre par lequel ils appréhendent la situation. En même temps, sur le plan opérationnel, ils intègrent des éléments internes dans leur réflexion, comme des éléments cognitifs, des finalités et les sensations.

Par exemple, dans la représentation des tableaux de bord, les formes de regroupement et de représentation des indicateurs dépendent de la capacité des symboles à faire parler l'information et des préférences visuelles ou cognitives du gestionnaire. Certains préfèrent les tableaux chiffrés, d'autres les graphiques ou l'abstraction d'indicateurs composés et sophistiqués, ou d'autres encore ne désirent qu'une vue d'ensemble constituée d'éléments sommaires ou de faits saillants. Dans le cas des tableaux de bord qui seront partagés par les services cliniques, l'OME, dans son rôle d'assistance à la maîtrise d'ouvrage, doit trouver une forme de présentation appropriée, à la fois assez spécifique pour le gestionnaire et assez générale pour être comprise par tous. On voit bien dans ces exemples, que l'utilisation d'éléments tels que la subjectivité, l'appréciation de telle ou telle représentation dans un tableau de bord, ou encore le consensus autour des règles de gestion implémentées dans le système, permettent d'intégrer des éléments du monde non-rationnel dans l'approche rationnelle du concept de sens, habituellement rencontrée. Le sens se nourrit ainsi tout autant d'éléments rationnels issus des capacités d'analyse des individus que d'éléments non rationnels.

Une fois l'ensemble des éléments du sens (éléments cognitifs, sensations et finalités) stabilisés et considérés comme plausible par les membres de l'OME (processus de *sensemaking*), on lui octroie le statut de « vérité » et le sens donné (processus de *sensegiving*) devient alors la réalité externe pour les autres acteurs de l'hôpital.

Nous avons bien constaté que cette construction du sens par les individus au travers des pratiques de *sensemaking* et de *sensegiving*, revêt une importance primordiale pour l'orientation de la dynamique organisationnelle et du contenu du projet. Nous avons d'ailleurs observé cet effet plus encore dans l'accompagnement de l'OME où les perspectives s'affirment dans un projet plus global pour l'établissement.

2.3. Les perspectives de l'OME

Les contrôleurs de gestion de l'OME assurent aussi le rôle de conseiller de gestion auprès des pôles⁵¹⁷, c'est-à-dire œuvre pour homogénéiser les méthodes, partager les expériences, et éviter une balkanisation.

Sur le plan du SIH, l'OME enrichit le système d'information décisionnel, généralise sa diffusion et en facilite les accès. Il a également l'ambition de construire un tableau de bord prospectif (Balanced ScoreCard), ou du moins piloter la performance à travers plusieurs axes (autres que médico-économiques).

Sur le plan de l'alignement stratégique, le rôle de l'OME est de traduire la vision stratégique en objectifs opérationnels et de mettre en place des clignotants pour alerter, mesurer les niveaux atteints de la performance.

Sur le plan très opérationnel, l'OME forme les médecins et l'encadrement soignant au « pilotage opérationnel » de manière à faciliter la gestion du pôle.

L'OME contribue également à préparer les projets de services sous forme de fiche.

Figure 62 : Exemple de projet de service pour l'UGA

MEDECINE & SPECIALITES	NOTE DE SYNTHESE : PROJET GERIATRIQUE	CH Parténia
Intitulé du projet	Mettre en place une Unité de Gériatrie Aiguë (UGA) et renforcer l'activité de l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) pour améliorer l'accueil des patients âgés à l'Hôpital Parténia et optimiser la fluidité de leur prise en charge en développant une filière gériatrique dans le secteur de proximité géographique.	
Lien avec projet d'établissement et CPOM	L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées fait partie des activités transversales prioritaires du projet d'établissement. La mise en place de l'UGA, le soutien de l'activité de l'UMG, l'organisation de la fluidité des débouchés en aval et le travail en collaboration avec l'EMASP font partie des engagements du CPOM 2007-2012.	
Liste des acteurs du projet	Dr C. Chénou , Dr I. Benaboud , P. Benaboud , A. Touquet , A. Hervé-Baudou	
Contexte	L'UMG existe depuis 2005. L'équipe constituée d'1 ETP médical, 1 ETP cadre de santé, 1 ETP neuropsychologue, 0,9 ETP ergothérapeute, 0,33 ETP secrétaire assurent une activité transversale hospitalière et une consultation d'évaluation gériatrique. En septembre 2007, un nouveau responsable médical, Madame le Docteur Benaboud , est arrivé pour remplacer le précédent partant à la retraite. L'UMG est dorénavant rattachée au pôle de Médecine et Spécialités, sous la responsabilité de Monsieur le Professeur Benaboud .	
Déclencheurs du projet	- Absence de service d'aval prioritaire pour les personnes âgées accueillies au SAU et/ou hospitalisés aux Urgences Hospitalisation - Absence d'anticipation du devenir du patient sur le long terme après son séjour.	
Stratégie	Le projet consiste à : - Hospitalisation complète : ouvrir 12 lits d'UGA en mai 2008 et assurer - o En 2008 un taux d'occupation de 85 % et une DMS de 16 jours - o En 2009 un taux d'occupation de 85 % et une DMS de 14 jours - o A partir de 2009, un taux d'occupation de 90 % et une DMS de 14 jours - Hospitalisation de jour : ouvrir 2 lits en mai 2008 et assurer - o En 2008 un taux d'occupation de 70 % - o En 2009 un taux d'occupation de 80 % - o A partir de 2010 un taux d'occupation de 85 % - Consultations : assurer 2 demi-journées de consultations hebdomadaires¹; 3 à 4 patients étant vus par demi-journée de Cs	
¹ Les objectifs qui feront l'objet d'un suivi semestriel sont surlignés en jaune ² Les 2 médecins (UGA-UMG) assureront au total 4 demi-journées de consultations.		
Auteur : Equipe projet Etablissement Date de création : 20/12/07 Page 1		

On retrouve par exemple sur cette fiche, l'intitulé du projet, le lien avec le projet d'établissement et CPOM, le contexte, les déclencheurs du projet, la Stratégie, et les résultats attendus.

⁵¹⁷ La mise en place des pôles va intervenir en phase 3, d'où la perspective de l'OME à se mettre au service des pôles.

Dans cette préparation, l'OME procède à une analyse médico-économique (cf. Annexe) : évalue les dépenses / ressources humaines et les recettes, évalue l'activité directe et indirecte, identifie et sélectionne des indicateurs de suivi / pilotage et analyse les risques (le projet n'est pas réalisé / le projet est réalisé).

L'état d'esprit est celui du mode projet, c'est-à-dire de :

- S'inscrire dans une démarche « collective »,
- Avoir des objectifs ambitieux,
- Pouvoir recruter les bonnes compétences, les bonnes personnes,
- Travailler en équipe,
- Être transparent,
- Rechercher la performance,
- Accepter le Benchmark,
- Mesurer et accepter les risques,
- Savoir renoncer si le projet n'est pas viable.

Cependant, on note quand même des difficultés pour les médecins, les cadres et la Direction, par exemple pour :

- Changer de culture,
- Intégrer tous les responsables dans la démarche,
- Contrôler le processus décisionnel, éviter autant que possible les courts circuits,
- Mener cette démarche dans un contexte de résultat d'exploitation déficitaire,
- Faire des choix :
 - Accepter de miser d'abord, pour pouvoir être ensuite gagnant,
 - Accepter de renoncer à certains projets.

C'est pour cela qu'une évaluation du projet sera bien intégrée à la méthode utilisée :

- Au cours de la Préparation pour :
 - Prendre en compte de l'environnement,
 - Intégrer les objectifs de communication,
 - Chiffrer le coût de préparation et pilotage du projet,
 - Améliorer l'analyse des risques du projet.
- Dans le Pilotage pour :
 - Augmenter notre réactivité,
 - Assurer une définition précise des rôles,
 - Ne pas arrêter le suivi trop tôt.

Notre analyse

Pour répondre aux contraintes de la situation spécifique, engagée par la Direction Générale, de renouveler la stratégie de l'organisation, les membres de l'OME, en charge de cette question, se sont livrés à un travail de construction du sens, définissent les activités et la façon de travailler ensemble au sein des projets de pilotage de l'établissement. Les projets qui vont naître au sein de Parténia dans cette nouvelle démarche générale (Étape 3) vont rassembler des individus qui disposeront et développeront des connaissances et des compétences variées. Ces individus seront souvent issus de fonctions différentes (directeurs, gestionnaires, médecins, soignants), d'organisations différentes (pôles et/ou services, grands groupes de disciplines, acteurs en détachement), ce qui justifie assurément le rôle de conseiller de l'OME dans la mise en interaction de ces schèmes cognitifs multiples.

Dans les quatre registres de pratiques de notre cadre d'analyse qui sont la fabrique de la stratégie, l'ancrage de la stratégie, la fabrique de l'organisation, et l'ancrage de l'organisation (cf. chapitre 3 de la partie 2), nous nous situons plutôt dans le **registre de la fabrique de la stratégie** dans cette Étape 2. Les pratiques de construction de sens sont en effet tournées vers le contenu du projet et s'appuient sur un processus de *sensemaking* chez les décideurs de Parténia. Ces pratiques analytiques faciliteront sans doute l'Étape 3 en construisant des représentations collectives susceptibles de lever les ambiguïtés du projet stratégique et les incertitudes rencontrées par les acteurs. Une preuve sans conteste et caractéristique de ce registre, est bien l'utilisation des séances de brainstorming qui ont eu lieu pendant les diverses réunions avec le Secrétaire Général.

Conclusion du chapitre 10 : Vers une construction du sens nécessaire au projet global.

L'Étape 2 (novembre 2006 – mars 2007) amorce la transformation de l'Hôpital Parténia et de son management de la performance.

La Direction Générale « profite » d'un changement de COM pour réfléchir aux nouvelles conditions de mise en route de son prochain plan stratégique. Elle est consciente qu'elle possède déjà un système d'information de pilotage mais pressent qu'elle va devoir le transformer pour lui donner plus de sens, plus de force, au service de son nouveau projet global.

La décision de la Direction Générale de créer l'Observatoire Médico-économique au service du pilotage de la performance, en témoigne. Cette unité, regroupant pour l'essentiel, le Contrôle de Gestion et le DIM, a comme mission principale de cadrer et préparer le nouveau projet stratégique en procurant à la Direction, le sens vers la performance. En participant de près à sa conception, l'OME fait également de l'usage du système d'information décisionnel une aide à la décision incontestable dans sa mission. En le faisant évoluer, l'OME y intègre les éléments de construction de sens, indispensable selon nous pour assoir sa légitimité, et envisager son usage de façon plus généralisée.

Pendant cette deuxième étape, intermédiaire, et préparatoire au projet global, nous continuons notre recherche en mobilisant cette fois la troisième sphère de notre grille d'analyse. Elle vient s'ajouter à la sphère de conception et la sphère des usages, utilisée dans l'étape précédente. À ce stade du projet, la construction de sens et sa répercussion dans le SID prennent une importance toute particulière pour préparer le plan stratégique de l'établissement.

Dans le chapitre suivant, nous rentrons dans l'Étape 3 du projet global de transformation de l'Hôpital et de son pilotage.

Chapitre 11. Étape 3 : La mise en œuvre du « **Projet Parténia-2012** » et la conception du nouveau système de pilotage.

Nous sommes début 2007 quand l'Étape 3 commence. L'hôpital Parténia s'apprête à se lancer dans un nouveau projet global.

L'objectif de ce chapitre est de décrire le **Nouveau Système de Pilotage** de Parténia, ses caractéristiques et ses impacts sur l'organisation. Il présente aussi la mission d'accompagnement de l'hôpital dans ce **nouveau mode de fonctionnement qu'est le pilotage de son plan stratégique** au sein de ses nouvelles entités et de ses nouvelles instances.

Le « Nouveau Système de Pilotage » va bouleverser les responsabilités respectives de chacun dans l'hôpital et sa gouvernance générale. Ce nouveau mode de fonctionnement passe par un nouveau dialogue qui doit s'instaurer entre tous les acteurs de l'hôpital à travers leurs contributions respectives à la définition du plan stratégique et à la mise en œuvre de celui-ci. Il passe également par une adaptation de l'instrumentation, c'est-à-dire un SID permettant des usages collaboratifs pour préparer la décision ensemble.

Pour conduire ce projet global de transformation, une nouvelle entité va être créée : il s'agit de la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique. Notre accompagnement est d'être à ses côtés pour réunir et maintenir les conditions de facilitation de ce nouveau dialogue de pilotage, en s'appuyant sur les caractéristiques du plan stratégique et de son périmètre (l'objet du dialogue de pilotage) mais également pour organiser le dialogue de pilotage. Notre mission s'achèvera par de nouvelles spécifications d'un SID rénové.

Concernant notre recherche, nous sommes toujours en première ligne en tant que partie prenante de ce projet, pour observer cette transformation grâce à notre grille d'analyse. Les trois sphères vont être ici mobilisées pleinement, entre usages, conception et construction de sens.

1. Le projet global Parténia-2012

L'objectif du projet global **Parténia-2012** est d'introduire l'ensemble des acteurs de l'Hôpital dans un processus de pilotage global et pérenne.

La Direction Générale de Parténia intègre pour rappel trois volontés majeures :

- La volonté de rendre visible et lisible la stratégie de l'hôpital, les activités médicales et leurs périmètres, les missions de l'hôpital, l'organisation de l'hôpital,
- La volonté de sécuriser la position économique et financière de l'hôpital, les activités de l'hôpital dans leur environnement, sécuriser les Patients et Personnels au travers du Projet Immobilier et de la démarche Qualité et Gestion des Risques,
- La volonté d'une démarche globale intégrant tous les acteurs de l'Hôpital.

Ce projet est animé par :

- Le pôle direction, à travers la réactualisation annuelle du « Plan à 5 ans »
- Les bureaux de pôles et les « Groupes de Projets supports », à travers la réactualisation annuelle du « Plan de mise en œuvre à 2 ans »
- Le Directeur des Projets, à travers la planification précise et la budgétisation du plan d'action de l'année n+1 et également, à travers le pilotage et la coordination au quotidien du plan d'action de l'année en cours.

Il est soutenu par la mise en œuvre du système d'information décisionnel. Ce système collecte et organise les données utiles aux calculs des indicateurs internes et externes nécessaires au pilotage des activités et au suivi du positionnement de ces activités dans l'environnement. Ce système présente ces indicateurs aux acteurs de l'Hôpital sous forme de tableaux de bord.

1.1. La structure du projet

La structure du projet Parténia-2012 distingue trois parties :

- Le projet **Nouvelle Gouvernance** dont l'objet est l'organisation de l'hôpital en pôles menée par la Direction Générale. L'ensemble des autres projets qui se réaliseront au travers de la nouvelle organisation en pôle.
- Le projet médical de l'hôpital qui est le **projet stratégique** de l'établissement. Le projet médical couvre toutes les activités hospitalières de l'hôpital : les activités cliniques, médico-techniques, et médicales transverses, les activités d'enseignement, et les activités de recherche.
- Les autres projets devant trouver leur cohérence et leur alignement sur ce projet stratégique.

La Direction définit la mise en œuvre du projet « **Parténia-2012** » avec un calendrier de démarrage des mises en œuvre s'appuyant sur le calendrier institutionnel de l'Hôpital. L'esprit de la mise en œuvre permettant le respect du calendrier institutionnel et l'appropriation progressive du projet Parténia-2012 par les différents acteurs de l'hôpital.

Trois phases sont retenues :

- Phase 1 : 15 mars 2007–15 juin : appropriation de la **calendarisation des objectifs** sur la **période 2007–2012** par le pôle Direction et les Chefs de Service (Plan à 5 ans) ;
- Phase 2 : 15 juin–15 octobre : appropriation des **feuilles de route** sur la **période 2007–2009** par les bureaux de pôles (Plan à 2 ans) ;
- Phase 3 : 15 octobre–15 janvier 2008 : appropriation du projet « Parténia-2012 » par l'ensemble du personnel lors de la mise en œuvre opérationnelle du projet.

À l'issue de ces trois phases, un projet « nouveau système de pilotage » sera initialisé et se déroulera sur toute l'année 2008 pour réaliser les premières versions des tableaux de bord des nouveaux pôles.

Tableau 35 : Le projet Parténia-2012 (dans ses 2 premières phases)

	Phase 1 (15 mars - 15 juin) Plan à 5 ans (2007-2012)			Phase 2 (15 juin – 15 octobre) Plan de Mise en Œuvre à 2 ans (2007-2009) Plan de Mise en Œuvre détaillé 2008		
	Étape 1 23/04 – 25/05	Étape 2 21/05 – 08/06	Étape 3 04/06 – 15/06	Étape 1 18/06 – 20/07	Étape 2 27/08 – 29/09	Étape 3 01/10 – 12/10
Projet Médical	Description des projets de service et des projets supports	Description des projets de pôles et interdépendances des projets supports avec le projet médical	Synthèse du projet médical d'établissement et alignement des projets supports sur le projet médical d'établissement	Définition de la mise en œuvre opérationnelle du projet « Parténia-2012 » Période 2007-2009	Préparation du lancement de la mise en œuvre 2007-2008	Synthèse de fin de mission
Autres Projets						
Projet Global						

Conformément à ses réflexions élaborées en phase 2 (cf. chapitre précédent), la Direction Générale de Parténia définit 6 axes de mise en œuvre :

- Axe 1 : la mise en œuvre des trois volontés : **Lisibilité, Sécurité, Ensemble**
- Axe 2 : La mise en œuvre progressive du positionnement et de l'organisation des activités médicales au centre de l'organisation de l'Hôpital, **la Nouvelle Gouvernance**
- Axe 3 : La mise en œuvre du **projet médical d'établissement** 2007-2012
- Axe 4 : La mise en œuvre des **coordinations de tous les projets** de l'Hôpital en cohérence avec le projet médical de l'hôpital
- Axe 5 : La mise en œuvre du **pilotage du projet** Parténia-2012
- Axe 6 : La mise en œuvre de **l'accompagnement de l'Hôpital** dans le démarrage du projet

1.2. Le Projet Nouvelle Gouvernance

Il s'agit du regroupement des spécialités en pôles cliniques et médico-techniques, et la généralisation de la notion de pôle aux services administratifs. Son calendrier s'étale en trois étapes.

- Janvier-Février 2007
 - Définition du périmètre des Pôles
 - Regroupement des spécialités en 7 pôles cliniques, 2 médico-techniques
 - Pôle des services administratifs (Exploitation, Administratif, Immobilier...)
 - Désignation des Responsables de Pôle
 - Définition et composition des instances (nouvelles et modifications des anciennes)
 - Confirmation des missions, de la composition de l'Observatoire Médico-Economique
- Mars-Avril 2007
 - Mise en place des nouvelles instances du Pôle Direction et des réunions périodiques
 - Le Conseil Exécutif, le Comité de Direction
 - Communication du Projet Parténia-2012
 - Au Pôle Direction (9 mars, 15 mars), Au Conseil d'administration (12 mars)
 - Aux médecins et Personnel d'encadrement, (semaine 17 du 23 au 27 avril)
- Mai-Juin 2007
 - Mise en place des bureaux de pôles regroupant médecins, soignants, administratifs affectés

L'organigramme de Parténia évolue donc vers une nouvelle forme. Les deux schémas ci-après illustrent cette transformation de l'organisation.

Figure 63 : Organigramme de Parténia (janvier 2006)

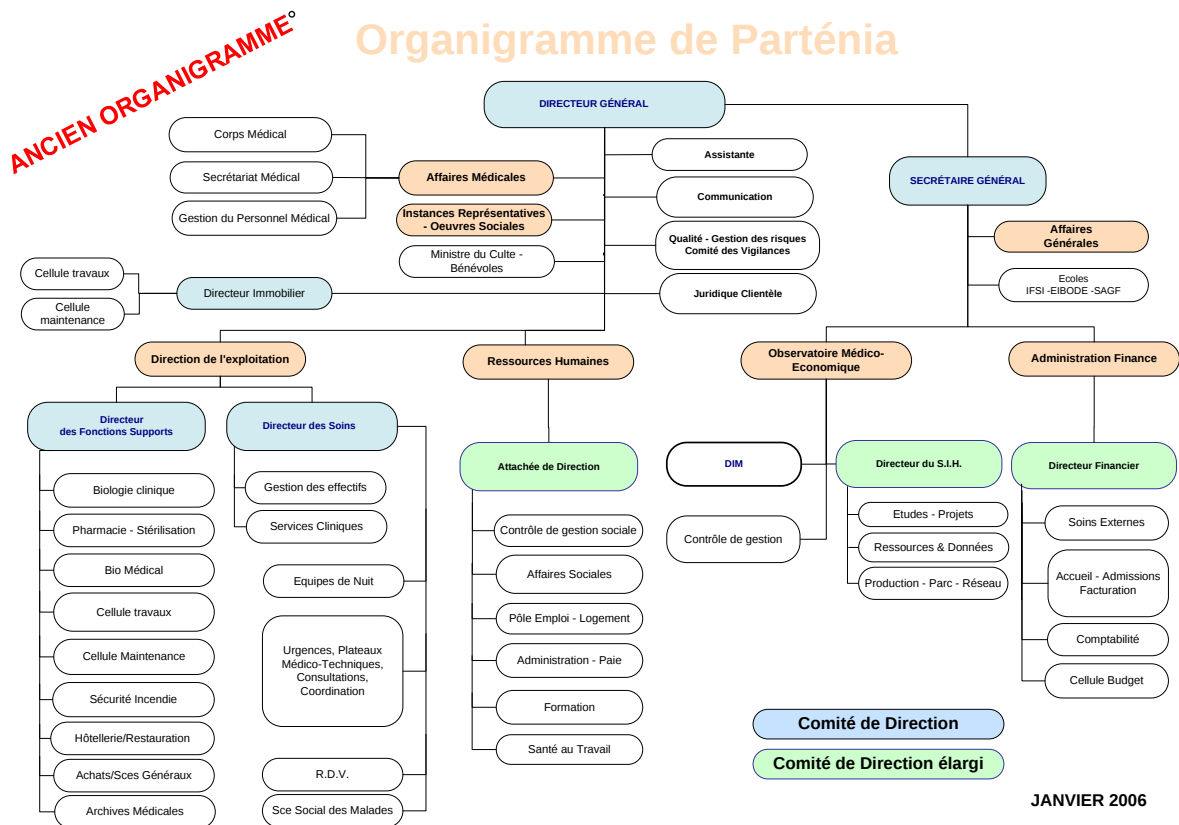
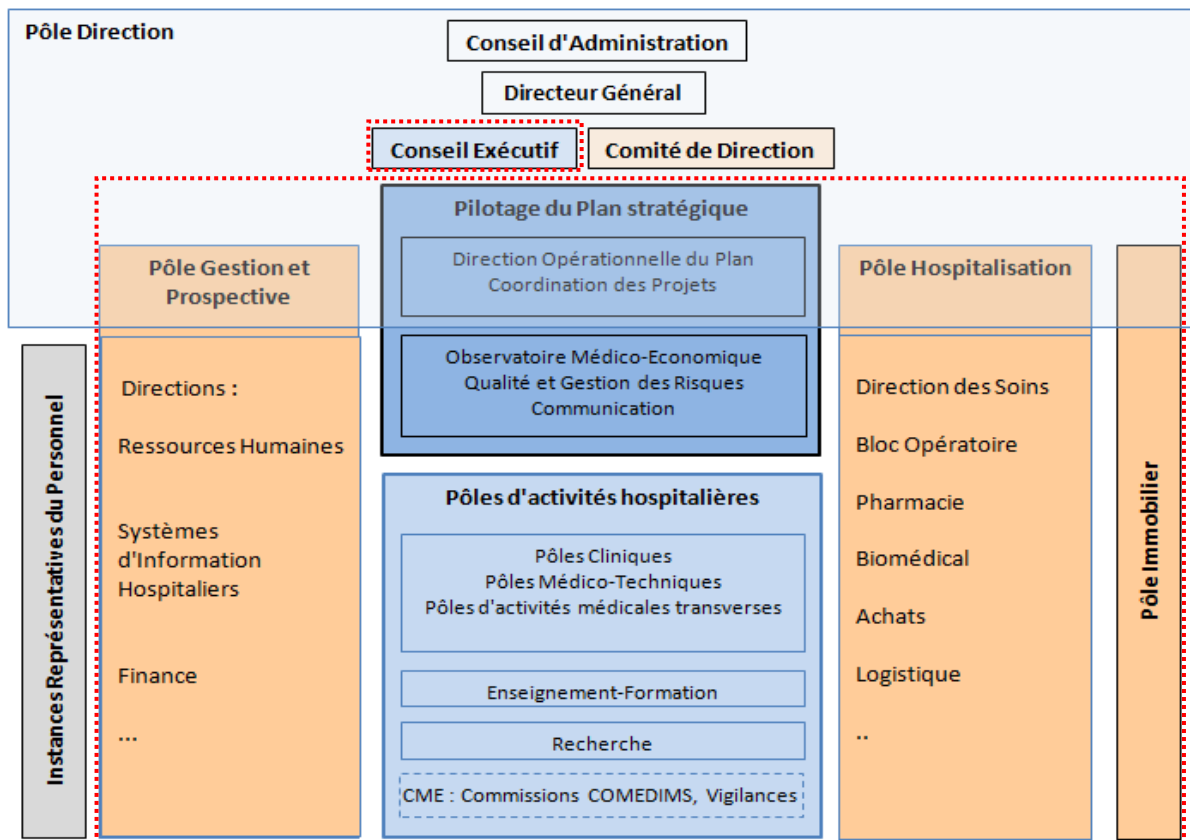


Figure 64 : Nouvel Organigramme de Parténia après l'application de la Nouvelle Gouvernance



(Nouvelles instances en encadré rouge)

Ce nouveau schéma d'organisation en pôle illustre le périmètre et le positionnement des activités hospitalières au sein de l'hôpital.

En juin 2007, au cours de la première édition du séminaire Parténia–2012, l'organigramme présente au centre les pôles médicaux entourés par les pôles supports.

Tableau 36 : L'organisation en pôles de Parténia (juin 2007)

Les 7 pôles cliniques sont : 1. Maladies des voies respiratoires 2. Neurosciences 3. Urologie 4. Cœur et Vaisseaux 5. Chirurgie Générale 6. Maternité 7. Médecine	Les activités hospitalières - d'enseignement-formation, de recherche - les commissions de la CME
Les 3 pôles médico-techniques sont : 1. Anesthésie-Réanimation-Urgences 2. Imagerie 3. Biologie clinique Le pôle d'activité médicale transverse : Cancérologie	Les 3 pôles supports sont : 1. Gestion et Prospective 2. Hospitalisation 3. Immobilier

En juin 2008, lors de la troisième édition du séminaire Parténia–2012, l'organigramme en pôles évolue : Il repositionne l'Observatoire Médico-Économique et intègre la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique.

Pour conclure sur ce projet, cette nouvelle organisation amène donc évidemment plusieurs changements :

– L'apparition de nouvelles entités : les Pôles ;

Le pôle élabore et met en œuvre son « Projet de Pôle » en cohérence avec les orientations stratégiques et le projet médical d'établissement. Son contenu et sa mise en œuvre sont validés par le Conseil Exécutif.

– L'apparition de nouvelles instances : le Conseil Exécutif, le Bureau de Pôle ;

Le Conseil Exécutif associe, dans une même instance, la direction générale et les praticiens pour définir les objectifs stratégiques, avant leur présentation au Conseil d'Administration, et pour piloter leur mise en œuvre.

Sa composition est la suivante :

- Son président : le Directeur général,
- Son vice-président : le Président de la C.M.E,
- Les Responsables des Pôles Cliniques et Médico-Techniques,
- Le représentant des médecins hospitalo-universitaires auprès de la Faculté,
- Des membres de l'équipe de Direction : Secrétaire Général, Directeur d'Exploitation et Directeur des Soins,
- Invités permanents : la coordinatrice des projets, 2 membres de l'O.M.E.

Ses attributions sont de :

- Préparer l'organisation de l'établissement en pôles d'activité,
- Préparer le projet d'établissement et piloter sa mise en œuvre : gouvernance et pilotage, projet médical, projets des pôles, alliances et partenariats, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens,
- De manière générale, proposer toute mesure de nature à améliorer
 - la sécurité, la performance et l'efficacité dans le fonctionnement des pôles,
 - les mises en perspectives et l'évaluation des besoins en personnel médical, la politique salariale des médecins, etc.
- Assister le comité de Direction, le cas échéant, dans l'élaboration ou la mise en œuvre d'un plan de sauvegarde ou de redressement

Pour son fonctionnement, il se réunit sous forme de réunion bimestrielle (au plus 5 réunions par an).

Le Bureau de Pôle prépare les réunions du Conseil Exécutif et participe à l'élaboration :

- du projet de pôle
- des indicateurs nécessaires au suivi des activités du pôle
- du calendrier de mise en œuvre du projet du pôle
- du suivi des activités et des objectifs du pôle
- du rapport d'activité du pôle

La composition envisagée : outre le responsable de pôle, peuvent être membres du bureau du pôle :

- un praticien désigné par chacune des structures internes composant le pôle,
- le cadre de santé ou la sage-femme qui assure l'encadrement du personnel dans chacune des structures internes du pôle.

Peuvent participer aux réunions du bureau de pôle (sur invitation du Responsable de pôle) :

- Un représentant de l'Observatoire Médico-Economique,
- Un représentant de la cellule Qualité,
- La surveillante générale représentant la Direction de l'Exploitation (Direction des soins),
- Le cas échéant, un ou plusieurs représentants du pôle Exploitation ou du pôle Administration.

– **L'apparition de nouvelles relations entre les acteurs de l'hôpital et de nouveaux modes de fonctionnement**, comme s'inscrire dans une démarche « collective » avec l'état d'esprit du mode projet.

Certaines instances sont modifiées comme la Commission Médicale d'Établissement et le Comité de Direction.

La Commission Médicale d'Établissement (C.M.E.)

Représentée au Conseil Exécutif par son Président, la CME est associée à l'élaboration du projet médical ; elle émet un avis auprès du Conseil exécutif sur le projet médical et l'organisation des structures médicales. Elle conserve ses autres attributions.

Le Comité de Direction

Sa composition est la suivante :

- Directeur Général
- Secrétaire Général
- Directeur de l'Exploitation, Directeur des Soins
- Directeur des Ressources Humaines
- Directeur Financier
- Directeur du Système d'Information
- Directeur du Pôle Immobilier.

Ses attributions sont :

- Assister le Directeur dans l'ensemble de ses missions et dans la conduite générale de l'établissement,
- Définir et mettre en œuvre les mesures permettant d'assurer la sécurité générale de l'hôpital (Patient, Personnel, Infrastructures, Système d'Information, Finances),
- Mettre en œuvre la politique sociale, économique et financière de l'établissement,
- Assurer la gestion et la conduite générale de l'établissement et prépare les réunions du Conseil d'Administration.

Pour son fonctionnement, il se réunit toutes les deux semaines, (environ 20 réunions annuelles de 2 heures) sur la base d'un ordre du jour établi par le Directeur et/ou le Secrétaire Général.

Peuvent assister aux réunions :

- le représentant de la cellule Qualité
- un représentant de l'Observatoire Médico-Economique
- le cadre chargé des Affaires Médicales, le cadre chargé de la Formation
- le cadre chargé de la Communication

Pour conclure, une fois que cette réorganisation effectuée, la Direction Générale lance le projet médical.

1.3. Le plan stratégique Parténia-2012

Le plan stratégique est construit et approprié en 2 phases. Son lancement intervient en semaine 15 de l'année 2007.

Le tableau suivant décrit le calendrier opérationnel du plan stratégique.

Tableau 37 : Calendrier de la mise en œuvre du plan stratégique Parténia-2012

		S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24		S25	S26	S27	S28	S29
		2/4	9/4	16/4	23/4	30/4	7/5	14/5	21/5	28/5	4/6	11/6		18/6	25/6	2/7	9/7	16/7
		6/4	13/4	20/4	27/4	4/5	11/5	18/5	25/5	1/6	8/6	15/6		22/6	29/6	6/7	13/7	20/7
			Pâq			1 mai	8 mai	Asc.		L Pent.								
		5	4	5	5	3	3	3	5	4	5	5		5	5	5	5	5
Phase 1														Phase 2				
Préparation				Étape 1				Étape 2				Séminaire		Étape 1				

Dans ce calendrier, nous avons :

- **Phase 1 : 15 mars - 15 juin : le plan à 5 ans.**
 - Appropriation de la calendarisation des objectifs et des moyens du CPOM sur la période 2007-2012 par les chefs de service et les responsables de pôles,
 - Appropriation de la calendarisation des projets supports sur la période 2007-2012 par le Comité de Direction,
 - Appropriation d'une vision globale du « Plan à 5 ans » de l'ensemble des projets par le Pôle Direction et les Chefs de Service.
- **Phase 2 : 15 juin - 15 octobre : le plan à 2 ans.**
 - Appropriation par les bureaux de pôles du « Plan de mise en œuvre 2007-2009 » de leur projet de pôle intégrant les interdépendances avec les projets supports,
 - Appropriation par les Équipes « Projets Supports » du « Plan de mise en œuvre 2007-2009 » de leur projet intégrant les interdépendances avec les projets de pôle,
 - Appropriation par le Personnel de l'Hôpital d'une vision globale des objectifs majeurs de l'hôpital à 2 ans.

La première phase du plan à 5 ans commence donc par une étape de préparation, suivie d'un dispositif d'interviews réparti sur deux étapes, et enfin s'achève par un dispositif de synthèse progressive ou de « Vision Globale ».

- **Le dispositif de Préparation**

L'étape de préparation consiste à rappeler les objectifs et à détailler le calendrier des premières étapes de la Phase 1 planifiées entre le 15 mars et 15 juin, à savoir :

- Étape 1 (23 avril – 25 mai) : Description des projets de service et des projets supports ;
- Étape 2 (21 mai – 8 juin) : Description des projets de pôles et interdépendances des projets supports avec le projet médical ;
- Étape 3 (4 juin au 15 juin) : Synthèse du projet médical d'établissement et alignement des projets supports sur le projet médical d'établissement => « Plan à 5 ans » ;
- 15 juin 2007 : Séminaire de Clôture de la Phase 1 et de lancement de la phase 2.

Le dispositif de préparation initie aussi une **base documentaire** qui sera l'outil de collecte des descriptions des projets et l'outil de stockage et de révisions annuelles des plans d'action. Cette base documentaire est composée de dossiers décrivant les activités hospitalières et les projets supports (activité clinique, médico-technique, médicale transverse, Enseignement, Recherche), regroupés progressivement en projet de service, en projets de pôle et en projet médical d'établissement. L'ensemble de ces dossiers constitue la base documentaire du Projet Parténia-2012.

Tableau 38 : Structure de la base documentaire du projet Parténia-2012

Activités Hospitalières Dossiers d'activité	Service Projets de Service	Pôle Projet de Pôle	Établissement Projet d'Établissement
Cliniques Médico-Techniques Médicales Transverses	Dossiers D'Activités Médicales / Médico-Techniques	Réunion des Projets des services du Pôle Et Définition du Projet de Pôle	Réunion des Projets des Pôles Et Définition du Projet Médical d' Établissement
Enseignement	Dossier Activité Enseignement		
Recherche	Dossier Activité Recherche		
Projets Supports Dossiers descriptifs des projets	Dossiers de Projets « Supports »		Ensemble des Projets Supports
Base Documentaire des Projets de l' Établissement			

Ces dossiers d'activité hospitalière sont organisés en 4 fiches thématiques :

- Deux fiches décrivant l'environnement et les projets
 - Fiche « Environnement-Veille » permettant la description des caractéristiques majeures de l'environnement et des axes de veille à assurer,
 - Fiche « Projet » permettant la description de chaque projet – une fiche par projet.
- Deux fiches décrivant la structure et les résultats d'activité
 - Fiche « Configuration de l'activité » permettant la description de la structure, des moyens en RH, Équipements, Financiers,
 - Fiche « Informations Bilancielle de l'activité » permettant la description des résultats d'activité, de dépenses par période et d'investissement.

Tableau 39 : Les fiches thématiques de la base documentaire du projet Parténia-2012

	2007-2008		2009-2010		2011 et au-delà	
	Existant (2007) + années antérieures	2008	2009	2010	Cible	Tendances
	Données Présentes dans le SIH		Tâches			
Activité Clinique / médico-technique / Transverse						
1.Fiche "Environnement" + "Veille"			T1 : État des Évolutions connues, pressenties, à approfondir			
2.Fiches "Projet CPOM (dont projets en cours)"			T2 : Déclinaisons opérationnelles 2007-2012 des orientations du CPOM (Objectifs et Moyens bisannuels / annuels)			
3.Fiches "Configuration"			T3 : Traduction de l'évolution de l'environnement et des Projets CPOM en objectifs d'évolution de la configuration du service/ pôle			
4.Fiches "Bilancielle" : Activité, Dépense, Investissement			T4 : Traduction de l'évolution de l'environnement et des Projets CPOM en objectifs d'activité, de dépenses de fonctionnements, d'investissements			
Activité d'Enseignement			T0 : Préparation des données Idem T1 - T4			
Activité de Recherche			T0 : Préparation des données Idem T1 - T4			

Quelques exemples de ces fiches sont donnés en annexe.

Le processus de constitution des dossiers s'opère sur les étapes du plan :

- Dans la préparation : Constitution des dossiers
 - Validation du contenu des fiches
 - Validation de la ventilation des orientations CPOM
 - Reprise des informations présentes dans le SIH
 - Confection du dossier papier

- Remise du dossier au Chef de Service lors de la réunion de lancement
- Étape 1 : Description des projets de service
 - Interviews avec un Consultant Senior
 - Contribution du Chef de service avant les interviews
 - Dossier activités clinique / médico-technique / transverse ; Enseignement ; Recherche
- Étape 2 : Description des projets de Pôle
 - Réunion des projets de service
 - Confection du dossier papier
 - 1 interview avec un Consultant Senior + (1 supplémentaire)
 - Contribution du Chef de service avant les interviews
 - Dossier activités clinique / médico-technique / transverse ; Enseignement ; Recherche

• Le dispositif d'interviews

L'objectif est d'interviewer les chefs de service pour constituer les dossiers de service et les responsables de pôles pour la synthèse des dossiers de Pôles. Les dossiers de Pôles sont préalablement préparés par le « Support Keyrus ».

Le calendrier est le suivant :

Étape de préparation	Semaine 16 : mercredi 18 avril
Lancement de la Phase d'interviews	Semaine 17 / 18
Interviews Étape 1 : 2 Interviews des chefs de service	Semaines 18 à 21
Interviews Étape 2 : 1 à 2 Interviews des responsables de Pôles	Semaines 21 à 23
Synthèse Phase 1	Séminaire du 15 juin 2007
Interviews Phase 2 Étape 1 : Séances de travail avec les Bureaux de Pôles	Semaines 25 à 29 (18 juin-20 juillet)

Le principe de fonctionnement pour la phase d'interviews est d'abord une remise des dossiers aux chefs de service et la présentation des consultants en charge des interviews. Puis au cours des interviews, chaque consultant s'assure de prendre en compte la *calendarisation* des objectifs et des moyens décidés par le chef de service (projets). Le consultant valide dans un premier temps avec le chef de service cette *calendarisation* en s'appuyant sur les données d'environnement et les données de configuration. Dans un second temps, le chef de service positionne les objectifs d'évolution de la configuration de son service, de l'activité et des dépenses. Idem sur l'activité Enseignement, Recherche.

Les comptes rendus consistent à compléter les dossiers des informations fournies par le chef de service. Ces « comptes rendus » ou « dossiers complétés » sont envoyés aux chefs de service pour validation et au « Support Keyrus » pour intégration dans les dossiers de Pôles.

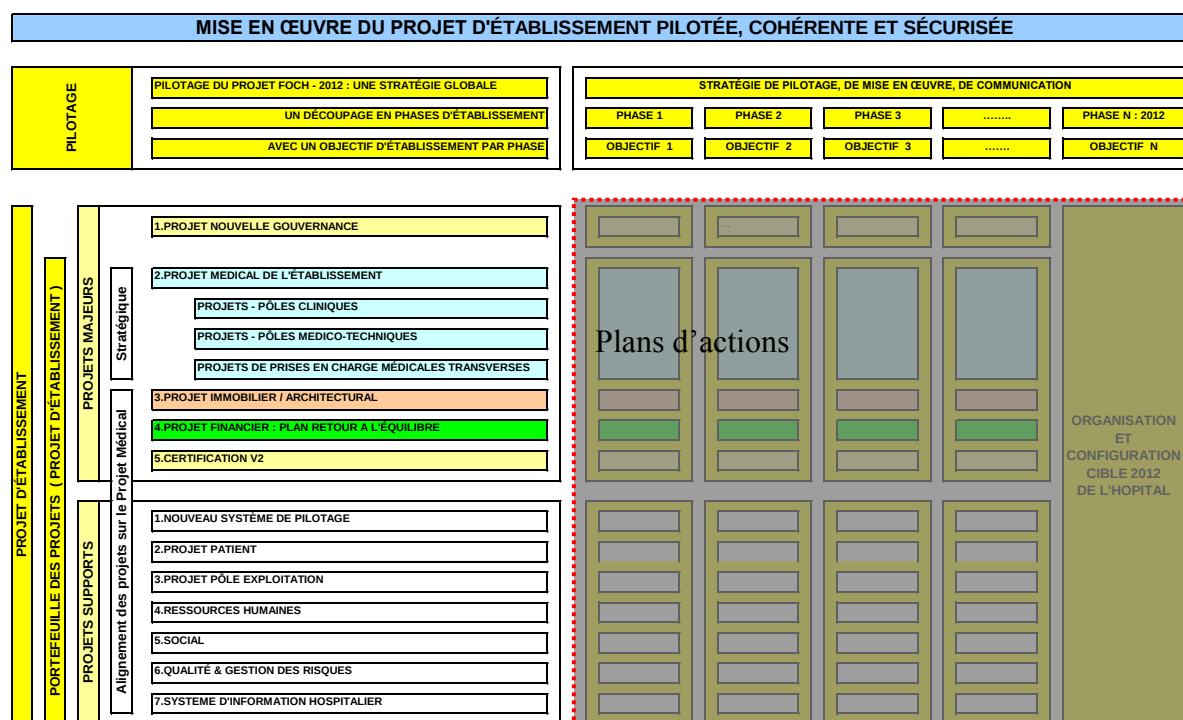
Un travail de synthèse et de regroupements des projets de services en projets de pôles, est mené avec les responsables de Pôles et leurs dossiers de Pôles.

• Le dispositif de synthèse progressive ou de Vision Globale

L'objectif est enfin de se procurer une vision globale à travers la production des plans d'actions (fond et forme) pour chaque objectif. Des ateliers « Vision Globale » se déroulent avant le comité Pilotage et le séminaire du 15 juin 2007. Grâce au dispositif support, les dossiers de service permettent d'établir une synthèse des dossiers de pôles, et en cascade, les dossiers de pôles permettent une synthèse « dossier d'établissement ».

À travers la description des projets de pôles et des projets supports, des plans d'action long terme (à 5 ans) et court terme (à 2 ans) associés à ces projets (Axes 3, 4), l'hôpital Parténia s'approprie progressivement son nouveau projet d'établissement et se dote d'une vision globale.

Figure 65 : Lisibilité du Pilotage et du découpage du Projet Parténia-2012



Comme le montre la figure, on trouve parmi ces plans d'actions, le plan d'actions global interne / externe, le plan de partenariats, le plan d'investissements, le plan du Nouveau Système de Pilotage, les plans de Ressources Humaines (recrutement, formation...), le plan des évolutions et des changements majeurs internes / externes, le plan de conduite de ces changements, le plan de communication des pôles et de l'hôpital en interne et en externe, le plan d'accompagnement.

L'hôpital articule également un plan d'action court terme (à 2 ans) décrivant la mise en place du nouveau système de pilotage dans les pôles et les fonctions support. Dans un premier temps, il y a la mise à disposition dans les pôles des indicateurs de pilotage déjà présents dans le Système d'Information de l'Hôpital. Suivi d'un plan de mise à disposition d'indicateurs supplémentaires permettant de répondre au besoin croissant de connaissance précise des activités et de leurs positionnements dans l'environnement.

1.4. La mise en œuvre opérationnelle du projet Parténia-2012

Cette phase se décline du 15 octobre 2007 au 15 janvier 2008 correspond à l'appropriation du projet Parténia-2012 par l'ensemble du personnel lors de la mise en œuvre opérationnelle du projet. Pendant cette phase, a lieu également une présentation du plan d'action 2008 au Conseil d'Administration et aux tutelles. Nous décrivons ci-dessous quelques points d'étape de cette mise en œuvre.

- **Rencontre avec la tutelle régionale**

Une rencontre est organisée le 4 décembre 2007 avec le Directeur de l'ARH, pour faire un point de situation de l'hôpital, aborder les points d'accord ou de désaccords, et recueillir les réactions de la Tutelle vis-à-vis de ce projet.

1) Appréciation de la situation de l'Hôpital

Le portefeuille d'activités est validé et n'est plus un sujet d'actualité. L'augmentation de l'activité implique pour l'hôpital de cibler les disciplines concernées et de préciser la stratégie par rapport à l'environnement et la gestion de la DMS. L'augmentation du nombre de lits reste une question en suspens.

Concernant la situation financière, des difficultés réelles sont exprimées, mais relativisées par rapport aux difficultés financières plus importantes des autres établissements en France. Le niveau de Parténia est jugé inquiétant mais non catastrophique, car il existe le sentiment que Parténia trouve des solutions au travers d'un certain nombre d'actions.

Les contraintes architecturales sont bien perçues et le fonctionnement actuel est bien compris. Une nouvelle approche du projet immobilier préconise un découpage du projet en 3 ou 4 grands lots. Ceci permettrait d'augmenter la visibilité du projet, diminuer les interactions complexes et le nombre d'opérations tiroir.

2) Points d'accord / désaccords sur la situation de l'Hôpital

La situation de l'hôpital demeure un point majeur de désaccord relatif au retour à l'équilibre. Une confrontation des 2 visions comptables liées aux environnements public/privé met en exergue l'équilibre comptable par rapport à l'équilibre réel.

La logique de rationalisation des filières aval par un projet de fédération hospitalière, semble être bien appréciée (appréciation de la faisabilité). Les facteurs de succès du projet de fédération s'appuient sur un projet médical et sur un partenariat qui respecte les partenaires en leur permettant de conserver des activités valorisantes (avec des concessions/cessions à envisager).

Les réactions vis-à-vis de ce projet de fédération des établissements s'expriment par un désaccord au sein de la tutelle.

3) La contribution / le soutien des tutelles

Il existe une attitude favorable de la part des tutelles à ces coopérations : les tutelles laisseront Parténia mener le projet et n'interviendront que quand les confrontations auront été dépassées.

4) Conclusions de la rencontre

Cette rencontre marquant un point d'étape dans les relations de Parténia avec les tutelles, permet *in fine* de crédibiliser la démarche Parténia auprès du Président du Conseil d'Administration.

Concernant la situation financière de Parténia vis-à-vis des autres établissements, Parténia est moins mauvais que les autres. Mais cela ne donne pas pour autant de visibilité sur le financement des investissements restant à couvrir et sur le financement court terme de la trésorerie.

• Rencontre avec la Direction Générale de Parténia

Une rencontre avec le Directeur Général de Parténia a lieu le vendredi 4 janvier 2008 pour aborder une série de questions.

▪ *Comment renforcer le positionnement de l'équipe projet ?*

L'hôpital doit davantage communiquer sur sa mission, sa composition, l'instruction et la coordination des projets. Cela passe par la MOA du projet « Nouveau Système de Pilotage » à qui on doit soumettre l'instruction de tous les projets avant de prendre toute décision.

Tableau 40 : Les points d'étapes prévus pour le projet Parténia-2012

Point d'étape 1 : juin 2007	Point d'étape 2 : janvier 2008 Objectifs	Point d'étape 3 : juin 2008 Objectifs
Annonce de la mise en place de la structure de pilotage Avec le recrutement du [chef de projet]	Présenter => La structure de pilotage global => Les missions de l'équipe projet => La constitution de l'équipe projet =>Le Comité de Pilotage	=> Renforcer la visibilité du pilotage global
	Présenter le processus décisionnel applicable sur tous les projets.	Tous les projets sans exception sont soumis à la procédure (Avant toute décision)

▪ *Comment renforcer le pilotage global de l'ensemble des projets coordination / communication ?*

Plusieurs questions sont abordées comme « Quel est le rôle du sponsor du projet Parténia-2012 (stratégique, majeurs, supports) ? Quel est l'usage de la structure du portefeuille projet ? ». Le Directeur Général souhaite une coordination globale (15 juin 2008) assurant des points de communication entre deux points d'étapes.

▪ *Quelle évolution de la structure du portefeuille projet / Lisibilité ?*

Les projets stratégiques sont le projet Nouvelle Gouvernance, le projet médical, le projet Fédération (chapeau des conventions) et le projet Immobilier.

Les projets majeurs sont le Plan de Retour à l'Équilibre et la Certification Accréditation.

Les Projets supports sont le Nouveau Système de Pilotage, la prise en charge patient, le projet Bloc Opératoire, le projet Circuit Médicament, le projet RH-Social, et les projets SIH

▪ *L'Hôpital dispose-t-il d'un Schéma Directeur permettant le pilotage global ?*

Un Schéma Directeur mobilise les acteurs MOA et MOE autour du projet global, ses étapes, ses articulations, ses contraintes, son budget.

▪ *Comment aligner tous les acteurs sur le financement du projet ?*

Tout d'abord, le conseil d'administration s'aligne sur l'échéancier du projet, et peut ainsi envisager une communication cohérente auprès des financeurs possibles. Sur la base du projet stratégique reconnu et validé par les tutelles le 4 décembre 2007 (pôle, immobilier, médical, fédération), il y a alignement de tous les financeurs possibles (Mairie, Conseil Général, Tutelles, etc.). Un plan de communication est annoncé.

▪ *Quelle vision globale à partager lors de ce point d'étape ?*

Les perspectives 2012 abordent ce qui doit changer, les comportements du passé inadaptés, et nouveaux comportements à mettre en place.

▪ *Quels sont les comportements de la Direction Générale à faire évoluer ?*

Le projet de pilotage va concerner une part importante du personnel de l'Hôpital, il faut donc entretenir la motivation. Cela passe par :

- un changement du mode de Communication
- Point d'étape = 1 séminaire + n ½ journée encadrement + n rencontres avec le personnel
- Communication entre les points d'étapes.

La Direction Générale développe également une communication externe forte sur le projet de l'Hôpital et son financement, avec la volonté d'aligner les acteurs externes sur les bénéfices politique, de santé de ce projet. Le projet Parténia (Activités, Pôles, Immobilier, Fédération) constitue un excellent projet validé par la tutelle le 4 décembre 2007.

La Direction Générale valorise enfin les membres du Conseil Exécutif en organisant la préparation de l'ordre du jour et des sujets à traiter, en positionnant les sujets dans le plan stratégique de l'hôpital.

• **Organisation d'un levier de communication globale**

Il s'agit de structurer la communication à travers les axes de mise en œuvre du projet Parténia-2012. Cette action prend la forme du troisième séminaire de point d'étape qui s'est déroulé le 11 janvier 2008.

- Axes de mise en œuvre
 - Axe 1 : 3 volontés
 - Axe 2 : Nouvelle Gouvernance
 - Axe 3 : Projet Médical
 - Axe 4 : Alignement des autres projets majeurs et supports sur le projet médical
 - Axe 5 : Pilotage du Projet Parténia-2012
 - Axe 6 : Accompagnement / Autonomie
- Structure du portefeuille projets
- Projets majeurs
- Projets supports

L'objectif de ce troisième séminaire est de maintenir et développer le niveau de satisfaction obtenu le 15 juin et le 13 septembre au cours des deux précédents séminaires.

1) Capitalisation sur les niveaux de satisfaction du personnel à l'issue de la 1re étape

■ 15/06/2007

- Participation : 115 invités, 104 participants, 11 excusés (91 % de participation)
- Retour des questionnaires d'enquête de satisfaction : 53 questionnaires retournés (51 % des participants) dont 45 de personnes ayant participé aux 4 séances de la journée.
- Niveau de Satisfaction des participants
- 80 % de satisfaits et de Très satisfaits pour l'ensemble de la journée
- Réalisation de 130 Cdroms

■ 13/09/2007

- Participation : 180 invités, 80 participants => bonne satisfaction
- concrétisée par la demande de Cd-roms du 15 juin => réédition de 100 cd-roms

2) Expression des points de satisfaction et points d'attentes

■ Expression de satisfaction sur les points suivants

- Obtenir une vision globale et transversale de l'hôpital
- Apprécier le dynamisme de l'hôpital malgré ses difficultés
- Apprécier le portefeuille de tous les projets des Pôles Médicaux, Médico-Techniques et Supports

■ Expression des attentes

- Les projets de pôles
- Le projet immobilier et l'organisation du Bloc Opératoire
- Le projet d'établissement
- L'organisation du prochain séminaire (janvier 2008)

■ Conséquences

- Renforcement de l'organisation des points d'étapes
- Renforcement de la communication entre les points d'étapes

Tableau 41 : Dynamique d'amélioration du 3^e séminaire à partir des premiers séminaires (15/6, 13/09)

212 réponses autour de 4 questions posées

Satisfaction d'obtenir une vision globale et transversale
Satisfaction de pouvoir apprécier le dynamisme de l'hôpital malgré ses difficultés

Attente majeure
=> sur les Pôles, les projets de pôles
=> sur l'organisation de la journée

Thèmes	Q1 : Points importants de la journée	Q2 : Points à améliorer	Q3 : Points pour la prochaine journée	Q4 : Autres points	Total	%
Organisation de la journée	1	37	6	29	73	34,40%
Vision globale et transversale de l'hôpital	37	2	2	3	39	18,40%
Projets de Pôle	10	4	17	7	38	17,90%
Dynamisme de l'Hôpital	28	1	2	3	31	14,60%
Projet immobilier	7	4	7	1	12	5,70%
Projet d'établissement	2	2	1	1	5	2,40%
Communication					1	0,50%
Projets support			1		1	0,50%
Total	85	48	35	44	212	100,00%
%	40,10%	22,60%	16,50%	20,80%	100,00%	

Comme le montre le tableau ci-dessus, la dynamique d'amélioration du troisième séminaire passe donc par :

- Le maintien et le développement du niveau de satisfaction obtenu le 15/06 et le 13/09,
- La prise en compte des demandes exprimées, des attentes et des suggestions.

1.5. L'évolution du Système d'information décisionnel

Le Système d'information décisionnel de Parténia va donc évoluer pour prendre en compte des nouveaux acteurs et les nouvelles unités organisationnelles (les pôles). Il va surtout soutenir les objectifs du plan stratégique de Parténia. Il représente l'outil collaboratif de support à la décision.

Ce système collecte et organise les données utiles aux calculs des indicateurs internes et externes nécessaires au pilotage des activités et au suivi du positionnement de ces activités dans l'environnement de l'hôpital. Ce système présente ces indicateurs aux nouveaux acteurs sous forme de tableaux de bord.

Jusqu'au prochain point d'étape de juin 2008, le périmètre des réalisations concerne la première version des tableaux de bord des deux pôles pilotes, à savoir le pôle « Cœur et Vaisseaux », le pôle « Anesthésie - Réanimation – Urgences » et le « Lot RH » pour le pôle Direction.

L'initialisation de la démarche d'évaluation s'appuie sur le cahier des charges des pôles pilotes à savoir les maquettes présentées au séminaire du 11/01/2008 et la liste des indicateurs recensés avec les bureaux de pôles. D'autre part, la réalisation de la mise en correspondance « Données Cible – Données source » (*mapping*) pour ces pôles pilote permet de définir le périmètre exact des réalisations.

Ce projet d'évolution du SID s'inscrit dans le portefeuille de projets de l'Hôpital ; Des interdépendances existent entre ce projet et d'autres projets informatiques et organisationnels comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 42 : Interdépendances des composantes du SID avec les autres projets

Composantes du SID	Interdépendances
avec les projets concernant des outils et le traitement des données	
Portail de Pilotage et de Diffusion	P1 : Projet de mise en œuvre d'un nouvel intranet P2 : Projet d'évolution de Blue Medi pour le suivi de projet
Gestion des données en vue de leur intégration dans l'entrepôt de données et n'appartenant pas aux logiciels métier	P3 : Projet de définition d'une solution de gestion des données bureautiques. P4 : Projet de récupération des données externes.
avec les projets concernant la mise à niveau de logiciel métier	
Le lot RH	P5 : Projet de mise à niveau de l'application « Eliot »
avec les projets d'évolutions des applications décisionnelles existantes	
Évolutions des applications décisionnelles existantes	P6 : Évolutions sur le lot « Activité » P7 : Évolutions sur le lot « Achat – Finance »
avec l'organisation des processus « source de données »	
Contrôle de la qualité des données (exhaustivité, synchronisation...) associée à la responsabilisation des acteurs métiers	P8 : Projet de « Cellule d'Accueil Centralisée »

• La structure du portail de pilotage

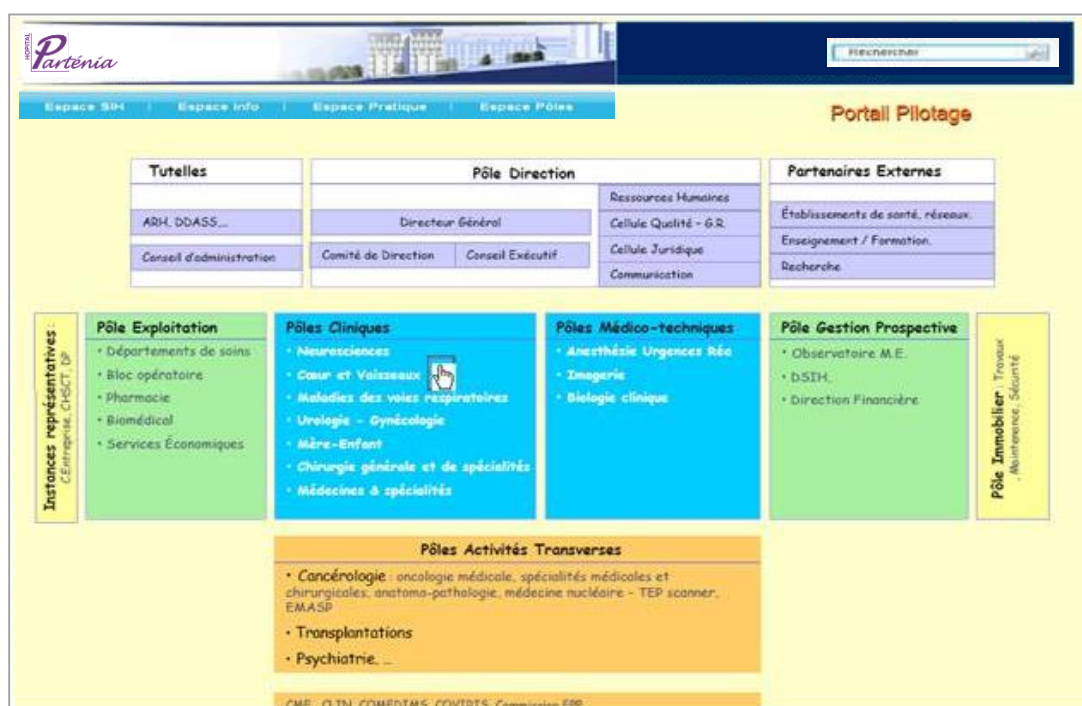
La structure du portail de pilotage respecte la structure du plan stratégique avec deux espaces, un pour le niveau Hôpital, l'autre pour le niveau Pôles.

L'espace Hôpital

L'espace hôpital contient :

- Une page d'accueil présentant l'organigramme en pôles de l'hôpital et constituant le point d'entrée vers les espaces de pilotage des pôles (cf. figure ci-dessous),
- Un espace public, visible de tout l'hôpital
- L'accès aux espaces « pôles »
- L'accès aux espaces de pilotage des instances décisionnaires

Figure 66 : Page d'accueil donnant accès aux espaces pôles de l'Hôpital



L'espace Pôle

Le portail de pilotage d'un pôle est structuré selon les composantes du plan stratégique et selon le plan de classement des indicateurs. Il distingue :

- La description du plan stratégique
- Le plan d'action ou plan des adaptations pour atteindre la configuration cible
- Les problématiques à piloter durant l'année en cours

L'espace est organisé selon les problématiques à piloter : présentation des indicateurs selon des tableaux appropriés aux problématiques (emploi de tableaux de bord équilibrés ou de tableaux correspondant à la vision du décideur).

– Le positionnement de l'activité externe et interne

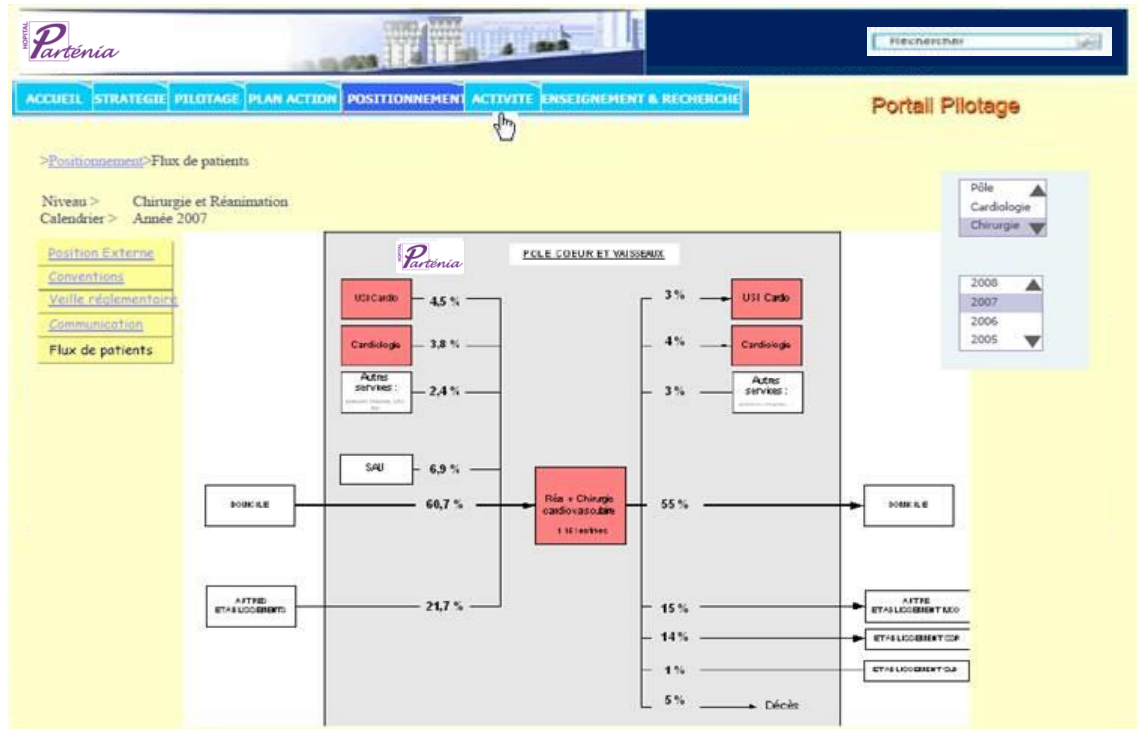
L'espace est organisé par le plan de classement des indicateurs (configuration externe).

– Le suivi d'activité ou le suivi de la configuration interne de l'activité

L'espace est organisé selon le plan de classement des indicateurs (configuration interne).

Dans la figure ci-dessous, le menu du bandeau supérieur correspond aux composantes du plan stratégique. Les sous-menus du bord gauche correspondent à la déclinaison thématique des domaines d'observation.

Figure 67 : Page réservée aux pôles de l'Hôpital



La figure suivante illustre les indicateurs présents sur l'espace public.

Figure 68 : Tableau de bord de synthèse d'activité de l'Hôpital



Il pourra être envisagé par la suite de créer un extranet vers les partenaires opérationnels pour permettre le partage des informations de pilotage.

- **Le datamart de pilotage**

Le *datamart* Pilotage ou *datamart* Indicateurs est le collecteur des valeurs prises par les indicateurs du référentiel.

En préambule, nous rappelons ici qu'il existe 3 types de fonctions de calcul des indicateurs :

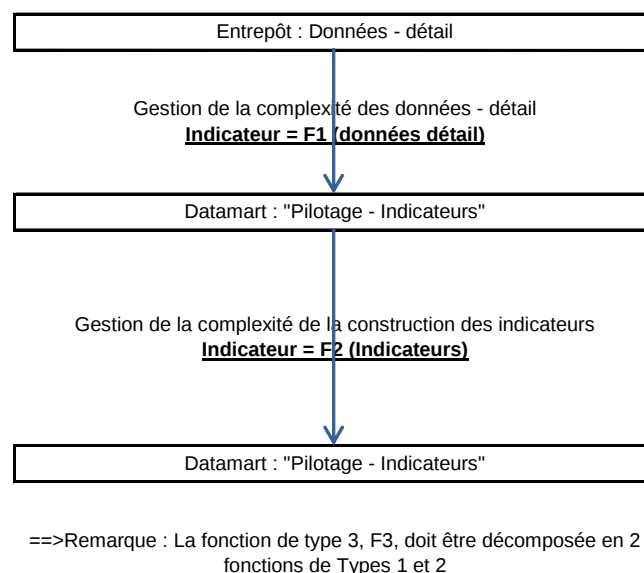
- Fonction de type 1 : $Ind_1 = F1$ (données de détail)
L'indicateur est calculé à partir des données de détail présentes dans l'entrepôt ou dans une application métier ;
- Fonction de type 2 : $Ind_2 = F2(Ind_i)$
L'indicateur est calculé à partir des autres indicateurs présents ;
- Fonction de type 3 : $Ind_3 = F3$ (Données de détail ; Ind_i)
L'indicateur est calculé à partir de données « détail » et de données « indicateur ».

Chaque fonction correspond à une requête dont le résultat peut être

- stocké physiquement et alors il est l'objet d'un flux de données ;
- inclus dans un rapport (BO) ;
- affiché sur un portail à partir d'un univers (BO) ;

Le *datamart* peut être physique, s'il est présent dans une base de données ou virtuel, s'il est présent à travers les univers BusinessObjects⁵¹⁸ des applications décisionnelles. Dans le cas de Parténia, il a été choisi de créer un *datamart* physique.

Figure 69 : Distinction des complexités dans le schéma d'alimentation des données



Le *datamart* physique présente des avantages car il :

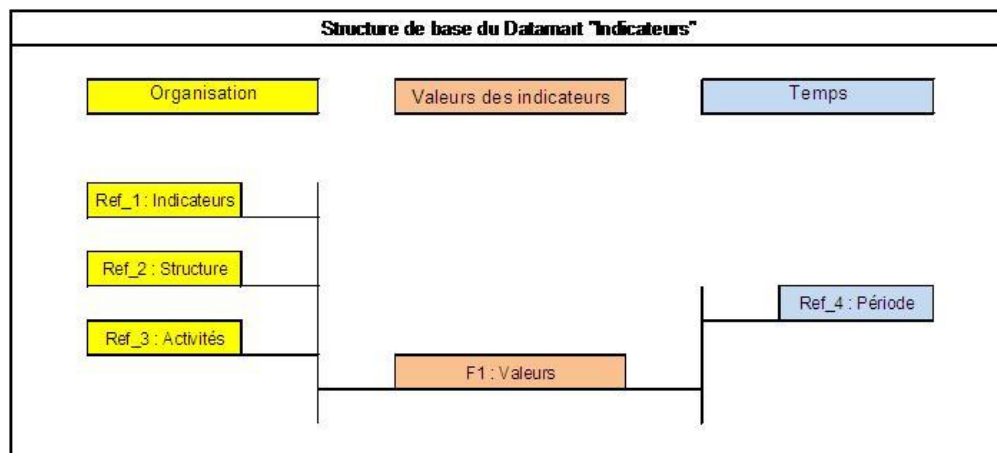
- distingue la complexité des données détails de la complexité des calculs d'indicateurs
- permet d'enrichir la fonction F1
- constitue une base d'analyse des contributions à la performance hospitalière

⁵¹⁸ Logiciel de requettage et de création de tableau de bord.

- est facteur de performance :
 - du reporting,
 - de la présentation des tableaux de bord
 - De l'analyse des contributions réciproques à la performance hospitalière
- est facteur d'évolutivité, de maintenabilité et de lisibilité.

La structure du Datamart est simple comme le montre le schéma suivant ; elle correspond à un modèle de données en étoile s'appuyant sur 4 tables référentielles, 3 relatives à l'organisation de l'Hôpital, 1 relative au temps, et une table de faits collectant la valeur des indicateurs.

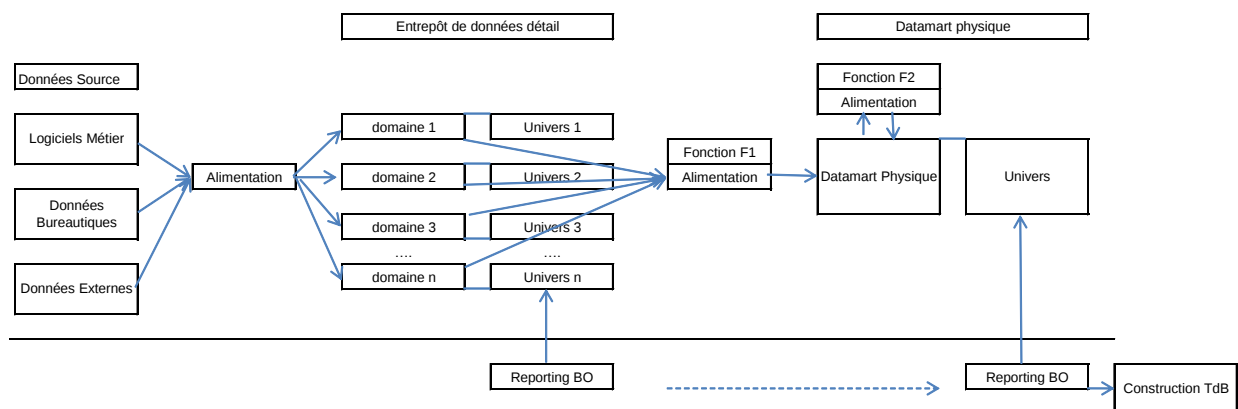
Figure 70 : Modélisation du *datamart* Indicateurs



En général, la fonction F1 calcule l'indicateur à partir d'une population d'enregistrements de détail. Dans ce cas, la fonction F1, outre la valeur de l'indicateur, peut ramener les informations caractérisant la dispersion des valeurs présentes sur les enregistrements considérés. L'enrichissement de la fonction F1 consiste à ramener dans le *datamart* davantage d'informations sur la population considérée que le calcul de l'indicateur seul. Par exemple, ramener un nombre de séjours peut se compléter d'une ventilation par durée de séjours.

La figure suivante illustre la chaîne décisionnelle de production d'indicateurs et de construction de tableaux de bord.

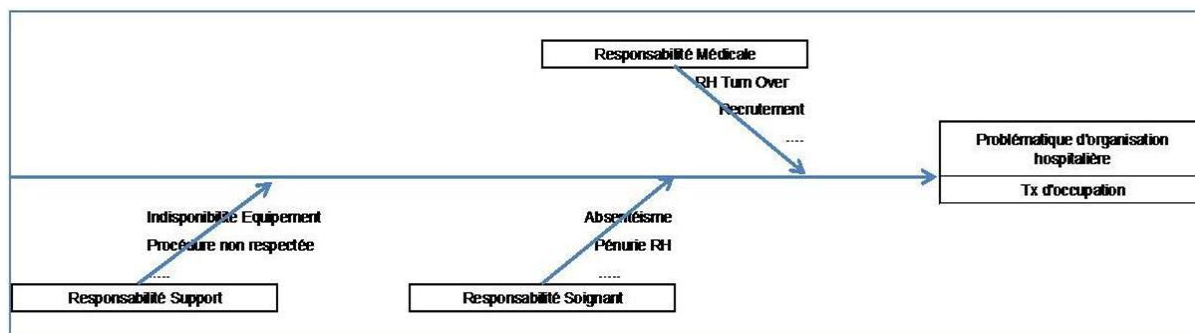
Figure 71 : Chaîne décisionnelle de construction de tableaux de bord



Plusieurs modèles de Tableaux de Bord équilibrés (Balanced Scorecards ou BSC) peuvent être construits à partir du référentiel des indicateurs. Les valeurs des indicateurs retenus dans

un modèle BSC peuvent être analysées afin de définir le modèle des contributions de chaque indicateur (ou variable) au résultat de la problématique considérée.

Figure 72 : Exemple d'un Tableau de Bord équilibré traduisant des responsabilités partagées dans un taux d'occupation.



La structure simple du modèle de données du Datamart est un facteur de performance pour :

- le reporting,
- la présentation des tableaux de bord
- l'analyse des contributions au sein d'un BSC.

De plus, il est possible de renforcer la performance par la construction d'agrégats adaptés aux besoins d'interrogation. Deux référentiels présentent une logique de consolidation sur leurs hiérarchies à savoir le référentiel « Structure » et le référentiel « Temps ».

Par exemple, on a une :

- première structure assurant le suivi des valeurs journalières de certains indicateurs au niveau organisationnel Unité Fonctionnelle (UF).
- seconde structure assurant le suivi des valeurs mensuelles des indicateurs au niveau organisationnel UF (agrégation des valeurs quotidiennes en valeurs mensuelles)
- troisième structure assurant le suivi des valeurs annuelles des indicateurs au niveau Pôles.

En résumé, on favorise dans ce projet d'évolution, le système physique, par des avantages rappelés dans le tableau suivant.

Figure 73 : Comparaison *datamart* physique vs. virtuel.

Critères	Datamart Physique	Datamart Virtuel
	Mes valeurs des indicateurs sont stockées en base de données	Les valeurs des indicateurs sont calculées à la demande à travers les univers
1. Gestion des complexités – Données Détail – Calcul d'indicateur	Séparation des complexités	Les complexités s'additionnent au mieux
2. Enrichissement de la Fonction F1	Permet de ramener des informations supplémentaires à l'indicateur	Possible en alourdissant la complexité existante
3. Performance – Temps de réponse	Facteur de performance	Performance dégradée
4. Analyse des contributions réciproques à la performance hospitalière	Indicateurs présents	Traitement de préparation à prévoir
5. Évolutivité, Maintenabilité, Lisibilité	Structure adaptée aux 3 critères	Lisibilité nulle + Maintenabilité lourde

Pour conclure, la mise en place du *datamart* physique, entraîne les principaux impacts organisationnels suivant :

Tableau 43 : Impacts organisationnels du Datamart physique

Type de Datamart	Contrôle de Gestion et DIM	Équipe SID
<i>Datamart</i> Physique	Déplacement du reporting → Reporting fidèle aux tableaux de bord → Reporting détail Capitalisation de la connaissance des données détails actuelles / fonctions F1 et F2 / à l'introduction des nouveaux domaines → La charge de travail devrait se déplacer sur l'analyse des plans stratégiques, simulation...	Correspond à une nouvelle application → comme l'introduction du domaine RH ou Urgence dans l'entrepôt détails → Charges de travail opérationnelles à évaluer
<i>Datamart</i> Virtuel	La complexité et le faible niveau de performance risquent de discréditer le système ; des tests à prévoir	

2. La description de la mission d'accompagnement

La mission d'accompagnement dans le démarrage du Projet Parténia-2012 est assurée par la Société Keyrus.

Elle a pour objet :

- de guider l'hôpital Parténia et soutenir Médecins, Soignants et Administratifs, dans leur nouvelle démarche projet,
- de leur faciliter l'appropriation du projet,
- de les aider à organiser le pilotage de leur Projet Parténia-2012 qui s'appuie sur un pilotage local (les bureaux de Pôle) et un pilotage global au niveau de l'hôpital.

Cet accompagnement permet :

- au pôle Direction de s'approprier le projet sur la période 2007-2012, lors de la phase 1
- aux bureaux de pôle de s'approprier la mise en œuvre du projet sur la période 2007-2009, lors de la phase 2.

2.1. L'organisation de la mission

Pour accompagner le projet **Parténia-2012**, le dispositif mis en place intègre conjointement les acteurs de l'Hôpital Parténia et les consultants de la société Keyrus, comme le montre la figure suivante.

Tableau 44 : Les composantes du dispositif d'accompagnement

Composantes du Dispositif	Les acteurs de l'Hôpital Parténia	Les consultants de la société Keyrus
Sponsor du Projet	Directeur Général	Directeur du Projet Stratégique
Pilotage	Direction Générale (Directeur Général, Secrétaire Général)	Directeur de Projet Stratégique Directeur de Projet Opérationnel
	Directeur des Projets (prise de fonction prévue 2d semestre 2007)	

Composantes du Dispositif	Les acteurs de l'Hôpital Parténia	Les consultants de la société Keyrus
Accompagnement	Responsables de Pôles Chefs de Services Comité de Direction Bureaux de Pôles	Directeur de Projet Opérationnel Consultants Seniors (7)
Support	Observatoire Médico-Économique - Contrôle de Gestion - Département du DIM - Chef de Projet décisionnel La Cellule de Gestion des Rendez-vous pour les interviews et les séances de travail collectives	Consultants (2)

2.2. Le calendrier des opérations

Le tableau suivant présente le calendrier de la mise en œuvre du plan stratégique.

Tableau 45 : Calendrier de la mise en œuvre du plan stratégique Parténia-2012

		S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24		S25	S26	S27	S28	S29
		2/4	9/4	16/4	23/4	30/4	7/5	14/5	21/5	28/5	4/6	11/6		18/6	25/6	2/7	9/7	16/7
		6/4	13/4	20/4	27/4	4/5	11/5	18/5	25/5	1/6	8/6	15/6		22/6	29/6	6/7	13/7	20/7
			Pâqu			1 mai	8 mai	Asc.		L Pent.								
		5	4	5	5	3	3	3	5	4	5	5		5	5	5	5	5

Phase 1												Phase 2								
Préparation						Étape 1				Étape 2		Séminaire		Étape 1						

Dispositif Pilotage		Pilotage opérationnel : 1 DP								CoPil1		CoPil2							CoPil3					
Dispositif Vision Globale		Prép		Lct		Synt				Synt		Pilotage opérationnel : 1 DP							Synt					
Séminaire Parténia																								
		Dispositif de Préparation				Dispositif d'accompagnement												Dispositif d'accompagnement						
		Dispositif Support														Dispositif Support								

Trois configurations sont à l'œuvre selon la période.

Configuration 1 :

Pendant la période d'interviews

- Pilotage : 1 Directeur de Projet Opérationnel (assure interviews), plein temps
- Accompagnement : 7 Consultants Senior présents aux interviews, aux ateliers de synthèse, aux séminaires Parténia
- Support : 2 consultants plein temps

Pendant la construction de la vision globale du projet d'établissement

Pour partager la vision globale du projet Parténia-2012 aux membres du Pôle Direction et aux chefs de service et afin de permettre à chaque consultant senior d'avoir l'efficacité maximale

Ce dispositif s'appuie :

- Pour la composante support, de 2 consultants chargés d'intégrer les dossiers d'activité dans les projets de service, les projets de pôles et le projet d'établissement
- Pour les ateliers, d'une journée du dispositif complet Keyrus.
- 4 Ateliers Keyrus « Vision Globale » ; 3 en phase 1, 1 en phase 2
- La première restitution se fera lors du séminaire du vendredi 15 juin 2007.

Configuration 2 : Période de Synthèse et Définition du plan d'action précis 2007-2008

- Équipe de 4 personnes ayant participé à l'ensemble du projet
- Directeur de Projet qui assure :
 - le Pilotage et la cohérence globale de la mise en œuvre
 - la relation Nouveau Système de Pilotage avec la GED et la centralisation des Référentiels
- 1 Consultant Senior pour la définition du Schéma Directeur du Nouveau Système de Pilotage
- 1 consultant Senior pour la relation avec les Bureaux de Pôles ajustement / validation
- 1 consultant Support pour la planification détaillée et synthèse

Dispositif Parténia :

- Directeur des Projets
- Bureaux de Pôles pour ajustement et validation des feuilles de route 2007-2008

Configuration 3 : Dispositif de fin de mission

- Équipe de 2 personnes, semaines 40 et 41
- Remise de la gestion documentaire du projet à l'Hôpital, au Directeur des Projets
- Synthèse des résultats
- Présentation Comité de Pilotage et au Pôle Direction
- Bilan de la mission

Les deux tableaux qui suivent indiquent le nombre de rendez-vous effectués.

Tableau 46 : Nombre de rendez-vous pour l'accompagnement du Projet Médical

	Phase 1 (15 mars - 15 juin) Plan à 5 ans (2007-2012)			Phase 2 (15 juin – 15 octobre) Plan de Mise en Œuvre à 2 ans (2007-2009) Plan de Mise en Œuvre détaillé 2008		
	Étape 1 23/04 – 25/05	Étape 2 21/05 – 08/06	Étape 3 04/06 – 15/06	Étape 1 18/06 – 20/07	Étape 2 27/08 – 29/09	Étape 3 01/10 – 12/10
Projet Médical	Description des projets de service et des projets supports	Description des projets de pôles et interdépendances des projets supports avec le projet médical	Synthèse Du Plan d'action à 5 ans	Définition de la mise en œuvre opérationnelle du projet « Parténia-2012 » Période 2007-2009	Préparation du lancement de la mise en œuvre 2007-2008	Synthèse de fin de mission
Autres Projets						
Projet Global						
Projet Médical	2 RDVs de 2h	1 RDV de 2h		2 RDVs de 2h		
Nb Services	37					
Nb Pôles		9		9		
Pôle Exploit.		1		1		
Dont Nb Act Transv	dont 9			9		
Nb RDVS	74	10	Séance Collective + Séminaire	38		

Tableau 47 : Nombre de rendez-vous pour l'accompagnement des projets Supports

	Phase 1		Phase 2	
	Étape 1 Description des projets de service et des projets supports	Étape 2 Interdépendances avec le Projet Médical	Étape 1 Définition de la mise en œuvre opérationnelle du projet « Parténia-2012 » Période 2007-2009	
Nb de RDVs	2 RDVs de 2H	1 RDV de 2H	2 RDVs de 2h	
Projets Majeurs				
Projet Immobilier : Rapprochement des besoins des Pôles + Etat des opérations tiroirs / pôles	2	1	2	
Projet Financier : Mesures du Plan de Retour à l'équilibre - Plan de communication Financière	2	1	2	
Projet Certification V2 : Coordination Parténia-2012 / Certification	2	1	Terminé	
Projets Supports				
Nouveau Système de Pilotage : Etat des indicateurs présents dans le SiDa déployer dans les Pôles	2	1	cF Schéma Directeur du Nouveau Système de Pilotage	
Pôle Exploitation : Projets Patients	2	1	2	
Projets RH	2	1	2	
Projet Social	2	1	2	
Projets Qualité & Gestion des Risques	2	1	2	
Projets Système d'Information Hospitalier	2	1	2	
Nb RDVs	18	9	14	
Total	27		14	

2.3. Le lancement de la mission

En fin de préparation et juste avant le démarrage des interviews, la Direction de Projet opérationnelle adresse un courrier « mobilisateur » à l'ensemble des décideurs de l'hôpital. L'encadré suivant présente la lettre introductive au projet.

Encadré 18 : Lettre introductive du projet Parténia 2007-2012

<i>Parténia, le 9 mai 2007</i>
À l'attention des Chefs de Service de l'Hôpital Parténia, Madame, Monsieur, Le projet PARTÉNIA-2012, présenté par le Directeur Général de l'Hôpital à la communauté médicale et à l'encadrement soignant et administratif les 25, 26 et 27 avril derniers, se poursuit, aujourd'hui, à travers une première étape d'appropriation. Ce sont les projets médicaux de chaque service et l'ensemble des projets supports de la période 2007-2012 que le Pôle Direction et l'ensemble des chefs de service vont devoir s'approprier. Quel sera le contenu de cette appropriation ? Comme le précisait Monsieur le Directeur lors de ses communications, il s'agit, grâce une méthodologie de gestion de projet, de permettre : - à chacun d'entre vous de s'approprier le jalonnement de ses projets sur la période 2007-2012 en cohérence avec l'ensemble des autres projets médicaux et supports de l'Hôpital. - à chaque pôle de s'approprier l'ensemble de ses projets de service et d'initier son projet de pôle. - au Pôle Direction, c'est-à-dire le Conseil Exécutif, le Comité de Direction, le Directeur, de s'approprier les articulations majeures du « Portefeuille de Projets » de l'Hôpital. Ainsi, le Pôle Direction aura la capacité d'ajuster la cohérence de l'ensemble des projets aux orientations stratégiques de l'Hôpital, d'arbitrer et de prioriser l'allocation des ressources à ces projets. Quelle méthode suivrons-nous ? La méthode s'appuie sur une démarche simple, en 4 étapes, qui reviendra constamment sur les différents thèmes à traiter que sont votre environnement, vos projets, votre service et vos activités d'enseignement-recherche.

La première étape consiste à « fixer le regard » sur l'horizon Fin 2010 et à décrire la situation « Cible » de vos activités dans leur environnement.

La seconde étape a pour objectif de définir les jalons « majeurs » à positionner entre aujourd'hui et cette situation « Cible ». Ces jalons « majeurs » peuvent se décliner en niveaux d'activité, en moyens, en partenariats...

La troisième étape recense l'ensemble des freins et des contraintes externes ou internes pesant sur la mise en œuvre de vos projets, exemple : les phases du projet immobilier de l'Hôpital. Elle recense, aussi, les opportunités à saisir.

Enfin, **la quatrième étape** synthétise au niveau du service, du pôle et de l'Hôpital l'ensemble des données recueillies sur ces différents thèmes.

Quel sera l'outil utilisé ?

L'outil utilisé sera le présent dossier. Celui-ci guidera notre démarche. Il rassemblera un certain nombre d'informations destinées à soutenir votre réflexion. Vous y trouverez les versions 2005 et 2007 de vos projets médicaux ainsi que des informations internes et externes. Ce dossier est le résultat des collaborations des services du Contrôle de Gestion, du Département de l'Information Médicale et du Bio-Médical.

Ce dossier vous est remis, aujourd'hui, dans une première version commune à tous les services. Bien évidemment, il est appelé à être enrichi des éventuels documents ou informations utiles à la compréhension de vos activités, de vos projets et de votre environnement. Ce dossier « papier » est le vôtre.

Ce dossier s'appuie sur un support électronique, une base documentaire. Cette base documentaire capitalisera l'ensemble du travail fourni, permettra l'exploitation de ce travail et, enfin, sera destinée à vivre au-delà de la période d'accompagnement en intégrant le Système d'Information de l'Hôpital.

Qui vous accompagnera dans la démarche ?

Un consultant senior en gestion de projet vous rencontrera deux fois dans un premier temps pour la description de la cible et du jalonnement de vos projets. Avec vous, il veillera à ce que chacune de vos activités et chacun de vos projets soient décrits dans le contexte de l'Hôpital et dans son environnement extérieur. Vous conviendrez, avec lui, du mode d'organisation à adopter afin d'intégrer au mieux vos contraintes, les échanges d'information, le rythme du projet.

Le consultant enregistrera dans une base documentaire la description de vos projets. Ensuite, une équipe « support » travaillera sur la synthèse de vos projets au niveau du pôle et de l'Hôpital.

Quelle sera l'étape suivante ?

Après la remontée des descriptions de l'ensemble des projets, le Pôle Direction s'appropriera la synthèse de ces projets. Le Pôle Direction effectuera les arbitrages nécessaires sur la période 2007-2009. Ensuite, les bureaux de pôles procéderont à une description de la mise en œuvre des projets du pôle sur la période 2007-2009.

Pour conclure, nous sommes au service de vos projets à travers tout ce qui pourra rendre leurs descriptions et leurs mises en œuvre, simple, visible et compréhensible.

Dans l'attente de vous rencontrer, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures ainsi que celles des consultants chargés de vous accompagner.

Le Directeur de Projet Opérationnel

- **Les séminaires d'établissement**

Trois séminaires sont organisés pendant le projet Parténia-2012.

- En fin de phase 1 : juin 2007
- En fin de phase 3 : janvier 2008
- Pendant le projet « Nouveau Système de Pilotage » : juin 2008

Chaque séminaire a d'une part des objectifs d'informer les décideurs de l'hôpital sur le projet mais aussi des objectifs de recherche d'adhésion et de partage avec ces mêmes décideurs envers les enjeux et les objectifs du projet. Il catalyse les ambitions de chacun.

- **Le plan de communication**

Chaque phase du projet fait l'objet d'une communication sur les différentes cibles avec les outils appropriés, d'une part pour que les nouvelles orientations stratégiques soient connues et comprises par l'ensemble du personnel, et d'autre part pour aider les responsables à expliquer les projets à leurs équipes en mettant à leur disposition des « kits » de communication adaptés.

Par exemple, le plan de communication qui a suivi le premier séminaire, a réuni :

- La présentation générale de la nouvelle organisation : document papier remis ce jour à chaque participant mais également disponible sur le portail,
- La diffusion de l'intégralité des présentations de cette journée fut disponible sur le portail dès la semaine suivante (+support informatique),
- Une synthèse des débats et des questions/réponses,
- Des réunions d'information du directeur pour l'ensemble du personnel,
- La réalisation d'une plaquette à usage interne et pour les correspondants, les tutelles, le Conseil d'Administration.

3. Le bilan du nouveau système de pilotage de Parténia

3.1. Le contexte

Le 13 juin 2008 se tient la 3^e édition du séminaire « Parténia-2012 », point d'étape de la mise en œuvre du plan stratégique « Parténia– 2012 » de l'hôpital.

La mise en œuvre de ce plan stratégique 2007–2012 s'articule autour de 4 axes :

- *Premier axe* : mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, ou mise en œuvre de l'organisation de l'hôpital en pôles d'activités.
- *Deuxième axe* : mise en œuvre du plan stratégique : orientations stratégiques, projet médical d'établissement, schémas directeurs des fonctions supports.
- *Troisième axe* : mise en œuvre des 3 volontés de la direction générale : Rendre visible Parténia, Sécuriser Parténia, Fédérer Parténia
- *Quatrième axe* : mise en œuvre du pilotage global du Plan Parténia–2012.

Le pilotage global du Plan Parténia–2012 s’est organisé en « Direction Opérationnelle du Plan Stratégique ». La mission de cette direction est de sécuriser la mise en œuvre du plan.

3.2. L’accompagnement au changement

Les deux premiers axes du plan Parténia–2012 associés aux mises en œuvre de projets réglementaires dont la T2A, entraînent à eux seuls tous les types de changements connus, culturel, organisationnel, managérial, comportemental, nouveaux critères de performances, nouveaux outils de pilotage...

Le succès de la mise en œuvre du plan entraînant autant de changements simultanés, repose sur la capacité d’accompagner chacun des acteurs de l’hôpital dans la mise en place de cette nouvelle organisation.

C’est la réponse donnée à travers la mise en œuvre des axes 3 et 4.

C’est la mission de cette direction opérationnelle du plan stratégique d’accompagner tous les acteurs de l’hôpital dans la mise en œuvre de ce plan.

3.3. La sécurisation de la mise en œuvre du plan Parténia–2012

La direction opérationnelle du plan stratégique est en charge de la sécurisation de la mise en œuvre du plan Parténia-2012 à travers 3 plans :

- Un plan d’accompagnement des acteurs dans la mise en œuvre
 - des changements organisationnels
 - du nouveau mode de fonctionnement qu’est le pilotage de son plan stratégique au sein de ses nouvelles entités et de ses nouvelles instances.
- Un plan de communication :
 - en interne
 - et en externe.
- Un plan de sécurisation de points spécifiques :
 - les activités de l’Hôpital,
 - les équilibres économiques et financiers,
 - l’immobilier.

3.4. Responsabilités respectives de la Gouvernance de l’Hôpital et de la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique

Le « Nouveau Système de Pilotage » est l’association constituée de la Gouvernance de l’Hôpital et de la « Direction Opérationnelle du Plan Stratégique » (DOPS).

Les responsabilités respectives sont :

- La gouvernance de l’hôpital est en charge de la définition du contenu du plan stratégique et du pilotage de la mise en œuvre de celui-ci.
- La direction opérationnelle du plan stratégique accompagne la gouvernance dans son nouveau mode de fonctionnement qu’est le pilotage de son plan stratégique au sein de ses nouvelles entités et de ses nouvelles instances.

3.5. Les résultats au 13 juin 2008

Les résultats relatifs à ce « Nouveau Système de Pilotage, ses caractéristiques, ses impacts sur l'organisation », lors de la 3^e édition du séminaire Parténia– 2012 sont :

- Résultat 1 : La structure simplifiée du plan stratégique en vue de sa communication
- Résultat 2 : Le lien quotidien avec le plan stratégique ; le plan stratégique structure le plan de classement des indicateurs
- Résultat 3 : L'organisation du dialogue de pilotage
- Résultat 4 : Le guide des fonctions facilitatrices au service du dialogue de pilotage
- Résultat 5 : La Direction Opérationnelle du Plan Stratégique, sa mission de sécurisation globale du plan Parténia–2012

Résultat 1 : La structure simplifiée du plan stratégique en vue de sa communication

La structure du plan stratégique de chaque activité portée par un pôle s'appuie sur une structure ternaire autant que faire se peut ; et ce, afin d'en faciliter l'expression et la communication.

Ainsi, les composantes du plan stratégique d'une activité portée par un pôle sont :

- Le plan de positionnement de cette activité au sein de son territoire de référence
- Le plan d'accompagnement en termes d'adaptation des moyens humains, techniques et en termes financiers. les composantes sont :
 - l'organisation des processus de prises en charge avec les ressources humaines et le système d'information associés
 - les équipements biomédicaux et l'infrastructure.
- le plan financier ou le Business Plan qui intègre le plan d'investissement et les résultats annuels attendus.
- Le plan de communication auquel deux composantes sont associées :
 - la première, l'activité de communication de la direction du plan vers les acteurs internes et externes,
 - la seconde, l'activité de mesure de l'effet de la communication perçu par ces acteurs internes et externes.

Au niveau de l'Hôpital, les composantes du plan stratégique sont :

- Les orientations stratégiques de l'offre de soins de l'Hôpital
- l'ensemble des plans stratégiques des activités portées par les pôles en réponse aux orientations fixées
- les plans de développements des activités particulières qui dépassent le périmètre de chacun des pôles.
- Le plan de communication attaché au plan stratégique hôpital.

Résultat 2 : Le lien quotidien avec le plan stratégique ; le plan stratégique structure le plan de classement des indicateurs

Les composantes du plan stratégique structurent :

- Le plan de classement des indicateurs de l'Hôpital
- La présentation du portail de pilotage.

En effet, afin de définir, puis suivre chaque composante du plan stratégique, chacune de ces composantes est associée à un ou plusieurs domaines à observer et à mesurer à travers des indicateurs appropriés.

Exemple, à la composante « plan de positionnement de l'activité » sont associés les domaines d'observation du territoire de référence :

- Les caractéristiques socio-économiques, réglementaires, de besoins de santé, de compétences médicales, soignantes...
- Le positionnement des concurrents et des partenaires, le positionnement de l'activité

Ainsi, le plan de classement des indicateurs inclut une arborescence thématique décroissante à partir des 3 composantes stratégiques et des domaines d'observation associés. Chaque domaine d'observation peut se subdiviser en sous-domaines jusqu'à l'obtention du degré de précision d'observation souhaité. L'indicateur se situe à l'extrémité « de chaque branche » de « l'arbre thématique ». Ce plan de classement contient tous les indicateurs nécessaires à la construction des tableaux de bord dits « équilibrés » ou « Balanced Scorecards ».

Ainsi, le plan de classement permet trois modes de présentation des indicateurs :

- Un premier mode selon les thèmes du plan de classement
- Un second mode selon les tableaux de bord équilibrés. Ces tableaux présentent la performance, comme le résultat de différentes contributions.
- Un troisième mode libre, adapté à la vision du décideur

Résultat 3 : L'organisation du dialogue de pilotage

Le dialogue de pilotage s'exerce avec les acteurs internes et aussi avec les acteurs externes que sont les partenaires et les institutionnels.

L'organisation du dialogue interne de pilotage s'articule autour :

- De 2 processus majeurs « Décider » du contenu du plan stratégique, et « Réaliser » la mise en œuvre des décisions
- De la contribution de tous les acteurs de l'hôpital organisée selon 3 niveaux de contribution spécifique autour des 2 processus « Décider » et « Réaliser » :
 - Niveau 1 : « Niveau Pilotage » pour la prise de décision et le contrôle des réalisations,
 - Niveau 2 : « Niveau Support au Pilotage » pour la préparation des décisions et l'organisation et suivi des mises en œuvre,

- Niveau 3 : « Niveau Contribution métier » pour la saisie des informations et l'apport des différentes expertises nécessaires à la préparation des prises de décision. Mise en œuvre et respect des procédures.
- Des 2 situations du dialogue de pilotage :
 - Situation 1 : Réunions Institutionnelles
 - Situation 2 : Réunions de travail ou réunions préparatoires des réunions institutionnelles. Chaque réunion est précédée d'une phase de préparation : prise de connaissance, analyse et présentation des résultats.

Le dialogue de pilotage avec les acteurs externes distingue :

- Le dialogue de pilotage avec les partenaires des conventions
- Le dialogue de pilotage avec les tutelles.

Résultat 4 : Le guide des fonctions facilitatrices au service du dialogue de pilotage

Afin de permettre le dialogue de pilotage en interne comme avec l'extérieur, une liste des fonctions à assumer est dressée à partir des caractéristiques du dialogue de pilotage et des conditions favorables à ce dialogue.

Ces fonctions concernent :

- La direction opérationnelle du plan stratégique
- Le système d'information de pilotage

Cette liste de fonctions constitue un guide structuré de la manière suivante :

- L'inventaire des relations que doit assurer la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique
- La gestion du cycle de vie des référentiels identifiés pour le pilotage
- Les réponses aux conditions favorables du dialogue de pilotage

Résultat 5 : La Direction Opérationnelle du Plan Stratégique, sa mission de sécurisation du plan Parténia-2012

La mission

La mission de cette direction est de sécuriser la mise en œuvre du plan Parténia-2012 à travers 3 plans d'accompagnement, de communication, de sécurisation de points spécifiques décrits précédemment.

Une de ses missions d'accompagnement est l'accompagnement de la gouvernance dans son nouveau mode de fonctionnement qu'est le pilotage de son plan stratégique au sein de ses nouvelles entités et de ses nouvelles instances.

La Direction Opérationnelle du Plan Stratégique s'appuie sur des ressources :

- Internes pour l'accompagnement du dialogue de pilotage, le plan de sécurisation des points spécifiques,
- Externes pour la communication, la formation des responsables de pôles au management et à l'animation des pôles et autres besoins limités dans le temps.

La composition

La composition de la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique (D.O.P.S.) est en relation directe avec l'organisation du dialogue de pilotage.

- Au niveau Pilotage : Directeur Général, Secrétaire Général, Présidente de la CME, Coordinatrice des Projets et/ou du plan stratégique,
- Au niveau Support au Pilotage : Coordinatrice des Projets et/ou du plan stratégique, Directeur des Systèmes d'Information Hospitaliers, Responsable de l'Observatoire Médico-Économique.

Au niveau Contributions métier :

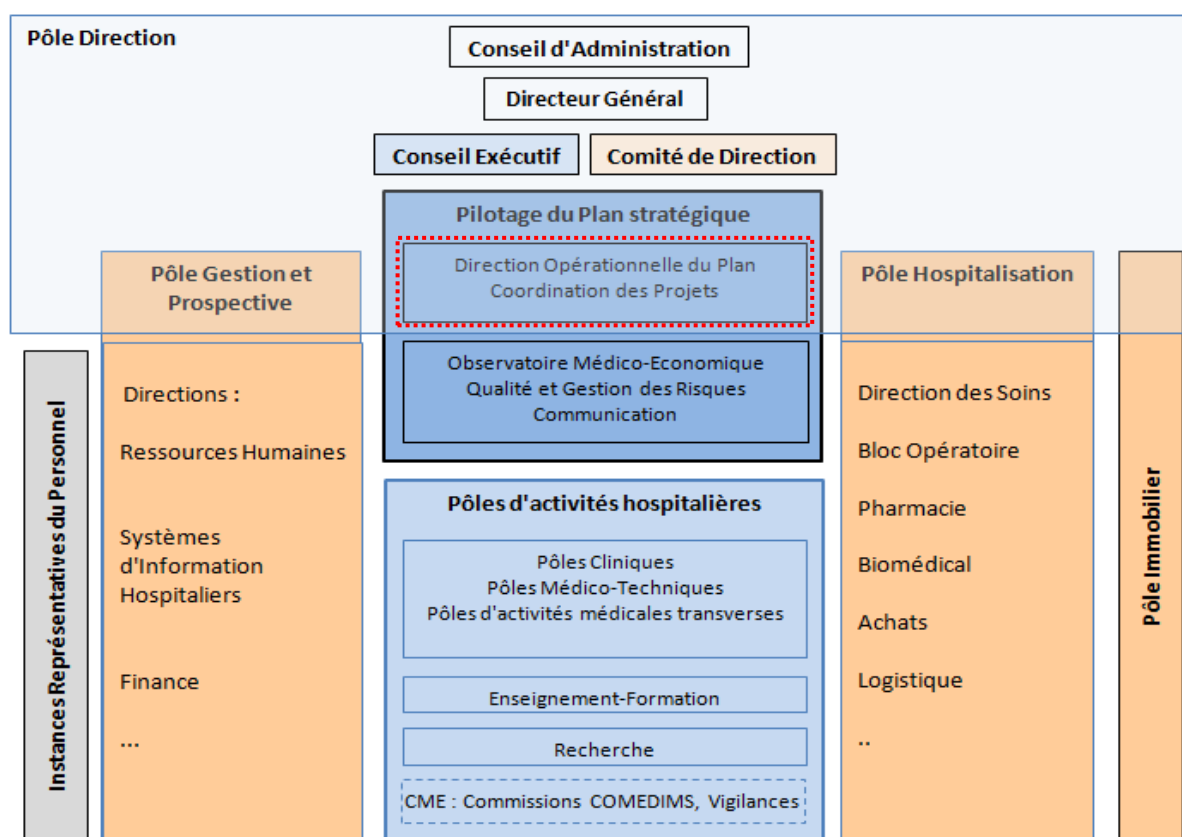
- Compétences fonctionnelles dédiées : Observatoire Médico-Economique, Qualité et Gestion des Risques, Communication,
- Compétences techniques rapprochées : Système d'Information décisionnel,
- Compétences sollicitées : Toutes les compétences internes ou externes nécessaires à la mission.

Le positionnement

Cette direction est positionnée dans l'organigramme en pôles de l'hôpital.

- juin 2007, première édition du séminaire Parténia-2012, l'organigramme en pôles présente les pôles médicaux entourés des pôles supports au centre de l'organigramme,
- juin 2008, troisième édition du séminaire Parténia-2012, l'organigramme en pôles évolue et intègre la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique. Cf. schéma ci-dessous.

Figure 74 : Nouvel Organigramme de Parténia après l'application de la Nouvelle Gouvernance



Le Nouveau Système de Pilotage, une structure stable.

Le Nouveau Système de Pilotage de l'Hôpital Parténia tel qu'il est décrit et mis en œuvre à la date de la 3^e édition du séminaire Parténia–2012 est une structure stable au sens où :

- Toutes les situations du dialogue de pilotage sont identifiées et accompagnées,
- Cette structure intègre « les 4 visions » complémentaires nécessaires au pilotage,
- Cette structure présente les caractéristiques d'un pôle de pilotage ou d'un pôle Business Intelligence, pôle de pilotage émergeant dans d'autres secteurs d'activité.

▪ *Les situations du dialogue de pilotage*

À travers la description de l'organisation du dialogue de pilotage, toutes les situations internes et externes dans lesquelles s'exerce le dialogue de pilotage sont identifiées. Ce dialogue interne étant nouveau pour les participants de ces situations, un accompagnement méthodologique est mis en œuvre. Ce dialogue s'étendra dans un second temps au dialogue de pilotage externe avec les partenaires des conventions.

▪ *Les « 4 visions » complémentaires nécessaires au pilotage*

La Direction Opérationnelle du Plan Stratégique est une structure stable d'accompagnement au pilotage. En effet, elle possède, par sa composition, les 4 visions globales de son organisation et de son environnement qui sont complémentaires.

Ces 4 visions sont :

- La vision « Direction générale et Coordination du plan stratégique » par la présence du Directeur Général, du Secrétaire Général et de la Coordinatrice des projets,

- La vision « Métier » ou la vision « Médicale » à travers la présence de la présidente de CME et du médecin DIM,
- La vision « Analytique et Processus » par les services rattachés « Observatoire Médico-Economique (Contrôle de Gestion + DIM) » et « Qualité – Gestion des Risques »,
- La vision « Système d'Information Hospitalier » par la présence du Directeur des Systèmes d'Information Hospitaliers.

▪ *Le Pôle Pilotage ou Pôle Business Intelligence*

De même, l'organisation de la D.O.P.S. en lien avec le service « Système d'Information Décisionnel » constitue au sein de l'hôpital, ce qui tend à se mettre en place dans d'autres secteurs d'activité, à savoir un « Pôle Pilotage » ou « Pôle Business Intelligence ».

Remarque : « Pôle Pilotage » à comprendre comme « pôle de compétences au service du pilotage de l'organisation ».

4. Résultats de nos recherches menées en Étape 3

Après avoir oscillé entre « conception et usages » dans l'étape 1 qui précède, étape pendant laquelle Parténia développe un SID à « usage limité » pour le Contrôle de Gestion et au DIM, nous avons vu qu'en Étape 2, la Direction Générale, tournée vers la construction de sens au sortir d'une période difficile, met en place une nouvelle entité organisationnelle de conduite de changement, qu'elle nomme « Observatoire » pour réfléchir à conduire son nouveau plan stratégique. L'Étape 3 concrétise ce projet stratégique global en construisant collectivement le sens qui sera donné ensuite à l'ensemble du personnel, les acteurs et les partenaires extérieurs.

Venons-en maintenant sur quelques résultats obtenus pendant cette troisième étape, étape pendant laquelle nous revisitons le bilan de la mission à l'aide de notre grille d'analyse et explorons les dynamiques d'appropriation du SID à l'aide du triptyque *Conception, Usage et Sens*.

Nous revenons ainsi successivement sur les caractéristiques et les conditions du dialogue de pilotage, la direction opérationnelle du plan stratégique, et les impacts des mises en œuvre effectuées au cours de cette dernière étape.

4.1. Les caractéristiques du dialogue de pilotage

Les caractéristiques du système de pilotage sont présentées ci-dessous par une série de tableaux dont la structure est la suivante :

- D'une part, les caractéristiques du dialogue de pilotage dans la colonne « Gouvernance »
- D'autre part,
 - Les fonctionnalités à assurer par le système de pilotage vis-à-vis des caractéristiques recensées,
 - Les impacts sur l'organisation et le système d'information de la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique.

• Le dialogue de pilotage, définition

L'objet du dialogue de pilotage de la gouvernance de l'hôpital est son plan stratégique. Le dialogue de pilotage s'est appuyé sur l'évaluation des configurations des domaines observés à travers les valeurs prises par les indicateurs à intervalles de temps fixés.

• Le dialogue de pilotage, son périmètre

Le périmètre du dialogue de pilotage présenté dans le tableau suivant, possède deux composantes :

- La première composante du périmètre est les activités hospitalières,
- La seconde composante est la structure ou l'organisation de l'hôpital qui porte ces activités.

Tableau 48 : Les caractéristiques du système de pilotage : le périmètre du dialogue de pilotage

Domaines	le Système de Pilotage			
	Gouvernance « Les caractéristiques »	Les fonctionnalités assurées par le Système de Pilotage	Direction Opérationnelle du Plan Stratégique	
			L'organisation du Système de Pilotage	Le Système d'Information du Système de Pilotage
Le périmètre du dialogue de pilotage	Les activités : Soignante ou Hospitalisation =>complète =>de semaine =>de jour Enseignement-Formation Recherche Supports les activités transversales de la CME à travers ses différentes commissions dont les vigilances	Couvrir toutes les activités	Est en relation avec toutes les activités de l'Hôpital Suit le cycle de vie du référentiel « Activités »	gère le cycle de vie du référentiel « Activités »
	L'organisation : -7 pôles médicaux -3 pôles médico-techniques -1 pôle d'activité médicale transverse -3 pôles supports	Couvrir toute l'organisation	Est en relation avec l'ensemble des entités et des instances de l'Hôpital Suit le cycle de vie du référentiel « Structure » de l'Hôpital »	gère le cycle de vie du référentiel « Structure » de l'Hôpital »

Les activités hospitalières de l'hôpital Parténia sont les activités médicales, les activités d'enseignement et de formation, les activités de recherche, les activités transversales de la CME à travers ses différentes commissions dont les vigilances, et les activités de Supports aux activités hospitalières. Les activités médicales distinguent des activités d'hospitalisation complète, de semaine et de jour.

Les activités de l'hôpital sont portées par une *organisation en pôles*. Ces pôles sont sept pôles cliniques, trois pôles médico-techniques et un pôle d'activité médicale transverse. Cette organisation en pôles s'étend aux fonctions support de l'Hôpital, à savoir, la « Gestion et Prospective », l'« Hospitalisation », et un pôle dédié à l'« Immobilier ».

Cette nouvelle organisation place donc au centre de l'hôpital :

- les pôles d'activités hospitalières
- les activités hospitalières d'enseignement, de formation et de recherche,
- les activités de la Commission médicale d'établissement qui ne sont pas organisées en pôle.

• Le dialogue de pilotage, son objet, le plan stratégique

Le plan stratégique définit une cible à atteindre à un horizon de temps de 3 à 5 ans, et une trajectoire à suivre à partir d'une situation de départ identifiée.

Tableau 49 : Les caractéristiques du système de pilotage : les composantes du plan stratégique

Domaines	le Système de Pilotage			
	Gouvernance « Les caractéristiques »	Les fonctionnalités assurées par le Système de Pilotage	Direction Opérationnelle du Plan Stratégique	
			L'organisation du Système de Pilotage	Le Système d'Information du Système de Pilotage
Les composantes du plan stratégique	Le plan stratégique de l'hôpital =>les plans stratégiques des pôles, =>les schémas directeurs =>le plan stratégique niveau Hôpital	Couvrir tous les plans stratégiques pôles, hôpital.	Dispose du contenu de tous =>les plans stratégiques des pôles, =>les schémas directeurs =>le plan stratégique niveau l'Hôpital	
	La structure du plan stratégique Le contenu =>des 11 plans stratégiques de pôles =>du plan stratégique de l'Hôpital =>des 4 schémas directeurs supports	Suivre le cycle de vie de la structure du plan stratégique Suivre le cycle de vie du contenu des plans stratégiques et Des schémas directeurs	Suit le cycle de vie de la structure du référentiel documentaire « plan stratégique hôpital » Suit le cycle de vie du contenu du référentiel documentaire « plan stratégique hôpital »	gère le cycle de vie du référentiel documentaire « plan stratégique hôpital » =>Structure =>Contenu

Le tableau suivant rassemble les composantes des plans stratégiques de l'hôpital, des pôles médicaux et des pôles supports. L'activité considérée par défaut est l'activité soignante.

Tableau 50 : Synthèse des composantes du plan stratégique

Périmètre : organisation	Niveau Hôpital	Niveau Pôles médicaux			Niveau Pôles supports
		7 Pôles Cliniques	3 Pôles Médico-Techniques	1 Pôle transverse	3 Pôles supports
Orientations stratégiques	Orientations stratégiques				
Plan de développement d'activités (Niveau Hôpital)	Plan de développement d'activités (Niveau Hôpital)				
Plan de positionnement	Consolidation des pôles	11 plans de positionnement			

Périmètre : organisation	Niveau Hôpital	Niveau Pôles médicaux			Niveau Pôles supports
		7 Pôles Cliniques	3 Pôles Médico-Techniques	1 Pôle transverse	3 Pôles supports
Plan d'accompagnement	Consolidation des plans d'accompagnements des pôles et des schémas Directeurs	11 plans d'accompagnement prises en compte dans les schémas directeurs suivants : =>Schéma Directeur Organisationnel -Schéma Directeur RH -Schéma Directeur SIH =>Schéma Directeur Infrastructure -Schéma Directeur Biomédical -Schéma Directeur Immobilier Avec 11 Business plans			Schémas Directeurs Organisationnel RH SIH Biomédical Immobilier
Plan de communication	1 plan de communication Hôpital intégrant les plans de communication des pôles	11 plans de communication adaptés à chacun des pôles			Plans de communication adaptés aux pôles supports

Les composantes du plan stratégique d'une activité portée par un pôle sont donc :

- Le plan de positionnement de cette activité au sein de son territoire de référence
- Le plan d'accompagnement en termes d'adaptation des moyens humains, techniques et en termes financiers. Les composantes sont :
 - l'organisation des processus de prises en charge avec les ressources humaines et le système d'information associés
 - les équipements biomédicaux et l'infrastructure.
- le plan financier ou le Business Plan qui intègre le plan d'investissement et les résultats annuels attendus.
- Le plan de communication auquel deux composantes sont associées :
 - la première, l'activité de communication de la direction du plan vers les acteurs internes et externes,
 - la seconde, l'activité de mesure de l'effet de la communication perçu par ces acteurs internes et externes.

• Le plan de classement des indicateurs de l'hôpital et les tableaux de bord équilibrés

La connaissance d'un domaine métier passe par l'observation de ses différentes dimensions à travers un ensemble de points d'observation qui se traduisent chacun par un ou plusieurs indicateurs. Ces indicateurs peuvent être de nature quantitative ou qualitative. La connaissance d'un domaine procède par itérations. À chaque itération, la connaissance du domaine s'affine par l'augmentation du nombre des points d'observations.

La description et l'évaluation de chaque composante du plan stratégique passe donc par l'observation des domaines en relation avec cette composante et par l'évaluation des configurations de ces domaines à travers les valeurs prises par les indicateurs du domaine à un moment donné.

Le tableau ci-après présente les domaines d'observation selon les composantes du plan stratégique de Parténia.

Tableau 51 : Lien entre composantes du plan stratégique et domaines d'observation

	Domaines d'observation				
	Externes				Internes
	Observation de la configuration				
	du Territoire de Référence	du positionnement des concurrents / partenaires dans le territoire de référence	du positionnement du pôle / activité dans le territoire de référence	Interne des hôpitaux ayant le même case mix (ENCC ⁵¹⁹)	Interne de l'activité
Composantes du Plan Stratégique					
Plan de Positionnement	Oui	Oui	Oui		
Plan d'accompagnement =>Plans Directeurs : Processus, RH, SIH =>Plans Directeurs : Biomédical – Immobilier =>Plan Financier				Oui	Oui
Plan de communication	Vis-à-vis du territoire de référence et des institutionnels	Vis-à-vis des partenaires			Vis-à-vis des collaborateurs internes

Les indicateurs nécessaires au suivi des points d'observation des différents domaines d'observations associés à chaque composante des plans stratégiques sont réunis de fait dans un plan de classement bâti sur les composantes du plan stratégique et les domaines d'observations associés à chacune de ces composantes. Ce plan de classement des indicateurs inclut une arborescence thématique décroissante à partir des 3 composantes stratégiques. Chaque domaine d'observation peut se subdiviser en sous-domaines jusqu'à l'obtention du degré de précision d'observation souhaité. L'indicateur associé au point d'observation se situe à l'extrémité « de chaque branche » de « l'arbre thématique ».

À titre d'exemple, la configuration du territoire de référence peut se développer de la manière suivante :

- La Configuration des besoins de santé
- La configuration réglementaire
- La configuration des compétences médicales, soignantes, support sur le marché
- La configuration de la recherche médicale, pharmaceutique,

⁵¹⁹ ENCC : Étude Nationale de Coûts à Méthodologie Commune. L'ENCC est un référentiel externe donnant des informations relatives à la configuration interne (les coûts) des établissements participant à ce référentiel. Il permet de comparer la performance interne d'un hôpital à la performance moyenne des hôpitaux en prenant la précaution de comparer ce qui est comparable. La présentation du tableau distingue le positionnement de l'activité sur son territoire de référence, une position de marché, du positionnement de sa performance interne au regard des hôpitaux participant à l'ENCC.

D'autres sous-domaines d'observations sont possibles selon les préoccupations de la gouvernance.

De même, la composante « Plan d'accompagnement » s'appuie sur l'observation « de l'unité de production » qu'est le pôle ou le service au regard de l'activité considérée. Les indicateurs descriptifs de cette « unité de production » décrivent les configurations répondant aux questions suivantes :

- du « Quoi ? » ou l'offre de soins
- du « Pour Qui ? » ou la typologie de patient concernée par l'offre de soins
- du « Comment ? » ou le processus de prise en charge à travers ses niveaux de Qualité, d'Efficacité, d'Effizienz... et ses moyens en ressources humaines et en système d'information.
- du « Avec Quoi ? » ou les moyens
 - d'infrastructure biomédicale et immobilière
 - financiers (plan d'investissement, résultats annuels attendus...)

Chaque question décrit un sous-domaine d'observation de la configuration interne de l'activité considérée et structure l'arborescence de présentation des indicateurs.

La structure du plan de classement permet l'extension progressive de ses sous-domaines d'observation accompagnant ainsi la connaissance progressive des décideurs de leurs domaines d'observation. Ainsi construit, ce plan de classement regroupe tous les indicateurs pouvant entrer dans la constitution des tableaux de bord dits équilibrés ou « Balanced Scorecards ». Le tableau de bord est dit équilibré quand il présente la performance comme le résultat de la contribution de différentes perspectives ou dimensions.

La connaissance de ces contributions se fait par itérations :

- La première étape consiste à rassembler les domaines qui contribuent à la performance observée. Cette démarche s'appuie sur le bon sens.
- Une seconde étape consiste à valider le modèle construit ou bien à le faire évoluer et ce, en s'appuyant sur les techniques d'analyse statistique.

Le tableau ci-dessous présente la structure de quelques tableaux de bord équilibrés.

Tableau 52 : Structures de quelques tableaux de bord équilibrés

Perspectives	BSC Classique ⁵²⁰	BSC GMSIH ⁵²¹	BSC des collaborations ⁵²²	Autre BSC
Perspective 1	Financière	Satisfaction Client / Patient	Problématique organisationnelle hospitalière	
Perspective 2	Satisfaction Client	Efficacité organisationnelle et Qualité des soins (= Performance Processus)	Contribution médicale	
Perspective 3	Performance des Processus	Ressources et Organisation	Contribution soignante	
Perspective 4	Avenir : Recherche et Développement et GPEC	Effizienz économique	Contribution support	

⁵²⁰ Au sens de Norton et Kaplan.

⁵²¹ Au sens précisé dans l'étude « État de l'art en matière de méthodes et d'outils de pilotage » V1.0 publié en 2005 par le GMSIH (téléchargeable sur le site de l'ANAP : www.anap.fr).

⁵²² Au sens de la logique collaborative, que nous développons dans notre thèse.

Les composantes du plan stratégique expriment une logique de collaborations.

- La composante 2 « Plan d’accompagnement » est au service de la composante 1 « Plan de Positionnement ».
- La composante 3 « Plan de communication » est au service des 2 composantes « Plan de Positionnement » et « Plan d’accompagnement ».

D’autre part, à chacune de ces composantes sont associées des compétences distinctes :

- La composante « Plan de positionnement » relève de la compétence et de la notoriété des équipes médicales.
- La composante « Plan d’accompagnement » fait intervenir le concours des compétences des équipes soignantes et des équipes supports RH, SIH, Biomédical, Immobilier, Finance...

Ainsi, la performance d’une problématique d’organisation hospitalière relève de contributions *coordonnées*⁵²³ de la part des compétences médicales, des compétences soignantes et des compétences des personnels supports.

Les deux schémas suivants illustrent la logique de collaboration

- Dans le cas du plan stratégique
- Dans le cas de la performance d’une problématique d’organisation hospitalière.

Figure 75 : Les tableaux de bord équilibrés – la logique collaborative du plan stratégique

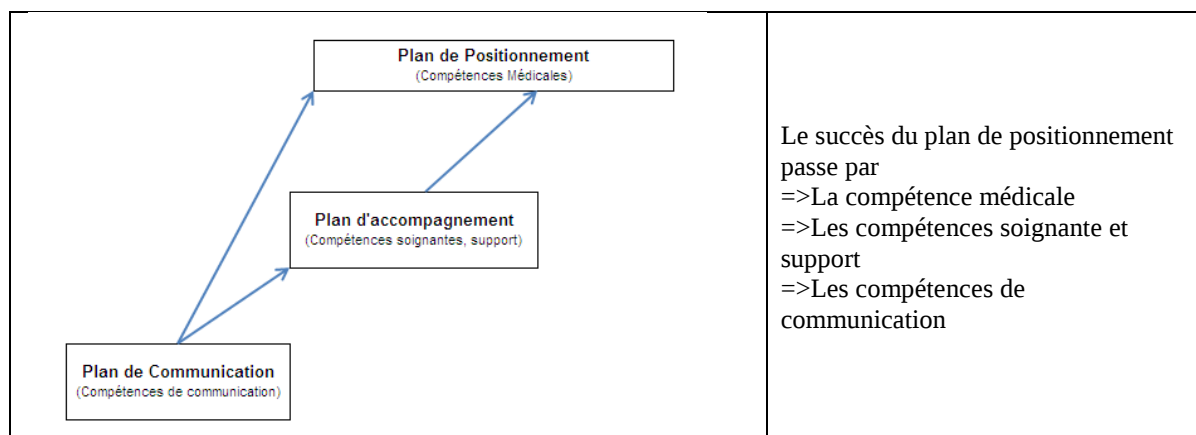
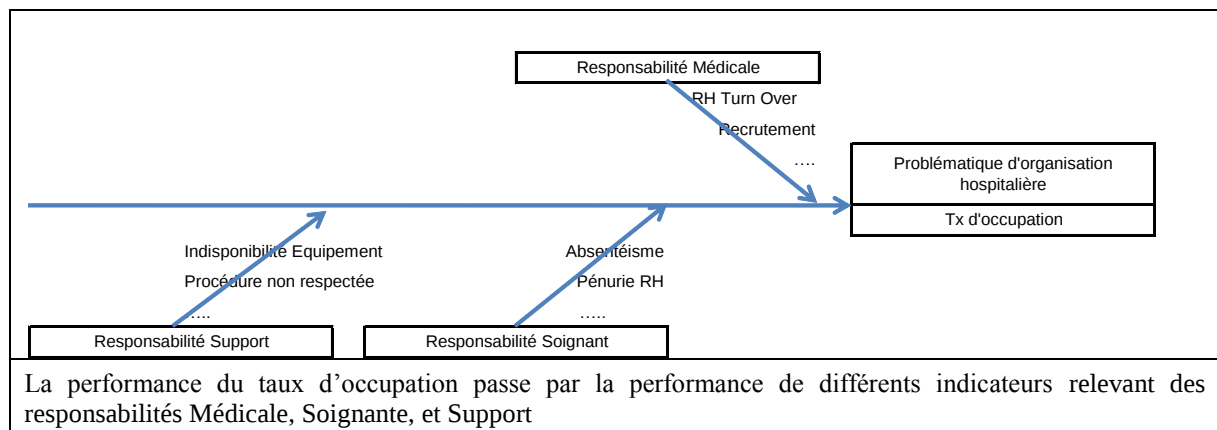


Figure 76 : La logique collaborative du plan stratégique – Performance d’une problématique hospitalière



⁵²³ La composition du bureau de pôle obéit à cette logique collaborative.

La présentation des indicateurs peut donc se faire selon trois modes. Le tableau de bord équilibré est un mode de présentation des indicateurs à une équipe de pilotage. Un autre mode de présentation des indicateurs est celui du plan de classement. Les indicateurs sont alors présentés selon les thèmes d'observation. Enfin, un mode de présentation libre, adapté à la vision du décideur.

• Le dialogue de pilotage, son organisation

Le dialogue de pilotage s'est exercé avec les acteurs internes et les acteurs externes que sont les partenaires et les institutionnels. L'organisation interne du dialogue de pilotage s'est manifestée à travers 2 processus majeurs « Décider », « Réaliser », 3 niveaux de contribution au pilotage, et 2 situations du dialogue de pilotage. Le dialogue de pilotage avec les acteurs externes réunit les partenaires des conventions et les tutelles.

Le tableau ci-dessous présente les sous-processus et les activités rattachées au processus « Décider d'adapter le Plan Stratégique ».

Tableau 53 : Le processus « Décider d'adapter le plan stratégique »

Processus Majeurs	Phases	Sous-Processus	Activités
Décider d'adapter le Plan Stratégique	Préparer	Préparer une définition De l'adaptation du plan stratégique du pôle/activité (Horizon 3 à 5 ans avec positionnement de jalons majeurs)	Évaluer la situation présente de la configuration du positionnement, de la configuration interne
			Évaluer l'évolution à 3, 5 ans de la configuration du Territoire de référence et de la configuration du positionnement des concurrents
			Exprimer une volonté de positionnement à 3, 5 ans
			Déduire la configuration cible du positionnement
			Déduire la configuration interne cible
			Déduire le plan de positionnement d'accompagnement (dont financier) et le plan de communication
		Préparer une planification De la mise en œuvre opérationnelle de l'adaptation du plan stratégique. (horizon 12 à 24 mois)	Planifier la mise en œuvre opérationnelle des plans d'accompagnement et de communication
			Planifier la mise en œuvre et les résultats attendus sur chaque composante du plan stratégique Le plan de positionnement Le plan d'accompagnement Le plan de communication
		Préparer une définition de l'organisation à mettre en œuvre	Définir l'organisation de la mise en œuvre (ressources internes et externes ; ex projets MEAH, Pilotage)
	Décider	Validation	

Le tableau ci-dessous présente les sous-processus et les activités rattachées au processus « Réaliser les adaptations décidées du Plan Stratégique ».

Tableau 54 : Le processus « Réaliser les adaptations décidées du plan stratégique »

Processus Majeurs	Phases	Sous-Processus	Activités
Réaliser les mises en œuvre des adaptations décidées du Plan Stratégique	Lancer	Organiser la mise en œuvre	Organiser la mise en œuvre
	Réaliser	Réaliser le plan d'actions	Réaliser = (« Do » du P.D.C.A. ⁵²⁴) le plan d'actions
	Piloter	Piloter la réalisation = Organiser la démarche PDCA à intervalles réguliers	Suivre le plan d'actions et les résultats attendus - Démarche PDCA =>Suivre le plan d'actions des adaptations à réaliser pour atteindre la cible =>Suivre les résultats mesurés par le biais des indicateurs
			« C » : Contrôler = mesurer les écarts entre l'évaluation de la situation présente et les résultats attendus
			« À » : Analyser les écarts
			« P » : Planifier : En fonction de l'importance des écarts, =>ou bien réadapter la trajectoire =>enclencher les processus de modification du plan stratégique de planification =>ou bien poursuivre le plan stratégique sans modifications de trajectoire
			retourner vers « Suivre le plan d'actions et les résultats attendus » en fin de période suivante

Les 3 niveaux de contribution au pilotage sont :

- Niveau « Pilotage », niveau de la prise de décision
- Niveau « Support au Pilotage » ou niveau de la préparation des décisions
- Niveau « Contributions métier » ou niveau des collaborateurs des pôles qui contribuent au pilotage en remontant les informations nécessaires et en apportant leurs différentes expertises nécessaires à la préparation des prises de décision.

Remarque : Ces niveaux de contribution se calquent sur la « hiérarchie » sans être cloisonnés ; Exemple : un responsable de pôle participe aux 3 niveaux de contribution :

- Comme membre du conseil exécutif au niveau « Pilotage » ;
- Comme responsable de son pôle dans la préparation de ses projets entrant dans le plan stratégique du pôle et ce en collaboration avec son bureau de pôle ;
- Comme médecin en faisant remonter les informations de son activité et en apportant son expertise dans la préparation de ses projets.

L'organisation du dialogue se prolonge à travers les situations de dialogue constituées des réunions institutionnelles et des réunions de travail ou réunions préparatoires des réunions

⁵²⁴ P.D.C.A. : Planifier, Réaliser (Do), Contrôler, Analyser, les 4 temps de la roue de Deming initiée dans le pilotage de la qualité et adaptée à toute activité de pilotage.

institutionnelles. Chaque situation requiert, préalablement, une phase de prise de connaissance, d'analyse et de préparation de la présentation des résultats. Ces situations de dialogue peuvent se produire sur toutes les activités des 2 processus majeurs de pilotage.

Le tableau ci-après illustre le dialogue de pilotage interne et externe.

Tableau 55 : Le dialogue de pilotage interne et avec les partenaires

Domaines	Le Système de Pilotage			
	Gouvernance « Les caractéristiques »	Les fonctionnalités assurées par le Système de Pilotage	Direction Opérationnelle du Plan Stratégique	
			L'organisation du Système de Pilotage	Le Système d'Information du Système de Pilotage
Le dialogue de pilotage interne	Le dialogue de pilotage interne s'organise selon 3 niveaux de contribution autour des 2 processus majeurs et de leurs activités au sein de réunions institutionnelles et de travail. Ces réunions sont précédées d'une prise de connaissance, d'analyse et de préparation de présentation des résultats.	Couvrir toute l'organisation du dialogue de pilotage : => Les 3 niveaux de contribution au pilotage organisant les contributions spécifiques de tous les acteurs de l'hôpital => Les 2 processus majeurs de pilotage et leurs activités => Les 2 situations d'exercice du dialogue de pilotage, les réunions institutionnelles, les réunions de travail => La phase préparatoire à chaque réunion Ces situations de dialogue peuvent se produire sur toutes les activités des 2 processus majeurs de pilotage Reconnaître tous les participants et leurs besoins : => Les participants aux activités de pilotage aux réunions institutionnelles et de travail aux phases de préparation => les besoins en information de pilotage (contenu et forme) des participants selon les activités et les situations de pilotage	Est en relation avec toutes les situations de pilotage Suit le cycle de vie des référentiels => des activités de pilotage / Processus / Niveaux de contribution => des réunions institutionnelles et de travail => des participants aux situations de pilotage => des calendriers de réunion => documentaire des ordres du jour et des comptes rendus	Gère le cycle de vie des référentiels => des activités de pilotage / Processus / Niveaux de contribution => des réunions institutionnelles et de travail => des participants aux situations de pilotage => des calendriers de réunion => documentaire des ordres du jour et des comptes rendus => Structure => Contenu
			Reconnaît les besoins en informations de pilotage (contenu et forme) des participants selon les activités et les situations de pilotage Contenu = cf. liste des indicateurs = Plan de classement Forme = Tableaux de Bord Diffusion = modes de diffusion	Repris dans l'alinéa « Les conditions du dialogue »

Domaines	Le Système de Pilotage			
	Gouvernance « Les caractéristiques »	Les fonctionnalités assurées par le Système de Pilotage	Direction Opérationnelle du Plan Stratégique	
			L'organisation du Système de Pilotage	Le Système d'Information du Système de Pilotage
Le dialogue de pilotage avec les partenaires	Ce dialogue intègre les acteurs externes, les partenaires des conventions.	Couvrir l'ensemble des conventions. Élargir la structure du dialogue aux acteurs des établissements partenaires.	Est en relation avec toutes les situations de pilotage des conventions Suit le cycle de vie des référentiels du dialogue interne + des référentiels =>des conventions =>des entités partenaires =>des acteurs partenaires	Gère le cycle de vie des référentiels du dialogue interne + des référentiels =>des conventions =>des entités partenaires =>des acteurs partenaires =>Structure =>Contenu
	Le dialogue s'organise selon les mêmes caractéristiques que le dialogue interne.	Reconnaître tous les participants partenaires et leurs besoins en informations de pilotage.	Reconnaît les besoins en informations (contenu et forme) des participants selon les activités et les situations de pilotage des conventions Contenu = cf. liste des indicateurs = Plan de classement => identification des indicateurs participant à une convention. Forme = Tableaux de Bord Diffusion = modes de diffusion	Gère l'identification des indicateurs participant à une convention. Repris dans l'alinéa « Les conditions du dialogue »

Le dialogue de pilotage avec les partenaires externes participant aux différentes conventions signées avec l'Hôpital répond aux mêmes caractéristiques que le dialogue de pilotage interne. Ce dialogue intègre « la convention de partenariat » qui peut être considérée comme un élément du plan stratégique d'un ou plusieurs pôles. S'ajoutent aux référentiels déjà identifiés, les référentiels des conventions, des entités partenaires, des acteurs de ces entités partenaires. Le plan de classement des indicateurs identifie les indicateurs participant à une convention.

Le dialogue de pilotage avec les Tutelles est quant à lui réglementé. Les procédures de ce dialogue sont identifiées car réglementaires. L'intérêt d'évoquer ce dialogue avec les tutelles est de repérer les indicateurs réglementaires et d'en industrialiser la production. Les thèmes majeurs de ce dialogue sont entre autres :

- Les négociations autour du CPOM
- Les demandes et/ou les renouvellements d'autorisation
- Les démarches de certification et d'accréditation
- L'exportation réglementée et automatisée des informations de pilotage vers les organismes idoines. (EPRD, SAE, PMSI, CPAM...)

Le plan de classement des indicateurs identifie les indicateurs réglementaires.

S'ajoutent aux référentiels déjà identifiés,

– les référentiels relatifs aux documents du CPOM, des équipements / autorisations, des démarches de certification / accréditation, des organismes destinataires des informations Parténia, les contacts auprès de ces organismes.

– Les référentiels des fichiers envoyés

Tableau 56 : Le dialogue de pilotage avec les tutelles

Domaines	le Système de Pilotage			
	Gouvernance « Les caractéristiques »	Les fonctionnalités assurées par le Système de Pilotage	Direction Opérationnelle du Plan Stratégique	
			L'organisation du Système de Pilotage	Le Système d'Information du Système de Pilotage
Le dialogue de pilotage avec les tutelles	Un dialogue réglementé : =>Les négociations autour du CPOM =>Les demandes et/ou les renouvellements d'autorisation =>Les démarches de certification et d'accréditation =>L'exportation réglementée et automatisée des informations de pilotage vers les organismes idoines. (EPRD, SAE, PMSI, CPAM...)	Couvrir l'ensemble des procédures du dialogue avec les tutelles.	Est en relation avec toutes les situations de dialogue avec les tutelles Suit le cycle de vie + des référentiels relatifs aux =>CPOM, =>Équipements / autorisations, =>Démarches de certification / accréditation =>Contacts	Gère le cycle de vie + des référentiels relatifs aux =>CPOM, =>Équipements / autorisations, =>Démarches de certification / accréditation =>Contacts =>Structure =>Contenu
			Suit l'identification des indicateurs réglementaires dans le plan de classement Suit l'évolution des formes réglementaires des modes de transmission	Gère l'identification des indicateurs participant à une convention. Suit l'évolution des formes réglementaires des modes de transmission
	=>L'exportation réglementée et automatisée des informations de pilotage vers les organismes idoines. (EPRD, SAE, PMSI, CPAM...)	Couvrir l'ensemble des procédures d'envoi des informations de pilotage	Reconnaît : les procédures d'envoi L'archivage des fichiers envoyés Assure le respect des procédures	Fournit le support informatique adéquat Gère l'archivage des fichiers envoyés

4.2. Les conditions du dialogue de pilotage

La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance et du nouveau mode de pilotage du plan stratégique a nécessité d'accompagner les personnels de l'Hôpital participant à ses nouvelles instances et à ces nouvelles situations d'exercice du pilotage des pôles et de l'hôpital.

Ainsi, les conditions favorables au dialogue de Pilotage étaient la reconnaissance des caractéristiques du dialogue de pilotage, des acteurs et de leurs besoins.

Ces besoins étaient :

- L’accompagnement méthodologique des acteurs dans les situations où s’exerce ce dialogue
- La mise à disposition de moyens de pilotage
- Le maintien d’un bon niveau de confiance de tous les contributeurs au pilotage vis-à-vis de leur système de pilotage

• Un nécessaire accompagnement méthodologique des acteurs

Pour chaque étape des processus de pilotage, cet accompagnement se caractérise par une aide à la préparation des réunions de travail et institutionnelles (Bureau de Pôle, Conseil Exécutif), au déroulement de ces réunions, et aux comptes rendus.

• Mise à Disposition de Moyens de Pilotage

Le tableau suivant liste les fonctions à couvrir par les outils de pilotage pour répondre aux besoins des utilisateurs.

Tableau 57 : Les étapes de construction du nouveau système de pilotage

Étapes	Processus de Pilotage	Organisation du Pilotage	Périmètre Fonctionnel	Architecture Décisionnelle	Architecture Technique Composants
Étape 1 : 2005-2006 : Mise en place du socle décisionnel de l’Hôpital					
1 ^{re} étape Période 2005 – 2006	Processus administratifs et réglementaires	Mise en place de =>l’Observatoire Médico-Économique =>de la cellule « SID »	=>Activité PMSI et Hors PMSI =>Achats – Finance reporting : exportation tutelles	=>Reporting sur application métier (PMSI) =>Architecture « Entrepôt de données » bases source => logiciels métier	=>Reporting BusinessObjects =>Alimentation : Genio =>Stockage : Oracle 10g =>Analyse Statistique : SPSS
Étape 2 : juin 2007, Lancement du Plan « Parténia-2012 » : Caractéristiques majeures du nouveau système de pilotage					
2 ^e étape Période 2007-2009 = Nouveau Système de Pilotage	Processus, activités, situations de pilotage identifiés	Organisation du dialogue de pilotage identifié Mise en place de la DOPS Adaptation de la cellule « SID »	Progressivement couverture du plan stratégique de l’Hôpital =>Priorité aux activités soignantes	Développement de L’Architecture « Entrepôt de données » bases source => logiciels métier =>Bureautiques =>Bases externes	Gestion =>des référentiels de pilotage Choix et mise en place des outils : =>Portail de pilotage =>Tableaux de Bord =>Planification / Gestion de Projets
Étape future					
					=>Cube multidimensionnel =>Simulation =>Analyse statistique

Il ne préconise pas d’outils particuliers. On tient compte de l’existence de l’entrepôt de données de l’Hôpital. Toutes les exportations automatiques réglementaires des données de pilotage relatives au dialogue avec les tutelles sont bien évidemment déjà assurées par les équipes informatiques de l’Hôpital. Il positionne les étapes de construction du système de pilotage.

La gestion des référentiels de pilotage sera prise en compte. Selon le cas, le stockage de l'information se fait dans une gestion documentaire ou dans une base de données.

Les moyens de pilotage peuvent être traités à partir du point de vue de l'utilisateur participant aux processus de pilotage.

L'utilisateur peut être dans les états suivants :

- État de veille vis-à-vis de décisions prédéfinies à prendre en fonction de l'apparition d'alertes prédéfinies (Processus Piloter)
- État de préparation d'une réunion de travail ou d'une réunion institutionnelle (Ensemble des activités de pilotage)
- Participant à une réunion de travail et/ou institutionnelle au cours de laquelle des décisions seront prises (Ensemble des activités de pilotage)
- État de réalisation

Les moyens de pilotage génériques associés aux fonctions sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 58 : Les moyens de pilotage

État du participant aux processus de pilotage	Visualisation	Réception d'alerte	Analyse	Simulation / Scénarios	Présentation des résultats	Diffusion et archivage Prises de décision
Moyens de pilotage	Tableau de Bord reporting Portail Messagerie Listing	Portail Messagerie (Futur : autres médias)	Cf. Fonctionnalités des outils Reporting / Tableaux de bord Extraction des données De l'entrepôt Cube multidimensionnel Analyse statistique Étape future	Étape future	Suite bureautique Office	Diffusion = Messagerie (Futur : autres médias) Archivage = Cf. référentiel de pilotage

À minima, l'organisation des données de l'entrepôt distingue les données dites de détail, organisées par domaine, et les indicateurs, calculés à partir des données de détail et/ou à partir des indicateurs.

L'organisation du portail de pilotage s'organise autour de la structure du plan stratégique et des processus de pilotage, c'est-à-dire :

- Il distingue les deux niveaux du plan stratégique, le niveau hôpital, le niveau pôle
- Il présente le contenu de chaque plan stratégique de pôle
- Il permet la visualisation des indicateurs selon le plan de classement et selon les problématiques annuelles à piloter
- Il rassemble, dans sa fonction documentaire, tous les documents en relation avec les processus de pilotage et tous les documents annexes internes ou externes complétant l'information utile sur le pôle et l'hôpital.

• **Confiance des décideurs vis-à-vis de leur système de pilotage**

Quel que soit le système de pilotage, la confiance des décideurs vis-à-vis de leur système de pilotage sur lequel ils prennent leurs décisions et engagent leurs responsabilités nécessite la mise en place de contrôles.

Ces contrôles portent sur les trois points suivants :

- La cohérence entre les informations,
- L'exhaustivité des enregistrements relatifs aux événements du domaine observé survenus durant la période considérée
- Le respect des règles sémantiques du domaine.

4.3. L'état des mises en œuvre et impacts

• **État du réalisé et des points à mettre en œuvre**

L'état du réalisé et l'état des points à mettre en œuvre ou à renforcer sont présentés ci-après dans le tableau décrivant l'évolution du système de pilotage de l'Hôpital

Tableau 59 : L'état du réalisé et les points d'amélioration

Étapes	Processus de Pilotage	Organisation du Pilotage	Périmètre Fonctionnel	Architecture Décisionnelle	Architecture Technique Composants
Étape 1 : 2005-2006 : Mise en place du socle décisionnel de l'Hôpital					
Première étape Période 2005 – 2006	Processus administratifs et réglementaires	Mise en place de l'Observatoire Médico-Économique et de la cellule « SID »	=>Activité PMSI et Hors PMSI =>Achats – Finance reporting : exportation tutelles	=>Reporting sur application =>Architecture : « Entrepôt de données » <u>source</u> : => logiciels métier	=>Reporting Business Objects =>Alimentation : Genio =>Stockage : Oracle 10g =>Analyse Statistique : SPSS
Étape 2 : juin 2007, Lancement du Plan « Parténia-2012 » : Caractéristiques majeures du nouveau système de pilotage					
Deuxième étape Période 2007-2009 = Nouveau Système de Pilotage	Processus, activités, situations de pilotage identifiés	Organisation du dialogue de pilotage identifié Mise en place de la DOPS Adaptation de la cellule « SID »	Progressivement couverture du plan stratégique de l'Hôpital =>Priorité aux activités soignantes	Développement de L'Architecture « Entrepôt de données » bases source => logiciels métier =>Bureautiques =>Bases externes	Gestion =>des référentiels de pilotage Choix et mise en place des outils : =>Portail de pilotage =>Tableaux de Bord =>Planification / Gestion de Projets
État du réalisé et des Points à mettre en œuvre					
État du réalisé	=>Processus, activités, situations de pilotage identifiés. =>Le processus « Décider » ou « décisionnel » est opérationnel	=>La Direction Opérationnelle du Plan Stratégique a été présentée lors du séminaire de juin 2008. =>Le renforcement de l'équipe SID	=>L'acquis de la période 2005-2006 =>Les plans stratégiques des pôles pilotes	=>L'acquis de la période 2005-2006 L'acquis des améliorations portées au cours de la période 2007-2008	=>L'acquis de la période 2005-2006

Étapes	Processus de Pilotage	Organisation du Pilotage	Périmètre Fonctionnel	Architecture Décisionnelle	Architecture Technique Composants
Points à mettre en œuvre ou à renforcer	Renforcer la communication interne sur =>ces processus de pilotage =>leur accompagnement =>L'organisation du dialogue de pilotage.	=>Renforcer la communication sur le guide des fonctions assumées par la DOPS =>Organiser le cycle de vie des référentiels de pilotage =>Organiser les réponses aux besoins →L'accompagnement sur toutes les activités de pilotage →la mise à disposition des moyens de pilotage →les contrôles relatifs à la confiance vis-à-vis du système de pilotage	=>Couverture progressive de l'ensemble Des plans stratégiques Sur toutes les activités hospitalières =>dont la couverture des schémas directeurs des fonctions support	=>Le traitement des données externes, bureautiques =>la couverture progressive des indicateurs relatifs aux schémas directeurs des pôles et de l'Hôpital. =>la gestion des référentiels de pilotage =>la gestion des contrôles relatifs à la confiance vis-à-vis du système de pilotage	=>la mise à disposition des moyens de pilotage →Construction du Portail de Pilotage →Choix de l'outil Tableaux de bord →Gestion de projets (Blue medi)

• Impacts majeurs

La mise en œuvre de la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique est la réponse à l'ensemble des changements introduits par le plan Parténia-2012.

Les effets de la mise en œuvre de ce nouveau système de pilotage impactent l'organisation de l'Hôpital à deux titres :

L'impact, au premier titre, est de permettre à l'Hôpital de se sécuriser dans la mise en œuvre et le pilotage de son plan d'établissement

L'impact, au second titre, avec le mot impact pris dans le sens de changements à opérer, correspond aux changements à accompagner à travers la liste des fonctions restant à mettre en place ; et ce, afin de réunir et de maintenir l'ensemble des conditions favorables au dialogue de pilotage.

• Préconisations

Les principales préconisations concernent l'alignement ou la synchronisation des 3 niveaux de contributions sur chaque phase de réalisation. Cela nécessite un plan de communication et/ou de formation auprès des personnels concernés. Ce point fait écho, entre autres, au respect des procédures de saisie et de correction des données refusées par le SID.

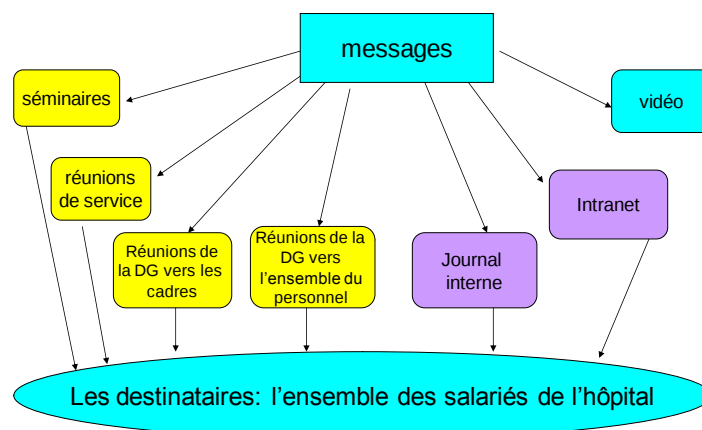
Au cours de la mise en place des tableaux de bord, il est important de distinguer dans l'accompagnement la familiarisation avec les valeurs et les variations des indicateurs décrivant les caractéristiques des activités. Cette familiarisation ou cette appropriation se fait à partir de la présentation thématique des indicateurs.

Concernant le plan de communication, les orientations stratégiques de l'hôpital sont des informations à la fois complexes, difficiles à transmettre, et en même temps positives, structurantes, rassurantes et motivantes, adaptées aux différents auditoires. Il existait donc une attente forte. Aussi, l'accent a été mis sur la communication qui permet de :

- Rendre intelligible le sens du projet Parténia-2012 et y faire adhérer l'ensemble de salariés de l'établissement,
- Donner un contenu concret à la nouvelle gouvernance et contribuer à sa pérennité,
- Valoriser l'implication du personnel dans la mise en œuvre du plan d'action Parténia-2012 et montrer l'intérêt de tous à s'engager dans le changement.

Comme le montre la figure suivante, plusieurs outils ont été mobilisés.

Figure 77 : Les outils de communication mobilisés



La communication orale (*en jaune dans la figure*) s'est opérée par des séminaires 2 fois par an. La 3e édition de cette formule « séminaire » a par exemple été essentiellement destinée aux personnes impliquées dans les bureaux de pôles et les projets. Cette formule semble plaire (questionnaire de satisfaction) mais ne touche encore que 120 personnes.

Pour faciliter les réunions de service, un document de synthèse de 12 pages et un document pédagogique diffusés à l'issue du séminaire doivent permettre à l'encadrement de transmettre l'information à ses équipes. Chacun peut adapter le contenu en fonction du niveau d'information et des attentes de ses équipes. Des membres de la direction peuvent intervenir dans les réunions de service si besoin.

Des réunions de la direction seront mises en place vers l'encadrement (réunion d'une 1/2 journée) et vers l'ensemble du personnel (réunions ouvertes à tous ceux qui le souhaitent d'une durée d'une heure au moment du déjeuner).

Des conférences de pôle, portées par les professionnels eux-mêmes, permettront des communications destinées à valoriser le travail mené sur le terrain et à susciter des échanges sur la mise en œuvre concrète des projets de pôles. Elles prennent la forme de réunions ouvertes à tous ceux qui le souhaitent d'une durée d'une heure au moment du déjeuner.

La communication écrite (*en violet dans la figure*) utilise différents médias. Diffusé avec le bulletin de salaire, le *journal interne* évolue vers une formule de 8 pages, 3 fois par an. L'*intranet* avec sa rubrique « en bref » alerte les lecteurs et les incite à lire. L'*Espace pôle*,

essentiellement aujourd'hui un espace de présentation, a pour vocation de devenir un espace d'échanges intra et inter pôles.

Notre analyse

À travers la restitution de cette dernière vague de résultats, notre intérêt reste identique. Il s'agit de répondre aux questions suivantes : Comment la construction du sens par les décideurs, le travail de conception du nouveau système de pilotage et les usages que les nouveaux acteurs des pôles lui réservent, ont-ils évolué ? Quels sont les liens entre ces évolutions ?

L'importance donnée au sens tout au long de cette étape 3, atteste de la volonté des décideurs de Parténia de placer le dialogue de pilotage au cœur du plan stratégique, dans lequel le SID prend une place prédominante. Concernant la sphère de la conception, nous constatons qu'en même temps, les nouvelles entités organisationnelles que représentent les pôles dans la nouvelle gouvernance, laissent entrevoir de nouvelles collaborations mais également des tensions organisationnelles. La question des usages quant à elle a été ré-abordée concrètement à travers la seconde expression des besoins du SID menée auprès des acteurs des bureaux de pôles. Aussi, les résultats obtenus permettent de s'interroger sur la nature de l'évolution des usages, sachant qu'entre-temps, l'objet technologique a lui-même évolué, puisque nous sommes passés d'un SID à usage limité à un SID collaboratif généralisé.

Une construction de sens, collaborative et communicationnelle

Pour la première fois dans l'histoire de Parténia, la Direction Générale avec l'ensemble des pôles de gouvernance, bâtit et publie une stratégie fondée, entre autre, sur la dimension communicationnelle, qu'elle considère comme un axe clef d'appropriation pour atteindre les objectifs de performance.

La communication repose sur l'organisation d'événements (réunions en face à face, séminaires) et sur l'usage du SID, notamment des tableaux de bord qui permettront d'apprécier les niveaux d'activité par pôle. À ce sujet, deux résultats relatifs au Nouveau Système de Pilotage sont à noter : la structure simplifiée du plan stratégique en vue de sa communication (résultat 1) et le lien quotidien avec le plan stratégique structurant le plan de classement des indicateurs (résultat 2).

Dès novembre 2006 avec l'accompagnement de l'OME (étape 2 précédente), le Secrétaire Général sollicite un directeur conseil de la société Keyrus pour l'aider à bâtir cette stratégie en cohérence avec celle souhaitée par le Directeur Général. Ce dispositif s'amplifie dans l'étape 3 avec une généralisation de cette construction de la stratégie en associant l'ensemble des responsables de pôles et des services. L'équipe Keyrus doit donc se renforcer (jusqu'à atteindre une dizaine de consultants) pour accompagner cette étape de collaborations, notamment dans le dispositif d'interviews.

Le Directeur Général s'investit considérablement dans le dispositif de synthèse progressive et de Vision Globale. Plus précisément, la vision affichée du DG est de positionner la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique, au service de la conduite du changement et de l'atteinte des objectifs opérationnels (résultat 5).

Pour sécuriser le plan Parténia-2012, 5 axes stratégiques sont mis en œuvre :

- Axe 1 : 3 volontés
- Axe 2 : Nouvelle Gouvernance
- Axe 3 : Projet Médical

- Axe 4 : Alignement des autres projets majeurs et supports sur le projet médical
- Axe 5 : Pilotage du Projet Parténia-2012
- Axe 6 : Accompagnement / Autonomie

Notre intérêt se porte particulièrement sur l'axe stratégique n° 3, à savoir le plan stratégique « assurant la compréhension du projet médical et l'adhésion des professionnels des pôles aux objectifs prioritaires de Parténia ». Cet axe stratégique repose essentiellement sur le domaine de l'information et de la Communication, où le SID prend une place toute particulière, d'apporteur de connaissance sur la réelle situation de l'hôpital, et où la communication se place, selon nous, comme un objet transversal et une dimension prédominant les autres. On voit bien les moyens importants mobilisés sur le volet de la communication, pendant la construction du plan stratégique et après, pendant sa mise en œuvre et son appropriation.

Le fait marquant concerne la nature des discours tenus par le DG et par le SG lors des séminaires. Particulièrement lors du lancement du projet où le teneur et le ton de leurs discours traduisent leur forte volonté à vouloir amorcer des changements. Lors de ces réunions, les deux décideurs de Parténia axent également leurs interventions sur l'importance que tout manager doit donner à la communication et à la démultiplication des informations stratégiques à son équipe.

L'intérêt est qu'ils incitent fortement le management à se saisir tour à tour de l'ensemble des outils mis à leurs dispositions pour mener à bien leur mission de démultiplication. Cette appropriation est essentiellement assurée par l'adhésion au projet des managers des pôles pendant la phase de préparation, et par leur participation pendant les séminaires.

Sur le fond, l'autre élément marquant est la mise en place des outils coopératifs d'aide à la décision avec l'organisation du dialogue de pilotage (résultat 3) et les fonctions facilitatrices au service du dialogue de pilotage (résultat 4). Cet élément témoigne de l'importance que revêt la sphère de construction de sens, exploitée dans un mode « collaboratif ». Ceci se traduit sur le plan technique par l'évolution du SID en le dotant de fonctions collaboratives (portail), alignées sur le plan stratégique (navigation, ergonomie des pages réservées aux pôles...). On retrouve ici la dualité ou l'équilibre entre les sphères de la conception et les usages, venant se compléter à la sphère du sens.

Un travail de design important mais en proie à de tensions organisationnelles

Pendant cette étape 3, un travail de réflexion et de création très riche a été mené tant du côté organisationnel avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, que du côté des outils stratégiques élaborés. La sphère de la conception a été mobilisée de façon continue pour concevoir les nouveaux éléments à partir d'une coopération mieux ancrée au sein de l'établissement.

Un travail de création très riche qui a demandé de gros efforts de coopération entre les nouvelles unités organisationnelles et de coordination de la part de la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique. En parallèle, la DSIH s'est donnée comme objectif par un projet de refonte, de mettre en ligne un SID tenant compte de ces nouveaux éléments, et en particulier de fournir les fonctions permettant l'usage collaboratif du système.

Deux faits sont à noter qui marque une évolution organisationnelle au sein de la sphère de la conception. À l'étape 2, l'évolution marquée par la création de l'OME implique que la responsable du Contrôle de Gestion d'un côté, et la responsable du DIM de l'autre, se retrouvent « obligés » à travailler ensemble et de collaborer davantage. Ceci laisse s'installer

des tensions organisationnelles entre leurs deux fortes personnalités malgré une apparente complémentarité des compétences qu'elles apportent au pilotage médico-économique. Pendant l'étape 3, le recrutement externe d'un directeur pour la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique, rompt le « statu quo » qui parfois s'établi au sein de l'OME en raison des tensions organisationnelles insolubles et laisse place à de nouvelles relations et coordinations. La configuration de nouvel organigramme fait apparaître ces deux évolutions. On constate que Directeur Opérationnel du Plan Stratégique se rapproche progressivement de la direction de la communication pour mettre en œuvre le plan de communication.

Par ailleurs, le projet de Nouvelle Gouvernance fait apparaître également des tensions entre les chefs de services, dans la création des pôles. D'une part, certains d'entre eux pensaient devenir responsable de pôles, d'autre part au sein de certains pôles, certaines stratégies médicales ne faisaient pas non plus consensus. Le recours à une société extérieure comme Keyrus, a permis de faire « dégonfler » certaines de ces tensions.

Enfin, les rapports de prescriptions entre les différents acteurs pris dans le processus de conception du nouveau système de pilotage évoluent progressivement, bien que l'OME reste le prescripteur initial et principal du SID. Dans cette phase, l'espace d'exploration et de recherche autour du SID collaboratif est riche. La coopération au sein des pôles est mieux ancrée, même si elle demande un effort constant de négociations et de relances de la part des concepteurs (cas des premiers pôles pilotes). Ceux-ci peuvent occasionner des tensions, car elles se répercutent sur l'utilisateur et son rapport à l'objet (le problème des tableaux de bord de gestion, jugés inutile par certains chefs de services par exemple). Au cours des entretiens que nous avons eu avec eux, nous avons réussi à décrire leurs projets de service et les indicateurs de pilotage associés à ces projets justement.

La question de l'évolution des usages du SID

En compléments des premiers usages du SID opérés essentiellement par le Contrôle de Gestion et le DIM (étape 1), on voit bien qu'avec le déploiement des pôles et l'apparition des nouvelles catégories d'utilisateurs, c'est-à-dire les membres des bureaux de pôles (responsable de pôle, praticiens, cadre administratif de santé), la question de faire évoluer les possibilités du SID pour un usage adapté par le pôle, allait se retrouver au centre des discussions avec la DSIH. Sa décision de refondre le SID première génération vers un SID évoluant vers le pôle, correspond à ce que l'on appelle généralement l'alignement du SI sur la stratégie. Cependant, nos résultats soulignent que ce projet de refonte n'est pas décorrélié dans le temps du plan stratégique, mais bien intégré au plan Parténia-2012 lui-même.

Au cours des entretiens avec les responsables de pôles et les chefs de services, l'usage et le positionnement de l'utilisateur clé vis-à-vis des outils de pilotage sont systématiquement abordés, les principaux profils d'individus devant consulter les tableaux de bord du SID sont examinés, notamment ceux qui accèderont à l'Espace réservé aux pôles dans le portail du Pilotage ; leurs besoins et leurs attentes sont consignés. Nous clarifions également les différentes dimensions du modèle d'Orlikowski, à savoir les propriétés structurelles, les actions situées et récurrentes que les utilisateurs réalisent et les modalités.

Nous distinguons d'abord l'ensemble des **propriétés structurelles** propres à l'Espace du Pôle qui constitue un outil administratif et informationnel disponible en ligne via l'intranet de Parténia destiné uniquement à l'usage des membres du pôle. Le niveau d'accès à l'information est déterminé en fonction du niveau hiérarchique (trois niveaux existent : responsable du pôle, chefs de service, cadre administratif), et de l'appartenance dans la structure (par exemple, si le responsable du pôle Neurosciences se connecte, il accède automatiquement aux pages de son pôle).

Nous notons ensuite la nature des **actions situées et récurrentes** que l'utilisateur va répéter à partir de son usage quotidien de l'outil technologique. Dans le cas de l'Espace du Pôle, les actions situées et récurrentes renvoient aux types de pratiques suivantes : le fait de naviguer sur des pages web ; le fait de lire sur écran des données et la possibilité d'extraire des tableaux de résultats sous forme de fichiers pdf ou Excel directement sur son ordinateur ; le fait de naviguer dans le portail de pilotage ou de se repérer dans l'Espace du Pôle. En comparaison avec les actions situées et récurrentes repérées concernant l'*enactment* des premiers outils du SID première génération, toutes les actions relatives à la manipulation du portail de pilotage sont nouvelles.

Enfin, les **modalités d'interaction** entre les pratiques et le structurel nous permettent de comprendre les actions situées et récurrentes des utilisateurs, en particulier à partir des moyens (ou ressources), des normes, et des schèmes d'interprétations (cf. Orlikowski).

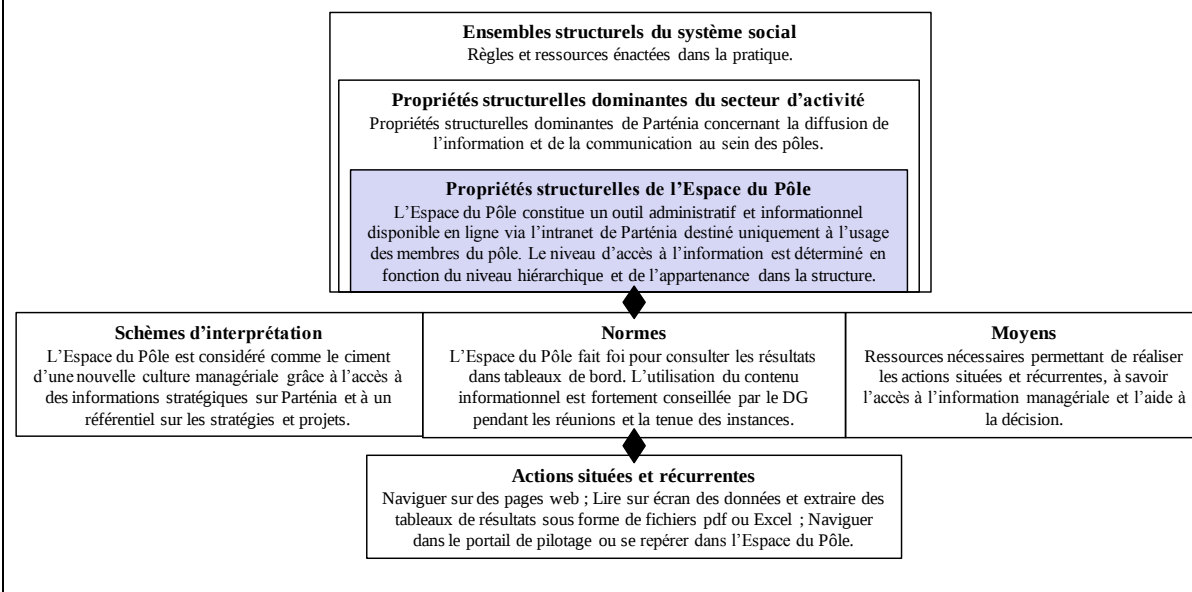
– **Les schèmes d'interprétation** énoncés à l'usage de l'Espace du Pôle sont les perceptions, les interprétations, les idées reçues que les managers du pôle ont de cet outil technologique. Plusieurs types d'interprétations sont possibles : soit l'Espace du Pôle est considéré comme le ciment d'une nouvelle culture managériale grâce à l'accès à des informations stratégiques sur Parténia et à un référentiel sur les stratégies et projets permettant de devenir un manager-leadership ; soit il est perçu comme la preuve tangible du changement de la fonction de chef de service vs. chef de pôle ; soit il est simplement considéré comme un outil de communication ou encore comme un instrument administratif sans réel intérêt pour le management.

– **Les normes énoncées à travers l'usage de l'Espace du Pôle** sont les procédures officielles ou considérées comme d'usage permettant d'avoir accès aux informations de référence du pôle. L'Espace du Pôle fait foi pour consulter les résultats dans tableaux de bord. L'utilisation du contenu informationnel est fortement conseillée par le DG pendant les réunions et la tenue des instances, évitant ainsi que chaque pôle arrive avec ses propres tableaux de bord. L'usage du socle décisionnel commun est ici primordial.

– **Les moyens** enfin, sont les ressources nécessaires permettant de réaliser les actions situées et récurrentes, à savoir l'accès à l'information managériale et l'aide à la décision.

La figure suivante résume les formes *d'enactment* élaborées avec la grille de lecture.

Figure 78 : L'enactment de l'Espace du Pôle par les Pôles de Parténia



Conclusion du chapitre 11 : Pour décider à l'hôpital sur la base d'un véritable système de pilotage stratégique.

L'objectif de ce chapitre 11 était de décrire le **Nouveau Système de Pilotage** de Parténia, ses caractéristiques et ses impacts sur l'organisation. Un nouveau dialogue s'instaure en effet entre tous les décideurs de l'hôpital à travers leurs contributions respectives à la définition du plan stratégique et à la mise en œuvre de celui-ci. Pour soutenir les responsabilités respectives de chacun dans l'hôpital, le « Nouveau Système de Pilotage » se décline sur plusieurs dimensions : la dimension organisationnelle avec la nouvelle gouvernance, la dimension stratégique avec le projet médical, la dimension communication avec le plan de communication, et la dimension technologique avec le SID comme support coopératif à la prise de décision.

Dans ce chapitre, l'objectif est aussi de démontrer que la mission d'accompagnement était essentielle pour l'hôpital, dans le **nouveau mode de fonctionnement** de ses nouvelles entités et de ses nouvelles instances. Nous exploitons les résultats de cette mission dans notre recherche, en analysant cette transformation à l'aide de la grille d'analyse que nous avons élaborée. La construction de sens, avec sa répercussion dans le SID, devient une dimension tout particulièrement importante pour préparer le plan stratégique de l'établissement, et nous voyons que cette dimension s'entremêle aussi avec les deux autres, c'est-à-dire la dimension des usages et la dimension de la conception. Les dispositifs d'aide à la décision s'enracinent bien dans les trois sphères, entre usages, conception et construction de sens. En fin d'étape 3, l'hôpital Parténia et ses structures de gouvernance, sont en ordre de marche pour faire face au défi de la performance.

DISCUSSION CONCLUSIVE

« Je continue à croire que ce monde n'a pas de sens supérieur. Mais je sais que quelque chose en lui a du sens et c'est l'homme, parce qu'il est le seul être à exiger d'en avoir. »

Albert Camus, L'Homme Révolté.

Au terme de la partie empirique, nous revenons maintenant sur quelques éléments de discussion. Nous repartons tout d'abord de notre modèle d'analyse pour en dégager ensuite les apports à une meilleure compréhension de l'appropriation du SID en milieu hospitalier. En guise de conclusion, nous revenons brièvement sur notre approche de l'appropriation, avant de synthétiser les deux pistes d'enrichissement théoriques que notre travail de recherche a soulevé. Les apports pratiques pouvant être appliqués sur le plan professionnel sont également abordés. Nous soulignons enfin certaines limites qui néanmoins ouvrent la voie à des prolongements et des recherches futures.

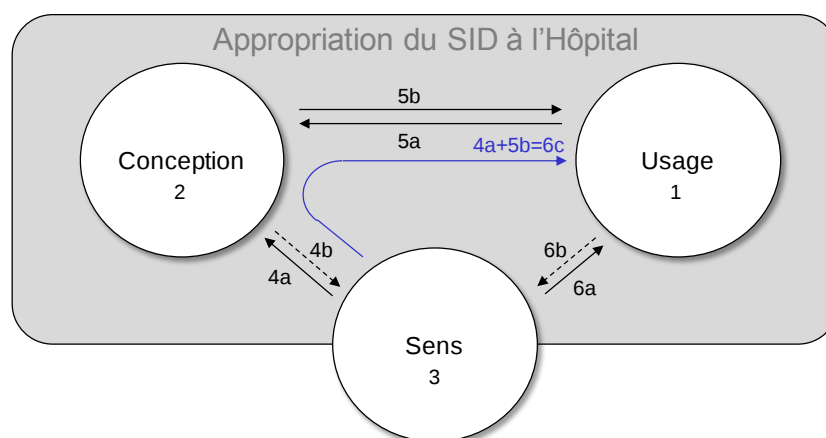
1. Relecture de notre modèle d'analyse et pistes de discussion

Dans cette première section, nous confrontons les résultats obtenus à partir de notre recherche expérimentale menée avec notre modèle d'analyse concernant l'appropriation du SID à l'Hôpital Parténia. Dans un premier temps, nous reprenons chacune de nos propositions théoriques et nous nous interrogeons sur leur statut. Dans une seconde sous-section, nous discutons à partir de nos apports théoriques sur la question, les pistes d'enrichissement de la compréhension que l'on peut avoir de l'appropriation du SID en milieu hospitalier.

1.1. Confirmation de nos propositions théoriques

Notre question de départ porte sur la compréhension de l'appropriation du SID en milieu hospitalier. La thèse, que nous défendons est celle d'analyser l'appropriation du SID à partir des relations du triptyque *Conception*, *Usage* et *Sens* (schéma ci-dessous). Ce modèle d'analyse comprend deux types de dynamiques : la dynamique propre à chaque sphère (propositions 1, 2 et 3) et les interactions entre chacune d'elles (proposition 4, 5 et 6).

Figure 79 : Le modèle proposé pour l'analyse de l'appropriation du SID à l'hôpital.



Nous avons formulé six propositions théoriques sur lesquelles nous proposons de revenir pour déterminer un statut de confirmation.

• **Proposition théorique n° 1 concernant la question de l'usage :**

1 : L'interaction entre l'utilisateur et le SID s'explique au regard de ses propriétés structurelles énoncées par cet acteur.

La proposition n° 1 est confirmée à partir des résultats des enquêtes menées auprès des utilisateurs à la fois en étape (1) et en étape (3).

En étape (1), l'expression de besoins menée auprès des membres du Contrôle de Gestion et du DIM en tant qu'utilisateurs premiers du SID laisse entrevoir l'existence de formes différenciées d'enactment de l'outil technologique. Ceci conduit au repérage des types d'acteurs-utilisateurs à ce stade du projet selon les typologies employées.

On a plutôt :

- des *légalistes* et la *direction*, selon la typologie d'Alter,
- des *utilitaristes* (ou instrumentalistes) selon les travaux d'Iribarne et Tchobanian ; Ils deviendront plus *réticent* (ou résistant) dans l'étape (2) pendant laquelle la création de l'OME entraîne des tensions organisationnelles,
- des *cultivés* selon des travaux des Structurationnistes,
- des *centrés tâche* selon les modèles d'appropriation individuelle de la TSA,
- une *situation d'archétype neutre (N)*, selon le modèle d'archétypes technologiques de De Vaujany.

Les propriétés structurelles composant ces premières formes d'*enactment* du SID (première génération : rapport détaillé, requête *ad hoc*) conduisent à faire un lien étroit entre la nature de l'activité professionnelle et le contexte organisationnel dans lequel l'acteur-utilisateur se situe et son usage de l'outil.

En étape (3), cette proposition théorique est de nouveau confirmée par le lien entre l'évolution des différentes propriétés structurelles énoncées par le management nouveau des pôles et l'évolution de l'usage de l'objet technologique (Espace du Pôle dans le portail de pilotage). On note cependant dans ce cas une évolution des types d'acteurs en présence.

On a plutôt :

- des *innovateurs* et la *direction*, selon la typologie d'Alter,
- des *innovateurs* et encore des *utilitaristes* selon les travaux d'Iribarne et Tchobanian,
- des *centrés Outil symbolique* ou *centrés Outil d'influence*, avant de passer sur des *centrés Outil de partage*, selon les modèles d'appropriation individuelle de la TSA,
- Un passage d'une *situation d'archétype perturbé (P)* à une *situation d'archétype régénéré (R)*, selon le modèle d'archétypes technologiques de De Vaujany.

• **Proposition théorique n° 2 concernant le monde de la conception :**

2 : Les rapports de prescription entre concepteurs et utilisateurs influencent le processus de conception du SID.

La proposition (2) est confirmée à travers l'exposé des résultats de l'étape (1) et de l'étape (2).

À l'étape (1), le prescripteur initial du SID est connu et identifié : c'est le CDSIH. Cependant, des tensions apparaissent en dehors du CDSIH, entre les différents concepteurs-prescripteurs en scène : entre le Contrôle de Gestion et le DIM d'une part ; entre la direction

et le DIM d'autre part car le Contrôle de Gestion est rattaché directement à la direction à ce moment-là ; et enfin entre le chef de projet SID de Parténia et les informaticiens du prestataire. Ces difficultés organisationnelles autour du SID amplifient les jeux d'acteurs et ralentissent l'élaboration des réelles prescriptions réciproques. L'impact direct sur le processus de conception est évident : il est freiné par cette grande difficulté à coopérer. En conséquence, les résultats de l'étape (1) montrent que les rapports de prescription relativement conflictuels à cette période entraînent une semi-paralysie du processus de conception du SID (manque de consensus sur les indicateurs, phase de recette très allongée, absence de réelle validation des livrables). Les problèmes les plus difficiles à gérer viennent surtout des rapports tendus entre le Contrôle de Gestion et le DIM. Les raisons sont les suivantes : les rapports de prescriptions entre Contrôle de Gestion et DIM sont avant tout basés sur l'expertise technique et dans ce domaine, chacun a un rôle bien établi : responsabilité sur les informations financières pour le contrôle de gestion, responsabilité sur les informations médicales pour le DIM. Déconnectés de l'expertise technique, les acteurs de ces deux entités peuvent néanmoins tous travailler sur les questions relatives à la stratégie de l'établissement. Ces difficultés à « travailler ensemble » pour préparer les décisions en mode collaboratif, conduisent à des rapports de prescriptions conflictuels et surtout contre-productifs.

À l'étape (2), le rééquilibrage des deux premières sphères (celles de la conception et des usages) par la sphère centrée sur la construction de sens, montre qu'une fois un prescripteur initial remplacé par l'OME avec des forts objectifs de gestion et de validation, les rapports de prescriptions entre les acteurs en scène se clarifient. Libéré des jeux d'acteurs, le processus de conception autour du SID se fonde sur le principe de négociation de sens permanente entre les différents concepteurs-prescripteurs. Lors de cette étape, le fait que la Direction Générale opère de multiples échanges et travaux de réflexion en vue de préparer le nouveau Projet Parténia-2012, conforte cette proposition théorique.

- **Proposition théorique n° 3 concernant la construction du sens :**

3 : La construction de sens opérée par les décideurs de l'hôpital à travers le SID est une façon d'exploiter en commun le projet stratégique de l'établissement, en cohérence avec une situation externe variable.

Cette proposition théorique est confirmée à travers les résultats des étapes 2 et 3.

À l'étape (2), la construction du sens s'enracine dans les outils décisionnels grâce à la création de l'OME. Nos résultats montrent comment cette nouvelle entité, spécialisée dans le pilotage médico-économique, contribue progressivement aux nouvelles réflexions au sein de la direction, et exerce un relais de connaissance et de communication auprès de la communauté médicale. Le lien entre l'évolution décidée par la Direction Générale de l'organisation par pôles et le recours aux outils décisionnels, est posé et des changements sont donc à opérer dans le SID. La prise en compte de ce contexte spécifique est perceptible dans la manière dont la Direction Générale instaure son projet global en y entremêlant complètement le volet SID.

Les résultats de l'étape (3) valident encore plus clairement cette proposition théorique car la construction de sens est affichée à la fois dans l'hôpital au travers du projet interne Parténia-2012 mais également lors des réunions extérieures avec l'ARH comme un levier important dans les obligations de performance imposées à Parténia. Il est important de souligner que la généralisation de la technologie de l'informatique décisionnelle intégrée au

portail du pilotage (l'Espace du Pôle) constitue pour les pôles une véritable instrumentation sur laquelle ils vont pouvoir compter pour participer au dialogue de pilotage.

- **Propositions théoriques n° 4 à partir des relations entre Sens et Conception**

Le couple de ces relations se décline en 2 propositions :

(4a) : La construction de Sens des décideurs de l'hôpital, sous-jacente au projet stratégique, a une forte influence sur les modes et les objectifs de conception assignés aux concepteurs du SID.

Les résultats des étapes (2) et (3) valident cette proposition théorique. L'OME, qui commence à développer une véritable construction de sens en étape (2), va fortement influencer les modes et les objectifs de conception en s'appuyant sur le chef de projet SID de la DSIH. Plus précisément, l'OME se sert de cet outil, développé à l'étape (1) comme support pour conseiller la Direction Générale dans sa volonté d'instaurer une nouvelle dynamique de management, et auprès des pôles dans la communication des résultats d'activité. Ce rôle de conseil de l'OME est également perceptible pendant l'étape (3) dans la tenue et le contenu des séminaires. De même, lors des premiers maquetages de l'Espace du Pôle du portail, les négociations entre les acteurs des pôles « pilotes » et les informaticiens (de la DSIH et du prestataire Keyrus) sont facilitées grâce à la participation directe de l'OME dans les débats.

(4b) : Les concepteurs du SID, en tant qu'experts, peuvent influencer le sens donné au projet stratégique, construit par les décideurs de l'hôpital, en fonction des possibilités dont ils disposent pour répondre aux objectifs assignés.

Cette proposition théorique est confirmée surtout à travers les actions de la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique. Grâce à ses compétences communicationnelles, elle parvient à placer les acteurs des pôles (responsable, praticiens, cadre de santé) au centre de la conception du SID en les faisant contribuer au maquetage des tableaux de bord. Suivant ce raisonnement, l'Espace du Pôle a pu être créé grâce aux compétences techniques de l'équipe informatique mais surtout grâce aux compétences métiers des pôles.

- **Propositions théoriques n° 5 à partir des relations entre Conception et Usage**

Nous retrouvons ici l'apport théorique défendu par la plupart des courants de recherche en SI, à savoir que la conception du SID centrée sur l'utilisateur et son usage permet de développer l'appropriation.

Il se décline en 2 propositions :

(5a) : Les concepteurs du SID intègre soit l'utilisateur lui-même soit ses attentes au processus de création afin d'offrir un SID mieux adapté et susceptible d'être plus facilement appropriable.

Dans notre cas d'étude, l'intégration de l'utilisateur s'est pleinement réalisée. Dans les étapes (1) et (2), les utilisateurs du Contrôle de Gestion et du DIM, déjà très familiers avec d'autres outils décisionnels deviennent rapidement autonomes et participent même de très près à la conception du SID (spécifications, création de tableaux de bord). Dans l'étape (3), les utilisateurs qui utiliseront le SID sont les personnes interviewées, à savoir les acteurs des pôles. Ils participent donc eux aussi à la conception du système de pilotage. Cette

proposition théorique est donc confirmée dans notre cas pratique pendant notre période d'étude.

(5b) : Les concepteurs vont faire évoluer le SID en fonction de leurs propres objectifs tout en cherchant la cohérence avec la construction de sens affichée des décideurs.

Cette proposition théorique est également confirmée. À partir de l'étape (2), les actions de l'OME auprès des pôles consistent en quelque sorte à leur transférer la culture et les objectifs de gestion que souhaite en même temps la Direction Générale. L'outil décisionnel s'aligne progressivement aux besoins des Pôles. Dans l'étape (3), les échanges que nous avons eus avec les Pôles attestent d'une forte articulation entre la vision stratégique qui progressivement s'affirme et le processus de conception de l'outil technologique qui se complexifie (s'élargissant aux pôles). La conception du nouveau système de pilotage vient supporter les orientations stratégiques de la Direction Générale, et en même temps il y a un alignement stratégique de la conception du SID sur une vision stratégique enfin définie collectivement. Les utilisateurs deviennent concepteurs et réciproquement. Ils font évoluer le SID en fonction de leurs « propres objectifs ».

- **Propositions théoriques n° 6 à partir des relations entre Sens et Usage**

L'originalité des relations entre *Sens et Usage* est de cumuler un effet direct (proposition 6a et 6b) et un effet indirect (proposition 6c).

(6a) : Le sens que donnent les décideurs au projet stratégique influence la façon dont ils vont s'approprier le SID proposé.

Cette proposition théorique est confirmée. Deux résultats ressortent de notre étude expérimentale.

D'abord, face à la reconfiguration managériale instaurée dans le projet global Parténia-2012, l'évolution des formes d'*enactment* est révélatrice d'un effet direct et positif de la construction collaborative du sens sur la perception de l'outil. Ce n'est plus un outil réservé au Contrôle de Gestion ni au DIM, mais bien à l'ensemble du management des pôles. Cela se traduit également sur son usage avec le passage d'un usage indifférent ou réticent dans certains cas à un usage utilitariste voire innovant de l'outil.

Ensuite et d'une façon générale, les résultats de l'enquête de satisfaction menée à l'issue des séminaires d'entreprise (étape 3) montrent clairement que les pôles ont été sensibles à la nouvelle dynamique de communication impulsée par la Direction Générale. Dans la stratégie de changement du Projet Parténia, le recours aux outils technologiques SID créés par la DSIH est conseillé avec force et conviction.

(6b) : L'analyse de l'usage global du SID par l'ensemble des acteurs contribue, en association avec d'autres facteurs, à renforcer le sens donné au projet stratégique de l'hôpital.

Cette proposition théorique est en partie confirmée par nos résultats. Dans le cas de Parténia, parce que les décideurs au niveau des pôles ont contribué collectivement à l'élaboration du plan stratégique, ils se forment en même temps en retour une bonne image des outils technologiques. Cependant, la réciproque n'a pas été complètement testée dans notre recherche expérimentale. En effet, le nouveau système de pilotage et sa déclinaison technologique par le SID ont été essentiellement prototypés avec quelques pôles cliniques, avant d'être généralisés. On peut quand même constater à ce stade préliminaire, que l'usage

du portail et en particulier de l'Espace des Pôles, traduit bien des grandes idées inscrites dans le plan stratégique de l'hôpital. On peut supposer par extension que l'usage du SID de façon plus large, renforcera sa légitimité (émulation managériale) et donc le sens donné à la stratégie sous-jacente. Il n'en serait rien si les outils décisionnels n'avaient pas été élaborés de façon synchronique et cohérente avec le plan stratégique.

La réciprocité entre conception descendante (Top-Down) et montante (Bottom-Up) du SID constitue un facteur favorisant l'adhésion au projet stratégique, le SID étant considéré comme un instrument de mesure de la performance indispensable au dialogue de pilotage.

(6c) : Le sens porté par les décideurs de l'hôpital dans le projet stratégique influence de façon indirecte les utilisateurs du SID via la conception.

Le sens porté par la direction au travers du projet stratégique influence de façon indirecte via la conception, plus précisément une certaine catégorie d'utilisateur : essentiellement le haut du management des pôles, impliqué le plus dans le dialogue de pilotage et dans la construction du sens stratégique. Pour les autres en revanche, c'est-à-dire le premier niveau de managers, ou pour le personnel soignant par exemple, l'effet indirect est faible. La raison est que la conception diffuse des outils utilisant un niveau d'information de plus bas niveau, plus opérationnel et moins stratégique. L'effet indirect de la construction de sens via la conception sur ces types d'utilisateurs n'est donc que partiellement vérifié par nos résultats.

Le tableau suivant récapitule le statut de nos propositions théoriques à l'issue de notre recherche.

Tableau 60 : Confirmation de nos propositions théoriques à l'issue de notre recherche

L'ensemble des propositions théoriques composant notre modèle d'analyse	Statut
1 : L'interaction entre l'utilisateur et le SID s'explique au regard de ses propriétés structurelles énoncées par cet acteur.	Confirmée
2 : Les rapports de prescription entre concepteurs et utilisateurs influencent le processus de conception du SID.	Confirmée
3 : La construction de sens opérée par les décideurs de l'hôpital à travers le SID est une façon d'exploiter en commun le projet stratégique de l'établissement, en cohérence avec une situation externe variable.	Confirmée
(4a) : La construction de Sens des décideurs de l'hôpital, sous-jacente au projet stratégique, a une forte influence sur les modes et les objectifs de conception assignés aux concepteurs du SID.	Confirmée
(4b) : Les concepteurs du SID, en tant qu'experts, peuvent influencer le sens donné au projet stratégique, construit par les décideurs de l'hôpital, en fonction des possibilités dont ils disposent pour répondre aux objectifs assignés.	Confirmée
(5a) : Les concepteurs du SID intègre soit l'utilisateur lui-même soit ses attentes au processus de création afin d'offrir un SID mieux adapté et susceptible d'être plus facilement appropriable.	Confirmée
(5b) : Les concepteurs vont faire évoluer le SID en fonction de leurs propres objectifs tout en cherchant la cohérence avec la construction de sens affichée des décideurs.	Confirmée
(6a) : Le sens que donnent les décideurs au projet stratégique influence la façon dont ils vont s'approprier le SID proposé.	Confirmée
(6b) : L'analyse de l'usage global du SID par l'ensemble des acteurs contribue, en association avec d'autres facteurs, à renforcer le sens donné au projet stratégique de l'hôpital.	Confirmée en partie
(6c) : Le sens porté par les décideurs de l'hôpital dans le projet stratégique influence de façon indirecte les utilisateurs du SID via la conception.	Confirmée en partie

Voyons maintenant les enseignements que nous pouvons tirer de la confrontation entre notre modèle d'analyse et nos résultats, et les répercussions *in fine* sur la question de l'appropriation du SID en milieu hospitalier.

1.2. Discussions autour de l'enrichissement de la compréhension de l'appropriation du SID en milieu hospitalier

La confrontation de nos résultats au modèle d'analyse conduit à établir un lien fort entre *Conception, Usage et Sens*. On note le poids important que prend la dimension du sens qui a un effet direct et indirect sur les deux autres dimensions.

D'une façon générale, notre travail permet d'enrichir la compréhension de l'appropriation du SID à l'hôpital en deux points. Le premier porte sur la nécessaire prise en compte du caractère organisé et hiérarchisé du processus d'appropriation du SID ; le second point de discussion concerne la compréhension de l'appropriation à partir de l'articulation de trois processus interconnectés (Conception, Usage et Sens).

Premier point : La nécessaire prise en compte du caractère organisé et hiérarchisé du processus d'appropriation du SID.

L'une des caractéristiques majeures d'un hôpital est d'être avant tout un milieu organisé, finalisé et triplement hiérarchisé (gouvernance par pôles avec une triarchie administrative, médicale et soignante) avec la présence d'acteurs-décideurs. À travers leurs décisions, ces derniers vont influencer le fonctionnement de l'hôpital et les conditions d'exercice des autres agents de l'hôpital. Le système d'information en tant que support au pilotage, les aide bien entendu à prendre collectivement des décisions éclairées, en vue d'améliorer la performance de l'hôpital. La conception d'un tel système de pilotage est donc au cœur de ces enjeux.

L'acteur-décideur par sa participation dans le projet d'élaboration de ce système global, contribue dans les différents volets qu'ils le composent, à savoir le volet organisationnel (projet nouvelle gouvernance), le volet stratégique (projet médical), le volet communicationnel (plan de communication), et le volet des technologies de l'information (projet SID). Aussi, par toutes ces dimensions contributives, il convient de ne pas minimiser son poids dans l'élaboration d'un projet global à caractère stratégique. La Direction Générale peut engager malgré tout, des projets à vocation limitée (le projet SID de l'étape 1 de Parténia par exemple) sans associer directement les acteurs-décideurs clés. Elle se rendra vite à l'évidence que la construction du sens ne s'opérera pas sans eux (constat de l'étape 2 et démarrage de l'étape 3). La Direction Générale peut aussi engager, non pas un projet global avec toutes les dimensions citées, mais seulement une démarche partielle, associant ou non, les acteurs-décideurs dans tel ou tel projet. Dans notre pratique professionnelle, on voit encore trop souvent des hôpitaux concevant leur projet médical de façon totalement déconnectée du contexte technologique des systèmes d'information qui existe par ailleurs. Inversement, on voit aussi encore des projets SIH, et en particulier des projets SID, complètement déconnectés du contexte stratégique précis de l'établissement, comme si *on concevait pour eux mais sans eux*. Cette étanchéité génère par conséquent, des conceptions non réalistes de solutions décisionnelles, sans liens directs avec les objectifs stratégiques et surtout dépourvues du sens commun. Elle entraîne également des usages mal définis et finalement détournés vers des pratiques qui ne devraient pas voir le jour (par exemple, certains utilisateurs vont quand même continuer à se créer leur propre tableau de bord par manque de confiance, au détriment d'utiliser la nouvelle solution commune).

Aussi, il nous semblait au début de notre recherche, que l'étude de l'appropriation du Système de Pilotage, n'était pas assez appréhendée comme un processus dépendant d'un milieu organisé et hiérarchisé, où la question de la prescription est déterminante. Nous avons donc tenté de prendre en compte ces caractéristiques à travers l'introduction de la dimension « construction du sens » dans le débat sur l'appropriation du SID (1^{er} apport théorique) et par la manipulation de la théorie de conception collective d'Hatchuel pour saisir le monde de la conception de ces outils coopératifs d'aide à la décision (2nd apport théorique).

• **L'introduction de la question du sens dans l'étude de l'appropriation du SID**

L'introduction de la question du *Sens* construit par les décideurs par des itérations multiples entre *Usage* et *Conception* montre un intérêt déterminant dans l'étude de l'appropriation du SID. D'un point de vue pratique, l'articulation entre usage et conception semble s'accompagner en effet de difficultés, comme le maintien de l'engagement de l'utilisateur dans le temps, ou la sélection des individus à impliquer. Sur le plan théorique, plusieurs courants de recherche proposent depuis longtemps des approches permettant de comprendre cette dynamique d'appropriation au travers des liens entre l'utilisateur et le concepteur.

Les travaux de la théorie de la conception collective d'Hatchuel et la perspective structurationniste d'Orlikowski, énoncent clairement les avantages de la participation de l'utilisateur au processus de conception.

Nous avons repéré essentiellement trois raisons :

- La première réside dans l'intégration de l'utilisateur dans le processus de conception, soit comme un concepteur parmi d'autres, porteur de « prescriptions », soit comme invité à tester les propositions, soit les deux cas en même temps.
- En second lieu, pour l'idée d'une conception permanente de la solution technologique qui se définirait à partir des efforts constants de re-conception dans une logique constante d'amélioration des appropriations.
- Le troisième avantage réside dans la prise en compte du caractère finalisé et hiérarchisé de l'hôpital, à partir des négociations et ajustements autour des rapports de prescription entre acteurs-décideurs.

C'est ce dernier élément propre à l'étude de la dynamique d'appropriation qui nous a laissé entrevoir, selon nous, la nécessité d'ajouter une troisième dimension d'analyse aux deux premières : le sens construit, donné et partagé par les décideurs, au service d'une vision stratégique de l'établissement. L'acteur-décideur hospitalier devient alors constructeur de sens, concepteur de solutions et utilisateur, dans un processus coopératif d'aide à la décision. Il exige que les indicateurs et les tableaux de bord pour leur système coopératif d'aide à la décision, soient placés au cœur de l'élaboration de la stratégie de l'établissement. Elle apporte un élément explicatif supplémentaire au phénomène d'appropriation du SID.

L'intégration du concept de sens nous paraît enfin nécessaire à cette meilleure compréhension du phénomène d'appropriation, car elle apporte des réponses aux trois grandes séries de questions que nous avons soulevées.

La première question portait sur la définition même du sens et du pourquoi le sens ? Quel sens est donné à la stratégie de l'établissement au travers du système d'information décisionnel ?

La construction de sens introduite dans le projet Parténia fait disparaître totalement le décalage qu'il existe habituellement entre le projet d'établissement, conçu souvent indépendamment du système d'information, et le système de pilotage qui est mis au service du décideur hospitalier. C'était bien sans doute le cas dans les périodes précédentes à ce

nouveau projet. On pourrait même supposer que l'étape (1) est en réalité une énième étape d'alignement du système d'information sur la stratégie de l'établissement définie préalablement. Mais la Direction Générale sentant l'impasse, envisage alors d'introduire la conceptualisation du sens à l'étape (2), comme dynamique dans la réalisation du projet stratégique, et comme facteur favorisant l'appropriation du système d'information décisionnel pour ainsi nouer un vrai dialogue de pilotage entre les acteurs de cette stratégie.

La seconde question s'attachait à comprendre les relations entre le sens donné à la stratégie au travers du SID et son appropriation en milieu hospitalier : comment relier le sens stratégique inscrit dans le SID à un niveau macro (pilotage stratégique) et la dynamique d'appropriation de ce SID à un niveau micro (pilotage opérationnel) ?

Nous avons vu que le sens porté par la direction au travers du projet stratégique influence de façon indirecte via la conception du système de pilotage, plutôt le haut du management des pôles, impliqué davantage dans le dialogue de pilotage et dans la construction du sens stratégique. Pour le pilotage opérationnel, nos résultats sont partiellement vérifiés (proposition 6c) car l'effet indirect de la construction de sens via la conception est faible sur certains types d'utilisateurs comme le premier niveau de managers ou pour le personnel soignant par exemple. La raison est que les outils élaborés et diffusés utilisent un niveau plus bas d'information, plus opérationnel et moins stratégique.

La troisième question concernait l'articulation théorique entre les trois dimensions d'analyse proposées – *Conception*, *Usage* et *Sens* – pour appréhender la dynamique d'appropriation du SID. Nous apportons la réponse dans le second élément de discussion portant sur le fait de considérer l'appropriation du SID comme le point de rencontre entre les trois processus *interconnectés*.

• La mobilisation de la théorie de la conception collective

Dans l'élaboration de notre grille d'analyse, le premier modèle que nous avons mobilisé a été celui préconisé par Orlikowski sur la dimension « Usage ». À travers le concept d'*enactment*, il nous a permis de comprendre l'usage réel du SID à partir de la construction récursive des acteurs dans leur interaction avec l'outil. Néanmoins, nous avons souligné les limites de cette approche : l'usage est appréhendé à un temps (t) et du coup, la dimension processuelle inhérente à l'appropriation n'est pas prise en compte.

Certains auteurs ont mobilisé par la suite d'autres dimensions d'analyse pour comprendre le phénomène d'appropriation des TIC en général, en les considérant comme outil de gestion informatisé : on trouve d'une part Carton, De Vaujany, Perez, Romeyer⁵²⁵, mais également Dechamp, Romeyer⁵²⁶. Ces auteurs proposaient alors de réintroduire la dimension technique dans le débat à travers la prise en compte d'une perspective « rationnelle » de l'appropriation.

En d'autres termes, tout en continuant à se focaliser sur l'usage du SID, il serait nécessaire de s'interroger simultanément sur la façon dont la technologie a été créée et continue d'être améliorée à travers les interactions entre utilisation et conception. Ce dernier point a été une des raisons de la nécessité de réintroduire la conception dans les réflexions concernant l'appropriation du SID. Il est illustré sur le plan pratique par la mise en place dans certains

⁵²⁵ CARTON S., DE VAUJANY FX., PEREZ M., ROMEYER C. (2006), "Vers une théorie de l'appropriation des outils de gestion informatisés : une approche une approche intégrative", *Revue Management et Avenir*, juin, n°9

⁵²⁶ DECHAMPS G., ROMEYER C (2006), "Trajectoires d'appropriation des principes de la nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins", 15ème conférence internationale du management stratégique, Annecy-Genève, 13-16 juin. 22 p.

hôpitaux de « comité de suivi et d'évolution » du SID (cas du CHU de Grenoble ayant été visité par l'hôpital Parténia dans notre étude). L'articulation entre usage et conception nous a fait mieux comprendre l'appropriation, en nous faisant rentrer dans l'univers des concepteurs et nous interroger sur les mécanismes propres du processus de création.

Pour revenir sur le cas de Parténia, une distance organisationnelle importante préexistait avant le début du projet global entre les concepteurs et les chefs de services qui allaient devenir les nouveaux utilisateurs du système de pilotage. L'idée d'intégrer ces utilisateurs au processus de conception a été très certainement facilitée en lançant une démarche globale, les associant en tant que nouveaux acteurs-décideurs des pôles dans le cadre du projet stratégique. Cette idée sur l'engagement des utilisateurs est fortement conseillée dans les travaux menés en Système d'information dans le courant du « *User Involvement* » occupé par Nielsen⁵²⁷, Damodaran⁵²⁸, Cherry et Macredie⁵²⁹, Blackburn et al.⁵³⁰, Lin et Shao⁵³¹, Kujala⁵³², Batenburg et Koopman⁵³³.

Après avoir développé le premier socle décisionnel à l'étape (1), les activités des concepteurs répondaient alors davantage à un processus d'affinement de l'outil dépendant des objectifs des décideurs, des concepteurs et des utilisateurs. Le cas de Parténia a montré que finalement les attentes des utilisateurs, quel que soit leur type, leur rôle ou leur position dans l'organigramme, ont été prises en compte.

Ces raisons nous ont également poussés à privilégier l'utilisation de la théorie de la conception collective proposée par Hatchuel^{534,535} car il nous semblait que l'usage de cette théorie basée sur les « rapports de prescriptions réciproques » nous permettrait de montrer justement que ces rapports de prescription entre concepteurs et utilisateurs influençaient le processus de conception du SID (proposition théorique 2 confirmée). La désignation du prescripteur initial, détenteur d'objectifs de gestion et de validation, a été déterminante sur le processus de création, et a d'ailleurs évolué au cours du projet : le CDSIH à l'étape (1), l'OME à l'étape (2), et le Pôle à l'étape (3).

En s'interrogeant sur ces questions de prescription, cette grille de lecture a également mis en exergue la mise en cohérence entre les objectifs stratégiques du décideur, jouant lui-même en partie le rôle de concepteur, et l'outil technologique (à savoir l'Espace du Pôle dans le portail du pilotage comme nouveau moyen officiel de démultiplier la stratégie). Dans le cas de Parténia, l'intégration de l'utilisateur – c'est-à-dire l'acteur-décideur – dans le processus de conception a bien été possible (proposition théorique 5a confirmée). Néanmoins, le fait que l'acteur-décideur puisse dans le cas du SID, jouer en même temps les rôles de concepteur (partiellement), d'utilisateur et de prescripteur de sens, entraîne une sorte de

⁵²⁷ NIELSEN J. (1993), *Usability engineering*. Boston: AP Professional.

⁵²⁸ DAMODARAN L. (1996), "User involvement in the systems desing process: A practical guide for users", *Behavior and Information Technology*, 15(6), 363-377.

⁵²⁹ CHERRY C., MACREDIE R. D. (1999), "The importance of Context in Information System Design: An Assesment of Participatory Design", *Requirements Engineering*, 4(2), 103-114.

⁵³⁰ BLACKBURN J., SCUDDER G., VAN WASSENHOVE L. N. (2000), *Concurrent Software Development. Communications of the ACM*, 43(11), 200-214.

⁵³¹ LIN W.T., SHAO B.B. (2000), "The relationship between user participation and system success: a simultaneous contingency approach", *Information & Management*, Vol. 37, No. 6, pp.283-295.

⁵³² KUJALA S. (2003), "User Involvement: a review of the benefits and challenges", *Behaviour and Information Technology*, Vol. 22(1), pp.1-16.

⁵³³ BATENBURG R., KOOPMAN G. (2009), "Searching the conditional benefits of early user involvement: the case of employee self-service applications in Dutch public organizations", *International Journal Business Information Systems*.

⁵³⁴ Op. Cit. (1994).

⁵³⁵ Op. Cit. (1996).

confusion dans l'utilisation de nos propositions théoriques. Leur révision permettrait certainement de simplifier notre cadre d'analyse.

Second point : L'articulation de trois processus interconnectés.

Le second élément de discussion porte sur la thèse que nous défendons, c'est-à-dire sur le fait de considérer l'appropriation du SID comme le point de rencontre entre trois processus basés sur la *Conception*, l'*Usage* et le *Sens*.

Cette position nous a poussés à combiner trois composantes théoriques pour analyser l'appropriation, à savoir la perspective structurationniste d'Orlikowski pour appréhender l'usage (sphère de l'usage), la théorie de la conception collective d'Hatchuel pour la dynamique de création (sphère de la conception), et la modélisation de Garreau pour la construction de sens (sphère du sens). La prise en compte de la dynamique interne de chacune de ces trois dimensions et des relations d'interaction entre elles, nous conduit à mieux comprendre l'appropriation du SID.

Dans notre étude de cas chez Parténia, on a pu constater qu'on ne pouvait pas définir l'appropriation du SID seulement à partir du processus par lequel l'acteur allait le rendre propre à son usage quotidien. À l'étape (1), cette première définition était bien présente, mais dès l'étape (2), la confirmation de la plupart de nos propositions théoriques nous a poussés à considérer que « *le processus par lequel l'acteur va rendre le SID propre à son usage* » est en totale interaction avec deux autres éléments processuels : le processus de conception du SID qui renvoie aux activités des concepteurs autour de la prescription, et la construction du sens que les acteurs-décideurs de l'organisation associent à l'objet technologique dans leur stratégie de transformation.

2. Conclusion générale

Au terme de cette recherche, cette conclusion générale nous invite à revenir sur notre engagement épistémologique présenté en préambule de ce travail, mais également sur l'approche de l'appropriation des dispositifs d'aide à la décision que nous avons développée dans cette thèse. Nous formulons notamment des pistes d'enrichissement théorique et les apports empiriques que ce travail fait émerger. Nous terminerons par les limites et les perspectives permettant d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche.

2.1. Retour sur notre questionnement épistémologique

Dans la recherche en sciences de gestion, la valeur des connaissances peut être traditionnellement appréciée d'au moins deux points de vue : l'épistémique, qui concerne leur valeur pour le développement de la connaissance générale en sciences de gestion ; et le pragmatisme, qui s'intéresse à leur valeur pour la pratique gestionnaire⁵³⁶. Pour autant, nous précisons en quoi les idées développées dans la philosophie pragmatiste peuvent néanmoins apporter des éclairages nouveaux en sciences de gestion.

⁵³⁶ GAVARD-PERRET M.-L., GOTTELAND D., HAON C., JOLIBERT A. (2008), *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Pearson, 1e édition.

• L'apport épistémique

Le travail épistémique est le travail qu'accomplit le chercheur en vue de légitimer les savoirs qu'il élabore. Le travail épistémique s'effectue par critique épistémologique interne, c'est-à-dire par « *critique rétroactive des concepts, méthodes ou principes utilisés jusque-là de manière à déterminer leur valeur épistémologique elle-même* »⁵³⁷.

La question de comment établir la *légitimation*⁵³⁸ du corpus théorique choisi doit être abordée pour exprimer la valeur des savoirs élaborés. Le respect de notre projet de connaissance nous conduit ainsi à un retour sur la posture épistémologique que nous avons adoptée pour notre recherche, le paradigme *interprétativiste*.

Selon Perret et Séville⁵³⁹ entre l'interprétativisme et le constructivisme, il y a certes des caractéristiques communes telles que la réalité et le monde social, qui se font par les interactions entre les acteurs à un moment donné. Les chercheurs détiennent alors une dépendance avec l'objet. Mais pour les chercheurs interprétativistes, la réalité est apprise à travers des interprétations que les acteurs en donnent, en fonction notamment des intentions, des motivations, des attentes et des croyances des acteurs. Dans ce contexte, le chemin de la connaissance se fait alors par la compréhension du sens que les acteurs donnent à leur réalité sociale construite, et du contexte de cette construction qui donne un sens à leurs comportements.

D'après Perret et Séville encore, les critères de validité des connaissances qui régissent ce paradigme sont le critère idéographique et le critère d'empathie du chercheur. Le critère idéographique souligne que les phénomènes sont étudiés en situation, en conséquence la connaissance produite comprend une description détaillée du phénomène étudié et ses aspects historiques et contextuels. Le critère d'empathie est l'habilité que peut développer le chercheur pour capter et percevoir le rôle d'autrui.

• L'apport pragmatiste

Le pragmatisme peut permettre, à défaut d'élaborer des critères de validité précis et opérationnels, d'affiner la réflexion sur la validation des connaissances dans un cadre plus relativiste et d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche en la matière.

Nous soulignerons d'abord la possibilité de hiérarchiser et cumuler les connaissances produites grâce à une conception de la vérité basée sur le principe fédérateur d'*adéquation* que Le Moigne définit de la manière suivante : « *L'invention ou l'élaboration par toute forme de raisonnement (descriptible a posteriori) d'une action (ou plus correctement une stratégie d'action) proposant une correspondance adéquate ou convenable entre une situation perçue et projet conçu par le système au comportement duquel on s'intéresse* »⁵⁴⁰.

Perret et Séville⁵⁴¹ indiquent qu'en proposant une conception de la connaissance finalisée dans laquelle la tâche du chercheur est plutôt de faire, que de trouver, en concevant comme moteur du progrès scientifique l'espoir d'améliorer les choses, les pragmatistes conduisent

⁵³⁷ PIAGET J. (1967), *Logique et connaissance scientifique*, Gallimard, Paris.

⁵³⁸ Le terme de *légitimation* est préféré dans les paradigmes épistémologiques non positivistes, au terme de *validation* plus employé dans les paradigmes épistémologiques positivistes.

⁵³⁹ Op. Cit. p19.

⁵⁴⁰ LE MOIGNE J.L. (1990), "Épistémologies constructivistes et sciences de l'organisation", in MARTINET (Ed), *Épistémologies et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, p. 81-140.

⁵⁴¹ Op. Cit. p18.

le chercheur à s'interroger autrement. Le travail de recherche ne s'évalue plus au regard de la seule interrogation méthodologique (cette connaissance est-elle fiable et crédible ?), mais également sous l'angle d'une interrogation normative (cette connaissance est-elle utile ? Répond-elle aux problèmes, aux besoins ?).

Elles ajoutent : Orienter les travaux sur les organisations vers ces questions suppose d'abandonner la production de recherches purement théoriques et abstraites. Ces questionnements deviennent une voie pour mieux relier les travaux des chercheurs avec les besoins de ceux qui sont engagés dans la pratique, dans un contexte socio-politique donné⁵⁴². C'est une problématique essentielle en science de gestion, définie comme une science de/pour l'action⁵⁴³. C'est dans ce cadre qu'il faut entendre les remarques méthodologiques de Dewey qui insiste sur la nécessité d'un ancrage des problèmes de recherche dans des situations indéterminées afin que ces problèmes trouvent une solution adéquate. Si la validité de la connaissance dépend de son ancrage dans une situation spécifique, dans son contexte biologique et culturel comme le suggère Dewey, il faut s'interroger sur la transférabilité d'outils de gestion dont la formalisation conduit à imposer un raisonnement général à une situation qui est toujours spécifique. Le type de solution proposé à travers ces outils n'a-t-il pas dans ce cadre de fortes chances d'être condamné à être systématiquement inadéquat car constituant une solution qui n'émerge pas d'un problème contextualisé ? De ces interrogations dépend la validité de la connaissance.

La contextualisation et la dimension normative de la connaissance soulèvent évidemment des interrogations : Une connaissance valide se réduit-elle à une connaissance « qui marche » ? La recherche en sciences de gestion prendrait alors le risque de se contenter de fournir des outils « qui marchent », et d'être cantonnée à un ensemble de pratiques sans projet de connaissance véritable.

Il ne s'agit pas de dire qu'une connaissance est valide car elle utilise une bonne méthode mais de dire que la connaissance est valide car elle est utile. Cela suggère également que l'on ne puisse avoir une vision binaire de la connaissance (dire qu'elle est valide ou non valide) mais plutôt une démarche incrémentale dans la validation de la connaissance, en tenant compte du contexte et de son évolution : une connaissance est valide dans un contexte donné et pour un problème précis.

Enfin, le travail effectué par les pragmatistes autour du critère d'utilité met en évidence une autre finalité, celle d'intégrer dans la démarche du chercheur en gestion le questionnement éthique. Le chercheur est ainsi invité à briser la distinction entre le fait de connaître les choses et le fait de s'en servir en mettant l'éthique au centre de notre action.

2.2. Retour sur notre approche de l'appropriation du SID

Notre problématique de thèse consistait donc ainsi à comprendre les mécanismes qui expliqueraient l'appropriation du SID en milieu organisé et hiérarchisé tel que l'hôpital, à partir des relations articulées entre conception, usage et sens.

⁵⁴² HAMBRICK D. (1994), "1993 Presidential Address: What if The Academy Actually Mattered ?", *Academy of Management Review*, 20, p.404-437.

⁵⁴³ MARTINET A.C. (1990), "Grandes questions épistémologiques et sciences de gestion", in MARTINET (Ed). *Épistémologies et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, p. 9-30

Cette approche nous a conduits à bâtir un modèle d'analyse articulant trois composantes théoriques :

- la grille d'analyse proposée par Orlikowski, pour saisir les formes d'*enactment* de l'utilisateur et comprendre l'usage pris dans son contexte.
- la grille modélisée à partir de la théorie de la conception d'Hatchuel, permettant d'analyser les activités de conception et les « rapports de prescription » caractérisant l'hôpital en milieu organisé et hiérarchisé.
- la grille d'analyse offerte par Garreau, pour comprendre les pratiques de la construction du sens commun. Cette dimension, ajoutée au couple « usage-conception », nous a semblé indispensable pour considérer le « décideur » comme un acteur clef du SID.

L'ajout de cette dimension d'analyse est un enrichissement en soi, puisque l'appropriation d'un tel système était plutôt jusque-là abordée à partir du couple « usage – conception ».

Cette approche tridimensionnelle conduit à confirmer, sur un plan théorique, que les courants conceptuels mobilisés traitant de l'appropriation du SID sont à appréhender de manière complémentaire voire intégrée et non de manière alternative ou fragmentée.

2.3. Les pistes d'enrichissement théorique et les apports empiriques

L'introduction du sens stratégique des décideurs et la mobilisation de la théorie de conception collective nous poussent donc à considérer le processus d'appropriation du SID à l'hôpital comme dépendant du caractère organisé et hiérarchisé du contexte hospitalier.

D'autre part, le lien entre les trois dimensions d'analyse nous permet d'enrichir notre compréhension de l'appropriation du SID à l'hôpital. Le processus par lequel l'acteur-décideur va rendre le SID propre à son usage quotidien, s'articule en effet avec deux autres éléments processuels : le processus de conception du SID qui renvoie aux activités des concepteurs, et la construction du sens que les décideurs de l'hôpital, placent dans l'outil décisionnel en cohérence avec leur stratégie de transformation.

Les résultats obtenus dans le cas Parténia confortent ces deux apports théoriques.

En parallèle de ces apports théoriques, notre longue présence sur le terrain en qualité de directeur de mission dans l'accompagnement de Parténia, améliore notre pratique professionnelle en lui apportant un niveau de questionnement et de prise de recul. Cette distanciation en profondeur peut être mise au service désormais d'autres projets opérationnels et augmente la dimension conseil de nos futures interventions. En particulier de faciliter les échanges avec les acteurs-décideurs et d'enrichir les pratiques.

La posture que nous avons adoptée, c'est-à-dire celle basée sur des allers-retours permanents entre les rôles de chercheur et de consultant, montre un réel avantage en termes d'enrichissement mutuel entre la théorie et la pratique, c'est-à-dire une position d'intermédiaire entre le monde de la Recherche et le monde de l'Entreprise.

- Le rôle de consultant suscite en effet l'interrogation puis nous positionne dans l'accompagnement du recadrage de la réflexion du ou des commanditaires de la mission ; il travaille sur les enjeux perçus ou non perçus par ceux-ci et en accompagne la mise en œuvre ;

– Le rôle de chercheur alimente la réflexion, les questionnements ; il apporte un recul sur les outils d'analyse et de réponse disponibles sur le marché et met en perspective les enjeux. Il s'inscrit à la fois dans l'histoire et l'actualité ; il évite la « course au temps » et, par son travail d'analyse et de propositions, alimente la part de consultant en informations et données nouvelles.

Ce double apport à haute valeur ajoutée par cette complémentarité entre les deux rôles, est véritablement constaté en termes de conseil et d'innovation auprès des commanditaires d'expertise. Ces derniers, qu'ils soient publics ou privés, trouvent d'ailleurs que cette approche apportent une réelle valeur ajoutée aux prestations. L'adoption de cette attitude est donc systématiquement questionnée à chaque nouvelle prestation de conseil.

À noter qu'il n'a pas été possible dans notre étude cas, de transférer à Parténia les bénéfices directs de notre travail de recherche, même si cette dernière a démarré avec la mission. En effet, nous avons opté pour une posture d'observateur participant, et prévu de revisiter la mission *a posteriori* en fin de mission. Notre statut de chercheur « masqué » n'ayant pas pu être communiqué ouvertement et de façon transparente à Parténia, nous avons été contraints de considérer le cas de Parténia comme matériau secondaire de notre recherche. Néanmoins, même si aucun de nos résultats n'a été communiqué officiellement à Parténia, il n'en demeure pas moins que nous avons tiré avantage de nos résultats intermédiaires et répercuté indirectement les effets au cas de Parténia. Nous avons en quelque sorte « influencé » le cours du projet. Pas exemple, l'ajout de la construction de sens comme troisième dimension dans notre grille d'analyse, a été corroboré par la mise en place de l'OME à l'étape (2) et généralisée dans l'étape (3).

D'un point de vue managérial, nos résultats indiquent que l'amélioration de la performance exige la mise en place de mécanismes décisionnels qui facilitent l'implication d'un grand nombre d'acteurs, les administratifs, les cadres soignants et la communauté médicale. La participation des parties prenantes devient essentielle dans le système managérial pour pouvoir maximiser la performance. Un hôpital qui intègre aussi les objectifs individuels dans sa stratégie globale de développement verra de moins en moins ces derniers se comporter en passagers clandestins. En outre le fait de trouver une relation positive entre la qualité du dialogue et la performance de l'hôpital, constitue un résultat qui devrait encourager les directeurs hospitaliers à renforcer leur dispositif coopératif de pilotage. L'adoption d'un leadership de type démocratique doit permettre d'améliorer la performance hospitalière.

Un certain nombre de bénéfices de nature prescriptive sont également apportés par notre travail. En particulier, **dans la définition des pré-requis pour de nouvelles mises en œuvre de ces dispositifs**. Nous en formulons trois : (1) la sphère du sens suppose **l'existence d'un projet stratégique explicité dans l'établissement** ; (2) la sphère de la conception montre qu'il est indispensable de **prévoir des espaces pour faire vivre les prescriptions réciproques** ; et (3) la sphère des usages du SID renseigne que ce dernier, en tant que technologie, peut **changer la manière de faire en favorisant la coopération**.

Dans la construction et le maintien du processus de pilotage, le directeur de l'hôpital a un rôle très important à jouer. Il a la mission d'encourager la coopération entre les pôles et au sein des pôles via les responsables de pôles, de motiver la participation des individus dans le processus de décision, et de stimuler leur engagement vers les objectifs communs. S'il ne peut pas motiver les membres des pôles, alors il devient incapable d'assumer son rôle de pilotage. En conséquence, le chemin pour créer et maintenir les relations de coopération est

le développement des dispositifs de prescriptions réciproques pour conduire des comportements dirigés vers la coopération au sein des pôles. La direction doit encourager la coopération et surtout de la maintenir dans un contexte collectif évolutif.

Toutefois, la volonté des individus à interagir est déterminée par les relations de réciprocité de type donnant-donnant (cette volonté est présente régulièrement dans la coopération informelle). Pour Tyler⁵⁴⁴, la bonne volonté des membres à matérialiser des comportements d'aide au groupe est plus ouverte dans les actions informelles et spontanées. Il existe deux types de comportements qui affectent les relations de coopération : d'une part, les comportements souhaités pour faire volontairement un travail en commun (par exemple : la participation, l'intérêt au travail, etc.) et d'autre part, des comportements non-souhaités qui sont nuisibles à la coopération (par exemple : l'absentéisme, la résistance au changement, etc.). Au travers de la motivation, les individus participent aux relations de coopération avec des comportements souhaités coopératifs. De même, au travers des perceptions de l'extérieur, les individus déterminent si la coopération est une décision correcte, en s'abstenant des comportements non-souhaités, ce qui fait appel aux valeurs éthiques. La construction de la coopération dans la décision devient alors un résultat collectif.

Pour Friedberg⁵⁴⁵, la construction de la coopération n'est pas identique d'une organisation à l'autre, d'un contexte d'action à un autre, car elle dépend des caractéristiques techniques, économiques, sociales et culturelles des situations. De plus, on a vu que la coopération est un processus où les relations d'interdépendance entre les individus et les groupes s'inscrivent dans une dynamique. Dans ce contexte, le temps est un facteur important, car une situation de coopération n'est pas stable dans le temps, c'est un processus dynamique qui se construit.

En conséquence, la coopération peut être maintenue dans le temps, si tous les individus ou parties qui interviennent continuent à maintenir leurs apports. Ring et Van de Ven⁵⁴⁶ proposent une définition de la coopération plus dynamique en prenant en compte la volonté des individus pour initier et continuer des relations coopératives. Henriot⁵⁴⁷ considère que ce processus s'inscrit dans une « dynamique coopérative » qui se traduit par une activité dans laquelle les partenaires sont *coresponsables* de la dynamique collective qu'ils entretiennent, dans un contexte de construction, de déconstruction et de reconstruction collective. Cette définition met en évidence un autre élément important dans les processus coopératifs : la responsabilité mutuelle dans les relations de coopération. A ce sujet, Hatchuel⁵⁴⁸ souligne que les processus de coopération peuvent être « *l'expression de solidarités au sein de collectifs spécifiques* ».

⁵⁴⁴ TYLER T.R. (2002), "Leadership and Cooperation in Groups", *The American Behavioral Scientist*, Vol. 45, No. 5, pp. 769-782.

⁵⁴⁵ FRIEDBERG E. (1997), *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Paris: Éditions du Seuil, p.20.

⁵⁴⁶ RING P.S., VAN DE VEN A. (1994), "Developmental processus of cooperative inter-organizational relationships", *Academy of Management Review*, Vol. 19, pp. 90-118. p. 96.

⁵⁴⁷ HENRIOT J. (2005), *Génération et gestion d'une dynamique coopérative entre intervenants chercheurs et acteurs praticiens. Cas d'expérimentation en sciences de gestion*, Thèse en Sciences de Gestion, IAE Lyon, 354 p., pp. 118,120.

⁵⁴⁸ HATCHUEL A. (2002), "Coopération et conception collective. Variété et crises des rapports de prescription" in DE TERSSAC G., FRIEDBERG E. (dir.), *Coopération et Conception*, Toulouse : Éditions Octares, 2ème édition, 330 pages.

Les décisions que prennent les individus sur leur participation aux actions de coopération dépendent donc de la construction du sens et des interprétations qu'ils font sur les contextes de travail et sur les satisfactions ou bienfaits personnels qu'ils peuvent en tirer. **La coopération est bien, en fin de compte, une décision individuelle qui naît des satisfactions et des avantages personnels.** Les individus donnent un sens à la réalité pour diriger leurs comportements. Ces représentations ne préexistent pas, les individus et les groupes les construisent⁵⁴⁹ dans leurs activités et selon leurs enjeux⁵⁵⁰. Pour Weick, la création de sens des individus est la source des interactions entre les membres d'une collectivité.

2.4. Limites et perspectives

Notre recherche comporte cependant des limites, qui sont d'une part d'ordre méthodologique, et d'autre part relatives à la spécificité de notre approche du phénomène d'appropriation du SID. Elles permettent en revanche d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'originalité de notre travail est de porter un regard nouveau sur l'appropriation du SID en milieu hospitalier à partir des relations basées sur la conception, l'usage et le sens. Ceci nous a conduits à articuler trois outils théoriques : la grille d'analyse d'Orlikowski pour la sphère des usages ; le concept de « rapport de prescription » dérivé d'Hatchuel pour la sphère de la conception et le concept de sens stratégique de Garreau. La manipulation de ces trois outils théoriques différents induit de fait des limites, à la fois sur le plan conceptuel comme au niveau méthodologique.

– La première limite porte sur des questions conceptuelles relatives à l'approche même de l'appropriation du SID proposée. Notre volonté est bien d'apporter un regard plus systémique au phénomène de l'appropriation. Les différentes dimensions d'analyse de l'appropriation nous positionnent à la frontière entre plusieurs sous disciplines en gestion (le domaine gestionnaire, celui de la stratégie avec une influence certaine de la sociologie des organisations, le management des systèmes d'information). Nous considérons ce croisement comme un atout pour enrichir le phénomène étudié, mais il peut être également interprété comme une limite conceptuelle.

– La deuxième limite provient de notre cadre conceptuel qui se fonde sur l'analyse simultanée des trois processus conception, usage et sens, et qui peut apparaître un peu ambitieux. Dans notre cas d'étude, nous avons pu surtout nous centrer sur les sphères des concepteurs et des constructeurs de sens ; beaucoup moins sur la sphère des « usages », comme nous le souhaitions. Une solution aurait pu être de réaliser en fin d'étape (1) et d'étape (2), des enquêtes approfondies sur les usages. Nous avons quand même pu mener des observations passives autour de l'usage des outils décisionnels, au cours du projet. Ceci peut être considéré encore comme une limite conceptuelle.

La limite méthodologique concerne la question de la validité externe de données présentées. Comme nous l'avons explicité dans le chapitre méthodologique, notre recherche s'inscrit dans la lignée des études de cas unique. Suivant cette méthodologie, le chercheur privilégie une analyse approfondie d'une seule et unique situation. Ce positionnement méthodologique est préconisé notamment dans le cas d'un phénomène encore peu accessible à la

⁵⁴⁹ WEICK K. E. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Op. Cit.

⁵⁵⁰ CAZAL D. (2005), "La communication : modèles et clichés, enjeux et contextes", cité par GILBERT P., GUERIN F., PIGEYRE F. (dir.), *Organisations et comportements*, Paris : Dunod, pp. 27-59.

communauté scientifique. Traditionnellement, la méthode de l'étude de cas unique est critiquée en raison de la difficulté de la validation externe des données.

Pour autant, March⁵⁵¹ et ses collègues confirment le principe de l'unité de nature entre les différentes organisations permettant d'affirmer que tout phénomène observé a potentiellement une portée générale. Suivant ce positionnement, toute une génération de chercheurs comme Grawitz⁵⁵², Béaud et Weber⁵⁵³, ont montré que la description d'un cas unique est plus importante et plus instructive que la généralisation prématurée et simplifiée d'une multitude de cas.

En réponse à cet objectif de validité externe, nous pensons réalisable la transférabilité de nos résultats, puisque nous avons fourni le plus d'informations possibles permettant à d'autres chercheurs d'évaluer notre travail.

Ces différentes limites ouvrent donc la voie à des prolongements et des recherches futures.

Une des perspectives de recherche serait de tester notre modèle d'analyse à de nouveaux terrains d'investigation, dans d'autres secteurs d'activités, vers d'autres types d'entreprise.

L'agenda de recherche pourrait d'abord s'intéresser au secteur des cliniques privées par exemple, où par nature, les acteurs sont en grande partie indépendants les uns des autres car fonctionnent sur le mode réticulaire. La question centrale porterait sur la construction du sens commun dans ce type d'organisation apparemment moins « collaborative ».

Une autre piste serait d'examiner des organisations dans lesquelles le sens serait en quelque sorte moins « stabilisé ». Par exemple, les structures du secteur médico-social où la formalisation des critères de performance est encore embryonnaire.

Enfin, notre modèle pourrait être testé à l'échelle d'un territoire ou d'une communauté de territoire. En effet, on peut penser que dans ce type d'organisation, la notion de sens peut être exacerbée car on s'affranchit des limites de l'établissement.

Dans ces perspectives, il resterait au préalable un travail à mener sur la méthode, pour quelle soit plus précise, et qu'elle puisse opérationnaliser davantage les liens entre les trois dimensions de notre modèle. Dans notre étude de cas, nous avons en effet avancé de marche en marche et aboutit à une sorte d'expression des besoins. Il faudrait maintenant formaliser les différentes étapes de la méthode et la mettre à l'épreuve de la pratique sur les nouveaux terrains envisagés.

⁵⁵¹ MARCH J.G., SPROULL L.S., TAMUZ M., *Learning from samples of one or fewer*, Organization Science, 1991, 2, 1-13.

⁵⁵² Op. Cit.

⁵⁵³ BEAUD S., WEBER F. (1997), *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, La Découverte (Guide Repères), 288p.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC J.-C. (1994), *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF, p 219.
- ADAMS D.A., NELSON R.R., TODD P.A. (1992), "Perceived usefulness, ease of use and usage of information technology: a replication", *MIS Quarterly*, vol. 16, n°2, pp. 227-247.
- AGGERI F., HATCHUEL A. (1997), "Les instruments de l'apprentissage. Construction et diffusion d'une expertise recyclage dans la conception automobile", CGS, École des Mines de Paris dans *Du mode d'existence des outils de gestion*, Chapitre 8, Coordonné par J.-C. Moisdon, Séli Arslan.
- AKRICH M. (1993), "Les formes de la médiation technique", *Réseaux*, 60, 87-98, p91.
- ALBARELLO L. (2004), *Devenir praticien-chercheur. Comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*, Bruxelles, De Boeck-Université, 138 p
- ALLARD-POESI F., MARECHAL G. (2007), "Construction de l'objet de la recherche", in THIETART R.A., *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, pp.34-57
- ALLARD-POESI F., PERRET V. (2005), "Rôles et conflits de rôles du responsable projet", *Revue française de gestion*, vol. 31, n° 154, p. 193-209.
- ALTER N. (1995), "Peut-on programmer l'innovation ?", *Revue française de Gestion*, mars – avril – mai.
- ALTER N. (2000), *L'innovation ordinaire*, PUF, sociologie.
- AMABILE S., CARON-FASAN M. (2002), *Contribution à une ingénierie des systèmes d'information orientée "complexité"*, In *Faire la recherche en systèmes d'information*, pp. 67-78, Paris : Vuibert.
- AMAR A., BERTHIER L. (2007), "Le nouveau management public : avantages et limites", *Gestion et Management Publics*, Vol.5, Décembre 2007.
- ANTHONY R.N. (1965), *Planning and Control Systems: A framework for Analysis*, Harvard University Press, Boston.
- ANTHONY R.N. (1988), *The management control function*, Harvard Business School Press, Boston.
- AUBERT N., De GAULEJAC V. (1991), *Le Coût de l'Excellence*, Seuil.
- AUBIN C. (2011), "Décisionnel à l'hôpital : privilégier une démarche de co-construction", *gestions hospitalières*, octobre, n° 509.
- AUBIN C. (2012), "Indicateurs de performance & Qualité des données : Vers une démarche industrielle dans un grand Hôpital Français", *GISEH 2012*, Québec (Canada), Actes de la conférence.
- AUBIN C., PASCAL C. (2010), *Évaluer le succès du système d'information décisionnel dans les organisations de santé : proposition d'un modèle à partir de deux études de cas*, 2e Journée de Recherche transdisciplinaire en Management Hospitalier, EM Strasbourg, 26 novembre 2010.
- BAIRD L. (1986), *Managing performance*, John Wiley, New York
- BALOGUN J. (2011), "Strategizing and Sensemaking", Academy of Management Conference, San Antonio, 12-16 août.
- BALOGUN J., JOHNSON G. (2004), "Organizational Restructuring and Middle Manager Sensemaking", *Academy of Management Journal*, vol. 47, n° 4, p. 523-549.
- BARBIER J.-M. (2000), "Rapport établi, sens construit, signification donnée", dans BARBIER J.-M., ALATANU O. (éditeurs), *Signification, sens, formation*, Paris : PUF, pp.61-86.

- BARBIER R. (1998), "L'éducateur comme passeur de sens", communication au Congrès International sur la transdisciplinarité à l'Université Locarno, Suisse, CIRET/UNESCO, *Bulletin interactif du Centre International de Recherches et Études Interdisciplinaires*.
- BARDINI T. (1996), "Changement et réseaux socio- techniques : De l'inscription à l'affordance", *Réseaux*, 76, 126-155, p. 130.
- BARLEY SR. (1986), "Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments", *Administrative science quarterly*, 31(1), pp. 78-108.
- BARTOLI A., ANAUT M. (1996), "Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics : facteurs de pérennité ou de fragilité ?" in *L'hôpital stratège*, ouvrage collectif coordonné par Pr. A.-P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand – Editions John Libbey, Paris.
- BASSET B., LOPEZ A. (1997). *Planification sanitaire, méthodes et enjeux*, Ed. ENSP.
- BATENBURG R., KOOPMAN G. (2009), "Searching the conditional benefits of early user involvement: the case of employee self-service applications in Dutch public organizations", *International Journal Business Information Systems*.
- BAUMARD P., DONADA C., IBERT J., XUEREB J.-M., (2007), "La collecte des données et la gestion de leurs sources", in THIETART R.A, *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, pp.228-262
- BEAUD S., WEBER (1998), *Guide de l'enquête de terrain*, La découverte, 327p.
- BEAUD S., WEBER F. (1997), *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, La Découverte (Guide Repères), 288p.
- BELORGEY N. (2010), *L'hôpital sous pression*. Enquête sur le nouveau management public, La Découverte, 329 p.
- BENEDETTO M.-O. (2002), *Le vendeur d'assurances face aux outils de gestion de la relation client : évolution de l'autonomie et des formes de coordination de l'activité commerciale et salariée*, thèse de doctorat de sociologie, Université Aix Marseille II, LEST.
- BENGHOZI PJ., FLICHY P., IRIBARNE (d') A. (2000), "Le développement des NTIC dans les entreprises françaises. Premiers constats", *Réseaux*, volume 18, n° 104, pp.32-57.
- BEYER H., HOLZBLATT K. (1998), *Contextual Design: Defining Customer-Centered Systems*, Morgan Kaufmann, USA.
- BÉZILLE H. (2000), "De l'usage du témoignage dans la recherche en sciences sociales", In FELDMAN J., KOHN R. C. (Éds), *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes*, pp.201-222, Paris : L'Harmattan, p208.
- BIJKER W. E., HUGHES T. P., PINCH T. J. (1987), *The social construction of technological systems: new directions in the sociology and history of technology*, Cambridge, MA: MIT Press.
- BIJKER W.B., LAW J. (1992), *Shaping Technology/Building Society: studies in sociotechnical change*, Cambridge/MA, London: MIT Press.
- BIJKER W.E. (1987), "The social construction of Bakelite : Toward a Theory of Invention" in BIJKER W.E., HUGHES T., PINCH T. (1987), *The Social Construction of Technological Systems : New Directions in the Sociology and History of Technology*, Cambridge MA/London : MIT Press.
- BLACKBURN J., SCUDDER G., VAN WASSENHOVE L. N. (2000), *Concurrent Software Development*, Communications of the ACM, 43(11), 200-214.
- BOBILLIER-CHAUMON M.E., CARVALLO S., TARPIN-BERNARD F., VACHERAND-REVEL J. (2001), "Standardiser ou adapter les interactions personnes-machines ? ", *Revue d'Interaction Homme-Machine*, Vol 2, n° 2, pp 1-38.
- BOULLIER D. (1989), "Du bon usage d'une critique du modèle diffusionniste : discussion-prétexte des concepts de Everett M. Rogers", *Réseaux*, 36 : 31-51.
- BOUQUIN H. (2008), *Le contrôle de gestion*, Gestion PUF, 8e édition
- BOURGUIGNON A. (1995), "Peut-on définir la performance ?", *Revue française de comptabilité*, n° 269, pp. 61-65.

- BOUSSARD V. (2003), *Dispositifs de gestion et simulacres de contrôle*, dans *Du politique dans les organisations, sociologie des dispositifs de gestion*, sous la direction de Valérie BOUSSARD et Salvatore MAUGERI, L'Harmattan.
- BREUR T. (2009), "Data quality is everyone's business – designing quality into your data warehouse - part 1", *Journal of Direct, Data and Digital Marketing Practice*, vol. 11, n° 1, 14 avril, pp. 20-29.
- BROOKS F. (1975), "Mythical Man-Month: essays on software engineering", *Anniversary ed.*, USA, 322p.
- CAPGRAS J.-B. (2009), *Le programme de médicalisation des systèmes d'information (1982-2009), Anamorphose et métamorphoses d'un dispositif de gestion*, Thèse de Doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, GRAPHOS, Université Jean Moulin Lyon 3, 427 p.
- CARTON S., DE VAUJANY FX., PEREZ M., ROMEYER C. (2006), "Vers une théorie de l'appropriation des outils de gestion informatisés : une approche une approche intégrative", *Revue Management et Avenir*, juin, n° 9
- CASTELLS M. (1998), *L'ère de l'information*. Volume 1 : la société en réseaux, Fayard, Paris.
- CASTELLS M. (2001), *The Internet Galaxy, Reflections on the Internet, Business and Society*, Oxford University Press, Oxford.
- CAZAL D. (2005), "La communication : modèles et clichés, enjeux et contextes", cité par GILBERT P., GUERIN F., PIGEYRE F. (dir.), *Organisations et comportements*, Paris : Dunod, pp. 27-59.
- CAZENAVE J.-C., octobre-novembre 2010, "L'intérêt de réussir la première évaluation des contrats internes : l'exemple du CHU de Bordeaux", *Journal d'Économie Médicale*, vol 28, n° 6-7, pp. 249-254.
- CHALAYER S., PEREZ M., TEYSSIER C. (2005), *L'appropriation des outils comptables et financiers par les PME*, dans *De la conception à l'usage, vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, coordonné par DE VAUJANY, éditions EMS, pp. 115-146.
- CHAMBAT P. (1994), "Usages des technologies de l'information et de la communication : évolutions des problématiques", *Technologies de l'information et système*, Vol. 6, N° 3, pp. 249-270.
- CHANDLER A. (1962), *Strategy and Structure*, Cambridge, MA, MIT Press.
- CHEMIN C., THIMONIER E., (2010), "Le rapprochement Chercheur-Consultant en aménagement du territoire : un apport à haute valeur ajoutée ?", *EchoGéo*, *Sur le Vif*, URL : <http://echogeo.revues.org/11635>
- CHERRY C., MACREDIE R. D. (1999), "The importance of Context in Information System Design: An Assesment of Participatory Design", *Requirements Engineering*, 4(2), 103-114.
- CHEVALIER J., LOCHAK D. (1982), "Rationalité juridique et rationalité managériale dans l'administration française", *Revue Française d'Administration Publique*, 24, 21-33.
- CIBORRA C. (2000), "A critical review of the litterature on the management of corporate information infrastructure", in CIBORRA C. (2000), *From control to drift*, Oxford University Press.
- CIBORRA C.U. (1997), "De profundis ? Deconstructing the concept of Strategic Alignment", *Scandinavian journal of information systems*, 9(1), 67-82.
- CLEMENT A., VAN DEN BESSELAAR P. (1993), *À retrospective look at PD* projects*, Communications of the ACM, 36 (4), 29-37 (*Participatory Design).
- COHEN D.M., MARCH J.G., OLSEN P.J. (1972), "A Garbage Can Model of Organizational", *Administrative Science Quaterly*, 17(1), pp.1-25.
- COLDEFY Magali, LUCAS-GABRIELLI Véronique (2012), "Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011", *Questions d'économie de la santé IRDES* n° 175, avril 2012, 8p.
- CONNOR D. (2003), "Report: Data Warehouse Failures Commonplace", *Network World*, vol. 20, no 3, 20 janvier, p. 24.
- COOPER C., HOPPER T. M. (1987), "Critical studies in accounting", *Accounting, organizations and Society*, Vol. 12, Issue 5, pp. 407-414.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. (1992), *L'acteur et le système*, Le Seuil, (coll. Point Essais), Paris, réédition de 1977.

- CYERT R.M., MARCH J.G. (1963), *A behavioral theory of the firm*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- DAMODARAN L. (1996), "User involvement in the systems desing process: A practical guide for users", *Behavior and Information Technology*, 15(6), 363-377.
- DAVID A. (2002), "Décision, conception et recherche en sciences de gestion", *Revue Française de Gestion*, juillet – août.
- DAVIS F. D., BAGOZZI R. P. ; WARSHAW P. R. (1989), "User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models", *Management Science*, 35 ; 982–1003.
- DAVIS G.-B., OLSON M., AJENSTAT J., PEAUCELLE J.-L. (1986), *Systèmes d'information pour le management*, volume 1 : Les bases, 332 p., volume 2 : Les approfondissements, 356 p., Paris : Economica.
- DE LIGNEROLLES S. (2005), "Les technologies de l'information et nouveaux usages" in Balantzian G. (Ed.), *Tableaux de bord* (pp. 215-239). Paris : Éditions d'Organisation.
- DE QUEIROZ J.-M. (1995), *L'école et ses sociologies*, Paris, Nathan Université.
- DE ROSNAY J. (1977), *Le macroscope*, Paris, Seuil, 346 p.
- DE SAINT LAURENT A.F. (1998), "Reconfiguration des collectifs de travail autour de l'usage des TIC", Colloque *Changement institutionnel et dynamique de l'innovation*, 2-3-4 décembre, Université Paris – Dauphine.
- DE TERSSAC G., MAGGI B. (1996), *Autonomie et Conception*, dans De TERSSAC G., FRIEDBERG E. (Eds) *Coopération et Conception*. Octaves Edition.
- DE VAUJANY F.X. (2000), "Usage des technologies de l'information et création de valeur pour l'organisation : proposition d'une grille d'analyse structurationniste basée sur les facteurs-clés de succès". AIMS, *IXème conférence internationale de management stratégique*, 24-25-26 Mai 2000, Montpellier.
- DE VAUJANY F.X. (2009), *Les grandes approches théoriques du système d'information*, Paris, Hermès Science, Lavoisier.
- DE VAUJANY F. X. (1999), "Stylisation de l'appropriation individuelle des technologies Internet à partir de la TSA", *Systèmes d'Information et Management*, vol. 4, n° 1, p. 57-74.
- DE VAUJANY F. X. (2001), *Gérer l'Innovation Sociale à l'Usage des Technologies de l'Information : Une Contribution Structurationniste*, Thèse de doctorat de sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, 438 p., p95.
- DE VAUJANY F. X. (2005), *De la conception à l'usage. Vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, coordonné par DE VAUJANY, éditions EMS, Paris, p. 83.
- DE VAUJANY F. X. (2006), "Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage", *Management & Avenir*, n° 9, p. 103-126.
- DE VAUJANY F.X (2005), "De la pertinence d'une réflexion sur le management des objets et outils de gestion", dans DE VAUJANY F.X., *De la conception à l'usage : vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, Éditions EMS.
- DE VAUJANY F.X. (2003), "Les figures de la gestion du changement sociotechnique", *Sociologie du travail*, (45) : 515 - 536.
- DECHAMP G., GOY H., GRIMAND A., LÉVY T., DE VAUJANY F.-X. (2005), "Gestion stratégique et perspective appropriative : comparaison des modes endogènes et exogènes", dans *De la conception à l'usage, vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, coordonné par DE VAUJANY, éditions EMS, pp. 35-79.
- DECHAMPS G., ROMEYER C (2006), "Trajectoires d'appropriation des principes de la nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins", *15e conférence internationale du management stratégique*, Annecy-Genève, 13-16 juin. 22 p.
- DELANOE J.-Y. (1995), "Le PMSI : le point de vue d'un gestionnaire", *Revue française des affaires sociales*, no 1 janvier-mars, p. 171-180.
- DELONE W. H., MCLEAN E. R. (1992), "Information System Success: The quest for the Dependant Variable", *International Systems Research*, Vol. n° 3, N° 1, pp.60-95.
- DELONE W.H., MCLEAN E.R. (2003), "The DeLone and McLean model of Information Systems Success: A Ten Year Update", *Journal of Management Information Systems*, volume 19, n° 4, pp.9-30.

- DE POUVOURVILLE G. (1998). "Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière", *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(1), 99-105.
- DESANCTIS G., POOLE S. (1994), "Capturing the complexity in advanced technology use: Adaptive structuration theory, *Organization Science*, 5(2), pp. 121-147.
- DEWEY J. (1967), *Logique : La théorie de l'enquête*, Paris, PUF.
- DI MAGGIO PJ., POWELL WW. (1991), "Introduction", in POWELL WW., DI MAGGIO PJ., *The new institutionalism in organizational analysis*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 1-38.
- DILLEMBOURG P., BAKER M., BLAYE M. (1996), *L'évolution de la recherche sur l'apprentissage collectif*, dans SPADA E., REIMAN P. (Eds) *Learning in humans and Machine: Towards an interdisciplinary learning science*, Oxford, Elsevier, traduit par A. Midenet, pp 189-211.
- DJELLAL F., GALLOUG C., GALLOUG F. (2004), "De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière", *Revue française des affaires sociales*, no 1 janvier-mars, p. 223-248.
- DONGRADI J-L. (2008), "Hôpital 2007... Sauvé par un nouveau mode de management ? ", *Gestions hospitalières*, n° 474.
- DOURTHOUS M.C. (2002), *De la performance de l'évaluation médicale à l'évaluation de la performance hospitalière*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP), 69 p., Rennes.
- DUNSIRE, A. et al. (1988), "Organizational Status and Performance: A Conceptual Framework for Testing Public Choice Theories", *Public Administration*, 66, 363-388.
- DURIEZ G. (2012), *Le dialogue de gestion entre les médecins et la direction. Impact de la tarification à l'activité et réalité dans un groupe hospitalier de l'AP-HP*, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.
- EHN P (1993), *Scandinavian design : on participation and skill*, in SCHULER D., NAMIOKA A. (eds) (1993), *Participatory Design : Principles and Practices* (Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum).
- EISENHARDT K. M. (1989), "Building Theories from Case Study Research", *Academy of Management Review*, 14 : 4, 532-550.
- EL HIKI L. (2008), *Proposition et validation d'un modèle d'amélioration continue pour les processus hospitaliers*. Thèse de doctorat en Automatique et Informatique des Systèmes Industriels et Humains de l'Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis, 199 p., Valenciennes.
- ERSCHLER J., FONTAN G., MERCÉ C. (1993), *Approche par Contraintes en planification et ordonnancement de la production*, RAIRO-APII, volume 27.
- FESTINGER L., PETESON R. (1970), *À Theory of Cognitive Dissonance*, Evantson.
- FIOL M.C. (2005), "Intraorganizational cognition and interpretation", dans BAUM J. A. C. (éditeur), *The Blackwell companion to organizations*, Malden, MA : Blackwell Publishing, pp.119-137.
- FLICHY P. (2001), "La place de l'imaginaire dans l'action technique. Le cas d'Internet", *Réseaux* n° 109.
- FOUCAULT M. (2001), *Dits et Écrits*, tome 2 : 1976 - 1988, Gallimard, 1736 p. cité par AGAMBEN G. (2007), *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Rivages poche, 50 p.
- FRIEDBERG E. (1997), *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée*, Paris: Éditions du Seuil, p.20.
- GALLOUJ C., GALLOUJ K. (2006). "Au-delà des palmarès : retour sur les multiples dimensions de la performance hospitalière". *Actes de la 3e Conférence en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers (GISEH)*, 14 p., Luxembourg.
- GAREL G. (2003), *Le management de projet*, collection Repères, Éditions la Découverte.
- GARREAU L. (2006), *L'apport du concept de sens à l'étude du fonctionnement des équipes projet. Études de cas de développement de centres commerciaux chez Immochan*, Thèse de doctorat.
- GARREAU L., MOURICOUN P. (2012), "Sens, objets et stratégie en pratiques dans un projet immobilier", *Lavoisier - Revue Française de Gestion*, 2012/4 - N° 223, pp. 137-152.
- GAVARD-PERRET M.-L., GOTTELAND D., HAON C., JOLIBERT A. (2008), *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Pearson, 1e édition.

- GHARAIBEH N., ABU-SOUD S. M., BDOUR W. et GHARAIBEH I. (2009), "Agile Development Methodologies : Are they suitable for developing Decision Support Systems", *Second International Conference on the Applications of Digital Information and Web Technologies*, pp. 84-89.
- GIBSON J. J. (1977), *The theory of affordances* in SHAW R. E. & BRANSFORD J. (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing: Toward an ecological psychology*, (pp. 67–82), Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- GIDDENS A. (1987), *La constitution de la société*, PUF : Paris, p. 19.
- GIDDENS A. (1979), *Central Problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*, London : Macmillan.
- GIDDENS A. (1984), *The Constitution of Society*, Berkeley, California: University of Canada Press.
- GIGNON-MACONNET I. (2003), "Les rôles actuels de la gestion budgétaire en France : une confrontation des perceptions de professionnels avec la littérature", *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 9, Vol. 1, mai 2003, pp. 53-78.
- GILBERT P. (1998), L'instrumentation de gestion. La technologie de gestion, science humaine ? Economica.
- GIOIA D.A. (2006), "On Weick : An Appreciation", *Organization Studies*, Vol. 27, No. 11, pp.1709-1721.
- GIOIA D.A., CHITTIPEDDI K. (1991), "Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation", *Strategic Management Journal*, vol. 12, n° 6, p. 433-448.
- GIROD SEVILLE M., PERRET V. (2002), "Les critères de validité en sciences des organisations : les apports du pragmatisme" in MOURGUES N. & alii (Dir), *Questions de méthodes en sciences de gestion*, Chap. 12, p. 315-333, EMS.
- GIROUX N. (2006), *La démarche paradoxale* de Karl E. Weick, dans AUTISSIER D. et BENSEBAA F. (éditeurs), *Les Défis du Sensemaking en Entreprise. Karl E. Weick et les sciences de gestion*, Paris : Economica, pp.25-50.
- GLARDON P-H., LE GALLARD L. (2010), "Les pôles d'activité : au service de la performance des établissements de santé ? ", *Gestions hospitalières*, n° 510.
- GOGLIN J.F. (2001), *La construction du datawarehouse : du datamart au dataweb*, Paris
- GOLD R. L. (1969), "Roles in sociological field observations" In *Issues in participant observation*, edited by McCall G. J. and Simmons J. L., 30–39. Reading, MA : Addison-Wesley.
- GORRY G., SCOTT MORTON M. (1971), "A framework for management information systems", *Sloan Management Review*, volume 13 numero 1, pp 50-70.
- GOULD J.D., LEWIS C. (1985), *Designing for Usability : Key Principles and What Designers Think*. Comm. of the ACM, Vol. 38, No. 3, pp. 300-311.
- GRAWITZ M. (1996), *Méthodes des sciences-sociales*, Dalloz, 10e éd, 920p.
- GRAY B., BOUGON M.G., DONNELLON A. (1985), "Organizations as Constructions and Destructions of Meaning", *Journal of Management*, Vol. 11, No. 2, pp.83-98.
- GRENIER C., MOINE C. (2003), *Construire le système d'information de l'entreprise*, Paris : Foucher, 223p.
- GRIMAND A. (2006), *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives*. Presses de l'Université de Saint-Etienne, Saint-Etienne, pp. 105-122.
- GRIMAND A., BACHELARD O. (2005), "La dynamique de la formation et de l'appropriation des connaissances", dans *De la conception à l'usage, vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, coordonné par DE VAUJANY, éditions EMS, pp. 115-146.
- GRIMAND A., DECHAMP G., GOY H., DE VAUJANY F.X. (2006), "Management stratégique et dynamique d'appropriation des outils de gestion : proposition d'une grille de lecture", *Management et Avenir*, n° 9, Juin, 181-200.
- GROLEAU C., (2000). "La théorie de la structuration appliquée aux organisations : le cas des études sur la technologie" In AUTISSIER D. et WACHEUX F., *Structuration et Management des organisations*, l'Harmattan, Paris, pp.155-179.

- GRUDIN J. (1991), "Systematic sources of suboptimal interface design in large product development organization", *Human Computer Interaction*, 6(2), 147-196.
- GRUENING G. (2001), "Origin and Theoretical Basis of New Public Management", *International Public Management Journal*, 4, 1-25.
- GUICHETEAU J., MAESTRE-LEFEVRE A. (2008), "Le compte de résultat analytique : un outil de gestion de pôle", *Gestions hospitalières*, n° 479.
- GUIDERDONI-JOURDAIN K. (2005), *L'intranet dans la E-RH : un outil à l'épreuve des processus de régulation entre acteurs RH*, coordonné par Michel KALIKA et al. Chapitre 11 dans e-RH : réalités managériales, Vuibert collection recherche, pp 175-192.
- GUIDERDONI-JOURDAIN K. (2009), *L'appropriation d'une Technologie de l'Information et de la Communication en entreprise à partir des relations entre Vision-Conception-Usage : Le cas d'un Intranet RH, d'un concepteur RH et de l'utilisateur Management Intermédiaire*, Thèse à l'Université Aix-Marseille II – de la Méditerranée.
- GUISSSET A.L., SICOTTE C., D'HOORE W. (1999). "Concepts et mesures de l'efficience à l'hôpital". *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6(1), 83-101.
- HAMBRICK D. (1994), "1993 Presidential Address: What if The Academy Actually Mattered ?", *Academy of Management Review*, 20, p. 404-437.
- HAOUET C. (2008), "Informatique décisionnelle et management de la performance de l'entreprise", *Cahier de recherche n° 2008-1*, Laboratoire Orléanais de Gestion.
- HATCHUEL A. (1994), "Apprentissages collectifs et activités de conception", *Revue Française de Gestion*, juin, juillet, août, pp 109-120.
- HATCHUEL A. (1996), *Coopération et conception collective. Variété et crises des rapports de prescription*, dans *Coopération et conception*, sous la direction de TERSSAC G., FRIEDBERG E., éditions Octares, Paris, pp. 101-121.
- HATCHUEL A. (1998), "Comment penser l'action collective ? Théorie des mythes rationnels", in TOSEL A., DAMIEN R. (eds), *L'action collective*, Presses Universitaires de Franche-Comté.
- HATCHUEL A. (2001), "Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective", in DAVID A., HATCHUEL A., LAUFER R. (eds.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Vuibert, Fnege Deuxième édition 2008.
- HATCHUEL A. (2002), "Coopération et conception collective. Variété et crises des rapports de prescription" in DE TERSSAC G., FRIEDBERG E. (dir.), *Coopération et Conception*, Toulouse : Éditions Octares, 2ème édition, 330 pages.
- HATCHUEL A., WEIL B. (1992), *L'expert et le système*, Economica.
- HELLER R. (1972), *Naked Manager*, Barrie & Jenkis, London, 256 p.
- HENDERSON J.-C., VENKATRAMAN N. (1993), "Strategic Alignment: Leveraging Information Technology for Transforming Organizations", *IBM Systems Journal*, 32, 1, 4-16.
- HENRIOT J. (2005), *Génération et gestion d'une dynamique coopérative entre intervenants chercheurs et acteurs praticiens. Cas d'expérimentation en sciences de gestion*, Thèse en Sciences de Gestion, IAE Lyon, 354 p., pp. 118,120.
- HLADYRISPAL M. (2002), *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*, De Boeck université, 250 p.
- HODDER I. (1994), *The Interpretation of Documents and Material Culture* in DENZIN N.K., LINCOLN Y.S.(eds), *Handbook of Qualitative Research*, pp. 393-402. London : Sage.
- HOLCMAN R. (2006). "L'avènement de la gestion par pôle. Dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? ", *Gestions Hospitalières*, 456, 329-337.
- HOOD C. (1991), "À Public Management for All Seasons", *Public Administration*, 69, 1, 3-19.
- HUFF A.S. (éditeur) (1990), *Mapping Strategic Thought*, Chichester: John Wiley & Sons.
- HUFF A.S., HUFF J.O. (2000), *When Firms Change Direction*, New York : Oxford University Press.

- HUSSENOT A. (2008), *Appropriation des technologies de l'information et de la communication dans les organisations : le cas NotePlus*. Thèse de doctorat en science de gestion. Nice – Sophia Antipolis, Juin, 428 p.
- HUTCHINS E. (1995), *Cognition in the Wild*. Cambridge, MA : MIT Press.
- HUTCHINS E.L., HOLLAN J.D., NORMAN D.A. (1986), *Direct manipulation interfaces* In NORMAN D.A. and DRAPER S.W. (eds.), *User Centered System Design: New Perspectives on Human-Computer Interaction*, Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 87-124.
- IGBARIA M., GUIMARES T., DAVIS G.B. (1995), "Testing the determinants of microcomputer usage via a structural equation model", *Journal of Management Information Systems*, vol. 11, n° 4, pp. 822-841.
- ILBER D. (2005), *Hôpital Le Modèle Invisible*, (avec CASTRA L., GAREL P. et RISK A.), Institut Montaigne.
- INMON W. H., HACKATHORN R. D. (1994), *Using the data warehouse*, Wiley, 304 p.
- IRIBARNE A. (d'), TCHOBANIAN R. (2001), *Les processus de diffusion et d'appropriation des outils multimédias en réseaux et les transformations des activités professionnelles. Le cas de France Telecom*, LEST-CNRS, Aix en Provence.
- JAMES W. (1968), *Le pragmatisme*, traduit par E. Le Brun, Paris : Flammarion, sciences de l'homme.
- JANIS I.L. (1977), *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and commitment*, Free Press, New York.
- JARZABKOWSKI P., BALOGUN J., SEIDL D. (2007), "Strategizing: The challenges of a practice perspective", *Human Relations*, vol. 60, n° 1, p. 5-27.
- JODELET D. (2003), "Représentation sociale : phénomènes, concepts, théories", dans MOSCOVICI S. (éditeur), *Psychologie sociale*, Paris : PUF, pp.363-384.
- JONES M. (1999), "Structuration and IS" in *Re-thinking Management Information Systems*, Currie W.L., Galliers R.D., Oxford University Press, 509 p.
- JOUËT J. (2000), "Retour critique sur la sociologie des usages", *Réseaux*, n° 100, p. 487-521.
- JOURDAIN A., DE TURENNE I. (1997). *Mots-clés de planification sanitaire*, éditions ENSP.
- JUILLIARD-FOURNIER N. (2002), *L'hôpital organisé en pôles d'activités – Perspectives et enjeux pour le directeur des soins*, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.
- JUKIC N., VELASCO M. (2010), "Data warehousing requirements collection and definition: Analysis of a failure", *International Journal of Business Intelligence Research*, vol. 3, n° 1, pp. 66-76.
- JUNKER B. (1960), "Field Work" Chicago : University of Chicago Press
- JUSTIN J. (2004), "Proposition d'un cadre conceptuel d'analyse des jeux d'acteurs cristallisés dans et par les outils de contrôle", *Comptabilité Contrôle Audit*, Numéro thématique juin.
- KAPLAN Robert S., NORTON David P. (2001), *Comment utiliser le tableau de bord prospectif*, Éditions d'Organisation.
- KAUFMANN J.-C. (1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan université.
- KÉFI H., KALIKA M. (2004), *Évaluation des systèmes d'information : une perspective organisationnelle*, Ed. Économica.
- KIM DJ, YUE KB, HALL SP, GATES T. (2009), "Global Diffusion of the Internet XV: Web 2.0 Technologies, Principles, and Applications : A Conceptual Framework from Technology Push and Demand Pull Perspective", *Communications of the Association for Information Systems*, Vol. 24, Art.38.
- KIMBALL R., MERZ R. (2000), *The Data Webhouse Toolkit : Building the Web-Enabled Data Warehouse*, Wiley.
- KIMBALL R., ROSS M. (1998), *The data warehouse toolkit*, New York, 436 p.
- KIMBERLY J., MINVIELLE E. (1991), "L'analyse de la qualité des soins et de l'utilisation des ressources à l'hôpital", *Revue française des affaires sociales*, no 2 avril-juin, p. 79-94.
- KOENIG G. (1993), "Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles", *Revue de gestion des ressources humaines*, 9, pp.4-17.

- KOHN R. C. (2001), "Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur", in MACKIEWICZ M.-P. (Éd.), *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*, pp.15-38, Paris : L'Harmattan.
- KOOPMAN G., BATENBURG R. (2009), "Early User involvement and participation in Employee Self-service Application Deployment. Theory and Evidence from four Dutch Governmental Cases" in BONDAROUK T., RUËL H., OIRY E., GUIDERDONI-JOURDAIN K. (editors), *Handbook E-Transformation and Human Resource Management Technologies : Organizational Outcomes and Challenges*, IGI Publisher, USA.
- KUJALA S. (2003), "User involvement: a review of the benefits and challenges", *Behaviour & Information Technology*, 22 (1), 1-16.
- LAHLOU S. (2000), "Les attracteurs cognitifs et le syndrome du débordement.", *Intellectica* 2000/1 n° 30 pp 75-115.
- LANT T.K. (2005), "Organizational Cognition and Interpretation", dans BAUM J. A. C. (éditeur), *The Blackwell companion to organizations*, Malden, MA : Blackwell Publishing, pp.344-362.
- LAUFER R., BURLAUD A. (1980), *Management public : gestion et légitimité*, Paris, France, Dalloz, 337p.
- LAUNAY G., GUILLOT B., PERRIGAULT P-F. et al. (2010), "Prévisions d'activité MCO, simulations d'impact et pilotage des contrats de pôle. CHU Montpellier", *Journal d'Économie Médicale*, vol 28, n° 6-7, pp. 249-254.
- LE GOFF J. (2002), "Vertus problématiques de l'étude de cas", in MOURGUES N., ALLARD-POESI F., AMINE A., CHARREIRE S. and Le Goff J., *Questions de méthodes en Sciences de gestion*, Colombelles : EMS, pp. 193-212.
- LE MOIGNE J.-L. (1973), *Les systèmes d'information dans les organisations*, Paris : Presses Universitaires de France, 237 p.
- LE MOIGNE J.-L. (1974), *Les Systèmes de décision dans les organisations*, éditions PUF.
- LE MOIGNE J.L. (1990), "Épistémologies constructivistes et sciences de l'organisation", in MARTINET (Ed), *Épistémologies et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, p. 81-140
- LIN A., CONFORD T. (2000), "Sociotechnical Perspectives on Emergence Phenomena", pp. 51-59 in COAKES E., WILLIS D., LLOYD-JONES R., (eds.) *The new sociotech : graffiti on the long wall. Computer supported cooperative work*, Vol. 1. Springer Verlag, England, pp. 51-60.
- LIN W.T., SHAO B.B. (2000), "The relationship between user participation and system success: a simultaneous contingency approach", *Information & Management*, Vol. 37, No. 6, pp. 283-295.
- LLORCA G. (2004), *Guide pratique de la décision médicale*, Éditions MED-LINE, 150 pages.
- LORINO P. (2005), "Théories des organisations, sens et action : le cheminement historique, du rationalisme à la genèse instrumentale des organisations", pp. 54-72, dans LORINO P. et TEULIER R. (2005), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, La Découverte.
- LORINO P. (2007), "Un défi pour les sciences de gestion : le tournant paradigmatique du modèle de la décision au modèle de l'activité collective" dans A. Ch. MARTINET (Coord.), *Sciences du management. Épistémique, Pragmatique, Ethique*, Paris, Vuibert, Série Fnege.
- LUCAS H. C. Jr. (1974), *Toward creative system design*, New York : Columbia University Press.
- LUCAS V., TONNELIER F. (1996). "La réforme du système de santé en France : entre pouvoir central et pouvoirs locaux" in "Approches géographiques de la planification sanitaire. Concepts et méthodes", (E. Vigneron et al.), *Cahiers GEOS*, n° 32, Montpellier, Université Paul Valéry, pp. 5-17.
- MAADANI M., SAID K. (2009), *Management et pilotage de la performance*, Hachette, 159p.
- MACINTOSH N.B., SCAPENS R. W. (1991), "Management Accounting and Control Systems: A Structuration Theory Analysis", *Journal of Management Accounting Research*, Fall, pp. 131-158.
- MACKENZIE D., WAJCMAN J. (1985), *The Social Shaping of Technology: How the Refrigerator Got Its Hum*, Milton Keynes, Open University Press.
- MALLEIN P., TOUSSAINT Y. (1994), "L'intégration sociale des TIC : une sociologie des usages", *Technologie de l'information et société*, Vol. 6, N°4, pp. 315-335.

- MANTEI M. M., TEOREY T. J. (1988), *Cost/Benefit Analysis for Incorporating Human Factors in the Software Lifecycle*, Communications of the ACM, 31(4), 428-439.
- MARAKAS G. (2003), *Decision Support Systems In the 21st Century*, Second Edition, Prentice Hall.
- MARCH J. G. (1991), "Exploration and Exploitation in Organizational Learning", *Organization Science*, 2(1), pp.71-87
- MARCH J. G. (1991), "Systèmes d'information et prise de décision : des liens ambigus" In March J. G. (Ed.), *Décisions et organisations*, pp. 231-254, Paris : Editions d'Organisation.
- MARCH J.G., SPROULL L.S., TAMUZ M. (1991), *Learning from samples of one or fewer*, *Organization Science*, 2, 1-13.
- MARCINIAK R., ROWE F. (2005), *Systèmes d'information, Dynamique et Organisation*, 2e édition, Paris, Economica, 111 p.
- MARION A., ASQUIN A., EVERAERE C., VINOT D., WISSLER M. (2012), *Diagnostic de la performance de l'entreprise - Concepts et méthodes*, Collection : Management Sup, Dunod.
- MARKUS M.L., ROBEY D. (1988), "Information technology and organizational change : causal structure in theory and research", *Management Science* (34), pp. 583-598.
- MARTIN D.P., PICCEU C. (2007), "Outils de gestion et pilotage dynamique de l'action collective", *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 10, n° 3, p. 75-110.
- MARTINET A.C. (1990), "Grandes questions épistémologiques et sciences de gestion", in MARTINET (Ed). *Épistémologies et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, p. 9-30
- MATHIESON K. (1991), "Predicting user intentions : comparing the technology acceptance model with the theory of planned behavior", *Information Systems Research*, vol. 2, n° 3, pp.173-191.
- MAUGERI S. (2003), "Une lecture pessimiste du processus de rationalisation", dans *Du politique dans les organisations*, De BOUSSARD V. et MAUGERI S., L'Harmattan, pp. 105-131.
- MAYÈRE A. (1993), "Sciences de gestion et sciences de l'information : fragments d'un discours inachevé", *Revue Française de Gestion*, novembre-décembre, pp. 102-116.
- McGRATH J. E. (1984), *Groups - Interaction and Performance*, (1st Edition), Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- MENACHOF D., SON B. (2003), *The truth about collaboration*, Chief Logistics officer-Penton Media, pp 6-12.
- MEYSSONNIER F (1999), "Au cœur du contrôle de gestion : la mesure", dans *Faire de la recherche en contrôle de gestion ? De la compréhension des pratiques à un renouvellement théorique*, coordonné par Yves Dupuy, FNEGE, Vuibert, pp. 51-59.
- MIDLER C. (1993), *L'auto qui n'existait pas : management de projets et transformation de l'entreprise*, InterEditions, Paris.
- MIDLER C. (1996), *Modèle gestionnaire et régulation économique de la conception*, dans DE TERSSAC G. et FRIEDBERG E. (Eds.), *Coopération et conception*, Ed. Octares, Toulouse, pp 63-85.
- MILLER D. (1996), "A Preliminary Typology of Organizational Learning : Synthesizing the Literature", *Journal of Management*, Vol. 22, n°3, p.485-505.
- MILLERAND F. (1998). *La dimension cognitive de l'appropriation des technologies interactives*, Communication au 66e congrès de l'ACFAS, Université Laval, Québec, Canada, 12 mai.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of Organization*, Prentice Hall.
- MINTZBERG H. (1994), *Structure et dynamiques des organisations*, Paris, Éditions d'Organisations, p.46.
- MINTZBERG H., AHLSTRAND B., LAMPEL J (2009), *Safari en pays stratégie : L'exploration des grands courants de la pensée stratégique*, Pearson Education France, 2e édition.
- MIREBEAU Sylvie (2010) "Clinique et management : une synergie en construction", *Empan* 2/2010 (n° 78), p. 53-66.
- MOISDON J.C. (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Séli Arslan.

- MOISDON J-C, PEPIN M., (2010), "Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements", *DREES, série études et recherches*, mai 2010, n°97, 120 p.
- MOISDON JC. (2005), "Comment apprend-on par les outils de gestion ? retour sur une doctrine d'usage", dans LORINO P. et TEULIER R. (2005), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, La Découverte.
- MORGAN G. (1997), *Images of Organization*, Sage, Thousand Oaks.
- MORIN P., DELAVALLÉE E. (2000), *Le manager à l'écoute du sociologue*, Éditions d'organisation.
- MUCCHIELLI A. (1991), *Les situations de communication*, Éditions Eyrolles.
- MUCKENHIRN P. (2003), *Le système d'information décisionnel : Construction et exploitation*, Paris : Hermes-Lavoisier, 189 p.
- MUNIR K.A., JONES M. (2004), "Discontinuity and after : the social dynamics of technology evolution and dominance", *Organization Studies*, 25(4), pp. 561-581.
- MUSCA G. (2004), "Construction de compétences et environnement turbulent. Le cas d'équipes-projet Internet", *Revue française de gestion*, vol. 30, n° 149, p. 117-131.
- NICOLAS-LESTRAT P., (2003), *La relation de consultance. Une sociologie des activités d'étude et de conseil*, Paris, L'Harmattan, 252 p.
- NIELSEN J (1993), *Usability Engineering*, Academic Press, London.
- OIRY E. (2001), *De la gestion par les qualifications à la gestion par les compétences : une analyse par les outils de gestion*, Thèse en Sciences de Gestion, Université d'Aix-Marseille II, p.
- OLLMAN B. (1971), *Alienation : Marx's Conception of Man in Capitalist Society*, Cambridge, USA : Cambridge University Press.
- ORLIKOWSKI W. (1992), "The Duality of Technology : Rethinking the Concept of Technology in Organizations", *Organization Science*, (3), No. 3, Aug. 1992, pp. 398-427.
- ORLIKOWSKI W. (2000), "Using technology and constituting structures : a practice lens for studying technology in organizations", *Organization Science*, 11(4), pp. 404-428.
- ORY V. (2008), *Le rôle fédérateur d'un outil décisionnel pour un contrôle de gestion partagé : l'expérience du Centre Hospitalier de Roanne*, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.
- PAGÈS C. (2006), *Contrôle de gestion et pratiques managériales à l'hôpital – la mise en œuvre d'un management de la performance au centre hospitalier d'Orsay*, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.
- PAPADIMITRIOU K., PELLEGRIN C. (2007). "Dynamics of a project through Intermediary Objects of Design (IODs): A sensemaking perspective", *International Journal of Project Management*, vol. 25, n° 5, p. 437-445.
- PASCAL A. (2006), *Conception d'une solution TIC pour favoriser l'émergence de projets innovants : une approche usage. L'expérience KMP*, Thèse de doctorat en science de gestion. Nice – Sophia Antipolis, Décembre, 480 p.
- PASCAL A., THOMAS C. (2006), *Appropriation des TIC : vers une méthodologie de co-conception orientée usage : le cas KMP*, dans GRIMAND A. (2006), *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives*. Presses de l'Université de Saint-Etienne, Saint-Etienne, pp. 105-122.
- PASCAL C. (2000), "Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble", *adsp* n° 33, décembre 2000.
- PASCAL C., CLAVERANNE J. P. (2004), *Repenser les processus à l'hôpital : une méthode au service de la performance ?*, Paris : Médica Editions, 262p.
- PEIRCE C. S. (1934), *Collected Papers* vol 5, *Pragmatism and Pragmaticism*, Hartshorne, C. and Weiss P. (Eds), Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- PEREZ M., CHALAYER-ROUCHON S., TEYSSIER C. (2005), *Une approche socio-politique et psycho-cognitive des outils de gestion comptables et financiers*, Post-Print, HAL, <http://EconPapers.repec.org/RePEc:hal:journl:halshs-00522139>.

- PERRAULT SOLIVERES A. (2001), "Praticien-chercheur : défricher la nuit" In MACKIEWICZ M.-P. (Éd.). *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*, (pp. 41-53), Paris : L'Harmattan, p.46.
- PERRET V., SÉVILLE M. (2007), "Fondements Épistémologiques de la recherche", in THIÉTART R. A., *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, pp.13-33.
- PETTIGREW A. (1987), "Context and action in the transformation of the firm", *Journal of Management Studies*, vol. 24, n° 6, p.649-670.
- PETTIGREW A. M. (1985), *The Awakening Giant: Continuity and Change in Imperial Chemical Industries*, Oxford, Blackbell.
- PETTIGREW A.M. (1990), "Longitudinal field research on change: theory and practice", *Organization Science*, 1:3, pp.267-292.
- PIAGET J. (1964), *Six études de psychologie*, Coll. Folio/Essais, Ed. Denoël.
- PIAGET J. (1967), *Logique et connaissance scientifique*, Gallimard, Paris.
- PICH M.T., LOCH C.H., DE MEYER A. (2002), "On Uncertainty, Ambiguity, and Complexity in Project Management", *Management Science*, vol. 48, n° 8, p. 1008-1023.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (2000), *Public Management Reform : A Comparative Analysis*, Oxford University Press, 314 p.
- PONÇON, G. (2000), *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique*, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, p.25.
- PRAX J.Y. (2000), *Le guide du Knowledge Management*, Paris : Dunod, 261p.
- RABARDEL P. (2005), "Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir", dans TEULIER R. et LORINO P., *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, Paris, La Découverte, p. 251-265.
- RAKOTONDRAAIVO A. (2006). *Contribution de la modélisation à l'évaluation des performances des organisations de santé : application au réseau régional de cancérologie Oncolor*. Thèse de doctorat en Génie des Systèmes Industriels de l'Institut National Polytechnique de Lorraine, 219 p., Nancy.
- REIX R. (2004), *Systèmes d'information et management des organisations*, 5ème édition. Paris : Vuibert, 487 p.
- REIX R., ROWE F. (2002), "La recherche en systèmes d'information : De l'histoire au concept" In *Faire la recherche en systèmes d'information*, (pp. 16-17), Paris : Vuibert.
- RIGGLE M. (2001), "Breaking the Cycle of Failure", *Intelligent Enterprise*, vol 4, no 12, pp. 40-45.
- RING P.S., VAN DE VEN A. (1994), "Developmental processus of cooperative inter-organizational relationships", *Academy of Management Review*, Vol. 19, pp. 90-118. p. 96.
- ROBEY D., FARROW D. (1982), "User Involvement in Information System Development: A Conflict Model and Empirical Test", *Management Science*, 28(1), 73-85.
- ROGERS Everett M. (1983), *Diffusion of innovations*, New York, Free Press.
- RORTY R. (1994), *Objectivisme, relativisme et vérité*, Paris, PUF.
- ROSE B., GARZA L., LOMBARD M., LOSSENT L., RIS G. (2002), *Vers un référentiel commun pour les connaissances collaboratives dans l'activité de conception des produits*, Actes du 1er Colloque du groupe de travail Gestion des Compétences et des Connaissances en Génie Industriel du GDR MACS, pp 85-90.
- ROSENTHAL-SABROUX C., ZARATÉ P. (1995), *Cooperation typology for decision support*, Actes de la Conférence Internationale COOP'95, Antibes, France, 25-27 Janvier, pp 254-265.
- ROULEAU L. (2005), "Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving : How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day", *Journal of Management Studies*, vol. 42, n° 7, p. 1413-1441.
- SAINSAULIEU R. (1987), *Sociologie de l'entreprise et de l'organisation*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, Paris.
- SAINT-MARC T., FISCHLER M., TILLON-FAURE O. et al. (2010), "Organisation : bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activité", *Gestions hospitalières*, n°494.

- SCHMIDT K. (1991), *Cooperative Work : A Conceptual Framework*, dans RASMUSSEN J., BREHMER B., LEPLAT J. (Eds), *Distributed Decision Making : Cognitive Models for Cooperative Work*, John Wiley & Sons Ltd, pp 75-110.
- SCHMIDT K., BANNON L. (1992), "Taking CSCW Seriously : Supporting Articulation Work", *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, volume 1, numéro 1.
- SCHRYER C.F. (1993), "Records as Genre", *Written Communication*, Vol. 10, April, 200-234.
- SCHWEYER F.-X. (2006), "L'hôpital, une transformation sous contrainte", *Revue française des affaires sociales*, 4/2006 (n° 4), p. 203-223.
- SETBON M. (2000), "La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?", *Sociologie du travail*, no 42, p. 51-68.
- SIMON H. (1977), *The New science of management decision*, Prentice hall, Englewood-Cliffs.
- SIMON Herbert (1947), *Administrative Behavior*, New York, Macmillan.
- SIMON R.W. (1997), "The Meanings Individuals Attach to Role Identities and Their Implications for Mental Health", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 38, No. 3, pp.256-274.
- SIMON, H. A. (1980). *Le nouveau management*, Paris : Economica.
- SIMON, H.A. (1969), *The science of the artificial*, MIT Press, traduction et postface par Jean-Louis Le MOIGNE, *La science des systèmes, science de l'artificiel*, (1974), EPI éditeurs, Paris. Réédition chez Éd. Dunod en 1991. Réédité en 2004 sous le nom de *Les sciences de l'artificiel*, Éditions Gallimard, Coll. Folio Essais.
- SIMONET J., BOUCHEZ J.-P., PELADE J., GILBERT P., (2003), *Le conseil. Le livre du consultant et du client*. Paris, Éditions d'Organisation, 553 p.
- SMOLIAR S., SPRAGUE R. (2002), "Communication and Understanding for Decision Support", *Actes de la Conférence Internationale IFIP TC8/WG8.3*, Cork, Irlande, pp 107-119.
- SOUBIE J.L. (1998), *Modelling in Cooperative Knowledge Based Systems*, Actes de la Conférence Internationale COOP'98, Cannes, France, INRIA, pp. 45-48, Mai.
- SPERBER D., WILSON D. (1990), *La Pertinence*. Odile Jacob, Paris.
- SPRAGUE R., CARLSON E. (1982), *Building Effective Decision Support Systems*, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs.
- STEEN M., KUIJT-EVERS L., KLOK J. (2007), "Early user involvement in research and design projects-a review of methods and practices", Paper for the 23rd EGOS Colloquium (European Group for Organizational Studies), July 5-7, 2007, Vienna.
- STEFANINI A. (1997). "The hospital as an enterprise: management strategies". *Tropical Medicine and International Health*, 2(3), 278-83.
- SUTCLIFFE K.M., BROWN A.D., PUTNAM L.L. (2006), "Introduction to the Special Issue Making Sense of Organizing: in Honor of Karl Weick", *Organization Studies*, Vol. 21, No. 11, pp.1573-1578.
- TAYLOR J. R., GROLEAU C., HEATON L., VAN EVERY E. (2001), *The Computerization of Work: A Communication Perspective*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- TEIL A. (2002). *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, Thèse de doctorat en sciences de gestion de l'Université Jean Moulin, 400 p., Lyon.
- THEODORE F. (2001), "Quand les pouvoirs publics redéfinissent au sein de l'hôpital leur espace d'intervention", *Revue française des affaires sociales*, no 4 octobre-décembre, p. 183-202.
- THIÉTART R.-A., (1999), *Méthodes de recherche en management*, 3^e édition, 2007, Dunod : Paris, p.61.
- THOMASSEN M., LORENZEN M. (2001), *The dynamic costs of coordination and specialization: Production activities and learning processes in the Danish construction and furniture industries*, DRUID Nelson and Winter Conférence, Aalborg, Danemark, 12-15 Juin.
- TOUPILLIER D., YAHIEL M. (2011), *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers (CNG), Rapport remis au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

- TREMBLY A. C. (2001), "Experts: Technology is not to Blame for Data Warehouse Failures", *National Underwriter*, vol. 105, n° 45, 5 novembre, pp. 32-41.
- URIO, P. (1998), "La gestion publique au service du marché", in HUFTY M. (éds), *La pensée comptable : État, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF et Les nouveaux Cahiers de l'IUED, Paris et Genève, 91-124.
- VENKATRAMAN N. (1995), *Reconfigurations d'entreprises provoquées par les technologies de l'information*, dans *L'entreprise compétitive au futur*, Scott Morton, M.S., Les éditions d'Organisation.
- VIDAILLET B. (2003), *Exercice de sensemaking* dans VIDAILLET B. (éditeur), *Le sens de l'action*, Karl E. Weick: sociopsychologie de l'organisation, Paris : Vuibert, pp.35-50.
- VIGNERON E., BRAU F. (1996). "Approches géographiques de la planification sanitaire. Concepts et méthodes", (E. Vigneron et al.), *Cahiers GEOS*, n° 32, Montpellier, Université Paul Valéry, pp. 1-4.
- VIRGILI S. (2005), *La construction mutuelle de la technologie et de l'organisation en phase de développement : une perspective communicationnelle appliquée à l'étude d'un ERP*. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Nice-Sophia Antipolis.
- VIVES-ROCAMORA N., juin-juillet 2009, "Pôles hospitaliers : premiers bilans", *Gestions hospitalières*, n°487
- WACHEUX F. (1996), *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*, Economica, Paris
- WALSH, J.P. (1995), "Managerial and Organizational Cognition: Notes from a Trip Down Memory Lane", *Organization Science*, Vol. 6, No. 3, pp.280-321.
- WALSHAM G. (1997), *Actor-Network Theory and IS research : Current status and future prospects*, dans LEE A. S., LIEBENAU J., DEGROSS J. I. (Eds.), *Information systems and qualitative research*, London, Chapman and Hall, pp. 466-480.
- WEICK K. (1985), "Cosmos vs. Chaos : Sense and Nonsense in Electronic Contexts", *Organizational Dynamics*, Vol. 14, pp.50-64.
- WEICK K. E. (1969), *The social Psychology of Organizing*, Reading, MA : Addison Wesley.
- WEICK K.E. (1995), *Sensemaking in organizations*, Sage, Thousand Oaks.
- WHITTINGTON R. (2003), "The Work of Strategizing and Organizing: for a Practice Perspective", *Strategic Organization*, vol. 1, n° 1, p. 119-127.
- WHITTINGTON R. (2006), "Completing the Practice Turn in Strategy Research", *Organization Studies*, vol. 27, n° 5, p. 613-634.
- WIXON D, WILSON C. (1997), *The usability engineering framework for product design and evaluation* In HELANDER M., LANDAUER T.K., PRABHU P. (eds) *Handbook of Human-Computer Interaction*, 2nd edn. (Amsterdam : Elsevier), pp. 653-688.
- YIN R. K. (1990), *Case Study Research : Design and Methods*, Applied Social Research Methods series, Vol 5, CA : Sage, Newbury Park.
- ZACHARY W. W., ROBERSTON S. P. (1990), *Introduction*, dans ZACHARY W. W., ROBERSTON S. P., BLACK J. B. *Cognition, Computing and Cooperation*. Ablex Publishing Corporation, Norwood.
- ZARATÉ P. (2005), *Des Systèmes Interactifs d'Aide à la Décision Aux Systèmes Coopératifs d'Aide à la Décision : Contributions conceptuelles et fonctionnelles*, Habilitation à Diriger des Recherches - Spécialité Informatique - soutenue le 7 Décembre 2005, Institut National Polytechnique de Toulouse (INPT)
- ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O. (2010), "Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé", *Inspection générale des affaires sociales*, 123 p.
- ZHAI L., HONG L., SUN Q., (2011), "Research on Requirement for High-quality Model of Extreme Programming", *International Conference on Information Management (ICIM)*, 2011, pp. 518-522.
- ZIMMERMAN J-F (2008), "Nouvelle gouvernance, contrat de pôle... L'expérience au CHU de Toulouse", *Gestions hospitalières*, n°474.

TABLE DES ABREVIATIONS

A

ADH : Association des Directeurs d'Hôpital
AMOA : Assistance à la maîtrise d'ouvrage
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANAPATH : Anatomo-Pathologie
AP-HM : Assistance Publique - Hopitaux de Marseille
AP-HP : Assistance Publique - Hopitaux de Paris
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ARSIF : Agence Régionale de Santé Île de France

B

BB : Borne basse
BCG : Boston Consulting Group
BH : Borne haute
BI : Business Intelligence
BO : BusinessObjects (logiciel de l'éditeur SAP)
BSC : Balanced Score Card
BTP : Bâtiments et Travaux Publics
BVQI : Bureau Veritas Quality Insurance

C

CA : Chiffre d'affaires
CAC : Centre d'activité
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CdAM : Catalogue des Actes Médicaux
CDC : Change Data Capture
CDG : Contrôle de Gestion
CDSIH : Comité Directeur du Système d'Information Hospitalier
CERVEAU : Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences
CGT : Confédération Générale du Travail
CH : Centre Hospitalier
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIGREF : Club Informatique des Grandes Entreprises Françaises
CISS : Collectif interassociatif sur la Santé
CLCC : Centre de Lutte contre le cancer
CME : Commission médicale d'établissement
CNG : Centre National de Gestion
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
COM : Contrat d'objectifs et de moyens
COPIL : Comité de pilotage
COSINUS : Comité de suivi des indicateurs des unités de soins
CP : Coefficient de probabilité
CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR : Centre de responsabilités
CREA : Compte de Résultat Analytique (par pôle)
CSCW : Computer Supported Cooperative Work
CSI : Centre de sociologie de l'innovation
CT : Computed tomography

D

DAF : Direction Administrative et Financière
DF-CdG : Direction Financière et du Contrôle de Gestion
DG : Direction Générale
DGF : Dotation Globale de Financement
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DH : Direction de l'Hôpital
DIM : Département de l'information médicale (Directeur du)
DMI : Dispositifs médicaux implantables
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DOPS : Direction Opérationnelle du Plan Stratégique
DQM : Data Quality Management
DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH : Direction des ressources humaines
DSDM : Dynamic System Development Methodology
DSI : Directeur des Systèmes d'Information
DSIH : Directeur des Systèmes d'Information Hospitaliers
DSIO : Directeur des systèmes d'information et de l'organisation
DSS : Decision Support System

E

EHESP : École des hautes études en santé publique
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EM : École de Management
ENCC : Échelle nationale des coûts à méthodologie commune
ENSP : École Nationale de Santé Publique
EPIC : Établissements privés d'intérêt collectif

EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses
ESPIC : Établissements de Santé privés d'intérêt collectif
ESSEC : École supérieure des sciences économiques et commerciales
ETL : Extraction Transformation Load
ETP : Équivalent Temps plein
EXH : Extrême Haut

F

FEHAP : Fédération des établissements. hospitaliers & d'aide à la personne
FICOM : Fichier Commun de Structures
FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française

G

GCS : Groupement de coopération sanitaire
GDR : Gestion des risques
GDSS : Group Decision Support System
GED : Gestion électronique de documents
GEF : Gestion économique et financière
GERHNU : Groupe d'Étude et de Réflexion des Hôpitaux Non Universitaires
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours
GISEH : Conférence Francophone Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers
GMSIH : Groupe de modernisation des systèmes d'information hospitaliers
GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRAPHOS : Groupe de Recherches Appliquées Pluridisciplinaires sur l'Hôpital et les Organisations de la Santé
GRH : Gestion des Ressources Humaines

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCL : Hospices Civils de Lyon
HDR : Habilitation à diriger des recherches
HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou
HIA : Hôpitaux d'instruction des armées
HIT : Health Information Technology
HPST : Hôpital patient Santé Territoire

I

ICALIN : Indicateur composite des activités de lutte contre infections nosocomiales
ICR : Indices de coût relatif
IDC : Intelligence, Design, Choice (cf. IMC)
IFROSS : Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales
IHM : Interface Homme-Machine
IMC : Intelligence, Modélisation, Choix (cf. IDC)
INPT : Institut National Polytechnique de Toulouse
INRIA : Institut national de recherche en informatique et en automatique
IP : Internet Protocol

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRM : Imagerie par résonance magnétique
IS : Information Systems
ISA : Indice statistique d'activité
ISD : Information Systems Dynamics
ISO : International Organization for Standardization

L

LOLF : Loi organique relative aux lois de finances

M

MAE : Management et Administration des Entreprises
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDM : Master Data Management
ME : Médico-économique
MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MIS : Medical Information Systems
MIT : Massachusetts Institute of Technology
MOA : Maîtrise d'ouvrage
MOE : Maîtrise d'œuvre

N

NABM : Nomenclature des actes de biologie médicale
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
NGP : Nouvelle Gestion Publique
NRDT : NeuroRadiologie Diagnostique et Thérapeutique
NTIC : Nouvelles Technologies de l'information et de la communication

O

OLAP : Online Analytical Processing
OME : Observatoire médico-économique
OQN : Objectifs quantifiés nationaux
ORL : Oto-rhino-laryngologie

P

PC : Personal Computer
PD : Participatory design
PDCA : Plan Do Check Act
PDG : Président Directeur Général
PL/SQL : Procedural Language / Structured Query Language
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
PMT : Projet médical de territoire
PNL : Privé Non Lucratif
PNM : Personnel non médical
PRS : Projets régionaux de santé
PSE : Plan de Sauvegarde de l'Emploi
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
PSY : Psychiatrie
PUF : Presses universitaires de France

R

RCP : Réunions de concertation pluridisciplinaire
RDV : Rendez-vous
RH : Ressource Humaine
RIS : Radiology Information Systems
ROI : Return on Investment (retour sur investissement)
RSS : Résumé de Sortie Standardisé
RUM : Résumé d'unité médicale

S

SAE : Statistiques Annuelles d'Établissement
SAM : Strategic Alignment Model
SC : Surveillance continue
SG : Secrétariat Général
SGBD : Système de Gestion de base de données
SGBDR : Système de Gestion de base de données relationnelles
SGBM : Système de Gestion de base de modèles
SGMCAS : Secrétariat Général des Ministères chargés des affaires sociales
SI : Système d'information
SIAD : Système d'information (ou interactif) d'aide à la décision
SID : Système d'information décisionnel
SIH : Système d'information hospitalier
SIRH : Système d'information des Ressources Humaines
SISIF : Systèmes d'Information partagés en Santé en Ile-de-France
SLD : Soins de longue durée
SROS : Schéma Régional d'organisation sanitaire
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
SSII : Société de services en ingénierie informatique
SSPI : Soins de Suites Post Interventionnels
SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

TA : Type d'activité
TAM : Technology Acceptance Model
TBP : Tableau de bord équilibré
TCCM : Tableau Coût Case-Mix
TIC : Technologie de l'information et de la communication
TIM : Technicien d'information médicale
TSA : Théorie de la Structuration Adaptative

U

UCD : User-centered design
UF : Unité fonctionnelle
UFR : Unité de formation et de recherche
UM : Unité médicale
UMH : Unité médicale d'hospitalisation
USID : Unité du système d'information décisionnel

X

XL : Excel

XP : Extreme Programming

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des figures

Figure 1 : Construction de l'objet de recherche dans l'approche interprétative.....	20
Figure 2 : Mode de raisonnement et connaissance scientifique (Source : schéma adapté de Chalmers, in Thiétart, Op. Cit. p. 62)	21
Figure 3 : Logiques d'évaluation de la performance	48
Figure 4 : Les trois finalités des établissements de santé.....	53
Figure 5 : Principales réformes hospitalières.....	54
Figure 6 : La performance comme un différentiel.....	65
Figure 7 : L'organisation entre les acteurs	78
Figure 8 : Le niveau de la décision (selon Ansoff)	92
Figure 9 : Le manager et la prise de décision (selon Le Moigne).....	93
Figure 10 : Les managers se noient dans la décision.....	95
Figure 11 : Les phases de la décision de Simon.....	96
Figure 12 : Décider en situation.....	97
Figure 13 : Le modèle IDC et types de décisions	97
Figure 14 : Les phases de la décision de Simon revisité	104
Figure 15 : Architecture des SIAD selon Sprague et Carlson	112
Figure 16 : Données, informations et connaissances.....	114
Figure 17 : L'aide à la décision selon les étapes du processus de décisions (extrait de Reix).....	116
Figure 18 : les niveaux d'aide à la décision (vu par Reix)	116
Figure 19 : La composition du SIH et ses interfaces.....	118
Figure 20 : La matrice d'évolution du SID	119
Figure 21 : Le niveau 1 : L'infocentre sectoriel.....	120
Figure 22 : Le niveau 1 : Coexistence de plusieurs infocentres sectoriels (source GMSIH).....	121
Figure 23 : Le niveau 2 : Le data warehouse.....	123
Figure 24 : Le niveau 2 : Le data warehouse (source GMSIH)	123
Figure 25 : L'architecture générale d'un SID.....	124
Figure 26 : L'architecture générale d'un SID étendu	127
Figure 27 : Les scénarios de progrès du SID (source GMSIH)	129
Figure 28 : Le lotissement d'un projet décisionnel	130
Figure 29 : Les étapes d'un projet en cascade	132
Figure 30 : Les étapes de projet avec la méthodologie Kimball	133
Figure 31 : Les étapes d'un projet suivant le modèle de cycle en V.....	134
Figure 32 : Principe du contrôle réflexif dans la théorie de la structuration	145
Figure 33 : La dualité du structurel dans la théorie de la structuration.....	145
Figure 34 : La dimension spatio-temporelle dans la théorie de la structuration.....	145
Figure 35 : Les mécanismes de la théorie de la structuration (adapté de Giddens).....	146
Figure 36 : Le modèle structurationnel de la technologie selon Orlikowski.....	150
Figure 37 : L'enactment de la Technologie-en-Pratique selon Orlikowski	157

Figure 38 : Proposition de schématisation de la dynamique de coopération entre concepteurs (selon Guiderdoni).....	185
Figure 39 : Cartographie des liens entre diverses notions autour du concept de sens (selon Garreau).....	202
Figure 40 : Représentation d'une représentation mentale (selon Garreau)	204
Figure 41 : Modélisation du processus de construction de sens (selon Garreau)	208
Figure 42 : Synthèse du cadre d'analyse de Garreau et Mouricoun.....	210
Figure 43 : Les invariants du pilotage.	212
Figure 44 : la typologie de segmentation du pilotage.	214
Figure 45 : Exemple de cartographie des processus de l'hôpital.	216
Figure 46 : Modèle d'analyse proposé pour appréhender la dynamique d'appropriation du SID à l'Hôpital.	219
Figure 47 : La perspective d'Orlikowski pour analyser l'usage du SID dans le contexte hospitalier.	220
Figure 48 : Le recours à la dynamique de coopération entre concepteurs et utilisateurs adaptée de la théorie de la conception collective de Hatchuel.	221
Figure 49 : Le recours à la modélisation de Garreau pour la construction du sens commun.	222
Figure 50 : Le modèle proposé pour l'analyse de la dynamique d'appropriation du SID à l'hôpital.	222
Figure 51 : La capacité d'accueil du PNL (source FEHAP)	232
Figure 52 : Projet Parténia - Étape 1 : Le périmètre métier concernant l'activité.....	243
Figure 53 : Projet Parténia - Étape 1 : Les principales étapes de la mise en œuvre du premier lot.	244
Figure 54 : Projet Parténia - Étape 1 : L'existant décisionnel en début de projet.	245
Figure 55 : Projet Parténia - Étape 1 – Chronogramme du lot 1	253
Figure 56 : Démarche d'urbanisation du SI.....	259
Figure 57 : Organigramme de la Direction du Système d'Information Hospitalier de Parténia.....	260
Figure 58 : MacroPlanning proposé pour l'Étape 2.....	274
Figure 59 : Agenda de la rencontre avec le CHU de Grenoble	275
Figure 60 : Organisation du projet décisionnel au CHU de Grenoble et implication du COSINUS	275
Figure 61 : Évolution des résultats entre 2004 et 2007.....	278
Figure 62 : Exemple de projet de service pour l'UGA	281
Figure 63 : Organigramme de Parténia (janvier 2006).....	287
Figure 64 : Nouvel Organigramme de Parténia après l'application de la Nouvelle Gouvernance	287
Figure 65 : Lisibilité du Pilotage et du découpage du Projet Parténia-2012	294
Figure 66 : Page d'accueil donnant accès aux espaces pôles de l'Hôpital	300
Figure 67 : Page réservée aux pôles de l'Hôpital.....	301
Figure 68 : Tableau de bord de synthèse d'activité de l'Hôpital	301
Figure 69 : Distinction des complexités dans le schéma d'alimentation des données	302
Figure 70 : Modélisation du datamart Indicateurs	303
Figure 71 : Chaîne décisionnelle de construction de tableaux de bord	303
Figure 72 : Exemple d'un Tableau de Bord équilibré traduisant des responsabilités partagées dans un taux d'occupation.....	304
Figure 73 : Comparaison datamart physique vs. virtuel.....	304
Figure 74 : Nouvel Organigramme de Parténia après l'application de la Nouvelle Gouvernance	316
Figure 75 : Les tableaux de bord équilibrés – la logique collaborative du plan stratégique	323
Figure 76 : La logique collaborative du plan stratégique – Performance d'une problématique hospitalière	323
Figure 77 : Les outils de communication mobilisés	333
Figure 78 : L'enactment de l'Espace du Pôle par les Pôles de Parténia.....	338
Figure 79 : Le modèle proposé pour l'analyse de l'appropriation du SID à l'hôpital.	342

Table des encadrés

Encadré 1 : Du mémoire de Master à la Thèse	18
Encadré 2 : Les spécificités du secteur public.....	44
Encadré 3 : La régulation du financement par la tarification nationale.....	58
Encadré 4 : Le Contrôle de gestion à l'hôpital	81
Encadré 5 : Le métier de DRH à l'hôpital.....	84
Encadré 6 : Exemple.....	91
Encadré 7 : Le SID comme facilitateur entre les acteurs de l'hôpital	147
Encadré 8 : Consensus autour d'un langage commun à l'hôpital	147
Encadré 9 : Le phénomène « Web 2.0 »	160
Encadré 10 : La trajectoire du point d'équilibre.....	165
Encadré 11 : Une double approche de l'appropriation des outils de pilotage à l'hôpital.....	175
Encadré 12 : Les deux phases du développement des outils de pilotage où sont sollicités les utilisateurs.....	187
Encadré 13 : Le projet « PILOT » : Un exemple de suivi au CHU de Grenoble.	196
Encadré 14 : Encadré : Les établissements privés non lucratifs selon la FEHAP.....	231
Encadré 15 : Projet Parténia - Étape 1 - Synthèse des questionnaires.....	248
Encadré 16 : Le CDSIH de Parténia	258
Encadré 17 : Lettre adressée par la DSIH aux parties prenantes du projet	264
Encadré 18 : Lettre introductive du projet Parténia 2007-2012.....	308

Table des tableaux

Tableau 1 : Positions épistémologiques des paradigmes positivistes, interprétativiste et constructiviste	19
Tableau 2 : Synthèse des différents statuts et rôles de l'observateur proposé par Junker	25
Tableau 3 : Design de notre recherche	36
Tableau 4 : Comparaison des administrations de types wébérienne et NMP	42
Tableau 5 : Les différentes actions s'inscrivant dans le champ du NMP.....	43
Tableau 6 : les nouveaux modes de régulation.....	53
Tableau 7 : les deux modèles de contrôle de gestion dans les hôpitaux (selon Pagès).....	83
Tableau 8 : la synthèse des rôles du trio du pôle	87
Tableau 9 : Les différents types de décisions.....	94
Tableau 10 : Apports et limites de la prise de décision de groupe.....	106
Tableau 11 : La coopération selon le point de vue adopté.....	107
Tableau 12 : Les niveaux de solutions selon les niveaux de maturité	120
Tableau 13 : Forces et faiblesses de l'infocentre sectoriel	121
Tableau 14 : Forces et faiblesses du SID intégré.....	127
Tableau 15 : Le SID de niveau 3 comme cible à atteindre.....	128
Tableau 16 : Les caractéristiques des méthodologies agiles.....	135
Tableau 17 : Liste des principes des méthodologies agiles.....	135
Tableau 18 : Trois logiques d'appropriation (à partir de De Vaujany).....	166
Tableau 19 : Les deux théories de l'appropriation des outils de gestion (selon De Vaujany)	177
Tableau 20 : Les différentes approches du « user involvement ».....	194
Tableau 21 : Synthèse des éléments théoriques importants autour du concept de sens (selon Garreau).....	207
Tableau 22 : Exemple d'objectifs par niveau de décision.	215
Tableau 23 : Récapitulatif des propositions théoriques de notre modèle d'analyse	225

Tableau 24 : Indicateurs les plus significatifs de l'hôpital Parténia.....	236
Tableau 25 : Projet Parténia-2012 : Étapes et collecte des données.....	241
Tableau 26 : Projet Parténia-2012 : les trois étapes de transformation.....	242
Tableau 27 : Projet Parténia - Étape 1 - Interviews réalisés dans la période du 30/06/2005 - 11/07/2005.....	247
Tableau 28 : Projet Parténia - Étape 1 – Liste des services cliniques interviewés.....	253
Tableau 29 : Dictionnaire Activité PMSI - Projet SID / Couverture fonctionnelle de K@PRIM.....	254
Tableau 30 : Dictionnaire Activité hors PMSI - Projet SID.....	254
Tableau 31 : Dico Finance - Projet SID.....	254
Tableau 32 : Projet Parténia - Étape 1 – Cartographie des utilisateurs du SID	256
Tableau 33 : Projet Parténia - Étape 1 – Liste des participants aux formations	257
Tableau 34 : La mission SIH	259
Tableau 35 : Le projet Parténia-2012 (dans ses 2 premières phases)	286
Tableau 36 : L'organisation en pôles de Parténia (juin 2007)	288
Tableau 37 : Calendrier de la mise en œuvre du plan stratégique Parténia-2012.....	290
Tableau 38 : Structure de la base documentaire du projet Parténia-2012	292
Tableau 39 : Les fiches thématiques de la base documentaire du projet Parténia-2012	292
Tableau 40 : Les points d'étapes prévus pour le projet Parténia-2012	296
Tableau 41 : Dynamique d'amélioration du 3 ^e séminaire à partir des premiers séminaires (15/6, 13/09).....	298
Tableau 42 : Interdépendances des composantes du SID avec les autres projets.....	299
Tableau 43 : Impacts organisationnels du Datamart physique.....	305
Tableau 44 : Les composantes du dispositif d'accompagnement.....	305
Tableau 45 : Calendrier de la mise en œuvre du plan stratégique Parténia-2012.....	306
Tableau 46 : Nombre de rendez-vous pour l'accompagnement du Projet Médical	307
Tableau 47 : Nombre de rendez-vous pour l'accompagnement des projets Supports.....	308
Tableau 48 : Les caractéristiques du système de pilotage : le périmètre du dialogue de pilotage.....	318
Tableau 49 : Les caractéristiques du système de pilotage : les composantes du plan stratégique.....	319
Tableau 50 : Synthèse des composantes du plan stratégique	319
Tableau 51 : Lien entre composantes du plan stratégique et domaines d'observation.....	321
Tableau 52 : Structures de quelques tableaux de bord équilibrés.....	322
Tableau 53 : Le processus « Décider d'adapter le plan stratégique ».....	324
Tableau 54 : Le processus « Réaliser les adaptations décidées du plan stratégique ».....	325
Tableau 55 : Le dialogue de pilotage interne et avec les partenaires.....	326
Tableau 56 : Le dialogue de pilotage avec les tutelles.....	328
Tableau 57 : Les étapes de construction du nouveau système de pilotage.....	329
Tableau 58 : Les moyens de pilotage.....	330
Tableau 59 : L'état du réalisé et les points d'amélioration.....	331
Tableau 60 : Confirmation de nos propositions théoriques à l'issue de notre recherche.....	347

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
1. Objet de la recherche et problématique	4
1.1. Des objectifs aux hypothèses de la recherche.....	5
1.2. Le choix de notre ancrage théorique : structurationniste et socio-cognitif.....	11
1.3. But de la thèse.....	12
2. Méthodologie	16
2.1. De notre activité professionnelle à la genèse de la recherche.....	16
2.2. Une approche interprétativiste et un mode de raisonnement abductif.....	18
2.3. La méthodologie retenue et la posture de recherche.....	22
2.4. Un positionnement hybride de « consultant-chercheur » : entre engagement et distanciation.....	26
2.5. Les outils de distanciation et le mode de collecte des données	28
2.6. La validité de la recherche : vers le pragmatisme et l'utilité	33
3. Plan de thèse	36
 PARTIE 1. LES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION : DU CONTEXTE A LEURS MISES EN ŒUVRE.	 39
Chapitre 1. Le contexte de la décision à l'hôpital.	41
1. L'hôpital mis sous pression par un Nouveau Management Public.....	41
1.1. Les fondements et avantages du NMP.....	41
1.2. Les limites et les dysfonctionnements du NMP.....	45
1.3. L'hôpital à l'heure du Nouveau Management Public.....	46
2. La question de la performance, ses enjeux, ses implications.....	47
2.1. Sens du mot performance	47
2.2. Ce qu'en pensent les acteurs hospitaliers	49
2.3. Nos propres constats.....	52
2.4. La réponse des pouvoirs publics.....	52
3. Les quatre piliers réglementaires du pilotage à l'hôpital	55
3.1. La mise en œuvre d'une planification de l'offre de soins.....	55
3.2. Le financement à l'activité ou la recherche de la rentabilité économique.....	57
3.3. La Nouvelle Gouvernance : L'approche médico-administrative et le découpage en pôles.....	59
3.4. La démarche Qualité.....	60
Conclusion du chapitre 1 : Des signes tangibles de la transformation de l'hôpital	61
Chapitre 2. Une nécessaire évolution du pilotage de la performance.	63
1. Les enseignements en faveur d'un nouveau système de pilotage pour l'hôpital	63
1.1. Les critères explicités de la performance hospitalière	63
1.2. Les difficultés à évaluer la performance.....	64
2. Du dialogue de gestion vers le dialogue de pilotage.....	66
2.1. La notion de dialogue de gestion	66
2.2. Vers une prise de décision collaborative, le dialogue de pilotage	71

3.	La mesure de la performance nécessite un Système d'Information Décisionnel.....	74
3.1.	Un préalable indispensable pour une aide à la décision performante.....	74
3.2.	Une organisation dédiée au développement du système et à son évolution	75
3.3.	Les acteurs clés du système d'information décisionnel	78
	Conclusion du chapitre 2 : Faire émerger une culture de la performance et du résultat.....	88
	Chapitre 3. Les spécificités de la prise de la décision à l'hôpital.....	90
1.	Les décisions et le processus de décision : principes généraux	90
1.1.	Les différents types de décisions	90
1.2.	Les modèles de décision	94
2.	La complexité des organisations de santé.....	98
2.1.	La complexité liée aux missions.....	98
2.2.	La complexité liée aux métiers	99
2.3.	La complexité liée à l'environnement	99
2.4.	La complexité liée au système de décision.....	100
3.	La décision dans les organisations de santé.....	100
3.1.	Les constats initiaux	100
3.2.	Les nécessaires évolutions des processus de décision à l'hôpital.....	102
3.3.	Étude du processus de décision de groupe	105
	Conclusion du chapitre 3 : Un langage commun et une démarche de co-construction	109
	Chapitre 4. Le système d'information coopératif d'aide à la décision.....	111
1.	Évolution des technologies de l'information décisionnelle.....	112
1.1.	Historique de l'informatique décisionnelle.....	112
1.2.	Information et décision, un lien ambigu.	113
1.3.	L'apport des technologies de l'information dans l'aide à la décision.....	116
2.	L'anatomie du SID pour l'hôpital.....	117
2.1.	Accéder à la bonne information pour prendre les bonnes décisions.....	118
2.2.	Le degré de maturité du système de pilotage.....	118
2.3.	Niveau 1 : l'infocentre, une première réponse sectorielle	120
2.4.	Niveau 2 : la suite décisionnelle intégrée	122
2.5.	Niveau 3 : la solution décisionnelle étendue	127
2.6.	Évolutivité du SID : Quels scénarios de progrès ?	128
3.	Les méthodes opératoires de construction du SID.....	130
3.1.	Introduction au projet de développement informatique.....	130
3.2.	Les méthodologies traditionnelles	131
3.3.	Les méthodologies agiles.....	134
4.	Les difficultés rencontrées dans les projets de SID	136
4.1.	Les principales causes d'échecs.....	136
4.2.	La situation actuelle des SID dans les Établissements de Santé.....	138
	Conclusion du chapitre 4 : « Donner à voir » rapidement et durablement	139
	PARTIE 2. LES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION : DE L'USAGE A L'APPROPRIATION. ..	141
	Chapitre 5. L'appropriation d'un SID à travers ses usages.	143
1.	L'analyse des usages grâce aux structurationnistes	144
1.1.	La théorie de la structuration de Giddens et ses premières applications	144
1.2.	La Théorie de la Structuration Adaptative.....	150
1.3.	La perspective structurationniste portée par Orlikowski	155
2.	La catégorisation des utilisateurs et de leurs usages	158
2.1.	Les travaux d'Alter.....	158
2.2.	Les travaux d'Iribarne et Tchobanian.....	161
2.3.	Les travaux des Structurationnistes	162
3.	Les perspectives d'appropriation du SID par les acteurs.....	166
3.1.	L'usage rationnel du système de pilotage.....	167
3.2.	Les limites de la rationalité.....	170

3.3. Les théories de l'appropriation	176
Conclusion du chapitre 5 : Vers une nouvelle valeur des outils de gestion et de pilotage ?.....	177
Chapitre 6. L'appropriation du SID : Entre usage et conception.	179
1. Le processus de conception : vers une conception collective.....	179
1.1. Définition de la conception par ses activités et ses situations	179
1.2. Définition de la conception à partir du rapport de prescriptions entre acteurs	181
1.3. Dynamique de conception collective : de l'apprentissage à l'appropriation	184
2. La participation des utilisateurs dans le processus de conception	186
2.1. Les avantages de la participation de l'utilisateur au processus de conception	186
2.2. Le lien entre la participation des utilisateurs et le succès du système	189
2.3. Les formes de participation de l'utilisateur au processus de conception.....	190
3. Les particularités liées à la participation des utilisateurs au processus de conception.	194
3.1. Les difficultés opérationnelles à vouloir faire participer l'utilisateur au processus de conception.....	194
3.2. Les cadres théoriques choisis pour mieux articuler conception et usage.....	196
Conclusion du chapitre 6 : La participation de l'utilisateur à la conception, quels avantages ?.....	198
Chapitre 7. L'appropriation du SID à l'hôpital à partir de sa conception, de ses usages, et du sens donné à la stratégie de l'établissement.	199
1. L'apport du concept de sens dans l'élaboration de la stratégie.....	200
1.1. Les trois courants théoriques pour mobiliser au mieux le concept de sens dans la stratégie.....	202
1.2. L'opérationnalisation du concept de sens.....	207
1.3. Le cadre d'analyse adopté pour étudier les pratiques de construction de sens dans l'élaboration des projets de pilotage	208
2. La construction du sens comme élément d'articulation entre les différents niveaux de décision d'un projet de pilotage.....	212
2.1. Les principes de hiérarchisation dans l'élaboration du système de pilotage	212
2.2. La construction du sens commun au service du dialogue de pilotage	216
3. L'élaboration de notre modèle d'analyse et de son instrumentation pour l'étude de l'appropriation du SID	219
3.1. Les dynamiques internes à chacune des trois sphères	220
3.2. Les relations dynamiques entre Conception, Usage et Sens.....	222
Conclusion du chapitre 7 : Un cadre d'analyse de la dynamique d'appropriation du SID à partir de l'étude du triptyque <i>Conception, Usage et Sens</i>	224
PARTIE 3. L'INTEGRATION DES DISPOSITIFS D'AIDE A LA DECISION A L'HOPITAL : EXPERIMENTATIONS ET RESULTATS.....	226
Chapitre 8. Le choix de l'hôpital pour notre étude empirique.	228
1. Le secteur hospitalier en France	228
1.1. Les missions des établissements de santé.....	228
1.2. Les établissements de santé publics.....	229
1.3. Les établissements de santé privés	230
2. Le choix singulier d'un établissement privé d'intérêt collectif.....	231
2.1. Pourquoi un établissement de santé privé ESPIC ?	231
2.2. L'opportunité de l'hôpital Parténia.....	233
3. La présentation de l'hôpital Parténia	234
3.1. Présentation générale et son positionnement	234
3.2. Des premières orientations stratégiques jusqu'au projet Parténia-2012	236
Conclusion du chapitre 8 : L'Hôpital Parténia, un terrain d'étude opportuniste mais justifié..	242
Chapitre 9. Étape 1 : La mise en place de la première version du système de pilotage.	243
1. La mise en usage de la solution	243

1.1.	Lotissement et phasage du projet.....	243
1.2.	L'étude des besoins fonctionnels.....	245
1.3.	Qualification des usages attendus.....	255
1.4.	La suite des réalisations.....	257
2.	Les résultats de nos recherches menées en Étape 1.....	257
2.1.	L'introduction des technologies du décisionnel chez Parténia.....	258
2.2.	La conception du SID en réponse à l'arrivée de la T2A.....	261
2.3.	Les usages du SID par les directions fonctionnelles.....	266
	Conclusion du chapitre 9 : Une première étape dans l'appropriation des outils d'aide à la décision : entre conception et usage.	270
Chapitre 10. Étape 2 : La mise en place d'un Observatoire Médico-Économique (OME) et la structuration du dispositif global d'aide à la décision.....		271
1.	La conduite du changement indispensable au projet global	271
1.1.	Les conditions préparatoires au changement	271
1.2.	La mise en place de l'Observatoire Médico-Économique.....	272
1.3.	Le cadrage du projet global	276
2.	Résultats de nos recherches menées en Étape 2.....	277
2.1.	L'engagement de la Direction Générale pour impulser le sens stratégique.....	277
2.2.	L'implication de l'OME dans le SI décisionnel	279
2.3.	Les perspectives de l'OME.....	281
	Conclusion du chapitre 10 : Vers une construction du sens nécessaire au projet global.....	283
Chapitre 11. Étape 3 : La mise en œuvre du « Projet Parténia-2012 » et la conception du nouveau système de pilotage.		284
1.	Le projet global Parténia-2012	284
1.1.	La structure du projet.....	285
1.2.	Le Projet Nouvelle Gouvernance.....	286
1.3.	Le plan stratégique Parténia-2012	290
1.4.	La mise en œuvre opérationnelle du projet Parténia-2012	294
1.5.	L'évolution du Système d'information décisionnel.....	299
2.	La description de la mission d'accompagnement	305
2.1.	L'organisation de la mission.....	305
2.2.	Le calendrier des opérations	306
2.3.	Le lancement de la mission.....	308
3.	Le bilan du nouveau système de pilotage de Parténia	310
3.1.	Le contexte	310
3.2.	L'accompagnement au changement	311
3.3.	La sécurisation de la mise en œuvre du plan Parténia-2012	311
3.4.	Responsabilités respectives de la Gouvernance de l'Hôpital et de la Direction Opérationnelle du Plan Stratégique	311
3.5.	Les résultats au 13 juin 2008	312
4.	Résultats de nos recherches menées en Étape 3.....	317
4.1.	Les caractéristiques du dialogue de pilotage	317
4.2.	Les conditions du dialogue de pilotage	328
4.3.	L'état des mises en œuvre et impacts	331
	Conclusion du chapitre 11 : Pour décider à l'hôpital sur la base d'un véritable système de pilotage stratégique.	338
DISCUSSION CONCLUSIVE.....		340
1.	Relecture de notre modèle d'analyse et pistes de discussion.....	342
1.1.	Confirmation de nos propositions théoriques	342
1.2.	Discussions autour de l'enrichissement de la compréhension de l'appropriation du SID en milieu hospitalier	348
2.	Conclusion générale.....	352
2.1.	Retour sur notre questionnement épistémologique.....	352

2.2.	Retour sur notre approche de l'appropriation du SID.....	354
2.3.	Les pistes d'enrichissement théorique et les apports empiriques	355
2.4.	Limites et perspectives	358
BIBLIOGRAPHIE		360
TABLE DES ABREVIATIONS		374
TABLE DES ILLUSTRATIONS		380
Table des figures		380
Table des encadrés		382
Table des tableaux		382
TABLE DES MATIERES.....		384
ANNEXES.....		390
Annexe 1 : Questionnaire utilisateur utilisé en Étape 1		391
1.	Vos responsabilités	391
2.	Les problèmes	391
3.	Les acteurs	391
4.	Les flux d'information	392
5.	Besoins en matière d'analyse	392
6.	Conclusion	393
Annexe 2 : Dictionnaire métier établi en Étape 1		394
1.	Périmètre PMSI.....	394
2.	Périmètre hors PMSI.....	396
Annexe 3 : Exemples de rapports PMSI déployés pendant l'Étape 1		407
Annexe 4 : Plan d'action général sur le SIH pendant l'Étape 1		410
Annexe 5 : Exemple d'analyse médico-économique réalisée en Étape 2		415
Annexe 6 : Exemple de fiches thématiques utilisées en Étape 3		419
Annexe 7 : Exemple d'une fiche « Projet Médical » élaborée en Étape 3.....		421

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire utilisateur utilisé en Étape 1

1. Vos responsabilités

Décrivez votre rôle au sein de l'Hôpital Parténia.

[Saisir ici votre réponse]

Décrivez votre rôle au sein de votre service.

[Saisir ici votre réponse]

Quels sont les objectifs de votre service ?

[Saisir ici votre réponse]

Décrivez votre rôle dans le projet, vos attentes.

[Saisir ici votre réponse]

Combien de temps passez-vous à construire des indicateurs d'activité ? à les analyser ?

[Saisir ici votre réponse]

Comment évaluez-vous la prise de décision par rapport à ces indicateurs ?

[Saisir ici votre réponse]

Selon quelle fréquence l'évaluez-vous ?

[Saisir ici votre réponse]

2. Les problèmes

Quels sont les principaux problèmes auxquels vous devez faire face ?

[Saisir ici votre réponse]

Quelles en sont les conséquences sur votre organisation ?

[Saisir ici votre réponse]

Comment identifiez-vous ces problèmes ou leur éventualité ?

[Saisir ici votre réponse]

Rencontrez-vous des difficultés dans l'obtention des informations qui vous sont nécessaires ?

[Saisir ici votre réponse]

3. Les acteurs

Quelles sont les personnes qui produisent de l'information dans votre service ? Sous quelle(s) forme(s) : tableaux Excel, document Word, e-mail, alertes... ?

[Saisir ici votre réponse]

Quelles sont les autres personnes qui produisent de l'information dont vous avez besoin ? Sous quelle(s) forme(s) : Excel, document Word, e-mail, alertes... ?

[Saisir ici votre réponse]

Quels sont les moyens dont vous disposez pour produire cette information ?

[Saisir ici votre réponse]

Combien de temps passez-vous à l'élaboration de cette information ?

[Saisir ici votre réponse]

4. Les flux d'information

Quels sont les flux d'informations que vous pouvez identifier ?

[Saisir ici votre réponse]

Pouvez-vous recenser les informations que d'autres services vous transmettent et dont vous avez besoins pour agir ainsi que celles que vous produisez et dont d'autres services sont en attente ?

[Saisir ici votre réponse]

5. Besoins en matière d'analyse

Vos besoins sont-ils du type :

- Reporting ?
- Analyses descendantes (information consolidée vers de l'information de détail) ?
- Simulation ?
- Segmentation (patient par exemple) ?

[Saisir ici votre réponse]

Quel type d'analyse régulière utilisez-vous ? Sur quel type de données ?

[Saisir ici votre réponse]

Comment obtenez-vous les données et que faites-vous de l'information obtenue ?

[Saisir ici votre réponse]

Vos analyses subissent-elles des transformations ?

[Saisir ici votre réponse]

Quel type d'analyse souhaiteriez-vous effectuer ? Peut-on apporter des améliorations à votre méthode actuelle ?

[Saisir ici votre réponse]

Quel type d'analyse "au coup par coup" effectuez-vous ? Qui demande des analyses "au coup par coup" ? Quel en est l'usage ? Avez-vous le temps de poser les questions de suivi ?

[Saisir ici votre réponse]

Quels sont les états que vous utilisez actuellement ? Quelles sont les informations importantes ? Comment utilisez-vous les informations ? Quelle est la périodicité des états ?

[Saisir ici votre réponse]

Quelles possibilités d'analyse souhaiteriez-vous avoir à votre disposition ?

[Saisir ici votre réponse]

Quelles sont les possibilités qui s'offrent à vous si l'on améliore la facilité d'accès à l'information ? Pouvez-vous évaluer son impact financier ?

[Saisir ici votre réponse]

Quelles sont les alertes dont vous avez besoin à un instant T pour agir ?

[Saisir ici votre réponse]

6. Conclusion

En quoi considéreriez-vous que le projet est une réussite ?

[Saisir ici votre réponse]

Si vous aviez une priorité dans tout ce que vous venez de nous dire, laquelle serait-elle ?

[Saisir ici votre réponse]

Annexe 2 : Dictionnaire métier établi en Étape 1

1. Périmètre PMSI

N°	Nom	Indicateur / Axe
1	Identifiant Hospitalisation Sim	Axe
2	N° d'hospitalisation	Axe
3	Identifiant RSS	Axe
4	Nombre de séances	Indicateur
5	GHM du RSS	Axe
6	Code Pôle Activité du RSS	Axe
7	Code & Lib Pôle Activité du RSS	Axe
8	Code Ligne de produit du RSS	Axe
9	Code & Lib Ligne de produit du RSS	Axe
10	Version du tarif	Information
11	Prix unitaire du GHS (brut)	Information
12	Borne haute du GHS	Information
13	Valeur EXH du GHS	Information
14	Date d'entrée du RSS	Axe
15	Date de sortie du RSS	Axe
16	Mois de sortie du RSS	Axe
17	Nb de RUM du RSS	Indicateur
18	Identifiant du premier RUM du RSS	Information
19	Durée PMSI du RSS	Indicateur
20	DMS nationale pour le GHM du RSS	Information
21	Durée de séjour sup BH (Borne Haute)	Axe
22	Nombre de jours supérieurs à la BH	Indicateur
23	Durée de séjour inf BB (Borne Basse)	Axe
24	Nb d'actes de dialyse	Indicateur
25	Nb acte Rx Thérapie C687	Indicateur
26	Nb acte Rx Thérapie C688	Indicateur
27	Nb acte Rx Thérapie C689	Indicateur
28	Type de prélèvement d'organe	Axe
29	Nb Jours Réa	Indicateur
30	Nb Jours SI	Indicateur
31	Nb Jours SC	Indicateur
32	Nb Jours NN1	Indicateur
33	Nb Jours NN2	Indicateur
34	Nb Jours NN3	Indicateur
35	Valorisation dialyse	Indicateur
36	Minoration borne basse	Indicateur
37	Valorisation EXH	Indicateur
38	Valorisation 24Z05	Indicateur
39	Valorisation 24Z06	Indicateur
40	Valorisation 24Z07	Indicateur
41	Valorisation Prélèvement Organe	Indicateur
42	Valorisation Jours de Réa	Indicateur
43	Valorisation Jours de SI	Indicateur
44	Valorisation Jours de SC	Indicateur
45	Valorisation Jours de NN1	Indicateur
46	Valorisation Jours de NN2	Indicateur
47	Valorisation Jours de NN3	Indicateur
48	Valorisation avec suppléments	Indicateur
49	Valorisation sans suppléments	Indicateur
50	Somme de la valorisation des RUM constitutifs du RSS	Temporaire

N°	Nom	Indicateur / Axe
51	Identifiant patient Sim	Axe
52	Identifiant patient SIH	Axe
53	Identifiant Hospitalisation Sim	Axe
54	N° d'hospitalisation	Axe
55	Age du patient à l'entrée	Indicateur
56	Code tranche d'âge	Axe
57	Multi séjour (O=1, N=0)	Axe
58	Identifiant RSS	Axe
59	Année Mois de sortie du RSS	Axe
60	Nb de RUM du RSS	Indicateur
61	Code GHM du RSS	Axe
62	DMS nationale pour le GHM du RSS	Information
63	Durée de séjour sup BH du RSS	Indicateur
64	Nb Jours Réa du RSS	Indicateur
65	Nb Séances du RSS	Indicateur
66	Valorisation des EXH du RSS	Indicateur
67	Valorisation du RSS avec suppléments	Indicateur
68	Valorisation du RSS sans supplément	Indicateur
69	Identifiant Sim du RUM	Axe
70	UMH du RUM	Axe
71	Indicateur de RUM classant	Axe
72	Nb jours du RUM	Indicateur
73	(Réservé)	Axe
74	DMS nationale pour le GHM du RUM	Information
75	Code GHM du RUM	Axe
76	Libellé GHM du RUM	Axe
77	Valorisation du RUM sans supplément	Indicateur
78	Valorisation du RUM avec supplément	Indicateur
79	Répartition de la valorisation sans supplément du RSS au prorata du GHS sans supplément du RUM	Indicateur
80	Répartition de la valorisation EXH du RSS prorata temporis	Indicateur
81	Répartition de la minoration BB du RSS prorata temporis	Indicateur
82	Valorisation du RUM par répartition de la valeur sans supplément du RSS au prorata du GHS sans supplément du RUM + la répartition prorata temporis des EXH du RSS	Indicateur
83	Cumul des valorisations sans supplément des GHS des RUM du RSS	Temporaire
84	Valorisation du RUM par répartition de la valeur avec supplément du RSS prorata temporis	Indicateur
85	Valorisation du RUM par répartition de la valeur avec supplément du RSS prorata temporis + la répartition prorata temporis des EXH du RSS	Indicateur
86	Date d'entrée du RUM	Axe
87	Date de sortie du RUM	Axe
88	Indicateur de RUM dont la durée dépasse la DMS nationale du GHM du RUM	Axe
89	Type d'activité de l'UM	Axe
90	Diagnostic principal du RUM	Axe
91	Indicateur de RUM non codé	Axe
92	Indicateur de RUM constituant un RSS dont la durée de séjour est supérieure à la borne haute de son GHM	Axe
93	Nb séances du RUM	Indicateur
94	GHS du RUM	Axe
95	Indicateur de RUM dont la durée dépasse la borne haute du GHS du RUM	Axe
96	Nombre de journées dépassant la borne haute du GHS du RUM	Indicateur
97	Indicateur de RUM dont la durée est inférieure à la borne basse du GHS du RUM	Indicateur
98	Nb d'actes de dialyse du RUM	Indicateur
99	Nb acte Rx Thérapie C687 du RUM	Indicateur
100	Nb acte Rx Thérapie C688 du RUM	Indicateur
101	Nb acte Rx Thérapie C689 du RUM	Indicateur
102	Type de prélèvement d'organe	Axe

N°	Nom	Indicateur / Axe
103	Nb Jours Réa du RUM	Indicateur
104	Nb Jours SI du RUM	Indicateur
105	Nb Jours SC du RUM	Indicateur
106	Nb Jours NN1 du RUM	Indicateur
107	Nb Jours NN2 du RUM	Indicateur
108	Nb Jours NN3 du RUM	Indicateur
109	Valorisation dialyse du RUM	Indicateur
110	Valorisation Prélèvement Organe du RUM	Indicateur
111	Valorisation Jours de Réa du RUM	Indicateur
112	Valorisation Jours de SI du RUM	Indicateur
113	Valorisation Jours de SC du RUM	Indicateur
114	Valorisation Jours de NN1 du RUM	Indicateur
115	Valorisation Jours de NN2 du RUM	Indicateur
116	Valorisation Jours de NN3 du RUM	Indicateur
117	Valorisation du RUM par répartition de la valeur sans supplément du RSS au prorata du GHS sans supplément du RUM + la répartition prorata temporis des EXH du RSS + Valorisation dialyse + Prélèvement Organe + Réanimation + SI + SC + NN1 + NN2 + NN3	Indicateur

2. Périmètre hors PMSI

Type d'objet : Indicateur

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
Nombre d'entrées	Nombre de d'entrée dans la période	Temps Mode d'entrée (E1 à 8 ou Mutation, Urgence) UF hébergement UF Responsabilité médicale Type Activité Type de séjour Patient Axe spécifique urgence
Nombre d'entrées budgétées	Nombre de d'entrées prévisionnelles	Temps UF Responsabilité médicale Type Activité Type de séjour
Nombre de journées lits budgétées	Nombre de journées lits prévisionnelles	Temps UF Responsabilité médicale Type Activité Type de séjour
CA budgété	Centre d'Activité prévisionnel	Temps UF Responsabilité médicale Type Activité Type de séjour
Nombre de séances de dialyse	Nombre de séances de dialyse (TA=TA19)	Temps UF hébergement UF Responsabilité médicale Patient Hospitalisé ou non (si la séance de dialyse a lieu lors du séjour hospi ou lors du séjour dialyse)
Nb Journées Administratives	« Date de sortie-date d'entrée + 1 uniquement si décès (voir mode d'entrée AXYA et non PMSI) ou si durée de séjour = 0 » avec SORTIE PENDANT la PERIODE DEMANDEE	Temps UF hébergement UF Responsabilité médicale Type Activité Patient

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
Nombre de journées PMSI en hospi complète	Date de sortie-date d'entrée avec SORTIE PENDANT la PERIODE DEMANDEE	Temps UF hébergement UF Responsabilité médicale Type Activité Patient
Durée moyenne de séjour administrative	Nombre de journées administratives/nombre d'entrées	Temps UF hébergement UF Responsabilité médicale Type Activité Patient
Durée moyenne de séjour PMSI	Nombre de journées PMSI/nombre d'entrées	Temps UF hébergement UF Responsabilité médicale Type Activité Patient
Nombre de sorties	Nombre de sorties dans la période	Temps Mode de sortie (S1...ou Mutation...) UF hébergement UF Responsabilité médicale Type Activité Patient
Nombre de lits théoriques	Nombre de lits physiquement installés (tous les lits pas le nombre de place au sens ambulatoire)	Temps UF hébergement Type Activité
Nombre de lits disponibles	nombre de lits installés – nombre de lits fermés	Temps UF hébergement Type Activité
Nombre de lits fermés	Nombre de lits fermés	Temps UF hébergement Type Activité Raison de fermeture (pénurie, week-end, isolement, FER...)
Nombre de journées lits disponibles	nombre de lits disponibles * nbre de jour de la période qui varie en fonction de la TA (semaine de 5 et 7 jours)	Temps UF hébergement Type Activité
Nombre de journées lits théoriques	Nombre de lits installés * nbre de jour de la période en fonction du TA (hopitaux de semaine de 5 jours et de 7 jours)	Temps UF hébergement Type Activité
Nombre de journées lits fermés	nombre de lits fermés * nbre de jour de la période en fonction du TA (hopitaux de semaine de 5 jours et de 7 jours)	Temps UF hébergement Type Activité Raison de fermeture (pénurie, week-end, isolement, FER...)
Taux d'occupation des lits installés	Nb de journée administrative/ nombre de journées lits installés * 100	Temps UF hébergement Type Activité
Taux d'occupation des lits disponibles	Nb de journée administrative/ nombre de journées lits disponibles* 100	Temps UF hébergement Type Activité

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
Nombre de passages	Nombre de passages au sens AXYA + passages dans PCP et Xplore et GLIMS (notion de dossier). VOIR pour autres sources DIAMMS et HEMODIAL et APIX (peut être l'ensemble des actes réalisés en un même temps sur le même patient dans le même séjour)	Temps (heure de la séance) Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Hiérarchie CCAM de l'acte principal (voir dans chaque SI comment le choisir) Programmé/non programmé salle Par type d'anesthésie (Sans, avec anesthésie générale,..),
Nombre d'actes NABM	Nombre d'actes NABM	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Type de séjour salle de réalisation Par type d'anesthésie (Sans, avec anesthésie générale,..), Axe NABM
Nombre d'actes CdAM	Nombre d'actes CdAM	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Type de séjour Programmé/non programmé salle de réalisation Par type d'anesthésie (Sans, avec anesthésie générale,..), Axe CdAM

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
Nombre d'actes CATALOGUE Parténia	Nombre d'actes CATALOGUE Parténia	Temps (heure de la séance) Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Programmé/non programmé salle de réalisation Par type d'anesthésie (Sans, avec anesthésie générale,..),
Nombre d'actes NGAP	Nombre d'actes NGAP	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Type de séjour Programmé/non programmé
Nombre d'actes CCAM	Nombre d'actes CCAM	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Type de séjour Programmé/non programmé salle de réalisation Par type d'anesthésie (Sans, avec anesthésie générale,..), Axe CCAM
Nombre d'heures au bloc	Nombre heure bloc central (date entrée salle – sortie salle)	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Type de séjour Par hiérarchie CCAM (à partir de 2005) et par hiérarchie CdAM (avant 2005) de l'acte principal

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
Nombre heures du patient au bloc	Nombre heure (date entrée bloc – sortie bloc)	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Type de séjour Par hiérarchie CCAM (à partir de 2005) et par hiérarchie CdAM (avant 2005) de l'acte principal Programmé/non programmé Salle de réalisation Urgence au sens PCP
Nombre heures d'intervention du chirurgien	Nombre heure (fermeture – incision)	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Intervenant principal (voir dans chaque SI) UF de spécialisation de l'intervenant principal (tous les intervenants sont dans AXYA) Patient Type d'activité Type de séjour Par hiérarchie CCAM (à partir de 2005) et par hiérarchie CdAM (avant 2005) de l'acte principal Programmé/non programmé Salle de réalisation Urgence au sens PCP
Nombre de naissances	Voir si existe dans AXYA sinon date entrée séjour = date de naissance ou voir si il y a un champ spécifique dans DIAMM	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Patient
Coefficient NGAP brut (ex 50 dans K 50)	Somme des Coefficients de l'ensemble des actes NGAP qu'ils soient facturés ou non	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production intervenant UF de spécialité de l'intervenant Patient Type d'activité Hierarchies NGAP (par lettre clef K, B,,) , Programmé/non programmé, Salle de réalisation Type de séjour,

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
Coefficient NGAP facturé	Somme des Coefficient de l'ensemble des actes NGAP donnant lieu à facturation	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production intervenant UF de spécialité de l'intervenant Patient Type d'activité Hierarchies NGAP (par lettre clef K, B,,) , Programmé/non programmé, Salle de réalisation Type de séjour,
Valorisation euro NGAP et CCAM brute	Si NGAP : prix unitaire de la lettre clef (tenir compte des tarifs historiques)* coeff NGAP brut SI CCAM : tarif de l'acte (tenir compte des tarifs historiques) ATTENTION EN 2005 LA TRANSCODIFICATION CCAM NGAP AMENE UNE DUPLICATION DE L'INFORMATION	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale structure de production par intervenant UF de spécialité de l'intervenant (réalisateur) Patient Type d'activité Hierarchies de la nomenclature concernées (CCAM ou NGAP : lettre clef) Programmé/non programmé (RDV ou non) salle de réalisation type de séjour
Valorisation euro NGAP et CCAM facturé	Si NGAP : prix unitaire de la lettre clef (tenir compte des tarifs historiques)* coeff NGAP facturé SI CCAM : tarif de l'acte (tenir compte des tarifs historiques et des abattements) (UNIQUEMENT LES ACTES DONNANT LIEU A FACTURATION) PRENDRE CALUL DEJA EFFECTUE DANS SYSTEME	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale structure de production par intervenant UF de spécialité de l'intervenant (réalisateur) Patient Type d'activité Hierarchies de la nomenclature concernées (CCAM ou NGAP : lettre clef) Programmé/non programmé (RDV ou non) salle de réalisation type de séjour

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
ICR standard	Pour chaque ACTE CCAM et CdAM, il y a un équivalent ICR. Somme des ICR des actes	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale structure de production par intervenant UF de spécialité de l'intervenant (réalisateur) Patient Type d'activité Hiérarchies de la nomenclature concernées (CCAM ou CdAM) Programmé/non programmé (RDV ou non) salle de réalisation type de séjour mode d'entrée UF de responsabilité médicale
ICR Anesthésie	Pour chaque ACTE CCAM et CdAM, il y a un équivalent ICR 2. Somme des ICR 2 des actes	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale structure de production par intervenant UF de spécialité de l'intervenant (réalisateur) Patient Type d'activité Hiérarchies de la nomenclature concernées (CCAM ou CdAM) Programmé/non programmé (RDV ou non) salle de réalisation type de séjour mode d'entrée UF de responsabilité médicale
ICR Omega	Pour chaque ACTE CCAM et CdAM, il y a un équivalent ICR Omega. Somme des ICR Omega des actes	Temps Structure hébergement Structure responsabilité médicale structure de production par intervenant UF de spécialité de l'intervenant (réalisateur) Patient Type d'activité Hiérarchies de la nomenclature concernées (CCAM ou CdAM) Programmé/non programmé (RDV ou non) salle de réalisation type de séjour mode d'entrée UF de responsabilité médicale
Nombre de séances en chimiothérapie	À PRECISER	
Nombre de rendez-vous pris	Nbre de RDV (INCLUS RDV PRIS A LA DEMANDE DE DEPLACEMENT SI RDV DEPLACE = 2 RDV PRIS)	Temps (date du RDV et DATE de prise du RDV) Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Structure demandeuse

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
		Intervenant UF de spécialité de l'intervenant si existe (réalisateur) Patient Type d'activité Salle de réalisation Type de séjour « créateur » du rendez-vous Déplacement ou non (si oui -> motif de déplacement)
Nombre de rendez-vous annulés	Nombre de rendez-vous annulés (ne donnant pas lieu à un RDV de remplacement : EXCLUS LES RDV DEPLACES)	Temps (date du RDV et DATE de prise du RDV) Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Structure demandeuse Intervenant UF de spécialité de l'intervenant si existe (réalisateur) Patient Type d'activité Salle de réalisatio Ttype de séjour « créateur » de l'annulation type d'annulation
Nombre de rendez-vous validés	Nombre de rendez-vous ayant eu une validation	Temps (date du RDV et DATE de prise du RDV) Structure hébergement Structure responsabilité médicale Structure de production Structure demandeuse Intervenant UF de spécialité de l'intervenant si existe (réalisateur) Patient Type d'activité Salle de réalisatio Ttype de séjour « créateur » du rendez-vous type de validation
Nombre de RDV n'ayant pas donné lieu à facturation	À PRECISER	
Nombre de patients présents	Nombre de patients actuellement en séjour HOSPI	Temps, Structure hébergement Structure responsabilité médicale Patient Type d'activité (HOSPI)
File active hôpital hospitalisation hors psy	Nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Les nouveaux-nés non hospitalisés ne sont pas à inclure. Un patient admis plusieurs fois au cours de l'année comptera pour 1 dans la file active. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. (SAE 2004 p48) Pour les UM non-PSY	Temps Patient

Nom Objet	Définition	Axes d'analyse
File active hôpital hospitalisation psy	Nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Les nouveaux-nés non hospitalisés ne sont pas à inclure. Un patient admis plusieurs fois au cours de l'année comptera pour 1 dans la file active. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. (SAE 2004 p48) pour les UM psy	Temps Patient
File active hôpital externe	Nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Les nouveaux-nés non hospitalisés ne sont pas à inclure. Un patient admis plusieurs fois au cours de l'année comptera pour 1 dans la file active. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une	Temps Patient
File active spécialité hospitalisation	Nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année au sein de l'UM de l'intervenant. Les nouveaux-nés non hospitalisés ne sont pas à inclure. Un patient admis plusieurs fois au cours de l'année comptera pour 1 dans la file active. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. (SAE 2004 p48) pour type de séjour <> « externe »	Temps Patient
File active spécialité externe	Nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Les nouveaux-nés non hospitalisés ne sont pas à inclure. Un patient admis plusieurs fois au cours de l'année comptera pour 1 dans la file active. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année. (SAE 2004 p48) pour type de séjour <> « externe »	Temps Patient
Durée d'occupation des salles	Somme des durées des examens dans la salle	Temps (heure de début, heure de fin) Structure hébergement Structure responsabilité médicale salle Type d'activité
taux d'occupation des salles	SOMME DUREE DES EXAMENS / SOMME DES DUREES D'OUVERTURE DES SALLES	Temps (heure de début, heure de fin) Structure hébergement Structure responsabilité médicale salle Type d'activité
Délai moyen de rendez-vous	Date du rendez-vous – date de prise du rdv	Temps A DETERMINER
Nb appels téléphoniques		
Nombre d'actes ANAPATH	À FAIRE DANS LE FUTUR	

Type d'objet : Dimension

Nom Objet	Définition
Mode d'entrée	Mode d'entrée dans l'UF
Mode de sortie	Mode de sortie de l'UF
UF hébergement	UF d'hébergement du patient
UF de production	UF de production de l'acte
UF de Responsabilité	UF de spécialisation de l'intervenant MOUV_HOSPI
UF de spécialisation de l'intervenant principal	UF de spécialisation de l'intervenant principal du passage
Intervenant principal	Intervenant principal du passage
UF de spécialisation de l'intervenant	UF de spécialisation de l'intervenant de l'acte
Intervenant	Intervenant de l'acte
Établissement	Établissement de L'UF
Fonction	Fonction de L'UF
Pole	Fonction de L'UF
Service	Service de L'UF
UM	UM lié à l'UF
Service	Service lié à l'UM
Centre de responsabilité	Centre de responsabilité de l'UF
CA	Centre d'Activité de l'UF
Hospitalisé ou non (Oui/Non)	Une dialyse est dite « hospitalisé » si la séance de dialyse a lieu durant la permission d'un séjour d'hospitalisation du même patient.
Nom du Patient	
Prénom du Patient	
Age du Patient	
Date de naissance du Patient	
Sexe du Patient	
Code Postal du Patient	
Pays du Patient	
Adresse du Patient	
Raison de fermeture	Raison de fermeture du lit
Acte CCAM	
Libellé de l'Acte CCAM	
Chapitre de l'acte CCAM	
Sous-chapitre de l'acte CCAM	
Paragraphe de l'acte CCAM	
Sous-paragraphe de l'acte CCAM	
Acte NABM	
Libellé de l'Acte NABM	
Acte CCAM	
Libellé de l'Acte CCAM	
Famille de l'Acte CCAM	Première lettre de l'Acte CdAM
Acte Catalogue Parténia	
Libellé de l'Acte Catalogue Parténia	
Acte NGAP	
Libellé de l'Acte NGAP	
Salle du passage	
Salle de l'acte	
salle d'hébergement	Chambre du patient
Type d'anesthésie	type d'anesthésie (Sans, avec anesthésie générale,..)

Nom Objet	Définition
Urgence au sens PCP	
Type de séjour	
Type d'activité	lié à l'UF du séjour
Programmé/non programmé (Oui/Non)	
« Créateur » de la validation	
« +Créateur » de l'annulation	
Déplacement ou non (Oui/Non)	
Motif de déplacement	
Type d'annulation	
Type de validation	

Annexe 3 : Exemples de rapports PMSI déployés pendant l'Étape 1

Les exemples ci-dessous illustrent les tableaux PMSI prêts à l'emploi livrés via le composant prépackagé K@PRIM apportant une réponse immédiate aux demandes du DIM.

			
Valorisation des séjours			
Page 91 de 379 22/09/2004			
Unité : HOSP COMPLETE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE			
CMD	GHM / GHS	Nombre de séjours	Valorisation des séjours < € >
(01) affections du système nerveux	(01M01S) Affections du système nerveux, avec CMAS	4	4 561 360
(01) affections du système nerveux	(01M03V) Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA	3	372 645
(01) affections du système nerveux	(01M05V) Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1	92 840
(01) affections du système nerveux	(01M13Z) Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	1	338 004

					
Groupes Homogènes de Séjours					
Sources : ATIH					
Page 1 de 47 02/08/2004					
		2004			
		Borne basse	Borne haute	Tarif GHS	Tarif EXH
01C01S	Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS	0	95	14 160,00	431,00
01C02Z	Craniotomies, âge inférieur à 18 ans	0	40	8 880,00	587,00
01C03V	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0	35	6 384,00	464,00
01C03W	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	0	78	12 647,00	431,00
01C04V	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	0	35	9 358,00	638,00



BILAN DES SEJOURS (RSS) ANNEE 2004 - ETABLISSEMENT

NOMBRE DE RSS 8 821

dont 5 542 (hospit. complète) 3 277 (<24H) 0 (séances) 2 (en erreur)

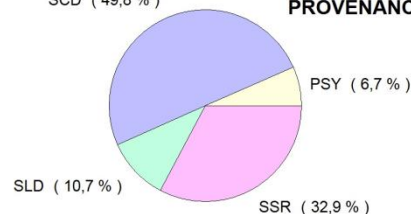
MODE D'ENTREE

	EFF.	%
Domicile	8 595	97,4
Mutation au sein de l'établissement	112	1,3
Transfert d'un autre établissement	113	1,3
Autres	1	0,0

} à

SCD (49,8 %)

PROVENANCE



DUREE MOYENNE DE SEJOUR (hors < 24H) : 7,6

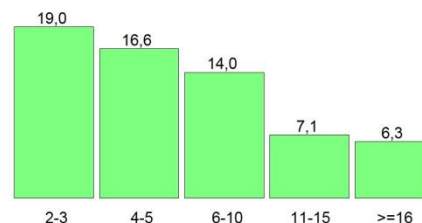
REPARTITION DES DUREES DE SEJOUR



<24H

Distribution
des durées de
séjour (HC)

}



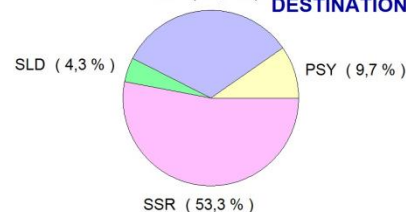
MODE DE SORTIE

	EFF.	%
Domicile	7 946	90,1
Mutation au sein de l'établissement	397	4,5
Transfert vers un autre établissement	303	3,4
Autres	175	2,0

} à

SCD (32,7 %)

DESTINATION



5 PREMIERS GHM avec DMS OBSERVEE (OBS) et DMS de REFERENCE (REF)

HC		EFF.	%	OBS	REF
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	290	28,6	4,5	4,4
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	268	26,4	4,5	4,6
17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	221	21,8	3,0	3,3
23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	127	12,5	3,6	4,6
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	108	10,7	13,9	10,6
H48		EFF.	%		
24Z01Z	Épuration extrarénale, en séances	607	41,3		
24M36Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	507	34,5		
24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	349	23,8		
<24H		EFF.	%		
24Z01Z	Épuration extrarénale, en séances	607	41,3		
24M36Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	506	34,4		
24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	352	24,0		

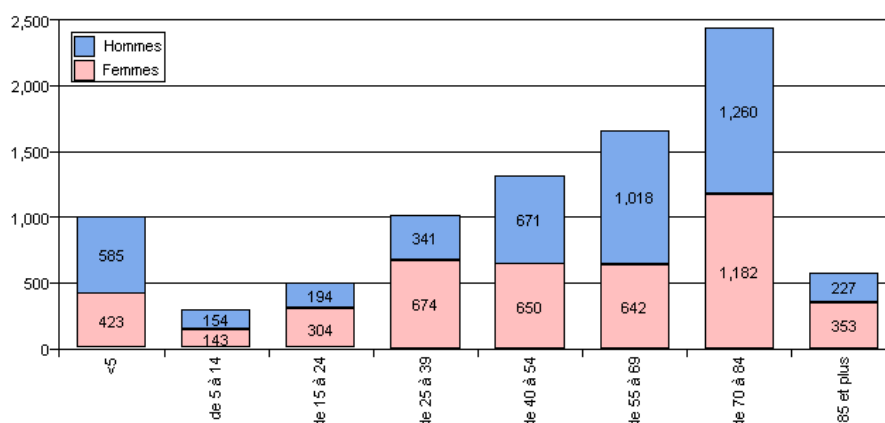
KAPRIM V2

**Répartition des séjours (nb RSS) par classe
d'âge des patients selon les sexes, au sein
de l'établissement**

Page 1 de 1

14/01/2005

Année de sortie de séjour : 2004



**10 GHM
avec diagnostic associé significatif,
les plus représentés au sein de l'établissement**

Page 1 de 1

14/01/2005

Année : 2004

GHM	nombre de séjours avec DAS	nombre de séjours	% de séjours avec DAS
(14Z02A) Accouchements par voie basse sans complication significative	265	268	98.88 %
(24Z02Z) Chimiothérapie pour tumeur, en séances	213	353	60.34 %
(24M36Z) Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	174	509	34.18 %
(17M06V) Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	132	221	59.73 %
(05M09VV) Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	108	108	100.00 %
(04M13Z) Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	98	98	100.00 %
(24M27Z) Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	88	155	56.77 %
(24M08Z) Affections de la CMD 04 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 04	74	118	62.71 %
(23M06Z) Autres facteurs influant sur l'état de santé	69	127	54.33 %
(10M02VV) Diabète, âge de 36 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	66	75	88.00 %

Annexe 4 : Plan d'action général sur le SIH pendant l'Étape 1

Le tableau suivant décrit ces actions avec un code couleur permettant d'identifier les différents types de tâches à mener.

Axes de travail majeurs		Actions
1	STRATEGIE	A1, A2, A4, A22, A23
2	CONDUITE DE PROJET	A7, A8, A18, A19
3	URBANISATION	A5, A6, A15
4	S.I	A9, A10, A11, A12, A13, A14, A16, A17, A20, A21

Tableau : Plan d'actions autour du SIH (dans la période correspondant à l'Étape 1)

Couche SI	Réf. Axe de progrès	Axe de progrès	Criticité 1 à 5 fort à faible	Plan d'actions	Effort 1 à 3 imp. à faible
Stratégie	R1	La stratégie de l'établissement n'est pas clairement connue par les services et la DSIH - SI administratif et financier ne favorisant pas la production des soins. - Parc PC / SI - Incompréhension de certains choix réalisés - Projets tirés par les métiers	1	A1- STRATEGIE - Intégration des projets SI dans le Projet d'Établissement : Schéma Directeur du SI pour projeter les évolutions du SI dans le cadre général de la stratégie de l'établissement. Faire vivre le portefeuille de projets du schéma directeur au fil des évolutions stratégiques et des réorganisations	1
Stratégie	R2	Positionnement de la DSIH	1	A2-STRATEGIE - Réactivation du CDSIH	3
Stratégie	R37	Les changements fréquents d'organisation de l'Hôpital, non annoncés, induisent des variations importantes dans les priorités des projets et perturbent ceux en cours.	2	A1- STRATEGIE - Intégration des projets SI dans le Projet d'Établissement : Schéma Directeur du SI pour projeter les évolutions du SI dans le cadre général de la stratégie de l'établissement. Faire vivre le portefeuille de projets du schéma directeur au fil des évolutions stratégiques et des réorganisations	1
Métier	R3	Le processus de prise en charge du patient n'est pas optimisé : il donne lieu à des dysfonctionnements de gestion administrative et sur les transferts d'informations	1	A3-URBANISATION - Mise en place d'une démarche d'urbanisation sur le processus "prise en charge du patient"	2
Applicative	R4	Une pauvreté des tableaux de bord restituant l'activité des Unités Fonctionnelles.	1	A4-STRATEGIE - Mise en place d'un Système d'Information Décisionnel (SID) : en cours. Plan complémentaire : Veiller à la réelle pertinence des indicateurs (utilité et non exhaustivité), à la qualité du dictionnaire, à l'intéressement de l'ensemble des managers.	3

Couche SI	Réf. Axe de progrès	Axe de progrès	Criticité 1 à 5 fort à faible	Plan d'actions	Effort 1 à 3 imp. à faible
Applicative	R5	Une redondance partielle de certaines applications sur des fonctionnalités précises	2	A5-URBANISATION - Instaurer une gouvernance du SI. Mener un plan d'urbanisation et Cartographier le SI pour identifier l'architecture fonctionnelle et les référentiels, les éventuelles redondances et les manques.	3
Applicative	R6	Des manques fonctionnels	2	A5-URBANISATION - Instaurer une gouvernance du SI. Mener un plan d'urbanisation et Cartographier le SI pour identifier l'architecture fonctionnelle et les référentiels, les éventuelles redondances et les manques.	3
Applicative	R7	L'identification des référentiels et des gisements de données doit être étendue afin d'établir une gestion globale des données et garantir leur cohérence.	2	A5-URBANISATION - Instaurer une gouvernance du SI. Mener un plan d'urbanisation et Cartographier le SI pour identifier l'architecture fonctionnelle et les référentiels, les éventuelles redondances et les manques.	3
Applicative	R36	La prise en compte d'évolutions du SI pour un alignement sur une stratégie orientée vers la prise en charge du patient sera complexe du fait qu'aujourd'hui l'épine dorsale du SI est par définition administrative, car appliquée aux principes de la DGF (Dotation Globale de Financement).	4	A5-URBANISATION - Instaurer une gouvernance du SI. Mener un plan d'urbanisation et Cartographier le SI pour identifier l'architecture fonctionnelle et les référentiels, les éventuelles redondances et les manques.	3
Applicative	R8	Il manque un garant de l'architecture fonctionnelle qui posséderait une vision transverse du SI et qui validerait toute implantation de nouvelle fonction (pour éviter entre autres les redondances)	2	A6-URBANISATION - Déterminer une fonction d'architecte fonctionnel au sein de la DSIH	2
Applicative	R9	Une inadaptation de certaines solutions pour les acteurs secondaires. Un manque de représentativité de l'ensemble des acteurs du processus informationnel	2	A7-CONDUITE de PROJET : Mise en place d'une méthode de conduite de projet acceptée par tous	2
Applicative	R10	Une mauvaise appropriation du SI par les métiers	3	A8-CONDUITE de PROJET : Adopter une conduite de changement au cours des projets	2
Applicative	R11	Il existe peu d'échanges d'informations avec des partenaires externes (ouverture faible du SI vers l'extérieur) à part SIGMACOM, logiciel utilisé pour la télémedecine en NRDT.	4	A9-SI - Continuer à définir une politique d'ouverture du SI, et de sécurité.	2
				A10-SI -Mettre en œuvre un plan de secours.	2
				A11-SI -poursuite de la mise en œuvre d'une infrastructure sécurisée (DMZ, Firewall...)	2
Applicative	R38	Des incohérences sur les résultats dues à : - Des mauvaises manipulations des logiciels à cause d'une mauvaise pratique ou à un turn-over des acteurs	1	A5-URBANISATION - Instaurer une gouvernance du SI. Mener un plan d'urbanisation et Cartographier le SI pour identifier l'architecture fonctionnelle et les	3

Couche SI	Réf. Axe de progrès	Axe de progrès	Criticité 1 à 5 fort à faible	Plan d'actions	Effort 1 à 3 imp. à faible
		(sans transfert de connaissances assuré). - Des recettes mal effectuées lors de la mise en œuvre des applications. - Une mauvaise gestion des anomalies détectées.		référentiels, les éventuelles redondances et les manques.	
				A12-SI- Mettre en œuvre une gestion efficace des anomalies	1
				A7-CONDUITE de PROJET : Mise en place d'une méthode de conduite de projet acceptée par tous	2
				A8-CONDUITE de PROJET : Adopter une conduite de changement au cours des projets	2
Technique	R12	Architecture d'intégration non optimisée	2	A13-SI- Mettre en place une plateforme d'intégration	1
Technique	R15	L'évolutivité du serveur d'interfaces, développé en interne, repose sur les compétences d'une personne à la DSIH et encore beaucoup sur un langage peu performant (Visual Basic). Remplacement amorcé par l'outil Genio.			
Technique	R13	Une faible supervision des traitements qui ne permet pas à la DSIH d'être proactive	4	A14-SI- Mettre en place une plateforme de supervision de l'infrastructure	3
				A13-SI- Mettre en place une plateforme d'intégration	1
				A15-URBANISATION - Modéliser les processus métier	2
Technique	R14	Socle technique du portail non maintenu, par manque de compétence sur la technologie (J2EE, Weblogic)	3	A16-SI- Suivre une formation sur Weblogic	3
Technique	R16	Une prolifération des serveurs contrainte par les éditeurs des progiciels ce qui implique une administration technique plus lourde et ne va pas dans le sens d'une optimisation des coûts	5	A17-SI- Virtualiser les serveurs	3
Projets SI	R17	Objectifs stratégiques du SI / Pilotage des projets	1	A2-STRATEGIE - Réactivation du CDSIH	3
Projets SI	R18	Circuit de décision, organisation et conduite de projet imprécis Une conduite de projet non appliquée ou inexistante à l'hôpital.	1	A7-CONDUITE de PROJET : Mise en place d'une méthode de conduite de projet acceptée par tous	2
Projets SI	R19	Une organisation projet (instances) qui ne favorise pas les prises de décision : il n'y a pas de distinction entre le comité de pilotage (qui doit être l'instance d'arbitrage) et le comité de projet. Une définition imprécise des rôles.	1	A7-CONDUITE de PROJET : Mise en place d'une méthode de conduite de projet acceptée par tous	2
Projets SI	R20	Le calcul de rentabilité d'un projet (ROI) n'est pratiquement jamais effectué : l'estimation des charges n'est pas systématisée	1	A7-CONDUITE de PROJET : Mise en place d'une méthode de conduite de projet acceptée par tous	2

Couche SI	Réf. Axe de progrès	Axe de progrès	Criticité 1 à 5 fort à faible	Plan d'actions	Effort 1 à 3 imp. à faible
Projets SI	R21	Il manque un bilan sur les projets qui permettrait d'objectiver « à chaud » le ressenti de tous les intervenants et de capitaliser les connaissances	1	A7-CONDUITE de PROJET : Mise en place d'une méthode de conduite de projet acceptée par tous	2
Projets SI	R24	La difficulté sur l'expression des besoins sur les projets concernant plusieurs domaines métier : manquement au niveau de la coordination MOA.	1	A7-CONDUITE de PROJET : Mise en place d'une méthode de conduite de projet acceptée par tous	2
Projets SI	R22	Une non appropriation de la conduite de projet par la MOA. Une culture projet quasiment inexistante sur l'établissement.	1	A18-CONDUITE de PROJET : Mise en œuvre d'une fonction AMOA	1
Projets SI	R23	Une relation MOA/MOE souvent difficile : une MOA qui n'exprime pas bien ses besoins et une MOE qui « parle » trop technique	1	A18-CONDUITE de PROJET : Mise en œuvre d'une fonction AMOA	1
Projets SI	R25	Une procédure de gestion des demandes d'évolutions non standardisée : elle est pratiquée dans certains domaines (exemple : avec la Direction Financière où un binôme MOA / MOE est clairement identifié)	2	A19-CONDUITE de PROJET - Mise en place d'une méthodologie de maintenance applicative.	2
Projets SI	R26	Dans le cadre du suivi d'activité réalisé, la différenciation n'est pas faite entre les maintenances évolutive et corrective : cela ne permet pas entre autres d'identifier les applications sur lesquelles des efforts doivent être réellement portés en termes de qualité.	2	A19-CONDUITE de PROJET - Mise en place d'une méthodologie de maintenance applicative.	2
Projets SI	R27	La suspension des réunions du Club Utilisateurs.	4	A20-SI -Définition d'un plan de communication pour la DSIH	1
DSIH	R28	Un manque de visibilité sur l'activité de la DSIH	1	A20-SI -Définition d'un plan de communication pour la DSIH	1
				A2-STRATEGIE - Réactivation du CDSIH	3
DSIH	R29	Il n'y a pas de visibilité sur les délais de résolution des incidents : - Délais d'interventions, livraisons de matériels - Résolutions d'incidents logiciels, livraisons d'évolutions demandées, impactées par les délais imposés de façon aveugle par les éditeurs de progiciels.	1	A20-SI -Définition d'un plan de communication pour la DSIH	1
				A9-SI - mise en œuvre de conventions de service	2
DSIH	R30	Il manque un plan de secours (procédure en cas de sinistre sur les moyens informatiques) qui devra être l'aboutissement du projet Sécurité en cours	1	A10-SI - Mise en œuvre d'un plan de secours	2
DSIH	R31	Une activité très chronophage en maintenance, demandes au quotidien, déménagements, réorganisations, qui pénalise les projets, leur avancement et leur gestion, et bouscule les plannings.	2	A19-CONDUITE de PROJET - Mise en place d'une méthodologie de maintenance applicative.	2

Couche SI	Réf. Axe de progrès	Axe de progrès	Criticité 1 à 5 fort à faible	Plan d'actions	Effort 1 à 3 imp. à faible
DSIH	R32	Dans le cadre du suivi d'activité réalisé, la différenciation n'est pas faite entre les maintenances évolutive et corrective	2	A19-CONDUITE de PROJET - Mise en place d'une méthodologie de maintenance applicative.	2
DSIH	R33	Un manque de polyvalence sur les applications	2	A21-SI- Mise en place d'une base de connaissances et de procédures	3
DSIH	R34	Une structure physique du service devenue obsolète, présentant des risques, altérant la productivité	3	A22-STRATEGIE- Travaux d'infrastructure et de mise en sécurité dans le cadre du projet architectural	2
DSIH	R35	Une participation faible de la DSIH dans les orientations stratégiques de l'hôpital ce qui ne lui permet pas d'être force de proposition. Des principes à éclaircir sur le périmètre d'intervention et le rôle propre de la DSIH en matière de choix techniques et d'évolution du SI.	1	A23-STRATEGIE : Définition du rôle de la DSIH au sein des comités de direction, de son périmètre d'actions, et communication aux services : rôle MOE, rôle au sein des projets dès lancement, gestion technique (outils, réseaux, équipements dont futurs...),	3

Annexe 5 : Exemple d'analyse médico-économique réalisée en Étape 2

Les tableaux présentés ci-dessous décrivent l'analyse médico-économique réalisée par l'OME sur l'unité de Gériatrie Aigüe, pendant l'Étape 2.

UNITE DE GERIATRIE AIGUE option 1 : 12 lits HC + 2 lits HdJ						
ACTIVITE	2006	2007	2008 (8 mois)	2009	2010	2011
Lits installés en hospitalisation complète			12,00	12,00	12,00	12,00
Lits disponibles en hospitalisation complète						
Total entrées hospitalisation complète			155	266	282	303
Total journées hospitalisation complète			2 482	3 723	3 942	3 942
Taux d'occupation HC sur lits disponibles en hébergement			85%	85%	90%	90%
DMS hospitalisation complète service			16	14	14	13
Lits installés hôpital de semaine						
Lits disponibles hôpital de semaine						
Totales Entrées en hôpital de semaine						
Total journées en hôpital de semaine						
DMS hospitalisation de semaine						
Total Lits installés service						
Entrées totales hospitalisation complète service						
Journées totales hospitalisation complète service						
DMS hospitalisation complète service						
Places hôpital de jour						
Taux d'occupation hôp de jour						
Entrées/journées en hôpital de jour						
Entrées totales						
Journées totales						
Places de dialyse						
Séances de dialyse						
Passages aux urgences						
Consultations externes totales			201	301	301	301
RECETTES	2006	2007	2008 (8 mois)	2009	2010	2011
Valorisation GHS 100 % avec coefficient 7%			964 858	1 654 042	1 752 346	1 864 747
Valorisation consultations, actes externes						
Forfait urgences						
Forfait annuel coordination des prélèvements d'organes						
Forfait transplantations d'organes						
Enveloppes psychiatrie - SSR						
Missions d'intérêt général						
Molécules onéreuses						
Dispositifs médicaux implantables						
Enseignement recherche						
TOTAL CHIFFRE D'AFFAIRE ACTIVITE 100%			969 874	1 661 567	1 759 871	1 872 272

Check List
des éléments médico-économiques

Une approche pluri-annuelle

Plusieurs scénarios

UNITE DE GERIATRIE AIGUE option 1 : 12 lits HC + 2 lits HdJ						
ACTIVITE	2006	2007	2008 (8 mois)	2009	2010	2011
Lits installés en hospitalisation complète			12,00	12,00	12,00	12,00
Lits disponibles en hospitalisation complète						
Total entrées hospitalisation complète			155	266	282	303
Total journées hospitalisation complète			2 482	3 723	3 942	3 942
Taux d'occupation HC sur lits disponibles en hébergement			85%	85%	90%	90%
DMS hospitalisation complète service			16	14	11	13
Lits installés hôpital de semaine						
Lits disponibles hôpital de semaine						
Totales Entrées en hôpital de semaine						
Total journées en hôpital de semaine						
DMS hospitalisation de semaine						
Total Lits installés service			12,00	12,00	12,00	12,00
Entrées totales hospitalisation complète service			155	266	282	303
Journées totales hospitalisation complète service			2 482	3 723	3 942	3 942
DMS hospitalisation complète service			16,00	14,00	14,00	13,00
Places hôpital de jour			2	2	2	2
Taux d'occupation hôp de jour			70%	80%	85%	85%
Entrées/journées en hôpital de jour			233	400	425	425
Entrées totales			388	666	707	728
Journées totales			2 715	4 123	4 367	4 367
Places de dialyse						
Séances de dialyse						
Passages aux urgences						
Consultations externes facturables			201	301	301	301
RECETTES	2006	2007	2008 (8 mois)	2009	2010	2011
Valorisation GHS 100 % avec coefficient 7%			964 858	1 654 042	1 752 346	1 864 747
Valorisation consultations, actes externes			5 017	7 525	7 525	7 525
Forfait urgences						
Forfait annuel coordination des prélèvements d'organes						
Forfait transplantation d'organes						
Enveloppes periclitrie - SSR						
Missions d'intérêt général						
Molécules onéreuses						
Dispositifs médicaux implantables						
Enseignement recherche						
TOTAL CHIFFRE D'AFFAIRE ACTIVITE 100%			969 874	1 661 567	1 759 871	1 872 272

Besoin capacitaire
Mesure de l'activité

Valoriser les recettes

COÛTS DIRECTS	2006	2007	2008 (8 mois)	2009	2010	2011
PERSONNEL NON MEDICAL (en ETP)						
ETP non médical jour IDE + AS			11,20	11,20	11,20	11,20
ETP non médical nuit IDE +AS			5,60	5,60	5,60	5,60
ETP surveillantes chef						
Secrétaires médicales			0,50	0,50	0,50	0,50
Kinésithérapeute			1,00	1,00	1,00	1,00
Ergothérapeute			0,10	0,10	0,10	0,10
Orthophoniste			0,50	0,50	0,50	0,50
Psychologue			0,50	0,50	0,50	0,50
Cadre						
Assistante sociale			1,00	1,00	1,00	1,00
ETP affecté non médical			0	20,40	20,40	20,40
Total ETP non médical						
Frais de personnel non médical (net)			587 529	68 294	881 294	881 294
PERSONNEL MEDICAL (en ETP payés)						
Nombre de vacations contractuelles						
ETP médical			1,50	1,50	1,50	1,50
ETP affecté médical						
Internes Foch et étudiants			1,00	1,00	1,00	1,00
Internes AP-HP			2,00	2,00	2,00	2,00
ETP médicaux convertis (internes étudiants div. 5)			2,10	2,10	2,10	2,10
Frais de personnel médical (net)			141 355	212 033	212 033	212 033
DEPENSES MEDICALES						
Produits pharmaceutiques et produits sanguins						
Usage unique, pansements, prothèses						
Maintenance matériel biomédical						
Examens extérieurs et transports						
Autres						
TOTAL NET DEPENSES MEDICALES			74 896	113 724	120 454	120 454
FRAIS GENERAUX ET CHARGES FIXES DIRECTES						
Frais généraux						
Amortissements			25 140	25 140	25 140	25 140
Autres						
TOTAL NET AUTRES DEPENSES			40 876	49 034	50 448	50 448
TOTAL COÛTS DIRECTS SERVICE			844 657	1 256 085	1 264 229	1 264 229
A DE DURE : CONSULTATIONS ET EXPLORATIONS						
NIVEAU 1 : COÛTS DIRECTS UNITE DE SOINS			844 657	1 256 085	1 264 229	1 264 229

COÛTS PLATEAU MEDICO-TECHNIQUE	2006	2007	2008 (8 mois)	2009	2010	2011
Anesthésie						
Bloc opératoire						
Radibloc						
Endoscopie digestive						
Sterilisation bloc						
Bloc obstétrique						
Radbiologie générale						
Echographie						
Scanner						
IRM						
Médecine nucléaire						
Anatomopathologie						
Biologie clinique						
EEG/EMG						
Rééducation fonctionnelle						
Chirurgie pure et simple						
TOTAL PLATEAU TECHNIQUE			166 969	286 232	303 658	313 939
Consultations générales						
Explorations cardio						
Consultations PMI						
Consultations ophtalmologie						
Consultations ORL						
Explorations pneumologie						
Stomatologie						
Explorations urologiques						
TOTAL CONSULTATIONS EXPLORATIONS			11 210	19 217	20 390	21 015
NIVEAU 2 : TOTAL COUT MEDICAL SERVICE			1 022 836	1 561 534	1 588 277	1 599 183
COÛTS HOTELIERS	2006	2007	2008 (8 mois)	2009	2010	2011
Coûts d'étape (hôtellerie, blanchisseries)						
Blanchisserie Restauration						
TOTAL COÛTS HOTELIERS			85 903	195 654	207 233	207 233
NIVEAU 3 : TOTAL COUT FONCTIONNEMENT			1 108 739	1 757 188	1 795 509	1 806 416
LOGISTIQUE ET GESTION GENERALE (POUR INFO)			229 500	364 438	372 447	374 700
NIVEAU 4 : TOTAL COUT COMPLET			1 338 239	1 757 188	1 795 509	1 806 416
TRAVAUX - ESTIMATION (POUR INFO)			400 000			
RESULTATS ET MARGES	2006	2007	2008 (8 mois)	2009	2010	2011
RESULTAT (hors travaux et logistique et g^é g^é l)			-138 864	-85 621		

Actes médico-technique

Coût hôtelier et de logistique

Résultat d'exploitation

Annexe 6 : Exemple de fiches thématiques utilisées en Étape 3

Les tableaux présentés ci-dessous décrivent les modèles de documents utilisés pendant l'Étape 3 pour constituer le corpus documentaire du projet Parténia-2012.

• Fiche « Environnement Veille »

Récupération des données présentes

Informations communes

Informations spécifiques / activités médicales

Thème	Développement
Bassin de Santé	Principales caractéristiques, Évolution du SROS et de la réglementation
Besoins de Santé	Évolution des besoins de santé
Acteurs de Santé	Principaux Acteurs de santé & Partenariats, Évolution des Flux et des Capacités
Fournisseurs	Principaux Fournisseurs & Partenariats
Technologie	Évolution des techniques médicales / chirurgicales / Pharmaceutiques et des compétences
Veille	Axes de veille et organisation des moyens
Documentation	Sources documentaires – Documents annexés

• Fiche de configuration des services

Autorisations d'équipements, de lits, ..., effectifs ETP, caractéristiques majeures,.

	2007-2008		2009-2010		2011 et au-delà	
	Existant (2007) + années antérieures	2008	2009	2010	Cible	Tendances
	Données Présentes dans le SIH		Tâches			
Activité Clinique / médico-technique / Transverse						
3.Fiches "Configuration"						
3.1.Fiche "Configuration du Service"						
3.2.Fiche "flux- capacité" (Partenaires internes-externes - amont/aval)						
3.3.Fiche "Positionnement dans le Bâtiment" (Cf Projet Immobilier)						
3.4.Fiche "Configuration - Contribution aux Activités Transverses"						

T0 : Préparation des données		T3 : Traduction de l'évolution de l'environnement et des Projets CPOM en objectifs d'évolution de la configuration du service/ pôle				
T0 : Préparation des données						
T0 : Préparation des données						
T0 : Préparation des données		Suivi des contraintes organisationnelles dues aux opérations tiroirs				
T0 : Préparation des données						

• Fiche bilancielle par service

	2007-2008		2009-2010		2011 et au-delà	
	Existant (2007) + années antérieures	2008	2009	2010	Cible	Tendances
	Données Présentes dans le SIH		Tâches			
Activité Clinique / médico-technique / Transverse						
4.Fiches" Bilantielles" : Activité, Dépense, Investissement						
4.1.Fiche "Activité" - / période						
4.2.Fiche "Dépenses de Fonctionnement (T1, T2, T3)" - / période						
4.3.Fiche "Investissement"						
4.4.Fiche "Informations Bilantielles / Activités Transverses"						

T0 : Préparation des données	T4 : Traduction de l'évolution de l'environnement et des Projets CPOM en objectifs d'activité, de dépenses de fonctionnements, d'investissements					
T0 : Préparation des données						
T0 : Préparation des données						
T0 : Préparation des données						
T0 : Préparation des données						

• Fiche Projets CPOM (& autres projets)

1 : Récupération de la dernière version remise aux Tutelles

2 : Ventilation des orientations par service, activité transverse

Thème	Développement
Exemple	Orientation CPOM : Neurologie
	2 Optimiser les capacités d'hébergement
	2.1 Conventionner avec les établissements d'aval (avec évaluation).
	2.2 Coordonner plus précocement l'intervention de l'unité mobile de gériatrie
	2.3 Contribuer à la création de l'hôpital de jour de médecine (suivi sclérose en plaques).
T1	Expliciter les aspects descriptifs du projet
	-l'objet du projet
	-le périmètre interne / externe du projet
	-les finalités du Projet : Objectifs, Enjeux
	-les principaux partenaires internes / externes concernés par le projet
	-les principaux changements induits par le projet
	-les principales interdépendances avec d'autres projets
	-la partie du projet déjà en cours
T2	Expliciter les aspects de cible, calendrier, d'objectifs, de moyens et de décisions à prendre
	-la cible à atteindre fin 2010, début 2011
	-Le calendrier du Projet (Expliciter les jalons majeurs de ce projet : Introduction d'une nouvelle technique, Période de mise en place d'un partenariat,...)
	-les objectifs quantitatifs, qualitatifs, à atteindre (selon les principales phases du projet)
	-le plan d'actions à mettre en œuvre (les moyens et les décisions à prendre)
T3	Positionnement des objectifs, des moyens, des décisions sur les tranches bisannuelles
T4	Sources documentaires du projet – les documents annexés

Annexe 7 : Exemple d'une fiche « Projet Médical » élaborée en Étape 3

Cas du service NEUROLOGIE : Projet n°1

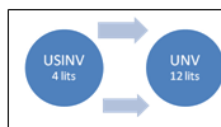
FICHE « PROJET MÉDICAL »

Service / Activité Transversale : NEUROLOGIE	Responsable du Projet : Dr Philippe G.
Projet N°1	Prendre en charge les AVC au sein du pôle Neurosciences : Activité transverse en collaboration avec neurologie, neuroradiologie interventionnelle, neurochirurgie, et avec les unités de cardiologie médicale interventionnelle, la réanimation et le plateau technique d'imagerie.
Unités Fonctionnelles du service concernées :	Intitulé des sous-projets - P1.1 Exploiter l'UNV mise en place et procéder à son évaluation <i>Procéder au retours d'expérience de l'utilisation actuelle de l'UNV</i> - P1.2 Etendre l'UNV à 6 lits aigüs <i>Dimensionner l'UNV</i>
Les sources documentaires du projet - Projet médical du service de Neurologie - Fiche d'activité et d'engagements	Documents relatifs au projet

Section I : Description générale

1.1. Quel est l'objet du projet ? Prendre en charge les AVC grâce à l'Unité Neuro Vasculaire (UNV)

Depuis sa création, il y a presque trente ans, le service de neurologie accueille régulièrement les accidents vasculaires cérébraux (AVC), actuellement au nombre de 250 par an environ. Pour l'accueil des AVC, l'Hôpital Parténia dispose, outre du service de neurologie, d'un service de réanimation, d'un service d'urgence, d'un service de neuroradiologie diagnostique et interventionnel, d'un service de neurochirurgie, d'un service de cardiologie et enfin d'un service de médecine physique et rééducation. Conformément à la volonté des pouvoirs publics, conscient de l'importance quantitative et qualitative du problème, l'Hôpital Parténia a décidé de mieux organiser cette prise en charge aux fins qu'elle soit optimale, disponible 24/24 heures, 7/7 jours.



Une unité neurovasculaire (UNV) a donc été mise en place le 14 mai 2007. Cette UNV comporte 4 lits de soins intensifs (USINV) qui accueillent les AVC dans les quarante huit premières heures où les AVC sont instables ; et 12 lits dédiés aux accidents vasculaires pour la prise en charge ultérieure.

Remarques :

Règlementairement, l'UNV est sous la responsabilité du service de Neurologie. La garde en est assurée par le service de réanimation avec une astreinte opérationnelle du service de Neurologie.

1.2. Quels sont les objectifs à atteindre à la fin du projet ?

- P1.1 Exploiter l'UNV mise en place et procéder à son évaluation

Chaque établissement recevant des urgences doit s'inscrire dans le réseau régional AVC. La prise en charge des AVC s'organise autour des Unités de Soins Intensifs NeuroVasculaires (USINV) et des Unités NeuroVasculaires (UNV).

L'UNV de l'Hôpital Parténia doit travailler avec :

- les SAMU, les Pompiers,
- les établissements recevant des urgences et n'ayant pas d'UNV pour pouvoir donner des avis neuro-vasculaires en urgence et organiser si nécessaire le transfert du patient,
- les établissements UNV ne disposant pas de services de neuro-radiologie interventionnelle et de neurochirurgie pour la prise en charge des patients nécessitant une expertise spécifique et des actes hautement spécialisés de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie,
- les établissements de soins de suite et de médecine physique réadaptation à orientation neurologique.

L'établissement s'engage à :

- procéder aux retours d'expérience de l'utilisation actuelle de l'UNV,
- assurer la formation **continue** du personnel prenant en charge les patients AVC,
- respecter les recommandations du COTRIM régional concernant le codage PMSI des AVC
- réaliser l'évaluation mise en place par l'ARH (questionnaire informatisé pour tout patient admis en USINV/UNV)

- P1.2 Etendre l'UNV à 6 lits aigüs

L'objectif est d'atteindre 6 lits à terme sur le plateau de réanimation polyvalente. Contrainte : Pas avant l'agrandissement de l'hôpital (2010).

1.3. Quels sont les enjeux du projet (niveau de criticité), ou quelles seraient les conséquences pour le service et l'hôpital si ce projet ne se faisait pas ?

NC

1.4. Le périmètre du projet

1.41. Périmètre externe à l'Hôpital : Quels sont les réseaux et établissements partenaires amont / aval impliqués dans le projet ? Quels sont vos référents pour chaque entité externe ?

Réseaux - Partenaires	Description	Référents
- Etablissements amonts	- Les établissements recevant des urgences et n'ayant pas d'UNV pour pouvoir donner des avis neuro-vasculaires en urgence et organiser si nécessaire le transfert du patient. >> <i>Avis donnés par l'Hôpital Parténia et prise en charge des patients.</i> - Pas de prise en charge des AVC dans le département autre qu'à l'hôpital Parténia. >> Conventions en cours d'élaboration avec les établissements amonts	St Cloud Rueil Sèvres Ambroise Paré
- SAMU / POMPIERS	Les patients régulés par les SAMU sont orientés vers les USINV/UNV.	
- Etablissements demandant de l'expertise en neurosciences.	Les établissements UNV ne disposant pas de services de neuro-radiologie interventionnelle et de neurochirurgie pour la prise en charge des patients nécessitant une expertise spécifique et des actes hautement spécialisés de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie >> <i>prise en charge effectuée par l'Hôpital Parténia.</i>	
- Etablissements avals	Les établissements de soins de suite et de médecine physique réadaptation à orientation neurologique. >> <i>Conventions</i>	<i>Faits ou en cours :</i> Réeduc. Garches MGEM à Maison Lafitte Les Mureaux St Jean de Creveillon Puteaux Cité des Fleurs (Courbevoie)
(Etablissements à venir pour 2008 : Asnières et Mt Valérien)		

1.42. Périmètre interne à l'Hôpital : Quels sont les pôles et services (UF) impliqués dans le projet ? Quels sont vos référents pour chaque entité interne ?

Pôles - Services	Description	Référents
- Pôle neurosciences dans sa globalité, service de réanimation et urgences hospitalisation, des urgences porte, de radiologie générale, de cardiologie, de rééducation et la gériatrie	L'unité neurovasculaire est en coopération avec de nombreux services. Plus spécifiquement : • Pour la filière clinique : Neurologique, Réanimation, Urgences • Pour la filière support : Neuroradiologie, Cardiologie, Médecine physique et réadaptation (MPR)	

- Etablissements demandant de l'expertise en neurosciences. Les avis spécialisés avec échanges à distance d'avis médicaux et de documents radiologiques doivent se faire le plus souvent possible par le biais d'un réseau de télé-médecine.

Cela a nécessité la mise en place :

- de procédures de prise en charge des AVC (accueil, actes diagnostic et traitement),
- de protocoles entre les établissements MCO, les SAMU / centres 15 et les services ambulanciers pour organiser les transferts d'une structure à l'autre en urgence

- Etablissements amonts Mise en place de conventions

- SAMU, Etablissements amonts demandant de l'expertise en neurosciences L'établissement de protocole de prise en charge des AVC

Vis-à-vis des pôles - services :	Commentaires
- Service NRD (Explorations neuroradiologiques et neuroradiologie interventionnelle), plus généralement le pôle neurosciences.	- Renforcer le plateau technique (2ème IRM - 3 tesla) - L'organisation mise en place fin 2004 (4 neuroradiologues plein temps, 2 scanners, 1 IRM) paraît apte à assurer les besoins de l'UNV. Cependant l'augmentation de la charge, au niveau des gardes et astreintes, a justifié la mise en place d'une télétransmission des images au neuroradiologue d'astreinte.

Etat actuel :

- IRM dans la journée tous les jours – y compris samedi, dimanche et jours fériés
- Scanners pendant les nuits

>> Formation prévue pour que tous les manipulateurs radio de garde la nuit soient opérationnels sur l'IRM

Explorations cardio-vasculaires Le service de cardiologie assure habituellement nos besoins en échographie standard et transoesophagienne. Les modalités et les indications de ces examens ont été définies à la réunion du 25/04/07 qui rassemblait les Docteurs Ph. G., F. B., R. R. (neurologie) et Docteurs F. H., S. R. (cardiologie). En ce qui concerne la réalisation des holters le dispositif actuel (une vacation soit 7 à 8 holters par semaine) est jugé insuffisant. Le docteur G. juge nécessaire de doubler cette capacité. Les services de cardiologie et de neurologie souhaitent développer pour les malades passant par l'unité neurovasculaire une structure de prévention secondaire à la fois des AVC et des accidents coronariens. Un projet d'étude de l'évaluation du risque de maladie cardio-vasculaire chez les patients victimes d'un AVC est actuellement en cours d'élaboration.

Echographie-doppler Les écho-dopplers des tronc supra-aortiques sont actuellement assurés par le service de radiologie générale qui en réalise environ 1100/an. Sont réalisés également des doppler transcrâniens. Il est prévu l'acquisition d'un appareil de doppler transcrânien partagé entre le service de réanimation et d'urgence hospitalisation et l'UNV. Le développement de l'angioIRM et de l'angioScanner devrait faire que le besoin de doppler cervical ne devrait augmenter.

Neurochirurgie Une astreinte opérationnelle de neurochirurgie est en place à l'hôpital Parténia qui pourra prendre en charge les rares urgences neurochirurgicales (hématomes du cervelet, mise en place d'une dérivation sur hydrocéphalie).

	<u>Projet de Prise en charge des hémorragies méningées</u> : les lits aigus de l'UNV peuvent accueillir les hémorragies méningées prises en charge par ailleurs par la neurochirurgie et/ou la neuroradiologie interventionnelle. Le circuit de ses patients, notamment dans le cadre de l'urgence doit être défini avec les intéressés.
Chirurgie vasculaire	Le service de chirurgie cardio-vasculaire prend en charge les interventions sur les vaisseaux du cou (Docteurs Alain P. et Dominique G.).
SAU	La participation du SAU à la prise en charge des AVC a nécessité d'une part la formation des seniors des urgences à cette pathologie et d'autre part la mise en place de procédures et d'un circuit spécifiques aux AVC impliquant une alerte précoce des neurologues du service.
Médecine physique et réadaptation	<u>Prise en charge de la rééducation neurologique</u> : le service de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Parténia souhaite participer à la rééducation des patients de l'UNV. Le docteur SEVENNE, compétent en rééducation neurologique passe 1 fois par semaine dans le service pour voir les patients susceptibles de bénéficier de la rééducation. Nous bénéficions également de la visite bi-mensuelle d'un médecin rééducateur du service du Professeur B. de Raymond P. à Garches. Le service de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Parténia étudie la faisabilité d'un hôpital de jour de rééducation neurologique. (Voir projets Dr B.)
Gériatrie	Les patients victimes d'accident vasculaires cérébraux âgés et souffrant de polypathologies pourront bénéficier de la compétence gériatrique qui participera également à l'optimisation de leur prise en charge médico-sociale soit en soins de suite gériatrique soit à domicile à travers le réseau gériatrique. (Cf. La mise en place d'une unité de gériatrie avec le service de médecine interne)
Soins de suite et réadaptation	Nous plaçons actuellement en soins de suite-réadaptation environ 100 malades ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral. On estime à 60% le pourcentage de malade relevant d'un service de réadaptation, 40% d'un service de soins de suite polyvalents ou à orientation gériatrique. L'élaboration de conventions avec des services de réadaptation et de soins de suite polyvalents ou à orientation gériatrique est en cours. (Conventions signées avec Puteaux et la Cité des Fleurs (Courbevoie))
Vis-à-vis de votre service / UF :	Commentaires
NC	

Section 2. Les phases du projet

2.1. Quel est l'état d'avancement du projet ?

- L'UNV est opérationnelle depuis le 14 mai 2007

2.2. les phases du projet : Le projet est-il découpé en phases ? Si oui, lesquelles ? Si non, quelles pourraient être les phases qu'à la fin du projet ?

Oui / Non :

Phase 1	Date de début :	, Date de Fin :
Quels sont les objectifs de la phase 1 ? : Evaluation et perfectionnement de l'UNV	14 mai 2007	2008
Phase 2	Date de début :	, Date de Fin :
Quels sont les objectifs de la phase 2 ? : Extension de l'UNV (6 USINV / 18 UNV)	2010 (selon le projet immobilier)	
Phase 3	Date de début :	, Date de Fin de projet :
Quels sont les objectifs de la phase 3 ? :		

2.3. Les jalons majeurs : ou événements majeurs associés à une période de réalisation

2.31. Jalons majeurs en termes de Niveau d'activité : Y a-t-il des objectifs d'activité à atteindre qui doivent être considérés comme des jalons majeurs pour ce projet ? Si oui, quels sont les indicateurs concernés ? quelles sont les valeurs attendues et à quelles périodes ces valeurs sont-elles attendues ?

Projet immobilier

Indicateurs	Période de réalisation	Valeurs attendues
Pour l'établissement : - Nombre de patients pris en charge - Age moyen des patients - Nombre de patients pris en charge en USINV/UNV - Durée moyenne de séjour en fonction du mode de sortie (Domicile, Médecine Physique et réadaptation, Soins de suite, autres)	avant le 31 mars de l'année N les données suivantes relatives à l'année N-1 (transmission à l'ARH)	Les valeurs attendues seront déterminées après une année de mise en service.
Pour l'unité de soins intensifs neuro vasculaires et l'unité neuro vasculaire : - Envoi de l'évaluation mise en place par l'ARH	Questionnaire informatisé pour tout patient admis en USINV/UNV	

3.32. Jalons majeurs en termes de Moyens : Y a-t-il des niveaux d'effectifs à atteindre et/ou des équipements majeurs à mettre en place qui doivent être considérés comme des jalons majeurs pour ce projet ? Si oui, quels sont ces moyens ? et à quelles périodes doivent-ils être mis en œuvre ?

Désignation	Période de réalisation	Commentaire
Niveaux d'effectifs des soignants (Voir la surveillance)		
Équipements majeurs		
NC		

3.33. Jalons majeurs en termes d'organisation à mettre en place : Y a-t-il des changements d'organisation à mettre en place qui doivent être considérés comme des jalons majeurs pour ce projet ? Si oui, lesquels et à quelle période, ces changements doivent-ils être mis en place ?

Changement d'organisation	Période de réalisation	Commentaire
NC		

Section 3 : Freins, Contraintes, Opportunités

3.1. Freins par rapport aux changements qui sont ou seront induits par le projet ; Pouvez-vous identifier des freins chez vos partenaires dans le projet (Remarque : Les freins identifiés feront l'objet d'un plan de communication et/ou de formation et/ou d'accompagnement)

-Quels seraient les éventuels freins au sein de votre service ?

Augmentation de l'activité qui aboutirait à rendre insoutenable les astreintes

-Quels seraient les éventuels freins dans les pôles participant au projet ?

Ratio activité externe / activité interne concernant l'IRM ; Frein à l'activité interne dû au pb de brancardage ?

-Quels seraient les éventuels freins chez les partenaires externes participant au projet ?

Saturation des structures d'aval.

3.2. Contraintes : Quelles sont les contraintes majeures sur le projet ? A quelle période se manifesteront-elles ?

3.21. Y a-t-il une interdépendance avec le projet immobilier ?

Liste des contraintes	Période d'effet de la contrainte	Commentaire : Nature de l'interdépendance
Gardes et astreintes	En continu	Elle sera moins forte si augmentation de médecins ou encore s'il y a mise en place d'une garde propre.
Projet immobilier	Jusqu'à environ 2010	Le projet immobilier conditionne l'extension de l'USINV et le l'UNV

3.22. Y a-t-il des interdépendances avec d'autres projets ?

Liste des contraintes	Période d'effet de la contrainte	Commentaire : Nature de l'interdépendance
Projet de réanimation Projet de Prise en charge des hémorragies méningées		

3.23. Y a-t-il d'autres natures de contraintes ? (Réglementaires, Organisationnelles, Moyens, budgétaire, ..)

Liste des contraintes	Période d'effet de la contrainte	Commentaire

3.3. Opportunités : Quelles sont les opportunités favorables vis-à-vis du projet ? A quelle période se manifesteront-elles ?

Si oui, quelles sont-elles ? et quels seront ces périodes opportunes ? Quelles sont les conditions à réunir pour les mettre à profit ?

Liste des opportunités	Période opportune	Commentaire : conditions à réunir pour les mettre à profit
Pas de neurologie, ni d'UNV dans le 92 et dans l'ouest de Paris.	Pour longtemps	Pas de projets connus sur ce territoire de santé

Section 4 : L'Organisation du projet

L'organisation du projet est-elle définie ? si oui,

4.1. Le Responsable du Projet : vous-même (votre nom figure dans l'entête) ; sinon préciser qui prend en charge le projet ? NC

4.2. Un groupe Projet est-il constitué ?

- Les acteurs clés du pôle Neurosciences

4.3. Y a-t-il un comité de pilotage ?

- Les acteurs clés du pôle Neurosciences

4.4. Quelles autres informations pouvez-vous donner sur l'organisation du projet ?

➤ Stratégie permettant d'avancer :

- Augmenter l'effectif médical (notamment NRDT, neurologie)
- Développer plateau technique (2 IRM dont 1 IRM 3T)
- Sécuriser les relations avec la plupart des partenaires externes en établissant des conventions
- Procéder à l'extension de l'UNV pour assurer l'augmentation de l'activité
- Positionner l'Hôpital Parténia comme référence dans l'ouest parisien pour la prise en charge thérapeutique de la pathologie vasculaire cérébro-médullaire ischémique (UNV) et hémorragique.