Le manager face à la crise : à la recherche de l'efficacité dans les établissements de soins

par Jean-Yves SAULQUIN – Groupe ESC Tours - France

Résumé :

En France, comme dans de nombreux pays, le secteur de la santé connaît une crise importante et durable. L'objet de cet article est de montrer que la crise qui touche les établissements de soins est avant tout une crise liée à l'absence de management des ressources humaines.
Nous rappelons, tout d'abord, que les dépenses de santé représentent le premier poste budgétaire des ménages, et que malgré la haute surveillance de l'État, le système de santé mécontente de nombreux partenaires. Comment, dès lors, gagner en efficacité ?
Dans un deuxième temps, en choisissant comme cadre d'étude les cliniques privées, nous avons cherché à appréhender le concept d'efficacité et à mesurer sa portée pour le manager. Quelles sont les perceptions managériales de l'efficacité et comment se traduisent-elles au plan opérationnel ? Pratiques et outils permettent-ils l'intégration des acteurs ?
En dernier lieu, nous rapportons les résultats de notre recherche qui démontre qu'il existe une relation positive entre management intégrateur et efficacité d'un établissement de soins.

I - Les entreprises de production de soins : état des lieux

1.1. Un premier constat : l'État est dans les lieux

Le système de santé présente des enjeux sociaux, économiques, technologiques, idéologiques et politiques forts. Les établissements de soins doivent s'adapter aux contraintes macro-économiques, en répondant à la maîtrise des dépenses de santé.

Les producteurs de soins appartiennent à un secteur protégé dans la mesure où le système de remboursement de l'assurance-maladie élimine la variable «prix» du jeu concurrentiel et assure la solvabilité des clients. Mais, revers de la médaille, les établissements se trouvent dans un secteur fortement dirigé. Les dépenses de santé augmentent sous l'effet d'une demande et d'une offre de soins qui se confortent l'une et l'autre. Le système français est parmi les plus coûteux et les plus inflationnistes, mais il ne conduit pas, pour autant, aux meilleures performances.

Face à ce constat, le mot d'ordre des responsables politiques est «gérer la santé». L'espoir de réguler la demande demeure faible, car la gratuité apparente que génère le système d'assurance-maladie pousse à la consommation. En conséquence, l'action des pouvoirs publics porte principalement sur l'offre : structures de soins et équipements lourds sont contingentés par l'État.

1.2. Un second constat : les lieux sont fortement cloisonnés

L'univers de la santé est un univers en pleine professionnalisation. La spécialisation s'y est développée de façon considérable, adossée à une technologie de plus en plus sophistiquée, créant de nouveaux métiers, de nouvelles formations, de nouvelles catégories d'acteurs.

Les caractéristiques du métier du soin poussent les établissements vers un état de différenciation élevé (Lawrence et Lorsh, 1973). Cet état possède trois causes principales.

- Le processus de production conduit au découpage de l'établissement en unités spécialisées. Cette séparation qui permet de répondre aux situations de service réclame, en contrepartie, dialogue et coopération entre les différentes unités (Crémadez et Grateau, 1992).
- Le métier du soin est un métier d'expertise qui fait appel à la technologie. Le facteur technologique est omniprésent, primordial. En affectant la culture, les relations professionnelles et les taches, il participe à l'accroissement des différences (Barley, 1986).
- Ce métier est celui d'acteurs aux motivations et aux comportements différents. Il se forme dans l'organisation des groupes d'influence qui s'opposent (Crozier et Friedberg, 1997).

Les situations de service conduisent à un état de différenciation important qui, au delà du fractionnement et de la spécialisation recouvre des différences de comportement entre les acteurs.

Les professions médicales s'opposent, tant au niveau des cultures, des méthodes et des conditions de travail. Les statuts, privilèges et pouvoirs sont très inégaux à l'intérieur des établissements.

Ce phénomène influence la dynamique interne des établissements de soins. «L'hétérogénéité professionnelle y est une marque distinctive alors que paradoxalement, la complémentarité professionnelle est au principe des motifs qui les font se retrouver à l'intérieur des mêmes lieux organisationnels. Cela confère donc à ces organisations leur caractère éminemment politique» (Bégin, 1992).

L'établissement de soins est une organisation de professionnels où se forment des groupes d'influence avec des objectifs propres à promouvoir, et qui vont user de différentes sources de pouvoir pour la poursuite de leurs intérêts (Pfeffer, 1992).

L'établissement est ainsi divisée en camps (directeur, médecins, cadres administratifs, personnel paramédical) qui s'engagent de manières différentes.

Chaque groupe évolue sur la base de normes différentes qui légitiment des comportements parfois incompatibles. Des comportements acceptables pour un groupe peuvent se révéler inacceptables pour un autre. Le groupe des médecins est, par nature, individualiste, peu conformiste, moins soucieux des règles collectives de travail, que ne le sont les administratifs. À l'évidence, forts de leur expertise, les médecins ont davantage de pouvoir que les autres acteurs (Mintzberg, 1986).

Une même information n'est pas perçue de la même façon selon le groupe qui la reçoit. Chacun a tendance à adapter son comportement à ce qui affecte ses propres mesures de performance. Ceci conduit à une distorsion des objectifs de l'organisation, mais sert aussi à préserver la cohésion de chaque groupe.

Ces caractéristiques internes ne facilitent pas le développement de comportements gestionnaires.

Beaucoup d'observateurs dénoncent l'absence de vue globale des problèmes d'entreprise et de projets à terme. Les établissements, dans leur ensemble, paraissent méconnaître leurs résultats, leurs marchés, leurs concurrents. Ils semblent ignorer, par ailleurs, les aspects spécifiques de la gestion de personnels aux formations et aux statuts multiples.

L'hospitalisation se trouve au début d'une ère nouvelle, et l'évaluation médico-économique devrait modifier les comportements. La gestion fait son entrée dans les établissements de soins; la réussite d'un établissement passera autant par ses résultats financiers, que par l'attention portée à la gestion des hommes ou à la qualité des soins.

Ces évolutions conduisent à des préoccupations gestionnaires fortes en milieu hospitalier et devraient renforcer le pouvoir du directeur d'établissement. Hier, il dirigeait un centre d'hébergement; aujourd'hui, il dirige une industrie de pointe confrontée à des bouleversements importants de son environnement.

Selon nous, les enjeux auxquels sont confrontés les établissements de soins sont avant tout des enjeux de management des hommes, et cela donne aux directeurs un rôle essentiel dans la conduite du changement.

Les difficultés de management se situent souvent à l'interface entre plusieurs métiers, plusieurs catégories qui ont à collaborer pour résoudre des problèmes (Gonnet, 1994).

Des origines, des formations, et des valeurs différentes restreignent malheureusement les possibilités de comportements solidaires des personnels.

Il appartient alors au directeur de favoriser l'intégration des acteurs dans un milieu qui y semble *a priori* hostile. Pour cela, il faut rompre l'isolement et lever les réflexes corporatistes. Les établissements de soins sont des lieux organisationnels où se côtoient en permanence plusieurs catégories de professionnels qui marquent leurs territoires et affichent leurs différences.

Le directeur est l'homme qui se trouve au centre des conflits, et qui doit accroître les possibilités de perception commune par tous les acteurs, d'échanges, de prises de décision concertées par un management intégrateur. Les pratiques qui ont cours dans les établissements de soins répondent-elles au besoin d'intégration des acteurs? Les outils de gestion utilisés répondent-ils à l'objectif d'efficacité?

2. En quête d'efficacité : de la perception managériale à l' instrumentation

2.1.L'approche multi-critères du concept d'efficacité

Après une revue de la littérature, nous décrivons la méthode retenue pour l'étude que nous avons menée auprès de directeurs de cliniques, puis nous présentons nos résultats. Ils confirment la nécessité d'une approche multidimensionnelle de l'efficacité, avec des critères d'évaluation spécifiques au secteur.

2.1.1. Le concept d'efficacité dans la littérature et les travaux de recherche antérieurs.

Force est de constater que le vocabulaire des spécialistes n'est pas stabilisé, faisant de l'efficacité un concept mal défini. C'est un construit qui débouche sur des divergences selon les auteurs, un «mot -valise» qui a reçu de nombreuses acceptions (Lebas, 1995). Des notions voisines cohabitent (efficience, performance), se recoupent avec l'efficacité, et nous en précisons les contours dans un premier temps.

L'efficience nous semble le concept le mieux défini dans la littérature. Il est présenté comme une relation économique mettant en rapport un résultat obtenu avec des moyens mis en oeuvre. L'efficience est la maximisation des résultats et/ou la minimisation des moyens ; c'est en fait une productivité, une rentabilité. Pour certains auteurs, le terme d'efficience est «un bien vilain mot», parce qu'il implique dans la pratique «une efficience démontrée, une efficience prouvée et surtout une efficience calculée» (Mintzberg, 1990). Les gestionnaires ont par trop l'obsession du quantifiable, ils négligent les évaluations de type qualitatif.

L'efficacité est une notion plus abstraite, polarisée sur le résultat annoncé. L'efficacité d'une organisation traduit sa capacité à produire un résultat attendu, identifiable et mesurable. Le plus souvent, la complémentarité de l'efficience et de l'efficacité est indispensable à la pérennité des entreprises (Barnard, 1982). Mais ces deux notions ne vont pas toujours de pair : une organisation peut être efficiente et/ou efficace, ou encore ni efficiente, ni efficace

(Ostroff et Schmitt, 1993).

Mesurer l'efficacité n'est pas chose aisée, et, devant les difficultés, la tentation est grande d'employer des critères d'efficience comme substituts (Bouquin, 1991).

Les chiffres servent d'alibi aux entreprises, et l'efficacité est souvent identifiée à des données comptables qui expriment davantage une efficience qu'une efficacité.

La performance apparaît comme une notion plus englobante que l'efficacité. Selon nous, la performance signifie un dépassement, un exploit. C'est une mesure du succès perçu par le public. En cela, cette notion est plus large que la notion d'efficacité; elle englobe l'efficacité et souvent l'efficience.

Illustrons ce point de vue par l'approche de la performance en management social. Elle recouvre la productivité des individus (efficience), l'atteinte d'objectifs sociaux assignés au gestionnaire tels que l'évolution des compétences ou la mobilisation des salariés (efficacité) (Martory, 1992). Mais, au delà, c'est une reconnaissance perceptible par l'environnement des améliorations et des mesures prises pour y parvenir.

La performance est aussi une notion polarisée sur le résultat annoncé, mais elle véhicule en plus un jugement de valeur (*a priori* positif) sur le résultat et la démarche qui a permis de l'atteindre.

Le concept d'efficacité présente un certain nombre de caractéristiques qui méritent d'être évoquées. Tout d'abord, l'efficacité a un statut multidimensionnel. Les travaux de recherche qui traitent des perceptions managériales de l'efficacité concluent à une nécessaire représentation multi-critères de cette notion (Kalika, 1988).

L'efficacité a longtemps été un concept unidimensionnel, mesuré par un seul indicateur (le profit), en raison de la focalisation des gestionnaires sur les problèmes internes et du poids des actionnaires dans le processus de décision.

Puis l'entreprise a de plus en plus été perçue comme le lieu de rencontre des motivations divergentes des acteurs qui participent à son développement. De ce fait, l'efficacité est devenu un concept multidimensionnel, tous les acteurs n'ayant pas la même perception de l'efficacité.

L'efficacité est un construit support à des jugements. L'efficacité est souvent définie par des critères conformes à la représentation que se font théoriciens et praticiens de l'efficacité et de sa mesure. Elle implique un jugement de valeurs sur les activités, les résultats, les produits et les effets de l'organisation sur son environnement.

Ce concept possède, en tant que construit social, autant de significations qu'il existe d'individus ou de groupes qui l'utilisent. L'efficacité est assise sur des représentations individuelles ou collectives. «Chacun se fait une image de ce qu'est une organisation efficace, et cette image lui sert à porter des jugements sur les organisations et à structurer ses conduites envers elles» (Morin, 1992). Pour un dirigeant, l'efficacité pourra être la rentabilité ou la compétitivité de son entreprise; pour un employé, elle pourra être le climat de travail; et pour un client, la qualité des services rendus.

L'efficacité se pilote. Pronant une approche globale de l'efficacité, de nombreux auteurs proposent aux dirigeants une grille de lecture de l'entreprise comprenant des indicateurs qui se complètent et s'éclairent mutuellement et qui sont reliés à des objectifs multiples (Kaplan et Norton, 1992). Les seuls critères financiers ne suffisent plus aux managers, et, dans la pratique, les indicateurs non financiers viennent compléter les premiers, ils sont le moteur de la réussite future, ils fournissent aux pilotes une indispensable vision globale de l'efficacité dans plusieurs domaines simultanément (Morin, Guindon et Boulianne, 1996).

L'efficacité possède un caractère relatif. Il faut tout d'abord reconnaître le caractère unique de toute entreprise, et prendre en compte les objectifs qu'elle s'est fixés (Le Moigne, 1977). Il n'y aura efficacité que par rapport à ces objectifs.

Ensuite l'efficacité possède autant de facettes qu'il y a d'observateurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation. L'efficacité est ainsi définie par ceux qui vont utiliser l'informa-

tion. Elle n'a d'importance (de valeur) que par rapport à ce que l'utilisateur de cette information va faire.

L'efficacité reste une affaire de perception. C'est pour cela que, dans les moments difficiles, les individus s'affrontent sur ce qu'elle est. L'efficacité est devenue une notion d'autant plus complexe à appréhender qu'il semble difficile aujourd'hui d'être en bonne position sur tous les critères à la fois (Gharbi, 1993).

L'efficacité est un concept évolutif. Les composantes de l'efficacité évoluent dans le temps, les critères d'évaluation internes et ceux définis par l'environnement se modifiant. Ainsi, des facteurs qui conditionnent le succès d'une organisation pendant une phase d'innovation peuvent se révèler incompatibles avec ceux exigés pendant une phase de développement. Il faut admettre qu'il existe «des combinaisons de facteurs humains, techniques, financiers, organisationnels qui sont efficaces dans un contexte donné et qui ne le sont plus dans d'autres. Ces combinaisons sont multiples, et changent au cours du temps» (Godet, 1991).

L'efficacité a un effet rétroactif sur l'organisation. L'efficacité agit sur le comportement des dirigeants; elle est liée à la notion de responsabilité. Si les résultats sont en deça des objectifs, les responsables vont reconsidérer les choix stratégiques. Ce processus d'adaptation fait dire à certains chercheurs que l'efficacité n'est pas seulement un résultat, elle peut aussi exercer une influence variable sur le management, sur le potentiel interne et sur la perception que le dirigeant se fait des états de l'environnement.

L'efficacité est riche de composantes antinomiques. Elle se présente comme un ensemble de paramètres complémentaires et parfois contradictoires (Lebas, 1995). Cela se vérifie quand le dirigeant cherche à minimiser les coûts, tout en veillant à améliorer la qualité des produits et à maintenir le moral des salariés. Ces critères imposent donc des arbitrages permanents. Toutes les composantes de l'efficacité n'ont pas la même importance. Si la dimension économique reste dominante, une entreprise peut, à un stade particulier de son évolution, ou en fonction de la personnalité de son dirigeant, donner la priorité à telle composante (sociale, technologique...).

La difficulté à cerner les concepts d'efficacité ou de performance va de pair avec la richesse de leurs acceptions.

Malgré cela, il ne semble pas que nous puissions nous passer de ces notions qui permettent aux managers d'évaluer la pertinence de leurs décisions et de tester dans le temps la viabilité de leurs choix stratégiques. Car, au final, elles traduisent une sanction positive du marché.

2.1.2. La perception managériale de l'efficacité dans les établissements de soins.

C'est sur la base d'entretiens que nous avons mené notre étude qui s'est déroulée en deux étapes distinctes sur le fond et la forme (Saulquin, 1995).

Une étape exploratoire qualitative nous a permis d'appréhender la réalité du concept d'efficacité dans le contexte du soin. Au cours d'entretiens semi-directifs, nous avons demandé à dix experts-praticiens (3 directeurs d'établissements de soins, 3 responsables de syndicats professionnels, 4 experts en santé publique) ce que signifiait pour eux l'efficacité, et quels outils d'évaluation semblaient pertinents dans le secteur hospitalier.

L'analyse des contenus des entretiens nous a permis de proposer une modélisation de l'efficacité globale, et de conforter l'approche théorique selon laquelle l'efficacité devait faire l'objet d'une représentation multidimensionnelle. L'efficacité est représentée, en première approche, par quatre champs dominants et huit dimensions principales. Cette représentation rappelle que la clinique privée est tiraillée entre deux logiques (celle des médecins et celle des gestionnaires), et que les indicateurs d'évaluation utilisés peuvent être de nature qualitative ou quantitative (Figure 1).

Une phase exploratoire quantitative nous a ensuite permis de valider cette représentation de l'efficacité, et d'étudier ses implications managériales.

La collecte des données a été effectuée à partir d'un questionnaire administré à 40 directeurs de cliniques qui ont accepté de répondre à notre demande d'entretien. Nous avions choisi de mener notre enquête auprès de directeurs de cliniques privées généralistes et n'avions pas fixé d'autres critères de sélection pour définir la population de base. Ceux-ci nous ont fourni, pour chacune de ces huit dimensions, leur degré d'accord sur la signification de l'efficacité en utilisant une échelle allant de 1 (faiblement d'accord) à 5 (fortement d'accord).

Les réponses obtenues confirment que les huit critères utilisés contribuent à représenter l'efficacité globale dans les cliniques. Chaque dimension a un score modal de 4 ou 5, et une moyenne comprise entre 3,79 pour la plus faible (la technologie de pointe) et 4,76 (la satisfaction des clients) (Figure 2).

Nous avons par ailleurs collecté tous les tableaux de bord utilisés par les directeurs pour le suivi de l'efficacité. Ils nous ont permis d'enrichir les informations recueillies et de confirmer la qualité de certaines réponses.

Cette représentation paraît complète dans la mesure où tous les critères sont acceptés avec un niveau d'accord élevé (seul un directeur a souhaité ajouter à cette liste de critères la satisfaction des médecins).

Les résultats semblent refléter une situation où les buts sont poursuivis avec une intensité assez proche et où les directeurs ne se battent pas sur un seul objectif prioritaire.

La satisfaction des clients et la qualité des soins sont perçus comme étant les critères les plus importants.

Dans notre échantillon :

- 94% des directeurs sont fortement d'accord pour dire que la satisfaction des clients représente l'efficacité,
- pour 79%, l'efficacité c'est avant tout la qualité des soins,
- pour 76%, l'efficacité c'est la satisfaction des salariés.

Le champ social occupe une place significative dans la performance globale, mais est-il pour autant géré?

2.2. Discussion : la portée du concept d'efficacité pour le manager

Il nous semble qu'une telle représentation de l'efficacité doit avoir des conséquences sur les méthodes de management. Le concept d'efficacité prévoit l'existence d'un ou plusieurs buts qui représentent la finalité et la raison d'être de l'organisation, ils constituent le foyer autour duquel vont s'organiser les comportements et doivent se mobiliser les énergies.

2.2.1. Sur quels outils et pratiques de gestion pourrait déboucher la quête de l'efficacité?

L'évaluation de l'efficacité par des outils de mesure adaptés à des champs multiples permet d'apprécier les contributions individuelles à la réalisation des buts de l'entreprise (Thévenet, 1992).

Pour faire évoluer les bases de jugement et les structures de l'organisation, il faut sélectionner des outils qui permettent de rallier des points de vue souvent opposés. Les outils de mesure de l'efficacité apparaissent comme des outils de dialogue et d'apprentissage entre des mondes antagonistes. Dans le milieu hospitalier, la mesure de l'efficacité globale doit permettre de rapprocher des logiques différentes, elle s'insère ainsi dans un processus de management participatif.

L'efficacité d'une prestation médicale est multiforme, elle exige un suivi pluridisciplinaire. Une démarche instrumentale, la plus large possible doit dès lors être initiée pour apprécier l'efficacité de l'établissement dans des champs complémentaires. Le tableau 1 montre sur quels outils pourrait déboucher la recherche de l'efficacité globale.

Figure 1 Représentation multidimensionnelle de l'efficacité dans la clinique

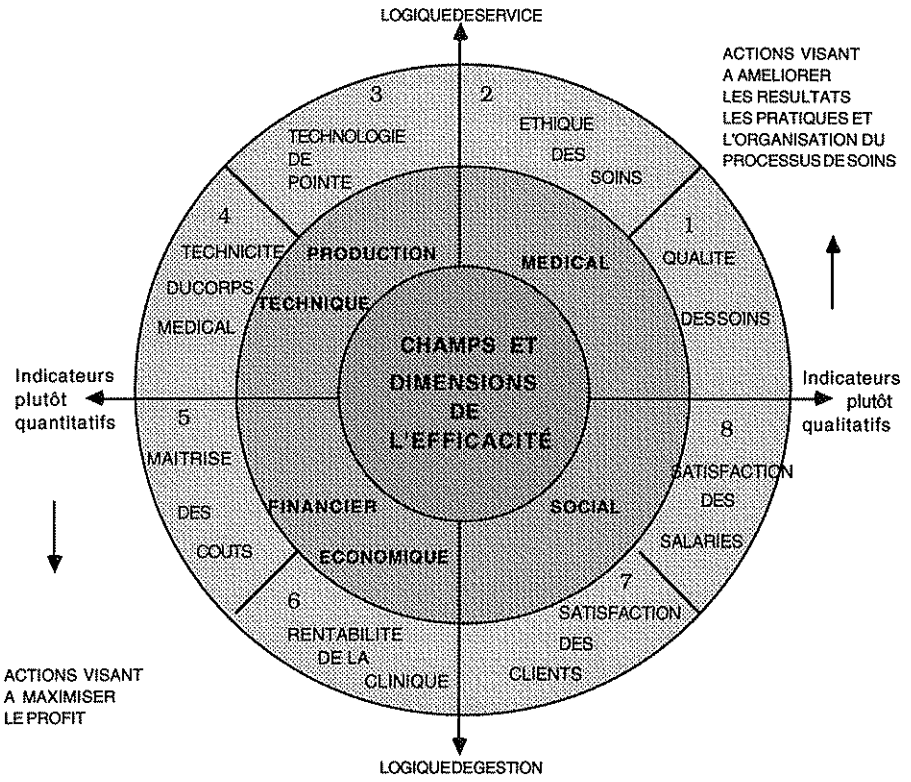


Tableau 1 Mesurer l'efficacité globale

CHAMPS	MÉDICAL	TECHNIQUE	ÉCONOMIQUE	SOCIAL
OBJECTIFS	Garantir au malade la meilleure qualité des soins	Accroître la performance technique	Augmenter le rendement des activités	Améliorer confort, climat, engagement des acteurs
INSTRUMENTS	Contrôler la qualité des décisions de soins et des résultats obtenus : .mesure de qualité des soins .existence d'une base de données médicale .expérimentation du PMSI	Rechercher de nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques, planifier investissements et formations : .plans d'investissement .plan de formation .programme de maintenance	Analyser et prévoir les coûts et mesurer les rentabilités : .comptabilité analytique par centre de production .analyse de coûts de certains soins .études prévisionnelles . simulations	Mesurer le degré de satisfaction des acteurs (clients) : .recueil d'info.externes .litiges .durée de séjour (salariés) : . plan formation . suivi de l'absentéisme .intéressement .entretien annuel d'évaluation

Pour compenser la différenciation de l'organisation, les pratiques managériales devraient traduire un recours important aux mécanismes de coordination entre les acteurs hospitaliers.

À la lumière des écrits théoriques (Lawrence et Lorsch, 1973; Crémadez et Grateau, 1992) et des entretiens menés pendant la phase exploratoire, nous avons sélectionné six mécanismes de coordination : les comités de liaison permanents, les groupes de projet ou de

travail, la conférence médicale d'établissement, le comité d'entreprise du personnel, la procédure budgétaire annuelle, les contacts directs entre médecins.

Des comités permanents peuvent vivre pour remédier au degré de différenciation élevé de la clinique. Il en va ainsi pour des comités de liaison entre unités spécialisées, et pour la conférence médicale d'établissement (prévue par la loi de juillet 1991 portant réforme hospitalière) qui pousse les médecins à identifier des objectifs à long terme. Un accord sur des axes de développement et une vision claire des buts à atteindre permet la cohésion des acteurs.

La procédure budgétaire, par la dynamique qu'elle instaure, et les échanges d'informations qu'elle génère entre les services, participe à l'amélioration de la concertation au sein de l'établissement.

La simple communication informelle peut permettre d'instaurer une collaboration efficace. Mais cela reste une mécanique fragile, elle repose sur la qualité que les participants entendent donner à leurs relations de travail. Un changement d'interlocuteur peut tout remettre en question.

Tous ces mécanismes ont fait l'objet d'une mesure sur une échelle de Likert à 5 points.

Le directeur constitue par ailleurs un vecteur d'intégration important. Son rôle a été appréhendé par trois facteurs qui aident à réaliser l'intégration : son autonomie d'initiative, sa participation à la prise de décision, la fréquence de ses contacts avec les propriétaires (Lawrence et Lorsch, 1973).

Le directeur est généralement le seul cadre administratif chargé de la coordination dans la clinique, et sur qui repose la mission de faire émerger un consensus dès lors qu'un même problème concerne des unités différentes. De la fréquence de ses contacts avec les autres acteurs, de l'adhésion qu'il entraine, dépendent l'amélioration du fonctionnement de l'organisation. C'est à lui d'assumer l'intégration entre les dimensions économique et technique de l'établissement. Pour les décisions décentralisées au niveau des opérationnels, le gestionnaire peut être conduit à jouer un rôle d'arbitre et de «facilitateur», rappelant si besoin les orientations et priorités de la clinique. Plus une organisation est différenciée, plus il doit passer de temps et consacrer d'efforts à cette mission d'intégration.

2.2.2. Résultats : l'instrumentation dans les cliniques est décevante.

Malgré les enjeux, nous avons observé une présence insuffisante d'outils de gestion dans les cliniques, puis vérifié leur inadéquation avec les représentations managériales de l'efficacité.

On ne peut pas parler de contrôle de gestion *stricto sensu* (en tant que pratique reconnue et organisée) dans les cliniques que nous avons étudiées. Nous y avons rencontré un certain nombre d'instruments de mesure plus ou moins développés, mais il ne nous semble pas qu'ils puissent procurer au gestionnaire une vision d'ensemble de l'organisation. Dans chaque établissement, le directeur utilise quelques outils de suivi, mais aucun ne propose un système de pilotage complet de l'efficacité.

Le manager ne fait pas de l'efficacité globale un outil opérationnel. Globalement, le passage de la perception à l'instrumentation n'est pas réalisé.

Toutefois, la présence d'instruments diffère en fonction du champ étudié. Sur notre échantillon, nous avons obtenu les résultats suivants :

– dans le domaine médical : 81% des cliniques ignorent le PMSI, 76% des cliniques ne possèdent pas de base de données médicale, 42% des cliniques n'évaluent pas du tout la qualité des soins,

– dans le domaine économique et financier : 52% des cliniques ne tiennent pas de comptabilité analytique mensuelle par centre de production, 31% des cliniques ne font pas d'analyse du coût d'un traitement ou d'un type de soin,

– dans le domaine social : 68% des cliniques ne pratiquent pas d'entretien annuel d'évaluation avec chaque salarié, 42% des cliniques ne procèdent pas au recueil d'informations externes,

– seuls des outils émergent nettement du champ technique, avec des plans d'investissements, des plans de formation du personnel para-médical, des programmes de maintenance des matériels.

Cette greffe difficile des instruments de gestion est incohérente avec les perceptions managériales de l'efficacité. Pour valider ce décalage, nous avons réalisé une comparaison de moyennes (Evrard, Pras et Roux, 1993).

La manière dont nous avons construit notre questionnaire d'entretien porte à considérer, qu'*a priori*, pour un même champ, les variables d'efficacité et les variables d'instrumentation devraient avoir les mêmes moyennes. Si la démarche du manager est cohérente, quand il positionne un objectif d'efficacité en 5, il doit utiliser avec une intensité proche les instruments liés à l'efficacité recherchée. Comment, en pratique, considérer que la qualité des soins est une dimension essentielle de l'efficacité globale sans se donner les moyens de l'appréhender ?

Nos résultats confirment une inadéquation marquée entre les dimensions de l'efficacité et les outils de gestion, sauf dans le champ technique où il n'existe pas de différence significative entre les moyennes des deux variables mises en relation. Les trois instruments du champ technique que nous avons retenus semblent en phase avec la dimension technologique de l'efficacité. Nous pensons que ce résultat reflète, d'une part, la nécessaire adaptation aux nouvelles techniques de traitement, et, d'autre part, une recherche toujours plus grande dans la sécurité des soins. Cette double quête conduit les établissements à investir dans la formation des personnels soignants, dans l'acquisition et la maintenance de matériels de soins.

La Figure 2 visualise nettement l'absence d'association entre l'efficacité médicale et les outils de mesure et de suivi propres à ce champ. Elle reflète la même situation entre l'efficacité économique et financière et les instruments qui lui sont attachés. Il en est de même pour l'efficacité sociale, sauf en ce qui concerne l'intéressement.

Au niveau des mécanismes de coordination, nous avons trouvé des disparités importantes (Figure 3) :

– dans 71% des cas, il n'existe pas de comités de liaison permanents,

– dans 68% des cas, il n'y a pas de procédure budgétaire annuelle par centre de production,

– le mécanisme qui, au regard de la moyenne, parait le plus développé est l'ajustement mutuel à l'intérieur du groupe des médecins,

– la conférence médicale joue un rôle moyen,

– le comité d'entreprise semble plutôt bien fonctionner.

Quant aux directeurs, 89% estiment que leur participation à la prise de décision est grande, 82% pensent que leur autonomie d'initiative est forte, et 68% affirment que la fréquence de leurs contacts avec les propriétaires est suffisante.

Nous avons, comme cela a été fait dans de nombreux travaux de recherche, additionné les neuf mesures d'intégration, puis calculé une moyenne représentative du niveau d'intégration de chaque établissement (Covin et Slevin, 1989).

Nos résultats font apparaître un score d'intégration moyen des cliniques de 3,18 sur une échelle de 5 points. Le minimum est de 1,77 et le maximum de 3,88. En examinant les moyennes respectives sur les six mécanismes d'intégration et sur les trois facteurs relatifs au directeur, nous notons le rôle prégnant du directeur dans la plupart des cliniques (moyenne de 4,13 avec un minimum de 3 et un maximum de 5) et l'apport secondaire des mécanismes (moyenne de 2,70 avec un minimum de 1,16 et un maximum de 3,83).

Le vecteur d'intégration essentiel semble donc être le directeur, si l'on admet qu'il joue effectivement un rôle aussi grand qu'il le prétend. Nos résultats reflètent une situation où ce rôle s'exerce avec force dans la plupart des cliniques. En revanche, la situation au niveau des mécanismes est plus contrastée. Cela confirme, d'une part, que les mécanismes restent à développer, et laisse supposer, d'autre part, qu'ils pourraient être un facteur discriminant entre les établissements.

Figure 2 Comparaison de moyennes

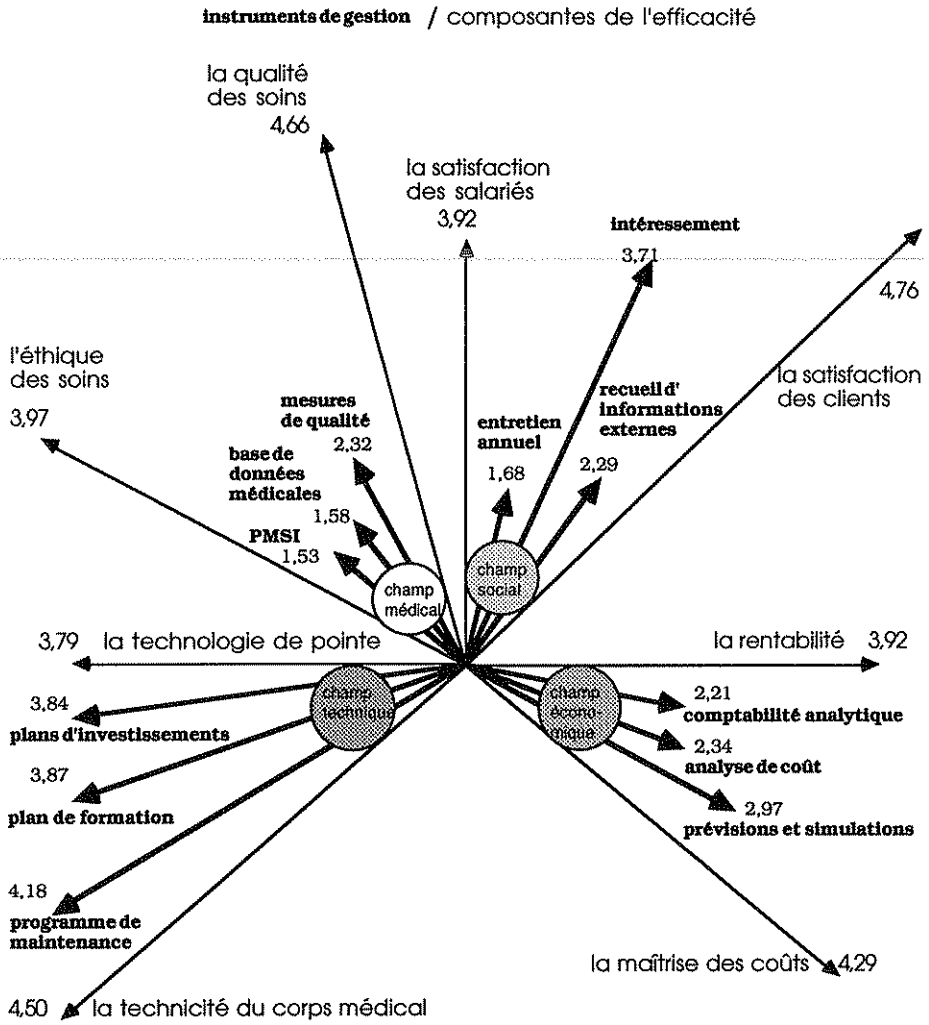
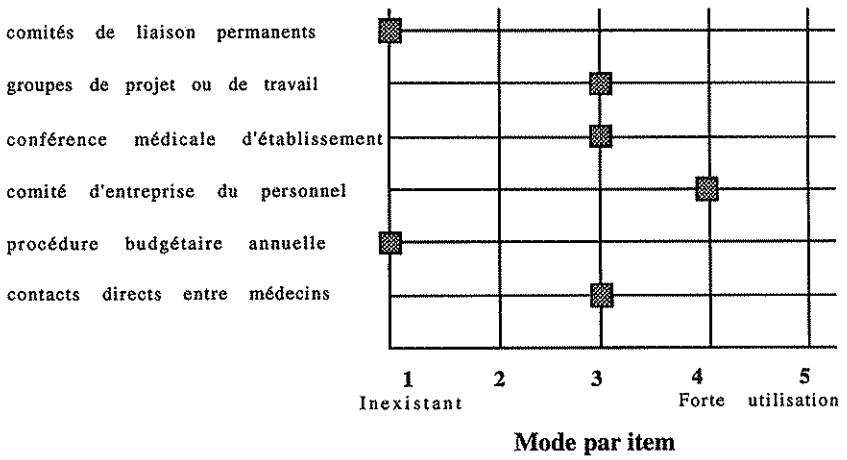


Figure 3 Le recours aux mécanismes de coordination



3. Un management intégrateur semble un gage d'efficacité dans les établissements de soins

Après avoir calculé un score d'intégration par établissement, nous avons cherché à obtenir un score d'efficacité à partir d'indicateurs couvrant les champs technique, économique, social et médical, aux fins de classer les établissements sur ce score d'efficacité.

Nous pensons qu'évaluer l'efficacité globale, c'est respecter une certaine égalité dans le traitement des objectifs distincts de toutes les parties prenantes de l'établissement (clients, salariés, actionnaires, médecins, pouvoirs publics), pour répondre à leurs attentes minimales. Se concentrer sur un objectif prioritaire risque de créer une forte instabilité organisationnelle par le mécontentement qu'il provoque chez les autres acteurs, et l'on risque, au bout du compte, de n'être efficace dans aucun autre domaine (Doyle, 1994).

L'évaluation à partir d'outils développés dans les cliniques est limitée, nous l'avons constaté. Cette situation nous a conduit à sélectionner certains outils utilisés dans d'autres secteurs, et à définir une norme d'efficacité externe qui comprenne des dimensions représentatives et objectivement mesurables de l'efficacité.

Onze indicateurs ont pu être renseignés pour chacun des établissements de notre échantillon :

– Indicateurs d'efficacité technique :	Taux d'investissement médical (1)
	Effort d'investissement (2)
	Productivité du potentiel de production (3)
– Indicateurs d'efficacité économique :	Rentabilité économique (4)
	Rentabilité financière brute (5)
	Productivité (valeur ajoutée/effectifs) (6)
– Indicateurs d'efficacité sociale :	Salaire annuel moyen/salarié (7)
	Absentéisme (8)
	Taux d'occupation (9)
– Indicateurs d'efficacité médicale :	Durée moyenne de séjour/normes secteur (10)
	Nombre de litiges (11)

Une analyse en composantes principales nous a permis de réduire l'efficacité globale à 3 axes qui résument 61% de l'information détaillée, et à 6 indicateurs.

Le premier axe représente le facteur «rentabilité» dont les deux principales expressions dans l'entreprise sont la rentabilité financière et la rentabilité économique.

Le deuxième axe est représenté par l'effort d'investissement et le taux d'investissement médical. Il exprime le facteur «investissement».

Le troisième axe représente la productivité de l'effectif et le salaire annuel moyen. Il reflète le facteur «travail», avec, pour composantes, le coût et le rendement du travail.

En ne retenant que les 6 indicateurs fortement corrélés avec les trois axes, nous avons classé chaque clinique sur chacune de ces six variables. En totalisant les rangs sur chaque critère, nous avons obtenu, pour chaque clinique, un cumul que nous considérons comme son score d'efficacité globale.

Nous avons pu vérifier ensuite qu'il existait une relation linéaire entre intégration et efficacité. La formule de régression se présente sous la forme : Efficacité = 257,80 - 44,24 score d'intégration.

Par ailleurs, nous nous sommes demandés si certaines pratiques expliquaient, plus que d'autres, l'efficacité globale.

Pour répondre à cette question, nous avons effectué une régression linéaire multiple, et mis en évidence que trois variables contribuaient de façon statistiquement significative à la régression :

– l'appartenance du directeur au pôle décideur (le directeur ne doit pas être un homme isolé),

– le fonctionnement de la conférence médicale d'établissement (où médecins et gestionnaires définissent ensemble le projet stratégique qui engage l'établissement à long terme),

– les groupes de travail et de projet (qui permettent de se coordonner sur les problèmes du court terme).

Cela confirme que la réponse intégrative est un gage d'efficacité, et que certaines pratiques de concertation sont en mesure de départager les cliniques efficaces ou non.

Notre étude montre, d'une part, l'absence de concordance entre les outils du manager et sa perception de l'efficacité. L'écart constaté nous fait dire que la poursuite des objectifs d'efficacité est limitée dans les cliniques en raison d'une instrumentation trop faible. Le management de l'efficacité suppose une cohérence entre les dispositifs de gestion et les objectifs de l'organisation.

Excepté pour le champ technique, les outils que nous avons rencontrés ne nous semblent pas pas utilisés avec l'intensité qui convient au niveau d'efficacité recherché.

Nous avons, d'autre part, constaté que l'efficacité dépendait largement des procédures d'intégration. Mais, quand l'organisation concentre l'effort sur le professionnalisme de chaque fonction, cela peut affaiblir la coopération entre les fonctions. L'investissement personnel dans une profession ne signifie pas forcément l'implication organisationnelle.

Dans les établissements de soins, le corporatisme l'emporte sur l'intégration entre le monde médical et le monde administratif (Crémadez et Grateau, 1992). De plus, à l'intérieur du monde médical, médecins, infirmières, affirment respectivement leur prééminence à l'intérieur des services. Ces oppositions freinent la communication, et, pour éviter qu'elles ne conduisent à des conflits, elles doivent être compensées par des mécanismes intégrateurs.

Dans ce contexte, il semble que le défi gestionnaire passe largement par le savoir-faire du directeur en matière de management des hommes (Begin, 1992). Dans une organisation de professionnels, le directeur doit accorder la priorité aux rapports humains. Il doit favoriser des schémas organiques centrés sur les relations humaines, beaucoup plus satisfaisants pour des acteurs au potentiel élevé, soucieux d'autonomie, et à fort besoin de motivation.

Références

Barley, Stephen R., «Technology as an occasion for structuring», *Administrative Science Quaterly*, n° 31, (Mars 1986), p. 78-108.

Barnard, Chester I., *The functions of the executive*, Harvard University Press, 29ème édition, 1982.

Bégin, C., «Le nouveau défi du Directeur Général dans les établissements de santé et de services sociaux : faire éclore le partenariat», *Papier de recherche n° 92-56, Université Laval*, (Août 1992).

Bouquin, H., *Le contrôle de gestion*, PUF, 2ème édition, 1991.

Covin, Jeffrey G., et Slevin, Dennis P., «Strategic management of small firms in hostile and benign environments», *Strategic Management Journal*, Vol. 10, (1989), p. 75-87.

Crémadez, M. et Grateau, F., *Le management stratégique hospitalier*, Inter Editions, 1992.

Crozier, M. et Friedberg, E., *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, 1977.

Doyle, P., «Il n'y a de saine performance que dans l'équilibre», *L'Expansion Management Review*, (Automne 1994), p. 38-47.

Evrard, Y., Pras, B., et Roux., *Market, Etudes et recherches en marketing*, Nathan, 1993.

Gharbi, J., «Pilotage stratégique et émergence du sens : du réel à l'action», *Les cahiers lyonnais de recherche en gestion*, 14 (Avril 1993), p. 378-399.

Godet, M., «Les dangers de la (seule) réactivité», *Revue Française de Gestion*, (Novembre/Décembre 1991), p. 91-92.

Gonnet, F., «Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics», *Colloque de Cerisy*, Editions du Seuil, (Mai 1994), p. 337-344.

Kalika, M., *Structures d'entreprises : réalités, déterminants, performances*, Economica, 1988.

Kaplan, Robert S. et Norton, David P., «The balanced scorecard-measures that drive performance», *Harvard Business Review*, Vol. 70, 1 (Janvier/Février 1992), p. 71-79.

Lawrence, P. et Lorsch, J., *Adapter les structures de l'entreprise*, Les Editions d'Organisation, 1973.

Lebas, M., «Oui, il faut définir la performance», *Revue Française de Comptabilité*, 269 (Juillet/Août 1995), p. 66-71.

Le Moigne, J.L., *La théorie du système général*, PUF, 1977.

Martory, B., *Les tableaux de bord sociaux*, Nathan, 1992.

Mintzberg, H., *Le pouvoir dans les organisations*, Les Editions d'Organisation, 1986.

Mintzberg, H., *Le management*, Les Editions d'Organisation, 1990.

Morin, E.M., «Système axiomatique de l'efficacité organisationnelle : valeurs et signification», *Papier de recherche, Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Montréal*, 92-18 (Juin 1992).

Morin, E.M., Guindon, M. et Boulianne, E., «Mesurer la performance de l'entreprise», *Gestion*, Vol. 21, 3 (Septembre 1996), p. 61-66.

Ostroff, C. et Schmitt, N., «Configurations of organizational effectiveness and efficiency», *Academy of Management Journal*, Vol 36, 6 (1993), p. 1345-1361.

Pfeffer, J., *Managing with power*, Harvard Business School Press, 1992.

Saulquin, J.Y., «La clinique en observation, formulation d'un diagnostic et relation à l'efficacité», *Thèse de doctorat en sciences de gestion, IAE de l'Université de Poitiers*, (Juillet 1995).

Thevenet M., L'appréciation du personnel, *Encyclopédie du management, Tome 1*, Vuibert, 1992.