

**Université Robert Schuman-Strasbourg III**  
**École de Management de Strasbourg**  
Centre d'Etudes des Sciences Appliquées à la Gestion (CESAG)

Thèse de doctorat ès Sciences de Gestion

La relation dynamique entre Système d'Information et Système de  
Pilotage à l'Hôpital

Présentée et soutenue par **Lionel Signolet**

**Composition du Jury**

DIRECTEUR DE THESE :

**Thierry Nobre**

**Professeur des universités  
Directeur du CESAG  
Université Robert Schuman**

RAPPORTEURS

**Nicolas Berland**

**Professeur des universités  
Université de Paris-Dauphine**

**François Meyssonier**

**Professeur des Universités  
Institut d'Economie et de  
Management de Nantes**

SUFFRAGANTS

**Robert Foucher**

**Professeur des Universités  
Directeur de l'Institut de  
Management Public et  
Gouvernance Territoriale**

**Michel Kalika**

**Professeur des universités  
Directeur de l'EMS  
Université Robert Schuman**

L'université n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs

À mes parents

À Sarah

À Diana

« C'est l'observation qui nourrit la théorie »

E.P. Hubble

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie tout particulièrement mon Directeur de thèse, Monsieur le Professeur Thierry Nobre. J'ai réalisé sous son encadrement mon mémoire de DEA ainsi que cette thèse. Je tiens tout particulièrement à le remercier pour sa patience sa disponibilité et ses conseils avisés.

Je remercie également Messieurs Pierre Schevin, Gilles Lambert, Pierre-François Lelaurain et Babak Mehmanpazir et, avec qui j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler lorsque j'étais ATER à l'EMS. J'exprime également mon amitié à mes collègues du CESAG passés et présents, notamment Noufou, Lova, Imène et Pascal.

Pour m'avoir fait l'honneur de composer mon jury, je remercie très sincèrement Messieurs les Professeurs Nicolas Berland, Robert Foucher, Michel Kalika et François Meyssonier.

Enfin, je tiens à remercier toute ma famille pour m'avoir soutenu au long de ces quatre années, notamment Diana, mon épouse, ainsi que ma fille, Sarah, qui, un jour pourra apprécier cette thèse et la somme de travail qu'elle représente.

# **SOMMAIRE :**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>0.1. PRESENTATION DE L’OBJET DE RECHERCHE.....</b>	<b>9</b>
<b>0.2. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>11</b>
0.2.1. ÉNONCE DE LA PROBLEMATIQUE .....	11
0.2.2. L’HYPOTHESE CENTRALE : DES ELEMENTS DE REPOSE A LA PROBLEMATIQUE .....	12
<b>0.3. ARCHITECTURE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>13</b>
0.3.1. LES QUESTIONS DE RECHERCHE.....	13
0.3.2. PRESENTATION DU PLAN : .....	14
<b><u>PREMIERE PARTIE</u>.....</b>	<b>16</b>
<b><u>CHAPITRE PREMIER: .....</u> ANALYSE DE LA RELATION ENTRE SYSTEME D’INFORMATION ET SYSTEME DE PILOTAGE.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. LA NOTION DE SYSTEME DE PILOTAGE.....</b>	<b>19</b>
1.1.1. LES PRINCIPES ET MODALITES DU SYSTEME DE PILOTAGE DES ORGANISATIONS .....	19
1.1.2. LES FINALITES DU SYSTEME DE PILOTAGE .....	25
<b>1.2. LA NOTION DE SYSTEME D’INFORMATION.....</b>	<b>29</b>
1.2.1. UN CONCEPT SOCIO TECHNIQUE PRODUCTEUR DE CONNAISSANCES .....	29
1.2.2. UN OUTIL DE GESTION SUPPORT D’ACTIVITE REpondant A CERTAINS CRITERES DE QUALITE .....	32
1.2.3. ANALYSE D’UN COMPARTIMENT PARTICULIER DU SYSTEME D’INFORMATION : LE SYSTEME D’INFORMATION DE GESTION (SIG).....	34
<b>1.3. LA RELATION ENTRE SYSTEME D’INFORMATION ET SYSTEME DE PILOTAGE.....</b>	<b>39</b>
1.3.1. LA VISION DE LA RELATION PAR LA LITTERATURE DES SYSTEMES D’INFORMATION .....	39
1.3.2. LA PERCEPTION DE LA RELATION PAR LA LITTERATURE DU CONTROLE DE GESTION .....	45
<b>1.4. CONCLUSION DU CHAPITRE.....</b>	<b>49</b>
<b><u>CHAPITRE DEUX :.....</u> ANALYSE DE LA RELATION ENTRE SYSTEME D’INFORMATION ET SYSTEME DE PILOTAGE A L’HOPITAL.....</b>	<b>50</b>
<b>2.1. LE SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER .....</b>	<b>50</b>
2.1.1. LES ORGANISATIONS PUBLIQUES FRANÇAISES A L’HEURE DU NEW PUBLIC MANAGEMENT (NPM).....	50
2.1.2. LES DETERMINANTS DE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER .....	54
2.1.3. LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE, UNE DOUBLE LOGIQUE DE GENERATION .....	66
<b>2.2. LE SYSTEME D’INFORMATION HOSPITALIER ET SA RELATION AVEC LE SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER.....</b>	<b>70</b>
2.2.1. LE SYSTEME D’INFORMATION HOSPITALIER, UN SOUS-SYSTEME ORGANISATIONNEL PEU INTEGRE CONSTRUIT PAR SEDIMENTATION .....	70
2.2.2. LES ENJEUX DE L’EVOLUTION DU SIH ET DE SA RELATION AVEC LE SPH.....	81
<b>2.3. CONCLUSION DU CHAPITRE.....</b>	<b>86</b>

<b><u>CHAPITRE TROIS: LES MODALITES D'OBSERVATION DE L'OBJET DE RECHERCHE</u></b> .....	<b>88</b>
<b>3.1. LE CHANGEMENT COMME CADRE THEORIQUE</b> .....	<b>89</b>
3.1.2. UNE LECTURE CHRONOLOGIQUE DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL .....	89
3.1.2. UNE LECTURE INGENIERIQUE DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL .....	93
<b>3.2. UNE METHODOLOGIE AXEE SUR DEUX MODES D'OBSERVATION</b> .....	<b>98</b>
3.2.1. UNE ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE POUR FAIRE UN ETAT DES LIEUX .....	98
3.2.2. UNE RECHERCHE INTERVENTION POUR COMPRENDRE LES MECANISMES DU PROCESSUS DE CHANGEMENT .....	105
<b>3.3. LE CHAMP D'ACTION DU CHERCHEUR</b> .....	<b>111</b>
3.3.1. LE POSITIONNEMENT DU CHERCHEUR DANS L'ORGANISATION .....	111
3.3.2. LES OUTILS DE GESTION OBSERVES .....	117
<b>3.4. CONCLUSION DU CHAPITRE</b> .....	<b>131</b>
<b><u>CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE</u></b> .....	<b>135</b>
<b><u>DEUXIEME PARTIE</u></b> .....	<b>136</b>
<b><u>CHAPITRE QUATRE : ÉTAT DES LIEUX DE LA RELATION ENTRE SIH ET SPH</u></b> .....	<b>138</b>
<b>4.1. ÉTAT ACTUEL DU SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER</b> .....	<b>140</b>
4.1.1. LES OUTILS A DISPOSITION DES ETABLISSEMENTS .....	140
4.1.2. LES ACTEURS DU SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER .....	149
4.1.3. L'ANIMATION DES OUTILS DU PILOTAGE HOSPITALIER .....	156
4.1.4. SYNTHÈSE : LE SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER, UN SYSTEME DONT LA TRANSFORMATION EST PROBLEMATIQUE .....	161
<b>4.2. ÉTAT ACTUEL DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER ET DE SA RELATION AVEC LE SPH</b> .....	<b>162</b>
4.2.1. LES MOYENS INFORMATIQUES A DISPOSITION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE .....	163
4.2.2. LES ACTEURS DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER .....	175
<b>4.3. CONCLUSION DU CHAPITRE</b> .....	<b>182</b>
<b><u>CHAPITRE CINQ : ANALYSE DES PROJETS CONCERNANT LE SIH ET LE SPH</u></b> .....	<b>183</b>
<b>5.1. LES TRANSFORMATIONS DU SPH</b> .....	<b>185</b>
5.1.1. ÉTUDE DES CHANGEMENTS SUR LES OUTILS DE PILOTAGE EXISTANTS.....	185
5.1.2. ÉTUDE DES OUTILS INTRODUIITS PAR CATALYSE REGLEMENTAIRE.....	198
5.1.3. ÉTUDE DES OUTILS INTRODUIITS DE MANIERE SPONTANEE PAR CAPILLARITE.....	216
5.1.4. ANALYSE DE LA TRANSFORMATION DU SPH .....	236
<b>5.2. L'EVOLUTION AUTONOME DU SIH</b> .....	<b>238</b>
5.2.1. PRESENTATION DES PHASES DE L'EVOLUTION DU SIH .....	238
5.2.2. ANALYSE DE L'EVOLUTION AUTONOME DU SIH.....	246
<b>5.3. CONCLUSION DU CHAPITRE</b> .....	<b>248</b>

<b><u>CHAPITRE SIX : ANALYSE DES INTERACTIONS ENTRE SIH ET SPH</u></b> .....	<b>249</b>
<b>6.1. LES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'EVOLUTION DU SIH</b> .....	<b>253</b>
6.1.1. IDENTIFICATION DES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'EVOLUTION DU SIH .....	254
6.1.2. ANALYSE DES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'EVOLUTION DU SIH .....	256
<b>6.2. LES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH</b> .....	<b>258</b>
6.2.1. IDENTIFICATION DES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	259
6.2.2. ANALYSE DES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	265
<b>6.3. LES EFFETS DE L'EVOLUTION DU SIH SUR LA TRANSFORMATION DU SPH</b> .....	<b>268</b>
6.3.1. IDENTIFICATION DES EFFETS DE L'EVOLUTION DU SIH SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	269
6.3.2. ANALYSE DES EFFETS DE L'EVOLUTION DU SIH SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	275
<b>6.4. CONCLUSION DU CHAPITRE</b> .....	<b>277</b>
<b><u>CHAPITRE SEPT : IMPLICATIONS DES ANALYSES PRECEDENTES</u></b> .....	<b>278</b>
<b>7.1. PROPOSITION D'UN PREMIER NIVEAU DE PRESCRIPTION</b> .....	<b>280</b>
7.1.1. PRESENTATION DE LA DEMARCHE ADOPTEE .....	280
7.1.2. LES PRESCRIPTIONS DEDUITES DES PROJETS .....	282
7.1.3. LES PRESCRIPTIONS DEDUITES DE L'INTERACTION ENTRE SIH ET SPH .....	294
7.1.4. ANALYSE DU PREMIER NIVEAU DE PRESCRIPTIONS .....	304
<b>7.2. CONFRONTATION DE P1 AVEC L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE</b> .....	<b>307</b>
7.2.1. LES PROJETS PHARES : TABLEAUX DE BORD ET CALCULS DE COUTS .....	308
7.2.2. L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, UN FACTEUR INFLUENT .....	309
7.2.3. PEU DE PROJETS SUR LES MODES D'ORGANISATION DU TRAVAIL .....	310
<b>7.3. PROPOSITION D'UN SECOND NIVEAU DE PRESCRIPTION</b> .....	<b>311</b>
7.3.1. CONFRONTATION DE NOS PRESCRIPTIONS AVEC L'ENQUETE .....	311
7.3.2. LE SECOND NIVEAU DE PRESCRIPTION, DES PRESCRIPTIONS AXEES SUR LES OUTILS .....	316
<b>7.4. CONCLUSION DU CHAPITRE</b> .....	<b>319</b>
<b><u>CONCLUSION GENERALE</u></b> .....	<b>320</b>
<b>8.1. RESULTATS DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>321</b>
8.1.1. RELATION DYNAMIQUE ENTRE SIH ET SPH : ETAT DES LIEUX .....	321
8.1.2. ANALYSE DES PROJETS ENVISAGES PAR LES ETABLISSEMENTS .....	322
8.1.3. LES IMPLICATIONS MANAGERIALES POUR AMELIORER LA RELATION DYNAMIQUE ENTRE SIH ET SPH .....	322
<b>8.2. LIMITES DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>323</b>
8.2.1. UN ARRET SUR IMAGE SUR UNE SITUATION PAR NATURE EVOLUTIVE .....	324
8.2.2. LES CHOIX METHODOLOGIQUES, DES SOURCES DE SUBJECTIVITE .....	324
<b>8.3. PERSPECTIVES DE RECHERCHES FUTURES</b> .....	<b>325</b>
8.3.1. UN TRAVAIL EXPLORATOIRE QUI NECESSITE DES RECHERCHES SUPPLEMENTAIRES .....	325
8.3.2. DES PISTES INDUITES ENCORE TROP PEU EXPLORÉES .....	325
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>327</b>
<b><u>TABLE DES MATIERES</u></b> .....	<b>342</b>
<b><u>TABLE DES FIGURES</u></b> .....	<b>344</b>
<b><u>ANNEXES :</u></b> .....	<b>348</b>

## **INTRODUCTION**

Toute recherche à caractère scientifique suppose d'identifier préalablement un objet d'étude (Giroux, 2003). C'est pourquoi, cette introduction débute par la présentation de notre objet de recherche (0.1). Nous aborderons ensuite la problématique de ce travail doctoral (0.2) et enfin, le plan suivi par cette thèse (0.3).

### **0.1. Présentation de l'objet de recherche**

Assurer les soins d'une population est fondamental pour un pays. Ainsi, la France a consacré en 2006 10,2% de son PIB aux dépenses de santé. Et compte tenu du vieillissement de la population, cette part est susceptible de croître dans le futur. Parmi les différents acteurs de ce système, les établissements de santé (privés et publics) sont très importants. Ils absorbent à eux seuls environ 6% du PIB chaque année. Parmi ces différents établissements, l'hôpital public tient une place particulière. Il s'agit souvent du premier employeur de la commune et il est davantage considéré comme une institution que comme un simple prestataire de soin. Néanmoins, le coût réel de l'hôpital public est mal connu (Marcon, Guinet et Tahon, 2008) et sa situation budgétaire préoccupante (Couanau, 2003).

Afin de répondre à ces problèmes, un certain nombre de réformes ont vu le jour depuis les années quatre-vingt-dix. Ainsi, pour mieux piloter les établissements de soin publics, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ont été créées en 1996. Plus récemment le plan Hôpital 2007 simplifie l'organisation sanitaire et modifie profondément les modes de financement des hôpitaux via la Tarification à l'Activité (T2A). Ce plan tente également de moderniser les hôpitaux non seulement grâce à des plans d'investissements ambitieux, mais aussi en modifiant profondément leurs modes de gestion (nouvelle gouvernance et assouplissement des procédures d'appels d'offre).

Compte tenu de ces différentes réformes (notamment de financement), les hôpitaux publics sont incités à développer leur système de pilotage interne (Mission T2A, 2003). C'est dans cette perspective qu'une Recherche Action a été menée dans un établissement public. Son objet était d'analyser l'introduction de nouveaux outils de gestion destinés à transformer le pilotage interne des hôpitaux publics. Ce qui suppose de s'intéresser aux logiciels qui permettent de mettre à disposition les informations susceptibles d'être mobilisées par les contrôleurs de gestion. Cette recherche a ainsi pour champ d'investigation les relations qu'entretiennent le système de pilotage de la performance des organisations hospitalières et

les logiciels supports mobilisables par les contrôleurs de gestion, c'est-à-dire la dimension applicative du système d'information hospitalier dédiée à la gestion des établissements.

Ainsi, cette thèse s'inscrit en contrôle de gestion mais s'intéresse également aux problématiques des Systèmes d'Information.

Par conséquent, ce travail ne se limite pas au champ du contrôle de gestion puisqu'il s'intéresse aux liens entre les outils du contrôle de gestion et le système d'information. Notre travail s'inspire de plusieurs champs disciplinaires tout en ayant pour thème principal le contrôle de gestion en milieu hospitalier. Minzberg et al. (1999) utilisent d'ailleurs une métaphore pour illustrer les apports de ce type de travail pour les sciences de gestion. L'estran, c'est-à-dire la zone maritime qui est découverte par la marée basse et recouverte par la marée haute est à la fois un espace sous-marin et un espace à l'air libre. Ce milieu très particulier au croisement des mondes océaniques et terrestres permet le développement d'une faune et d'une flore originales et très variées. À l'instar de Mintzberg et al. (1999), nous pensons que c'est dans ces milieux à la confluence de plusieurs domaines que peuvent se rencontrer des problématiques particulièrement intéressantes et riches d'enseignements.

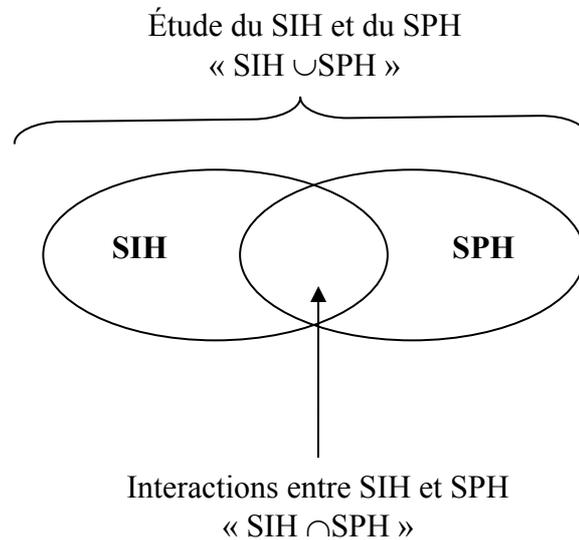
En outre, ce sont des sujets qui sont selon Minzberg et al. (1999) généralement peu explorés. Meyssonier et Pourtier (2006) confirment d'ailleurs cette situation au niveau de l'étude de la relation entre système de pilotage et système d'information. En outre, Burgelmann (cité par Giroux, 2003) considère qu'un sujet d'étude pertinent est justement un sujet peu exploré. L'étude de la relation entre système de pilotage et système d'information semble par conséquent un sujet digne d'intérêt.

Il reste cependant à préciser davantage la manière dont les interactions entre le Système d'Information Hospitalier (SIH) et le Système de Pilotage Hospitalier (SPH) sont traitées. Répondre à cette interrogation revient à définir notre objet de recherche. Il consiste à étudier trois points de vue distincts. Le premier consiste à étudier les impacts du SIH existant sur la transformation du SPH, le second à analyser les effets de la transformation du SPH sur les évolutions du SIH et le dernier à évaluer l'impact des évolutions autonomes du SIH sur la transformation du SPH. Nous avons nommé cette triple analyse « relation dynamique entre SIH et SPH ».

Cette étude suppose de comprendre le contexte des transformations à l'oeuvre. C'est pourquoi, étudier la relation dynamique entre SIH et SPH conduit à s'intéresser à tous les projets susceptibles d'être impliqués dans la relation entre SIH et SPH. Ces projets peuvent ainsi prendre la forme d'implémentation d'outils de pilotage ou d'outils informatiques ayant pour objet une meilleure animation du SIH avec le SPH. Ils reviennent à s'intéresser à

l'ensemble constitué par le SIH et le SPH (i.e.  $SIH \cup SPH$  dans la figure 0.1). L'étude de cet ensemble permet en outre de caractériser l'interaction entre SIH et SPH (i.e.  $SIH \cap SPH$  dans la figure 0.1).

**Figure 0.1 : présentation de l'objet de recherche**



Cet objet de recherche peut néanmoins être appréhendé de diverses manières. Aussi, il convient de préciser le problème particulier que ce travail se propose de traiter.

## **0.2. Problématique de la recherche**

Cette section a pour objet de présenter non seulement la problématique de cette thèse (0.2.1) mais également ce que ce travail ambitionne de démontrer (0.2.2).

### **0.2.1. Énoncé de la problématique**

L'étude de la relation entre SIH et SPH suppose d'évaluer les effets du SIH existant sur les transformations en cours du SPH et l'impact des transformations du SPH sur les évolutions sur SIH. Ce problème peut être reformulé sous la question suivante : Quelles sont les relations qu'entretiennent le Système d'Information Hospitalier (SIH) et le Système de Pilotage Hospitalier (SPH) dans une optique de transformation du SPH ?

Cette problématique identifie l'objet de la recherche, mais suppose aussi de déterminer son champ d'étude. Ce champ d'étude a déjà été en partie abordé : il s'agit des établissements publics hospitaliers. Néanmoins, ce type d'organisations n'est pas homogène. Elles comprennent en effet des activités très variées. Une distinction est souvent réalisée entre les hôpitaux de « court séjour » et de « long séjour ». Les premiers sont les plus concernés par les réformes actuelles, car ils sont chargés de prestations exigeant des investissements

conséquents et réguliers. Ce sont ces établissements qui assurent les interventions chirurgicales, la gynécologie et les accouchements (i.e. l'obstétrique). Leurs activités sont par conséquent très importantes pour la santé publique. Ce rôle dans le schéma d'organisation de la santé publique a conduit les tutelles à réformer leurs systèmes de financement en priorité. C'est également la raison pour laquelle l'étude menée est circonscrite à ce type d'hôpital public, appelé « hôpitaux de type MCO » (i.e. Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Construire une problématique de recherche suppose en outre d'apporter des éléments de réponse. En suivant Savall et Zardet (2004), ces éléments peuvent être synthétisés dans une hypothèse centrale dont l'objet est d'exposer la réponse proposée à la problématique.

### ***0.2.2. L'hypothèse centrale : des éléments de réponse à la problématique***

A la question "Quelles sont les relations qu'entretiennent le Système d'Information Hospitalier (SIH) et le Système de Pilotage Hospitalier (SPH) dans une optique de transformation du SPH ?" peut être apportée la réponse générale suivante :

"La transformation du SPH qui permet de mieux répondre aux mutations de l'environnement implique de considérer le SIH existant comme un élément déterminant dans la transformation du SPH suivant deux modalités : contrainte et élément facilitateur ».

Cette hypothèse centrale mérite quelques commentaires. Le SIH peut en effet être considéré comme une contrainte, car il peut représenter un ensemble d'obstacles à la transformation du SPH. Il peut a contrario être un élément facilitateur. C'est-à-dire qu'une évolution du SIH est envisageable pour faciliter la transformation du SPH. Dans ce cas, il facilite cette transformation car il est suffisamment souple, c'est-à-dire capable de cerner les nouveaux besoins de ses utilisateurs. Afin de pouvoir passer de la formulation de la problématique (i.e. la question de départ) à sa réponse, une démonstration semble nécessaire. Elle est nommée par Savall et Zardet (2004) « fil conducteur » et correspond à l'architecture de la recherche. La section suivante présente ce fil conducteur, c'est-à-dire la logique suivie pour démontrer l'hypothèse centrale.

### **0.3. Architecture de la recherche**

La logique de démonstration retenue comporte deux étapes principales. Elle débute par la formulation des questions de recherche (0.3.1.) et se poursuit par l'enchâssement de ces questions dans un plan dont l'objet est de répondre à la problématique à partir des questions de recherche (0.3.2.).

#### **0.3.1. Les questions de recherche**

La problématique générale a été déclinée suivant trois questions principales de recherche. Ce paragraphe a pour objet non seulement de les présenter mais également de mettre en évidence leur filiation avec la problématique générale de ce travail.

Étudier la relation dynamique entre SIH et SPH suppose tout d'abord de pouvoir caractériser ces deux objets et leurs relations. C'est pourquoi, la première question de recherche de ce travail a pour objet de faire une analyse de l'existant et permet de construire le point de départ de l'observation scientifique de la relation dynamique entre SIH et SPH. Cette question de recherche est formulée ainsi :

***Q1 : Quel est l'état des lieux de la relation entre SIH et SPH ?***

Afin de répondre à cette question, une enquête auprès de tous les établissements de France (Métropolitaine et d'Outre-Mer) est menée.

Cette première approche de notre objet de recherche permet de décrire la situation actuelle de manière globale. Cette approche se limite néanmoins à une description statique. Il serait alors intéressant de compléter cette vision par une approche dynamique de cette relation. De la sorte, les mécanismes qui l'animent pourraient être appréhendés. Or cette relation touche en profondeur les établissements. Aussi, notre étude s'appuie aussi sur l'observation d'un hôpital étudié de manière approfondie pendant plus de deux ans.

Étudier la relation entre SIH et SPH d'un point de vue dynamique au niveau d'un établissement particulier équivaut à répondre à la question suivante :

***Q2 : Que fait un établissement de santé pour animer la relation entre son SIH et son SPH ?***

Conformément au dernier critère de sélection de Burgelman, les résultats attendus de l'étude de notre objet de recherche doivent être susceptibles d'aider à améliorer la pratique. C'est pourquoi, l'analyse approfondie d'un hôpital est complétée de pistes d'améliorations (des « implications managériales ») dont l'objet est de répondre à la troisième question de recherche de ce travail :

***Q3 : « Comment animer de manière plus pertinente les liens entre SIH et SPH afin de***

*mieux répondre aux mutations de l'environnement des établissements de santé ? ».*

Néanmoins, afin d'obtenir une vue complète, les implications managériales développées sur le terrain sont confrontées aux projets destinés à mieux animer la relation entre SIH et SPH que l'enquête par questionnaire a pu identifier. De la sorte, des divergences ou des convergences entre les pistes managériales proposées et les projets des établissements interrogés pourront être établies.

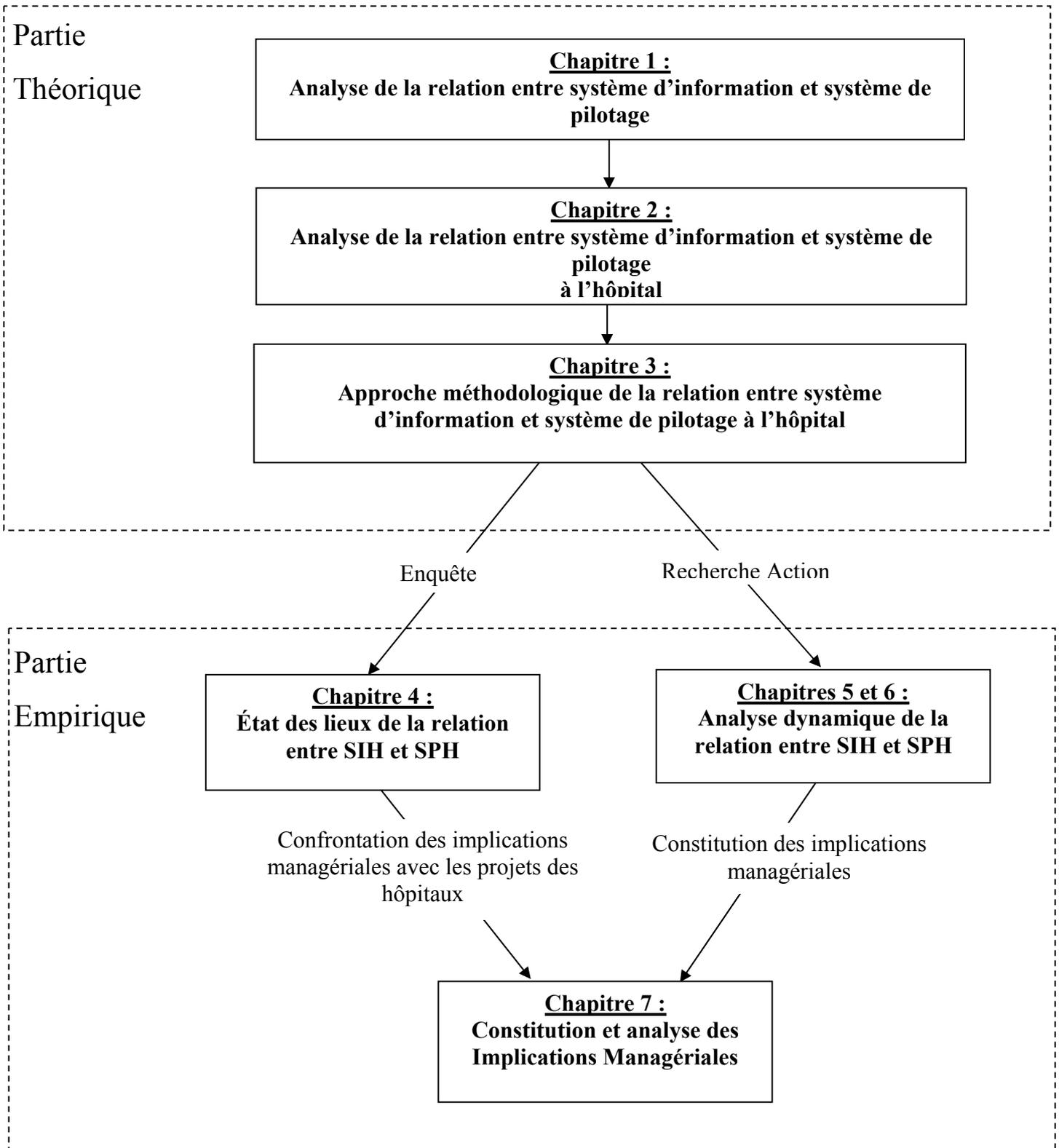
En tant que travail à ambition scientifique, il importe d'apporter des réponses à nos questions de recherche. Il convient également de présenter l'agencement de notre démonstration, c'est-à-dire le plan qui a été suivi.

**0.3.2. Présentation du plan :**

Cette thèse est constituée de deux parties distinctes. La première présente ce qui est étudié et comment l'analyse est menée (partie théorique). Elle débute par un état de l'art sur notre objet de recherche : la relation dynamique entre système d'information et système de pilotage. Tout d'abord, une analyse conceptuelle des composants de notre objet de recherche est menée (chapitre un). Dans un second temps, une analyse similaire est réalisée dans le contexte particulier de l'hôpital public français de type MCO (chapitre deux). Enfin, la méthodologie de l'observation est expliquée (chapitre trois).

La seconde partie de ce travail correspond aux apports empiriques sur notre objet de recherche. Dans un premier temps, l'état des lieux de la relation entre SIH et SPH est abordée afin de pouvoir répondre à notre première question de recherche (chapitre quatre). Ensuite, c'est l'étude approfondie d'un hôpital qui est présentée pour pouvoir répondre à notre seconde question de recherche (chapitres cinq et six). Enfin, des implications managériales de l'observation de terrain sont tout d'abord déduites et ensuite confrontées aux projets des répondants destinés à mieux animer leur relation entre SIH et SPH (chapitre six). La figure 0.2 résume la démarche générale du travail entrepris.

**Figure 0.2. : Architecture de la thèse**



## **PREMIERE PARTIE**

### **Objet de cette partie**

Cette première partie présente et explique les modalités d'approche de notre objet de recherche. Elle permet en effet de définir non seulement les concepts mobilisés mais également la méthodologie suivie.

Étudier la relation entre système de pilotage et système d'information dans une organisation particulière (l'hôpital public de type MCO) suppose de définir aussi bien les différents concepts sur lesquels cette relation s'appuie que la relation elle-même. Ce travail de définition est réalisé tout d'abord en termes généraux afin de comprendre la relation entre système d'information et système de pilotage et connaître la nature de ces deux sous systèmes organisationnels. Ensuite, cette relation nécessite d'être appréhendée dans l'organisation où elle est étudiée. De la sorte, les facteurs qui font de la relation entre système de pilotage et système d'information une relation spécifique à l'hôpital public de type MCO peuvent être compris.

Une fois la définition des concepts réalisée, il importe de rechercher la manière dont les données vont être collectées. Cela suppose de déterminer quelles vont être les méthodes utilisées pour répondre aux questions de recherche formulées en introduction. En d'autres termes, il s'agit d'élaborer la stratégie d'observation de notre objet de recherche.

### **Présentation des chapitres**

Le premier chapitre présente les concepts mobilisés par la relation entre système d'information et système de pilotage. Son objectif est double. Il consiste premièrement à présenter les définitions données par la littérature du système de pilotage et du système d'information. Deuxièmement, compte tenu de ces définitions, il analyse comment la littérature appréhende la relation entre système d'information et système de pilotage.

Le second chapitre reprend l'architecture du premier, mais se concentre sur le Système d'Information, sur le Système de Pilotage et sur leur relation dans les organisations hospitalières. Pour ce second chapitre, une analyse des études menées sur ce thème est aussi réalisée, mais elle ne se limite pas à des apports académiques. Nos investigations se nourrissent également des rapports, comptes-rendus et études issus des institutions qui encadrent l'hôpital public. Parmi les institutions que nous détaillerons, figurent celles qui sont communément nommées les tutelles. Ce terme générique regroupe les organismes qui se chargent du pilotage externe des hôpitaux. Selon Moisdon et Tonneau (1996) ces tutelles sont le Ministère de la santé d'une part (constitué de l'administration centrale et des agences

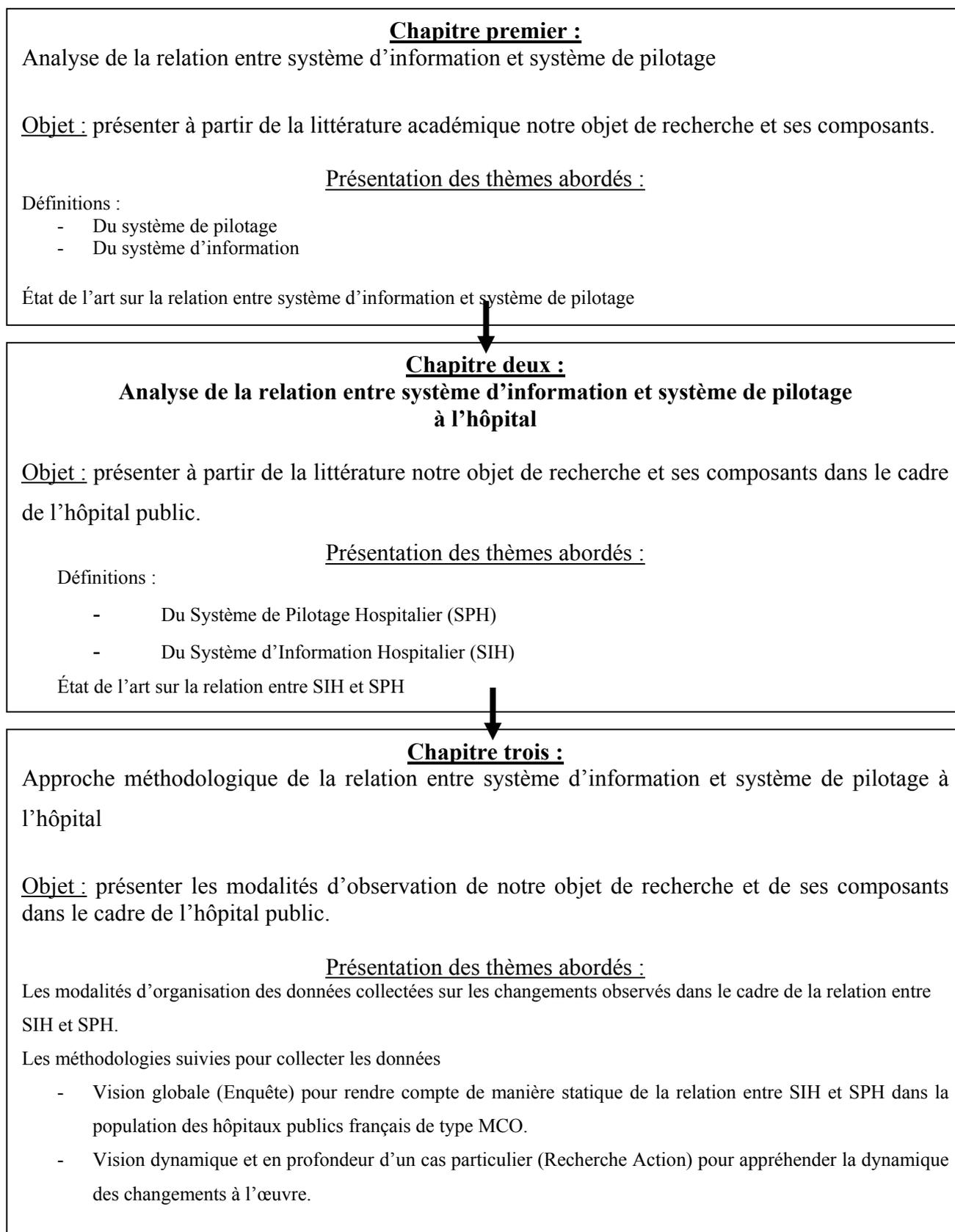
régionales) et d'autre part celui chargé du budget.

Le dernier chapitre de cette partie décrit les modalités d'observation développées pour appréhender notre objet de recherche. Il consiste donc à décrire et justifier les méthodologies mobilisées pour pouvoir collecter les données.

La méthodologie mobilisée permet de rendre compte de la relation actuelle entre SIH et SPH ainsi que des changements à l'œuvre au niveau de cette relation. Aussi, cette thèse comporte deux objectifs complémentaires. Il s'agit premièrement de faire un état des lieux de cette relation. La vision ainsi obtenue est par conséquent statique et correspond à un cliché pris à un instant « t ». Pour réaliser cet instantané, la méthodologie adoptée est une enquête par questionnaire. Deuxièmement, afin d'appréhender les mécanismes à l'œuvre, une étude d'un cas sur une période longue est réalisée. La vision obtenue ainsi est dynamique et permet de mettre en exergue les relations qui unissent le SIH et le SPH au cours du temps. La méthodologie choisie pour ce type d'observation est une Recherche Action menée pendant près de trois ans dans un hôpital public de type MCO.

Les différents chapitres ainsi que leur contenu est présenté dans la figure I.0.

**Figure I.0 : Présentation des chapitres de la première partie**



## **CHAPITRE PREMIER:**

### **Analyse de la relation entre système d'information et système de pilotage**

Aborder un objet de recherche suppose tout d'abord de définir les principaux concepts qui sont impliqués dans sa définition. C'est l'objet de ce premier chapitre. Avant de se concentrer sur la relation entre système d'information et système de pilotage à l'hôpital, il importe en effet de comprendre ce que l'on entend par système de pilotage d'une part et système d'information d'autre part, puisque l'objet de cette thèse est construit à partir de ces deux sous-systèmes organisationnels. Ainsi, ce chapitre débute par la définition de la notion de système de pilotage (1.1) et se poursuit par celle de système d'information (1.2).

Enfin, après avoir défini les deux composants de la relation entre système d'information et système de pilotage, ce chapitre se clôt par l'étude de leur relation telle qu'elle est appréhendée par la littérature (1.3).

#### **1.1. La notion de système de pilotage**

Appréhender cette notion suppose tout d'abord de la définir. C'est l'objet de la première section de cette partie (1.1.1.). Mais pour comprendre pleinement ce qu'est un système de pilotage, il importe également d'évoquer ses finalités (1.1.2.).

##### ***1.1.1. Les principes et modalités du système de pilotage des organisations***

Cette première section a pour objet de définir un système de pilotage en contrôle de gestion. Ce qui suppose tout d'abord de comprendre la différence qui existe entre les termes de contrôle de gestion d'une part et pilotage d'autre part (1.1.1.). Mais comprendre à quoi correspond un système de pilotage nécessite aussi d'expliquer comment il se construit. C'est pourquoi, ses modalités de construction sont ensuite abordées (1.1.2.).

### **1.1.1.1. Le pilotage, un contrôle de gestion renouvelé ?**

Piloter une organisation suppose de s'intéresser à de multiples domaines. Ses modalités d'exercice peuvent prendre des formes variées. Ainsi Demeestère (2005) identifie le pilotage des ressources humaines, de la trésorerie, des ressources immobilières et de la performance. Cette liste n'est pas exhaustive. Ce travail s'intéresse à un type de pilotage particulier : celui de la performance. Pour certains auteurs, ce terme est employé pour qualifier le passage d'un contrôle de gestion « traditionnel » à un « nouveau contrôle de gestion » (Bourguignon, 2003). Ainsi Vlasselaer (1995) identifie certains critères jugés significatifs qui justifient la substitution du terme de contrôle de gestion « traditionnel » à celui de nouveau contrôle de gestion, appelé plus communément « pilotage ».

Pour d'autres tel que Lorino (1995), ce terme ne qualifie pas spécialement le passage à un nouveau contrôle de gestion. Le pilotage des organisations n'est pas né avec cette nouvelle façon de faire du contrôle de gestion. C'est cette dernière optique qui est adoptée. C'est pourquoi, la problématique de ce travail n'est pas la création d'un système de pilotage mais la transformation du système de pilotage. Il s'agit d'un phénomène qui touche un grand nombre d'organisations. Le pilotage des organisations a connu en effet de profonds bouleversements pendant les années 90 remettant en cause les bases sur lesquelles le pilotage d'entreprise reposait depuis 50 ans. Les pratiques traditionnelles ont perdu leur pertinence suite aux bouleversements de l'environnement (Johnson et Kaplan, 1987).

Le pilotage organisationnel a évolué dans le temps. Lorino (1995) évoque un changement de paradigme. Axé sur le paradigme du contrôle, le pilotage « traditionnel » des organisations s'organise en deux temps : premièrement, intelligence de la situation et établissement d'une norme d'action et ensuite contrôle de la conformité de l'action à la norme. Ce type de pilotage s'inscrit ainsi dans une conception discontinuée du temps : un temps pour la réflexion, un temps pour l'action et un temps pour la correction. Le pilotage qui correspond au « nouveau contrôle de gestion » (Bourguignon, 2003) quant à lui peut se définir comme un ensemble de méthodes qui permettent non seulement « D'agir ensemble de manière performante » mais également « D'agir ensemble de manière de plus en plus performante » (Lorino, 1997). La mission dévolue au pilotage dans cette optique consiste ainsi à veiller à ce que l'organisation fasse ses activités de mieux en mieux. L'amélioration de la performance n'est plus limitée, mais continue. Les actions correctives ne sont plus ponctuellement décidées, mais réalisées en continu (Vlasselaer, 1995).

Il existe au moins deux explications à ce changement de paradigme. L'environnement est de plus en plus instable et complexe, et en guise de corollaire, les organisations se complexifient et sont contraintes de se remettre en question plus fréquemment. Les facteurs à l'origine de ces complexifications et instabilités nouvelles sont multiples : évolution de la technologie, des compétences et de la culture (Lorino, 1995). Ce qui conduit les managers à disposer d'informations toujours plus précises sur les coûts et les performances afin d'orienter leurs efforts d'acquisition de connaissances et d'amélioration (Kaplan, 1995). Cette performance ne peut plus d'ailleurs être mesurée uniquement selon des critères financiers : des indicateurs non financiers (qualitatifs) complètent son évaluation (Vlasselaer, 1995). En conséquence, le contrôle des flux entrants et des flux sortants qui a prévalu pendant les décennies précédentes n'est plus approprié pour deux raisons. Il suppose d'abord un fonctionnement de l'organisation suffisamment simple et transparent pour être modélisable de l'extérieur (« hypothèse de la simplicité modélisable » selon Lorino, 1995). En outre, il fait l'hypothèse que les lois auxquelles obéit l'organisation sont stables dans le temps (« hypothèse de la stabilité des mécanismes de performance collectifs » selon Lorino, 1995).

Le métier de contrôleur de gestion a évolué suite à ces modifications profondes de l'environnement et des organisations (Kaplan, 1995). La conception traditionnelle du pilotage est à la fois fondée sur la responsabilisation individuelle des managers dans l'utilisation des ressources et centrée sur les situations de transactions (mouvements de ressources) d'allocation (distributions de ressources) et d'échange de ressources. Ce type de pilotage qualifié par Lorino (1995) de pilotage des ressources prend la forme de l'utilisation d'une enveloppe budgétaire. Or selon Vlasselaer (1995), un pilotage plus en phase avec l'environnement actuel des organisations suppose une focalisation sur les ressources consommées et la gestion de la capacité excédentaire. La logique n'est plus de contrôler l'évolution de montants prédéterminés mais d'accroître l'efficacité des processus à l'œuvre. En outre, la mission principale du pilote (au sens large du terme) n'est plus de contrôler mais d'influencer les comportements. Le terme de pilotage renvoie ainsi à une démarche pro active (Bourguignon, 2003). Piloter ne signifie plus contrôler les intrants et les extrants mais au contraire rentrer dans une sorte de boîte noire et ainsi affiner les analyses du système afin de mieux prévoir ses évolutions. Le dialogue de gestion et les plans d'action se substituent aux procédures de planification et le métier de contrôleur de gestion ne se base plus sur des états rétrospectifs mais également sur des états prospectifs. Le contrôle de gestion dans cette conception renouvelée devient un simulateur de vol (Guej, 2000). Cette démarche pro active se rencontre également dans les relations entretenues entre le contrôleur de gestion et les

autres membres de l'organisation. Le pilotage dans cette vision devient un moyen d'influencer les interprétations que peuvent formuler les acteurs (Lorino, 1995). Dans cette optique, chaque personne assure une partie du pilotage parce qu'une seule personne ou une équipe ne peut plus se charger de cette mission dans un contexte marqué par l'instabilité et la complexité. Ce modèle du pilotage repose donc sur l'interprétation des actions par les différents membres de l'organisation. Chaque acteur a une marge d'interprétation dans les tâches qu'il effectue. Ainsi, au lieu de vouloir prescrire et contrôler des actions instables et complexes, le système de pilotage est vu comme un système capable d'influer sur les comportements, c'est-à-dire susceptible d'agir sur l'interprétation des actions que les acteurs sont amenés à entreprendre.

C'est pourquoi, le « nouveau » pilotage peut se fonder sur les pratiques professionnelles des acteurs de l'organisation. Ce qui suppose que le contrôleur de gestion axe son travail non plus sur un découpage hiérarchique, mais transversal afin de considérer l'état du système piloté dans sa globalité (Vlasselaer, 1995). Autrement dit, il ne s'agit plus de considérer uniquement les découpages hiérarchiques mais les différents réseaux à l'œuvre, et le pilotage s'effectue plutôt sur les modes opératoires et les compétences (Lorino, 1995). Ce contrôle de gestion renouvelé est celui vers lequel les transformations étudiées désirent parvenir.

### **1.1.1.2. Les principes de construction du système de pilotage : hiérarchie versus processus**

Pour construire le système de pilotage, Demeestère, Lorino, et Mottis (1997) préconisent une sorte de cahier des charges qu'ils appellent le schéma de gestion. Il s'agit de la démarche qui permet de définir les principes et modalités sur lesquels le système escompté va s'appuyer. L'étendue du champ du système de pilotage est déterminée par trois critères (Demeestère, 2005) :

- La maîtrise effective des éléments à piloter par les utilisateurs du système
- L'importance de la maîtrise des éléments à piloter pour le déploiement de la stratégie
- L'importance de ces éléments en terme de consommations ou d'apports de ressources dans le suivi de la stratégie

De même que les autres points du schéma de gestion, cette définition du périmètre est spécifique à une organisation. Chaque organisation est en effet une construction contingente, provisoire et aux limites incertaines (Friedberg, 1993). Fort de ce constat, le schéma de gestion ne peut qu'être une construction contextuelle. Mais aucun schéma de gestion ne peut faire abstraction d'une organisation appuyée sur un découpage hiérarchique de la structure en unités distinctes (Demeestère, 2005). Chaque entité est en effet amenée à entretenir un

dialogue de gestion avec sa hiérarchie. Ainsi, construire un système de pilotage suppose d'organiser les responsabilités au sein du périmètre considéré grâce à la notion de centres de responsabilité, c'est-à-dire « d'unités organisationnelles définies par un ensemble de tâches à réaliser, un responsable et des procédures de gestion (notamment de l'information technique et administrative) clairement identifiés » (Demeestère, Lorino, et Mottis, 1997). Un centre de responsabilité est ainsi un découpage de l'organisation qui permet d'isoler les responsabilités de chaque manager, tout en permettant :

- De déléguer effectivement une partie du pouvoir de la direction sans pour autant remettre en cause ses modalités d'exercice en vigueur
- D'éviter les conflits entre intérêts locaux et intérêts généraux tout en préservant les avantages obtenus par ce type de décentralisation (effets sur la motivation des individus).

Les responsables s'engagent à atteindre un certain résultat moyennant la mise à disposition par leurs supérieurs de moyens préalablement définis. Constituer des centres de responsabilité s'apparente ainsi à une démarche contractuelle (Demeestère, 2005).

Un système de pilotage qui s'appuie sur la notion de centre de responsabilité suppose de respecter deux principes (Demeestère, Lorino, et Mottis, 2002). Le premier principe consiste à assurer la cohérence avec la structure organisationnelle « en centres d'activité », c'est-à-dire parvenir à un découpage en fonction des activités de l'organisation (par marché-produit, fonction par projet ou matricielle) qui possède également toutes les caractéristiques qui font un centre de responsabilité.

Le second consiste à assurer la correspondance entre le découpage en termes de coûts et celui en terme de responsabilité.

Un système de pilotage fondé uniquement sur la notion de centre de responsabilité conduit à deux problèmes majeurs (Demeestère, Lorino, et Mottis, 2002) :

- Nier les interfaces qui existent entre eux
- Ne pas porter suffisamment attention aux pratiques professionnelles à l'œuvre

Afin de contrer ces problèmes, le pilotage peut également prendre appui sur la notion de processus (Demeestère, 2005).

Si le système de pilotage est construit sur cette notion de processus, la maille de base du modèle de pilotage est l'activité. Elle peut se définir comme un scénario support de cognition, c'est-à-dire un processus d'acquisition ou de création d'une connaissance. L'activité représente également un concept qui va servir de support à la communication entre différents personnels. Elle permet de clarifier les interprétations du travail qu'ils ont à effectuer au quotidien. C'est aux personnels d'identifier les activités dont ils ont la charge. Ce concept

d'activité fait ressortir les compétences qui sous-tendent le travail réalisé. Cette notion d'activité correspond ainsi aux différents savoir faire (Garrot, 1995). L'activité est donc un concept ouvert et non une boîte noire définitivement cernée et circonscrite. Il s'agit à la fois d'un objet formalisable de communication et un substrat d'action et de savoir-faire non-communicable : une sorte de terreau nourricier du changement (Lorino, 1995).

Les objectifs d'une organisation sont définis au sein de sa stratégie et c'est au pilotage organisationnel de décliner ses objectifs stratégiques au sein de la structure (i.e. du système opérant). Le processus est bel et bien la notion pertinente sur laquelle le pilotage peut s'appuyer puisque ce concept lie les activités (notions de base qui décrivent les différentes tâches élémentaires des opérationnels) aux objectifs globaux de l'organisation. Selon Garrot (1995), les caractéristiques d'un processus sont les suivantes :

- Il est généralement transversal à l'organisation hiérarchique et aux grandes divisions fonctionnelles de l'entreprise.
- Chaque processus a un extrant global et unique
- Il a un client interne ou externe.

Dans une optique de transformation du système de pilotage vers ce que Bourguignon (2003) nomme un « nouveau contrôle de gestion », conserver des centres de responsabilité semble inapproprié avec le développement d'un système de pilotage de la performance axé sur les nouvelles pratiques de contrôle de gestion, car ils sont sources de cloisonnement (Demeestere, Lorino, et Mottis, 2002). A contrario, un système de pilotage par les processus correspond mieux aux attentes du « nouveau contrôle de gestion », puisqu'il s'axe d'avantage sur les pratiques professionnelles des opérationnels. Néanmoins, un système de pilotage uniquement axé sur la notion de processus risque d'aller à l'encontre de certaines pratiques instaurées depuis trop longtemps pour ne pas les prendre en considération. Le choix du pilote et du pilotage du processus ne peut par conséquent faire abstraction de la ligne hiérarchique, car les acteurs de ce processus ont des statuts, un pouvoir, ou une légitimité qui peut être différente (Demeestere, Lorino, et Mottis, 2002).

Dans cette optique, il peut ainsi sembler opportun de considérer un système de pilotage reposant à la fois sur les processus et sur les centres de responsabilités. De la sorte, la transformation du système de pilotage consiste à introduire des outils fondés sur la notion de processus tout en faisant évoluer les outils axés sur un découpage fonctionnel et hiérarchique. Cette modalité de transformation est en outre tout à fait envisageable. En effet, selon Demeestère, Lorino, et Mottis (2002) un système de pilotage qui repose sur les processus n'est pas incompatible avec un système de pilotage par les centres de responsabilités, à

condition de rechercher une articulation cohérente entre ces deux notions. Selon Demeestère (2005), il est même souhaitable. C'est cette approche mixte de la transformation du système de pilotage qui est adoptée dans ce travail.

### **1.1.2. Les finalités du système de pilotage**

La section précédente a montré qu'un système de pilotage peut prendre différentes formes. Comprendre les raisons qui poussent les décideurs à opter pour une forme plutôt que pour une autre pose la question de ses finalités. Définir un système de pilotage suppose en effet l'identification des missions qui vont lui être assignées. Cette section a pour objet de présenter les principales finalités d'un système de pilotage. Le premier paragraphe détaille les missions que ce système occupe de manière générale dans les organisations (1.1.2.1). Le second se concentre sur les problématiques du contrôle de gestion en précisant notamment ce qui est nommé généralement par la littérature le pilotage de la performance (1.1.2.2.).

#### **1.1.2.1. Un pont entre la stratégie et la structure**

Un terme est souvent associé à celui de pilotage. Il s'agit de celui de système. Un système est de manière très générale une « combinaison d'éléments réunis pour former un ensemble » (Larousse, 2004). Plus précisément, selon Mèlèse (1973) un système est « un ensemble d'éléments finalisés et en interaction ». Ainsi, « de même que par structuration de pans de murs, on obtient une maison, de même par structuration d'unités de classes et de relations, on obtient des systèmes. Les systèmes sont des ensembles ordonnés constitués d'éléments variés » (Mathieu-Batsch, 1983). Le système est par conséquent un ensemble dans lequel chaque unité a sa place et est mû par un but qui lui est propre. Chacune de ces unités constitue un apport au système et tous ces « éléments variés » ordonnés font du système une œuvre unique originale. Un système en outre n'est pas statique : il s'agit en effet également d'un « ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but » (Joël de Rosnay, 1975).

L'approche systémique des organisations initiée par des biologistes comme Von Bertalanffy en 1973 peut être considérée comme une approche pertinente pour comprendre la finalité du système de pilotage dans une structure. Cette approche identifie les organisations à des systèmes biologiques autonomes comme les cellules. Churchann (1974) identifie l'organisation à une entité biologique.

Et comme toute entité biologique, il caractérise l'organisation à partir de cinq composantes

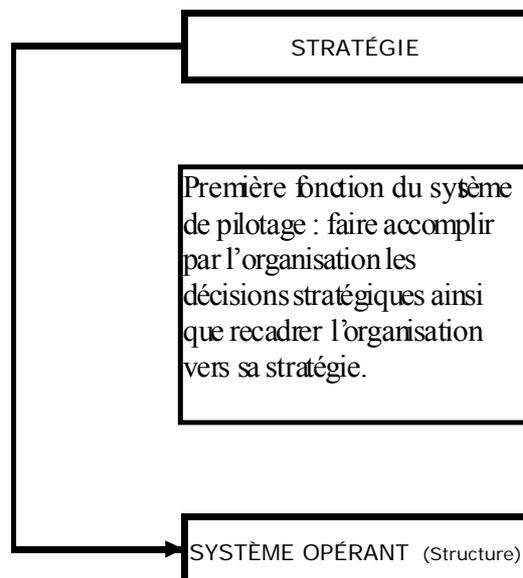
primordiales :

- Des éléments différenciés et interdépendants
- Une frontière
- Un environnement
- Un objectif
- Des processus de régulation (rétroaction)

Les éléments différenciés d'une organisation correspondent aux services et fonctions propres à l'entreprise, la frontière de l'organisation à sa structure, son environnement à ses principaux partenaires ainsi qu'à ses concurrents éventuels et à ses clients ou usagers.

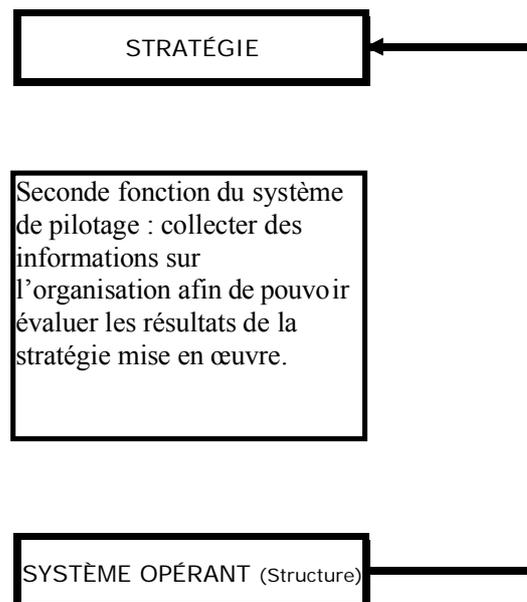
Ses processus de régulation correspondent à l'ensemble des décisions et actions de pilotage destinées à recadrer l'organisation vers les objectifs qu'elle s'est fixés. Ses objectifs ont eux-mêmes un objectif ultime, la survie de l'organisation. Le système de pilotage d'une organisation peut donc être défini comme un sous-système dont la finalité est de faire accomplir par l'organisation les décisions stratégiques, ainsi que de recadrer le cas échéant l'organisation vers sa stratégie. Les figures 1.1 et 1.2 synthétisent les deux grandes fonctions de régulation opérées par le système de pilotage organisationnel.

**Figure 1.1 : Système de pilotage et déclinaison des décisions**



Source : Lorino (2000).

**Figure 1.2 : Système de pilotage et conséquences des décisions**



Source : Lorino (2000)

Mais le système de pilotage a également pour mission de renseigner le sommet stratégique (Mintzberg, 1982) : il permet de collecter des informations sur l'organisation afin de pouvoir évaluer les résultats de la stratégie mise en œuvre. Le système de pilotage d'une organisation correspond par conséquent à son système de régulation. Il reste à savoir de quelle manière l'organisation est régulée. Quel peut être en effet le problème pertinent de la personne ou du groupe de personnes dont la mission est d'animer le système de pilotage (Bouquin, 1997). Le pilotage économique d'une organisation correspond à un problème de déploiement (Lorino, 1995).

Cela suppose de pouvoir organiser les différentes actions qui sont dévolues au pilote. Un bon système de pilotage est en effet capable d'identifier si la stratégie est en cours de réalisation. Pour parvenir à savoir si c'est bien le cas, trois procédures peuvent être actionnées par le pilote : une procédure de tri des informations, une d'évaluation des conséquences des choix et enfin un pilotage « automatique » (Bouquin, 1997).

À ces trois procédures correspondent trois types de décision :

- Le problème peut être traité par une procédure existante. Dans ce cas, il suffit de modifier la procédure de tri afin que le problème rencontré ne puisse plus se présenter à nouveau.
- Le pilote peut également modifier la procédure de pilotage automatique de manière à ce que le problème ne lui soit plus soumis à l'avenir.

- Enfin, il peut considérer que le problème rencontré ne peut être traité par une procédure prédéterminée. (Bouquin, 1997).

### **1.1.2.2. Un système de suivi de la performance**

Piloter une organisation suppose aussi de répondre à la question suivante : quel est l'objet du pilotage ?

Le contrôle de gestion correspond à la notion de pilotage de la performance (Demeestère, 2005). La promotion du « nouveau » contrôle de gestion s'est d'ailleurs accompagnée d'un usage systématique du terme de performance (Bourguignon, 2003). La performance peut être définie de manière très générale comme le « résultat obtenu dans l'exécution d'une tâche » (Larousse, 2004). Appliquée au domaine des organisations, cette notion peut être appréhendée sous deux angles complémentaires.

La question fondamentale à laquelle doit répondre le système de pilotage (et que doit se poser le pilote) d'une organisation est donc la suivante : quelles sont les règles de décision et d'action à mettre en œuvre au niveau des activités 1,2,...n pour assurer à l'entreprise un niveau de performance satisfaisant ?

Toute organisation tente en effet de répondre à des besoins sociaux (Lorino, 1995). Elle crée donc de la valeur pour ses clients. Cela suppose de réaliser des activités consommatrices de ressources. La performance d'une organisation réside par conséquent dans son aptitude à maximiser la valeur créée par l'organisation (pour ses consommateurs ou ses usagers) et minimiser les coûts qu'elle a engendrés pour tenter de répondre aux besoins sociaux qui se sont révélés à elle (Lorino, 1995). Si la valeur créée fait plus que compenser les coûts de mise à disposition des services, alors l'activité décidée est économiquement intéressante. La performance d'une organisation est ainsi fondée sur le couple valeur coût (soit une somme de charges, c'est-à-dire de consommations de ressources). Ce qui est performance dans l'organisation est tout ce qui contribue à améliorer ce couple valeur coût. Dans cette optique, les notions de valeur et de coût sont des notions distinctes, mais évaluer la performance suppose nécessairement une comparaison des montants attachés à ces deux termes (Demeestère, Lorino, Mottis, 1997).

Le système de pilotage de la performance peut, par conséquent, être considéré comme un ensemble d'éléments variés qui interagissent entre eux de manière dynamique en fonction d'un but précis : réaliser le suivi de la performance organisationnelle.

## **1.2. La notion de système d'information**

Comprendre cette notion suppose tout d'abord d'en proposer une définition (1.2.1.). Par ailleurs, un système d'information est au service de ses utilisateurs (Tourelles, 2003). C'est pourquoi ces systèmes sont tenus de répondre à un certain nombre de critères (1.2.2.). Enfin, pour comprendre la relation entre lui et le système de pilotage, il importe de concentrer notre attention sur le compartiment du système d'information en prise directe avec le système de pilotage : le système d'information de gestion (1.2.3.).

### ***1.2.1. Un concept socio technique producteur de connaissances***

Un système d'information est qualifié par Reix et Rowe de socio-technique, car il est à la fois composé de technologies (1.2.1.1.) et des hommes qui l'animent (1.2.1.2.). Ce sous-système organisationnel se caractérise enfin par les finalités qui lui sont assignées (1.2.1.3.).

#### **1.2.1.1. Un système composé de technologies**

La technologie est indissociable du concept de système d'information (Kéfi, Kalika, 2004). En tant que système qui considère des informations répétitives, utilisant les mêmes canaux, les systèmes informatiques constituent les outils privilégiés du système d'information (Peaucelle, 1997 ; Tourelles, 2004). Il s'agit du moins de ses supports les plus visibles et dont les retombées sur la circulation des informations sont les plus conséquentes (Reix, 2000).

#### **1.2.1.2. Un système composé d'êtres humains**

Les problématiques sur le système d'information ne peuvent cependant pas être réduites à des débats sur la manière d'optimiser les technologies de l'information. En effet, le système d'information, permet d'intégrer et de coordonner les membres d'une organisation entre eux. Il constitue donc un canal de transmission des informations reliant les acteurs de l'organisation. Ce système permet également de connecter l'organisation avec son environnement, ses fournisseurs, ses clients, l'État,... Il favorise ainsi la communication de plusieurs organisations entre elles. Le système d'information est par conséquent indissociable de ses utilisateurs inter et intra-organisationnels. De même, il n'est pas conçu ex nihilo : des acteurs en amont (les concepteurs/développeurs et les dirigeants) lui ont donné vie à partir de leurs compétences, expériences et de leurs objectifs, voire de leurs affects. En aval, le système d'information fait intervenir les acteurs d'une ou de plusieurs organisations : ce sont également eux (les utilisateurs) qui vont conditionner sa réussite (Ponçon, 2000). Le système d'information est indissociable du contexte social dans lequel il évolue. Les problématiques entre le système d'information et l'apprentissage, la cognition et l'interprétation (tant

individuels que collectifs) font donc partie intégrante du champ de recherche sur les systèmes d'information. Ces questions deviennent d'ailleurs particulièrement prégnantes lorsque l'on s'interroge sur l'efficacité des processus à l'œuvre dans une organisation (Reix, Rowe, 2002). En conséquence, au-delà de sa dimension technique, il possède également une dimension sociale. Ce qui fait de lui un objet de recherche de nature socio-technique (Doolin, 1999). Comme le précisent Reix et Rowe (2002), un système d'information est en effet « un ensemble d'acteurs sociaux (dimension « humaine » des systèmes d'information) qui mémorisent et transforment des représentations via des technologies de l'information et des modes opératoires (dimension technologique) ».

### **1.2.1.3. Un système intégré porteur et créateur de connaissances**

Les informations prises en charge le sont à de fins précises. C'est pourquoi, la question de ses finalités est tout aussi importante que celle des moyens mobilisés. De manière générale, un système d'information a pour objectif de produire des données complètes, exactes, et pertinentes à un destinataire qui en a besoin (Tourelles, 2004) avec certaines connaissances préalables (Reix, 2000). Un système d'information comme tout système est en outre un ensemble organisé : ce n'est pas une simple juxtaposition d'éléments. Ses différents éléments sont articulés et combinés pour traiter, stocker acquérir et communiquer des informations (Reix, 2000). La production de données est elle-même le début d'un processus qui fait intervenir trois concepts distincts : les données, les informations et la connaissance. Chacun de ces trois éléments peut être soumis à trois types d'opérations identiques. Ainsi, les données, les connaissances et les informations peuvent toutes les trois être stockées pendant une durée indéterminée et mobilisables à tout moment. Ces trois notions peuvent également être communiquées. Il est possible de rendre le même élément disponible en différents lieux. Enfin, données, connaissances et informations peuvent être traitées, c'est-à-dire être créées ou supprimées (Lebraty, 2002). Un système d'information revêt par conséquent un aspect formel fort : le plus souvent il est conçu volontairement pour accomplir ces différents traitements successifs. Il serait a priori intéressant d'élargir cette notion de système d'information à des aspects plus informels : mais il est illusoire de croire pouvoir appréhender les systèmes d'information comme des objets informels (Peaucelle, 1997). La connaissance tacite, pour l'instant, ne peut être correctement stockée, traitée, communiquée, et encore moins captée (Lebraty, 2002). La notion de système d'information est considérée comme un objet formel perfectible car toujours susceptible de capter davantage de données, d'informations et de connaissances restées ignorées ou négligées jusqu'à maintenant. Le système d'information

est donc appréhendé selon sa finalité qui est de produire et de gérer des connaissances pour aider à la prise de décision (Paquet, 2006), mais également comme un objet formel de nature sociotechnique.

Afin de pouvoir mener à bien cette finalité (i.e. fournir des données exactes et pertinentes à un utilisateur qui en a besoin), il importe de pouvoir évaluer si un système d'information est un système pertinent pour l'organisation.

Or cette pertinence s'évalue selon Le Roux, Desbertrand, Guérif, Tang, Tixier et Verger (2004) à partir de quatre points de vue :

- Un point de vue « externe » : il permet de déterminer les rôles à assigner au système d'information.
- Un point de vue « organisationnel fonctionnel », qui permet d'identifier le découpage sur lequel axer le système d'information ainsi que les responsables de chacun des découpages. Dans ce travail plutôt conceptuel, c'est la vision que les dirigeants ont de leur organisation qui va être imprimée dans le système d'information. A ce niveau, les relations entre les différentes unités fonctionnelles vont être formalisées. C'est au dirigeant de rendre ces relations plutôt hiérarchiques ou transversales.
- Un point de vue « informationnel », qui permet de répondre à la question du contenu du système d'information. L'information manipulée au sein d'un système d'information peut être plus ou moins structurée. Si l'information est qualifiée de structurée, alors elle sera rangée, organisée au sein de bases de données. Si elle n'est pas structurée, alors elle est contenue dans l'ensemble du référentiel documentaire d'une organisation. L'ensemble de ces informations constitue le capital informationnel de l'entreprise.
- Un point de vue applicatif dont l'objectif est de répondre à la question : « quels sont les supports et outils mobilisés par le système d'information? ».

Les trois premiers points de vue définissent ce à quoi correspond le système d'information ; Le dernier constitue la vision « métier » du système d'information. Il a pour mission de déterminer les outils informatiques à mettre en œuvre compte tenu des besoins identifiés dans la vision « métier ».

## ***1.2.2. Un outil de gestion support d'activité répondant à certains critères de qualité***

Les définitions présentées précédemment montrent qu'un système d'information est vecteur de savoirs puisqu'il est le véhicule des informations sur l'organisation. À ce titre, il peut être considéré comme un outil de gestion (Moison, 2000). Mais il s'agit d'un outil de gestion particulier, car il est également support d'activités (Reix, Rowe, 2002). En outre, à l'aune de ces premières approches, il semble que le système d'information se caractérise par une certaine complexité (Phélizon, 1997). Lorino (2000) avance même qu'un bon système d'information est forcément complexe, car amené à stocker et restituer une quantité d'informations importante aux personnes demandeuses d'informations particulières dans le cadre de leur travail. Comme corollaire à cette complexité, la stabilité du système est essentielle pour lui. Un système complexe mais instable empêche la formation de canaux informationnels répétitifs via notamment des systèmes informatiques. Or selon Peaucelle (1997) un système d'information est avant tout cela. Mais ces deux qualités ne sont pas les seules qu'un système d'information doit posséder. Selon Tourelles (2004), il existe en effet quelques règles de qualités de base d'un bon système d'information, qui peuvent servir de schéma directeur dans sa construction afin qu'il puisse répondre aux finalités qui lui sont assignées. Il doit être adaptable (1.2.1.2.1), appuyé par des standards (1.2.1.2.2), robuste (1.2.1.2.3), permanent (1.2.1.2.4) et fiable (1.2.1.2.5).

### **1.2.2.1. L'adaptabilité**

Cette notion peut être antinomique avec la notion de performance. Un système d'information exactement calibrée pour les besoins particuliers du moment risque de ne plus être en phase avec l'évolution des besoins. Plus il est spécifique, moins il est adaptable. Ainsi, sa performance courante est à apprécier également à l'aune de sa souplesse. Ainsi, UNIX est loin d'être le plus convivial des systèmes d'exploitation, ni le plus fiable. Mais il est relativement normalisé d'une marque à l'autre d'ordinateur. Il est en effet très proche d'une marque d'ordinateur à une autre. Il existe même des UNIX gratuits, tels que Linux ou BSD, assez convaincants. UNIX peut ainsi être une option possible comme choix de plates-formes informatique d'un hôpital, étant donné sa souplesse et sa très large diffusion.

### **1.2.2.2. L'appui sur des standards**

Un standard n'est pas une norme. La norme a un caractère réglementaire, dont la diffusion peut rester confidentielle. Les normes ne sont pas du tout adaptables aux contraintes du marché et ont uniquement une valeur organisationnelle, même si elles posent parfois autant de problèmes qu'elles en résolvent. Ce n'est pas le cas d'un standard qui est défini par les choix dominants du marché. Un standard peut être de fait, c'est-à-dire qu'ils résultent du plébiscite des utilisateurs. Ainsi, Oracle est un standard de fait dans la base de données des hôpitaux. Ce type de standard n'est pas du tout un gage de qualité puisqu'il résulte d'un mimétisme. Un standard peut également être publié : un consortium se charge de mettre à plat les principales caractéristiques d'un système qui suscite l'intérêt de clients et de fournisseurs. Pour pouvoir utiliser ce système, il suffit d'adhérer au consortium. CORBA est un exemple de consortium de ce type. Les systèmes qui sont des standards publiés sont très variés : il s'agit aussi bien d'architectures matérielles (Power-PC Plateform), logicielle (HTML, SQL, JAVA), protocoles (IP), ou Web (W3C). Ces standards sont très évolutifs et très adaptables aux besoins du marché. Presque immédiatement disponibles, ils sont également très proches de l'état de l'art informatique. Ce type de standard est donc à privilégier.

### **1.2.2.3. La Robustesse**

Elle est étroitement liée à son architecture. Elle est normalement capable de modifier des éléments sans remettre en cause l'ensemble. La robustesse d'un SI n'est pas synonyme de tolérance aux pannes. Il s'agit plutôt de sa stabilité, qui est indépendante des applications qu'il propose (un phare au milieu des vagues). Le pivot du système d'information constitue le pilier sur lequel les différentes applications s'accrochent. En aucun cas une application constitue ce socle. C'est pourquoi, afin de garantir cette stabilité la robustesse d'un SI suppose d'identifier les fonctionnalités indispensables à cette stabilité telles que la gestion des droits d'accès des utilisateurs, ou identification des patients et les détacher des fonctionnalités satellites généralement plus évolutives. Ainsi, en scindant les deux (dans le cadre d'un hôpital) le logiciel de gestion des lits n'a pas à être changé lors d'un changement de monnaie de facturation. Si tel est le cas, c'est le signe d'une mauvaise architecture du SI et celui d'une dépendance à un fournisseur informatique.

### **1.2.2.4. La permanence**

Un SI doit à la fois éviter d'être en panne et n'être à l'arrêt que partiellement (fonctionnement en continu). Cela implique un choix judicieux des matériels (afin d'éviter les pannes ou/et les temps morts), mais également interroger l'architecture du SI lui-même. Quelles sont en effet

les fonctions cruciales (i.e. celles qui nous manqueraient le plus ?). Le recours à un audit interne peut contribuer à cerner les points sur lesquels renforcer la fiabilité du système. De même, un système d'information ayant une architecture fortement centralisée, très hiérarchisée et peu redondant possède une tolérance faible aux pannes. A contrario, un système d'information départementalisé, réparti avec éventuellement des bases de données répliquées a une tolérance aux pannes beaucoup plus importante, car il fonctionnera toujours un peu (Tourelles, 2004).

#### **1.2.2.5. La fiabilité des données**

Les erreurs de saisie peuvent avoir des conséquences graves. Elles peuvent être des fautes d'orthographe ou de frappe, des créations de doublons ou des saisies incomplètes. Certaines erreurs sont inévitables étant donné la quantité de données à traiter par chacun. Néanmoins, elles ne doivent pas être considérées avec fatalité. C'est pourquoi, une démarche qualité sur les données (comme à n'importe quel autre instrument de travail) permet d'éviter certaines erreurs. Cette démarche qualité pourrait contenir certains éléments de prévention (sensibilisation du personnel ou formation) et certains éléments correctifs (application périodique de procédures de recherche des erreurs, notamment).

### ***1.2.3. Analyse d'un compartiment particulier du système d'information : le système d'information de gestion (SIG)***

Cette section se concentre sur le compartiment du système d'information directement en relation avec le système de pilotage : le SIG. Il importe néanmoins de pouvoir le situer par rapport aux autres compartiments du Système d'Information. Le premier paragraphe de cette section a pour objet de présenter le SIG dans son contexte (1.2.3.1.). Ensuite, une fois sa place et sa fonction définies, ses modalités applicatives sont détaillées (1.2.3.2.).

#### **1.2.3.1. Le système d'information d'opération et le système d'information de gestion**

Le système d'information des organisations a subi des transformations successives. Tout d'abord orienté vers la comptabilité, il s'est développé via les différentes fonctions de l'organisation (Le Moigne, 1973) et a investi de plus en plus de domaines. Le développement du système d'information de gestion dans les années 60 constitue une étape importante dans ce processus. Cette nouvelle fonction du système d'information vise à donner aux gestionnaires utilisateurs les informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions et ce, dans un format préétabli (O'Brien, 1995). Des logiciels métiers ont ainsi fait leur apparition

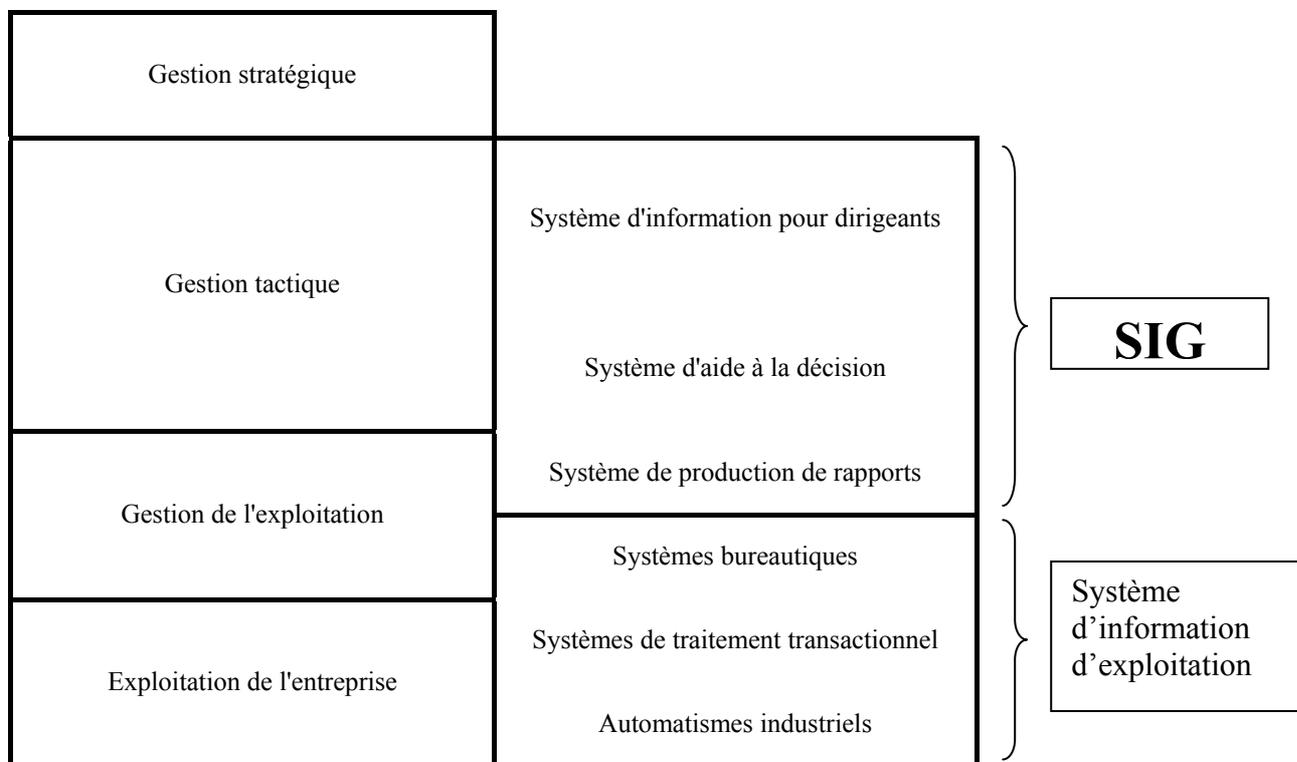
afin de couvrir les besoins particuliers des différents départements : le système d'information s'est ainsi décentralisé lors des années 80 et 90, mais en contrepartie, il s'est aussi fragmenté.

Ainsi, un système d'information n'est pas un système monolithique : produire et gérer des connaissances pour aider à la prise de décision suppose en effet un chaînage particulier de tâches. En fonction des différentes étapes poursuivies, le système d'information d'une organisation peut être décomposé en différents sous – systèmes qui permettent de répondre chacun à un objectif précis. Reix (2000) distingue dans cette perspective le système d'information de gestion et celui d'opération.

Un système d'information support d'opération permet l'enregistrement quotidien des activités courantes effectuées par une organisation (Reix, 2000). Le soutien à la prise de décision quant à lui, est assuré par le système d'information de gestion dont la mission selon O'Brien (1995) est de tirer le meilleur parti possible des informations produites par un sous-système amont (i.e. le système d'information d'opération, ou d'exploitation). Il est conçu pour assister le gestionnaire et l'aider dans ses prises de décision (Reix, 2000). Sa mission est donc de trier les informations les plus utiles à la prise de décision. Le système d'information ne se limite plus à traiter les données d'exploitation mais également à fournir des technologies de l'information orientées gestion, c'est-à-dire être susceptibles d'aider le décideur dans sa prise de décision.

Le système d'information de gestion joue par conséquent le rôle de filtre et d'organisateur afin d'informer les dirigeants via le système de pilotage. Dans cette conception, le système d'aide à la décision constitue le dernier maillon du système d'information. C'est lui qui va directement nourrir le système de pilotage et lui fournir ses outils de traitement de l'information. Le pont entre système d'information et système de pilotage est donc le SIG. La figure 1.3 permet de situer par rapport aux trois niveaux hiérarchiques les différents sous compartiments du système d'information.

**Figure 1.3 : Relation entre système d'information et niveaux hiérarchique dans l'entreprise**



### **1.2.3.2. Les modalités applicatives du Système d'Information de Gestion**

Il reste néanmoins à savoir quels sont les domaines de compétence du Système d'Information de Gestion et ceux du système de pilotage. L'identification de l'un par rapport à l'autre n'est pas exempt de parti pris. Celui adopté dans ce travail repose sur des réflexions issues de la littérature en système d'information et en comptabilité de gestion. Ainsi, Le Roux, Desbertrand, Guérif, Tang, Tixier et Verger (2004) distinguent dans leur définition du système d'information deux aspects (voir section 1.2.1.1). Un aspect applicatif et un aspect métier. L'aspect applicatif correspond aux moyens informatiques mobilisés et l'aspect métier peut être assimilé au contenu du SIG, c'est-à-dire les outils qui sont mobilisés pour traiter l'information et aider au pilotage de l'organisation. Le SIG peut donc être appréhendé à la fois par la littérature en comptabilité de gestion et par celle en système d'information. Ainsi, certains auteurs en comptabilité de gestion comme Demesteere (2005), Hubert et Lemaire (2001) ou encore Bescos et Mendoza (1998) identifient le SIG à son contenu, c'est-à-dire les outils de pilotage qui vont être mobilisés par l'organisation au sein de son système de pilotage. Mais l'usage de ce terme en comptabilité de gestion n'est pas systématique, contrairement aux auteurs en système d'information.

Le principal enjeu actuel du SIG dans le champ de la recherche en système d'information est sa mise en cohérence (Markus, 2001). Selon cet auteur, ce problème mérite de devenir un point d'intérêt majeur de ce type de recherche. Bidan (2004) propose ainsi deux possibilités pour mettre en cohérence un SIG : intégrer ses différentes applications ou les fédérer.

L'intégration suppose la coopération des différentes applications au sein d'un système unique. La fédération quant à elle a pour objectif l'interopérabilité des applications en laissant coexister différentes bases de données hétérogènes. Maîtriser l'hétérogénéité des applications informatiques sous-jacentes est approchée par métaphore comme le préconisent Hirschheim et Newman (1991). Le Système d'information est comparé à une ville à urbaniser. À l'instar d'une cité, « on cherche par des techniques d'urbanisation à fédérer de manière globalement harmonieuse des îlots déjà informatisés et les nouveaux quartiers en définissant les nouveaux standards d'architecture d'intégration tant applicative que technique que devront respecter les nouveaux systèmes et en créant les adaptateurs pour raccorder les anciens » (Meinadier, 2002). Même si selon cette définition, l'urbanisation se conçoit plutôt dans une optique de fédération du SIG, selon Bidan (2004) le processus d'intégration est un moteur essentiel de la fédération du système, car dans les faits les processus de fédération cohabitent avec des processus d'intégration des SIG. Reste à savoir comment d'un point de vue ingénierique

maîtriser l'hétérogénéité du SIG. Markus (2001) propose trois solutions possibles : l'entrepôt de données, l'Entreprise Application Integration (EAI) et l'Entreprise Resource Planning (ERP).

L'entrepôt de données (ou datawarehouse) est un outil informatique qui « range les données en tant que faits (les événements) et en termes de dimension (information descriptive sur les événements) » (Vendrzyk, Sen et Sen, 2001). Selon, ce procédé, plusieurs bases de données continuent à coexister et l'entrepôt de données se charge d'extraire les données pour les traiter et les analyser. Deux étapes caractérisent ces outils. Premièrement, les entrepôts de données réalisent l'extraction, la transformation et la mise à disposition des données brutes. Deuxièmement, il crée des procédures qui soutiennent les futures requêtes. L'objectif de cette seconde étape est de rendre l'entrepôt de données plus « convivial ».

L'EAI (Entreprise Application Integration) est un procédé dont l'objectif est de connecter les différents logiciels existants de l'organisation en permettant la diffusion de données entre eux (interopérabilité). Ce procédé permet d'homogénéiser le SIG et facilite ainsi son évolution. Il permet au SIG de gagner en cohérence et plusieurs bases de données continuent à coexister mais l'architecture du système est modifiée et toutes les données sont centralisées vers une base de donnée qui sert de passerelles entre les différentes applications. Ces deux premières solutions (bases de données et EAI) privilégient la fédération du SIG (Bidan, 2004).

L'ERP (Entreprise Resource Planning), aussi appelé Progiciel de Gestion Intégré (PGI), regroupe un ensemble d'applications dont le but est de coordonner l'ensemble des activités d'une entreprise (activités dites verticales comme la production, l'approvisionnement ou bien horizontales comme le marketing, les forces de ventes, la gestion des ressources humaines, etc.) autour d'un même système d'information. Les ERP proposent des méthodes et des outils logiciels (appelés Groupware) permettant à des utilisateurs de mener un travail en commun à travers les réseaux. L'ERP est un référentiel d'information « en un seul endroit, en un seul moment ». L'ERP doit permettre d'assurer la transversalité et la circulation entre les différents services de l'entreprise (Meyssonier et Pourtier, 2006). Ce dernier procédé privilégie ainsi l'intégration des systèmes.

## **1.3. La relation entre système d'information et système de pilotage**

La littérature sur le SIG est abondante. Ce concept émerge dans la littérature à partir du milieu des années 70, notamment avec l'article de Davis (1974). Deux types d'articles peuvent être identifiées à partir de la base de donnée EBSCO. Le premier traite le concept de SIG sous une perspective de recherche en système d'information (1.3.1.). Le second considère les modalités applicatives du SIG sous l'angle du contrôle de gestion (1.3.2.).

### ***1.3.1. La vision de la relation par la littérature des systèmes d'information***

Cette revue de la littérature permet de constater que les travaux consacrés aux relations entre système d'information et système de pilotage sous l'angle des systèmes d'information sont peu nombreux (1.3.1.1.). En outre, les travaux sur les mécanismes de construction du système de pilotage dans leur approche du système d'information sont peu abordés (1.3.1.2.).

#### **1.3.1.1. Des travaux abordant rarement cette relation**

La synthèse des articles consacrés aux liens entre supports informatiques du SIG et comptabilité de gestion est présentée aux figures 1.4 et 1.5.

**Figure 1.4 : Articles traitant du SIG (1/2)**

<b>Auteurs</b>	<b>Objet de l'article</b>	<b>Traitement dans la vision métier du système de pilotage</b>
Carver et Turoff (2007)	Étudier les besoins en informations des acteurs utilisateurs du SIG dans le cadre du management dans l'urgence.	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.
Chen, Lin et Yang (2006)	Étude de la relation entre « hardware et software »	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.
Nah, Zhang et Mc Coy (2005)	Étudier le comportement des acteurs utilisateurs du SIG	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.
Doolin (2004)	Étudier le comportement des acteurs utilisateurs du SIG à l'hôpital et les implications en termes de pilotage	Cet aspect est appréhendé mais sans prendre appui sur les outils mobilisés et sans prendre en compte le problème de la transformation du système de pilotage.
Bandyopadhyay (2003)	Identifier les besoins en information pour implémenter un entrepôt de données spécialisé dans la collecte de données qualitatives	Même si cette problématique est intéressante pour le système de pilotage, cette notion n'est pas abordée dans cet article, qui suppose que ce type d'entrepôts de données est utile uniquement pour le Total Quality Management.
Rodrigues et Gravida (2003)	Identifier les processus à l'œuvre dans l'implémentation d'un SIG	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.

**Figure 1.5 : Articles traitant du SIG (2/2)**

<b>Auteurs :</b>	<b>Objet de l'article :</b>	<b>Traitement dans la vision métier du système de pilotage</b>
Abernethy (1994)	Étudier les relations entre stratégie et SIG et les implications pour la comptabilité de gestion	Les missions du contrôleur de gestion au niveau du SIG sont abordées, mais de manière générale.
Culan (1986)	Rechercher une fondation épistémologique des recherches en SIG	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.
Ein-Dor et Segev (1978)	Identifier les stratégies pertinentes qui permettent de réussir l'implémentation d'un SIG.	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.
Dickon, Senn et Chervany (1977)	Étudier les relations entre l'information collectée par le SIG et la qualité des décisions induites	Même si l'objet de cette étude suppose de poser le problème du système de pilotage, cette notion n'est pas prise en compte.
Bariff et Lusk (1977)	Identifier les facteurs qui facilitent l'acceptation d'un SIG	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.
Schewe (1976)	Étudier le comportement des acteurs et l'utilisation du SIG.	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.
King et Cleland (1975)	Proposer une méthodologie d'implémentation pour que les SIG prennent mieux en compte les besoins en informations des managers.	La notion de système de pilotage n'est pas prise en compte dans cet article.

Sur les 13 articles recensés, il ressort que :

- 4 articles traitent exclusivement de la relation entre le SIG et ses utilisateurs (Carver et Turoff, 2007 ; Nah, Zhang et Mc Coy, 2005 et Schewe ,1976)
- 3 articles traitent exclusivement de l'implémentation du SIG (Rodrigues et Gravida 2003, Ein-Dor et Segev, 1978, Bariff et Lusk , 1977)
- Un article traite exclusivement des outils applicatifs mis en œuvre au niveau du SIG (Chen, Lin et Yang, 2006)
- Un article est de nature épistémologique (Culan, 1986)

Parallèlement, les 5 articles restants ont des sujets d'étude plus transversaux :

- King et Cleland (1975) traitent conjointement de la relation entre SIG et ses utilisateurs et de l'implémentation du SIG
- Dickon, Senn et Chervany (1977) s'interrogent sur la relation entre SIG et prise de décision dans l'entreprise
- Enfin, Doolin (2004), Bandyopadhyay (2003) et Abernethy (1994) traitent de la relation entre SIG et système de pilotage.

Parmi tous les articles identifiés, seuls trois traitent de la relation entre le concept de SIG et le système de pilotage. Mais leurs auteurs le font de manière très différente. Ainsi, Doolin (2004) analyse l'implémentation d'un SIG dont l'objectif est de mettre en relation les données administratives (i.e. comptables et financières) et les données d'activité d'un hôpital. Abernethy (1994) quant à lui démontre la nécessité d'enrichir les données prises en charge par le SIG au-delà de ce qu'exige la comptabilité générale. Aucun de ces articles par contre ne s'intéresse aux outils mobilisés par le système de pilotage. Seul Bandyopadhyay (2003) intègre dans sa réflexion sur le SIG la relation d'un outil mobilisable par le système de pilotage. Cet auteur traite en effet de l'implémentation d'un entrepôt de données qui intègre des données qualitatives pour permettre de réaliser un management par la qualité totale.

Ainsi, globalement, les travaux académiques qui traitent du SIG s'intéressent peu aux relations avec le système de pilotage. Par conséquent, la vision systémique prônée par Le Moigne (1986) axée sur la prise en compte à la fois du système de pilotage et du système d'information pour construire le SIG reste un terrain d'investigation porteur. Même si de plus en plus d'auteurs s'intéressent à l'analyse des utilisateurs du SIG (Nah, Zhang et Mc Coy 2005).

### **1.3.1.2. Peu de référence à la construction des outils de pilotage**

Cette section a pour objet d'étudier plus en profondeur les trois articles qui traitent de la relation entre système d'information et système de pilotage afin de déterminer la manière dont le système de pilotage est appréhendé et pour identifier la méthode d'observation utilisée.

Ainsi, Abernethy (1994) considère essentiellement le rôle du contrôleur de gestion. Selon cet auteur, le contrôleur de gestion a vu son rôle évoluer : d'un manager de l'information financière, il est devenu un « manager de l'information » (Macintosh, 1985). Ce travail remarque également que peu d'études sont faites sur les relations entre la comptabilité et les différents composants du SIG. En outre pour cet auteur, le SIG s'apparente à une mosaïque d'applications, c'est-à-dire à de nombreux sous systèmes dédiés. Les premiers enseignements de cet article amènent ainsi à s'intéresser à la situation informationnelle (Mélèse, 1979) du contrôleur de gestion. Ce type d'étude est en effet susceptible d'apporter un certain nombre de connaissances nouvelles aussi bien au niveau de la littérature en système d'information qu'au niveau de celle de la comptabilité de gestion, puisque peu d'études ont été réalisées sur ce sujet (Mc Kinnon et Burns, 1992). Compte tenu du fait qu'aucun article dans notre revue de la littérature ne s'y soit intéressé par la suite, les analyses de ces deux auteurs perdurent. Abernethy (1994) considère également que le contrôleur de gestion est impliqué dans le schéma directeur et l'implémentation du SIG de son organisation, mais ne donne pas véritablement de détails sur la nature de cette implication. Le principal enseignement pour cet auteur est que pour une entreprise de type « prospector » selon la typologie de Miles et Snow (1978), le SIG ne peut plus s'apparenter à un système d'information basé sur les données enregistrées en comptabilité financière, mais au contraire intégrer des données non financières et prévisionnelles. Cet article permet en outre de faire un premier lien entre le système d'information et le système de pilotage, puisque selon Abernethy (1994), la richesse des données disponibles dans le SIG permet de construire un système de pilotage capable d'informer correctement les managers des entreprises de type « prospector » (Miles et Snow, 1978). Mais son analyse ne précise ni les outils applicatifs à mettre en œuvre ni les outils de pilotage pertinents pour le contrôleur de gestion. Il est vrai que sa méthode d'observation ne permet pas de rendre compte en détail des mécanismes à l'œuvre entre outils informatiques applicatifs et outils de pilotage. Abernethy (1994) s'est en effet basé sur une enquête par questionnaire constitué de 49 divisions autonomes de deux groupes industriels implantés en Australie. Son approche a donc le mérite de dresser de grandes tendances, mais ne lui permet

pas de rentrer dans le détail des organisations étudiées.

Le second article qui étudie cette relation dans la revue de littérature est celui de Bandyopadhyay (2003). Contrairement à Abernethy (1994) cet auteur s'intéresse à la fois aux outils applicatifs et à un levier de pilotage possible : le Management par la Qualité Total ou Total Quality Management (TQM). Cet auteur décrit comment réaliser un SIG qui intègre des paramètres qualitatifs pour permettre de réaliser ce type de management. L'outil applicatif étudié est une base de données, qui, in fine, est capable de produire des états avec des indicateurs qualitatifs, utiles au pilotage de la structure. Cet article peut être appréhendé comme une continuité de l'article d'Abernethy (1994) puisqu'il propose d'enrichir le SIG de données qualitatives. Selon Bandyopadhyay (2003), compte tenu de l'environnement toujours plus compétitif, cette intégration d'indicateurs qualitatifs dans le pilotage de l'entreprise est en effet aujourd'hui nécessaire. Cette vision de l'entreprise évoluant dans un environnement turbulent, toujours dans l'obligation d'innover et de capter le plus de parts de marché possible est conforme avec la vision de Miles et Snow des entreprises que ces auteurs qualifient de « prospector ». Néanmoins, cette étude n'est pas fondée sur une étude empirique. Aussi, il est impossible d'observer la relation entre système d'information et transformation du système de pilotage. Il s'agit uniquement de préconisation et les problèmes d'implémentation sont laissés de côté.

Le troisième article qui traite de la relation entre système d'information et système de pilotage en prenant appui sur l'analyse du SIG est celui de Doolin (2004). Cet article contrairement aux deux autres s'intéresse à une organisation publique en particulier : l'hôpital. Il s'agit par conséquent d'un travail qui sera également mobilisé dans la suite des développements de ce travail. Néanmoins, quelques-uns de ses éléments peuvent être abordés dès à présent. Ce travail s'intéresse à l'implémentation proprement dite d'un SIG et étudie les freins qui se sont manifestés lors de sa mise en œuvre. Cet article basé sur des entretiens réalisés dans une structure hospitalière en Nouvelle-Zélande produit des connaissances très intéressantes sur notre objet de recherche. Mais il laisse de côté à la fois les aspects applicatifs et les outils développés pour le pilotage de la structure afin de se concentrer sur l'étude du comportement des acteurs et sur les enjeux d'un Système d'Information de Gestion Hospitalier (SIGH).

Ainsi, globalement, les articles recensés qui traitent explicitement des relations entre le SIG et du système de pilotage sont peu nombreux par rapport au nombre total d'articles. Et sur les trois articles qui traitent de cette relation, deux d'entre - eux s'intéressent aux organisations privées. En outre, bien que porteurs d'enseignements intéressants pour notre étude, les

spécificités du secteur public sont peu prises en compte.

Par ailleurs, tandis que Abernethy (1994) et Doolin (2004) fondent leur travaux sur une étude empirique, ils n'appréhendent pas de manière détaillée les outils de pilotage ni leur transformation. De même, ils ne s'intéressent pas aux outils applicatifs du SIG.

Bandyopadhyay (2003) quant à lui s'intéresse à un outil possible pour le pilotage ainsi qu'à une solution applicative particulière, mais n'apporte aucune étude empirique pour étayer ses réflexions.

Est-ce qu'un constat similaire peut être réalisé concernant les articles de recherche en contrôle de gestion qui abordent les supports applicatifs du SIG ? La section suivante apporte des éléments de réponse.

### ***1.3.2. La perception de la relation par la littérature du contrôle de gestion***

L'analyse de la littérature en contrôle de gestion commence par l'étude du contenu des différents travaux (1.3.2.1) et se poursuit par celle des différentes méthodologies utilisées (1.3.2.2).

#### **1.3.2.1. Des travaux axés principalement sur les ERP**

Deux types de travaux peuvent être identifiés : ceux concernant les relations entre transformation de système de pilotage et ERP (1.3.2.1.1.) et ceux traitant des relations entre transformation du système de pilotage et entrepôts de données (1.3.2.1.2.).

##### **1.3.2.1.1. Les articles prenant appui sur un SIG applicatif de type entrepôts de données**

Ce groupe comprend 2 articles qui étudient la relation entre transformation du système de pilotage et SIG, avec comme support applicatif les bases de données. Chacun d'eux traite plus précisément de l'évolution du métier de contrôleur de gestion. Joseph et George (2005) encouragent les contrôleurs de gestion à prendre part aux évolutions des applications dont ils sont les utilisateurs afin de mieux cerner leurs besoins et ainsi développer des outils de pilotage innovants. Leur rôle s'élargit ainsi à la conception des entrepôts de données. De la sorte, selon ces auteurs, l'implémentation du Balanced Scorecard notamment peut être facilitée. L'article de Vandrzyk, Sen et Sen (2001) traite des besoins actuels des contrôleurs de gestion concernant les entrepôts de données. Deux qualités primordiales sont mises en avant par ces auteurs : la capacité d'aide à la décision et l'exactitude de l'interprétation des données. En outre, ils préconisent d'intégrer les contrôleurs de gestion dans le développement des entrepôts de données afin de suivre l'évolution de leurs besoins et ainsi de favoriser la

transformation du système de pilotage de leur organisation. Néanmoins, dans ces deux articles, il est impossible de savoir quelle est l'influence réelle du SIG sur la transformation du système de pilotage.

#### **1.3.2.1.2. Les articles prenant appui sur un SIG applicatif de type ERP**

Ce groupe comprend 4 articles sur les 6 recensés et contrairement aux deux articles basés sur la notion d'entrepôt de données, ils font un état des lieux des pratiques. Par ailleurs, ces travaux ont pour objet l'étude des impacts de l'introduction des ERP sur la comptabilité de gestion, tant sur le métier que sur la nature des outils de pilotage utilisés. Pour Granlund et Malmi (2002), l'impact des ERP sur les pratiques et les outils mobilisés par le contrôle de gestion est faible. Selon eux l'introduction des ERP n'a pas facilité la diffusion de l'ABC. De même, ils estiment que les ERP ont peu de conséquences sur les pratiques et les méthodes du contrôle de gestion. En effet, la mise en place est lente et leur complexité peut occulter certaines innovations en contrôle de gestion. Ces auteurs mettent également en avant que les managers reçoivent et produisent plus d'informations qu'ils n'en utilisent. Cette remarque fait écho aux travaux de Le Moigne (1986), qui ont été abordés dans la section 1.2.2.2. Il y a déconnexion entre production de l'information et utilisation des données. Ce constat réalisé par Le Moigne (1986) il y a plus de 20 ans semble ainsi toujours d'actualité. Il s'agit pourtant selon Granlund et Malmi (2002) d'un problème majeur de la littérature sur les ERP. Étudier ainsi la situation informationnelle du contrôleur de gestion apparaît comme un programme de recherche d'autant plus intéressant. Pour Hyvönen (2002), il n'existe pas de lien entre ERP et innovations managériales telles que le target costing, le life style costing ou le balance scorecard. Pour Scapens et Jazayeri (2003), les ERP permettent, en matière de contrôle de gestion, quatre évolutions : l'élimination des tâches routinières (transfert de fichier, ressaisie des données, une partie de la budgétisation), le transfert de connaissances comptables aux managers de terrain, l'utilisation d'indicateurs avancés plus nombreux (éléments physiques précurseurs des performances plutôt que des mesures financières les constatant) et un rôle plus large du contrôleur de gestion (conseiller, auditeur...).

Néanmoins ces auteurs admettent qu'il est difficile de savoir si l'ERP est véritablement un agent de changement, aussi bien au niveau des évolutions de la fonction de contrôle de gestion qu'au niveau de la transformation du système de pilotage constaté. Pour Meyssonier et Pourtier (2006), malgré l'utilisation des ERP, l'approche par activités de la méthode ABC/ABM (Activity Based Costing / Management) n'est pas utilisée dans les structures sondées. Les outils tels le Balance Scorecard (tableau de bord prospectif) ne sont pas utilisés dans ce

panel. En outre, les entreprises n'utilisent pas directement l'outil de contrôle de gestion inclus dans l'ERP, mais développent des périphériques issus de logiciels tels que Excel, Access, Business Object. L'ERP est alors utilisé comme entrepôt de données. Concernant l'évolution du métier du contrôle de gestion, les auteurs se basent sur les travaux de Besson (1999). Selon lui, les ERP induisent une modification de la fonction contrôle de gestion et développent deux métiers : un métier d'ingénierie centré sur le système informatique et un métier d'analyste centré sur l'interprétation et la communication des données de gestion. Néanmoins Meyssonier et Pourtier (2006) indiquent que cette dissociation n'apparaît pas clairement. La migration du métier proposée par Besson (1999) vers la dimension conseil n'est ainsi pas observée dans les cas étudiés. Ces travaux basés sur des cas concrets renforcent ainsi les travaux de Willis (2001) qui montrent que les ERP sont inadaptés parce qu'ils formatent et codifient l'information en amont.

Cette revue de la littérature permet en outre de constater trois points majeurs. Premièrement, les développements théoriques en contrôle de gestion de notre objet de recherche sont peu nombreux, comme le soulignent d'ailleurs Granlund et Malmi (2002) ainsi que Meyssonier et Pourtier (2006). Deuxièmement, ces travaux prennent en compte seulement deux des trois modalités applicatives possibles du SIG identifié par Markus (2001) : les EAI (Entreprise Application Integration) sont laissés de côté. Enfin, ces études incitent à approfondir cette question. Les travaux basés sur des terrains de recherche ont en effet mis en avant que le développement des supports applicatifs informatiques ont des impacts mitigés sur le contrôle de gestion. Par conséquent, leur rôle d'agent de changement du système de pilotage n'est pas encore clairement établi (Scapens et Jazayeri (2003).

### **1.3.2.2. Peu de références à la dynamique de la relation**

Parmi les articles étudiés, un seul n'est pas basé sur une étude empirique. Il s'agit de l'article de Joseph et George (2005) qui analyse la relation dynamique entre système de pilotage et système d'information avec un SIG articulé autour d'un entrepôt de données. L'autre article (celui de Vandrzyk, Sen et Sen, 2001) qui traite de cette relation dans le cadre d'un SIG applicatif de type Datawarehouse est basé sur 36 interviews de personnes spécialisées dans le développement de solutions informatiques.

Les travaux qui analysent les impacts des ERP sur la comptabilité de gestion quant à eux ont préféré s'adresser aux entreprises qui les ont implémentés. Ainsi, Meyssonier et Pourtier (2006) ont conduit à la fois des entretiens et des suivis de stages auprès de 10 entreprises privées ayant mis en place un ERP. Scapens et Jazavery (2003) ont mené une étude longitudinale auprès d'une grande entreprise. Cette étude a pris la forme d'entretiens à intervalles réguliers. Hyvonen (2002) quant à lui se base sur un questionnaire envoyé par voie postale à de grandes entreprises industrielles finlandaises sélectionnées parmi une liste de 500 afin de représenter fidèlement toutes les industries du pays. Enfin, Granlund et Malmi (2002) ont mené des entretiens dans 10 entreprises finlandaises. Ces recherches sur les ERP sont en outre de nature exploratoire. Comme le soulignent d'ailleurs Granlund et Malmi (2002), les impacts attendus sur le contrôle de gestion ne sont en effet pas spécifiées par la littérature. Aussi, l'objectif premier de ces travaux est d'apporter une compréhension générale des phénomènes, de faire un état des lieux et d'apporter des explications possibles aux problèmes rencontrés.

Cette revue de la littérature souligne en outre trois éléments majeurs qui serviront à appréhender notre objet de recherche. Premièrement, loin d'être un aboutissement, les différents travaux menés méritent d'être approfondis. Ainsi, Granlund et Malmi (2002) préconisent de mener des études plus en profondeur, de « rentrer » dans les organisations pour comprendre davantage les mécanismes à l'œuvre.

Deuxièmement, ces études restent dans une logique de statique comparative. Elles s'intéressent à la transformation du système de pilotage et à sa relation avec le SIG, mais elles comparent deux états : un état avant implémentation et un état après implémentation. Et grâce à cette comparaison, elles essaient de savoir si le système de pilotage s'est transformé en intégrant de nouveaux outils. Il manque à ces études un caractère dynamique, comme le

soulignent Meyssonier et Pourtier (2006). Selon ces auteurs, c'est en effet en s'intéressant à la façon dont les pratiques et les méthodes du contrôle de gestion se diffusent et s'intègrent au niveau du middle management que les liens entre transformation du système de pilotage et système d'information pourraient être mieux analysés.

Enfin, aucune étude n'a été faite dans le cadre du management public. Étudier la transformation du système de pilotage sous l'impulsion notamment des principes du New Public Management (NPM) et ses relations avec la dimension applicative du SIG est ainsi susceptible de créer des connaissances inédites. C'est pour cette raison qu'à l'instar des travaux de Granlund et Malmi (2002), l'étude empirique qui sera menée pourra être qualifiée. Les principaux résultats des différents articles sont repris dans la figure 1.6.

**Figure 1.6 : Synthèse des travaux en contrôle de gestion impliquant un support applicatif du SIG**

Auteurs :	Terrain de recherche :	Objectifs :	Principaux résultats :	SIG applicatif étudié :
Meyssonier et Pourtier (2006)	Entretiens et suivi de stage auprès de 10 entreprises	Étudier les impacts des ERP sur le contrôle de gestion	Les ERP ont des impacts limités sur le contrôle de gestion	ERP
Joseph et George (2005)	Article sans base empirique	Étude de l'évolution du rôle du contrôleur de gestion dans l'évolution des entrepôts de données	Les contrôleurs de gestion ont intérêt à s'imposer comme partie prenante dans leur conception	ENTREPÔTS DE DONNÉES
Scapens et Jazayeri (2003)	Entretiens menés à intervalles réguliers dans une grande entreprise	Étudier les impacts des ERP sur le contrôle de gestion	Les ERP ont des impacts limités sur le contrôle de gestion	ERP
Hyvonen (2002)	Questionnaire postal	Comparer les impacts des ERP sur le contrôle de gestion avec ceux des logiciels dédiés	Les ERP ont des impacts limités sur le contrôle de gestion.	ERP
Grandlund et Malmi (2002)	Entretiens menés auprès de 10 entreprises finlandaises	Étudier les impacts des ERP sur le contrôle de gestion	Les ERP ont des impacts limités sur le contrôle de gestion	ERP & LOGICIEL DÉDIÉS
Vendrzyk, Sen et Sen (2001)	Entretiens de 36 personnes spécialisées dans le développement de solutions informatiques	Identifier les besoins des contrôleurs de gestion	Les contrôleurs de gestion sont sensibles à la capacité d'aide à la décision et à l'exactitude des analyses.	ENTREPÔTS DE DONNÉES

## 1.4. Conclusion du chapitre

Au terme de ce chapitre, étudier la relation dynamique entre système de pilotage et système d'information suppose de s'intéresser à deux sous systèmes organisationnels distincts.

Étudier ce type de relation contribue à la création de nouveaux savoirs sur la relation entre système d'information et système de pilotage. Tout d'abord, cette étude permettrait d'accroître les connaissances en contrôle de gestion sur la relation entre système de pilotage et système d'information dans une optique de transformation du système de pilotage, car pour l'instant ce domaine est encore de nature exploratoire. À terme, des éléments de théorie au sens d'Eisenhardt pourraient être formulés et de la sorte contribuer à enrichir les outils d'analyse de la comptabilité de gestion.

Mais l'ambition scientifique de ce programme de recherche ne concerne pas uniquement le contrôle de gestion. Elle est aussi susceptible de concerner l'ensemble des sciences de gestion. L'analyse de cet objet de recherche peut en effet contribuer à construire un pont entre la littérature en contrôle de gestion et en système d'information. La liaison entre ces deux types de littératures, pour l'instant parcellaire, mérite en effet d'être développée pour pouvoir notamment mieux comprendre les problèmes d'implémentation des outils de gestion en général (outils informatiques et outils de pilotage).

## **CHAPITRE DEUX :**

### **Analyse de la relation entre système d'information et système de pilotage à l'hôpital**

Le chapitre précédent a présenté la relation entre système de pilotage et système d'information. Ce premier travail a permis de comprendre les différentes notions que cette relation mobilise. Néanmoins, nous avons pour l'instant uniquement défini les concepts centraux de notre démarche. Ce chapitre a pour objet de contextualiser cette relation à un type d'organisation en particulier : l'hôpital public. Cette thèse s'inscrit en contrôle de gestion. C'est pourquoi, ce sont les spécificités du Système de Pilotage Hospitalier (SPH) qui vont tout d'abord être présentées (2.1.).

Ensuite, c'est le Système d'Information Hospitalier (SIH) qui est à son tour décrit, ainsi que ses relations avec le SPH (2.2.).

#### **2.1. Le système de pilotage hospitalier**

Comprendre la transformation du SPH suppose tout d'abord de saisir le contexte dans lequel il se transforme (2.1.1.). Cela suppose aussi d'identifier les facteurs qui influencent cette transformation (2.1.2.). Enfin, il importe de détailler comment elle s'opère pour déterminer ses modalités (2.1.3.).

##### ***2.1.1. Les organisations publiques françaises à l'heure du New Public Management (NPM)***

Le contexte dans lequel la relation dynamique entre système d'information et système de pilotage est étudiée est celui des organisations publiques contemporaines. Après un bref historique des évolutions récentes de ce type d'organisation (2.1.1.1.), le tournant majeur que constitue le New Public Management (NPM) dans la gestion de ces organisations est présenté et permet de cerner le contexte général des changements à l'œuvre actuellement au niveau de leur système de pilotage (2.1.1.2.).

### **2.1.1.1. Une volonté récurrente de réformes**

Depuis l'apparition d'une fonction administrative publique au cours du XVIIIème siècle, la question de sa modernisation est régulièrement posée. Le changement organisationnel appliqué aux organisations publiques afin de les réformer ou les moderniser n'est pas un sujet récent (Chominenne, 2001). Ces organisations ont toujours été considérées que ce soit en France ou dans d'autres pays comme insuffisamment performantes. Aux Etats-Unis, par exemple depuis le début du XXème siècle, tous les politiciens ont critiqué les organisations publiques (Kohltoff, Huberts, Van Den Heulen, 2007). Les premières initiatives de modernisation du secteur public remontent en France à la fin des années 60. En 1968, le ministre de l'Économie et des Finances (Philippe Huet) met en place une commission dont les objectifs sont de rationaliser les choix budgétaires d'une part et de mettre en place des méthodes de contrôle des résultats de l'action administrative d'autre part. Cette première tentative connue sous le nom de Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) s'est poursuivie jusqu'au début des années 80. Mais du fait de sa « lourdeur et d'une insuffisance d'informations économiques et statistiques nécessaires à l'éclairage des choix » (Bartoli, 2004), la RCB est abandonnée officiellement en 1984.

Néanmoins au cours des années quatre-vingt la modernisation du secteur public n'est pas délaissée en dépit de l'échec de la RCB. Ainsi, en 1982, par les lois de décentralisation, le gouvernement français concède aux régions des prérogatives et un budget propre (Minvielle, 2006). De même, en 1989, le gouvernement de Michel Rocard tente de moderniser les services publics par la circulaire sur le « renouveau du service public ». Il s'agit d'introduire :

- Une évaluation décentralisée des politiques publiques
- Une politique de développement des responsabilités
- Une gestion plus dynamique des personnels

Les effets de cette circulaire restent ambigus. Néanmoins elle permet de briser un tabou : l'introduction de concepts managériaux issus de la sphère privée (Bartoli, 2004).

Au cours des années suivantes, le gouvernement Juppé poursuit cet effort de modernisation des organisations publiques avec notamment la circulaire sur la réforme de l'État de 1995. Son objet est de créer de nouvelles relations contractuelles entre l'administration centrale et les différents services publics d'une part (Minvielle, 2006) et une relation renouvelée entre les organisations publiques et les citoyens d'autre part (Bartoli, 2004). La loi organique relative aux lois de finance promulguée le premier août 2001 et rentrée en application le premier janvier 2005, constitue le dernier tournant majeur dans la modernisation des services publics. Sa caractéristique majeure est d'intégrer à une logique politique une logique économique. La

loi tente ainsi d'imposer davantage de transparence dans le dispositif financier public et par conséquent une meilleure lisibilité des budgets et des comptes de l'Etat. Le pouvoir d'initiative parlementaire en matière financière se trouve également accru car il peut modifier, dans certaines limites, les objectifs proposés par le gouvernement. En outre, cette loi institutionnalise le contrôle de gestion et fait de la performance un critère essentiel de bonne gestion. Elle introduit par ailleurs une liberté d'action, une responsabilisation des acteurs, assortie d'un contrôle a posteriori de leur action.

### **2.1.1.2. Le NPM, des principes généraux et des applications différenciées**

Dans quelle mesure et sous quelles formes, les principes du New Public Management (NPM) ont été diffusés dans les services publics français ? Minvielle (2006) identifie un tournant majeur, qui marque selon lui le développement d'un NPM à la française. Il s'agit de la réforme de l'État de 1995. Avant néanmoins de préciser cette notion de NPM à la française, il convient de définir le NPM. Il s'agit d'un modèle de management des organisations publiques inspirées des réformes de l'État survenues dans certains pays anglo-saxons comme le Royaume-Uni ou la Nouvelle-Zélande (Bartoli, 2004). Deux auteurs (Politt, 1993 et Walsh, 1995) ont défini au cours des années quatre-vingt-dix les quatre principes de base du NPM.

Le premier principe défini par Politt (1993) est le « managérialisme », c'est-à-dire une attention particulière portée sur les notions de productivité, d'efficience et de contrôle qui se traduisent par :

- Des améliorations continues de l'efficacité
- L'utilisation de technologies toujours plus sophistiquées
- Une force de travail sensibilisée aux enjeux de l'amélioration de la productivité
- Une mise en œuvre claire des pratiques de management
- Un renforcement de la légitimité du rôle des managers

Le second principe défini par Walsh (1995) est la délégation, c'est-à-dire le fait de privilégier le contrôle indirect d'une autorité plutôt que son contrôle direct. Le centre stratégique se doit dans cette optique de créer des processus de management qui lui permettent d'atteindre ses propres objectifs en mobilisant les incitations et les valeurs partagées appropriées (Kohltoff, Huberts, Van Den Heulen, 2007).

Ce second principe se caractérise par :

- Une amélioration continue de la qualité
- Une volonté affichée de délégation des tâches

- Des systèmes d'information appropriés
- Un développement de la contractualisation et des marchés
- Une mesure de la performance
- Une volonté de développer les audits et les inspections

Compte tenu de ces deux grands principes, le NPM semble reposer sur la prise en compte du marché (ou du moins des quasi-marchés) ainsi que sur des démarches de privatisation ou d'externalisation d'une partie des activités du secteur public ainsi que par la création d'agences ou d'établissements autonomes (Bartoli, 2004). Selon Minvielle (2006) ces grands axes sont présents dans les réformes récentes du service public français, notamment au travers des réformes de 1995. Néanmoins, au-delà de grands traits communs à toutes les politiques inspirées par le NPM, des différences de conception sont perceptibles. C'est ce que Politt et Boukaert (2000) nomment les trajectoires individuelles du NPM. Comment alors caractériser le NPM à la française ? Le NPM à la française se caractérise par l'utilisation des nouvelles pratiques du NPM pour adapter le schéma institutionnel afin d'éliminer les obstacles à l'action (Minvielle, 2006). Le NPM à la française peut donc être considéré comme un moyen pour éliminer des freins organisationnels spécifiques aux organisations publiques françaises, via des réformes institutionnelles.

Cette définition induit deux remarques importantes :

- Les organisations publiques ont développé des freins aux changements spécifiques qu'il est nécessaire d'identifier pour pouvoir comprendre le processus de transformation du système de pilotage.
- Le rôle des institutions est un facteur important pour pouvoir expliquer et caractériser la transformation du système de pilotage des organisations publiques

Ces transformations majeures à l'œuvre ne vont cependant pas de soi. Les échecs des transformations antérieures montrent que réformer le secteur public notamment au niveau de son pilotage est une tâche aux perspectives de réussite incertaines. Cette volonté de changement du secteur public, souvent en deçà des effets escomptés, se retrouve-t-elle également au niveau des hôpitaux publics ? La section suivante apporte des éléments de réponse.

## **2.1.2. Les déterminants de la transformation du système de pilotage hospitalier**

Compte tenu de ses activités et missions, l'hôpital est une organisation dont la gestion est particulière. Il importe donc de comprendre en quoi son pilotage est spécifique (2.1.1.1). Par ailleurs, l'hôpital public est confronté actuellement à des problèmes majeurs. Piloter ce type d'organisation suppose ainsi de tenir compte de ses difficultés actuelles. C'est pourquoi le second paragraphe de cette section est consacré aux problèmes de gestion de l'hôpital et ainsi qu'aux réformes censées y remédier (2.1.1.2.). Enfin, le troisième paragraphe (2.1.1.3.) apporte des éléments pour comprendre la logique de transformation du SPH.

### **2.1.1.1. Le pilotage des établissements de santé : caractéristiques et contraintes**

Appréhender le pilotage des établissements de santé suppose de considérer tout d'abord le contexte dans lequel évolue l'hôpital public (2.1.1.1.1.). Cela implique également l'identification des caractéristiques de la structure hospitalière elle-même (2.1.1.1.2.). S'intéresser au pilotage hospitalier suppose enfin de définir son objet, c'est-à-dire la notion de performance appliquée aux à ses particularités (2.1.1.1.3.).

#### **2.1.1.1.1. L'influence déterminante des tutelles sur le pilotage des établissements hospitaliers**

Le pilotage de la performance au niveau des entreprises publiques s'articule autour d'un schéma de gestion et de la notion de centre de responsabilité. Un pilotage par les processus est de même envisageable. Les rôles joués par la tutelle constituent une question majeure du pilotage des entreprises publiques (Demeestère, 2005). Répondre à cette question suppose d'identifier:

- L'articulation des responsabilités et des pouvoirs de décision entre l'entreprise publique et sa tutelle
- Les exigences demandées par la tutelle à l'organisation
- Les explications à ces exigences

L'hôpital public subit un fort contrôle externe de la part de sa tutelle : cette dernière dispose en effet de moyens théoriquement suffisants pour pouvoir influencer sur le système hospitalier (Tonneau, Moisson, 1996). Aussi, cette dernière est susceptible d'influer sur le pilotage hospitalier.

Depuis l'ordonnance d'avril 1996, un interlocuteur unique fait la liaison entre le ministère et

les hôpitaux : il s'agit des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Leur mission consiste à maîtriser les coûts de fonctionnement du système de santé par le biais des restructurations et de l'allocation des ressources (Minvielle, 2006). Leur responsabilité de gestion est donc comparable à celle du ministère (Molinié, 2005).

#### **2.1.1.1.2. Une bureaucratie professionnelle complexe**

L'hôpital possède également une structure spécifique. En tant que bureaucratie professionnelle (Minzberg, 1982), il se caractérise d'une part par une absence d'un service des méthodes dont l'objet est de calibrer et définir les tâches et d'autre part par une absence de spécification de la relation entre l'activité et les ressources. De ce fait l'activité hospitalière est marquée par une forte imprévisibilité et les moyens pour la réaliser restent difficiles à évaluer (Tonneau, Moisson, 1996). Le cœur de cette activité hospitalière est réalisé dans les unités de soin, c'est-à-dire les services cliniques, car ils représentent « le lieu principal de l'interface de l'hôpital avec le patient en termes de production de soins, d'information, de coût et de prestation de service » (Hémidy, 1996).

L'hôpital est également une organisation complexe du fait des processus de prise en charge des patients (Minvielle, 1996). Ils sont en effet caractérisés par une forte incertitude dans leur déroulement. En fonction des caractéristiques propres aux patients, le déroulement de la prise en charge va correspondre à une combinaison d'activités spécifiques. À un patient peut correspondre un processus inédit. Les processus se déroulent sans ordre de passage préétabli ni véritablement d'étapes prédéterminées. Les processus de prise en charge sont aussi très diversifiés du fait des caractéristiques cliniques et sociales des patients. Le plan d'action conçu initialement peut être à tout moment revu. Ce qui aboutit à une très grande variabilité d'un patient à l'autre. Enfin, puisque la seule mesure de performance mesurée en routine est la durée de séjour, les actions menées en termes de gestion se fondent principalement sur cet indicateur. Ainsi, un hôpital performant est un hôpital dont la durée de séjour moyen tend à baisser, même si l'hôpital est incapable d'identifier les causes de cette baisse. Néanmoins, elle conduit à accroître le nombre d'admissions dans le temps, puisque le temps consacré en moyenne par patient diminue. Cette intensification dans la réalisation des actes tend ainsi également à complexifier le processus de prise en charge, puisqu'elle induit des contraintes supplémentaires au niveau de la gestion des actes.

Ainsi, du fait de cette complexité du processus de prise en charge, la gestion des hôpitaux est amenée à considérer les prises en charges dans tout ce qui fait leurs spécificités les unes par rapport aux autres. L'hôpital prend par conséquent en compte la singularité de chaque cas. Parallèlement, il est confronté à la gestion d'un nombre de prestations toujours plus

important. Cette organisation est donc également amenée à traiter à grande échelle l'ensemble des processus pour assurer leur déroulement dans des délais raisonnables. Rationaliser l'activité hospitalière revient donc à tenter de concilier à la fois la singularité de chaque cas traité et une « production de masse », c'est-à-dire de maîtriser une « singularité à grande échelle » (Minvielle, 1996).

### **2.1.1.1.3. La performance hospitalière**

Dans ce contexte, comment appréhender la notion de performance hospitalière ? Être performant pour une organisation signifie remplir sa mission en gérant au mieux ses ressources (Demeestère, 2005). Au sein des organisations publiques, ce sont des activités essentiellement non-marchandes qui sont réalisées. C'est pourquoi, le pilotage de leur performance suppose d'aller au-delà des considérations d'efficacité et d'efficience. Des dimensions supplémentaires méritent en effet d'être prises en considération comme la pertinence des objectifs et l'impact des politiques sur l'extérieur (Grandjean et al. , 1998).

Selon Mollard (2006), l'origine des spécificités de la performance des organisations publiques tient du fait que la performance est principalement axée sur l'intégration d'orientations confiées à l'organisation par un organisme de tutelle. Ainsi, la performance pour une organisation publique se situe au carrefour de trois notions (Demeestère, 2005) :

- Mise en œuvre des orientations confiées à l'organisation par ses tutelles (ses instances politiques)
- Apport de valeur aux « clients », aux usagers ou plus généralement à ses interlocuteurs
- Maîtrise des ressources qui lui ont été confiées ou qu'elle a réunis pour accomplir sa mission

En tant qu'organisation publique, la performance hospitalière suit ce schéma, mais elle admet encore quelques spécificités supplémentaires.

Le modèle développé par Sicotte, Champagne et al. (1998) appréhende la performance hospitalière dans une dimension large et systémique. Quatre fonctions fondamentales sont distinguées par ces auteurs :

- L'atteinte des buts : l'hôpital suppose être capable de participer à « l'amélioration de l'état de santé de la population (dimension d'efficacité sanitaire) tout en satisfaisant les attentes des différents groupes d'intérêt »
- L'adaptation : l'hôpital doit être capable à moyen terme de se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités, et à plus long terme à se transformer pour s'adapter aux changements technologiques, à ceux de la population qu'il sert, ainsi qu'aux changements politiques et sociaux.

- La production : il s'agit du noyau technique de l'organisation. C'est à ce niveau que l'on retrouve la majorité des indicateurs qui sont généralement utilisées pour mesurer la performance des établissements de santé (volume des services produits, productivité, efficacité technique, qualité des soins, mais aussi coordination interservices).
- Le maintien des valeurs : les valeurs construisent la représentation de l'action commune partagée par les différents groupes de professionnels et assurent la cohésion au sein de l'organisation autour de ses missions ou objectifs.

Parallèlement, Ravelo de Tovar et Guidt (2006) définissent la performance hospitalière comme « l'adéquation entre la pathologie et les soins donnés et reçus (efficacité), la satisfaction du patient (satisfaction client) et l'utilisation adaptée des moyens (efficacité) en termes de personnels et d'équipement.

De ces deux définitions, trois paramètres essentiels semblent caractériser la performance hospitalière :

- Efficacité sanitaire
- Efficacités clinique et financière
- Capacité à se projeter dans l'avenir.

La performance hospitalière peut ainsi être appréhendée par la capacité des hôpitaux à formuler leur stratégie. Garcia et De Val Prado (2003) montrent d'ailleurs dans une étude empirique que les hôpitaux les plus performants sont ceux qui ont su adopter un comportement stratégique, c'est-à-dire à développer la capacité à se projeter dans l'avenir.

Passer de la performance au pilotage suppose de savoir comment les ressources nécessaires pour un type d'action médicale (préventive, diagnostique ou thérapeutique) peuvent être utilisées de manière optimale ou si ces mêmes ressources seraient mieux employées compte tenu du critère d'efficacité. La construction d'un système de pilotage doit dès lors être assujettie à cette interrogation de principe (Ravelo de Tovar et Guidt, 2006). Or cette construction suppose de s'interroger sur les outils de gestion à développer dans le contexte des hôpitaux. Comme n'importe quel service public, une adaptation s'avère nécessaire, et ce pour deux raisons (Mollard, 2006) :

- L'activité est principalement de service alors que les outils du contrôle de gestion ont été initialement mis en place pour les activités industrielles
- Les méthodes utilisées par le contrôle de gestion sont à adapter pour prendre en compte les missions d'intérêt général, le principe d'égalité d'accès au service public et de règles de gestion spécifiques comme par exemple le statut des fonctionnaires ou le code des marchés publics.

La problématique du développement des outils de gestion dans le contexte hospitalier est en outre d'actualité car les problèmes actuels de ces organisations incitent les tutelles à opérer des changements majeurs dans leur financement et leur organisation. Dans ce contexte, le système de pilotage à développer suppose à la fois d'être :

- Le reflet des nouvelles préoccupations des hôpitaux
- Pertinent pour les établissements de santé

Les problèmes auxquels font face les hôpitaux sont en effet conséquents et la transformation de leur système de pilotage doit être en mesure d'y répondre. La section suivante a pour objet de présenter ces différents problèmes. .

### **2.1.1.2. Les hôpitaux publics, des organisations confrontées à des problèmes majeurs**

Les hôpitaux sont confrontés actuellement à des problèmes majeurs qui touchent aussi bien leur environnement (2.1.1.2.1.) que leur structure interne (2.1.1.2.2.). Il s'agit d'autant de défis que leur système de pilotage est supposé intégrer.

#### **2.1.1.2.1. Les principaux problèmes externes**

Deux défis majeurs provenant de leur environnement peuvent être identifiés : une demande amenée à croître sensiblement dans les années à venir et des ressources qui sont de plus en plus restreintes.

##### **- Une demande de soin qui va s'accroître en qualité et en quantité**

Le développement des connaissances médicales des patients conduit également à des bouleversements dans les pratiques et les modes de gestion. Le patient demande en effet de plus en plus à être soigné « à la carte ». Avec la montée du consumérisme, le patient se comporte ainsi de plus en plus comme un client et de moins en moins comme un usager (Cauvin, 1997). Cette exigence de qualité accrue des patients se traduit au niveau des services par une complexification de leur prise en charge. Mais la demande de soin ne croît pas seulement en termes qualitatifs mais aussi en volume, au fur et à mesure du vieillissement des générations du « baby boom » (Couanau, 2003).

##### **- Un contexte général de pénurie financière**

Les dépenses de santé n'ont cessé de croître dans le PIB depuis une quarantaine d'années. Alors qu'elles en représentaient 4,2 % en 1960, elles sont supérieures à 10 % depuis 1997 (Nobre, Biron, 2002). La France est aujourd'hui le pays qui dépense le plus pour sa santé après les Etats-Unis (Minvielle, 2006). Parallèlement à cette part croissante des dépenses dans

le PIB, les hôpitaux publics sont dans une situation financière de plus en plus préoccupante (Couanau, 2003). Le faible taux de croissance du PIB français, le déficit important des comptes sociaux ainsi que les contraintes imposées depuis le traité de Maastricht sur les finances publiques réduisent d'autant les marges de manœuvre de l'État (Romeyer, 2002).

Les problèmes qui touchent les hôpitaux publics ne se limitent pas à ceux issus de son environnement. L'hôpital public connaît également des problèmes organisationnels de gestion de ses ressources humaines.

#### **2.1.1.2.2. Les principaux problèmes internes**

Le management interne des hôpitaux est aussi confronté à trois problèmes issus de sa structure : des investissements de plus en plus conséquents, une organisation cloisonnée et des personnels sous tension.

##### **- La nécessité d'investissements toujours plus onéreux**

Pour Cauvin (1997), les hôpitaux sont en train de faire leur révolution industrielle : d'un stade artisanal du métier, est en train d'émerger un traitement des patients par une équipe et non plus par des praticiens autonomes. Ce nouveau mode de prise en charge suppose des investissements importants et un changement radical des modes de prise en charge.

Le développement des techniques d'investigation (imagerie ou analyses biologiques) d'une part et des moyens de communication d'autre part conduisent aussi à l'accroissement des investissements dans les techniques de pointe (Couanau, 2003).

##### **- Des services cloisonnés**

Comme beaucoup d'organisations publiques, les services hospitaliers sont fortement cloisonnés (Bartoli, 2004). Ce cloisonnement se manifeste notamment entre les services administratifs et les unités de soin par des tensions entre les différents corps de métier (personnels administratifs versus personnels soignants et médicaux). Les changements organisationnels et notamment l'application des principes du NPM conduisent très souvent à accentuer au moins temporairement ces tensions (Cheugn, 2002). Il existe aussi un cloisonnement entre services de même nature. Selon Romeyer (2002), chaque unité de soin a sa « propre vie », sa façon de travailler. Ainsi peuvent se créer des rites propres au service considéré. Chaque corps de métier possède en outre sa propre manière de travailler, ses propres systèmes de référence et ses propres centres d'intérêt. Cette situation tend même à se renforcer. Puisque chacun des services est amené à se spécialiser, à exercer un travail de plus en plus spécifique (Cauvin, 1997), des « chapelles » se créent et se développe un processus de « balkanisation » des services, chacun d'entre eux devenant comparable à une citadelle (Couanau, 2003). Ce cloisonnement croissant des services renvoie à un problème majeur des

organisations : la difficulté du « faire ensemble », la convergence des intérêts particulier vers l'intérêt général de l'organisation (Claveranne, 2003).

- **Des personnels sous tension**

Les hôpitaux comme les autres secteurs de la santé font face à une pénurie profonde de personnels. Ainsi, le nombre d'internes a chuté de 54% depuis 1984. Parallèlement à une intensification des tâches due à l'augmentation du volume des actes et aux exigences nouvelles des patients, le mécontentement des personnels dépasse les logiques classiques de mécontentement (Claveranne, 2003). Les moyens étant limités, les personnels sont contraints de réaliser un volume de travail de plus en plus important avec les mêmes moyens. Les personnels soignants sont de plus en plus sollicités pour diverses tâches exigées par les tutelles afin de respecter des normes toujours plus rigoureuses tels que la sécurité sanitaire (Couanau, 2003).

Par ailleurs, le passage aux 35 heures hebdomadaires dans les hôpitaux supposait une réorganisation importante des services et par conséquent le développement d'outils de pilotage idoines (Nobre, 2002). In fine, de tels outils n'ont pas vu le jour et le passage aux 35 heures a induit des problèmes d'organisation liés à l'aménagement de la réduction du temps de travail et au recours systématique à l'intérim médical et infirmier (Couanau, 2003).

Cette situation complexe et problématique ainsi que les spécificités de l'hôpital ont conduit le législateur à mettre sur pied un certain nombre de réformes dont les plus récentes reprennent la préconisation phare du rapport Couanau (2003) : concéder aux hôpitaux plus d'autonomie de gestion.

### **2.1.1.3. Conséquence : une volonté affirmée des tutelles de transformer la gestion des hôpitaux**

Cette section débute par un bref rappel historique. (2.1.1.3.1.). Son objectif est double : de rendre compte des évolutions passées et montrer en quoi les changements survenus depuis les années 90 marquent un tournant dans l'histoire de la gestion des hôpitaux publics. Ensuite, ce sont les réformes en cours qui sont exposées (2.1.3.1.2.). Enfin, c'est la nature de ces réformes qui est discutée : correspondent-elles en effet aux principes défendus par le NPM (2.1.3.1.3.) ?

#### **2.1.1.3.1. Les grandes étapes des changements opérés dans la gestion des hôpitaux**

Selon Nobre (2004), nous pouvons distinguer quatre grandes étapes dans l'histoire des hôpitaux depuis la dernière guerre.

##### **- 1945-1970 : croissance**

Après la fin de la seconde guerre mondiale, la France affiche un très net retard de développement en matière d'équipement sanitaire et social. En outre, les indicateurs de santé publique sont défavorables. L'unique solution envisagée est alors l'intervention de la puissance publique, ce qui est favorisé par le contexte économique et social, à savoir les trente glorieuses. Aucun aspect budgétaire n'est alors pris en considération dans les lois Debré de 1958.

##### **- 1970-1983 : planification**

Soucieux de réguler l'offre hospitalière sur le territoire français, la loi de 1970 va instaurer une carte sanitaire. De plus, une politique de planification est instaurée en même temps que le développement de la Rationalisation de Choix Budgétaires (RCB). Il s'agit d'une recherche méthodique, utilisant toutes les techniques disponibles d'analyse et de calcul, de prévision, d'organisation et de gestion, visant à la concrétisation efficace d'une politique de gestion rigoureuse des enveloppes budgétaires.

##### **- 1983-1991 : restrictions**

Malgré la mise en place de la RCB, les techniques de financement posent problème car elles sont encore effectuées « *a posteriori* ». Par le décret de 11 août 1983, un nouveau mode de financement est mis en place : la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF). Celle-ci a un caractère forfaitaire et couvre la totalité des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et non couvertes par des recettes annexes. Dès lors, l'évaluation globale se fait « *a priori* », grâce au développement de la comptabilité analytique et à la mise en place de centres de responsabilités au sein de l'hôpital, dont l'objet est de favoriser le développement de la gestion budgétaire.

### - **Depuis 1991 : nouvelle gestion publique**

La « nouvelle gestion publique », instaurée par le gouvernement de M. Rocard, se caractérise par un accroissement de l'autonomie des entités productives et une intensification du contrôle indirect. La réforme hospitalière opérée par la loi du 31 juillet 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996 appliquent ces préceptes aux établissements publics de santé en leur conférant une plus large autonomie de gestion. Des procédures de contractualisation sont ainsi encouragées. Les contrats peuvent prévoir « les objectifs, les moyens, les indicateurs de suivi et les modalités d'intéressement » (Vidal, 2001).

En 1996 sont aussi créées les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), qui ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements publics et privés et de déterminer leurs ressources. Enfin, des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) entre établissements hospitaliers et ARH sont noués afin de définir le projet d'établissement et son financement sur une période de trois à cinq ans.

#### **2.1.1.3.2. Le plan hôpital 2007, un tournant majeur dans le management hospitalier**

Suite notamment au rapport Couanau (2003) et dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale est lancé le plan « Hôpital 2007 ». Son objectif est de redonner « ambition et espoir » au monde hospitalier. Ce plan s'organise autour de quatre grandes priorités (Molinié, 2005) :

- Une plus grande autonomie de gestion pour les établissements
- La rénovation des modes de financement
- L'assouplissement des règles de planification sanitaire
- Un soutien volontariste à l'investissement

Les deux premiers volets de ce plan ont des impacts directs sur le système de pilotage hospitalier. C'est pourquoi, nous détaillerons uniquement ces deux premiers points.

#### **- Une plus grande autonomie de gestion**

Bâtie sur le principe des centres de responsabilité, une plus grande autonomie de gestion est décidée pour encourager les établissements de santé à développer des projets de service appelés à faire l'objet d'un contrat entre ses instigateurs et l'autorité hiérarchique (Clément et Lhuil, 2003). Il s'agit par conséquent d'un approfondissement des procédures de contractualisation initiées par la loi du 31 juillet 1991. Cette autonomie renforcée des établissements leur permet également de s'organiser eux-mêmes en fonction de leurs impératifs de gestion. C'est dans cette perspective que l'ordonnance du 2 mai 2005 instaure les pôles d'activité, qui obéissent à une logique de simplification et de déconcentration de la

gestion (Molinié, 2005). Cette nouvelle manière de gérer les structures hospitalières renforce le pouvoir de décision des médecins, puisque les pôles constitués ont à leur tête un médecin. Ce nouveau mode gestion, avec des responsabilités de direction plus partagées est aussi qualifié de « nouvelle gouvernance » (Coudray et Barthès, 2006).

#### - **La rénovation des modes de financement**

Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », le gouvernement met aussi en œuvre une modification du financement des établissements par l'application d'une nouvelle tarification : la tarification à l'activité (ou T2A). Elle est définie par l'article L 122-22-6 du code de la sécurité sociale votée dans la loi de financement de la sécurité sociale. Son objectif est de faire décroître progressivement la part allouée forfaitairement aux établissements sous dotation globale, c'est-à-dire la part de financement grâce à une enveloppe budgétaire qui évolue en fonction d'un taux directeur indépendant de l'activité des hôpitaux. La part financée par la T2A évolue au cours du temps. Cette part devait passer de 50% en 2008 à 100% en 2012 et la transition se fait en 3 étapes successives (Mission T2A, juin 2003) :

- 2004 : Modulation des budgets en prenant en compte l'activité mesurée par le PMSI.
- 2005 : Valorisation par les ARH aux tarifs nationaux des consultations et actes externes, ainsi que la consommation de médicaments et de dispositifs médicaux.
- 2006 : Facturation directe réalisée par les ES à l'assurance maladie sans passer par les ARH.

Néanmoins, ce passage progressif a été hâté par le gouvernement et le financement des hôpitaux est passé à 100% par la T2A dès 2008. En conséquence avec la T2A, c'est l'activité qui détermine les recettes. Ce changement majeur suppose le développement d'outils de pilotage adéquats et d'un système d'information hospitalier capable de produire les données nécessaires au pilotage (Gouteyron, 2003). Son champ d'application concerne par ailleurs uniquement le secteur MCO, c'est-à-dire les hôpitaux qui sont en charge des séjours de courte durée ainsi que l'odontologie.

### - **Au-delà du plan hôpital 2007, le plan hôpital 2012**

Faisant suite au plan hôpital 2007, le plan hôpital 2012 est présenté comme son prolongement (MainH, 2008). Il comporte trois objectifs : achever les mises aux normes des établissements, poursuivre la mise en œuvre des schémas d'Organisation Sanitaire (SROS) et mettre à niveau le système d'information hospitalier

#### **2.1.1.3.3. Les réformes du secteur hospitalier, une volonté d'appliquer les principes du NPM ?**

Le changement du mode de financement constitue un tournant important dans la gestion des hôpitaux , puisque leurs recettes sont à présent de leur seul ressort. Est-ce que pour autant les changements à l'œuvre peuvent s'apparenter à une application des principes du NPM aux structures hospitalières françaises ?

Minvielle (2006) analyse l'instauration des Agences Régionales d'Hospitalisation comme une volonté affirmée d'appliquer les principes du NPM aux hôpitaux. En dépit de certaines spécificités, comme le souhait d'adapter le schéma institutionnel afin d'éliminer les obstacles au changement, à partir de l'ordonnance de 1996, le système hospitalier français tourne progressivement la page de l'époque où il était administré.

Le plan hôpital 2007, par les réformes de financement des hôpitaux (T2A) et par une volonté affichée de déconcentrer les pouvoirs (nouvelle gouvernance) s'apparente, lui aussi à l'approfondissement de l'application des principes du NPM aux hôpitaux. En effet, le premier principe défini par Politt (1993) est le « managérialisme », c'est-à-dire une attention particulière portée sur les notions de productivité, d'efficacité et de contrôle. Avec la T2A, puisque les établissements sont à terme responsables de leurs recettes, leur objectif n'est plus de gérer au mieux une enveloppe préétablie, comme le ferait un centre de coût discrétionnaire mais veiller à ne pas être déficitaire, c'est-à-dire accroître le contrôle de leurs coûts et porter une attention particulière à l'efficacité de leurs processus.

Le second principe défini par Walsh (1995) est la délégation, c'est-à-dire le fait de privilégier le contrôle indirect d'une autorité plutôt que son contrôle direct. La nouvelle gouvernance, en déléguant une partie des pouvoirs de décision de la direction générale vers les pôles d'activité, obéit à ce second principe, puisqu'elle privilégie le contrôle indirect, à l'instar des ARH vis-à-vis des hôpitaux.

Les tutelles semblent ainsi vouloir appliquer à l'hôpital public les préceptes du NPM, mais avec l'intention d'adapter le cadre institutionnel afin de passer outre les facteurs de résistance au changement (Minvielle, 2006). Cet objectif est spécifique au cas français, c'est pourquoi

cet auteur parle de « NPM à la française ». Néanmoins, l'état d'avancement de cette entreprise reste problématique. Ainsi, même si le plan Hôpital 2007 a permis certaines avancées, son bilan est encore difficile à évaluer (Marcon, Guinet, Tahon, 2008). La littérature sur le sujet semble même indiquer qu'en dépit des réformes, les établissements n'ont pas développé les outils de pilotage qui leur permettraient de donner vie aux principes du NPM. Bonafini (2003) évoque ainsi une « sédimentation de réformes » dont les effets restent limités. Cet auteur constate notamment que « l'organisation hospitalière n'a pas « secrété » son instrumentation de gestion interne ». Le constat dressé par Cauvin et Coyaud (1990) est par conséquent resté d'actualité: « les dirigeants hospitaliers sont incités à développer davantage leur influence politique et leurs qualités de négociation que leur expertise managériale ». De même Couanau (2003) constate que globalement les réformes hospitalières ont du mal à se concrétiser dans les établissements : il parle même de « décrochage » entre les injonctions ministérielles et les pratiques de terrain. Est-ce que cette situation perdure au moment où ces lignes sont écrites ou au contraire, la situation s'est améliorée. Il est difficile de le savoir uniquement par l'analyse de la littérature. Le peu de données sur la situation actuelle du SPH suppose ainsi de faire son état des lieux.

Ainsi, outre le fait que les spécificités hospitalières méritent d'être prises en compte (notamment la notion de performance hospitalière) pour appréhender les outils de pilotage à mobiliser pour son management, cette organisation souffre actuellement de problèmes majeurs. Par ailleurs, l'état actuel du SPH est difficile à approcher. La logique de génération des outils de pilotage ainsi que leur nature peuvent néanmoins être caractérisées. Il s'agit de l'objet du paragraphe suivant.

### ***2.1.3. La transformation du système de pilotage de la performance hospitalière, une double logique de génération***

Pour Nobre (2004) le processus actuel de transformation du SPH est animé par deux logiques. La première est de nature institutionnelle et cet auteur l'appelle introduction par catalyse réglementaire (2.1.2.1.). La seconde est du seul fait des hôpitaux et cet auteur la qualifie d'implémentation spontanée avec une diffusion par capillarité (2.1.2.2.).

#### **2.1.3.1. Les outils introduits par catalyse réglementaire**

Le plan hôpital 2007, et plus généralement la période qui débute au milieu des années 90 peut être assimilé à une nouvelle période de rationalisation des modes hospitaliers de fonctionnement. Les autorités de tutelle cherchent en effet à exploiter le plus efficacement possible l'ensemble des ressources allouées. Plus généralement le processus décrit à partir des travaux de Bonafini (2003) peut être vu comme un long processus de rationalisations successives qui s'accompagnent de vagues d'outils de gestion nouveaux (David, 1998).

Le ministère de tutelle a par conséquent accompagné ses différentes réformes d'outils de pilotage pour les hôpitaux. Nobre (2004) identifie trois outils majeurs introduits par les tutelles : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), la Base Nationale des Coûts et le Guide de Méthodologie de Comptabilité Analytique Hospitalière. Chronologiquement, c'est le PMSI qui est introduit le premier, puisque son implémentation débute fin 1982. Néanmoins, son utilisation effective ne commence qu'en 1997 (Moison, 2000). Son implémentation est guidée par une volonté de la direction des hôpitaux de fournir aux acteurs du système de santé un système d'information fiable. Ses fondements prennent appui sur des travaux américains dont l'objectif est de caractériser le produit hospitalier. L'idée fondamentale de ces travaux est de mettre en avant la notion de Groupe Homogène de Malades (GHM) afin de standardiser les produits et prestations hospitaliers (Fetter, Rubin et Babkin, 1984). C'est dans cette optique que la direction des hôpitaux décide de lancer ce projet visant à instaurer ce système d'information censé être homogène d'un hôpital à l'autre et se rapprocher du langage médical (Moison, 2000). Le PMSI a deux fonctions distinctes. La première est de pouvoir évaluer l'activité hospitalière, d'en suivre l'évolution, de rendre disponible cette information au sein de l'hôpital et pour la tutelle de médicaliser l'information hospitalière en intégrant les pathologies et leur traitement. La seconde est une fonction de régulation financière. Le rôle du PMSI est renforcé à partir de 1997 puisqu'il est alors utilisé pour l'attribution des ressources financières en fonction de l'activité médicale (Nobre, 2006).

Pour déterminer les tarifs correspondants, une Étude Nationale des Coûts est menée depuis 1992. Par la circulaire du 28 février 1992, un appel à candidature est lancé pour permettre de déterminer une base à la tarification réalisée par le PMSI. Une cinquantaine d'établissements pilotes sont choisis et renseignent le PMSI de leurs coûts par GHM. L'ENC est également susceptible d'être un moyen de pilotage interne pour ses participants, puisque les calculs par GHM supposent de mettre en place des outils de calculs des coûts selon des principes identiques pour tous les participants. La méthode de calcul adoptée par l'ENC est celle du coût complet avec section d'analyse. Mais étant donné la faiblesse générale des SIH, seulement environ 30% des coûts ont pu être identifiés comme directs (Halgand, 1998). Ce qui rend le principe de la méthode de calcul des coûts adoptée (i.e. le coût complet) discutable.

Le troisième outil identifié par Nobre (2004) est le guide de comptabilité analytique hospitalière, qui est paru au BO n° 97/2 bis. Son objectif est de valoriser les données du PMSI pour le pilotage interne (Vidal, 2001). Il est composé de trois tomes. Le premier décrit les modalités de retraitement comptable des charges. Le second traite du coût par activités. Le terme d'activité est assez ambigu, car le découpage que reprend le guide est en fait fonctionnel. Enfin le tome 3 traite du coût par séjour. Un quatrième tome devait traiter des coûts par centres de responsabilité mais pour l'instant, il n'a pas encore été édité.

Le plan hôpital 2007 a depuis enrichi ce système de pilotage par trois moyens supplémentaires à destination des établissements pour les aider à piloter leur structure. Il s'agit de la Mission nationale d'appui à l'investissement Hospitalier (MainH), de la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier (MeaH), et de l'Évaluation Prévisionnelle des Recettes et des Dépenses (EPRD).

La MainH est une mission dont l'objet est de faciliter l'utilisation des outils financiers et juridiques. Il s'agit d'un centre d'aide méthodologique grâce auquel les établissements peuvent échanger leurs différentes expériences.

Parallèlement à cette aide financière et juridique, la MeaH a pour objet d'apporter des réponses aux problèmes d'efficience et de qualité susceptibles de se poser aux hôpitaux. Elle consiste à proposer des outils de pilotage aux hôpitaux compte tenu de leurs problèmes spécifiques. Elle agit ainsi comme un cabinet de conseil (Marcon, Guinet et Tahon, 2008).

Hormis ces deux missions, qui proposent des outils adaptés au contexte hospitalier, un outil de pilotage est imposé à tous les établissements. Depuis début 2006, une procédure budgétaire et d'analyse financière est en effet venue compléter ce dispositif. Il s'agit de l'EPRD. La circulaire du 11 août 2006 précise intégralement ses différents aspects. Il s'agit d'une

procédure budgétaire glissante dont les échéanciers sont à fournir à l'ARH tous les quatre mois. La prévision des recettes réalisée par l'établissement sert de base pour l'allocation des moyens financiers pour l'établissement. L'EPRD mobilise aussi des instruments d'analyse financière qui viennent en complément des budgets prévisionnels. Ainsi, à partir des budgets et de l'activité prévisionnelle (par le biais des dépenses) sont constitués des bilans prévisionnels sur une période de cinq ans. Et ces bilans prévisionnels servent à déterminer la capacité d'autofinancement. Des flux de trésorerie prévisionnels doivent également être calculés grâce à la confrontation du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement issus tous deux des bilans prévisionnels.

### **2.1.3.2. Les outils introduits de manière spontanée et diffusés par capillarité**

Les outils de pilotage sont aussi l'œuvre de démarches isolées guidées par des considérations de politique interne aux établissements. Par conséquent au niveau des hôpitaux co-habitent une logique de génération des outils de type institutionnel et une logique qui dépend uniquement de la volonté des établissements. Ces outils se développent généralement en « tache d'huile » : tout d'abord l'outil envisagé est expérimenté dans un service qui s'est porté volontaire. Ensuite, si l'implémentation de cet outil de pilotage est réussie, alors il est diffusé progressivement dans toute l'organisation. Ce type de génération des outils de gestion en milieu hospitalier est appelé par Nobre (2004) « introduction de manière spontanée par capillarité ». Ce processus de changement est donc tout d'abord circonscrit à une partie de l'organisation et ensuite, s'il est concluant, il est élargi à l'ensemble de l'organisation.

Ce processus suppose des instigateurs, puisqu'il n'est pas imposé, mais agit par diffusion. Selon Nobre (2004), il s'agit des acteurs clé de l'organisation (directeurs d'établissement ou administratifs, voire des contrôleurs de gestion) qui recherchent un moyen de lier plus étroitement les outils de pilotage aux pratiques professionnelles. Hors du champ envisagé par les autorités de tutelles (ministère et ARH), les outils de pilotage qui sont le plus souvent envisagés viennent de la sphère privée. Le grand problème réside dans leur adaptabilité à un contexte qui peut être très différent.

La section 2.1.1 a montré que le contexte du pilotage hospitalier est très spécifique. Comment alors savoir quels outils de pilotage sont adaptables ? Répondre définitivement à cette question est impossible, néanmoins, certaines pistes peuvent être suivies. Un bref panorama des outils de pilotage pertinents qui peuvent être introduits de manière spontanée par capillarité peut d'ores et déjà être réalisé.

Ramsey (1994) préconise l'Activity Based Costing (ABC). Cette idée a été reprise par un

certain nombre d'auteurs tels que Nobre et Biron (2001) ou Garrot (1995). De même, le Balanced Scorecard constitue un candidat pertinent pour l'introduction d'outils de pilotage de manière spontanée par capillarité à l'hôpital (Nobre, 2003 et 2004 et Expert, 2006).

D'autres pratiques sont également envisageables comme le management par la qualité totale (Total Quality Management), comme le prouvent notamment Van Harten, Casparie et Fisscher (2002). Les outils transposables sont par conséquent très diversifiés.

Ce mode d'introduction suppose ainsi que les acteurs internes possèdent une marge d'appréciation managériale qui leur permet d'implémenter des outils complémentaires à ceux émanant des tutelles. Si ces dernières ne donnent pas un caractère obligatoire à l'implémentation des outils (ce fut le cas dans le cadre du guide de comptabilité analytique hospitalière de 1998), la logique de génération des outils propres aux établissements risque même de se substituer au moins en partie à celle voulue par les tutelles, du seul fait de l'influence des personnes clé de l'établissement. Néanmoins, cette double logique de génération ne rentre pas en conflit avec les grands objectifs assignés aux établissements concernant leur système de pilotage. Selon Couanau (2003), un tel système reste en effet à bâtir. C'est pourquoi, la tarification à l'activité n'est pas seulement un nouveau mode de financement : elle a aussi été pensée comme un moyen d'inciter les établissements hospitaliers à construire leur système de pilotage interne. En outre, l'implémentation d'outils de pilotage nouveaux ou les modifications apportées sur les outils existants doit conduire les établissements à non seulement construire un système de pilotage interne mais également à moderniser leur système d'information (Mission T2A, 2003). Le ministère semble en effet considérer que ces deux objectifs sont liés. Le plan Hôpital 2012 a d'ailleurs parmi ses trois objectifs la remise à niveau du SIH. La transformation du SPH semble par conséquent dépendante du SIH en vigueur dans les établissements. Ce lien au cœur de notre objet de recherche mérite donc toute notre attention. En suivant les conclusions du ministère dans son document de travail « Mission T2A », l'étude du SIH semble ainsi incontournable pour étudier la transformation du SPH. C'est pourquoi, la seconde partie de ce chapitre est consacrée non seulement au SIH mais également à ses liens avec le SPH (et donc avec ses transformations).

## **2.2. Le système d'information hospitalier et sa relation avec le système de pilotage hospitalier**

Aborder la relation entre SIH et SPH nous conduit à définir le SIH. C'est pourquoi, cette section commence par l'aborder (2.2.1.). En outre, il semble important de préciser les défis auxquels il doit, ainsi que la difficulté de ses relations avec le SPH (2.2.2.).

### ***2.2.1. Le système d'information hospitalier, un sous-système organisationnel peu intégré construit par sédimentation***

Le Système d'Information Hospitalier comme tout Système d'Information est de nature socio-technique. Il possède aussi des caractéristiques qui lui sont propres. Ce sont ces spécificités qui vont à présent être expliquées. Pour les comprendre, il convient de débiter par la présentation des missions du SIH (2.2.1.1.). Une fois ses missions identifiées, il semble important de savoir si le SIH les réalise sans difficultés. C'est dans cette optique, que la section suivante traite des problèmes actuels du SIH (2.2.1.2.). Enfin, à l'instar du chapitre premier, notre attention va être portée sur un compartiment particulier du SIH : le Système d'Information de Gestion Hospitalier (SIGH), qui est le compartiment du SIH en relation directe avec le SPH (2.2.1.3.).

#### **2.2.1.1. Les missions assignées au système d'information hospitalier**

Un Système d'Information Hospitalier (SIH) encore appelé Système d'Information de Santé (SIS) est un système d'information appliqué aux établissements de santé. Le SIH n'est pas un objet statique : il se construit par couches successives. Au départ ses préoccupations étaient purement administratives, mais, progressivement la production de soin, la communication et la gestion de la connaissance ont été prises en charge par le SIH.

En outre, ce dernier tend à suivre les évolutions de l'organisation dont il dépend. Il s'agit en effet d'un élément enchâssée dans une organisation en perpétuelle évolution : l'hôpital (Ponçon, 2000). Mais le SIH n'évolue pas uniquement en fonction de l'environnement immédiat de l'hôpital : il évolue aussi en fonction des sciences et techniques. Poussé par les évolutions techniques que la direction de l'établissement a décidées de suivre, ce système se transforme. De même, puisque la mission première d'un SI est de répondre aux besoins qui s'adressent à lui (Ponçon, 2000), il évolue également en fonction des besoins des utilisateurs.

Les modalités d'évolution du SIH ne sont pas pour autant le produit des hôpitaux en eux-

mêmes. En effet, même si leur rôle n'a pas cessé de croître au fil du temps, le développement des SIH a été en grande partie façonné par un certain nombre de circulaires ministérielles (Livre blanc - état de l'offre des SIH, 2005). Ainsi, à l'instar du SPH, l'environnement institutionnel façonne également le SIH.

Leur évolution contemporaine débute en 1966. À cette date, les tutelles commencent en effet à se soucier de l'organisation de ce sous-système organisationnel. C'est dans cette perspective que sont créées les Structures Régionales d'Information Hospitalière (SIRH) qui ont pour mission initiale de traiter les données des établissements. La circulaire d'octobre 1970 tente de moduler leur développement en y favorisant la création d'ateliers « inter hospitaliers » et leur transformation progressive en Centre Régional d'Informatique Hospitalière (CRIH). Cette situation renforce le poids des tutelles régionales et favorise la réécriture de certaines applications. Mais elle cristallise également certains problèmes comme celui du développement des disparités et de l'hétérogénéité entre les différents systèmes d'information hospitaliers.

La notion de SIH apparaît véritablement dans les textes à travers la circulaire du 18 novembre 1982. Constatant une « absence de définition claire aux différents niveaux de responsabilités des objectifs assignés à l'informatisation des établissements », cette circulaire a pour principal objectif de médicaliser d'avantage le SIH. Il y est défini comme « Le système d'information d'une organisation, constitué de l'ensemble des informations et de leurs règles de circulation nécessaires à l'accomplissement de ses missions. Le système de traitement de l'information est l'ensemble des ressources humaines et matérielles permettant de collecter, stocker, rechercher, traiter et diffuser l'information nécessaire à la gestion et à la prise de décision dans l'organisme. Le système informatique est le sous-ensemble des moyens informatiques du système de traitement de l'information ». Cette définition est très marquée par les apports des milieux industriels et commerciaux (Romeyer, 2002). Elle reprend en outre les quatre fonctions essentielles d'un système d'information : collecter, stocker, traiter et diffuser les informations énoncées notamment par Lebraty (2002).

Constatant néanmoins que l'informatique reste centrée sur les fonctions administratives, tout en remarquant que se développe une balkanisation des applications médicales (Livre blanc - état de l'offre des SIH, 2005), une nouvelle circulaire en novembre 1989 tente d'assurer une plus grande cohérence au niveau national en permettant aux établissements de choisir leurs applications informatiques afin qu'elles soient plus en phase avec leur stratégie. Parallèlement à ce changement majeur, suite à la circulaire du 6 janvier 1989, une dimension stratégique est intégrée à la définition de la circulaire du 18 novembre 1982. La définition officielle du SIH

devient alors l' « ensemble des informations, de leurs règles de circulation et du traitement nécessaire à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation, ainsi qu'à son processus de décision stratégique ». Le SIH, tout d'abord chargé de missions opérationnelles et gestionnaires se voit à présent confier des missions stratégiques. Son évolution ne diffère donc pas de celle qu'ont connue les systèmes d'information des entreprises. La circulaire d'avril 1991 vient préciser les procédures de concertation et de coordination entre les différents acteurs hospitaliers en instaurant un organisme dédié à ces tâches : le Centre de l'Informatique Hospitalière et de Santé (CIHS).

Constatant qu'en dépit de ces différentes circulaires, l'offre de produits informatiques ne s'est pas accrue et que la cohérence du SIH n'a pas pu être maintenue, la circulaire d'avril 1999 tente de faire évoluer cette situation en clarifiant les modalités d'interventions des Structures Régionales d'Information Hospitalières (SRIH). Elle préconise notamment la transformation de ces structures. Dédiés traditionnellement aux hôpitaux sous forme de Centres Régionaux Informatiques Hospitalières, ils sont incités à évoluer sous forme de structures juridiques autonomes de type Groupement d'intérêt public (GIP) afin de mieux répondre aux besoins d'autonomie des établissements hospitaliers.

Dans la continuité de cette circulaire, le Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information (GMSIH) est créé. En vertu de l'article L6113-10 du Code de la Santé Publique, il est chargé de coordonner les différents partenaires de santé afin de définir un langage commun et des techniques pour communiquer. C'est à cet effet qu'il est chargé d'harmoniser le système d'information des établissements de santé, de sensibiliser leurs dirigeants au rôle du système d'information dans leurs stratégies et d'accompagner les établissements de santé dans la conduite du changement. Pour mener à bien ses missions, le GMSIH est amené à réaliser des projets d'étude à l'issue desquels, il édite notamment des guides méthodologiques.

À l'aune de ce bref rappel historique, le SIH semble être un sous-système organisationnel difficile à faire évoluer. Néanmoins, en dépit de cette inertie avérée, certains changements ont pu être menés à bien. Tout d'abord, la circulaire d'avril 1999 a porté ses fruits : actuellement, les Structures Régionales d'Information Hospitalières (SIRH) se sont réorganisées principalement sous la forme de Groupements d'Intérêt Publics (GIP). Organisés en filières, ces groupements commercialisent les produits informatiques qu'ils ont développés à un ensemble d'hôpitaux qui ont librement décidé d'adhérer à leur groupement. Chaque hôpital qui achète leur produit devient un membre à part entière du GIP. Ce qui lui confère normalement le pouvoir de faire évoluer le produit au gré de ses besoins.

Ensuite, une certaine cohérence au niveau des SIH a pu être imposé via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). D'un point de vue purement système d'information, l'arrivée du PMSI a d'ailleurs induit des changements profonds dans l'information médicale et le dossier du patient (Ponçon, 2000).

Le SIH prend non seulement en charge les informations relatives aux patients, qui concernent la mission première de l'hôpital (prodiguer des soins), mais également des informations relatives aux autres missions que le ministère a confiées à l'hôpital. Ces missions sont, outre les soins, de gérer la structure, l'évaluer et de faire participer l'hôpital aux activités d'enseignement, de formation et de recherche.

Le SIH vu dans ses grandes lignes permet de faire remarquer que chaque acteur de l'établissement doit pouvoir disposer d'informations qui lui sont nécessaires pour pouvoir réaliser son travail au quotidien (Romeyer, 2002). L'hôpital appréhendé comme un système de production est en outre caractérisé par sa complexité aussi bien de ses activités que de ses produits (Moisdon, 2000). Le SIH est donc chargé de collecter les informations, données et connaissances qui découlent des multiples actions et produits hospitaliers afin de pouvoir répondre à l'objectif primordial assigné à l'hôpital public : réaliser les soins aux malades (Romeyer, 2002).

À côté de ces objectifs internes, le SIH permet à l'hôpital de communiquer avec son environnement. Le terme d'environnement regroupe aussi bien la tutelle de l'hôpital, à qui il rend des comptes, que les autres établissements hospitaliers, notamment dans le cadre de l'ordonnance de 1996, qui constitue un premier pas vers le fonctionnement des hôpitaux en réseaux (Aptel, 1999).

### **2.2.1.2. Le système d'information hospitalier, un système hétérogène**

Le SIH peut être appréhendée de différentes manières. Ainsi, il peut être caractérisé par une approche téléologique (2.2.1.2.1.). Mais le ministère de la santé adopte quant à lui une vision fonctionnelle (2.2.1.2.2.). Ces deux approches reflètent les différentes visions possibles du SIH ce qui rend encore plus délicate sa structuration (2.2.1.2.3.).

#### **2.2.1.2.1. L'approche téléologique**

Burke et Menachemi (2004) définissent le système d'information hospitalier à partir d'une approche téléologique recensant les besoins que ce dernier a pour objectif de satisfaire. Cette vision du SIH permet de comprendre où se situe le SIGH dans l'architecture complexe du SIH. Ces auteurs différencient deux grandes catégories de parties prenantes : les parties prenantes internes et les parties prenantes externes à l'hôpital. Selon eux, cette distinction se fonde sur des besoins en information spécifiques. Au sein des parties prenantes internes quatre types de besoins sont considérés : les besoins des personnels administratifs, les besoins des praticiens hospitaliers, les besoins d'informations stratégiques et les besoins d'informations partagées. L'analyse de cette typologie de besoins internes proposée par Burke et Menachemi (2004) fait finalement apparaître deux grands ensembles de besoins d'information : des besoins spécifiques à une catégorie d'acteurs (médecins ou administratifs) et des besoins transversaux au fonctionnement de l'hôpital (Figure 2.1).

**Figure 2.1 : Les besoins satisfaits par le SIH**

<b>Parties prenantes internes</b>	<b>Parties prenantes externes</b>				
<p><b>Besoins propres aux acteurs internes</b></p> <table border="1"> <tr> <td> <p><b>Besoins en information des médecins de l'hôpital</b>                      À des fins de diagnostic                      Afin de programmer les traitements                      Afin d'évaluer les prestations médicales</p> </td> </tr> <tr> <td> <p><b>Besoins des personnels administratifs</b>                      Afin de payer les fournisseurs                      Afin de payer les personnels                      Afin de facturer les frais généraux                      Afin de gérer les fonctions du SIH</p> </td> </tr> </table>	<p><b>Besoins en information des médecins de l'hôpital</b>                      À des fins de diagnostic                      Afin de programmer les traitements                      Afin d'évaluer les prestations médicales</p>	<p><b>Besoins des personnels administratifs</b>                      Afin de payer les fournisseurs                      Afin de payer les personnels                      Afin de facturer les frais généraux                      Afin de gérer les fonctions du SIH</p>	<table border="1"> <tr> <td> <p><b>Besoins des médecins externes à l'hôpital</b>                      Afin d'accéder aux données de leurs patients hospitalisés                      Afin d'obtenir des données médicales                      Afin d'acquérir des prévisions concernant l'hôpital</p> </td> </tr> <tr> <td> <p><b>Besoins du public</b>                      Page internet de l'hôpital afin d'envoyer des courriels                      À des fins d'éducation                      Afin d'être informés sur les recrutements en cours</p> </td> </tr> </table>	<p><b>Besoins des médecins externes à l'hôpital</b>                      Afin d'accéder aux données de leurs patients hospitalisés                      Afin d'obtenir des données médicales                      Afin d'acquérir des prévisions concernant l'hôpital</p>	<p><b>Besoins du public</b>                      Page internet de l'hôpital afin d'envoyer des courriels                      À des fins d'éducation                      Afin d'être informés sur les recrutements en cours</p>
<p><b>Besoins en information des médecins de l'hôpital</b>                      À des fins de diagnostic                      Afin de programmer les traitements                      Afin d'évaluer les prestations médicales</p>					
<p><b>Besoins des personnels administratifs</b>                      Afin de payer les fournisseurs                      Afin de payer les personnels                      Afin de facturer les frais généraux                      Afin de gérer les fonctions du SIH</p>					
<p><b>Besoins des médecins externes à l'hôpital</b>                      Afin d'accéder aux données de leurs patients hospitalisés                      Afin d'obtenir des données médicales                      Afin d'acquérir des prévisions concernant l'hôpital</p>					
<p><b>Besoins du public</b>                      Page internet de l'hôpital afin d'envoyer des courriels                      À des fins d'éducation                      Afin d'être informés sur les recrutements en cours</p>					
<p><b>Besoins transversaux à l'hôpital</b></p> <table border="1"> <tr> <td> <p><b>Besoins propres aux décisions stratégiques</b>                      Afin d'analyser la situation financière                      À des fins de planification stratégique                      Afin d'allouer les ressources                      Afin d'assurer le contrôle de gestion</p> </td> </tr> <tr> <td> <p><b>Besoins d'informations partagées</b>                      Afin d'éviter les erreurs dans les prestations                      Afin d'améliorer la gestion des patients</p> </td> </tr> </table>	<p><b>Besoins propres aux décisions stratégiques</b>                      Afin d'analyser la situation financière                      À des fins de planification stratégique                      Afin d'allouer les ressources                      Afin d'assurer le contrôle de gestion</p>	<p><b>Besoins d'informations partagées</b>                      Afin d'éviter les erreurs dans les prestations                      Afin d'améliorer la gestion des patients</p>	<p><b>Besoins des partenaires d'affaires de l'hôpital</b>                      Demandes des systèmes de type Medicare Medicaid                      Demandes des assurances privées                      Demandes des fournisseurs de l'hôpital</p>		
<p><b>Besoins propres aux décisions stratégiques</b>                      Afin d'analyser la situation financière                      À des fins de planification stratégique                      Afin d'allouer les ressources                      Afin d'assurer le contrôle de gestion</p>					
<p><b>Besoins d'informations partagées</b>                      Afin d'éviter les erreurs dans les prestations                      Afin d'améliorer la gestion des patients</p>					

Source : Burke et Menachemi 2004

Dans cette analyse, le Système d'Information de Gestion des Hôpitaux a pour mission de satisfaire les besoins transversaux en information de l'hôpital. Il constitue de ce fait un facteur intégrateur du SIH, conformément aux approches générales du SIG de Bidan (2004), mais également de celle de Delmond, PetitJean et Gautier (2003). Cheung (2004) montre que les relations entre les professions médicales et soignantes d'une part et les professions administratives et de direction d'autre part sont complexes et des crispations peuvent naître facilement en cas de changement organisationnel. Les transformations du SIGH en tant que pont entre les deux sphères du SIH (médicales et administratives) risquent ainsi d'être difficiles, tant au niveau applicatif qu'au niveau métier. Or le contrôleur de gestion est un acteur clé du SIG (Abernethy, 1994). Étant lui-même en liaison directe avec le système de pilotage d'une part et avec le SIG d'autre part, la relation dynamique du SPH avec le SIH est susceptible de créer des conflits. Cette vision téléologique du SIH permet de comprendre la situation informationnelle vécue par le contrôleur de gestion en milieu hospitalier. Néanmoins, elle ne permet pas d'appréhender les liaisons effectives de ses différents compartiments. Or c'est cette vision fonctionnelle qui est le visage du SIH auquel est confronté le chercheur en immersion dans les structures hospitalières. Aussi, il nous semble important de compléter cette vision par celle du ministère de la santé. Il s'agit en effet, comme les sections précédentes l'ont montré, d'un acteur dont l'influence sur son évolution est importante.

#### **2.2.1.2.2. L'approche du ministère**

Le ministère de la santé quant à lui adopte un découpage alternatif (Romeyer, 2002). Il identifie trois sous – systèmes d'information hospitaliers :

- Le système d'information administratif : il comprend la paie, la facturation, les archives, le transport, et la documentation.
- Le système d'information médical : il enregistre toutes les informations provenant des laboratoires, de l'imagerie, des examens et des dossiers médicaux.
- Le système d'information de pilotage : ce système comprend les systèmes qui enregistrent les entrées et les sorties des patients, leur identification, l'analyse de gestion et les simulations, ainsi que les statistiques.

En essayant d'identifier les correspondances entre ces deux découpages, nous pouvons identifier comme appartenant au système d'information support d'exploitation les sous-systèmes suivants :

- Le système d'information administratif
- Le système d'information médical

Ces deux sous-systèmes permettent en effet d'enregistrer et collecter les données élémentaires que le système d'information d'aide au pilotage va traiter pour aider aux prises de décision. Le système d'information d'aide au pilotage peut donc être assimilé à ce que Reix (2000) et O'Brien (1995) nomment le système d'information de gestion.

Le SIH est par conséquent caractérisé par deux sous-systèmes d'information support d'exploitation distincts : l'un s'occupe des données comptables et administratives et l'autre des données issues de l'activité médicale. Chacun de ces deux ensembles est piloté par des responsables également différents. Le système d'information médical est piloté par le département d'information médicale créé par la circulaire n°275 du 6 janvier 1989. Ce service est responsable de l'information médicale et il se trouve à la charnière entre le pouvoir médical et administratif. En France, contrairement aux Etats-Unis, seul un médecin peut être à la direction de ce service dont l'une des missions d'information est de recueillir l'information médicalisée pour alimenter le PMSI. De manière plus générale, il s'occupe également de piloter la structure hospitalière dont il a la charge en coopération avec la direction générale et plus particulièrement avec les services financiers. La sphère chargée de la production et de la diffusion des données comptables et financières reste quant à elle sous la responsabilité de la direction générale. Dans certains hôpitaux, les départements informatiques et les départements de contrôle de gestion sont dirigés par un seul et même responsable. Au niveau d'un hôpital, la qualité du système d'information d'aide au pilotage est conditionnée par sa capacité à

collecter des données au sein de ces deux sous-systèmes d'exploitation distincts. Ainsi, afin de pouvoir construire un SIG, l'intégration des sous-systèmes d'exploitation est importante. Ce qui suppose de réaliser des investissements en technologies de l'information. Or cette construction s'avère de plus en plus nécessaire : les établissements sont amenés à développer une approche globale des patients incluant la gestion administrative et la gestion clinique du dossier en intégrant les éléments liés à la gestion de l'activité avec la facturation comme le sous-produit de cet ensemble (Livre Blanc-Etat de l'offre des SIH, 2005).

#### **2.2.1.2.3. Le SIH, un système dont la structuration est problématique**

Néanmoins, en dépit d'investissements en technologies de l'information, les hôpitaux ont globalement un retard évalué à dix ou quinze ans par rapport aux autres industries de service (Burke et Menachemi, 2004). Ce retard se manifeste par la faible intégration des systèmes d'information hospitaliers. L'investissement en technologies de l'information reste insuffisant. En moyenne la part du budget de fonctionnement consacrée à ce type d'investissement est en France de 1.5%. Mais de fortes disparités existent. Ainsi seuls 15% des établissements de santé dépassent ce seuil de 1.5% (Livre Blanc - Etat de l'offre des SIH, 2005). Selon cette même source, le niveau d'équipement des établissements au niveau de leur système d'information administratif est très élevé, mais ce niveau est très faible au niveau du système d'information médical, notamment la gestion du dossier patient et la prise en compte des processus de soin. Il apparaît comme l'un des plus faibles niveaux européen en dépit de besoins à couvrir conséquents. Le GMSIH dans une étude menée en 2002 sur l'analyse de l'existant des systèmes d'information cliniques vient corroborer ces conclusions. Selon lui, les besoins en informations cliniques sont rarement couverts, notamment au niveau des « prescriptions de médicaments » et des « demandes d'actes ». Mais le GMSIH constate également qu'il existe des difficultés de mise en œuvre des projets : leur déploiement est long et il existe des problèmes liés à l'intégration des applications.

Cet organisme avance trois explications :

- Les acteurs concernés ont des formations très différentes, ce qui rend leur adhésion (pourtant indispensable à la réussite du projet) complexe. Leurs différents besoins méritent d'être pris en compte. Or étant donné la diversité de leurs différents métiers, la définition des besoins couverts par le SIH est une affaire de compromis pas toujours bien vécus par les intéressés.
- L'impact organisationnel d'une informatisation est difficile à évaluer. Elle s'appuie sur une analyse des processus existants et suppose une mise en évidence des améliorations nécessaires.
- Disposer d'une vision globale de l'architecture du système d'information est souvent difficile. Notamment parce que l'expression des besoins à couvrir par le système d'information est mal formulée.

Outre cette faible informatisation de la sphère médicale et ce faible niveau des investissements consacré par les établissements de santé, l'offre sur ce marché est fragilisée, notamment du fait de l'absence de perspective de développement pour les éditeurs privés. Ces éditeurs ne trouvent pas ce marché particulièrement attrayant, car il est très concentré. Les SRIH sont massivement présents sur ce marché puisqu'ils représentent une part de marché de 61%. Cette configuration empêche le développement d'un véritable marché concurrentiel, qui permettrait de mieux satisfaire les besoins (Livre Blanc - Etat de l'offre des SIH, 2005).

Compte tenu de l'état de développement des deux sphères du système d'information hospitalier support d'opération, que penser du système d'information de gestion des hôpitaux ? Pour l'instant, les études sur ce sous-système dans le contexte français sont peu développées. L'enquête du GMSIH diffusée le 27 mars 2007 fait état du système d'information de pilotage des hôpitaux. Son message principal est le suivant : compte tenu des récentes réformes sur le financement et l'organisation des hôpitaux cette composante du SIH est amenée à prendre de plus en plus de l'importance. Néanmoins, l'étude de ce compartiment du SIH est encore en devenir. Lors de la journée des adhérents du 4 juillet 2006, le programme du GMSIH pour la période 2007-2012 a été dévoilé. Une de ses grandes préoccupations est justement de réfléchir sur les modalités du système d'information de gestion. La section suivante apporte les réponses proposées pour aider au développement d'un véritable système d'information de gestion des hôpitaux.

### **2.2.1.3. Le Système d'Information de Gestion Hospitalier, un élément fédérateur du SIH ?**

Le système d'information d'opération des hôpitaux s'est révélé à travers les écrits traitant de l'état actuel du SIH peu enclin à satisfaire les besoins exprimés notamment au niveau de sa sphère médicale. Or plus le système d'information d'exploitation (administratif et médical) au niveau d'une structure est développé plus celui du système d'information de gestion hospitalier (SIGH) est susceptible de l'être (Burke, Wang, Wang, Diana, 2002). L'élaboration d'un SIGH passe par conséquent par un développement et une communication accrues des deux composantes du système d'information support d'opération (ou d'exploitation) : le système d'information administratif et le système d'information médical. Or pour pouvoir mener à bien cette mission, disposer d'une vision globale de l'architecture du système d'information s'avère nécessaire. Le GMSIH lors de son étude menée en 2002 explique d'ailleurs qu'une partie des problèmes rencontrés au niveau de la sphère médicale du SIH est due justement à cette absence de vision globale.

Le GMSIH (2004) considère en outre que l'urbanisation des SIH peut contribuer à faire évoluer le SIH dans le sens souhaité. L'urbanisme est « l'art d'organiser les agglomérations pour les adapter aux besoins de l'homme qui y habite et y exerce ses occupations » (Quillet, 1981). A l'instar d'une ville, urbaniser un système d'information consiste donc à rechercher par « des techniques d'urbanisation à fédérer de manière globalement harmonieuse des îlots déjà informatisés et les nouveaux quartiers en définissant les nouveaux standards d'architecture d'intégration tant applicative que technique que devront respecter les nouveaux systèmes et en créant les adaptateurs pour raccorder les anciens » (Meinadier, 2002). Concrètement, l'urbanisation a pour objectif l'interopérabilité des applications (Bidan, 2004), c'est-à-dire le développement d'interfaces entre différents systèmes hétérogènes. Le SIH étant un système hétérogène, l'urbanisation semble un moyen approprié pour pouvoir y remédier et permettre l'émergence d'un véritable SIGH, en rendant disponibles à la fois les informations de nature administrative (issues de la sphère administrative du système d'information d'exploitation de l'hôpital) et médicale (issues de sa sphère médicale).

L'objectif ultime de cette démarche, en rendant interopérable les applications, consiste à développer un système d'information plus apte à servir la stratégie de l'entreprise et à anticiper les changements de l'environnement. C'est dans cette optique qu'un système d'information cible est défini de même que des règles d'urbanisme à suivre pour pouvoir atteindre la cible (CIGREF, 2003). En considérant la stratégie de l'organisation, une vision du SIH cible peut alors être envisagé (GMSIH, 2005). Cette démarche préalable à l'urbanisation

est appelée « alignement stratégique ». Elle est considérée par le GMSIH comme pertinente pour les SIH actuels car elle consiste à prendre en compte l'existant afin de permettre l'identification des carences et des problèmes du SIH actuel. Une marge de progression est alors définie, compte tenu des qualités qu'un SIH est supposé posséder. Réfléchir à une vision globale du SIH suppose en effet la modélisation des échanges existants (Le Roux, Desbertrand, Guérif, Tang, Tixier et Verger, 2004). Ensuite, il est possible compte tenu de qualités avérées qu'un SIH mérite de posséder, de construire un plan d'urbanisme, c'est-à-dire un espace où vont se rencontrer et dialoguer l'ensemble des parties prenantes. Il constitue donc une vision présente et future du système d'information et permet d'établir le schéma directeur du système.

Afin de pouvoir construire un tel schéma, il convient tout d'abord de se poser la question suivante : « quelles sont les qualités indispensables d'un bon SIH ? ». Tourelles (2004) identifie quatre qualités fondamentales.

Premièrement, un SIH gagne à être cohérent, c'est-à-dire présenter une même logique d'un bout à l'autre. Ainsi, dans le cas de la mesure de l'activité hospitalière, trois types d'acteurs sont intéressés :

- L'administration de l'hôpital et les tutelles, dont la préoccupation est d'évaluer l'usage des moyens alloués et l'adéquation de ceux – ci aux besoins.
- Les médecins, dont la préoccupation est d'avantage diagnostique (appréciation plus qualitative de cette activité par rapport au premier type d'acteurs).
- Le corps infirmier, dont la préoccupation est d'ordre organisationnel (planifications , emplois du temps...).

Cela suppose de constituer un schéma directeur cohérent. Or trop souvent, la dimension technique domine (Davenport, 1994). Il est rare selon cet auteur que le déploiement de ce schéma directeur parvienne à son terme si l'utilisateur final de l'information n'est pas suffisamment pris en compte. C'est pourquoi, la deuxième qualité d'un bon SIH est sa pertinence, c'est-à-dire sa capacité à couvrir raisonnablement les besoins exprimés. Selon le GMSIH (2004) concevoir un schéma directeur suppose d'ailleurs la formulation claire des besoins à couvrir par le système d'information. Ce qui conduit à se poser la question suivante : Comment fournir plus d'informations aux utilisateurs ou aux décideurs ? Mais cette question essentielle mérite d'être pondérée par une autre : est-ce qu'une information supplémentaire est toujours nécessaire pour ces mêmes utilisateurs ? Un SIH pertinent consiste donc à prendre en compte ces deux contraintes et de ce fait pouvoir répondre au problème suivant : mettre à la disposition des utilisateurs toutes les informations qui sont

susceptibles de les intéresser dans le cadre de leur travail. Sa capacité à réaliser cette tâche conditionne la pertinence d'un SIH. Cette exigence n'est jamais remplie à 100 % : il s'agit d'une quête perpétuelle. Néanmoins, la pertinence d'un SIH lui confère sa plus grande plus-value.

Tout système d'information peut être considéré comme une chaîne continue d'acteurs qui entretiennent entre eux des relations type client-fournisseur (Le Moigne, 1973). Mais cette information est rarement partagée facilement (Davenport, 1995). Or ce partage est essentiel pour pouvoir obtenir la troisième qualité d'un bon SIH selon Toureilles (2004) : un système d'information homogène. S'il est homogène, il contient des informations comparables quelque soit les systèmes sources. La difficulté majeure selon Le Moigne (1973) de la plus ou moins grande agrégation des données est dans ce cas résolu.

Enfin, un SIH de qualité est exhaustif : les informations dont les utilisateurs ont besoin doivent être disponibles lors de leur prise de décision. Si elles leur parviennent avec plus de précisions mais trop tard pour pouvoir être mobilisées, le travail réalisé pour les mettre à disposition est en effet inutile.

En somme, un bon SIH suppose, comme n'importe quel système d'information, un schéma d'organisation clair et une bonne identification des besoins des utilisateurs. Réfléchir à des considérations techniques ne suffit pas : l'utilisateur est au centre du système (Davenport, 1994 ; Toureilles, 2004), car c'est lui qui conditionne la valeur du système d'information. Ainsi, toute évolution d'un Système d'information hospitalier suppose l'adhésion des acteurs (Ponçon, 2000).

Outre les considérations techniques propre à l'urbanisation du système d'information, est ce que le terme d'urbanisation est porteur d'une vision claire de la part des futurs utilisateurs ?

Urbaniser un Système d'information est une métaphore, c'est-à-dire « un moyen de penser et de voir qui influence la manière dont nous comprenons notre monde » (Morgan, 1986). Appliqué au projet d'évolution des systèmes d'information, ce moyen permet de rendre compréhensible les actions à mener au niveau du système d'information pour toutes les parties prenantes. L'utilisation des métaphores pour l'évolution du système d'information permet ainsi d'appréhender la dimension sociale des systèmes d'information, qui est par nature complexe (Hirschheim, Newman, 1991). L'utilisateur est donc pris en compte du fait même de l'utilisation métaphorique du terme d'urbanisation.

### **2.2.2. Les enjeux de l'évolution du SIH et de sa relation avec le SPH**

Les développements précédents ont permis de mettre en évidence que les tutelles prêtent de

plus en plus attention au SIH. Parallèlement, elles considèrent que le SPH et le SIH ne peuvent être considérées totalement indépendamment l'un de l'autre. La transformation de l'un suppose des évolutions de l'autre et réciproquement. Ce souci manifesté par les tutelles se retrouve notamment dans le plan hôpital 2012.

Cette section a pour objet de savoir si ces analyses se retrouvent dans la littérature consacrée aux relations entre système d'information et système de pilotage à l'hôpital. Nous nous intéresserons tout d'abord à la littérature académique (2.2.2.1.) et ensuite aux études des missions et groupements professionnels (2.2.2.2.).

### **2.2.2.1. La modernisation du SIH, une condition de réussite de la transformation du SPH ?**

Notons tout d'abord que peu de travaux académiques ont été menés sur les relations entre le SIGH et SPH. En France, ce sujet de recherche est très peu abordé au niveau des établissements. À l'instar de Moisdon et Lenay (2004), beaucoup de travaux traitent du PMSI. Il s'agit certes d'un système d'information de gestion hospitalier dont la mission est d'allouer les enveloppes budgétaires (Moisdon, 2000), mais cet outil est avant tout utilisé pour le pilotage externe (i.e. pour le pilotage des établissements par les autorités de tutelle). Parallèlement, peu de travaux ont été réalisés. Hémidy (1996) traite néanmoins de ces thèmes, mais n'intègre pas véritablement la problématique de la génération des outils de pilotage.

Au niveau des articles étrangers, il existe également peu d'études sur le sujet. Seuls les travaux de Doolin (2004) et Kohli & Kettinger (2004) appréhendent le SIGH dans une optique de transformation du SPH. Doolin (2004) étudie l'implémentation d'un SIGH dont la mission est de permettre de mettre en relation les données d'activité et les données comptables et financières. De la sorte, les données collectées au niveau du système opérant (Le Moigne, 1986) devraient être plus accessibles pour le service financier. Ce qui permettrait à la direction de développer un système de calcul de coûts des prestations. La mise en place de ce SIGH devrait par conséquent permettre de transformer le système de pilotage en introduisant de nouveaux outils. Néanmoins, l'hostilité des personnels médicaux fut telle que le projet final entièrement transformé n'a joué qu'un rôle marginal et n'a pas permis la transformation souhaitée du système de pilotage. Doolin (2004) conclue que la modernisation du SIGH permet le développement des outils de pilotage nouveaux susceptibles de renforcer le pouvoir de la sphère administrative sur la sphère médicale. Face à cette menace, des résistances au changement se développent dans la sphère médicale et finissent par faire avorter les projets en termes de système d'information et de système de pilotage.

Les apports de l'étude de Doolin (2004) sur la connaissance de la relation dynamique entre

système de pilotage et système d'information est indéniable. Ainsi, il met en avant que la relation dynamique entre SPH et SIH s'accompagne souvent de conflits entre personnels administratifs et de direction d'une part et personnels médicaux et soignants d'autre part. Kohli et Kettinger (2004) expliquent quant à eux que ces relations conflictuelles sont dues au manque de légitimité des personnels administratifs et de direction aux yeux des médecins pour évaluer la qualité de leur travail. Doolin (2004) privilégie plutôt une explication basée sur une vision relationnelle du pouvoir : des résistances au changement se développent parmi les personnels médicaux par peur d'un accroissement du pouvoir des personnels administratifs. Le caractère conflictuel de la relation entre transformation du système de pilotage et système d'information montre toute la difficulté de l'animation de cette relation au niveau des hôpitaux.

Kohli et Kettinger (2004) étudient le processus d'informatisation des unités de soin comme un moyen de pouvoir de réaliser un contrôle plus important sur les coûts des prestations médicales. Grâce à une recherche action, ils décrivent les différents processus à l'œuvre dans l'implémentation de ce système d'information d'aide à la décision (SIAD). L'implémentation de ce système est ponctuée de résistances de la part des médecins, qui contestent l'idée même de contrôle de leurs pratiques par la direction. L'utilisation de cet outil de gestion finit néanmoins par s'imposer grâce à l'intégration dans le comité de pilotage du projet des médecins. Mais le taux d'utilisation de 100% n'est pas atteint. En outre l'étude reste muette sur les retombées de cette implémentation sur le pilotage de la structure étudiée.

Ces études apportent des éléments certains sur la compréhension de la relation dynamique entre SIH et SPH. Néanmoins et en dépit d'une description fine des mécanismes à l'œuvre, elles n'étudient pas la situation informationnelle (Mélèse, 1979) des acteurs impliqués. Or une telle analyse aurait permis d'appréhender plus finement les problèmes de collecte d'information pour les outils de pilotage élaborés. En outre, ces études n'explicitent pas les outils de gestion mobilisés, aussi bien au niveau du SIGH que du SPH. Ainsi, cette recherche en se concentrant presque exclusivement sur le comportement des acteurs, délaisse la vision « ingénierique » de la relation entre SIH et SPH susceptible d'expliquer plus finement les différents mécanismes qui l'animent.

Globalement, la vision académique de la relation entre SIH et SPH est assez sombre puisqu'elle met en exergue des situations conflictuelles, des résistances au changement et in fine l'abandon des projets de transformation.

Est-ce que les institutions qui encadrent les hôpitaux français partagent la vision de ces travaux académiques ou au contraire évaluent que des changements sont à l'œuvre au niveau

du SIGH ? La section suivante apporte des éléments de réponse.

### **2.2.2.2. Le SIH, un système mal connu des tutelles**

Deux instances ont été créées pour aider les établissements de santé à moderniser leur système d'information afin de préparer les transformations du système de pilotage interne des hôpitaux insufflées par les récentes réformes de financement (Tarification à l'activité) et d'organisation (nouvelle gouvernance). Il s'agit de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et du Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitalier (GMSIH). Le GMSIH est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) : ainsi contrairement à l'ATIH, il s'agit d'un organisme indépendant des tutelles.

Deux missions principales sont confiées à l'ATIH :

- Créer et Rendre accessible l'information du PMSI aux établissements de santé via internet
- Constituer et faire évoluer les nomenclatures de santé

Cinq missions sont dévolues par le législateur au GMSIH (article L. 6113-10 du code de santé publique). La synthèse du plan stratégique du GMSIH de janvier 2006 les énonce comme suit

- Mettre en cohérence les éléments informatiques des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé.
- Travailler à l'interopérabilité des systèmes d'information des établissements de santé : il s'agit de garantir au sein du système d'information de l'établissement de santé, entre systèmes d'information d'établissements de santé différents et dans les échanges avec le système d'information de santé (notamment avec les réseaux de santé) une bonne circulation de l'information entre les différents éléments qui les composent.
- Ouvrir les systèmes d'information des établissements de santé : l'ouverture mesure la capacité d'un système d'information à pouvoir s'adapter lorsque l'environnement évolue rapidement soit en cas de réformes réglementaires, soit lors de mutualisation ou de fusion de système d'information. Elle passe notamment par une prise en compte importante de la normalisation lors de la mise en place des éléments qui composent le système d'information. Il s'agit par conséquent de permettre aux différents établissements de pouvoir adapter leur système d'information lorsque l'environnement institutionnel évolue.
- Garantir la Sécurité : cette mission consiste à garantir aux patients, aux personnels (médecins, soignants, gestionnaires, ..) des établissements de santé et aux autres acteurs du système de santé que l'interopérabilité et l'ouverture des systèmes d'information des établissements de santé préservent la confidentialité des données transmises.
- Échanger des informations dans les réseaux de santé entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins.

Outre ces missions au niveau du SIH, le GMSIH aiguille aussi les établissements en termes d'outils de gestion qu'il considère pertinents pour leur pilotage. Les outils que le GMSIH trouve pertinents sont l'Activity Based Costing (ABC) pour le calcul des coûts et le Balanced Scorecard (BsC) pour les tableaux de bord. Le GMSIH contrairement à l'ATIH a donc pour vocation d'aider les établissements à moderniser leur système d'information d'une part et de les aider à transformer leur système de pilotage d'autre part. Les préoccupations de ce GIP sont par conséquent au cœur de notre objet de recherche. Ses préconisations principales concernant la modernisation du SIH consistent à promouvoir son urbanisation, afin de garantir une meilleure diffusion des données entre les sphères médicales et administratives. De la sorte, la mise en routine (nommée « industrialisation » par le GMSIH) des outils de pilotage préconisés est facilitée. Le GMSIH lie ainsi les problématiques de pilotage et de système d'information autour du concept de SIG, à l'instar de Bidan (2004). Pour le GMSIH, il s'agit en effet de l'élément fédérateur de l'ensemble du SIH. Outre ses travaux de conseil méthodologiques, le GMSIH réalise également des enquêtes auprès de ses adhérents et parmi l'ensemble des hôpitaux afin de savoir où en sont les hôpitaux en termes de SIH. Ce type d'enquêtes tend d'ailleurs actuellement à se multiplier : les autorités de tutelles (les ARH ou le ministère) ainsi que le GMSIH tentent de dresser un état des lieux des pratiques.

La première des enquêtes menées suite au démarrage du plan hôpital 2007, est l'œuvre du ministère et date de 2003. Il s'agit de la « Mission Tarification à l'activité ». Elle est réalisée auprès d'établissements pilote pour savoir s'ils sont prêts à relever le double défi posé par le T2A : développer des outils de pilotage interne et moderniser leur système d'information. Les résultats de cette enquête montrent tout d'abord que peu d'établissements sont engagés dans une démarche de contractualisation interne. Ce rapport donne plusieurs exemples d'établissements allant du moins avancé au plus avancé dans le développement de leur SIH et dans le niveau de détail de calcul de coûts. Cette enquête fournit des résultats intéressants, mais elle ne permet pas de savoir la situation exacte des établissements en termes de pilotage et de système d'information, car aucune typologie claire n'est donnée. Cette enquête ne fait pas non plus un état des lieux des pratiques en termes d'outils de pilotage. Il est ainsi impossible de savoir quels sont les méthodes de calcul de coût utilisées par les établissements ou l'état de diffusion des outils tels que le guide de comptabilité analytique hospitalière.

En 2005, le GMSIH réalise une enquête similaire sur l'état du SIH des différents établissements. Le taux de réponse de cette enquête est malheureusement assez faible (12,3%) ce qui pose certains problèmes de représentativité des réponses. Néanmoins, de grandes tendances peuvent être observées. Ainsi, le niveau d'informatisation de la sphère médicale est

plutôt élevé. Ainsi, parmi les fonctions clé comme la gestion du malade et des mouvements des consultations externes (87,8% des répondants), le dossier médical (59,9%), le PMSI (94%) , la gestion des rendez vous (54,8%) ou les stocks (95,3%) sont déjà informatisés ou leur informatisation est en cours de déploiement. Ces résultats sont par conséquent nettement différents de ceux fournis par le livre blanc sur l'état de l'offre en matière de SIH (2005).

Au niveau de la sphère administrative et financière, 97,9 % des répondants affirment que la gestion économique et financière est informatisée et que la comptabilité analytique l'est pour 66,1% d'entre eux. L'enquête du GMSIH rejoint donc davantage les conclusions du livre blanc sur ce point.

Le développement de ces différents compartiments est ainsi relativement avancé. Néanmoins, le même constat ne peut être réalisé au niveau du SIGH. Seuls 35,6 % des répondants affirment réfléchir à ce compartiment. Son informatisation est en cours de déploiement parmi 16,4% des répondants et 19,1% l'ont déjà réalisée. En se basant sur les développements du paragraphe 2.2.1.3, cette situation laisse à penser que l'état actuel du SIGH ne permet pas d'assurer une bonne circulation des données parmi les différents composants du SIH.

En outre, ni les outils de pilotage mobilisés, ni les supports applicatifs utilisés pour le SIG ne sont abordés dans cette enquête. De même, l'appréciation de la diffusion des données par les acteurs n'est pas évaluée. La situation informationnelle des acteurs organisationnels n'est donc pas prise en compte. À l'instar des travaux académiques, il manque ainsi à ces études une dimension « ingénierique » et les mécanismes de changements au travers de ces enquêtes sont difficiles à appréhender.

Au terme de cette étude de la littérature de la relation entre SIH et SPH, un constat s'impose. Des travaux très intéressants ont d'ores et déjà été menés. Mais ils sont autant de raisons de poursuivre les investigations, notamment en observant le processus de déploiement des outils de gestion hospitaliers.

De même, les résultats des études à plus grande échelle sont parfois contradictoires. Ce qui nous incite à clarifier les connaissances sur l'état actuel du SIH et du SPH ainsi que sur les liens qui les unissent.

## **2.3. Conclusion du chapitre**

Au terme de ce chapitre deux constats majeurs peuvent être réalisés. Premièrement, l'état actuel réel du SPH est mal connu. Cette méconnaissance peut notamment être expliquée par la nature « néo-institutionnelle » du changement observé. En effet des découplages se produisent soit parce que les outils préconisés par les réformes ne sont pas mis en place soit par ce que

les acteurs hospitaliers préfèrent les substituer ou les compléter par d'autres outils de pilotage. La logique de génération des outils de pilotage hospitalier est le reflet de la marge de manœuvre dont bénéficient les établissements au niveau de leur système de pilotage. Cette situation, en dépit d'études réalisées par le Ministère notamment, conduit à approfondir cette question et par conséquent faire des investigations supplémentaires pour mieux connaître l'état actuel de développement du système de pilotage hospitalier.

Cet état des lieux du SPH ne peut être qu'un point de départ, car il ne permet pas de décrire le contexte général dans lequel les transformations du SPH se produisent. Rendre compte de la situation actuelle du SPH permet en outre de saisir les problèmes majeurs de pilotage auxquels sont confrontés actuellement les hôpitaux. L'étape suivante serait d'observer, comment les établissements font pour transformer leur système de pilotage compte tenu des injonctions de leurs tutelles. En outre, afin de rendre compte de la situation le plus précisément possible, une approche de type « ingénierique » est souhaitable.

Deuxièmement, l'état actuel du SIH dans les hôpitaux et la relation dynamique entre lui et le SPH est mal connu. En dépit d'études faites par les autorités de tutelles ainsi que par des organismes publics indépendants, l'état de développement dans les structures du SIH et a fortiori du SIGH est appréhendé dans ses grandes lignes, mais l'étude des outils mobilisés par le SIH et notamment le SIGH n'ont pas encore fait l'objet d'une étude approfondie.

Dans ce contexte, il importe donc à l'instar du SPH de mieux connaître l'état actuel de développement du système d'information de gestion hospitalier dans ses aspects applicatifs. Cet état des lieux permettrait de cerner les faiblesses du SIH. En outre, il serait alors possible d'identifier le rôle tenu par le SIH, et notamment du SIGH, dans la transformation du SPH. De la sorte, la relation entre système d'information et système de pilotage à l'hôpital (SIH et SPH) dans une optique de transformation du SPH serait mieux connue.

Les connaissances sur la relation dynamique entre SIH et SPH méritent ainsi d'être approfondies dans au moins deux directions. Tout d'abord, il semble pertinent de réaliser une enquête générale qui permette de faire un état des lieux de la relation entre SPH et SIH. Ensuite, pour comprendre les différents mécanismes à l'œuvre dans cette relation, une étude en profondeur de la transformation du SPH et de ses liens avec le SIH serait souhaitable.

Au-delà de ces deux pistes d'investigation, le chapitre suivant propose les méthodes d'investigation que nous avons utilisées.

## **CHAPITRE TROIS:**

### **Les modalités d'observation de l'objet de recherche**

Lors de l'introduction et des deux chapitres précédents, notre objet de recherche a été présenté comme l'étude des relations entre système de pilotage et système d'information au niveau d'une organisation particulière (l'hôpital public de type MCO). Ce travail nous a permis de définir et expliquer les difficultés et enjeux qui s'y rattachent.

Néanmoins, jusqu'à présent les modalités d'observation ont été laissées de côté. Ce chapitre a pour objet de les présenter. Aborder la relation entre transformation du SPH et évolution du SIH nous conduit premièrement à déterminer le cadre théorique emprunté. C'est pourquoi, ce troisième chapitre commence par présenter ce dernier (3.1). Ensuite, nous aborderons la manière dont les données sont collectées (3.2). Enfin, puisque les modalités d'intervention d'un chercheur peuvent être très différentes sur un terrain d'observation scientifique identique, nous préciserons les modalités de notre intervention à l'hôpital (3.3).

### **3.1. Le changement comme cadre théorique**

L'étude de la relation entre SIH et SPH peut être réalisée selon des angles théoriques variés. Notre objet est de comprendre les mécanismes à l'œuvre entre le SIH et le SPH susceptibles d'influer sur l'évolution du SPH. C'est pourquoi, dans un premier temps, nous avons recueilli les informations émanant du terrain sans a priori théorique : seule la problématique de ce travail guidait la collecte de ces données. C'est à la fin de ce processus que nous nous sommes posé la question du cadre théorique avec une préoccupation majeure à l'esprit : quel angle théorique serait capable de rendre compte du travail accompli de manière cohérente et exhaustive? Il nous est apparu que les théories du changement organisationnel sont en mesure de respecter cette double contrainte, à condition d'adopter deux perspectives : une chronologique (3.1.1.) et une autre ingénierique (3.1.2.).

#### ***3.1.2. Une lecture chronologique du changement organisationnel***

Le premier élément de notre cadre d'analyse emprunte une lecture chronologique du changement. Après avoir brièvement défini la notion de changement organisationnel (3.1.2.1), nous présenterons le modèle chronologique que nous avons utilisé (3.1.2.2). Ce modèle chronologique du changement est particulièrement utile pour décrire la relation dynamique entre SIH et SPH. C'est ce que montre le dernier paragraphe de cette section (3.1.2.3).

##### **3.1.2.1. La définition du changement organisationnel**

Il existe au moins deux manières de définir le changement organisationnel. Il peut d'une part être appréhendé comme un processus de transformation qui ponctue le processus d'évolution naturelle des organisations (Guilhon, 1998). D'autre part, il peut se concevoir comme l'introduction d'une idée ou d'un comportement nouveau pour l'organisation (Hage, 1999). En outre, cette notion peut toucher toute l'organisation ou une partie seulement. Il peut en effet porter sur l'intégralité de l'organisation s'il touche sa stratégie. Dans ce cas, c'est la vision, la position, les programmes et l'organisation qui sont impliqués. Le changement organisationnel concerne alors à la fois la culture, la structure, les systèmes et le personnel de l'organisation (Mintzberg et al., 1999).

Le changement organisationnel peut aussi être appréhendé comme une notion vaste, floue et évolutive. Dans cette optique, il s'agit alors d'un concept générique associé à des concepts plus spécifiques comme l'innovation, la transformation ou la réforme. Le changement

organisationnel prend dans cette perspective la forme d'une modification circonscrite dans le temps et dans l'espace d'un ou de plusieurs paramètres organisationnels (Champagne F., 2002). Il prend alors la forme d'un processus qui concerne qu'une partie de l'organisation.

Le changement ne survient donc pas forcément à l'échelle de l'organisation. Il peut concerner un voire quelques-uns de ses sous-systèmes. Les modèles de changement organisationnels peuvent donc être mobilisés pour l'étude de l'objet de recherche envisagé. Reste à savoir sous quel angle appréhender la transformation du système de pilotage et plus généralement la relation dynamique entre système d'information et système de pilotage.

### **3.1.2.2. Le modèle de changement organisationnel adopté**

Le modèle mobilisé est celui de Vandangeon-Derumez (1998). Basé sur celui de Lewin (1951) en trois phases (dégel – changement – gel), il se développe selon deux axes majeurs. Le premier consiste à déterminer les différents profils de changement. Le second détaille les trois phases du modèle en différentes sous étapes.

#### **- La constitution des profils de changement**

Selon Vandangeon-Derumez, (1998) la nature de tout changement peut être abordée à partir de deux dimensions. La première permet d'identifier l'intentionnalité du changement. Il peut être totalement intentionnel (changement volontaire) ou totalement imposé. Chaque situation se situe entre ces deux cas extrêmes. La seconde dimension traduit la vitesse de diffusion du changement. Il peut en effet être progressif ou brutal, les cas rencontrés se trouvant également entre ces deux extrêmes. En croisant ces deux paramètres, Vandangeon-Derumez (1998) identifie deux profils de changement extrêmes.

Tout d'abord, le changement peut être prescrit. Souvent peu partagés par tous, les projets des managers sont dans ce cas imposés. Le changement prend alors un caractère brutal. A contrario, le changement peut être « construit ». La nouvelle vision de l'organisation émerge alors progressivement. Dans ce cas, le leader laisse les éléments de contexte avoir un certain ascendant sur la réalisation du processus de changement.

#### **- La progression du changement : un modèle en trois phases et différentes étapes**

La progression de ces deux types de changement selon Vandangeon-Derumez (1998) est identique. Pour le décrire, cet auteur mobilise le modèle de changement de Lewin (1951) en trois phases. Elle les renomme d'ailleurs respectivement « maturation », « déracinement » et « enracinement ». À chacune de ces phases Vandangeon-Derumez (1998) adjoint des étapes dans les différentes phases qu'elle a pu identifier. Chacune d'elles est caractérisée par un qualificatif qui permet d'identifier à leur niveau la nature du changement (prescrit ou

construit). La première des trois phases est celle de maturation. Elle précède l'annonce publique du changement. Il s'agit de la période au cours de laquelle le manager et/ou les actionnaires prennent conscience de la nécessité de changer et élaborent un projet de changement.

La figure 3.1 se lit comme suit. Si le changement est « construit », le stimulus du changement est un problème. Les responsables sont faces à une difficulté qu'ils doivent surmonter. A contrario, s'il est prescrit, les responsables du changement ont profité des opportunités offertes dans leur environnement pour l'amorcer.

**Figure 3.1 : la phase de maturation et les étapes associées**

Étapes de la phase de maturation :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Identification d'un stimulus	Opportunisme	Problème
Recherche d'information	Étude prospective	Audit
Sensibilisation à l'idée du changement	Annonce	Implication
Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée	Non-contrôlée
Définition des grands axes du changement	Vision cadre organisationnel	Démarche
Finalisation du projet de changement	Projet formalisé	Projet peu formalisé

La phase de déracinement traduit le début d'une cohérence entre les actions engagées lors de la mise en œuvre du projet (figure 3.2).

**Figure 3.2 : la phase de déracinement et les étapes associées**

Étapes de la phase de déracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Communication du projet de changement	Annonce	Interaction
Mise en œuvre du projet de changement	Brutale	Progressive
Génération de nouvelles idées	Induite	Autonome
Développement d'initiatives	Par la hiérarchie	Par la base
Evaluation/sélection	Cadrée	Non cadrée
Suivi de la mise en œuvre	Hiérarchique	Interhiérarchique
Formation	Axée sur les outils	Axée sur les réflexions
Accompagnement	Ponctuel	Structurel

La phase d'enracinement (figure 3.3) traduit l'ancrage du changement au niveau de l'activité quotidienne. Il devient une réalité concrète appliquée à tous et correspond aussi à un recentrage des actions engagées durant la phase de déracinement.

**Figure 3.3 : la phase d'enracinement et les étapes associées**

Étapes de la phase d'enracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) à l'étape	
	Changement prescrit	Changement construit
Évaluation-bilan des actions engagées	Directive	Interactive
Mise en cohérence des activités	Foisonnement	Accompagnement
Correction des actions engagées	Réorientation	Ajustement
Changement durable	Implantation d'un cadre de travail stable	Formalisation de la vision

### 3.1.2.3. Analyse de la Pertinence de ce modèle pour nos observations

Il reste à savoir si cette grille d'analyse est pertinente pour observer la relation dynamique entre Système d'Information et Système de Pilotage. Elle en est capable pour trois raisons. Premièrement, cette grille admet qu'il existe des freins organisationnels au changement. Or l'analyse des changements dans le secteur public suppose d'intégrer ce paramètre conformément aux travaux de Bartoli (2004). Deuxièmement, elle met en avant la perception du changement par les acteurs. Les acteurs ont une place très importante dans la transformation du système de pilotage comme nous l'avons montré en 1.1.1.4. dans le cadre de l'évolution du métier de contrôleur de gestion. De ce fait, une grille de lecture qui intègre le comportement des acteurs dans ses analyses est pertinente compte tenu du sous-système organisationnel étudié. Enfin, la définition que donne Vandangeon (1998) du changement organisationnel est très large. Pour elle, il s'agit en effet d'un « passage d'un état 1 à un état 2 ». Cette définition permet ainsi d'appliquer cette grille aussi bien à une organisation dans son ensemble qu'à un sous-système organisationnel particulier. Elle est par conséquent mobilisable pour l'examen de notre objet d'étude.

Les perspectives de recherche sur la transformation du système de pilotage des organisations publiques présentées en 1.1.3.1. conduisent à étudier la relation dynamique du système de pilotage avec le système d'information de l'organisation. C'est-à-dire à considérer les interactions de ces deux sous-systèmes organisationnels et constater quel rôle joue le système d'information dans la transformation du système de pilotage. Il peut être un élément facilitateur, un élément neutre ou bien un élément contraignant qui par son influence peut

empêcher ou rendre plus difficile la transformation du système de pilotage.

### **3.1.2. Une lecture ingénierique du changement organisationnel**

La seconde perspective adoptée pour aborder la notion de changement consiste à s'intéresser à un type de changement particulier. Il s'agit de celui qui accompagne l'introduction de nouveaux outils de gestion ou la transformation des outils existants. Aborder la problématique du changement sous cet angle s'avère être pertinent compte tenu de notre objet de recherche (3.1.2.1). Néanmoins, appliquer la notion de changement organisationnel aux outils de gestion dans le contexte hospitalier suppose l'identification de leur logique de génération (3.1.2.2). Enfin, le dernier paragraphe de cette section (en guise de synthèse aux sections 3.1.1 et 3.1.2) présente la grille de lecture que nous nous proposons d'utiliser (3.1.2.3).

#### **3.1.2.1. Une approche du changement via les outils de gestion**

David (1998) identifie à chaque nouvelle phase de rationalisation des organisations un développement de nouveaux outils de gestion, c'est-à-dire de nouveaux « ensembles de raisonnements et de connaissances reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation » (Moisdon, 1997). Ces outils selon ce même auteur constituent des vecteurs de changement, puisque leur implémentation et le processus de changement qu'ils représentent explorent et interrogent potentiellement toutes les dimensions de l'organisation. Le changement lié à l'introduction d'un outil de gestion peut ainsi être vu comme un processus de réduction de la distance entre l'outil et l'organisation. Il s'agit par conséquent d'un processus de contextualisation qui prend la forme d'une exploration croisée de l'innovation par l'organisation et de l'organisation par l'innovation (David, 1998). Les outils de gestion sont donc les supports de l'action collective (Moisdon, 1997) et leur étude permet d'appréhender de manière pertinente la transformation du système de pilotage vu comme un cas particulier de changement organisationnel. Plus généralement, la relation dynamique entre système d'information et système de pilotage est de même appréhendée au travers des outils de gestion mobilisés aussi bien par le système de pilotage que par le système d'information. En outre, l'introduction d'outils de gestion nouveaux ne constitue pas un changement en soi si elle ne s'accompagne pas de mise en relation d'acteurs, qui vont décider de l'évolution future de l'utilisation de l'outil (David, 1998). De même, la mise en relation d'acteurs ne suffit pas à réaliser le changement, c'est l'introduction d'outils de gestion innovants qui, en ayant une action directe sur les relations et sur les connaissances, permet le processus de changement. Ainsi, appréhender la relation dynamique entre système de pilotage et système d'information

conduit non seulement à s'intéresser aux processus d'implémentation lui-même mais également aux relations que les acteurs tissent ou vont tisser entre eux. Néanmoins, le contexte dans lequel ces relations sont observables tient une place prépondérante. C'est pourquoi afin de pouvoir appréhender les spécificités du contexte dans lequel le changement se produit, il convient de proposer une grille de lecture à partir de laquelle l'étude de la relation dynamique entre système de pilotage et système d'information peut s'inscrire. Cet objectif implique en guise de préalable l'identification d'un modèle capable de caractériser le changement organisationnel observé. Ce travail fait l'objet de la section suivante.

### **3.1.2.2. L'adoption de la logique de génération des outils à l'hôpital**

Cette typologie constitue le premier matériau de la grille d'analyse qui va être utilisé pour l'analyse des données collectées. Dans le chapitre deux à la section 2.1.2., la logique de génération des outils de pilotage de la performance empruntée à Nobre (2004) est présentée. Deux logiques distinctes sont identifiables. La première consiste en une « introduction par catalyse réglementaire », impulsée par les tutelles. La seconde est l'œuvre des établissements, qui implémentent des outils choisis par des personnes clés de l'établissement sans injonction particulière des autorités de tutelle. Appliquer la notion de changement organisationnel pour étudier la relation dynamique entre SIH et SPH conduit à s'intéresser aux outils de gestion qui prennent part à cette transformation. Aussi, il semble pertinent de s'intéresser tout d'abord à leur logique de génération dans le contexte hospitalier. De même, pour organiser les données collectées sur notre objet de recherche, reprendre la typologie de Nobre (2004) permet de classer les différents types d'introduction des outils de pilotage hospitaliers.

L'étude de la relation entre SIH et SPH implique néanmoins de s'intéresser aussi aux outils existants. Ainsi, nous étudierons également les modifications réalisées sur les outils de pilotage existants. En outre, puisque notre objet de recherche concerne aussi l'évolution du SIH, les changements opérés sur le SIH sont aussi intégrés dans notre étude.

Ainsi, la grille d'analyse que nous proposons s'organise tout d'abord sur l'étude de la nature des différents changements. Il peut en effet prendre la forme d'une introduction d'outil de pilotage (par catalyse réglementaire ou de manière spontanée par capillarité), d'outils informatiques ou de modifications apportées aux outils de pilotage existants.

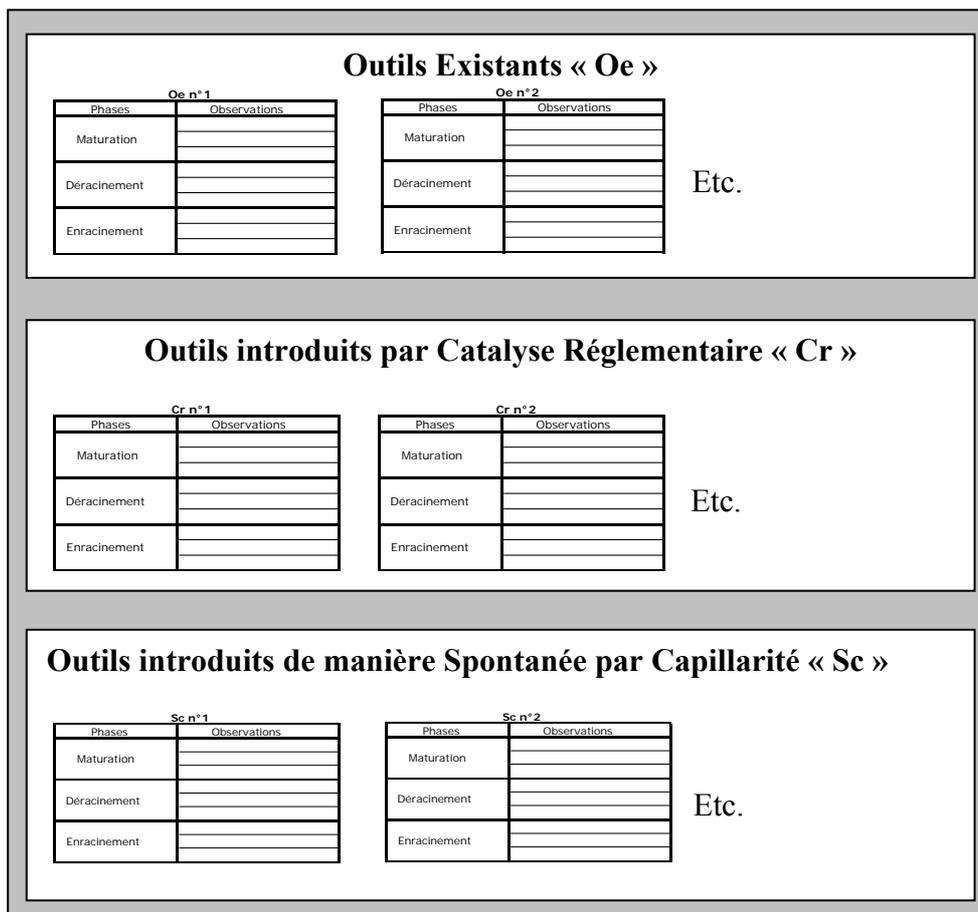
### **3.1.2.3. Synthèse : présentation de la grille de lecture**

Les différents matériaux théoriques qui constituent notre grille de lecture viennent d'être présentés. Afin d'en avoir une vision globale, il nous semble opportun de présenter en guise de synthèse cette grille. Elle est appliquée aux différents outils de gestion dont l'observation a

été possible. Ainsi, elle s'appuie sur un double découpage. Tout d'abord les données recueillies sur les outils de pilotage sont distinguées de celles collectées au niveau de l'évolution du système d'information. Ensuite, au niveau des outils de pilotage, nous classifions les différents outils étudiés en fonction de leur logique de génération identifiée par Nobre (2004) et nous ajoutons les transformations observées sur les outils de pilotage existants.

À partir de ce cadre général, nous suivons les différents projets menés par l'hôpital étudié. Ainsi, les projets concernant la transformation sur les outils existants sont suivis distinctement de l'introduction d'outils par catalyse réglementaire. De même, ces derniers sont suivis parallèlement à l'implémentation d'outils de manière spontanée. La figure 3.4 présente l'articulation de la collecte des données sur les outils de pilotage.

**Figure 3.4 : ordonnancement des données relevés sur la transformation des outils de pilotage**



À l'instar des transformations du système de pilotage, les évolutions du SIH sont appréhendées au travers des changements survenus au niveau des outils informatiques qui le composent.

De la sorte, l'organisation de la collecte des données est identique. Les différents projets qui touchent le SIH sont suivis de manière parallèle en empruntant comme pour les outils de pilotage la logique chronologique du modèle de Vandangeon-Derumez (1998) pour suivre les différentes étapes de mise en œuvre des projets. La figure 3.5 présente l'ordonnement des données relatives à l'évolution du SIH.

**Figure 3.5 : ordonnancement des données relevés sur l'évolution du SIH**

**Outils informatiques « SIH » :**

SIH n°1		SIH n°2		Etc.
Phases	Observations	Phases	Observations	
Maturation		Maturation		
Déracinemer		Déracinemer		
Enracinemer		Enracinemer		

Les observations réalisées vont également être ordonnées pour mettre en évidence les grandes caractéristiques des différents projets. Les remarques recueillies pour chacun des projets vont non seulement être retranscrites de manière synthétique mais aussi analysées. Et cette analyse est basée sur le modèle de Vandangeon-Derumez (1998) puisque les données sont organisées selon les différentes étapes de ce modèle (Cf. figures 3.1, 3.2 et 3.3), comme le montre la figure 3.6 au niveau de la phase de maturation.

**Figure 3.6 : présentation de l'organisation des observations**

<b>OBSERVATIONS</b>				
<b>ANALYSE DES OBSERVATIONS</b>			<b>TRANSCRIPTION DES OBSERVATIONS</b>	
<b>PHASES</b>	Étapes du changement	Qualificatifs donnés par Vendangeon (1998) aux étapes		Transcription des informations collectées sur le terrain d'observation scientifique
		<b>Changement construit</b>	<b>Changement prescrit</b>	
<b>MATURATION</b>	Identification d'un stimulus	Opportunisme	Problème	
	Recherche d'information	Étude prospective	Audit	
	Sensibilisation à l'idée du changement	Annonce	Implication	
	Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée	Non-contrôlée	
	Définition des grands axes du changement	Vision cadre organisationnel	Démarche	
	Finalisation du projet de changement	Projet formalisé	Projet peu formalisé	

## **3.2. Une méthodologie axée sur deux modes d'observation**

La méthodologie employée est double. Le chapitre deux (notamment le paragraphe 2.2.2.2) a permis de montrer que les mécanismes de changement au niveau de la relation entre SIH et SPH sont peu abordés par la littérature. De même, le chapitre deux met en avant que l'état actuel du SIH, du SPH et de la relation entre eux est mal connu des tutelles. C'est pourquoi, ce travail ambitionne de répondre à ces deux problèmes. Et afin de relever ce défi, deux perspectives complémentaires doivent être développées. La première consiste à observer les caractéristiques générales de notre objet de recherche pour mieux connaître son état actuel. Il s'agit par conséquent de faire un état des lieux au niveau de la population des hôpitaux publics français de type MCO. L'outil méthodologique mobilisé pour cela est une enquête par questionnaire (3.2.1.).

La seconde perspective a pour ambition d'accroître les connaissances sur les mécanismes de changement à l'œuvre afin d'enrichir la littérature sur le sujet. Elle suppose non plus d'observer notre objet de recherche de manière globale statique et sur le court terme, mais en profondeur de manière dynamique et à long terme. C'est dans cette optique que la grille de lecture élaborée à la section 3.1 va être mobilisée et l'outil méthodologique utilisé pour cela est de type Recherche Action (3.2.2).

### **3.2.1. Une enquête par questionnaire pour faire un état des lieux**

L'objet de cette section est de retracer la démarche de construction de l'enquête. Elle débute par l'élaboration du questionnaire (3.2.1.1.), se poursuit par sa diffusion (3.2.1.2.), et s'achève par l'analyse des données collectées (3.2.1.3.).

#### **3.2.1.1 L'élaboration du questionnaire**

L'élaboration de notre questionnaire s'est réalisée en deux temps. Premièrement, les questions sont élaborées (3.2.1.1.1), ensuite un échantillon de population parmi l'ensemble des hôpitaux est constitué (3.2.1.1.2).

##### **3.2.1.1.1. La conception des questions**

Un questionnaire permet d'interroger directement des individus en choisissant des questions dites « fermées » ainsi que les modalités de réponse (Baumart, Donada, Ibert et Xuereb, 2003). Un questionnaire peut en outre renseigner une situation en apportant des données quantitatives au chercheur ou le renseigner sur une situation avec des données qualitatives. Dans ce second cas, il est alors amené à encoder les données recueillies (Savall et Zardet, 2004). Cela suppose la recherche d'une échelle de mesure. Beanden, Netmeyer et Mobley (1993) en présentent certaines,

mais nous avons trouvé préférable d'adopter des modalités d'encodages simples. Ainsi, comme la plupart des questions posées sont des questions fermées, il semble opportun de réaliser le codage suivant : le « non » correspond à zéro et le « oui » à un. Quelques questions supposent néanmoins des réponses plus élaborées. Cependant, dans ce cas aussi les réponses proposées sont standardisées autant que possible pour que la codification reste simple. De la sorte, des relations d'ordre entre les propositions qui constituent les réponses ont été formulées du type « tout à fait d'accord », « d'accord », « pas du tout d'accord » et « ne se prononce pas ». L'échelle adoptée pour les données collectées est ordinale. Certaines questions demandent également des données de type numérique. Ces questions ont pour mission d'évaluer les effectifs et les équivalents temps pleins employés dans les services informatiques et en contrôle de gestion. Le questionnaire comporte aussi quelques questions ouvertes pour cerner le mieux possible la nature des projets en cours et leur traitement est abordé au chapitre six.

L'une des principales difficultés est de déterminer des questions qui puissent pleinement renseigner sur une situation tout en restant simple et compréhensible. Dans cette optique, la construction de notre questionnaire se fonde sur les préconisations formelles de Baumart, Donada, Ibert et Xuereb (2003). Les questions sont regroupées par thème. Trois thèmes sont mis en évidence : l'état des lieux du SPH, celui du SIH et enfin celui de la relation entre les deux. Pour chacun d'eux, les questions relativement simples sont posées avant d'aborder celles plus complexes. Enfin, afin d'éviter « l'effet de halo » (i.e. l'association entre une série de questions trop similaires), leur formulation est la plus variée possible. En termes de contenu des questions, le choix des questions était tout aussi délicat que pour leur forme. Comment en effet choisir les questions capables de faire connaître la situation de notre objet de recherche de manière exhaustive?

Une solution est envisageable : poser un grand nombre de questions et ainsi collecter un grand nombre de données. Néanmoins, cette option risque de pâtir d'un taux de retour faible. Aussi, privilégier un nombre réduit de questions permet d'accroître ce taux de retour, mais le choix des questions à poser devient parallèlement plus délicat. Comment procéder dans ces conditions ?

Identifier la personne à laquelle envoyer le questionnaire constitue un paramètre indispensable pour pouvoir déterminer le contenu général des questions. Cette thèse est une thèse en contrôle de gestion et son objet revient à se poser la question suivante : quelle est la situation informationnelle du contrôleur de gestion en milieu hospitalier ? Aussi, le destinataire du questionnaire est forcément la personne en charge du contrôle de gestion dans l'établissement destinataire du questionnaire.

Nous considérons par ailleurs que choisir les questions les plus pertinentes susceptibles d'apporter

le plus de données suppose d'avoir une connaissance aigüe du terrain d'investigation. De la sorte, il est alors possible d'identifier les problèmes qui se posent aux praticiens. Les questions à déterminer en priorité doivent donc selon ce principe être celles qui parvenaient à capter les problèmes actuels que les contrôleurs de gestion rencontrent dans leur travail quotidien au niveau des outils de pilotage qu'ils mobilisent et au niveau du SIH auquel ils sont confrontés. Dans ce travail de sélection et de choix, la recherche action menée conjointement à l'élaboration du questionnaire a été une aide méthodologique précieuse, notamment pour le prétest. Le directeur des finances de l'établissement où se déroule cette recherche est à cet effet sollicité et donne son avis aussi bien sur la forme que sur le contenu des questions.

#### **3.2.1.1.2. La constitution de l'échantillon**

La constitution d'un échantillon peut être réalisée par différentes méthodes. Parmi celles proposées par Savall et Zardet (2004), la méthode du choix raisonné semble la plus pertinente. Elle consiste à choisir les éléments de l'échantillon afin de respecter les critères que le chercheur s'est fixés. Aussi, en suivant ce principe, puisque la recherche action menée est dans un hôpital de court séjour, il est cohérent de limiter notre population aux hôpitaux de ce type qui sont également nommés « hôpitaux de type MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) ». C'est pourquoi, en suivant les critères de classification utilisés par l'Assurance Maladie, notre objectif est de constituer un échantillon représentatif de cette population. Nous reviendrons sur ce point au chapitre quatre, lors de l'analyse des données.

L'enquête par questionnaire est administrée par voie postale. Aussi, après avoir choisi la population-cible, il nous reste à créer une base de données regroupant les adresses de tous les hôpitaux de France de court séjour (en Métropole et en Outre Mer), c'est-à-dire les établissements de santé qui font de la Médecine, de la Chirurgie et/ou de l'Obstétrique. La base de données dans laquelle leurs adresses sont collectées est celle de la Fédération Hospitalière de France (FHF), qui regroupe les adresses de tous les établissements publics de santé. In fine la population cible compte 430 individus.

### **3.2.1.2. La diffusion du questionnaire**

Une fois la population choisie et les questions déterminées, le questionnaire est prêt pour être administré (3.2.1.2.1). Néanmoins, afin d'obtenir un taux de réponse satisfaisant, des relances s'avèrent souvent nécessaires (3.2.1.2.2).

#### **3.2.1.2.1. L'administration du questionnaire**

L'administration du questionnaire est prise en charge par l'hôpital hôte de la recherche action. Le principal écueil lors de cette phase risque d'être un taux de non-retour élevé (Savall et Zardet, 2004). Dans une telle situation, la représentativité des données collectées peut être sujette à caution.

Aussi, certaines précautions sont prises pour minimiser ce risque. Ainsi, une lettre d'accompagnement est jointe au questionnaire et la présentation des documents privilégie la clarté et la compréhension, conformément aux préconisations de Baumart, Donada, Ibert et Xuereb (2003).

Trois ressorts supplémentaires sont employés pour augmenter le plus possible le taux de retour. Premièrement, tous les répondants du questionnaire s'ils le désirent peuvent bénéficier d'une synthèse des résultats. Deuxièmement, l'adresse à laquelle ce questionnaire devait être renvoyée est celle de l'hôpital où se déroule la recherche action. De cette manière, les répondants potentiels ont une information importante sur le statut du chercheur : il est lui-même parti prenante au management hospitalier. De la sorte les barrières entre la sphère des praticiens et des théoriciens ont plus de chances d'être abolies . Par conséquent, les praticiens seraient plus enclins à répondre. Enfin, la période de diffusion est choisie de telle sorte que les contrôleurs de gestion et de manière plus générale les personnels des finances soient les plus disponibles possible. La fin de l'année est à proscrire, car il s'agit d'une période chargée où les états financiers (Bilan et compte de résultat) doivent être réalisés. Il nous sembla ainsi plus opportun de diffuser le questionnaire fin janvier, lorsque cette période de travail intense se termine. Les personnels des finances sont alors plus disponibles et ainsi plus enclins à répondre à ce type de questionnaire.

Au cours de cette première phase de diffusion du questionnaire, le taux de retour est relativement bon. En effet, durant les deux premières semaines, des réponses arrivent tous les jours au secrétariat de la direction de l'hôpital. Au bout d'un mois, le taux de répondants avoisine 15%. Néanmoins, par souci de traitement statistique et de représentativité de la population, il vaut mieux atteindre une centaine de retours. Aussi, le mécanisme de relance envisagé est mis en œuvre, cinq semaines après l'envoi postal du questionnaire. Le délai entre l'envoi et le début des relances est assez rapproché pour éviter de rappeler de manière détaillée l'objectif et le contenu du

questionnaire. Nous considérons en effet qu'à cette échéance, un certain nombre des personnes ayant eu le questionnaire en ont gardé quelques souvenirs. De la sorte, un gain de temps au niveau de nos rappels téléphoniques est escompté.

#### **3.2.1.2.2. Les relances réalisées**

Le procédé de relance choisi fut inspiré des pratiques téléphoniques en Marketing. À partir du fichier élaboré lors de la phase de réalisation du questionnaire, les différents répondants sont éliminés et ainsi le fichier des non-répondants est construit. Il sert de base aux relances téléphoniques. Ces relances comportent deux phases principales. La première phase permet au chercheur de présenter son rôle dans l'organisation et l'objectif du questionnaire. Cette phase se conclue systématiquement par la question suivante : « avez-vous eu mon questionnaire ? ».

La seconde phase de la relance dépend de la réponse à cette question. Compte tenu de la courte période séparant la diffusion et le début des relances, beaucoup d'interlocuteurs se souviennent de ce questionnaire (environ 80%). Aussi, cette seconde phase débute très souvent par une autre question : « souhaitez vous répondre à mon questionnaire ? ». Si les personnes ne se rappellent plus de lui, alors il leur est rappelé très brièvement (en une phrase élaborée préalablement) le contenu et l'objectif du questionnaire diffusé.

Dans la plupart des cas rencontrés (environ 90 %) que les gens se souviennent ou pas du questionnaire, les personnes interrogées sont tout à fait prêtes à y répondre. Mais très souvent aussi (environ 70%), les personnes interrogées ajoutent qu'elles risquent de ne pas avoir le temps de s'y consacrer. Afin de faciliter leur réponse, nous leur proposons de leur renvoyer le questionnaire par courriel. La plupart des personnes acceptent.

Au bout d'un mois et demi, lorsque tous les non-répondants de la base sont contactés, le taux de retour atteint 22,6 %, et le nombre de répondants avoisine la centaine (97). Ayant achevé la relance, il nous a semblé inutile de réaliser une seconde relance étant donné le taux de réponse satisfaisant obtenu.

La première lecture des résultats nous conforte dans l'acuité du problème que soulève notre objet de recherche au niveau des hôpitaux. Premièrement, outre le taux de réponse de 22,6%, 96 des 97 répondants demandent une synthèse des résultats. Quelques-uns rajoutent même des commentaires allant dans le sens d'un vif intérêt pour ce sujet. Ainsi, un contrôleur de gestion et un directeur d'hôpital se sont dits « très intéressés » par cette synthèse. De même, lors des relances téléphoniques, la plupart des interlocuteurs éprouvent un intérêt certain pour cette question. Plusieurs de nos appels ont duré beaucoup plus longtemps que prévu (parfois jusqu'à une heure) car les personnes contactées voulaient témoigner de leurs difficultés à exercer leur métier de contrôleur de gestion notamment du fait des problèmes de collecte de données. Le fait d'avoir

mené parallèlement une recherche action contribue fortement à ce résultat, car les questions posées sont nées des interrogations du chercheur immergé dans l'organisation en tant que contrôleur de gestion.

### **3.2.1.3. L'analyse des données recueillies**

Au terme de la diffusion des questionnaires et des retours (relances comprises) débute la dernière étape de l'enquête : l'analyse des données (3.2.1.3.1). Néanmoins la connaissance produite par ce moyen possède certes des avantages mais aussi certaines limites (3.2.1.3.2).

#### **3.2.1.3.1. Le traitement des données**

L'objectif du questionnaire est de présenter l'état des lieux de la relation entre SPH et SIH et ainsi de répondre à une des questions soulevées au terme du chapitre deux : quel est l'état actuel du SIH, du SPH et de la relation entre les deux ? Aussi, le traitement des données se veut avant tout descriptif. C'est pourquoi, aucun modèle statistique ni traitement élaboré (type Analyse Factorielle) ne sont réalisés. Dans cette optique, tous les traitements réalisés, le sont sous Excel et prennent la forme de « tris à plat » (analyse univariée). Après la phase de l'encodage des données, des pourcentages sont exprimés et visualisés grâce à l'assistant graphique d'Excel sous la forme d'histogrammes ou de « camemberts ». Les résultats de cette enquête fait l'objet du chapitre suivant.

#### **3.2.1.3.2. Avantages et limites du questionnaire**

Baumart, Donada, Ibert et Xuereb (2003) identifient trois grands avantages à ce type collecte des données. Premièrement, il s'agit d'un des modes de collecte de données primaires les plus efficaces. Ce questionnaire a en effet permis de produire des connaissances inédites sur l'objet de recherche étudié. En outre, un questionnaire offre la possibilité de standardiser et de comparer les données. Ainsi, la relation entre système d'information et système de pilotage au niveau des hôpitaux ainsi que l'état de développement des outils de gestion peut être comparé avec un autre secteur d'activité ou un autre type d'organisation. Dans le cadre d'un suivi de mémoire, il nous a été ainsi possible de comparer la situation des hôpitaux (grâce à un questionnaire) avec celui des cliniques. Enfin, une enquête par questionnaire préserve l'anonymat des sources de données.

Néanmoins, ce type d'investigation comporte aussi certains inconvénients comme le rappellent Savall et Zardet (2004). Premièrement, le caractère des données collectées est sommaire. Il est ainsi difficile d'apprécier grâce à notre questionnaire les mécanismes à l'œuvre lors de la transformation du système de SPH et ainsi d'apprécier ses relations avec le SIH. Il donne un instantané de la situation à un moment donné. Deuxièmement, un questionnaire est soumis au « biais du déclaratif ». Il est en effet impossible de savoir si ce qui a été renseigné dans le questionnaire est exact. Le chercheur est contraint de faire confiance aux personnes qui l'ont

rempli. Enfin, il s'agit d'un moyen de collecte de données qui manque de flexibilité après son administration. Une fois envoyé, le contenu du questionnaire ne peut plus être modulé. Or dans le processus de recherche, d'autres questions peuvent émerger. Cette situation est particulièrement vraie si le chercheur est immergé dans un terrain d'observation scientifique particulier, comme dans le cadre d'une recherche action.

Ces trois inconvénients conduisent à compléter ce type d'investigation par un autre afin de les contrebalancer. La recherche-action constitue une méthodologie complémentaire pertinente. Par une immersion prolongée, le chercheur peut en effet collecter des données beaucoup plus exhaustives que celles recueillies par un questionnaire. De même, étant immergé dans l'organisation, il peut davantage vérifier les déclarations des acteurs. Enfin, il peut évaluer lui-même sur le terrain les questions soulevées au fur et à mesure du déroulement des tâches réalisées pour l'organisation. Néanmoins, il n'existe pas un seul type de recherche action. L'objet du paragraphe suivant est de choisir et justifier compte tenu des caractéristiques de l'objet de recherche étudié, une modalité de recherche action envisageable.

### **3.2.2. Une recherche intervention pour comprendre les mécanismes du processus de changement**

Les enseignements du chapitre deux incitent à réaliser une étude approfondie de l'objet de recherche. Les mécanismes qui l'animent sont en effet mal connus, même si certains auteurs (Doolin 2004 notamment) mettent en évidence des facteurs de résistance importants qui risquent de perturber la relation dynamique entre SIH et SPH. Par conséquent parallèlement à l'enquête par questionnaire, une étude plus approfondie qualitative est menée pour pouvoir enrichir le corpus de connaissances sur ce type de relation, appréhendé comme un cas particulier de changement organisationnel. Néanmoins, il existe plusieurs types de recherche action (3.2.2.1). C'est pourquoi, un choix a dû être effectué compte tenu de la nature de l'objet de recherche (3.2.2.2). Par ailleurs, dans le cadre de ce type de recherche, ce sont des données qualitatives qui sont collectées. Or ce type de données suppose une logique d'organisation pour pouvoir être exploitées. Cette logique de présentation est exposée dans le dernier paragraphe de cette section (3.2.2.3.).

#### **3.2.2.1. Les différentes formes de recherche-action**

Les approches « changer pour connaître » sont multiples. Allard Poesi et Perret (2003) distinguent trois formes principales de recherche action : la recherche action lewinienne (3.2.2.1.1), l'action science (3.2.2.1.2) et la recherche intervention (3.2.2.1.3).

##### **3.2.2.1.1. La recherche action lewinienne**

Elle peut être définie comme « une recherche comparant les conditions et les effets des différentes formes d'action sociale » (Lewin, 1946). La recherche action dans cette perspective consiste à préparer un groupe au changement. Ce premier type de recherche-action part du postulat suivant : c'est par la confrontation des personnes aux problèmes des autres que les attitudes sont susceptibles d'évoluer. Elle est par conséquent fortement imprégnée de psycho-sociologie (Savall et Zardet, 2004). Par ailleurs, l'action et l'expérimentation sont perçues comme moyen de production de connaissances sur l'organisation (Nobre, 2006).

##### **3.2.2.1.2. L' « action-science »**

Dans cette approche de la recherche action, une importance plus grande est donnée à l'expérimentation. En développant « l'action science », Arygris (1985) modifie ainsi le rôle du chercheur dans l'organisation par rapport à la recherche action lewinienne. Tandis que dans « l'action research » de Lewin, il est relativement neutre, dans « l'action science », ce dernier participe activement au changement. Il en est l'un des auteurs, par sa fonction de conseil et d'expérimentateur et, en mettant en mouvement l'organisation, il contribue au processus de

production de connaissances en sciences de gestion (Savall et Zardet, 2004). Cette démarche impose une rigueur au chercheur tant au niveau des protocoles expérimentaux qu'au niveau de l'analyse des liens entre les résultats obtenus et les changements mis en oeuvre (Nobre, 2006).

### **3.2.2.1.3. La recherche intervention ou recherche ingénierique**

Ce type de recherche action est le fruit de travaux d'auteurs francophones tels que Chanal et al.(1997) ou Claveau et Tannerie (2002) qui emploient le terme de recherche ingénierique. D'autres auteurs comme David et al. (1997), Hatchuel (1994) ou Savall (1989), dénomment ce type de recherche action « recherche intervention ». En dépit d'appellations différentes, certains points communs notables peuvent être mis en évidence. Ainsi, Nobre (2006) montre que l'objet à étudier est construit grâce à la compréhension des représentations des acteurs d'une part et par « la confrontation des connaissances théoriques avec le problème de terrain » d'autre part. Par ailleurs, la recherche intervention a pour objet l'étude des outils de gestion et consiste à étudier leur implémentation et leurs effets sur l'organisation (Allard-Poesi et Perret ,2003). L'apprentissage croisé qui s'opère est alors créateur de connaissances, puisque de nouvelles occurrences d'invention sont créées (Savall et Zardet, 2004).

Globalement, les différentes modalités de recherche action permettent d'analyser en profondeur les mécanismes à l'œuvre dans une organisation. Mais, outre le caractère contextuel des données recueillies, toutes ces formes de recherche action sont très « chronophages » (Nobre, 2006). Tout d'abord, les temps d'approche et de négociation de l'intervention peuvent être très longs. Ensuite, le temps d'immersion du chercheur est tributaire de l'observation des conséquences des changements induits. Enfin, la prise de recul nécessaire suppose l'organisation des données de terrain pour qu'elles soient vecteurs de connaissances sur l'organisation. Aussi, il est difficile de choisir une approche en recherche action par rapport à une autre en fonction de leurs avantages et inconvénients respectifs. Le choix d'un type de recherche action dépend plutôt de l'objet étudié. Le paragraphe suivant a pour objet de justifier l'approche adoptée pour étudier la relation dynamique entre SPH et SIH.

### **3.2.2.2. La recherche intervention, une analyse de long terme en profondeur et dynamique**

Compte tenu des enseignements du chapitre deux, la relation dynamique entre SPH et SIH est peu appréhendée sous l'angle des outils de gestion. Or, comme le souligne David (1998), les outils de gestion sont vecteurs de changement. Appréhender cette relation sous cet angle s'inscrit donc pleinement dans l'objet de la recherche action. Par ailleurs, notre objet de recherche touche en profondeur les mécanismes internes de l'hôpital (notamment via les jeux de pouvoir, comme l'ont souligné Doolin, 2004 ainsi que Kohli et Kettinger, 2004). Le chercheur dans cette optique ne peut pas être un simple observateur. Afin de faciliter les changements dans un secteur public emprunt de résistances aux changements (Bartoli, 2004 ; Doolin, 2004 ; Kohli et Kettinger, 2004), il est obligé de s'impliquer comme agent de changement par la promotion d'outils de gestion nouveaux. L'action science ou la recherche ingénierique sont par conséquent à privilégier par rapport à la recherche action lewinienne. Parmi ces deux types de recherche action, la recherche ingénierique considère que l'objet de recherche est lui-même construit (Nobre, 2006). Or, l'objet de recherche de cette thèse a été mis en évidence par induction via le chercheur en situation. Sa mission initiale était d'implémenter des outils de gestion dans une organisation hospitalière. Et c'est par la confrontation des connaissances théoriques avec le problème identifié sur le terrain (le problème de la collecte des données pour le pilotage hospitalier) que la relation dynamique entre SPH et SIH est mise en évidence comme objet de recherche. En outre, le travail réalisé sur le terrain consiste à introduire ou améliorer des outils de gestion.

C'est pour ces raisons que cette recherche s'apparente à une Recherche-Intervention d'essence « ingénierique ». La réalité peut alors être appréhendée comme un construit, puisque « nous n'en avons que des représentations construites parce qu'en sciences de gestion les acteurs y compris les chercheurs la construisent ou aident à la construire » (David, 2000). Néanmoins, il reste à déterminer un moyen d'ordonner les données recueillies lors de cette recherche intervention. Le paragraphe suivant présente la méthode que nous avons choisie pour répertorier ces données.

### **3.2.2.3. Une collecte des données de terrain d'essence constructiviste basée sur la notion d'hypothèses**

Analyser les changements organisationnels suppose l'adoption d'une logique d'organisation des données rigoureuse. Cette section présente une typologie possible de collecte des données. Conformément aux critères de Burgelman cité en introduction, ce travail se veut à la fois descriptif, explicatif et prescriptif. L'objet de recherche étudié est en effet décrit, une interprétation des phénomènes observés est avancée et des actions ou des transformations visant à modifier l'état des choses observées sont proposées. L'objectif de ce travail est donc de proposer un état préférable, c'est-à-dire réaliste et exploitable par les utilisateurs attentifs aux apports de la connaissance scientifique.

Dans l'introduction de ce travail, une hypothèse centrale a été constituée. Elle correspond à la proposition que nous désirons démontrer. Les thèmes qui y sont abordés sont définis. En adoptant la méthodologie proposée par Savall et Zardet (2004), l'organisation des données collectées sur le terrain peut être formulée sous forme d'hypothèses. L'objet étudié en sciences de gestion est un objet complexe dont les multiples facettes ne sont pas observables facilement.

Les données collectées ont donc un caractère subjectif. Ainsi, les observations collectées par un chercheur dans cette perspective ne sont pas la vérité mais des conjectures concernant l'explication ou la possibilité d'un événement, c'est-à-dire des hypothèses (Le Robert, 1995). Compte tenu du caractère des données collectées, le positionnement épistémologique de cette thèse ne peut être positiviste.

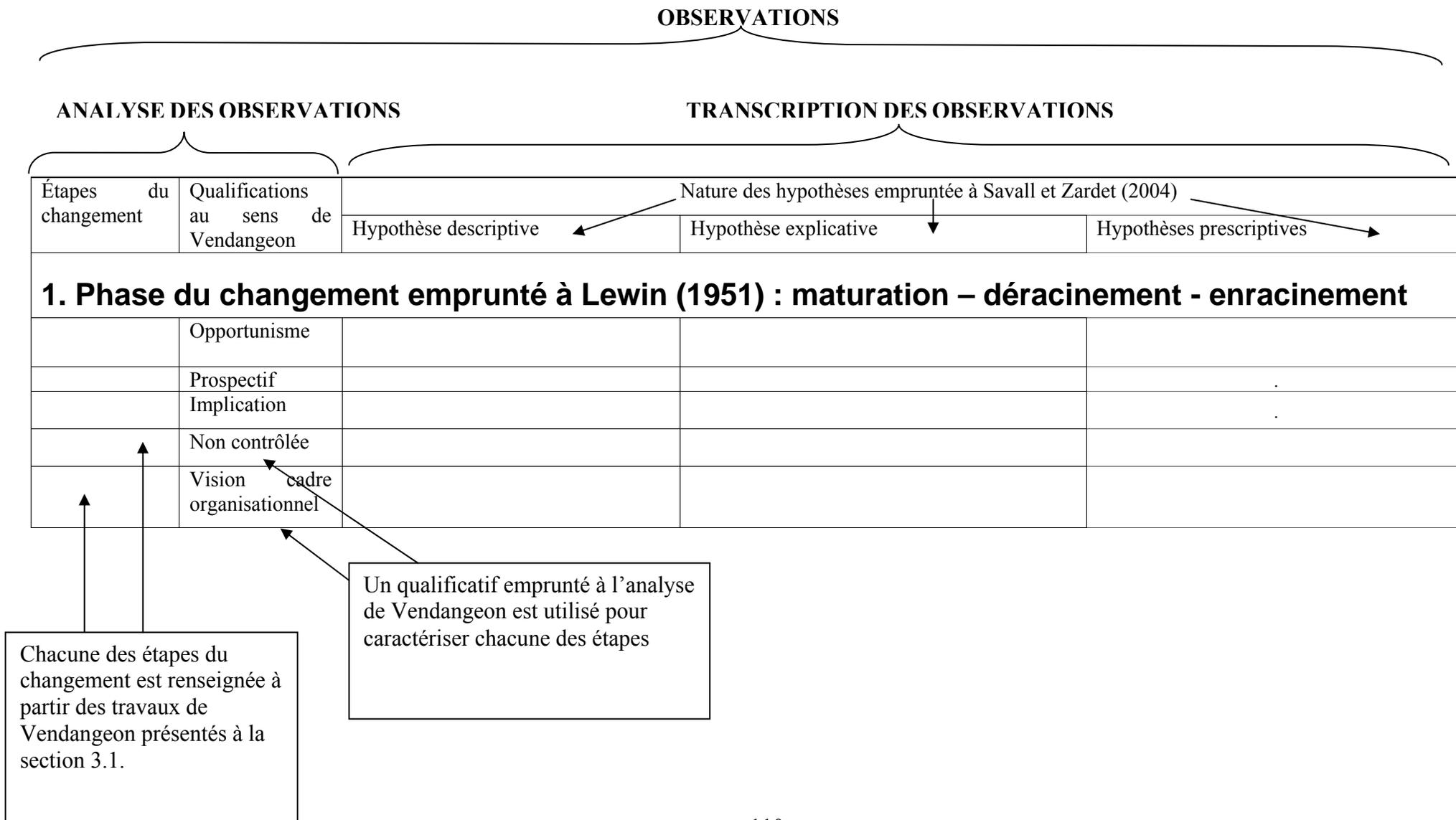
Le chercheur interprète des faits qu'il observe pour constituer ses hypothèses. Aussi, il emprunte une vision du monde de nature constructiviste puisqu'il suppose que la réalité est socialement construite, et qu'elle interfère avec son objet de recherche (Usunier, 1993 et Igalens, 1998). Dans cette perspective, le chercheur emprunte un positionnement épistémologique constructiviste, voire interprétativiste. Le chercheur participe en effet en tant qu'acteur interne à part entière puisqu'il mène une Recherche Action (comme stipulé en introduction), mais parallèlement il interprète les faits (Perret et Séville, 2003). Aussi, son positionnement épistémologique est à la fois interprétativiste et constructiviste, mais la vision de l'organisation est foncièrement constructiviste.

Les différentes hypothèses formulées à partir du terrain sont organisées en triptyques. Les phénomènes observés sont tout d'abord rapportés et cette représentation prend ainsi la forme d'une hypothèse descriptive. Ensuite, ce même phénomène est interprété et une voire plusieurs hypothèses explicatives sont constituées. Enfin, une réponse est apportée au phénomène décrit, en

fonction de l'interprétation qui en est faite. Ce qui conduit à la constitution d'une hypothèse prescriptive. Ce type de raisonnement permet de capter de manière rigoureuse la complexité du terrain de recherche (Savall et Zardet, 2004). L'organisation des données en triptyques d'hypothèses constitue ainsi un moyen pertinent pour produire de la connaissance. Il peut par conséquent être utilisé pour compléter utilement la grille de lecture des changements conçue à la section 3.1.

Cette organisation des données permet en effet de transcrire les observations en distinguant ce qui est observé (hypothèses descriptives) et son explication (hypothèses explicatives). La figure 3.7 correspond à la version finale des tableaux qui nous a permis de retranscrire et analyser nos données. Elle correspond à la figure 3.6 enrichie par l'organisation des données selon le principe des hypothèses descriptives explicatives.

**Figure 3.7 : version opérationnelle de la grille d'analyse des données issues de la recherche intervention**



### **3.3. Le champ d'action du chercheur**

Les deux sections précédentes ont permis de préciser le cadre théorique et la méthodologie adoptée pour observer notre objet de recherche. Or le chercheur peut voir une plus ou moins grande latitude d'action sur la transformation du SPH ou l'évolution du SIH. Et ceci est d'autant plus le cas dans le cadre d'une recherche intervention. C'est pourquoi, il convient tout d'abord de préciser quelle a été l'implication du chercheur vis-à-vis de son terrain (3.3.1.) ainsi que de présenter les outils de gestion sur lesquels il est intervenu (3.3.2.).

#### **3.3.1. Le positionnement du chercheur dans l'organisation**

Situer le chercheur dans l'organisation implique tout d'abord la présentation du cadre général de son travail (3.3.1.1.). Ensuite, une fois les projets sur lesquels il a travaillé connus, il convient de préciser la latitude d'action dont il a été investi, c'est-à-dire l'étendue de ses responsabilités dans les différents projets auxquels il a pris part (3.3.1.2.).

##### **3.3.1.1. La place du chercheur dans l'organisation**

Comprendre sa place dans l'organisation implique dans un premier temps la compréhension de l'environnement dans lequel le chercheur est immergé (3.3.1.1.1.) ainsi que l'organisation du cadre de son travail lui-même (3.3.1.1.2.).

###### **3.3.1.1.1. Le contexte organisationnel**

Comprendre l'environnement de travail du chercheur, il faut tout d'abord caractériser l'établissement hospitalier dans lequel se déroule la Recherche Intervention et décrire son environnement de travail quotidien, c'est-à-dire le service des finances.

###### **- Présentation générale de l'établissement**

L'établissement dans lequel la recherche intervention a lieu comporte quatre cent vingt-cinq lits. Il pratique aussi bien des activités de Médecine, d'Obstétrique que de Chirurgie. Cent quatre-vingt lits sont consacrés à la Médecine, soixante treize à la Chirurgie et trente deux à l' Obstétrique Parallèlement à ces activités de court séjour, il se charge aussi d'une prise en charge de type long séjour (maison de retraite). À peu près mille personnes y travaillent dont près de la moitié sont des personnels soignants ou médicaux. Il s'agit donc d'un hôpital de taille moyenne avec des activités représentatives des établissements de type MCO.

Cet établissement est assez proche du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la capitale régionale. Cette situation explique notamment un « taux de fuite » des patients jugé élevé. Les personnes au voisinage de cet hôpital, préférant généralement aller au CHU. Néanmoins, cet effet

négatif est un peu corrigé par la venue de patients de la région voisine. Ces derniers sont contraints de venir dans cet hôpital faute d'une structure régionale de type MCO proche de chez-eux. L'établissement où s'est déroulée la recherche intervention bénéficie ainsi de sa situation géographique limitrophe d'une région où il ne subsiste plus de structures de type MCO à proximité.

Les patients de l'hôpital sont essentiellement d'origine rurale et assez âgés. Néanmoins, depuis quelques années son activité maternité connaît un regain certain. Parallèlement, des liens existent avec un établissement de type « long séjour », puisque cet établissement de soin sous-traite son activité blanchisserie à l'hôpital.

Par ailleurs, sa situation financière est en voie de dégradation. Réputé notamment pour la gestion rigoureuse de son endettement, des investissements conséquents en Imagerie l'ont contraint pourtant à accroître significativement sa dette. Parallèlement, son activité tend à stagner, voire à diminuer, même si une reprise sensible de l'activité est constatée en 2005. La situation financière de cet établissement peut ainsi être qualifiée de fragile.

Cette situation pousse le directeur des finances à développer le suivi de l'allocation et de la consommation des ressources de l'hôpital. Cette prise de conscience le conduit ainsi à engager des transformations du système de pilotage de l'établissement, ainsi que des évolutions au niveau de son système d'information. C'est dans ce contexte, que notre expérimentation débute fin 2005. Il est convenu avec le directeur des affaires financières d'une présence de deux jours par semaine dans le cadre d'un contrat de recherche sur une durée de trois ans. Plusieurs projets sont d'ores et déjà programmés tant au niveau du système de pilotage que du système d'information. Certains sont même déjà entamés.

#### **- Présentation du service des finances**

Le cadre de travail du chercheur se déroule au sein même du service des finances. Il est considéré comme un membre à part entière du service. Lors de notre venue, la situation initiale de ses acteurs peut être analysée comme suit. Au nombre de quatre, leur présence dans l'hôpital s'avère assez disparate. Tout d'abord, le directeur des affaires financières actuel est à la tête du service depuis cinq ans. Il est aidé par trois collaborateurs. Deux d'entre eux travaillent dans l'hôpital depuis plus de 20 ans. L'une d'elle s'occupe de valider les titres de recettes. Cette opération permet au trésorier de donner son aval pour l'exécution des dépenses et la mise en paiement des recettes. L'autre personne s'occupe notamment du suivi des budgets, de l'enregistrement des dépenses et des recettes et d'une partie des activités de comptabilité analytique (les budgets notamment). Arrivé dans le service depuis environ cinq ans à l'instar de la personne chargée de la validation de titres de recettes, elle connaît parfaitement les logiciels à sa disposition et a conservé

des liens privilégiés avec les personnes des services économiques qu'il aide régulièrement pour l'enregistrement des factures.

La quatrième personne du service y est depuis un an. Auparavant, elle était à la tête d'un service dans un grand hôpital de la région réputé pour son excellente gestion. Hormis le directeur des finances, il s'agit de la seule personne détentrice d'un concours de la fonction publique hospitalière. L'une de ses grandes ambitions est d'appliquer à cet hôpital les préceptes de management en cours dans son ancien établissement. Le profil de son poste doit notamment l'amener à s'occuper de la comptabilité analytique.

Les relations qu'entretiennent ces différents acteurs entre eux sont assez complexes. Ainsi, la personne en charge des finances depuis vingt ans ne veut pas partager son travail avec la nouvelle venue. Cette dernière aimerait accroître ses responsabilités, mais est perçue comme un danger. Elle pourrait, compte tenu de son grade, à terme lui laisser uniquement les tâches subalternes. Le directeur des finances semble ignorer ces problèmes, mais il est impossible de savoir si cette méconnaissance des faits est feinte ou réelle. Il n'en parle jamais et présente son équipe comme soudée autour de projets communs et qui font consensus.

#### **3.3.1.1.2. Le chercheur dans l'organisation**

Compte-tenu de ce contexte, quel a été notre rôle dans la vie du service des finances ? Cette seconde section a pour objet de répondre à cette question. Nous avons été tout d'abord investis de différentes missions, qui ont supposé une organisation du travail spécifique.

##### **- Les missions du chercheur**

C'est dans ce contexte que les missions du chercheur sont définies entre lui et le directeur des finances lors d'une réunion le premier jour de son intervention. Il s'agit premièrement de fournir de la documentation théorique au service. Cette tâche est jugée indispensable pour A, car elle privilégie une mise en place d'outils de pilotage par capillarité, c'est-à-dire des projets largement orientés par des décisions internes. En outre, A éprouve un vif intérêt pour les méthodes de gestion innovantes et de ce fait désire « se tenir informé des nouveautés et ainsi éventuellement juger de leur applicabilité pour l'hôpital ».

Deuxièmement, parallèlement à cette tâche d'investigation théorique, il nous est demandé de contribuer à l'implémentation des projets envisagés. Le travail à accomplir prend ainsi la forme d'une partition qui doit être interprétée dans un contexte donné. À l'instar des travaux de Feldman et Pentland (2003) sur les routines organisationnelles, la mise en œuvre de ces projets peut être comparée à l'interprétation d'une partition. Le projet de mise en place de l'ABC correspond ainsi à la partition, c'est-à-dire les actions d'implémentation décrites dans un contexte général. Sa mise en œuvre effective correspond à la routine en action, c'est-à-dire l'interprétation de la partition

« ABC » dans le contexte hospitalier. À l’instar d’une partition de jazz, il est même fort possible de recourir à l’improvisation comme le souligne Bourdieu (1977, 1990) au niveau des pratiques. Tous les projets menés dans le cadre de cette recherche intervention l’ont été dans cet esprit : l’interprétation d’une partition déjà écrite. De ce fait, l’application des principes du NPM s’est concrétisée non pas par une création d’outils mais par une adaptation, voire une « interprétation » de ces outils de pilotage compte tenu des spécificités mais aussi des contraintes rencontrées dans cet hôpital.

#### **- L’organisation du travail**

Dans cet esprit, le travail de terrain prend la forme d’une assistance méthodologique d’une part et d’un travail de contrôleur de gestion à part entière d’autre part.

L’assistance méthodologique est non seulement en direction du directeur mais également auprès des autres membres du service. Elle consiste notamment à faire connaître davantage certains outils de pilotage introduits par catalyse réglementaire. Ainsi, dans le cadre de l’EPRD , les notions de Besoin en Fonds de Roulement et de Tableau de Financement sont expliquées. De même, les principes du Balanced Scorecard sont présentés non seulement au service mais également à la direction générale et aux services intéressés. La fonction de contrôleur de gestion à raison de deux jours par semaine constitue la seconde forme prise par le travail de terrain. En tant que membre du service des finances, nous avons été directement impliqué dans le déroulement des projets d’introduction des outils de pilotage que ce soit ceux par catalyse réglementaire et ceux par capillarité. Mais des missions ponctuelles d’analyse sont également réalisées. Dans ce cadre, le directeur des affaires financières désire notamment connaître les « parts de marché » de son hôpital. A partir des données fournies sur le site de l’ARH, elles ont pu être réalisées. De même, une analyse régulière des écarts entre les données fournies par l’EPRD et les données réelles est réalisée avec la participation des autres personnes en charge de ces missions.

Ces différentes tâches sont accomplies avec une autonomie plus ou moins importante. Le paragraphe suivant a pour objet de décrire le champ d’action des missions réalisées.

### **3.3.1.2. La délimitation de son champ d'action**

Une fois le cadre général établi, il convient de préciser que sa latitude d'action n'est pas homogène. Cette latitude d'action est globalement plus importante au niveau de l'introduction de nouveaux outils de pilotage (3.3.1.2.1.) par rapport à l'évolution autonome du SIH ainsi qu'aux changements sur outils de pilotage existants (3.3.1.2.2.).

#### **3.3.1.2.1. Une autonomie relative pour l'introduction des outils de pilotage**

Cette plage d'autonomie qui nous est concédée est assez étendue dans le cadre des outils introduits désirés par l'hôpital. Elle l'est beaucoup moins dans le cadre des outils introduits par catalyse réglementaire. Les projets d'introduction par capillarité sont en effet conduits avec une large autonomie, tandis que ceux introduits par catalyse réglementaire sont plutôt dirigés.

##### **- Une large autonomie pour l'implémentation des outils introduits par capillarité**

Une telle approche est motivée par l'environnement. Certains services qui se disaient intéressés ne se sont plus manifestés. La partition initialement écrite n'était en effet pas celle effectivement interprétée (Feldman et Pentland, 2003). Pour relancer ce type de projet, une recherche d'opportunités au gré des services et de leurs besoins s'impose pour poursuivre l'expérimentation. L'objectif affiché reste néanmoins le même : étendre progressivement les outils de pilotage à tout l'établissement (« effet tache d'huile »).

Au niveau de la mise en place des outils de pilotage par capillarité, l'autonomie concédée est ainsi assez étendue. Le directeur des finances joue néanmoins un rôle majeur dans la démarche. Il est l'instigateur des prises de contact avec les services susceptibles d'être intéressés. Mais notre liberté d'organisation du travail est totale, aussi bien au niveau de la recherche des données nécessaires qu'à celui de l'organisation du travail avec les services candidats.

### - **Une autonomie restreinte pour les outils introduits par catalyse réglementaire**

Au niveau de l'introduction des outils par catalyse réglementaire, le cadre de ces outils ainsi que leur échéancier d'implémentation dépend des tutelles. Aussi, la liberté de travail est moins importante par rapport aux outils introduits par capillarité. En outre, alors que nous étions seul sur les projets d'introduction d'outils par capillarité, la mise en œuvre de ce type d'outils de pilotage prend la forme d'un travail collectif avec un encadrement plus suivi du directeur des affaires financières. Le cadre de travail est ainsi prédéfini par les tutelles et la créativité des personnels de la DAF est restreinte. Néanmoins, les ordonnances et règlements sur l'outil laissent une marge d'interprétation. Toute règle ne peut prévoir l'intégralité des modalités possibles de son application (Crozier, 1963). Pour cet auteur, ces plages d'autonomie permettent d'exercer un pouvoir parallèle sur d'autres catégories d'acteurs. Mais, au niveau de l'introduction observée des outils de pilotage par catalyse réglementaire, ces plages d'autonomie peuvent être considérées comme des moyens pour expérimenter des méthodes non prévues par le ministère susceptibles de compléter le cadre général de l'outil de pilotage. Cet aspect illustre à nouveau la notion d'interprétation d'une partition déjà écrite développée précédemment à partir des travaux de Feldman et Pentland (2003).

#### **3.3.1.2.2. Une application stricte des directives au niveau du logiciel et des outils existants**

La plage d'autonomie concédée pour les changements sur les outils existants ou sur le changement du logiciel de gestion est inexistante. Dans ce cadre, notre travail est celui d'un simple exécutant. Deux raisons peuvent être avancées pour comprendre cette situation.

Tout d'abord lorsque le travail de terrain débute dans cette structure, les transformations désirées sur les outils existants sont déjà planifiées. Seules les réunions d'information sur les changements voulus sont encore à programmer. Dans ce cadre, c'est la personne arrivée depuis un an dans le service qui se charge de la gestion de ces projets. En concertation avec le directeur et elle, nous avons néanmoins participé aux réunions préparatoires pour identifier les personnes à impliquer dans ces projets. Néanmoins, il est très difficile d'identifier les personnes clés des projets lorsque l'on vient d'arriver dans une structure inconnue. Aussi, le travail réel dans le cadre de ces projets prend la forme d'un travail de secrétariat (élaboration et envoi des courriels pour définir une date pour la première réunion notamment).

Deuxièmement, au niveau du changement de logiciel, c'est le Groupement d'Intérêt Public (GIP) qui se charge de son implémentation. La direction de l'hôpital émet ses besoins et le groupement propose des solutions pour y répondre, son service informatique se contentant d'assurer la continuité entre l'ancien logiciel et le nouveau. De même, la direction des affaires financières

attend beaucoup de ce changement, mais la dimension technique du logiciel n'est pas de son ressort. Dans ce cas, notre rôle est plutôt limité.

### **3.3.2. Les outils de gestion observés**

Les outils de gestion étudiés sont à la fois des outils de pilotage (3.3.2.1.) et un logiciel de gestion (3.3.2.2.).

#### **3.3.2.1. Les outils de pilotage**

Les outils de pilotage observés sont les suivants: les outils existants (3.3.2.1.), les outils introduits par catalyse réglementaire (3.3.2.2.) et enfin ceux introduits de manière spontanée par capillarité (3.3.2.3.).

##### **3.3.2.1.1. Les outils existants**

Deux outils de pilotage existaient déjà avant l'intervention : le fichier structure, qui correspond au découpage médico-économique et la démarche budgétaire.

###### **- Le fichier structure**

Le fichier structure a pour principale mission d'imputer les charges et recettes constatées au cours de l'exercice comptable. Il est ainsi régi par des clés d'imputation. Pour les personnels des différents services, les charges imputables sont ainsi le temps théorique consacré aux différentes Unités Fonctionnelles (UF) dans lesquelles ils interviennent.

Cette notion d'UF est très importante dans le découpage du fichier structure. Il s'agit de son maillon fondamental. La conception qui prévaut pour ce type de découpage est à la fois fonctionnelle et médicale. Il s'agit par conséquent d'un compromis entre des conceptions médicales et des conceptions gestionnaires du découpage de leur activité. Les UF sont regroupées en Services. Dans ce cas également le découpage permet une identification à la fois médicale et économique (gestionnaire). Néanmoins, dans ce cas, des considérations de gestion interne existent au détriment d'une approche fonctionnelle.

###### **- La démarche budgétaire**

La démarche budgétaire s'appuie sur le fichier structure pour faire ses prévisions. Le mécanisme utilisé prend également appui sur la dotation globale. Ce principe de financement est en voie d'être substitué par la T2A. Chaque année, les tutelles allouent aux hôpitaux une enveloppe budgétaire qui assure leur fonctionnement. Cette part de financement diminue régulièrement au profit de la T2A. Néanmoins, pour la part de financement sous Dotation Globale appelée depuis la promulgation de la T2A Dotation Annuelle Complémentaire (DAC), le montant de cette enveloppe est toujours déterminé par un taux directeur basé sur le taux de croissance du Produit National Brut. La personne chargée des budgets révisé les sommes allouées aux différents

services, UF par UF, en tenant compte de l'évolution du taux directeur de la DAC.

### **3.3.2.1.2. Les outils introduits par catalyse réglementaire**

Deux implémentations d'outils introduits par catalyse réglementaire sont étudiées : l'Évaluation Prévisionnelle des Recettes et des Dépenses et la méthode de calcul des coûts de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

#### **- L'Évaluation Prévisionnelle des Recettes et des Dépenses (EPRD)**

Le processus budgétaire présenté précédemment est normalement en passe de disparaître au profit de l'EPRD. Ce dernier peut être considérée comme le passage d'une culture budgétaire à une culture financière. Son entrée en vigueur date du début de l'exercice 2006. Il a été promulgué par le décret du 30.11.05 et la circulaire du 2.12.05. Son champ d'application concerne tous les établissements de santé antérieurement financés par Dotation Globale y compris ceux qui ne relèvent pas d'un financement à l'activité (T2A). Le contenu de l'EPRD a déjà été sommairement présenté au chapitre deux. Rappelons simplement qu'il consiste en un suivi prévisionnel des dépenses et des recettes et comprend deux parties distinctes.

La première, d'inspiration financière, est composée de deux volets. Le premier comprend un compte de résultat prévisionnel et le second, un tableau de financement prévisionnel. Ce tableau de financement permet notamment de déterminer la capacité ou l'insuffisance d'autofinancement et d'analyser la variation du fonds de roulement.

La seconde partie de l'EPRD prend la forme d'un suivi budgétaire. La contrepartie à une plus grande liberté de gestion accordée aux directions des affaires financières se traduit en effet, dans le cadre du plan hôpital 2007, par la réalisation obligatoire d'une comparaison prévisions/réalisations de l'activité, des recettes et des dépenses. Par ailleurs, la circulaire du 11.08.06, oblige les hôpitaux à fournir une information quadrimestrielle à l'ARH sur le suivi de l'exécution de l'EPRD. Enfin, si les écarts entre les réalisés et le prévisionnel sont jugés trop importants, l'EPRD initiale doit être modifiée en conséquence. L'EPRD prend ainsi dans son suivi la forme d'un processus budgétaire glissant, qui doit être validé par l'ARH.

### **- La méthode de calcul des coûts de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)**

Cette méthode s'inscrit dans les lois de décentralisation du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Par cette loi, la Région devient compétente pour le financement des formations initiales paramédicales et de sages femmes dès lors que ces formations sont dispensées par un établissement public. Elle devient également compétente pour le financement des charges pédagogiques et administratives des formations initiales sociales agréées par la région.

Le Conseil Régional, désireux d'appréhender les situations des établissements de santé de manière homogène dans le cadre de ses nouvelles compétences, sollicite un cabinet de conseil chargé de développer un outil de pilotage spécifique pour les IFSI des hôpitaux de la région. C'est dans ce cadre qu'une méthode de calcul de coût des prestations est élaborée courant 2007. Sa structure est composée de trois volets complémentaires. Le premier représente les charges par nature, basé sur le plan comptable applicable dans l'établissement. Le second organise les recettes reçues. Le troisième nommé « annexes » a pour objet d'appréhender à partir d'informations non financières la situation particulière de l'établissement. Un principe de base régit toute cette méthode : le passage des charges et produits par nature aux charges et produits par destination. De la sorte, ce document permet non seulement de déterminer des coûts par prestation, mais également de faire le lien entre l'organisation des charges et produits de la comptabilité générale et celle de la comptabilité analytique. Le cabinet de conseil clôtura ses travaux par une présentation au Conseil Régional courant avril 2007 et diffusa un guide aux différentes directions des affaires financières des hôpitaux en septembre 2007.

#### **3.3.2.1.3. Les outils introduits de manière spontanée**

Introduire des outils de pilotage par ce moyen suppose de s'assurer de leur pertinence pour l'organisation. Cette section a pour objet de savoir si les outils choisis par la direction sont jugés pertinents par la littérature. Ces deux outils de pilotage sont l'Activity Based Costing et le Balanced Scorecard. Après une brève description du contexte dans lequel ils sont implémentés, une définition de ces outils est proposée. Enfin, l'analyse de leur pertinence pour le contexte hospitalier est réalisée.

#### **- L'Activity Based Costing (ABC)**

L'ABC fait partie des outils de contrôle de gestion que Bourguignon (2003) qualifie d'innovants, et qui selon elle contribue à transformer le système de pilotage des organisations. Ce paragraphe débute par une brève définition de cet outil, se poursuit par la présentation du contexte dans lequel elle est envisagée et se termine par une analyse de la littérature dont l'objet est de confirmer que le choix de cet outil par la direction des finances de l'hôpital étudié est pertinent .

La méthode ABC (Activity Based Costing) s'appuie sur la notion de processus et se base sur son maillon fondamental: l'activité (Lorino, 2000). C'est à partir de ce maillon qu'elle va estimer les consommations de ressources. À chaque activité va être identifié un inducteur dont l'objectif est d'expliquer l'évolution des coûts au niveau de cette activité. Elle prend appui sur le principe suivant: les activités consomment les ressources et les produits (i.e. les objets de coût) consomment les activités (Alcouffe, Berland et Levant, 2003). Cette méthode adopte ainsi une vision transversale de l'organisation et permet de décloisonner les services. De ce fait, elle permet de réaliser un contrôle par les ressources et les processus, puisqu'elle rend compte des pratiques des acteurs de l'organisation. Cette méthode a pour mission le pilotage des coûts (Kaplan, 1995).

Le premier outil que le directeur des finances désire implémenter pour son hôpital est l'ABC. Auparavant, l'établissement de santé ne calcule pas ses coûts. Avec la T2A, il lui est devenu difficile de savoir s'il perd ou gagne de l'argent sur ces différentes prestations. Par ailleurs, cet établissement a abandonné l'idée de mettre en œuvre la méthodologie du guide de comptabilité analytique pour calculer ses coûts. La personne chargée du contrôle de gestion explique qu'elle lui demandait beaucoup trop de temps. Cette situation montre que les établissements peuvent substituer des méthodes de pilotage par catalyse réglementaire à des méthodes introduites par capillarité. Ainsi, des décisions prises par l'environnement institutionnel (dans ce cas, le ministère de tutelle) sont modulées par des considérations de politique interne. La personne en charge du contrôle de gestion, en fixant ses priorités, fait des choix approuvés par le directeur des finances, mais contraires aux préconisations des tutelles.

Les travaux concernant l'introduction de l'ABC à l'hôpital sont de natures très différentes. Il s'agit de travaux académiques de chercheurs mais également de compte-rendu d'expérimentations de cabinets de conseil. Il existe également des publications réalisées par des praticiens présentant l'ABC à d'autres praticiens hospitaliers ce qui permet d'appréhender la manière dont la méthode ABC est perçue par la profession médicale. Ces différents travaux concernent une grande diversité de services hospitaliers et ne se limitent pas à un seul type d'application. Ils recouvrent également un grand nombre de pays. Les pays du Sud (en l'occurrence le Pérou) sont d'ailleurs aussi représentés. Les figures 3.8 et 3.9 synthétisent les principaux enseignements de ces différentes recherches.

**Figure 3.8 : Présentation et analyse des articles traitant de l'applicabilité de l'ABC à l'hôpital**

<b>Article</b>	<b>Objectif de l'article</b>	<b>Conclusions des auteurs</b>
Arnaboldi Lapsey, 2004	Montrer le caractère légitimant d'une innovation managériale	L'ABC en tant qu'innovation managériale est le moyen pour les hôpitaux britanniques de légitimer leurs décisions auprès des agences gouvernementales
Cardinaels Lapsey 2004	Étudier la diffusion de l'ABC dans les hôpitaux flamands et identifier le facteur critique pour l'introduction de l'ABC	40 % utilisent uniquement les méthodes imposées par les tutelles 48% tentent d'introduire une méthode complémentaire 12% utilisent l'ABC Facteur critique identifié : la participation des personnels
Camponovo 2004	Montrer les avantages de l'ABC pour les radiologues	Elle permet de produire des informations pertinentes pour la prise de décision et facilite l'évaluation des ressources
Lievens Van des Bogaert Kesteloot, 2003	Démontrer la faisabilité de l'ABC dans un service médico-technique (en radiologie)	L'ABC permet de prendre en considération la complexité des savoir-faire
Larsen Skolborg 2003	Montrer les apports et les difficultés du coût complet du DRG (PMSI) et de l'ABC	L'ABC est un système plus performant que les autres méthodes si les rendements d'échelle sont constants, mais il est difficile de comparer la portée de ces différentes méthodes
Nobre Biron 2002	Démontrer la pertinence de l'ABC pour le pilotage hospitalier	Cette méthode est pertinente car elle met en évidence des subventionnements croisés dans le calcul des groupes homogènes de malades
Abdallah Santillan 2001	Montrer que l'ABC est applicable dans les hôpitaux des pays en voie de développement	Cette méthode est applicable et permet un meilleur arbitrage entre la qualité et les coûts
Glick, Blackmore Zelman 2000	Montrer la pertinence de l'ABC pour le calcul des coûts d'un service de radiologie	Cette méthode permet de déterminer des marges par prestation de manière plus précise par rapport au coût complet

**Figure 3.9 : Présentation et analyse des articles traitant de l'applicabilité de l'ABC à l'hôpital (suite)**

<b>Article</b>	<b>Objectif de l'article</b>	<b>Conclusions des auteurs</b>
Maher Mahais 1998	Relever les insuffisances de l'ABC pour le calcul de certaines prestations	L'ABC ne permet pas de déterminer les coûts de manière précise si les ressources sont indivisibles, car l'évolution des coûts n'est pas linéaire dans ce cas.
Singh Hart 1998	Evaluer la faisabilité de l'ABC en milieu hospitalier	Cette méthode est envisageable pour les organisations hospitalières car elle permet de déterminer des objets de coût et une bonne estimation des coûts correspondants
Baker Steiner Pierce Mocilnikar 1998	Evaluer les économies de coût générées par des prises en charges alternatives Evaluer la qualité de ces prestations	L'ABC est une méthode qui permet non seulement d'évaluer les économies de coût générées par des pratiques alternatives Mais aussi de savoir si ces prestations sont de moins bonne qualité.
Baker Boyd 1998	Tester la faisabilité de l'ABC dans un bloc opératoire	L'ABC est applicable pour déterminer le coût des prestations d'un bloc opératoire, mais il est souhaitable de mettre en place conjointement une démarche qualité
Baker Stuart, 1998	Déterminer les activités profitables avec l'ABC	L'ABC est envisageable à condition de débiter par la description des activités
Baker Fitzpatrick 1998	Déterminer avec l'ABC le coût de chaque prestation et les comparer avec les remboursements de Medicare	La comparaison réalisée permet de mettre en évidence que Medicare évalue mal le montant des frais généraux
Garrot 1995	Montrer les apports de l'ABC par rapport au PMSI	L'ABC est plus performante que le PMSI et répond mieux aux besoins de pilotage actuels des hôpitaux
Ramsey 1994	Montrer les apports de l'ABC pour la prise de décision	L'ABC est plus performante que les autres méthodes de calcul des prestations utilisées dans les hôpitaux aux Etats-Unis

L'évaluation de la pertinence de l'utilisation de l'ABC à l'hôpital à partir des travaux présentés ci-dessus doit tenir compte de la diversité des approches des différents auteurs. En effet, les travaux collectés relèvent de quatre catégories distinctes, comme le montre la figure 3.10.

**Figure 3.10 : Les différentes catégories de travaux**

Type de Travaux	Champ d'étude	Travaux
Articles basés sur une étude de cas	Un service	Fitzpatrick, Baker (1998), Boyd, Baker (1998), Maher, Marais (1998), Glick, Blackmore, Zelman (2000), Lievens, Van den Bogaert, Kesteloot (2003)
Articles basés sur une étude de cas	Un établissement	Stuart, Baker (1998), Walkers, Baker, Steiner, Pierce, Mocilnikar (1998), Singh, Hart (1998), Abdallah, Santillan (2001), Arnaboldi, Lapsey (2004)
Articles traitant des apports de l'ABC par rapport aux autres méthodes utilisées à l'hôpital	Plusieurs établissements	Ramsey (1994), Garrot (1995), Larsen, Skoldborg (2003), Camponovo (2004)
Articles traitant des méthodes utilisées par les hôpitaux		Cardinaels, Roodhoft, Van Herck (2004)

Ces travaux comportent tout d'abord 10 articles basés sur une étude de cas. Ils analysent la mise en place de l'ABC soit au niveau d'un service, soit dans un établissement de santé. Sur ces 10 études, une seule présente un échec : celle d'Arnaboldi et Lapsey (2004). Les autres présentent l'ABC comme une méthode applicable tant au niveau d'un service que d'un établissement tout entier. Suivant ces auteurs, l'ABC est donc utilisable à l'hôpital. Néanmoins, une question demeure : quel est l'apport de cette méthode de calcul des coûts au management hospitalier ? Parmi les 10 articles fondés sur une étude de cas, ceux qui relatent

une introduction réussie (9 sur 10) constatent des retombées pratiques positives sur la structure étudiée, même si Maher et Marais (1998) nuancent quelque peu sa portée. L'ABC semble ainsi être une méthode pertinente pour l'hôpital. Les quatre articles qui traitent des apports de l'ABC par rapport aux autres méthodes utilisées à l'hôpital la présentent comme plus performante. Cette unanimité renforce le caractère pertinent de l'ABC pour les établissements de santé. Par conséquent, en choisissant l'ABC, l'hôpital étudié opère un choix pertinent pour transformer son système de pilotage.

#### - **Le Balanced Scorecard (BsC)**

À l'instar de l'ABC, le BsC fait partie des outils de contrôle de gestion que Bourguignon (2003) qualifie d'innovants, et toujours selon cet auteur, il contribue à transformer le système de pilotage des organisations. Ce paragraphe débute par une brève définition de cet outil se poursuit par la présentation du contexte dans lequel il est envisagée et se termine par une analyse de la littérature dont l'objet est de confirmer que le choix de cet outil par la direction des finances de l'hôpital est pertinent.

Le BsC a pour objectif de mettre en cohérence les indicateurs de pilotage au niveau opérationnel avec la stratégie, afin d'assurer un équilibre entre les indicateurs financiers et non financiers qui, déclinés en quatre axes, permettent de suivre les perspectives stratégiques de l'entreprise (Choffel et Meyssonier, 2005).

Ce tableau de bord revêt également un aspect prospectif car il favorise la définition des facteurs-clés de la performance future. Cet outil peut donc aiguiller la stratégie de la direction. Mais par son caractère rétrospectif, les performances passées sont aussi appréhendables. Ainsi, en adoptant une approche multidimensionnelle de la performance globale (Cleverley, 2005), la direction est en mesure de prendre ses décisions non seulement à partir d'analyses financières internes mais aussi en se fondant sur des études de l'environnement. Le tableau de bord prospectif est donc bien un outil de pilotage stratégique, c'est-à-dire un instrument de mise en œuvre de la stratégie (Nobre, 2002).

Néanmoins, ses missions ont évolué au fur et à mesure du développement des travaux de ses créateurs : Kaplan et Norton. La figure 3.11 reprend au fil de leurs publications les enrichissements successifs que ses concepteurs auteurs lui ont apporté.

**Figure 3.11 : panorama des écrits des concepteurs du BsC :**

Article	Objectif de l'article	Définition du BsC
"Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management : part II" 2001	Montrer comment utiliser le BsC pour aligner les processus et systèmes de management avec la Stratégie.	Le BsC est un outil qui facilite le changement organisationnel.
"Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management : part I" 2001	Soulever les difficultés d'implémentation du BsC et tenter d'y répondre	Un outil qui permet de décliner la stratégie tout en permettant des combinaisons inédites entre actifs matériels et immatériels
"Linking the Balanced Scorecard to Strategy" 1996	Montrer que le pilotage d'une organisation suppose une batterie d'indicateurs et pas uniquement des indicateurs financiers	Un tableau de bord composé d'indicateurs financiers et non financiers qui assure un retour d'expérience et une déclinaison pertinente de la stratégie
"Putting the Balanced scorecard to Work" 1993	Présenter et analyser différents cas d'entreprises qui utilisent le BsC	Le BsC est à la fois un système de mesure et un système de management capable d'accompagner le changement organisationnel
"The Balanced scorecard Measures that drive performance" 1992	Proposer un type de tableau de bord inédit et justifier sa pertinence dans le contexte actuel.	Un système de mesure qui permet d'adopter une vision transversale de l'organisation

Le contexte de l'implémentation de cet outil débute par une volonté du directeur général de se doter d'un tableau de bord. Ce dernier fait en effet part aux services financiers d'un besoin d'avoir un état capable d'étayer davantage ses prises de décision. Il n'a pas véritablement précisé ce qu'il attend de son contenu. Néanmoins, le directeur des affaires financières pense que compte tenu des divers paramètres qui doivent être suivis, un tableau de bord en mesure de prendre en compte à la fois des paramètres quantitatifs et qualitatifs semble approprié. En outre, compte tenu de la position pivot du directeur général, ce tableau de bord doit intégrer et mettre en cohérences les différents indicateurs consacrés aux parties prenantes tant internes qu'externes à l'hôpital. C'est pourquoi, compte tenu de cette analyse, le directeur des finances propose au directeur général d'implémenter un Balanced Scorecard (BsC).

La pertinence de ce choix peut être étayée par une revue de littérature. Globalement, les apports de ce tableau de bord au management hospitalier semblent avérés comme le montre la synthèse des différentes recherches sur le sujet présenté aux figures 3.12 et 3.13.

**Figure 3.12 : revue de la littérature des apports du BsC au management hospitalier**

Article	Objectif de l'article	Conclusion des auteurs
Ravelo de Tovar Guidt 2006	Montrer que Le BsC permet de faire face aux défis engendrés par le nouvelle gouvernance	Le BsC est pertinent et pour le pilotage des hôpitaux son implémentation est de plus faisable
Yang Cheng 2005	Montrer que le BsC est : - Un outil pertinent pour le pilotage des établissements - Tout à fait réalisable	L'implémentation d'un BsC suppose de bien considérer le temps et les ressources alloués au projet
Expert 2005	Montrer les avantages que peut procurer un BsC par rapport à un tableau de bord strictement financier	Le Bsc est un outil de pilotage approprié pour les établissements de santé notamment depuis les réformes de leur financement
Gumbus Bellehouse Lyons 2004	Montrer que le BsC est un outil pertinent et réalisable à l'hôpital	Le BsC est mis en œuvre efficacement à l'hôpital si le patient est mis au centre des préoccupations
Gallup 2003	Tester les effets de l'engagement des personnels sur des indicateurs fréquemment utilisés dans les BsC réalisés à l'hôpital	Le niveau de profitabilité des hôpitaux est conditionné par le degré d'engagement des personnels
Tarantino 2003	Expliquer l'élaboration d'un BsC dans un établissement de santé	La méthode d'implémentation proposée permet de faciliter l'implémentation du BsC en milieu hospitalier
Pineno 2002	Présenter une implémentation incrémentale en se focalisant sur les attentes différenciées des patients	L'approche incrémentale permet de tester des relations de cause à effet identifiées dans le BsC et ainsi le perfectionner en apportant des preuves de leur existence
Inamdar Kaplan 2002	Etudier la mise en œuvre du BsC dans les hôpitaux et dégager les bénéfices de cet outil pour ce type de structure	Le BsC est un outil qui peut être implémenté dans ce type de structure et qui permet aux hôpitaux d'améliorer leur position concurrentielle

**Figure 3.13 : revue de la littérature des apports du BsC au management hospitalier (suite)**

Article :	Objectif de l'article :	Conclusion des auteurs :
Fitzpatrick 2002	Montrer les avantages du BsC dans la gestion stratégique tactique et opérationnelle d'un hôpital	Le BsC est un outil pertinent pour le management des hôpitaux car il est créateur d'informations pertinentes
Nobre 2002	Étudier les apports du BsC pour le pilotage des hôpitaux publics français	L'expérimentation du BsC est à encourager dans les structures hospitalières françaises
Voeller Raikich French 2001	Montrer que le BsC est un outil pertinent et réalisable pour les établissements de santé	La mise en œuvre d'un BsC suppose du temps et de l'argent ainsi que : - Le développement d'un nouveau système d'information - Un changement de mentalités
Pink, Baker Mc Killop Schraa, Preyra Montgommery 2001	Décrire le processus de création du BsC afin d'informer les organisations hospitalières désireuses de mettre en œuvre un BsC	Le BsC est un outil dont les Indicateurs doivent être reliés entre elles le plus rapidement possible. Il existe des variations réelles entre les hôpitaux quant à leur management.
Kershaw 2001	Montrer l'implémentation du BsC dans une clinique	Le BsC permet de décliner la stratégie en tâches et objectifs opérationnels
Jones Filip 2000	Montrer la place du BsC dans le changement opéré à l'hôpital pour développer son apprentissage organisationnel	Le Bsc est un outil de pilotage qui permet d'appréhender les pratiques professionnelles des organisations complexes
Meliones 2000	Montrer que le BsC est un outil de gestion pertinent pour les établissements de santé	Le BsC est outil de gestion pertinent et réalisable mais il suppose de savoir écouter les opérationnels et décloisonner les services
Mc Stravic 1999	Montrer ce que doit être un BsC en milieu hospitalier	Implémenter un BsC suppose de mesurer la valeur ajoutée des prestations et les moyens pour améliorer la performance

### **3.3.2.2. Les outils informatiques**

Parallèlement à l'introduction d'outils de pilotage un autre type d'implémentation d'outil de gestion est étudié. Il s'agit de celle d'un nouveau logiciel de gestion (3.2.3.2.). Cette évolution du système d'information peut être considérée comme autonome par rapport à la logique d'introduction d'outils de pilotage. Afin néanmoins d'appréhender le SIH existant, les logiciels déjà en fonctionnement ainsi que l'architecture générale du SIH sont préalablement présentés (3.2.3.1.).

#### **3.3.2.2.1. Les logiciels de gestion existants**

Le SIH de l'hôpital étudié est composé de deux sphères distinctes gérées toutes les deux par des logiciels dédiés.

Ainsi, la sphère administrative s'occupe notamment de la gestion du personnel, des achats et de la facturation aux patients. Les données enregistrées sont prises en charge par un logiciel unique qui crée également un numéro d'identification des patients qui permet de le suivre tout au long de son séjour. Par ailleurs, un logiciel dédié aux requêtes est interfacé avec lui. Les utilisateurs des services du personnel et de la direction des affaires financières peuvent ainsi interroger les bases de données prises en charge par le logiciel d'enregistrement des données administratives et financières. La sphère médicale se charge quant à elle de la codification des actes médicaux en vue de créer le dossier médical informatisé. Cette mission est aussi prise en charge par un logiciel unique, également interfacé avec un logiciel dédié aux requêtes. Ce logiciel est le même que celui utilisé par la sphère administrative, mais ni les personnels administratifs ni le service informatique chargé de sa maintenance n'ont accès aux données gérées par la sphère médicale. Par ailleurs, dans cette sphère médicale, existent deux autres logiciels interfacés. Premièrement, un logiciel qui permet de grouper les actes médicaux en vue de réaliser les traitements nécessaires pour le PMSI. Deuxièmement, le logiciel du laboratoire qui lui permet de réaliser ses analyses et les diffuser. Cette sphère médicale est gérée par le Service de l'Information Médicale (SIM). Également appelé DIM (Direction de l'Information Médicale), il se charge de la production des informations médicalisées et peut être partie prenante au contrôle de gestion ainsi qu'à l'analyse financière de l'établissement. À ces missions inscrites dans ses statuts peuvent être adjointes localement d'autres fonctions, comme la gestion des SIH. Il s'agit par conséquent d'un acteur important dans l'hôpital, une personne clé au sens de Nobre (2004) à la charnière du pouvoir médical et du pouvoir administratif (DEMS, 2006).

#### **3.3.2.2.2. Le nouveau logiciel de gestion**

Afin de faciliter la diffusion des données de la sphère médicale à la sphère administrative, il a été décidé par la direction générale, sous l'impulsion de la direction des affaires financières de changer le logiciel en charge des données administratives. Ce logiciel est développé par un Groupement d'Intérêt Public (GIP). L'avantage de cette structure provient du mode de prise en charge des utilisateurs de leur logiciel. Le GIP n'a pas de clients mais des adhérents. L'hôpital en adoptant ce logiciel devient ainsi partie prenante à ses développements futurs. L'adhésion à une structure publique permet aussi d'être plus rassuré sur la pérennité de son développeur. En outre, le coût de ce logiciel est très faible, puisqu'il n'est pas acheté. Le GIP ne demande de la part de ses adhérents qu'une redevance et les frais d'intervention en cas de problème technique. Sa mise en place est prévue pour durer un an.

### **3.4. Conclusion du chapitre**

Ce chapitre nous a permis de montrer les trois éléments structurant notre recherche. Le premier d'entre eux est l'angle théorique adopté pour les observations. Il s'inscrit dans la problématique du changement organisationnel.

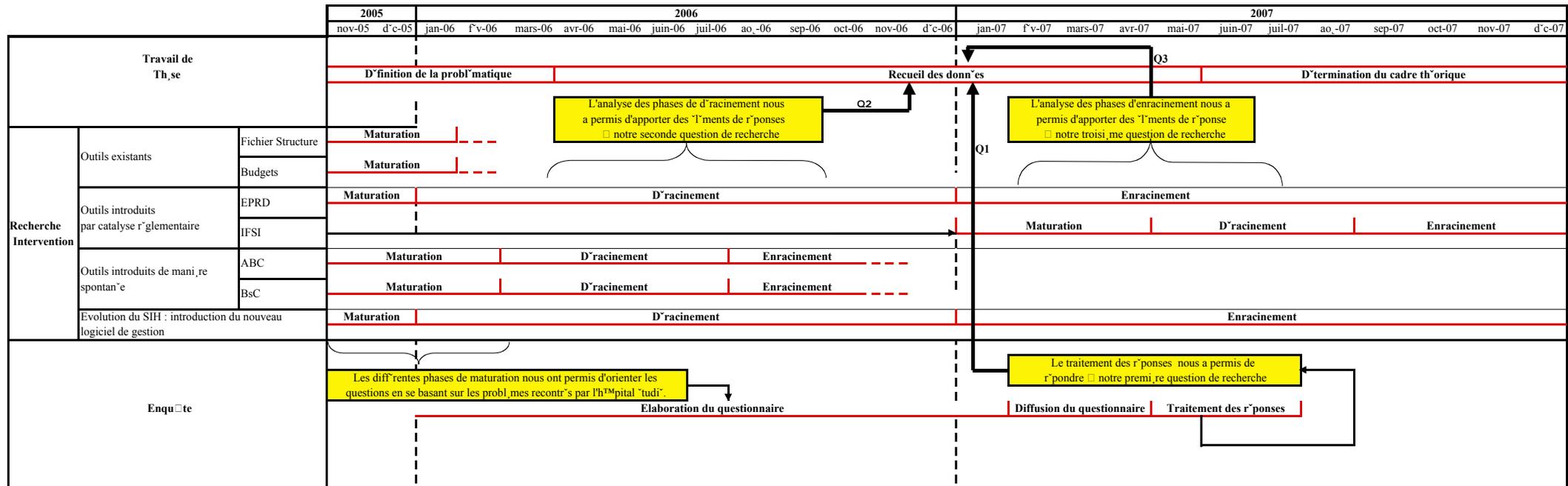
Le deuxième élément est la méthodologie. Elle s'appuie à la fois sur un large balayage de la population des hôpitaux (l'enquête par questionnaire) et une analyse en profondeur d'un établissement en particulier afin de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans la relation entre la transformation du SPH et l'évolution du SIH.

Le dernier élément de cette recherche correspond au cadre général dans lequel nos observations de terrain se sont déroulées. Il s'agit à la fois de la manière dont le chercheur a été impliqué dans son terrain et les outils dont il a pu observer les changements.

Ainsi, globalement, trois processus parallèles sont observables. Le premier concerne le travail de thèse proprement dit. Il s'agit de toutes les tâches qui ont permis d'intégrer les données dans le processus de recherche. Les deux autres correspondent aux deux méthodes de collecte des données : la recherche-intervention et l'enquête par questionnaire. La figure 3.14 représente la manière dont ces trois processus se sont déroulés et comment ils se sont mutuellement enrichis. Ainsi, la genèse de l'enquête a pris appui sur la maturation des projets. Pendant cette phase, les problèmes auxquels faisait face notre hôpital ont été mis en évidence. Et le questionnaire a eu pour mission de savoir si la population-cible des hôpitaux avait les mêmes.

La figure 3.14 montre également que le processus d'élaboration de notre thèse se caractérise par une collecte de données (notamment de terrain) antérieure à l'élaboration du cadre théorique. Ce procédé nous a permis de recueillir les données sans a priori théorique avec pour seul guide la volonté de répondre à nos trois questions de recherche.

**Figure 3.14 : processus d'intégration des démarches entreprises**



La trame générale de la seconde partie de notre thèse est à présent posée. Néanmoins, il nous a semblé opportun de rappeler les grands enseignements de cette première partie avant d'aborder l'étude empirique proprement dite.

## **CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE**

Cette première partie a permis de clarifier notre objet de recherche et la manière dont il a été observé.

Au niveau de notre objet de recherche lui-même, la revue de la littérature nous a permis de mettre en avant trois points essentiels. Premièrement, elle a montré que le système de pilotage et le système d'information sont caractérisés par deux dimensions complémentaires. Parallèlement à la dimension technique, l'importance des acteurs a en effet été mise en avant. Deuxièmement, l'état de l'art réalisé au niveau de notre objet de recherche a mis en exergue que ce sujet est peu abordé par la littérature sous ses aspects ingénieriques. En conséquence, les mécanismes qui animent la relation entre transformation du système de pilotage et évolution du système d'information sont peu connus, y compris à l'hôpital public. Les articles qui traitent de cette relation dans ce type d'organisation mettent néanmoins en avant que la transformation du système de pilotage hospitalier est problématique. Cette transformation difficile est d'ailleurs considérée par certains organismes institutionnels (le GMSIH) comme une conséquence d'un SIH peu adapté aux besoins de pilotage. La transformation du SPH implique donc de considérer ses liens avec le SIH. Enfin, notre revue de la littérature montre que l'état actuel du SIH et du SPH dans les hôpitaux publics français de type MCO est mal connu par les tutelles.

L'état actuel des connaissances sur notre objet de recherche et sur les mécanismes qui l'animent a guidé les modalités de nos observations. Créer des connaissances sur le sujet suppose en effet le croisement deux types d'études. Tout d'abord il s'agit de mieux connaître l'état actuel du SIH, du SPH et de leur relation, ensuite comprendre les mécanismes qui animent la transformation du SPH et l'évolution du SIH.

Afin de pouvoir mener à bien ce programme de recherche, nous allons employer dans la seconde partie de ce travail doctoral deux méthodes complémentaires : une enquête par questionnaire (afin de mieux connaître l'état actuel des systèmes étudiés) et une recherche intervention (pour accroître les connaissances sur les mécanismes qui animent la relation entre SIH et SPH).

## **DEUXIEME PARTIE**

### **Objet de cette partie**

Cette seconde partie présente et analyse les connaissances issues de l'observation. Son objet est par conséquent de répondre aux trois questions de recherche développées en introduction à partir du cadre défini dans la première partie de cette thèse.

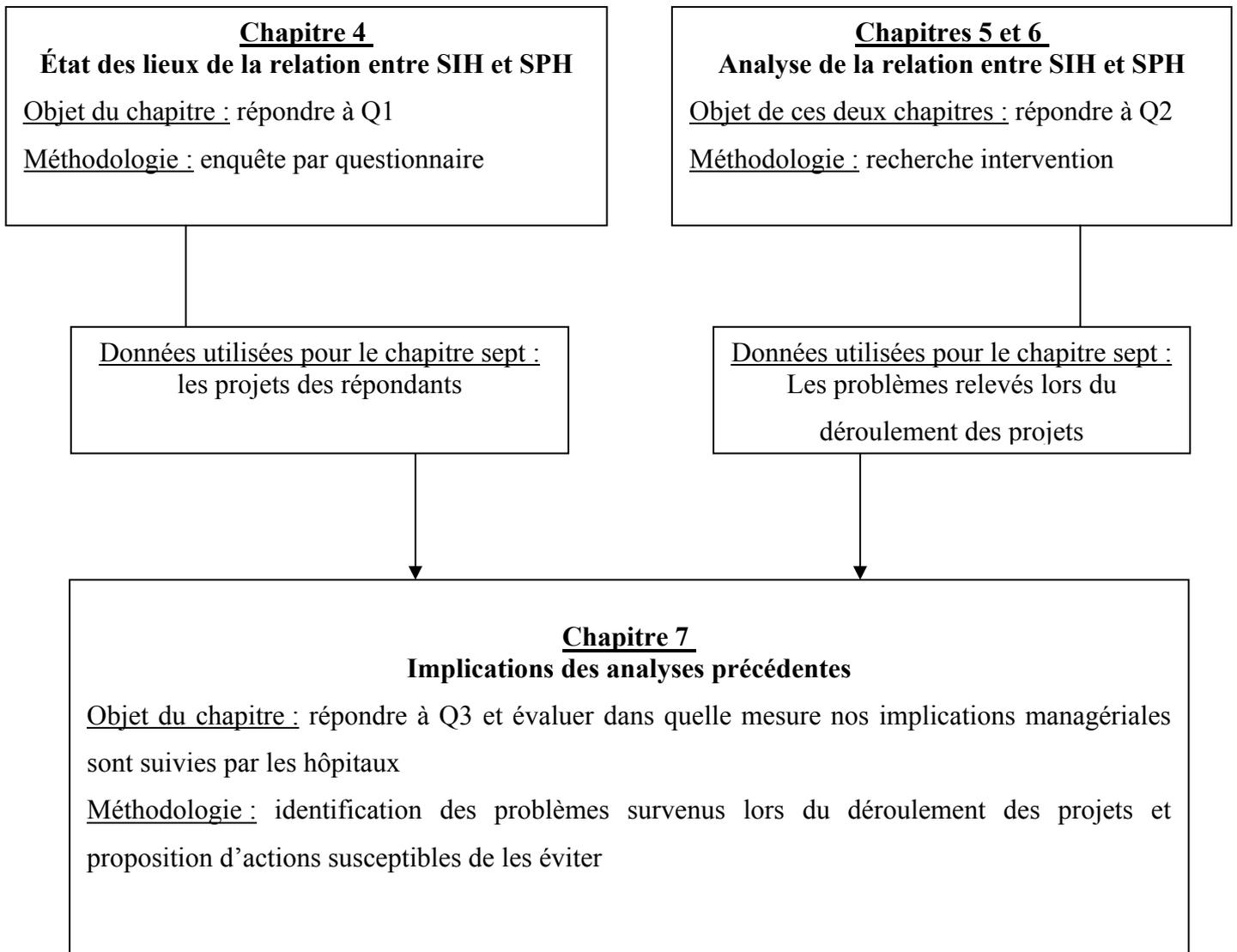
Les réponses à notre première question de recherche (i.e. **Q1 : Quel est l'état des lieux de la relation entre SIH et SPH ?**) s'appuient sur notre enquête par questionnaire dont l'objet est de faire l'état des lieux sur le SIH, le SPH et la relation qui existent entre eux. Celles à notre seconde question de recherche (i.e. **Q2 : Que fait un établissement de santé pour animer la relation entre son SIH et son SPH ?**) ont été collectées grâce à notre recherche intervention en se basant sur la grille de lecture élaborée au chapitre trois. Enfin, la dernière de nos questions de recherche (i.e. **Q3 : Comment animer de manière plus pertinente les liens entre SIH et SPH afin de mieux répondre aux mutations de l'environnement des établissements de santé ?**) est résolue en se prenant appui sur les difficultés rencontrées lors du déroulement de la recherche intervention.

Les observations recueillies ont révélé en effet un certain nombre de difficultés survenues au cours des projets. C'est à partir de l'analyse de ces difficultés que nous allons pour proposer des suggestions pour éviter ces problèmes. De la sorte, un premier niveau de prescription pourra être constitué. Néanmoins, ce dernier est très contingent à l'établissement étudié en profondeur. C'est pourquoi, nous confronterons également ce premier niveau avec les projets que les répondants à l'enquête ont mentionnés. De la sorte, nous serons en mesure de proposer un second niveau de prescriptions plus général, destiné à mieux animer la relation entre SIH et SPH.

### **Présentation des chapitres**

Nous commencerons par présenter les résultats de notre enquête afin de répondre à Q1 (chapitre quatre). Ensuite, nous exposerons le déroulement des différents projets suivant la grille de lecture du chapitre trois pour apporter des éléments de réponse à Q2 (chapitres cinq et six). Enfin, nous formulerons deux niveau de prescription pour résoudre à Q3 (chapitre sept). La figure II.0 reprend les différentes étapes de cette seconde partie.

**Figure II.0 : présentation du plan de la seconde partie**



## **CHAPITRE QUATRE :**

### **État des lieux de la relation entre SIH et SPH**

L'un des enseignements du chapitre deux est que les états du SIH et du SPH sont actuellement mal connus. Aussi, étudier la relation entre ces deux sous-systèmes organisationnels suppose dans un premier temps de pouvoir améliorer l'état des connaissances sur eux. C'est pourquoi la partie empirique de cette thèse débute par ce chapitre qui décrit le SPH et le SIH. Il a donc pour objet de répondre à notre première question de recherche (*i.e. Quel est l'état des lieux de la relation entre SIH et SPH ?*)

Réaliser un état des lieux de ce type suppose d'effectuer un large balayage de la population des hôpitaux publics de type MCO. C'est pourquoi, les développements de ce chapitre se nourrissent des résultats de l'enquête par questionnaire présenté au chapitre trois. L'échantillon de la population des hôpitaux cibles se compose de quatre-vingt-seize établissements répartis dans toute la France (y compris d'Outre-Mer). En adoptant la typologie utilisée par le Haut Conseil de l'Assurance Maladie, nous pouvons comparer notre échantillon avec la population totale des hôpitaux de type MCO répertoriée par la Fédération Hospitalière de France ( figure 4.1).

**Figure 4.1 : comparaison de la composition de l'échantillon avec la population cible**

Type d'établissement	Proportion dans l'échantillon	Proportion dans la population cible
CHU/CHR	<b>4,17%</b>	<b>5,30%</b>
CH	<b>95,83%</b>	<b>94,70%</b>

#### Légende :

CHU-CHR : il s'agit soit des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ou des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Les CHR sont des hôpitaux à vocation régionale liée à une forte spécialisation. Ils peuvent établir une convention avec l'université et dans ce cas prennent le titre de CHU. Tous ces établissements sont de type MCO.

CH : il s'agit d'établissements de santé qui selon l'article R6145-16 du Code de la Santé Publique ne sont ni des CHU, ni des CHR. Ils sont par conséquent définis par. Notre population ainsi que notre échantillon ne prend en compte que les CH de type MCO.

En comparant les données de notre échantillon avec la population totale des hôpitaux de type MCO, nous constatons que l'écart entre les différentes proportions est d'à peu près un pour cent. C'est pourquoi, nous pouvons considérer que notre échantillon est représentatif de la population cible si l'on se réfère aux critères adoptés par l'Assurance Maladie.

L'objectif assigné à notre enquête est de faire un état des lieux. Le traitement de notre échantillon se limite ainsi à des tris à plat. Des études statistiques plus approfondies (analyse discriminante notamment) de notre échantillon constituent donc une piste possible pour de futures recherches.

Par ailleurs, nous avons dans un premier temps pensé à distinguer dans nos analyses univariées les deux sous populations de notre échantillon : les CHU/CHR d'une part et les CH d'autre part. Néanmoins, nous n'avons pas identifié de différences significatives entre elles : la situation de ces deux sous-populations est en effet comparable. C'est pourquoi, nous avons jugé qu'il était inutile de distinguer les deux sous-populations de notre échantillon dans les analyses présentées dans ce chapitre.

Cette étude est scindé en deux grandes parties. La première traite du SPH (4.1). La seconde étudie le SIH et la relation entre SIH et SPH (4.2). De la sorte, nous pourrions répondre à notre première question de recherche (i.e. « Quel est l'état des lieux de la relation entre SIH et SPH ? ») au terme de ce chapitre.

## **4.1. État actuel du système de pilotage hospitalier**

Dans le premier chapitre (section 1.1.1.), nous avons insisté sur le fait qu'un système de pilotage comporte des outils, mais ne peut se concevoir sans les personnes qui se chargent de son animation. Aussi, conformément à cette conception, cette première section débute par la description et l'analyse des outils mobilisés pour piloter les hôpitaux de type MCO (4.1.1.) et se poursuit par celles des acteurs du pilotage hospitalier (4.1.2.). Enfin, une brève synthèse clôt cette section (4.1.3.).

### **4.1.1. Les outils à disposition des établissements**

L'enquête par questionnaire recense les outils mobilisés par les acteurs du système de pilotage. Précisons tout de suite que 10,31% des répondants affirment ne pas faire de contrôle de gestion mais que la moitié d'entre eux ont des projets de développement d'une cellule de contrôle de gestion. Cette section débute par l'analyse des données concernant les tableaux de bord (4.1.1.1.). Elle se poursuit par celle des méthodes de calculs de coûts (4.1.1.2.). Et se termine par la présentation de l'organisation budgétaire telle qu'elle ressort de notre enquête (4.1.1.3.).

#### **4.1.1.1. Les tableaux de bord hospitaliers**

Après une brève vue d'ensemble de l'état de développement des tableaux de bord dans les hôpitaux (4.1.1.1.1.), leur contenu est analysé par type de tableau de bord (4.1.1.1.2.).

##### **4.1.1.1.1. État de développement des tableaux de bord dans les hôpitaux**

Les tableaux de bord les plus répandus sont ceux qui sont réalisés pour l'ensemble de l'établissement. Près de 60 % des répondants en élaborent. Ensuite, ce sont les tableaux de bord par service qui sont les plus utilisés. 54, 64 % des hôpitaux mentionnent cet outil. Enfin, les tableaux de bord par pôle sont réalisés par 23,71% d'entre eux. Il s'agit du type de tableau de bord le moins utilisé. Cette situation peut s'expliquer par des pratiques de contractualisation en cours de déploiement.

Dans les développements concernant les tableaux de bord, une présentation identique a été choisie : tout d'abord, ce sont les tableaux de bord d'établissement qui sont traités, ensuite ceux des pôles et enfin ceux réalisés pour les services.

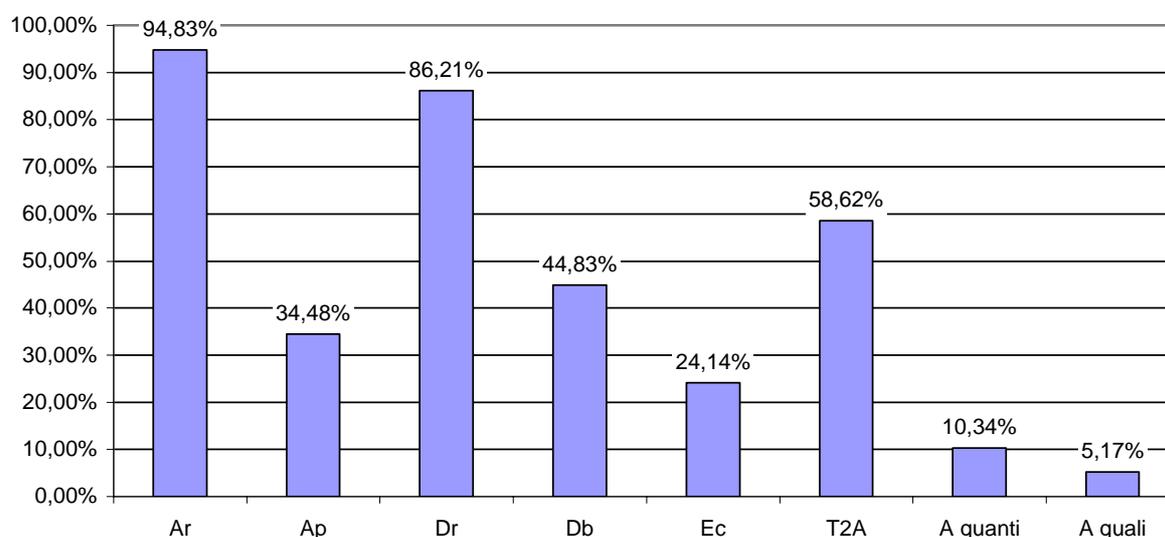
#### 4.1.1.1.2. Contenu des tableaux de bord

Parmi les répondants qui font des tableaux de bord, le contenu des tableaux de bord (pour les établissements, les pôles et les services), certaines régularités sont observables, comme le montre les développements qui suivent.

##### - Le contenu des tableaux de bord des établissements

Les indicateurs présents au niveau des tableaux de bord réalisés par les répondants sont présentés à la figure 4.2.

**Figure 4.2. : Contenu des tableaux de bord d'établissement**



**Légende :**

*Ar : activités réelles*

*Ap : activité prévisionnelles*

*Dr : dépenses réelles*

*Db : dépenses budgétées*

*Ec : éléments de coûts*

*T2A : éléments de facturation T2A*

*A quanti : autres données quantitatives*

*A quali : données qualitatives*

L'activité réelle (Ar) est intégrée dans les tableaux de bord par établissement par 94,83 % des répondants. Les dépenses réelles sont elles aussi fortement utilisées dans les tableaux de bord des établissements (Dr). Les données prévisionnelles sont quant à elles nettement moins mobilisées. Ainsi, l'activité prévisionnelle (Ap) est utilisée par 34,48 % des répondants et les dépenses budgétées (Db) sont intégrées à ce type de tableau de bord par 44,83%.

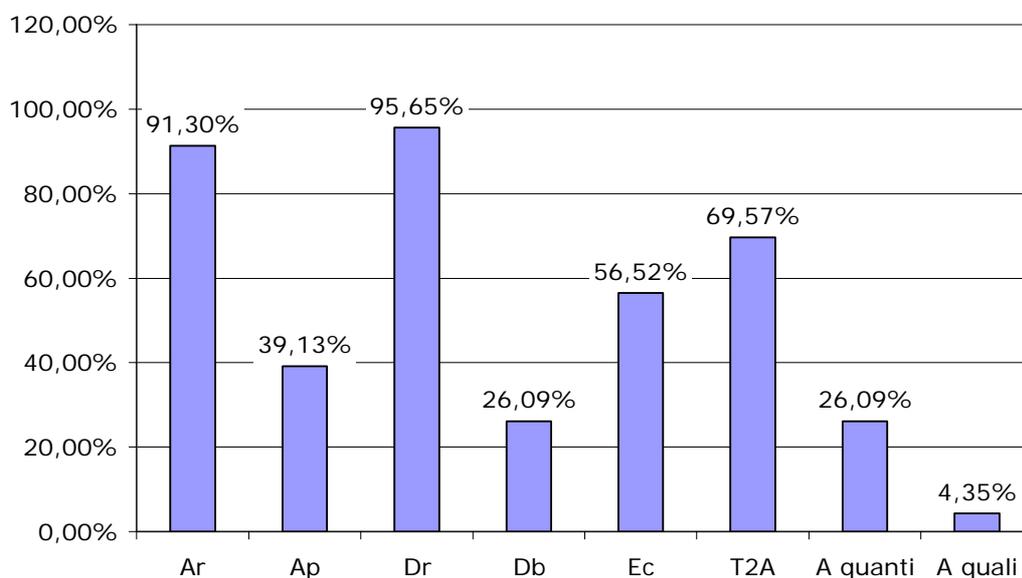
Le fait de ne pas avoir la possibilité de comparer systématiquement les données réelles avec les données prévisionnelles invalide pour environ la moitié des répondants un outil de pilotage important : l'analyse des écarts.

Les éléments de coûts (Ec) sont également peu mobilisés, puisque seulement 24,14% des établissements les incorporent à leur tableau de bord. Néanmoins, les éléments de la tarification à l'activité (T2A) sont relativement présents dans ce type de tableau de bord (58,62% des répondants). D'autres éléments quantitatifs sont mobilisés par 10,34% des répondants. Par ailleurs, les établissements incorporent très peu d'éléments qualitatifs dans leur tableau de bord par établissement (5,17% des répondants qui font des tableaux de bord pour leur établissement).

#### - Le contenu des tableaux de bord de pôle

La figure 4.3 présente les résultats de l'enquête sur le contenu des tableaux de bord réalisés pour les pôles.

**Figure 4.3 : Contenu des tableaux de bord de pôle**



**Légende :**

*Ar : activités réelles*

*Ap : activité prévisionnelles*

*Dr : dépenses réelles*

*Db : dépenses budgétées*

*Ec : éléments de coûts*

*T2A : éléments de facturation T2A*

*A quanti : autres données quantitatives*

*A quali : données qualitatives*

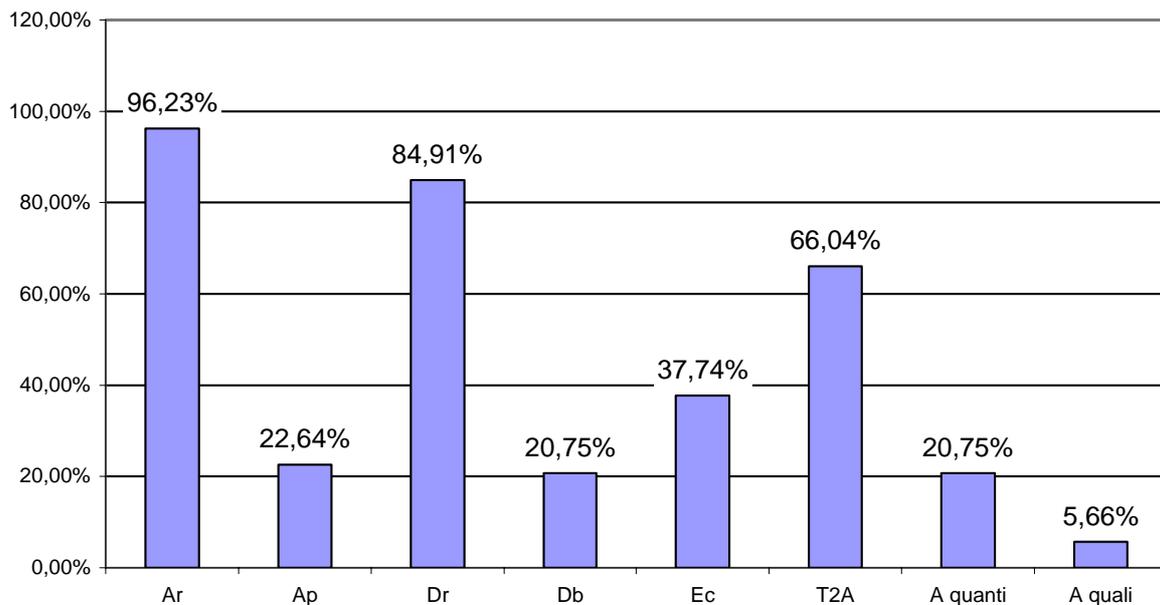
Les grandes tendances révélées au niveau des tableaux de bord des établissements se retrouvent pour les tableaux de bord par pôle : forte présence des données réelles d'activité et des dépenses et relative faiblesse des données prévisionnelles. Les éléments de coûts sont par contre plus utilisés dans ce type de tableau de bord. Par ailleurs, la faiblesse de l'utilisation de données de nature qualitative est également observable au niveau de ce type de tableau de

bord.

- **Le contenu des tableaux de bord des services**

Au niveau des services la même tendance rencontrée aussi bien au niveau des pôles et des établissements se rencontrent à leur niveau, comme le montre la figure 4.4.

**Figure 4.4 : Contenu des tableaux de bord des services**



**Légende :**

*Ar : activités réelles*

*Ap : activité prévisionnelles*

*Dr : dépenses réelles*

*Db : dépenses budgétées*

*Ec : éléments de coûts*

*T2A : éléments de facturation T2A*

*A quanti : autres données quantitatives*

*A quali : données qualitatives*

Globalement, des régularités sont observables dans le contenu des différents tableaux de bord rencontrés. Ces régularités généralisent les remarques réalisées au niveau de l'analyse du contenu des tableaux de bord par établissement. Ainsi, l'analyse des écarts n'est pas une pratique très répandue dans les établissements. Le pilotage par cette méthode héritée de la comptabilité industrielle est pourtant considéré comme une méthode relativement banalisée (Bouquin, 2001).

De même, le faible taux d'incorporation de données qualitatives dans les tableaux de bord à tous les niveaux des établissements contraint le système de pilotage. Il est en effet difficile de suivre les évolutions uniquement avec des données uniquement d'activité et financières. Or les établissements sont contraints d'intégrer de véritables pratiques de management comme l'a

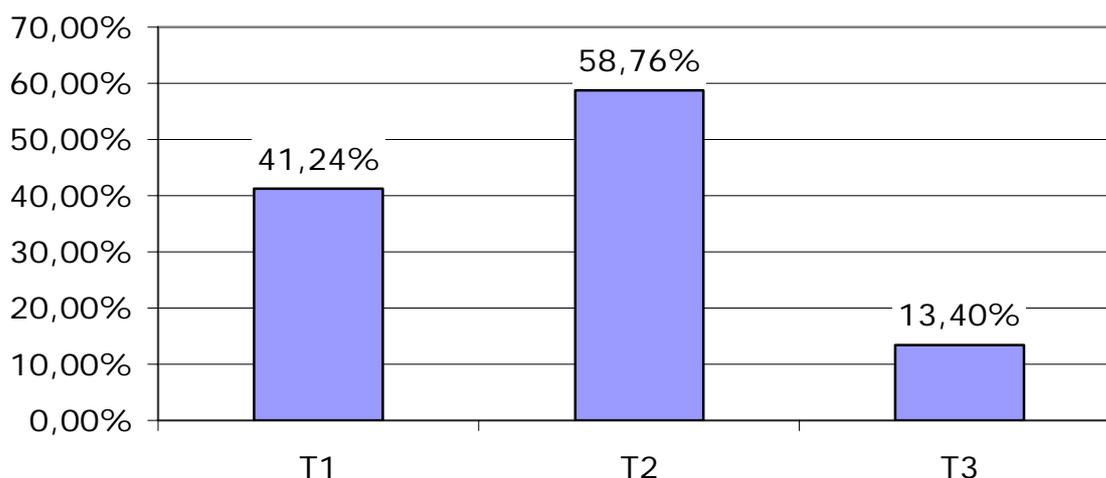
constaté le chapitre 2. Ce qui suppose d'intégrer davantage d'éléments qualitatifs dans les analyses réalisées.

Par ailleurs très peu d'établissements utilisent des tableaux de bord « innovants » au sens de Bourguignon (2003). Trois répondants seulement affirment utiliser un tableau de bord de type Balanced Scorecard.

#### **4.1.1.2. Les méthodes de calcul des coûts employées par les hôpitaux de type MCO**

Notre enquête a tout d'abord voulu savoir quelle est la diffusion réelle des méthodes préconisées par le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. Datant de 1998, ces méthodes de calcul devraient a priori être répandues parmi les établissements hospitaliers. L'analyse du questionnaire montre que la situation réelle observée est quelque peu différente puisque 41,24% des répondants utilisent le tome 1, 58,76% le tome 2 et 13,4% le tome 3, comme le montre la figure 4.5..

**Figure 4.5 : Diffusion des tomes parmi les répondants**



**Légende :**

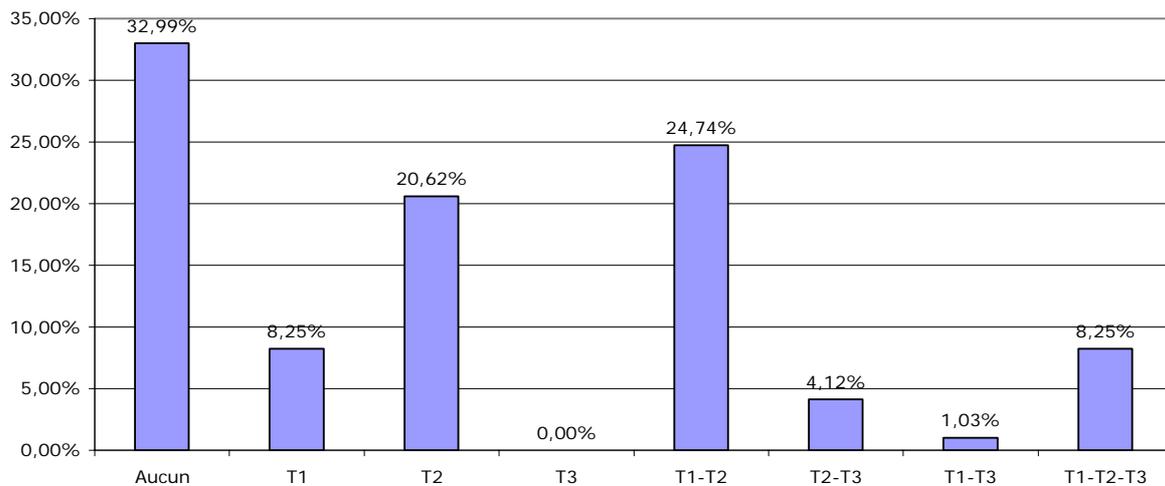
*T1 : utilisation du Tome 1 parmi l'ensemble des répondants*

*T2 : utilisation du Tome 2 parmi l'ensemble des répondants*

*T3 : utilisation du Tome 3 parmi l'ensemble des répondants*

Le taux de diffusion des tomes reste par conséquent moyen. Par ailleurs, parmi les répondants près d'un tiers (32,99%) n'utilise aucun des tomes préconisés. Un autre tiers (28,87%) en utilise un seul. Parmi ces établissements, c'est le tome 2 qui est le plus usité et aucun d'eux utilise uniquement le tome 3. Environ la même proportion de répondants utilise deux tomes simultanément (29,89%). La combinaison la plus fréquente est celle qui se compose des tomes un et deux. Par ailleurs, seulement 8,25% de nos répondants utilisent les trois tomes. La figure 4.6 reprend les principaux résultats.

**Figure 4.6 : Utilisation des tomes par les répondants**



**Légende :**

- Aucun : aucun tome n'est utilisé*
- T1 : utilisation seulement du Tome 1*
- T2 : utilisation seulement du Tome 2*
- T3 : utilisation seulement du Tome 3*
- T1-T2 : utilisation simultanée des Tomes 1 et 2*
- T2-T3 : utilisation simultanée des Tomes 2 et 3*
- T1-T3 : utilisation simultanée des Tomes 1 et 3*
- T1-T2-T3 : utilisation simultanée de tous les Tomes*

Ainsi, parmi les répondants, la diffusion de la méthodologie du ministère est incomplète, en dépit de sa mise en application relativement ancienne. Puisque l'utilisation du guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière est généralisée dans moins de 10% des cas (parmi la population de nos répondants) plus de 10 ans après avoir été édité. Le système de pilotage semble ainsi caractérisé par des outils déployés de manière partielle. Ce constat rejoint celui de Bonafini (2004), lorsque ce dernier évoque la « sédimentation des réformes » (Cf. chapitre deux, section 2.1.1.3.). Hormis cette méthodologie préconisée par le ministère, qui peut être identifiée comme un outil introduit par catalyse réglementaire, d'autres outils de calcul de coût sont introduits mais de manière spontanée par capillarité. Environ la moitié des répondants (48,66%) utilisent des méthodes de calcul introduites de manière spontanée par capillarité. Parmi eux 42,47 % utilisent des méthodes de calcul de coût

traditionnelles de type coût complet ou direct costing et 6,19% l'Activity Based Costing. Il semble donc que la génération des outils de pilotage concernant le calcul de coûts est autant un processus institué par les tutelles (i.e. par catalyse réglementaire) qu'un processus propre aux établissements (i.e. introduction de manière spontanée par capillarité). Cette génération d'outils de calcul des coûts de manière spontanée par capillarité (Nobre, 2006) se fait en outre surtout en faveur d'outils qualifiés de traditionnel si l'on adopte la conception de Bourguignon (2003) exposée au chapitre 1, puisque les outils qualifiés d'« innovants » par cet auteur ne concerne que 6,19% de l'ensemble des répondants.

#### **4.1.1.3. L'organisation de la structure budgétaire**

Le troisième type d'outils de pilotage étudié concerne les outils qui servent à la gestion budgétaire. Trois types d'outils budgétaires existent dans les structures hospitalières. Il s'agit du fichier structure (4.1.1.3.1.), dont l'objet est d'imputer les charges et recettes réellement constatées, les budgets en tant que tel (4.1.1.3.2.) et l'EPRD. L'état de diffusion de ce dernier (cf. chapitre deux, section 2.1.2.) n'est pas étudié car il s'agit d'un état obligatoire pour les établissements. Aussi, dans ce cas, il est inutile d'étudier sa diffusion : elle ne peut être que complète. La structure budgétaire des hôpitaux de type MCO intègre néanmoins pleinement cet outil, qui couplé aux deux premiers forment un corpus cohérent qui permet non seulement un suivi par la comparaison des données réelles (Fichier structure) avec les données prévisionnelles (EPRD) mais également de réaliser un management décentralisé de la structure. Ce dernier point est cependant complété par une procédure supplémentaire : la contractualisation (Cf. chapitre deux, section 2.1.1.). C'est pourquoi, évoquer l'organisation de la structure budgétaire suppose également d'aborder ce dernier point (4.1.1.3.3.)

##### **4.1.1.3.1. Le fichier structure : état des lieux de l'organisation des imputations des charges et recettes**

Cet outil constate les données réelles. Il peut le faire selon un degré plus ou moins important de précision. Ainsi, un établissement de santé de type MCO qui se contente d'une imputation par service ne peut suivre avec autant de précision ses charges et ses recettes qu'un hôpital qui effectue cette répartition par unité fonctionnelle. Notre questionnaire permet de faire le point sur les différentes modalités d'imputation des charges et recettes d'une part et d'autre part sur les différents niveaux de détails de ces imputations.

#### - **État de diffusion des différents modes d'imputation**

La répartition des charges en comptabilité analytique se fait très majoritairement par Unité Fonctionnelle (74,23%). L'imputation par service est également utilisée à hauteur de 29,90 %. Néanmoins, les situations entre les différents établissements est assez contrastée : alors que certains hôpitaux se limitent d'une imputation par service, d'autres en utilisent une plus détaillée.

Étudier l'état de développement du fichier structure revient en effet à répondre à la question suivante : quelle est la proportion d'établissement qui utilisent plusieurs niveaux d'imputation ? Ainsi, 10,31% des répondants imputent leurs charges et recettes en n'utilisant pas les unités fonctionnelles, mais utilisent une imputation à la fois par service et par un mode d'organisation qui leur sont propres. 16,49% utilisent néanmoins les unités fonctionnelles pour imputer leurs charges et leurs recettes, mais ne prennent pas appui sur les services pour le regroupement des charges à un niveau hiérarchique supérieur. La plupart des répondants dans cette situation prennent appui sur les pôles. Ces établissements ont par conséquent adopté un découpage hiérarchique qui semble intégrer les principes fondamentaux de la contractualisation. Néanmoins, les découpages de structure les plus détaillées se retrouvent parmi 9,28% des répondants. Ce type d'établissement réalise non seulement une imputation par service et unités fonctionnelles mais également par pôle.

#### **4.1.1.3.2. Les Budgets**

Parmi les budgets mis en œuvre, notre enquête montre que 16,49 % des répondants en font par service et 18,56% par pôle. Les procédures budgétaires restent de ce fait assez faiblement diffusés. Une explication peut être avancée. Les procédures de budgétisation ne sont pas faciles à réaliser car les établissements répondants éprouvent des difficultés à réaliser des prévisions. Cette explication (hypothétique) reste néanmoins à confirmer. Néanmoins, cette difficulté expliquerait pourquoi, dans les tableaux de bord, la fréquence des données réelles enregistrées est beaucoup plus importante que celle des données budgétées. Ces dernières ne sont pas disponibles faute d'un système d'information suffisamment performant.

Ces interrogations méritent d'approfondir l'étude de notre objet de recherche. En analysant plus finement ce problème, il est possible en effet de savoir si le système d'information est capable de fournir des données qui puissent permettre aux établissements de réaliser leurs prévisions. Si tel est le cas, l'EPRD se substitue progressivement aux procédures budgétaires en vigueur et incite les établissements de santé qui n'en faisaient pas à en réaliser. Si ce n'est pas le cas, la situation risque d'être plus complexe à analyser et mérite des études ultérieures.

#### **4.1.1.3.3. La procédure de contractualisation : état des lieux de l'organisation des centres responsabilités**

Ce procédé a pour objectif de favoriser la décentralisation la structure interne des hôpitaux et ainsi accorder plus d'autonomie de gestion aux personnels médicaux et soignants. L'enquête permet de faire état du déploiement actuel de cette procédure et des domaines concernés.

##### **- Part des répondants engagés et domaines concernés**

Notre enquête permet de donner une idée de la part des établissements engagés dans le processus de contractualisation. En effet, parmi nos répondants, 16,49% sont engagés dans une procédure de contractualisation et parmi eux 62,5% la font valider par les instances.

Il semble donc que pour le moment une part relativement faible des établissements sont engagés dans ce processus. Néanmoins, puisque 62,5 % d'entre eux la font valider, cet exercice n'est pas purement formel pour les établissements engagés dans cette procédure et ne permet pas de se légitimer au sens d'Arnaboldi et Lapsey (2004). La contractualisation sert d'outil de liaison entre les différentes instances en charge de la direction de l'hôpital.

##### **- Les volets de la contractualisation**

Trois thèmes principaux font l'objet d'une contractualisation : les budgets des ressources humaines, les budgets d'exploitation et les budgets d'investissements.

Parmi les établissements répondants engagés dans ce processus, le domaine qui fait le plus l'objet d'une contractualisation est celui des ressources humaines : 68,75% des établissements répondants engagés dans ce type de processus sont concernés. Dans une organisation où près de 75% des charges sont des charges de personnel, il semble normal que ce soit ce thème le plus fréquent dans les processus de contractualisation. Les trois volets qui font le plus l'objet d'une contractualisation interne des ressources humaines sont les mensualités des personnels de remplacement (100% des répondants concernés), la formation professionnelle (81,82 %) et la promotion professionnelle (36,36%). Le second thème le plus important faisant l'objet d'une contractualisation sont les budgets d'exploitation (31,25% des établissements engagés un processus de contractualisation), mais les répondants n'ont pas précisé les volets concernés. Enfin le troisième thème le plus fréquemment cité est celui des budgets d'investissement. Et tous les répondants qui ont engagé un processus de contractualisation sur ce thème le font dans les domaines suivants : matériel bio-médical, informatique et mobilier.

## 4.1.2. Les acteurs du système de pilotage hospitalier

L'enquête par questionnaire identifie les acteurs du pilotage hospitalier. Ces acteurs peuvent être classés en deux grandes catégories. Premièrement, ceux qui élaborent les outils du système de pilotage. La section 4.1.2.1. analyse les acteurs au cœur du processus d'élaboration de ces outils : les personnels de la cellule contrôle de gestion. Deuxièmement les acteurs qui les utilisent. Parmi eux, certains peuvent également être parties prenantes au côté des acteurs du contrôle de gestion à leur conception. La section 4.1.2.2. a pour objet leur étude.

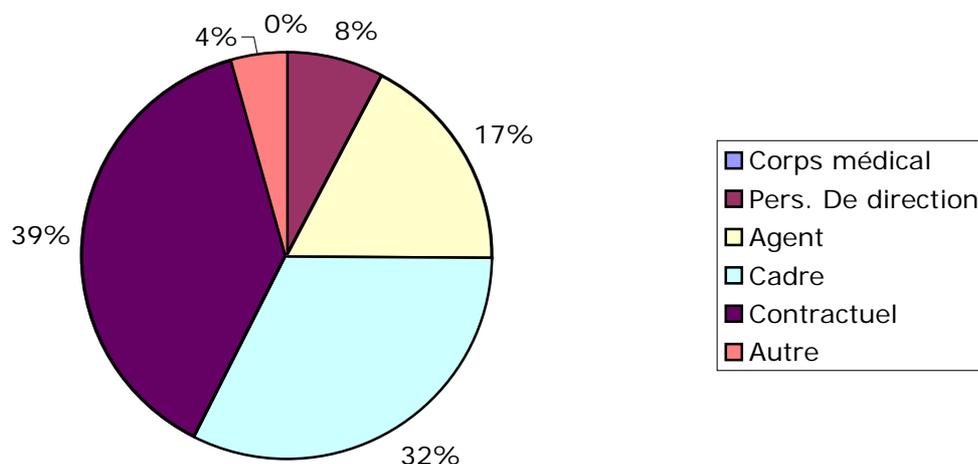
### 4.1.2.1. Les compétences des acteurs du système de pilotage hospitalier

Les compétences es acteurs sont examinés selon deux axes : leur statut dans la structure (4.1.2.1.1.) et leur formation (4.1.2.1.2.).

#### 4.1.2.1.1. Le statut des personnels en charge de l'élaboration des outils de pilotage

Le statut des personnels de nos répondants ayant une cellule de contrôle de gestion est présenté dans la figure 4.7.

**Figure 4.7 : Statut des personnels en charge du contrôle de gestion (effectifs)**

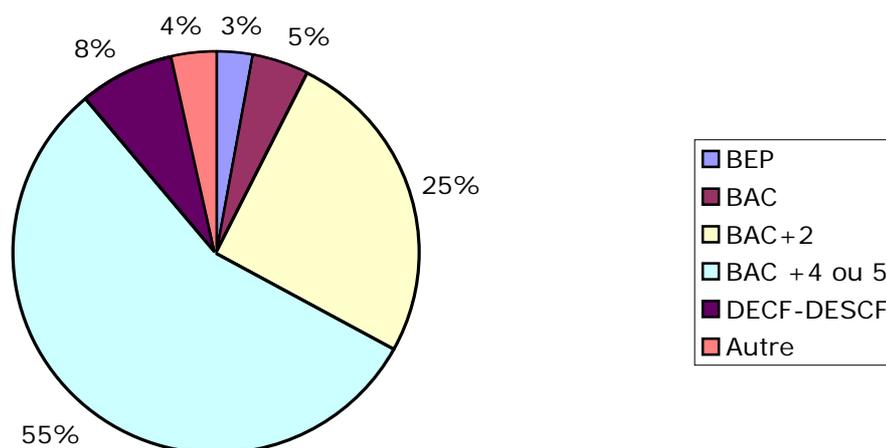


La fonction de contrôle de gestion semble encore partiellement intégré à la fonction hospitalière. Les personnels qui se chargent de cette mission n'ont pas systématiquement un statut à part entière. Les contractuels représentent en effet la plus forte proportion des personnels employés (39%). Viennent ensuite les cadres (32%), les agents (17%) et les personnels de direction (8%).

#### 4.1.2.1.2. La Formation des personnels en charge de l'élaboration des outils de pilotage

La formation des personnels en charge du contrôle de gestion se répartit comme suit. 55 % des personnels en charge du contrôle de gestion sont titulaires d'un BAC+4 ou d'un BAC +5. Par ailleurs, 25% d'entre eux sont titulaires d'un BAC+2 et 8% d'un diplôme préparant à l'expertise comptable, comme le montre la figure 4.8.

**Figure 4.8. : Formation des personnels en contrôle de gestion (effectifs)**



Ces personnes ont par conséquent fait des études supérieures. Le contrôle de gestion est ainsi réalisé par des personnes ayant des qualifications de type master, mais peu dans les métiers de l'expertise comptable, puisque seulement 8% sont titulaires d'un DECF ou d'un DESCF. Ce manque de spécialisation peut éventuellement expliquer l'état du SPH décrit au paragraphe précédent (4.1.1.).

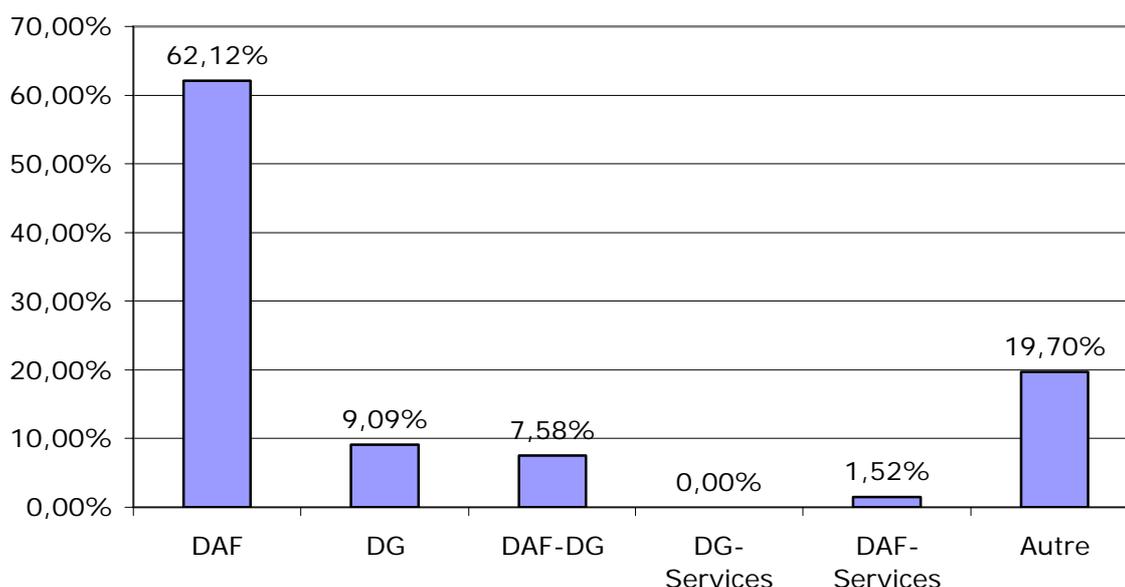
#### 4.1.2.2. Les acteurs impliqués dans le pilotage hospitalier

Le pilotage hospitalier ne se réalise pas uniquement au niveau du contrôle de gestion. Comme tout système de pilotage organisationnel (voir chapitre 1), il a en effet vocation à impliquer d'autres personnes clés de l'organisation au sens de Nobre (2004). Ces personnes peuvent soit contribuer ou réalisent elles-mêmes les états du contrôle de gestion (4.1.2.2.1.), soit en être les bénéficiaires. Or notre enquête nous a montré qu'un seul type de document est diffusé dans l'hôpital : il s'agit des tableaux de bord. C'est pourquoi, le second paragraphe de cette section est consacré aux destinataires de cette seule diffusion (4.1.2.2.2.).

##### 4.1.2.2.1. Les concepteurs des outils de pilotage hospitalier

Au niveau des tableaux de bord destinés à piloter l'ensemble de l'établissement, le questionnaire a permis de constater des tendances assez nettes, comme le montre la figure 4.9.

**Figure 4.9. : les parties prenantes à la conception des tableaux de bord d'établissement**



**Légende :**

*DAF : Direction des Affaires Financières*

*DG : Direction Générale*

*DAF-DG : Coopération entre la Direction des Affaires Financières et la Direction*

*DG-Services : Coopération entre la Direction Générale et les Services concernés*

*DAF-Services : coopération entre la DAF et les Services concernés*

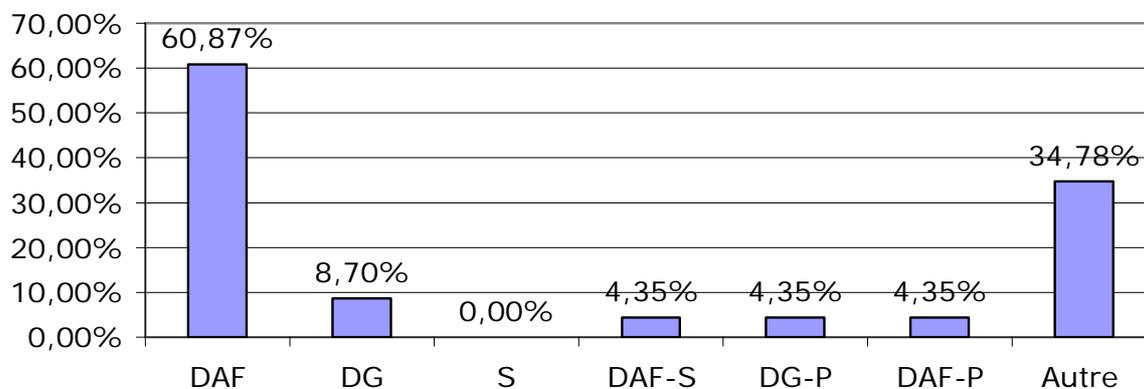
Ainsi, dans une très nette majorité des cas, c'est la Direction des Affaires Financières (DAF) qui se charge de l'élaboration du tableau de bord de l'établissement, lorsque l'établissement en réalise un. La direction générale se charge de cette mission dans moins d'un cas sur dix. Par ailleurs, les cas de coopération sont assez marginales puisqu'ils ne représentent environ

qu'un cas sur dix. Le cloisonnement des services dont fait état la littérature (Cf. chapitre deux) semble se confirmer.

Par ailleurs, parmi les « autres » acteurs de l'élaboration des tableaux de bord, dans la plupart des cas, il s'agit d'une cellule de gestion distincte de la direction des affaires financières. Mais notre enquête a également révélé quelques cas intéressants, notamment une coopération entre la DAF et la Direction de l'Information Médicale (DIM) ou une coopération encore plus poussée qui met en relation non seulement la DAF avec le DIM mais également les services informatiques.

Au niveau des pôles, les acteurs de la constitution des tableaux de bord se présentent dans une configuration comparable à celle constatée au niveau des tableaux de bord d'établissement. La moitié des « autres » partis prenantes à la conception correspondent à des situations où existent une cellule de contrôle de gestion indépendante de la DAF, des coopérations entre DIM et DAF, voire entre DAF et Direction générale. Néanmoins, dans ce cas un établissement (le même que précédemment) se caractérise aussi par une coopération plus poussée, puisque la conception de ce type de tableau de bord est le fruit d'une coopération entre le DIM et la DAF et les services informatiques (figure 4.10).

**Figure 4.10 : les parties prenantes à la conception des tableaux de bord de pôle**



**Légende :**

*DAF : Direction des Affaires Financières*

*DG : Direction Générale*

*S : Services*

*DAF-S : Coopération entre la Direction des Affaires Financières et les Services*

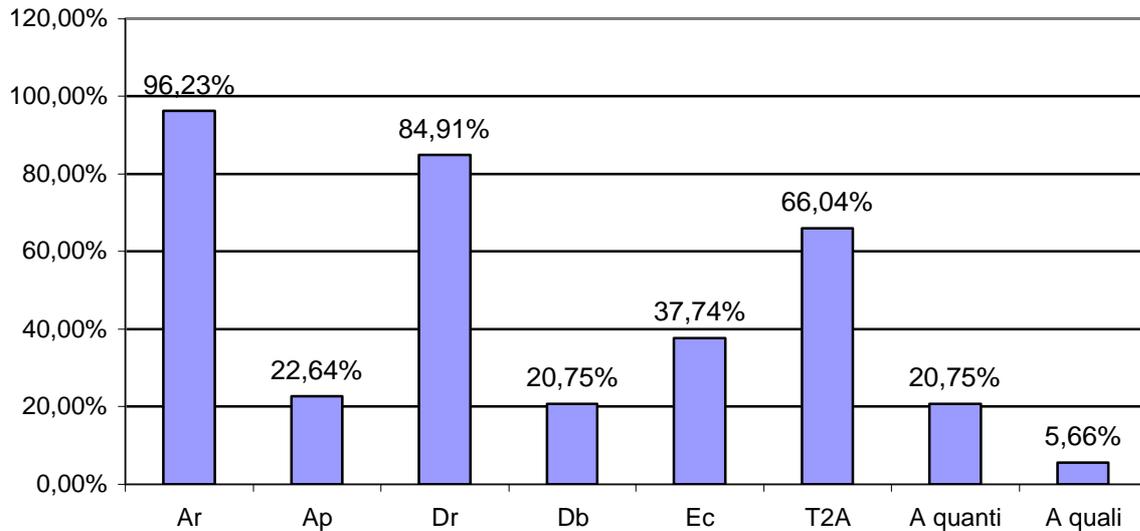
*DG-P : Coopération entre la Direction Générale et les Pôles*

*DAF-P : Coopération entre la DAF et les Pôles*

Pour les services, la configuration est également comparable avec celles tableaux de bord de pôles et d'établissements, comme l'illustre le graphique 4.11.

Il en est de même pour les « autres » configurations, toujours avec le cas particulier de coopération entre la DAF, le DIM et le service informatique (figure 4.11).

**Figure 4.11: les parties prenantes à la conception des tableaux de bord de service**



**Légende :**

*Ar : activités réelles*

*Ap : activité prévisionnelles*

*Dr : dépenses réelles*

*Db : dépenses budgétées*

*Ec : éléments de coûts*

*T2A : éléments de facturation T2A*

*A quanti : autres données quantitatives*

*A quali : données qualitatives*

Est-ce que cette coopération poussée se traduit par un tableau de bord particulier, voire « innovant » au sens de Bourguignon (2003) ? Il se trouve que ce cas particulier correspond à l'un des établissements qui a introduit le Balanced Scorecard dans son système de pilotage. Parmi les trois établissements, c'est aussi lui qui l'a généralisé, car ce type de tableau de bord « innovant » est utilisé aussi bien au niveau de l'établissement, des services et des pôles.

**4.1.2.2.2. Les acteurs destinataires des tableaux de bord**

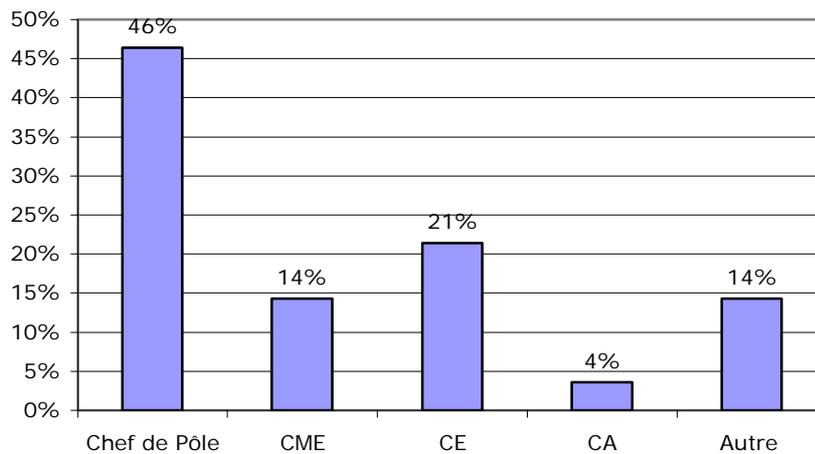
Parallèlement, les acteurs utilisateurs des tableaux de bord sont les acteurs auprès desquels ils sont diffusés. Ainsi, au niveau de l'établissement, 45,66% des établissements qui font un Tableau de Bord d'établissement le diffusent dans les services.

Leur diffusion est donc plus que partielle, ce qui peut être interprété comme un signe supplémentaire du cloisonnement de la structure. En outre parmi ceux qui diffusent ces états dans leurs services, une nette majorité les diffusent à tous (62,96%). Parmi ceux qui les diffusent de manière différenciée, les services chez qui ils sont le plus fréquemment transmis sont les services médicaux (33,33%) viennent ensuite les services médico-techniques (7,41%), les services logistiques (3,70%). Aucun établissement diffuse par ailleurs uniquement ses tableaux de bord d'établissements aux services logistiques. Cette situation reflète l'importance de ces services par rapport aux services de support, au sens de Mintzberg (1982).

En outre selon ce même auteur, l'hôpital en tant que bureaucratie professionnelle semble ainsi privilégier les services qui sont son cœur de métier. Cette situation se reflète bien dans la diffusion des tableaux de bord de l'établissement, puisque dans le cas où la diffusion est partielle, c'est dans les services médicaux qu'elle est réalisée en priorité.

Au niveau des pôles tous les établissements qui font des tableaux de bord les diffusent (Figure 4.12).

**Figure 4.12 : Diffusion des tableaux de bord de pôle**



**Légende :**

*CME : Commission Médicale d'Etablissement*

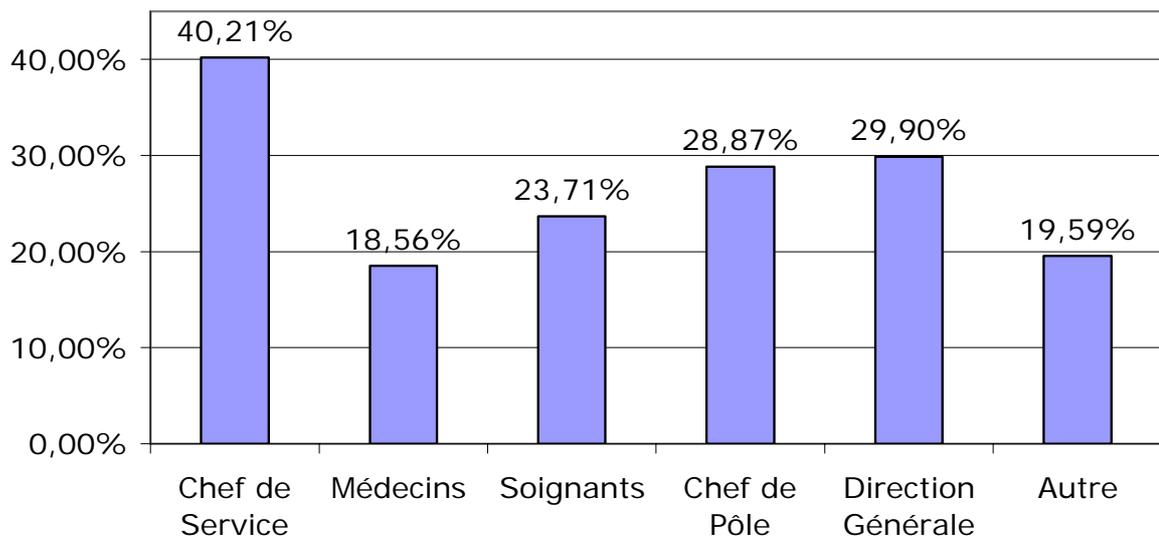
*CE : Conseil Exécutif*

*CA : Conseil d'Administration*

Le chef de pôle est la personne à qui cet état est diffusé le plus fréquemment et les 14 % des autres cas de figure correspondent à la diffusion au conseil exécutif du pôle. C'est au niveau des pôles que le cloisonnement est le moins apparent : le tableau de bord joue véritablement un rôle de liaison.

Parmi les 54 établissements qui font des tableaux de bord par service (soit 54,64 % des répondants), la diffusion des tableaux de bord par service diffère sensiblement selon les différentes parties prenantes au service (figure 4.13).

**Figure 4.13 : Diffusion des tableaux de bord de service (fréquences)**



La diffusion se fait en priorité envers le chef de service (40,21% des cas). Ensuite, c'est la direction générale qui en bénéficie la plus fréquemment mais ce taux de diffusion est nettement plus faible (29,90 %).

Parmi les personnels du service, les soignants (infirmières) reçoivent plus fréquemment les données des tableaux de bord par service que les médecins (23,71% contre 18,56%). En outre les aides-soignants profitent aussi de ce document puisque dans 19,59% des cas ils leur est également transmis (ce type de personnel est représenté sous l'intitulé « autre » dans le figure 4.13).

### 4.1.3. L'animation des outils du pilotage hospitalier

Après avoir caractérisé les acteurs du pilotage hospitalier et les outils mobilisés, il semble important de pouvoir déterminer quelles relations entretiennent les acteurs du pilotage hospitalier avec leurs outils de pilotage. C'est dans cette perspective qu'est présentée la périodicité des tableaux de bord (4.1.3.1.) et celle des budgets (4.1.3.2.).

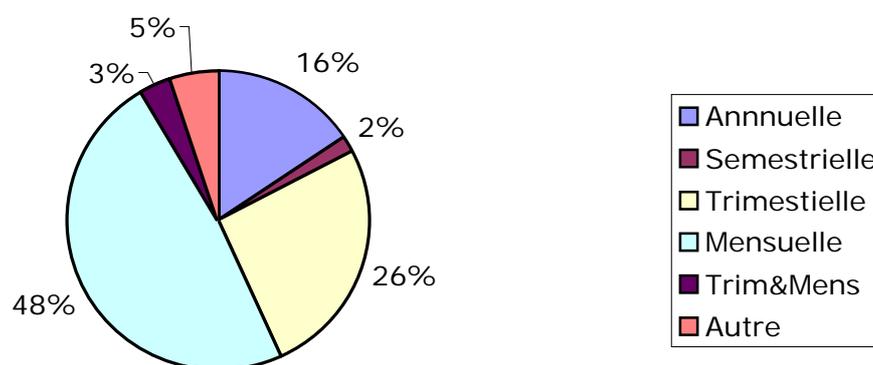
#### 4.1.3.1. Périodicité des tableaux de bord

Conformément aux sections précédentes traitant des tableaux de bord, la périodicité des tableaux de bord d'établissement est traitée (4.1.3.1.1.), suivi de celles des tableaux de bord par pôle (4.1.3.1.2.), puis ceux par service (4.1.3.1.3.)

##### 4.1.3.1.1. Les tableaux de bord réalisés pour l'ensemble de l'établissement

Les établissements de santé réalisent des tableaux de bord d'établissement tous les mois pour 48% d'entre eux, tandis que 26% en font tous les trimestres (Figure 4.14).

**Figure 4.14 : Répartition des périodicité des tableaux de bord d'établissement**

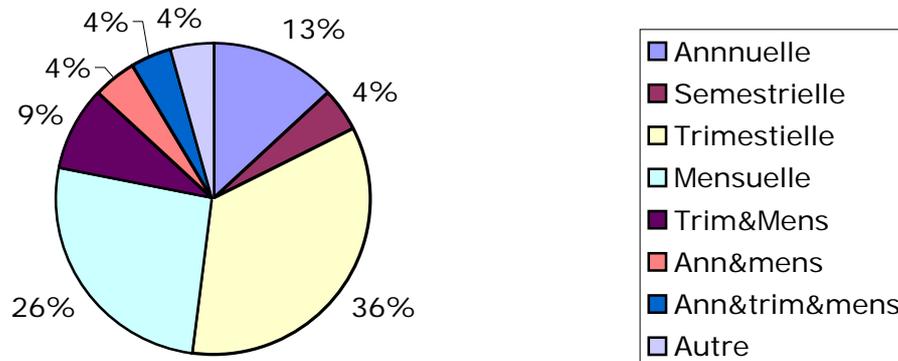


Néanmoins, rares sont les établissements qui suivent leurs tableaux de bord sur plusieurs périodicités : seuls 3 % des répondants le font (périodicité à la fois trimestrielle et mensuelle). Les répondants qui pratiquent une autre périodicité que celles prévues par le questionnaire pratiquent une périodicité quadrimestrielle. La périodicité mensuelle du Tableau de Bord de l'établissement peut s'interpréter comme le signe de réunions régulières, relativement proches entre elles et par conséquent d'un pilotage suivi de l'hôpital. A contrario, un suivi annuel conduit à une information de la direction trop espacée dans le temps pour lui conférer le pouvoir de piloter la structure au sens du chapitre premier.

#### 4.1.3.1.2. Les tableaux de bord réalisés au niveau des pôles

Au niveau des pôles, la majorité des établissements pratiquent des périodicités mensuelles (26%) ou trimestrielles (36%) comme le montre la figure 4.15.

**Figure 4.15 : Répartition des périodicité des tableaux de bord de pôle**

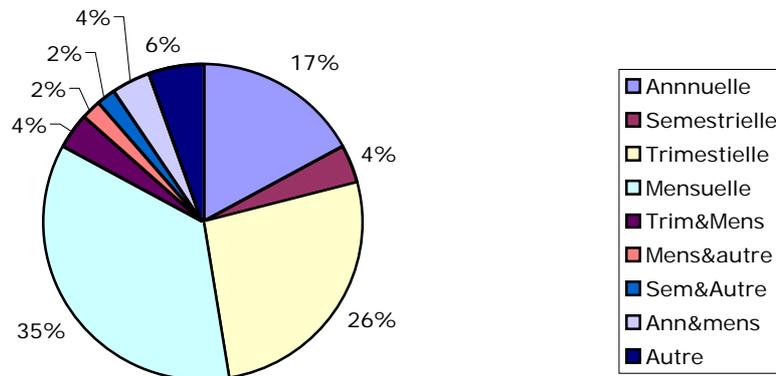


Dans le cas des tableaux de bord par pôle, le suivi multi périodique est plus pratiqué (18% des répondants). Le suivi des tableaux de bord par pôle est par conséquent non seulement régulier mais davantage suivi que pour les tableaux de bord par établissement de santé. Par ailleurs, à l'instar des tableaux de bord par établissement, une proportion de répondants (13% ) pratiquent un suivi annuel.

#### 4.1.3.1.3. Les tableaux de bord réalisés au niveau des services

Au niveau des services, la périodicité des tableaux de bord est également calquée sur celle des deux types de tableaux de bord précédents, comme le montre le graphique page suivante : forte régularité des tableaux de bord pour une majorité assez large de répondants, élaboration multi périodique des états assez restreinte et une proportion d'établissements qui réalisent leurs états tous les ans, autour de 15% (figure 4.16).

**Figure 4.16 : Répartition des périodicité des tableaux de bord de service**



Globalement, les pratiques d'élaboration des tableaux de bord sont assez homogènes quelque soit le niveau hiérarchique de l'établissement (pôle, service ou établissement dans son intégralité). En effet, parmi nos répondants, il n'existe pas de grandes disparités en termes de périodicité entre les tableaux de bord réalisés pour l'ensemble de l'établissement, pour ceux élaborés au niveau des pôles ou des services. Même si le suivi multi périodique des tableaux de bord de pôle est plus répandu.

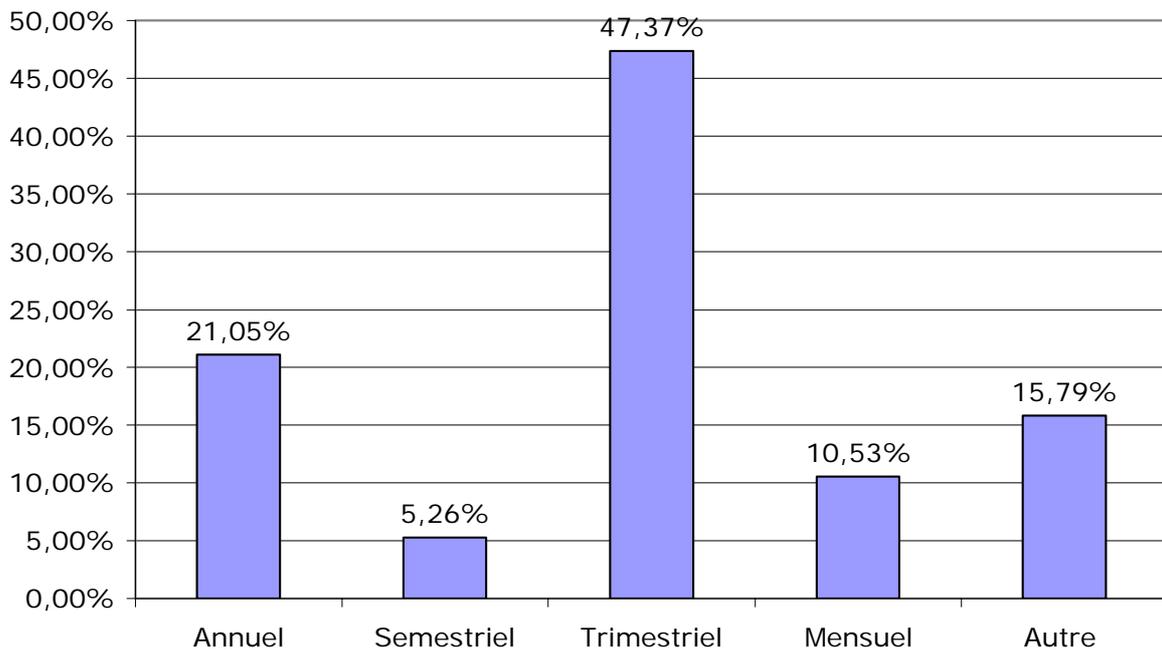
### 4.1.3.2. Périodicité des budgets

Deux types de budgets ont pu être identifiés : les budgets par pôle (4.1.3.2.1.) et ceux par service (4.1.3.2.2.).

#### 4.1.3.2.1. Périodicité des budgets de pôle

Notre enquête montre que près de la moitié des répondants qui réalisent des budgets de pôle les révisent tous les trimestres (figure 4.17).

**Figure 4.17 : Périodicité des budgets de pôle**

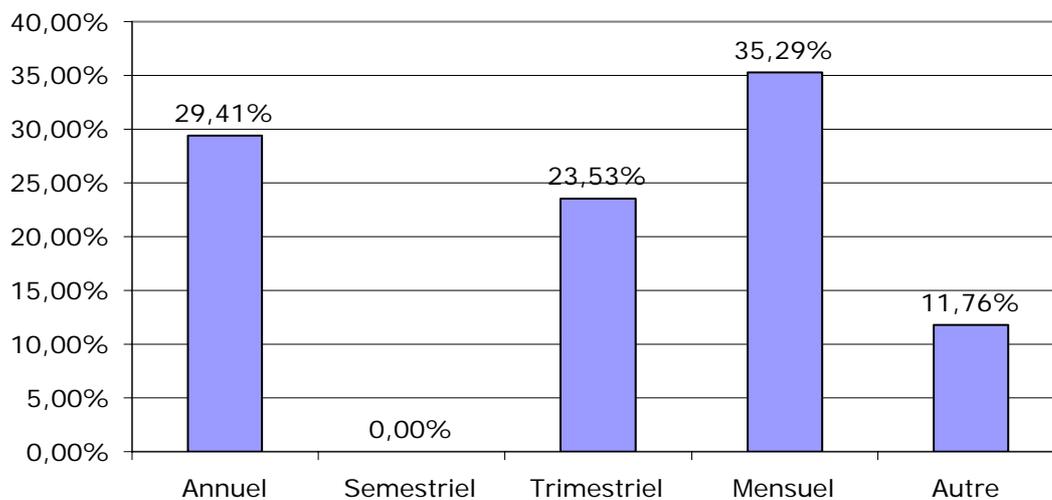


Globalement pour la majorité des répondants qui effectuent des budgets au niveau de leurs pôles, la réalisation de ces budgets est plutôt soutenue, comme dans le cas des tableaux de bord, même si la règle en termes de périodicité n'est plus le mois (10,53%) mais le trimestre (47,37%). Par ailleurs, une proportion d'établissement toujours comprise entre 10 et 20 % réalisent des suivis annuels de leurs états. Cette analyse montre qu'au niveau des budgets de pôle, les tendances identifiées au niveau des tableaux de bord se rencontrent également.

#### 4.1.3.2.2. Périodicité des budgets par service

Au niveau des services, cette régularité est moins perceptible. Ainsi, même si une majorité nette d'établissements font des budgets à intervalles assez rapprochés dans le temps (mensuel ou trimestriel), la proportion d'établissements qui font des budgets annuellement est plus forte que dans le cas des pôles (29,41% contre 21,05%) comme le montre la figure 4.18.

**Figure 4.18 : Répartition des périodicité des tableaux de bord de service**



Les intervalles périodiques d'élaboration des budgets sont comparables avec ceux identifiés au niveau de tableaux de bord. Par conséquent, les intervalles d'élaboration des budgets de service sont globalement assez rapprochés. Notre enquête a aussi permis d'identifier les modalités de suivi de ces deux types d'outils de pilotage (tableau de bord et budget). Il en ressort qu'une certaine similitude dans le suivi est aussi identifiable par rapport aux budgets. Leur révision se fait en effet principalement lors de réunions (68%), tout comme les budgets (77%).

Globalement, les pratiques de suivi ainsi que les fréquences d'élaboration des états traduisent une certaine homogénéité des pratiques en termes d'animation du système de pilotage. Il existe donc des régularités dans les pratiques de pilotage des établissements répondants.

#### ***4.1.4. Synthèse : le système de pilotage hospitalier, un système dont la transformation est problématique***

Deux caractéristiques importantes du Système de Pilotage Hospitalier (SPH) ressortent de cette étude. Premièrement, les pratiques d'animation du SPH sont assez homogènes et sont caractérisées par une certaine régularité dans l'élaboration de leurs tableaux de bord et de leurs budgets. De même les modalités de suivi sont très majoritairement les mêmes : elles prennent la forme de réunions. Deuxièmement, le SPH est mû par des outils traditionnels peu nombreux et est peu réactif aux transformations. Les tableaux de bord sont en outre dans leur grande majorité de type financier : très peu de données qualitatives sont intégrés aux différents tableaux de bord utilisés. De même, beaucoup d'établissement qui font des tableaux de bord ne peuvent réaliser une véritable analyse entre le prévu et le réalisé. Ce n'est pas a priori un problème de qualification des personnels puisque que leur niveau est a priori globalement élevé. Néanmoins, cette question mérite d'être approfondie.

Enfin, les outils de calcul des coûts sont assez peu « innovants » et leur taux de diffusion est lent. Comme le montre le cas du guide de comptabilité analytique hospitalière. Édité en 1998, son usage est loin d'être généralisé. Par ailleurs, les méthodes de calcul ou de tableau de bord plus innovants sont peu usités.

Au prisme de l'étude du SPH qui vient d'être faite, les processus de transformation du SPH semblent empêchés et de ce fait la transformation du SPH semble problématique.

Est-ce que cette situation est dépendante d'un système d'information qui ne permet pas le développement d'un système de pilotage plus performant ? Cette question, au cœur de notre objet de recherche, se pose de manière plus aigüe après avoir analysé le SPH des hôpitaux.

## **4.2. État actuel du Système d'Information Hospitalier et de sa relation avec le SPH**

La deuxième partie de ce chapitre a pour objet de faire un état des lieux sur le système d'information hospitalier (SIH) et sur sa relation avec le SPH. Le SIH (comme tout système d'information) est un système socio-technique. C'est pourquoi, faire l'état des lieux du SIH et sur sa relation avec le SPH suppose tout d'abord de s'intéresser aux moyens informatiques à disposition des acteurs hospitaliers. Pour les classer, nous empruntons la typologie utilisée par la mission T2A ministère de la santé en 2004. Ce document distingue quatre types de supports applicatifs. Tout d'abord ceux qui ont été développées sans avoir une mission particulière. Ce sont des logiciels nommés « généralistes ». Il s'agit par exemple d'Excel qui peut servir à différentes missions (tables de données, calcul des coûts, tableaux de bord...).

Le second type de logiciel répertorié par la mission T2A représente ceux qui sont dédiés à une fonction mais dont l'usage va au-delà du domaine hospitalier. Cette mission les qualifie de « dédiés fonction mais pas monde hospitalier ». Il en va ainsi du logiciel Business Object. Son objet est de créer des requêtes dans les bases de données, mais qui est aussi utilisé par des organisations tant publiques que privées parfois très éloignées du monde hospitalier.

Le troisième type de logiciel correspond à des produits dédiés à une fonction précise et qui a été développé pour les hôpitaux. Le logiciel C-Page par exemple appartient à cette catégorie. Il se charge de l'enregistrement des données comptables et financières uniquement pour les hôpitaux. La mission T2A les appellent logiciel « dédié milieu hospitalier ».

Le dernier type de logiciel répertorié correspond à ceux développés par les établissements eux mêmes. Il s'agit des « logiciels maisons ».

En se basant sur cette typologie, les aspects applicatifs du SIH et notamment le SIGH pourront être appréhendés (4.2.1.).

La seconde section de ce chapitre s'intéresse aux acteurs qui animent le SIH (4.2.2.). La relation entre SIH et SPH y est traitée à partir de la perception qu'en ont les contrôleurs de gestion hospitaliers. L'état des lieux de la relation entre SIH et SPH est par conséquent abordée dans cette deuxième section sous sa dimension humaine.

### **4.2.1. Les moyens informatiques à disposition des établissements de santé**

Dans cette première section, les moyens à disposition de la sphère administrative et financière du SIH sont décrits et analysés (4.2.1.1.). Ensuite, ceux de la sphère médicale sont présentés et commentés (4.2.1.2.). Enfin, ce sont les logiciels à disposition des acteurs pour animer la relation entre ces deux sphères qui sont étudiés (4.2.1.3.).

#### **4.2.1.1. Les moyens existants au niveau de la sphère administrative et financière**

Notre enquête a permis de distinguer deux types de logiciels au niveau de cette sphère : les logiciels utilisés pour la comptabilité et l'analyse financière (4.2.1.1.1.) et ceux dédiés au contrôle de gestion (4.2.1.1.2.).

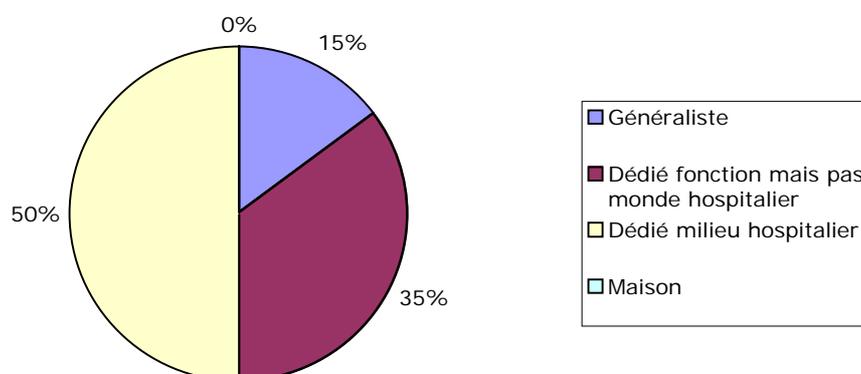
##### **4.2.1.1.1. Les logiciels utilisés pour la comptabilité et l'analyse financières**

Trois tâches distinctes sont réalisées dans le cadre de la comptabilité: le suivi des emprunts, des immobilisations et l'analyse financière. Ce dernier volet correspond aux logiciels utilisés pour l'EPRD afin de déterminer notamment la capacité d'autofinancement, les flux de trésorerie et le tableau de financement.

##### **- Les logiciels de suivi des emprunts**

Au niveau des emprunts, les logiciels utilisés sont pour 50% d'entre eux spécifiques au milieu hospitalier. Par ailleurs, 35% des répondants utilisent un logiciel dédié au suivi des emprunts mais qui n'est pas explicitement à destination des hôpitaux et 15 % utilisent des logiciels dont la mission n'est pas spécifiée par son développeur. Dans tous les cas c'est alors Excel qui est employé. Par ailleurs, aucun des répondants ne développe lui-même un logiciel de suivi des emprunts pour son propre usage (figure 4.19).

**Figure 4.19 : Répartition des logiciels utilisés pour le suivi des emprunts :**

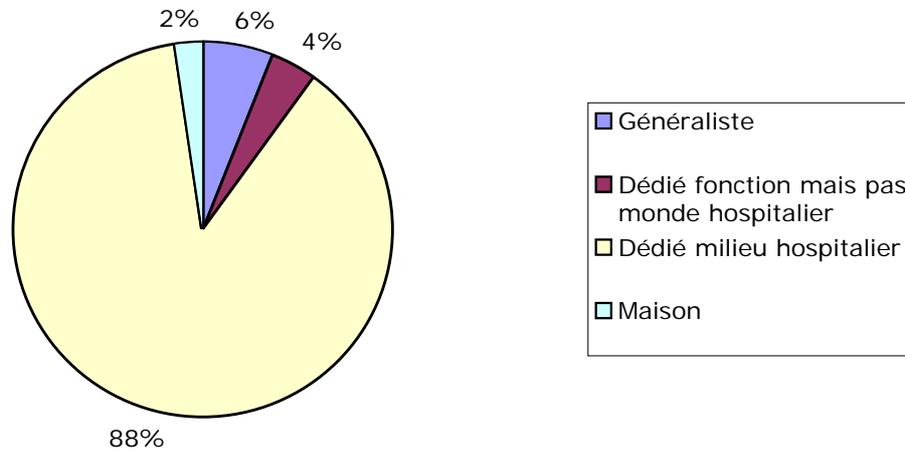


#### **- Les logiciels de suivi des immobilisations**

La tendance observée au niveau des logiciels de suivi des emprunts est encore plus marquée au niveau des logiciels de suivi des immobilisations. Dans ce cas, c'est 88% des logiciels utilisés qui sont dédiés milieu hospitalier. Cette situation peut s'expliquer par le caractère spécifique des immobilisations des établissements de santé de court séjour, notamment au niveau des unités de soin.

Par ailleurs, contrairement au cas du suivi des emprunts, certains répondants (2%) développent eux-mêmes leurs logiciels. Néanmoins, cette situation est marginale (figure 4.20).

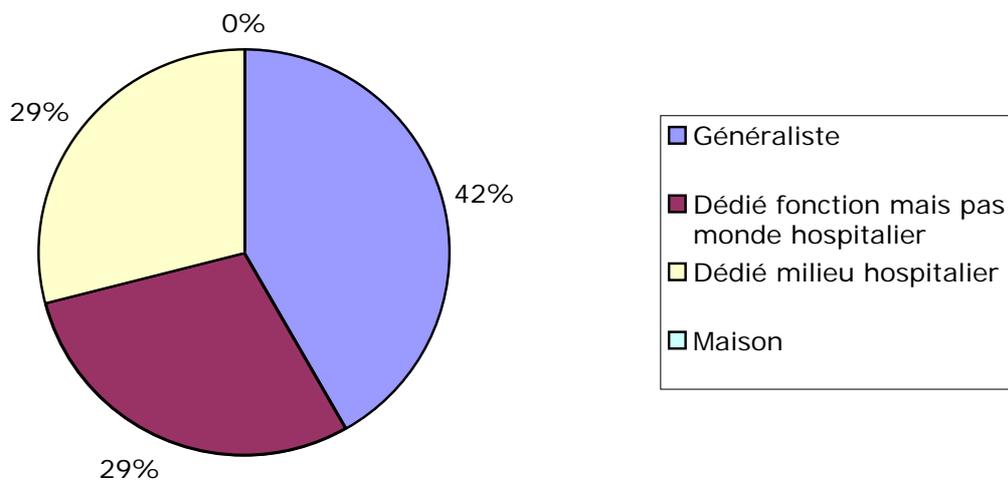
**Figure 4.20 : Répartition des logiciels utilisés pour le suivi des amortissements:**



**- Les logiciels mobilisés pour le volet analyse financière de l'EPRD**

Au niveau du volet « analyse financière » de l'EPRD, les types de logiciels se répartissent assez équitablement, avec cependant une proportion plus forte d'établissements qui utilisent des logiciels généralistes c'est-à-dire Excel pour réaliser les calculs de la capacité d'autofinancement et des flux de trésorerie, comme le montre la figure 4.21.

**Figure 4.21 : Répartition des logiciels utilisés pour l'EPRD**



Ainsi, globalement, les logiciels utilisés par les Directions des Affaires Financières (DAF) sont des logiciels plutôt développés pour le milieu hospitalier. Ainsi, les spécificités de l'hôpital se retrouvent au niveau de ses logiciels de comptabilité. Mais, au niveau des logiciels d'analyse financière, cette spécificité est nettement moins forte, puisque le volet "analyse financière de l'EPRD est majoritairement effectué avec des logiciels généralistes ou dédiés à l'analyse financière non spécifiques au milieu hospitalier (71%), avec une forte proportion d'utilisateurs de logiciels généralistes (42%).

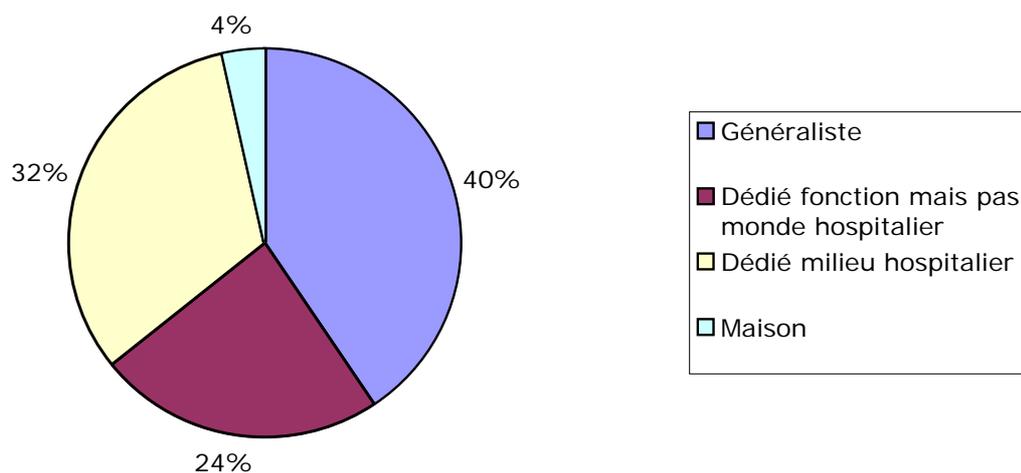
#### 4.2.1.1.2. Les logiciels utilisés pour le contrôle de gestion

Au niveau des logiciels utilisés pour l'élaboration des outils pilotage, notre enquête s'est basée sur les différents outils identifiés pour le pilotage hospitalier et a demandé aux contrôleurs de gestion de spécifier les logiciels utilisés pour leur élaboration. Les résultats sont présentés ci-dessous.

##### - Pour les tableaux de bord

Au niveau des tableaux de bord, la plus forte proportion des utilisateurs utilisent des logiciels généralistes (40% utilisent des outils de type Excel). Les logiciels les plus fréquemment utilisés sont ensuite les logiciels dédiés milieu pour le hospitalier (32%) et 24% utilisent des logiciels spécifiques pour la construction des tableaux de bord, mais pas explicitement dédiés au milieu hospitalier. Enfin seul 4% des logiciels sont développés en interne (figure 4.22).

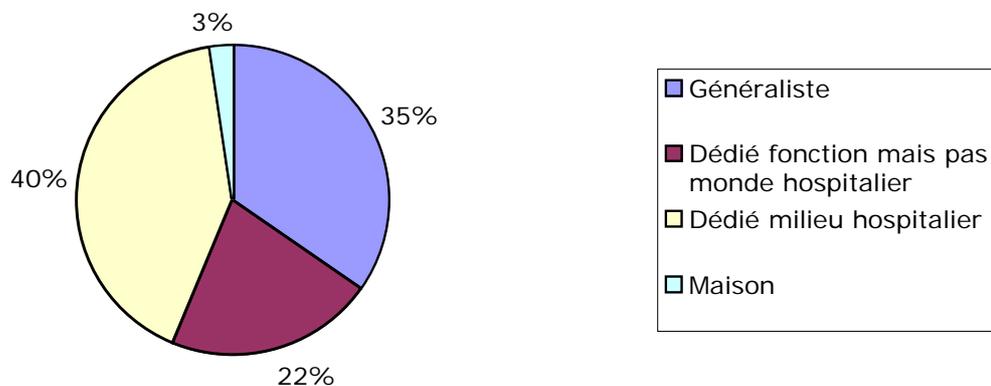
**Figure 4.22 : Répartition des logiciels utilisés pour les tableaux de bord**



### - Pour le calcul des coûts

Les logiciels mobilisés pour calculer les coûts se répartissent à peu près de la même manière que ceux utilisés pour les tableaux de bord : la majorité des logiciels utilisés ne sont pas dédiés au milieu hospitalier, même si pour le calcul des coûts la fréquence de ce type de logiciel est plus forte que pour les tableaux de bord (40% contre 32%). De même, les logiciels développés pour le calcul des coûts sont plus fréquemment utilisés que dans le cadre de la comptabilité et de l'analyse financière. La figure 4.23 reprend les principaux enseignements des logiciels mobilisés pour le calcul des coûts.

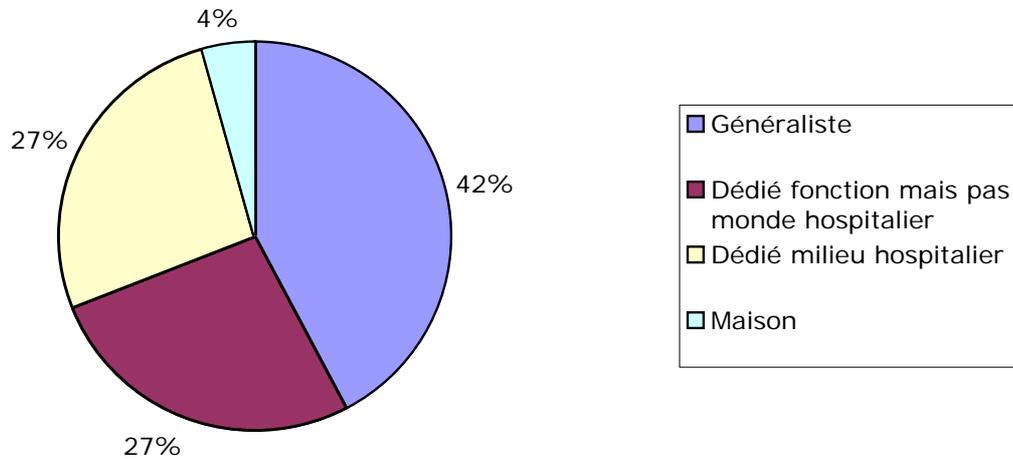
**Figure 4.23 : Répartition des logiciels utilisés pour calculer les coûts**



### - Pour les budgets

Au niveau des budgets, la configuration des logiciels utilisés est comparable aux deux cas précédents : une forte proportion de logiciels généralistes, une utilisation importante de logiciels non spécifiques au milieu hospitalier et une part marginale de logiciels développés en interne. Cette proportion est néanmoins supérieure à celle des autres domaines de la sphère administrative et financière du SH., comme l'illustre la figure 4.24.

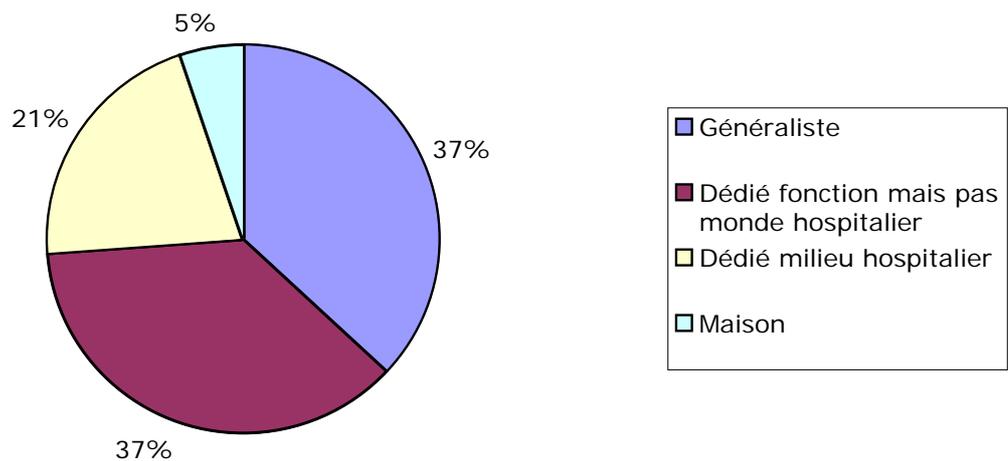
**Figure 4.24 : Répartition des logiciels utilisés pour calculer les budgets**



**- Pour la contractualisation**

Les logiciels utilisés par les répondants engagés dans ce processus sont dédiés au milieu hospitalier uniquement pour 21% même si la procédure de contractualisation est spécifique aux hôpitaux (figure 4.25).

**Figure 4.25: Répartition des logiciels utilisés pour la contractualisation**



Ainsi, globalement, les logiciels mobilisés pour le contrôle de gestion sont moins spécifiques

au secteur hospitalier que ceux utilisés pour la comptabilité ou l'analyse financière.

À ce stade de l'analyse, deux explications peuvent être avancées. Premièrement, les logiciels de comptabilité de gestion dédiés au milieu hospitalier sont considérés comme superflus. Les procédés d'élaboration de ces outils ne demandent pas de requêtes ou de fonctions informatiques particulières. Dans ce cas, au moins pour les concepteurs des outils l'application des principes du New Public Management ne devrait pas poser de problèmes au niveau des techniques de traitement des données. Néanmoins, étant donné les caractéristiques du SPH présentés en 4.1, cette hypothèse semble peu vraisemblable.

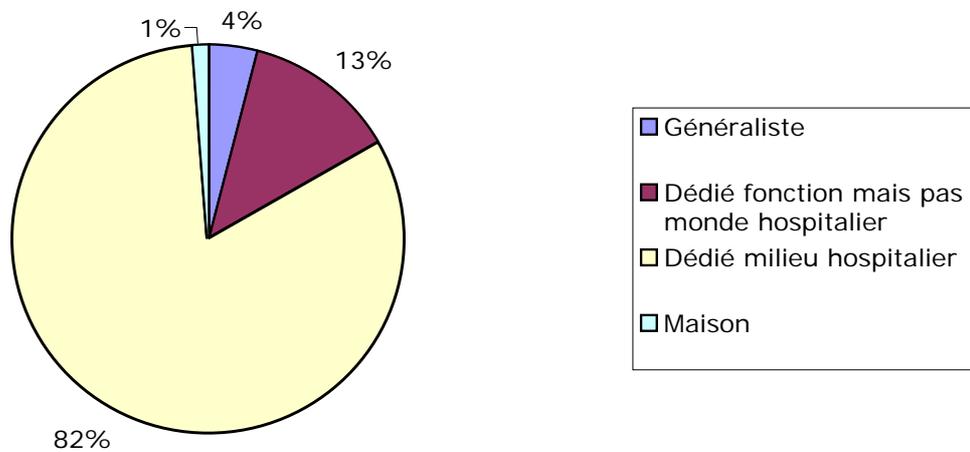
Deuxièmement, les logiciels pour le contrôle de gestion hospitalier existent et sont adaptés. Mais faute de moyens financiers, ils restent inaccessibles à beaucoup d'hôpitaux. Et cette faible diffusion explique les problèmes de transformation actuels du SPH qui ont été observés en 4.1. Néanmoins, certaines remarques au fil de notre enquête nous laissent dubitatifs concernant la qualité des logiciels dédiés pour le contrôle de gestion. Ainsi, certains répondants qui utilisaient de type de logiciel expriment le désir d'en changer. D'autres se demandaient s'il existe vraiment des logiciels adaptés au contrôle de gestion en milieu hospitalier, alors qu'ils en utilisent eux-mêmes. La situation semble de ce fait plus complexe et une analyse plus approfondie de la situation s'avère nécessaire pour pouvoir apporter des éléments susceptibles de mieux expliquer cette situation.

#### **4.2.1.2. Les moyens existants au niveau de la sphère médicale**

Ce paragraphe a pour objet de caractériser la sphère médicale du SIH. Elle a une mission importante pour le pilotage : lui fournir les données d'activité. En outre, elle est sous la responsabilité d'un médecin chargé de traiter et « d'anonymiser » l'activité : le Directeur de l'Information Médicale (DIM). C'est pour cette raison que la sphère médicale du SIH est appréhendée à partir des logiciels que ce médecin utilise, car ils permettent de faire la synthèse des productions de l'ensemble de la sphère médicale du SIH.

##### **- Les logiciels utilisés par le DIM pour l'analyse des données**

Comme le montre la figure 4.26, les logiciels utilisés pour l'analyse des données sont dédiés milieu hospitalier en très grande majorité.

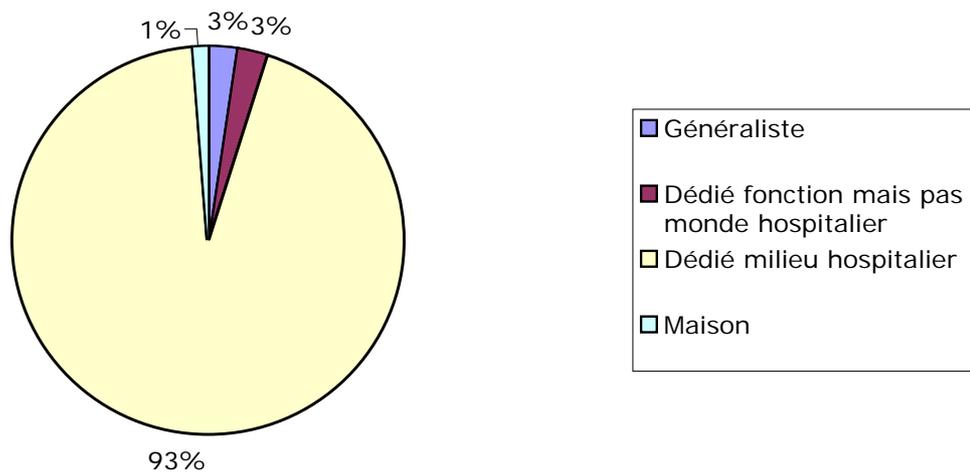


**Figure 4.26 : Répartition des logiciels utilisés pour analyser les données**

**- Les logiciels utilisés pour l'enregistrement des données**

Ce cas de figure se retrouve également au niveau de l'enregistrement des données, comme le montre la figure 4.27.

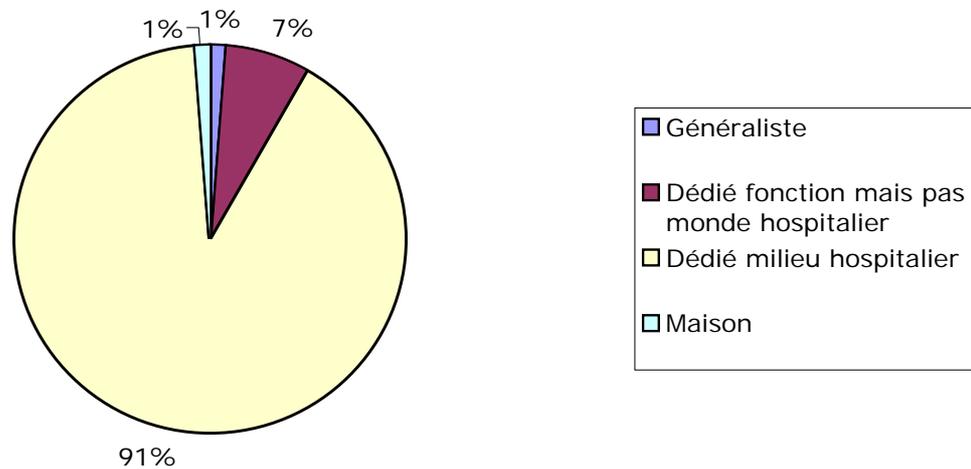
**Figure 4.27 : Répartition des logiciels utilisés pour calculer l'enregistrement des données**



- **Les logiciels utilisés pour la vérification des données**

Et il en est de même pour la vérification des données (figure 4.28).

**Figure 4.28 : Répartition des logiciels utilisés pour vérifier les données**



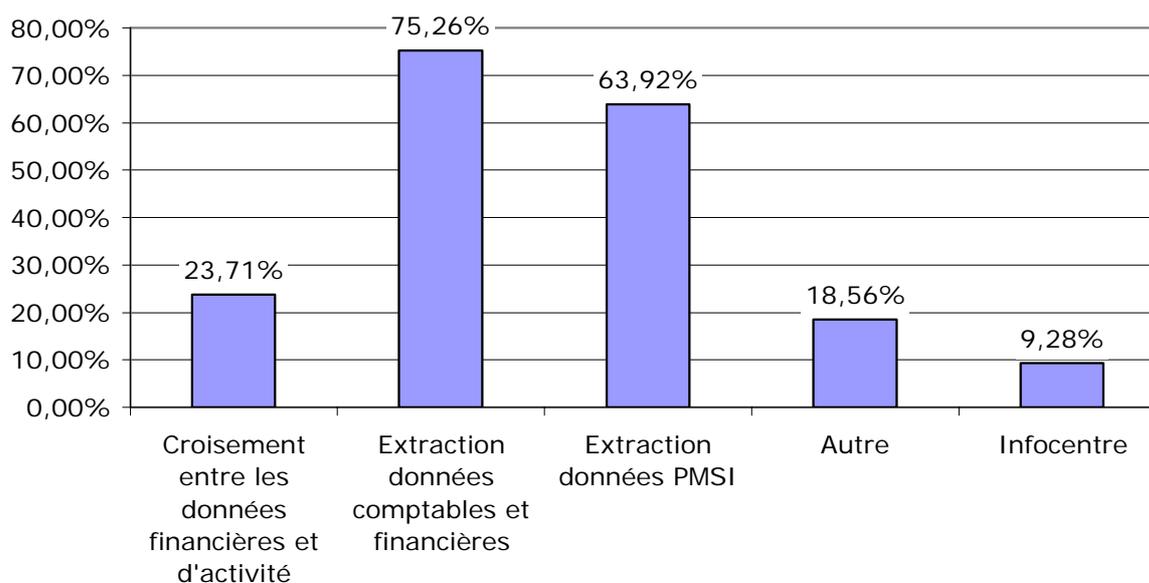
Il ressort de cette analyse que la sphère médicale du DIM mobilise plus fréquemment des logiciels dédiés milieu hospitalier que la sphère administrative et financière. Mais considérer que ces deux sphères n'ont aucun point commun entre elles serait une erreur, puisque la sphère administrative et financière utilise elle aussi une forte proportion de logiciels dédiés milieu hospitalier. L'interface et les liaisons entre ces deux sphères semblent de ce fait envisageable sans trop de difficultés, puisque les logiciels employés répondent a priori aux mêmes impératifs dictés par la gestion des établissements de santé (données d'activité sécurisées et prise en compte des spécificités du parc mobilier notamment). La section suivante a pour mission de confirmer que globalement les hôpitaux de type MCO ne sont pas sujets à des problèmes d'interfaces entre les deux sphères de leur SIH.

### 4.2.1.3. Les moyens existants au niveau de l'intégration du SIH

Ces moyens correspondent aux logiciels qui permettent de transmettre les données des logiciels d'exploitation aux instances de pilotage des établissements et de croiser les données des deux sphères du SIH. En suivant les développements du chapitre un (section 1.2.1.), ils correspondent au Système d'Information de Gestion Hospitalier (SIGH). Ce dernier correspond en effet à deux types de logiciels qui ont été identifiés dans notre enquête comme le montre la figure 4.29.

Il s'agit premièrement des logiciels d'extraction de données, qui prennent appui sur les logiciels d'exploitation selon la typologie de Reix (2000). Deuxièmement, en tant qu'élément fédérateur du Système d'Information (Bidan, 2004) les logiciels de croisement de données entre les deux sphères du SIH peuvent également être rattaché au SIGH.

**Figure 4.29 : SIGH, état des lieux**



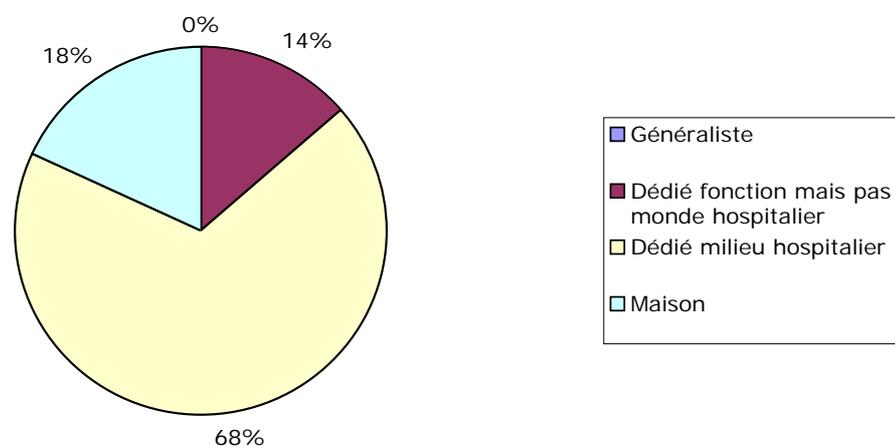
Comme le graphique ci-dessus l'illustre, les logiciels qui permettent l'extraction des données d'activité vers la sphère administrative et financière sont assez répandus au niveau du SIGH. Cependant, le croisement entre les données comptables et financières et les données d'activité est pris en charge par un logiciel que pour un peu moins d'un quart des répondants. En outre, le procédé de l'infocentre reste marginal. De même les ERP sont les grands absents. Seuls deux répondants envisagent en effet de recourir plus tard à un ERP. Globalement, il semble par conséquent que l'aspect fédérateur du SIGH est peu développé.

Il reste à savoir quelles est la nature des différents logiciels qui composent le SIGH. Dans un premier temps, nous aborderons la nature des logiciels qui permettent le croisement des données (4.3.2.1.1.) et ensuite celle des logiciels d'extraction (4.3.2.1.2.).

#### 4.3.2.1.1. Les logiciels de croisement des données

Concernant les types de logiciels mobilisés pour animer le SIGH, notre enquête montre que les logiciels de croisement des données sont essentiellement dédiés au milieu hospitalier, comme le montre la figure 4.30.

**Figure 4.30 : Les logiciels de croisement des données**



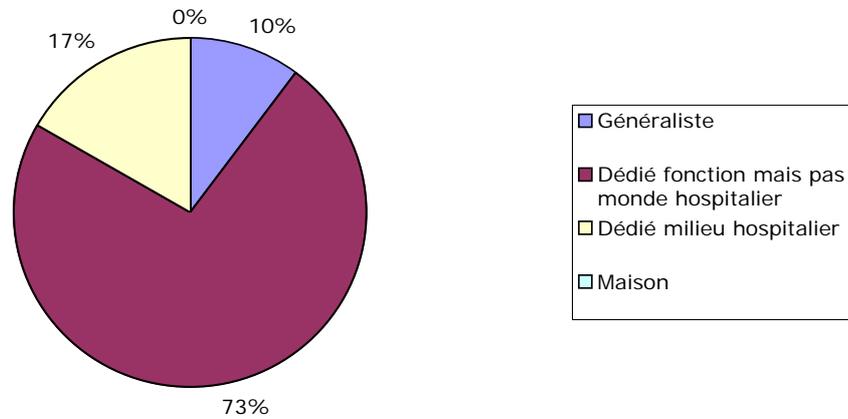
#### 4.3.2.1.2. Les logiciels d'extraction de données

Deux types d'extraction sont identifiables : ceux qui s'occupent des données comptables et financière et ceux en relation avec le PMSI (Cf. chapitre deux, section 2.2.1.).

##### - Les logiciels d'extraction des données comptables et financières

Les logiciels quant à eux sont essentiellement dédiés mais non spécifiques au milieu hospitalier (figure 4.31).

**Figure 4.31 : Les logiciels d'extraction des données comptables et financières**

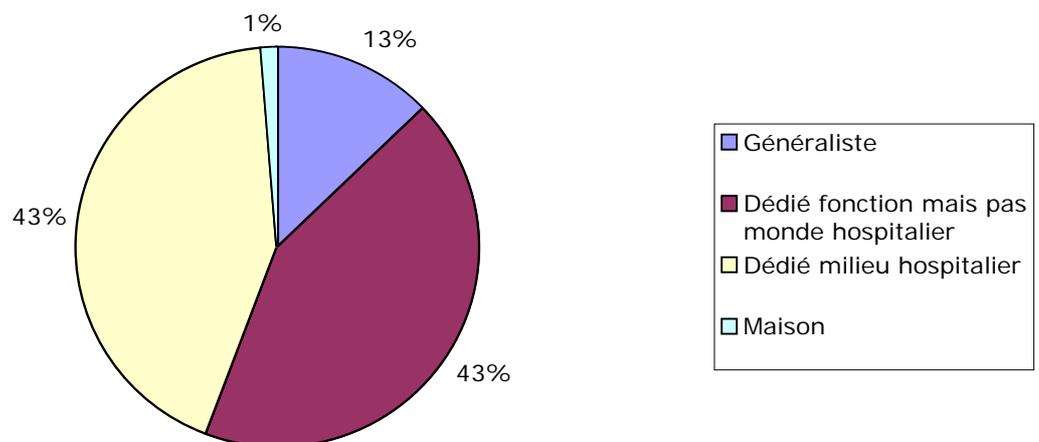


Cette différence s'explique mal si l'on se réfère aux conditions d'obtention de l'information médicale décrit par Tourelles (2005) : les données sont « anonymisées » avant d'être prises en charge par les logiciels de croisement des données. Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour pouvoir comprendre cette différence de nature de logiciels mobilisés.

**- Les logiciels d'extraction des données du PMSI**

Les logiciels d'extraction des données du PMSI se partagent équitablement entre des logiciels dédiés au monde hospitalier et ceux dédiés à une fonction qui peuvent être utilisés par d'autres organisations, comme le montre la figure 4.32.

**Figure 4.32 : Les logiciels d'extraction des données du PMSI**



Ainsi, globalement, le SIGH semble composé de logiciels d'extractions de données comptables et financières d'une part et d'autre part de logiciels d'extractions des données du PMSI. Les logiciels qui mettent en relation ces deux types de données ne sont pas généralisés. Il est donc dans la très grande majorité des cas impossible de pouvoir croiser des données comptables et financières d'une part et des données d'activité d'autre part à l'aide d'un logiciel. Cette opération reste « manuelle ». Le SIH n'est pas véritablement fédéré, et encore moins intégré au sens de Bidan (2004).

En outre, les logiciels mobilisés par le SIGH sont globalement dédiés à des fonctions (extraction de données, notamment) mais dont l'usage n'est pas dédié exclusivement au milieu hospitalier.

#### **4.2.2. Les acteurs du système d'information hospitalier**

Notre enquête a permis de constater que les acteurs du SIH se répartissent en deux groupes distincts. Premièrement, ceux qui se chargent de la maintenance et de l'évolution de la sphère administrative et financière (4.2.2.1.). Deuxièmement, ceux du DIM, qui ont pour mission d'intégrer et de traiter les données issues de l'activité médicale (4.2.2.2.). Nous aborderons enfin la perception qu'ont les contrôleurs de gestion des logiciels qu'ils utilisent dans le cadre de leur travail (4.2.2.3). Cette dernière section nous permettra d'avoir la perception des contrôleurs de gestion de la relation entre SIH et SPH.

##### **4.2.2.1. Les acteurs de la sphère administrative et financière**

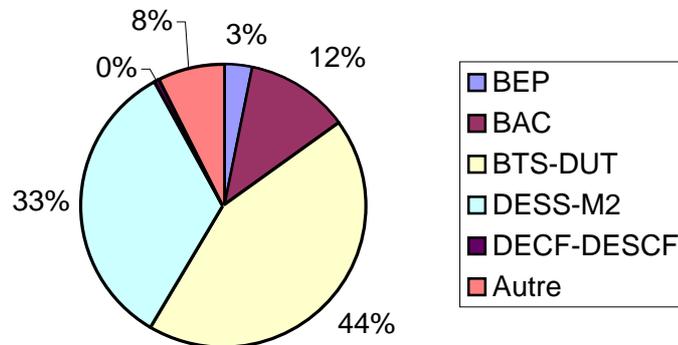
Dans un premier temps, la formation des personnels (4.2.2.1.1.) est analysée puis leur statut (4.2.2.1.2.) afin de caractériser les grandes tendances qui ressortent au niveau de ce type de personnels.

###### **4.2.2.1.1. Formation des personnels**

Comme le montre le graphique ci-dessus, le niveau de qualification des personnels en charge du système informatique est moins élevé que celui des personnels en charge des outils de gestion, puisque la part des personnes titulaires d'un BAC+2 est plus forte par rapport aux personnes en charge des outils de gestion.

Néanmoins, la part des personnes ayant un diplôme préparant à l'expertise comptable est sensiblement plus forte. Cette situation montre que parmi les répondants, il existe une certaine transversalité et les informaticiens sont susceptibles d'être sensibilisés aux problématiques de gestion et donc à celles du pilotage de la structure dans laquelle ils travaillent (figure 4.33).

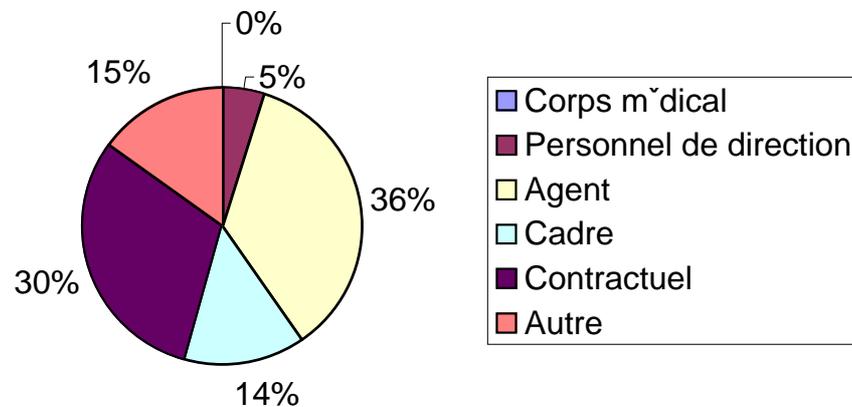
**Figure 4.33: Les formations des personnels en charge du SIH**



#### 4.2.2.1.2. Statut des personnels

La répartition des personnels en charge du SIH (dimension comptable et financière) est présentée à la figure 4.34.

**Figure 4.34 : les statuts des personnels en charge du SIH**



Au niveau des statuts des personnels en charge du SIH, la forte proportion de contractuels (30%) est sans doute la caractéristique la plus significative. Cette forte proportion est comparable à celle des personnels en charge des outils de pilotage. Étant donné la part des contractuels au niveau du SIH, la même analyse peut être réalisée : les personnels en charge de la sphère administrative et financière du SIH peinent à être véritablement intégrés dans la structure hospitalière. Par ailleurs, la forte proportion d'agents, par rapport aux cadres reflètent ce que l'analyse des qualifications avait déjà montré : un niveau de qualification moindre par rapport aux personnels en charge des outils de pilotage (5%).

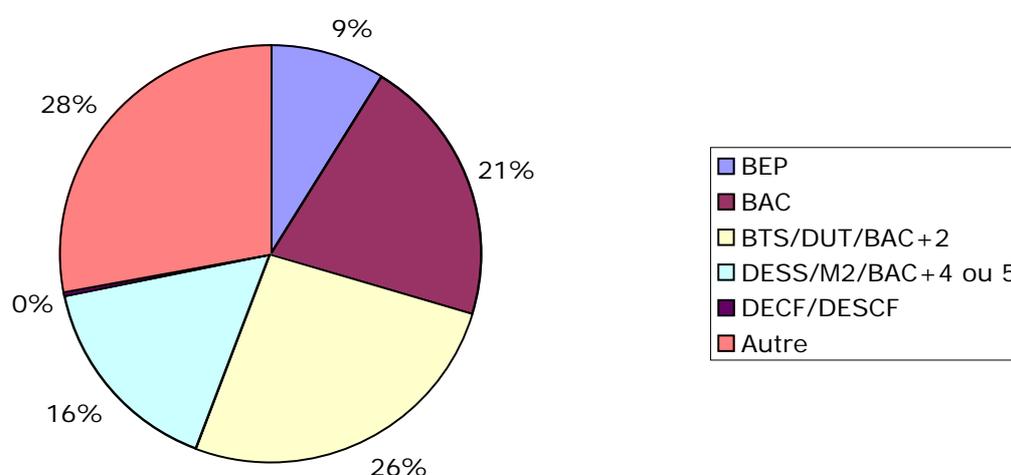
#### 4.2.2.2. Les acteurs de la sphère médicale (DIM)

Est-ce que l'analyse des personnels du DIM (formation et statut) conduisent aux mêmes conclusions que celle de l'analyse des personnels en charge du service informatique ? Cette section a notamment pour objet de répondre à cette question en étudiant tour à tour leur formation (4.2.2.2.1.) et leur statut (4.2.2.2.2.).

##### 4.2.2.2.1. Formation des personnels

La formation des personnels des répondants est présentée à la figure 4.35.

**Figure 4.35 : La formation des personnels de la sphère administrative du SIH**

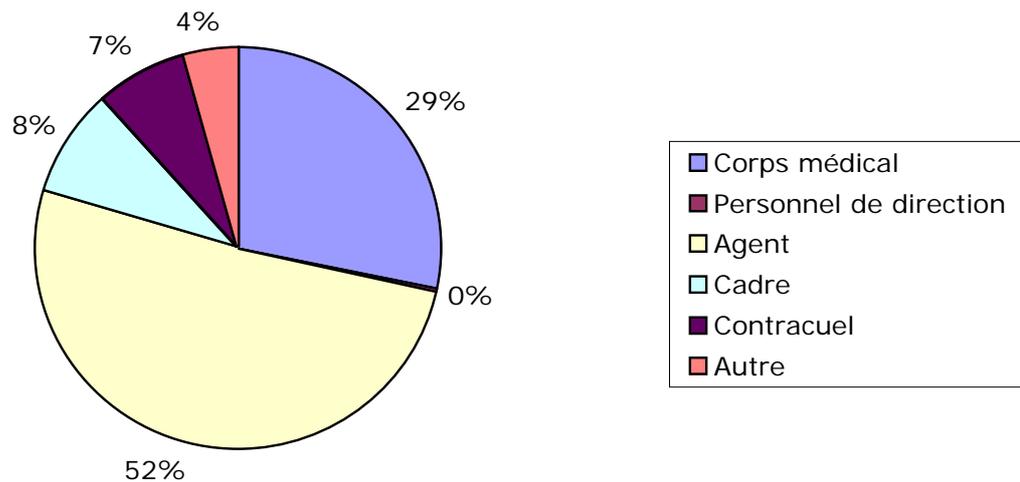


La forte proportion de titulaires d'un simple BAC constitue l'une des grandes différences par rapport au cas précédent. Cette part est en effet de 12% au niveau des personnels en charge de la sphère administrative et financière, alors qu'elle est de 21% au niveau des Directions de l'Information Médiale. En outre, une proportion beaucoup plus forte de personnels qualifiés dans « autre » est identifiable. Cette autre caractéristique s'explique par la présence systématique à la tête du département d'information médicale d'un médecin. Et chaque répondant a spécifié cette catégorie comme étant « hors grille » en précisant qu'il s'agissait du directeur du service lui-même. Cette dernière spécificité est importante, car elle ne se rencontre pas au niveau des personnels en charge de la sphère administrative et financière. Il est légitime de se demander comment cette différence dans la composition de ces différents services se traduit en termes d'animation du SIH et du SPH.

#### 4.2.2.2.2. Statut des personnels

Notre enquête a également permis d'identifier la composition des personnels en termes de statut. Les principaux résultats sont présentés dans la figure 4.36.

**Figure 4.36 : Le statut des personnels du DIM**



Remarquons tout d'abord que la proportion importante (près d'un tiers) de médecins recoupe la part qualifiée de « autre » dans les qualifications, comme cela était prévisible. Mais outre la proportion importante de personnels médicaux, la faible part de contractuels constitue l'autre grande spécificité de la sphère médicale du SIH. Le personnel du DIM est ainsi globalement plus intégré dans les corps de métier du milieu hospitalier. Cette différence notable a-t-elle des conséquences en termes de pilotage et de management du SIH ? Cette question reste encore à ce stade sans réponse. Outre le fait d'avoir pu caractériser le SIH et le SPH, notre enquête a permis d'identifier certaines grandes caractéristiques de l'animation de la relation entre système d'information et système de pilotage. Nos observations de la sphère médicale du SIH ont déjà permis de remarquer plusieurs faits caractéristiques de cette sphère non seulement par rapport à la sphère administrative et financière du SIH. Il semble par conséquent intéressant de poursuivre nos investigations en observant les relations entre la sphère médicale du SIH et le système de pilotage. Cette analyse peut notamment permettre d'apporter des éléments de réponse aux deux questions qui viennent d'être posées et qui peuvent se résumer ainsi : est-ce que les spécificités de la sphère médicale du SIH influencent le système de pilotage et surtout de quelle manière ?

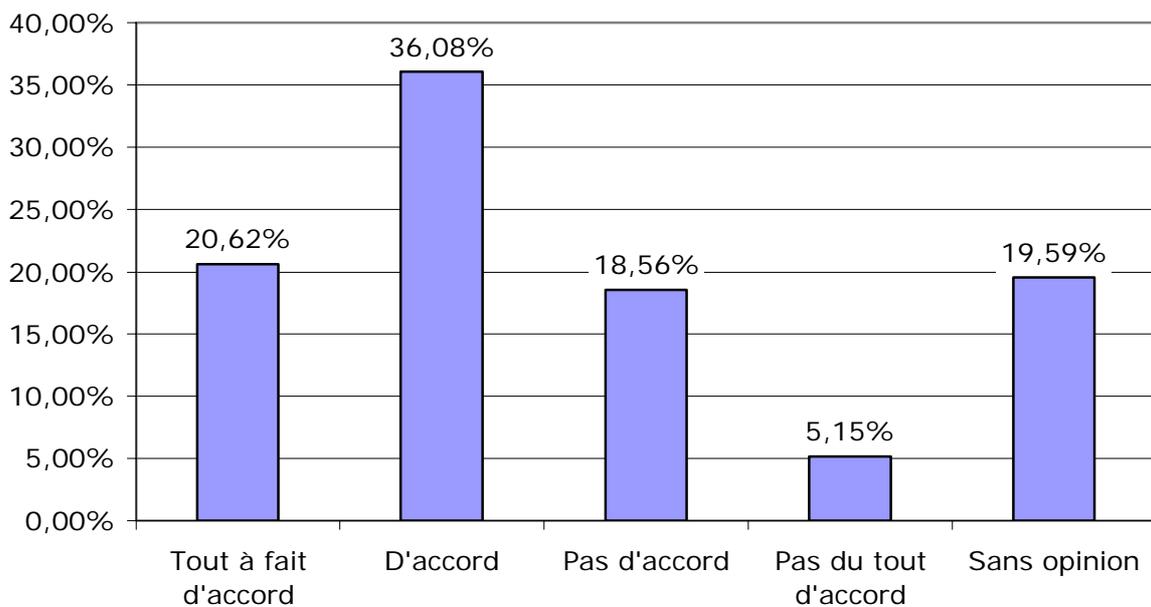
### 4.2.2.3. La perception par les contrôleurs de gestion de la sphère médicale du SIH

Deux aspects sont étudiés par cette enquête pour appréhender la manière dont les contrôleurs de gestion perçoivent les aspects applicatifs du SIGH présentés en 4.3.2.1. : tout d'abord, l'étude de l'utilité des données émanant de la sphère médicale pour le système de pilotage (4.2.2.3.1.), ensuite, la diffusion de ces données vers le système de pilotage (4.2.2.3.2.).

#### 4.2.2.3.1. Évaluation de l'utilité des supports applicatifs du SIGH

Le degré d'utilité des données émanant de la sphère médicale est évalué ainsi. Si le contrôleur de gestion mobilise ces données pour élaborer ses analyses et les outils de pilotage, alors elles sont jugées utiles. La figure 4.37 synthétise les résultats de notre enquête.

**Figure 4.37 : Les données émanant du DIM**



Une nette majorité de contrôleurs de gestion considèrent que les données fournies par le DIM leur sont utiles. Une diffusion correcte des données entre les deux sphères du SIH semble par conséquent une condition importante pour assurer la construction des outils de pilotage hospitalier.

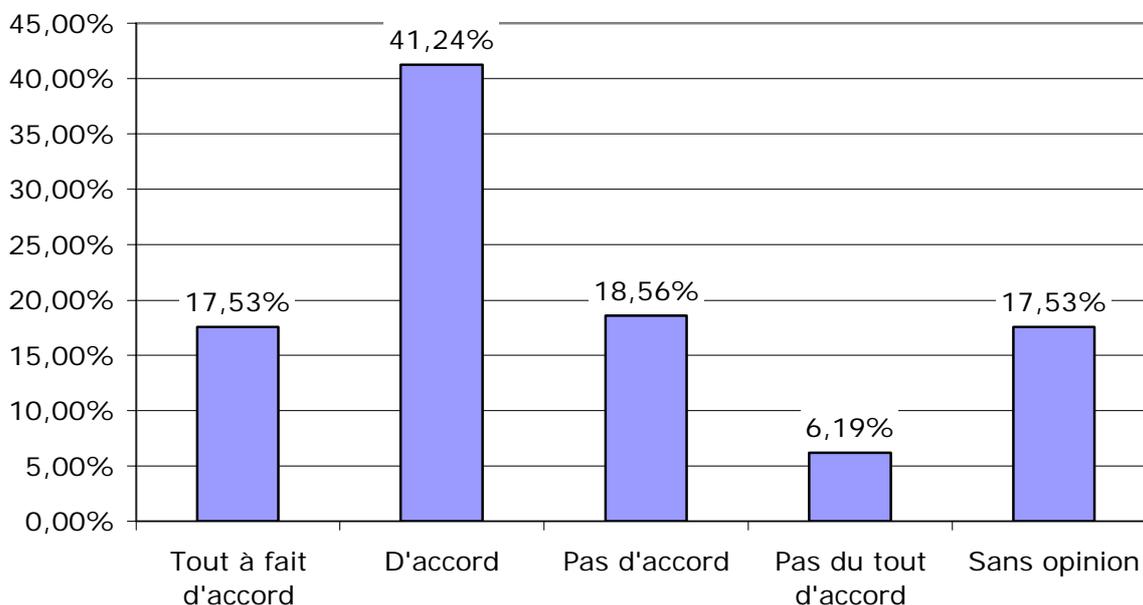
#### 4.2.2.3.2. Évaluation de la disponibilité des données

Les données émanant de la sphère médicale du SIH sont plutôt considérées comme utiles par les contrôleurs de gestion. De ce fait leur accessibilité est elle aussi importante. Dans ce contexte, il semble en effet important de savoir si ces données sont accessibles facilement pour le contrôleur de gestion. L'accessibilité des données peut être évaluée par divers moyens. Nous avons choisi pour notre part de mesurer cette accessibilité en évaluant trois paramètres. Le premier est la diffusion des données : comment les contrôleurs de gestion qualifient l'état de diffusion de ces données. Le second est la régularité de cette diffusion. Enfin, c'est l'accessibilité des données qui est analysée car si ces dernières sont accessibles au contrôleur de gestion, celui ci peut en profiter pour l'élaboration de ses outils de pilotage.

##### - Diffusion des données émanant du DIM

La majorité des contrôleurs de gestion semblent globalement satisfaits du rythme de diffusion des données réalisées par le DIM. Le premier critère d'évaluation de l'accessibilité des données semble ainsi rempli. Les résultats de notre enquête sont repris dans la figure 4.38.

**Figure 4.38 : Régularité des données diffusées**



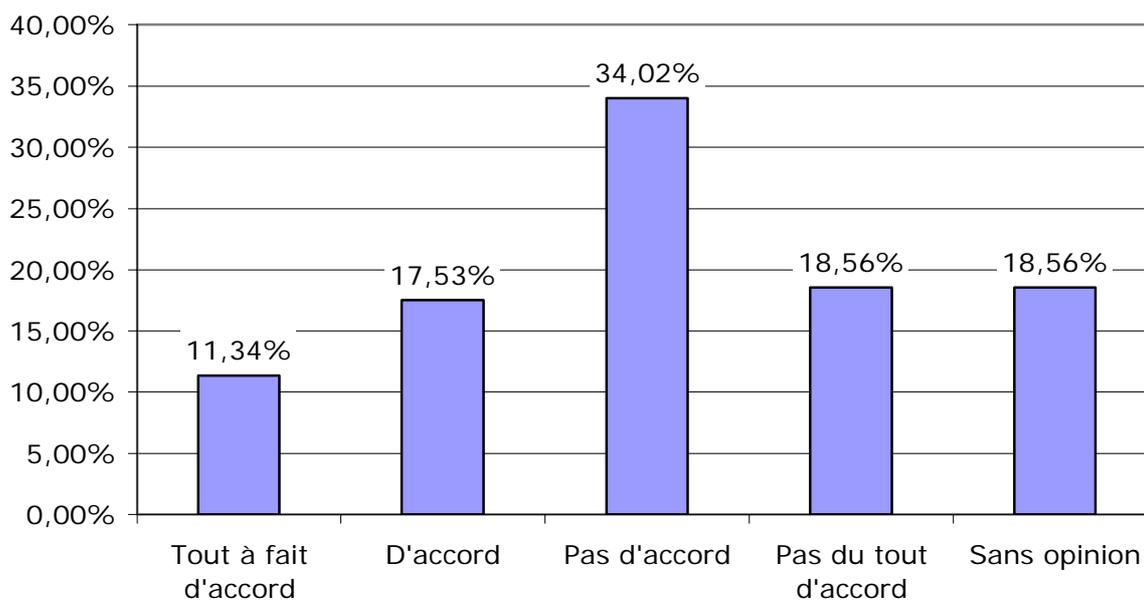
Les contrôleurs de gestion trouvent que la régularité des données fournies par le DIM sont pour la majorité d'entre eux satisfaisantes. Le DIM en tant que service chargé de la production et de la diffusion des données d'activité vers la direction des affaires financières semble ainsi remplir correctement la mission qui lui a été assignée. En outre, 45,36% des répondants considèrent que le DIM participe aux choix des méthodes utilisés en contrôle de

gestion et 50,51% d'entre eux affirment qu'il participe à l'analyse des états produits par le contrôle de gestion. En d'autres termes, le DIM en tant que producteur de données à destination des outils de pilotage participent aussi à leur animation. La structure cloisonnée décrite par la littérature (Couanau, 2003, Romeyer, 2001, notamment) au vu de ces résultats mérite d'être nuancé au niveau des deux services en charge du pilotage (DIM et DAF). Il reste néanmoins à déterminer la perception du croisement réalisée entre données comptables et financières et données d'activité pour pouvoir se prononcer sur la qualité de l'accessibilité des données pour l'élaboration des outils de pilotage vécue par le contrôleur de gestion.

**- Croisement des données d'activité avec les données financières**

Croiser les données comptables et financières d'une part et les données d'activité d'autre part permet aux contrôleurs de gestion de déterminer le coût des activités. Cette opération est par conséquent importante. La figure 4.39 présente les résultats de l'enquête sur ce sujet.

**Figure 4.39 : Croisement des données**



Contrairement aux cas précédents, les contrôleurs de gestion sont cette fois ci majoritairement insatisfaits des outils mis à leur disposition pour croiser les données d'activité médicales avec les données comptables et financières. Les contrôleurs de gestion hospitaliers ressentent ainsi que le SIH à leur disposition agit plutôt comme une contrainte car il ne leur permet pas d'agir facilement aux données dont ils ont besoin.

Si l'on reprend les travaux de Bidan (2004), le SIG peut être considéré comme un facteur intégrateur de l'ensemble du Système d'information. Appliqué au SIH, le SIGH semble ne pas remplir pleinement cette mission. Cette enquête permet de constater la situation nuancée du

SIH avec des points positifs mais également avec ses faiblesses qui peuvent peut-être expliquer les problèmes identifiés au niveau du SPH. Afin de confirmer cette supposition, une étude plus approfondie de la relation dynamique entre SPH et SIH semble néanmoins pertinente.

### **4.3. Conclusion du chapitre**

Ce chapitre nous a permis de répondre à notre première question de recherche :

*Q1 : Quel est l'état des lieux de la relation entre SIH et SPH ?*

Rendre compte de cette relation suppose de caractériser le SIH et le SPH. Le SIH est en général fortement compartimenté. Il apparaît en effet comme un système régi par deux sphères indépendantes. Le SPH quant à lui mobilise des outils de pilotage peu nombreux et rarement innovants au sens de Bourguignon (2003).

La relation entre SIH et SPH quant à elle apparaît comme problématique pour deux raisons majeures. Premièrement, la diffusion des données médicales du SIH vers le SPH s'avère dans 50% des cas difficile. Deuxièmement, le croisement des données d'activité (issues de la sphère médicale du SIH) avec celles de la sphère administrative et financière pose problème dans la grande majorité des cas. Ce qui entrave les possibilités d'évolution du SPH.

Ainsi, cette étude apporte un éclairage certain sur l'état actuel du SPH et du SIH et permet de constater des problèmes dans leur relation. Néanmoins, elle reste muette sur l'animation de la relation entre SIH et SPH, car ces mécanismes touchent en profondeur les organisations. Aussi, afin de les comprendre et les expliquer, nous allons étudier un hôpital dont la direction des affaires financières a décidé de transformer son SPH. Par ce type de changement, nous pourrons appréhender la relation entre SIH et SPH de manière dynamique. Ce qui nous permettra de répondre à notre seconde question de recherche.

## **CHAPITRE CINQ :**

### **Analyse des projets concernant le SIH et le SPH**

Le chapitre précédent nous a permis de réaliser un état des lieux sur la relation entre SIH et SPH. Néanmoins, il n'a pas été possible compte tenu de la méthodologie utilisée d'identifier les mécanismes qui animent cette relation. Seule une vision statique générale a été jusqu'à présent obtenue. Nous avons néanmoins répondu à notre première question de recherche. Répondre à la seconde question de recherche (*Que fait un établissement de santé pour animer la relation entre SIH et SPH ?*) suppose d'appréhender notre objet de recherche (i.e. la relation entre SIH et SPH) de manière non plus statique mais en tenant compte de ses évolutions. Cela revient à observer notre objet de recherche de manière dynamique et approfondie.

C'est dans cette optique que les différents projets de l'établissement observé vont être étudiés à partir de la grille de lecture présentée au chapitre trois. La lecture de ces données empiriques suit ainsi une trame chronologique. Chacune des phases est décrite projet par projet et, à partir du déroulement des différents projets, des hypothèses descriptives et explicatives sont formulées pour servir de base à l'analyse des faits observés. Il s'agit de notre corps d'hypothèses.

Néanmoins, compte tenu de l'importante quantité de données collectées, ce corps d'hypothèses est ordonné selon trois critères.

Le premier concerne le sous-système organisationnel auquel les hypothèses font référence. Elles peuvent en effet concerner le SIH ou le SPH.

Le second critère de classement concerne le type d'outil étudié. Pour le SIH, un seul outil est observé. Aussi, cette distinction ne concerne que le SPH. Et à son niveau, trois types d'outils sont identifiables : les outils existants (Oe) ceux introduits par catalyse réglementaire (Cr) et ceux implémentés de manière spontanée par capillarité (Sc).

Le dernier critère de classement concerne la phase du changement où les hypothèses descriptives et explicatives sont formulées. Conformément à notre grille de lecture du chapitre trois, les différentes hypothèses retracent en effet le développement des projets lors des phases de maturation (M), déracinement (D) et enracinement (E). Les figures 5.1 et 5.2 synthétisent ce procédé de classement des données.

**Figure 5.1 : dénomination des hypothèses sur la transformation du système de pilotage**

Étapes du changement		Maturation	Déracinement	Enracinement
Types d'outils				
Outils existants	Fichier structure	OeMi	OeDi	OeEi
	Budgets			
Introduction d'outils par catalyse réglementaire	EPRD	CrMi	CrDi	CrEi
	Calcul des coûts de l'IFSI			
Introduction d'outils de manière spontanée par capillarité	ABC	ScMi	ScDi	ScEi
	BsC			

**Figure 5.2 : dénomination des hypothèses sur l'évolution autonome du SIH**

Étapes du changement		Maturation	Déracinement	Enracinement
Types d'outils				
Évolution autonome du SIH		SIHMi	SIHDi	SIHEi

À partir de la figure 5.1, neuf ensembles d'hypothèses distinctes peuvent être identifiées. Et pour chacun d'eux, leurs groupes d'hypothèses sont numérotés. Ainsi, au niveau d'un même outil et une même étape, les hypothèses vont être numérotées avec l'indice « i ». Ainsi, par exemple, **OeM1 est le premier objet de l'ensemble des hypothèses qui traitent de la phase de maturation des projets sur les outils existants.** De même, en suivant la figure 5.2, **SIHD2 est le deuxième objet de l'ensemble des d'hypothèses qui traitent de la phase de déracinement de l'évolution autonome du SIH.**

Cependant, tous les objets de ces différents groupes ne sont pas identifiables à des hypothèses uniques : **il s'agit d'une articulation d'une hypothèse descriptive avec une, voire plusieurs hypothèses explicatives.**

Ce chapitre aborde tout d'abord la transformation du SPH (5.1.) et ensuite l'évolution du SIH (5.2.). Par ailleurs, la figure 5.0 (feuille volante) permet de suivre la structure de ce chapitre. Elle permet par exemple de savoir que les corps d'hypothèses OeM1 à OeM6 sont présentés dans le paragraphe 5.1.1.1.1.

## **5.1. Les Transformations du SPH**

Cette section consacrée à la transformation du SPH a pour objet de décrire et analyser les différents projets concernant les outils de pilotage. Nous aborderons tout d'abord les changements sur les outils existants (5.1.1.), ensuite l'introduction des outils par catalyse réglementaire (5.1.2.), puis celle de manière spontanée par capillarité (5.1.3.). Enfin, cette section se terminera par la synthèse des transformations observées (5.1.4.).

### **5.1.1. Étude des changements sur les outils de pilotage existants**

Notre objet est de présenter les changements à l'œuvre au niveau des outils existants. Pour chacun des outils de ce type, les différentes phases de changement vont être étudiées. C'est pourquoi dans un premier paragraphe, nous étudierons la phase de maturation (5.2.1.1.1.), dans un second celle de déracinement (5.2.1.1.2.). Ces deux projets n'ayant pas abouti, cette section se clôt par l'analyse des changements survenus.(5.2.1.1.3.).

#### **5.1.1.1. Présentation des phases du changement**

La construction des différentes hypothèses descriptives et explicatives prend appui sur les trois phases du modèle de Vandangeon-Derumez (1998). C'est dans cette optique que cette section commence par l'étude de la phase de maturation (5.1.1.1.1.), se poursuit par celle de la phase de déracinement (5.1.1.1.2.), et se clôt par l'enracinement des projets (5.1.1.1.3.).

##### **5.1.1.1.1. La phase de maturation**

Il existe deux outils dans le système de pilotage hospitalier étudié qui ont connu des transformations : le fichier structure et les budgets. C'est dans cette perspective que nous commencerons par aborder le redécoupage du fichier structure et ensuite l'automatisation des budgets en suivant les différentes étapes de la phase de maturation décrite au chapitre trois. Ce cheminement sera d'ailleurs identique pour toutes les étapes du changement et quels que soient les outils observés.

##### **- La phase de maturation du projet de redécoupage du fichier structure**

Au niveau de ce premier projet comme au niveau des suivants, les étapes de la phase de maturation sont tout d'abord l'identification d'un stimulus, ensuite la recherche d'informations, la sensibilisation à l'idée de changement, la mise en mouvement de l'organisation, la définition des grands axes du changement et enfin la finalisation du projet.

- Étape n°1 : L'identification du stimulus

L'identification du stimulus pour la révision du fichier structure est le changement de logiciel de gestion. Pour le directeur des finances il s'agit de saisir cette opportunité pour revoir l'imputation des charges et recettes et le redécoupage des UF. La première étape de maturation pour le fichier structure peut donc être qualifiée « d'opportuniste ». Le premier ensemble d'hypothèses peut ainsi être formulé. Ce premier ensemble correspond au premier groupe d'hypothèses sur les outils existants.

**OeM1 :**

**La première hypothèse de ce groupe décrit ce qui s'est passé :**

*Le directeur de la DAF profite du changement de logiciel pour restructurer le fichier structure et l'imputation des charges et des recettes*

Il s'agit de l'hypothèse descriptive du groupe OeM1 notée HE

**Les deux hypothèses qui suivent donnent des explications à cette situation :**

**Premièrement :** *Car les imputations des charges et recettes dans le fichier structure sont fausses*

**Deuxièmement :** *Car le découpage des UF ne prend pas assez appui sur une vision médico-économique de l'hôpital)*

Il s'agit des deux hypothèses explicatives du groupe OeM1 notée HD1 et HD2. Ce mode de notation et d'organisation va être repris dans les développements ultérieurs.

- Étape n°2 : la recherche d'information

La seconde étape du changement identifié par Vandangeon-Derumez (1998) au sein de la phase de maturation est celle de « recherche d'informations ». Cette recherche d'information s'est faite de manière prospective : faute de moyens financiers, aucun audit n'est réalisé. Le directeur des affaires financières s'informe uniquement auprès des membres de son service pour dresser un état des lieux des problèmes d'imputation. Selon lui c'est le problème de l'imputation des recettes au niveau des UF qui semble être le plus problématique.

Le directeur des affaires financières met ainsi au point la mise en œuvre de ce redécoupage : il va débiter aux services économiques et progressivement investir l'ensemble de l'établissement en terminant par les unités de soin.

**OeM2 :**

HD : *La recherche d'information se fait par recueil successif auprès des personnels de la DAF*

HE : *Car les ressources étant limitées, le directeur adjoint a privilégié la mobilisation des moyens existants en termes de compétences*

- Étape n°3 : La sensibilisation à l'idée de changement

La sensibilisation à l'idée de changement se fait au travers de réunions du comité de pilotage. Ce dernier est constitué de personnes choisies par la direction des affaires financières. Il s'agit du Directeur de l'Information Médicale (DIM), du responsable de la création des UF et des personnels du service où le redécoupage va débiter : l'économat (i.e. les services économiques). La réunion initiale se déroule en novembre 2005 et la prochaine est prévue pour janvier 2006. Entre temps, la personne en charge du projet commence à travailler au redécoupage des UF avec les services économiques. Les différentes personnes du service l'informent du contenu effectif des UF ainsi que des charges qui y sont imputées. Ensuite, des recoupements sont réalisés pour savoir si, d'une part, les charges enregistrées sont effectivement celles que les personnes du service imputent et d'autre part si le découpage actuel est pertinent. Cette étape de sensibilisation à l'idée de changement cherche par conséquent à impliquer les personnels dans le changement lui-même.

**OeM3 :**

HD : *Les personnels parties prenantes au projet sont impliqués*

HE : *Car le projet est réalisé en coopération avec les autres acteurs hospitaliers*

- Étape n°4 : La mise en mouvement de l'organisation

La mise en mouvement de l'organisation n'est pas totalement du fait de la direction des affaires financières. Elle dépend aussi des priorités des autres acteurs impliqués dans le projet. Ainsi, la priorité des personnels des services économiques, est le changement du plan de compte de la comptabilité générale hospitalière (passage des groupes aux titres). Pour le DIM, c'est le changement de la codification des actes médicaux.

En outre, le déroulement de ce redécoupage dépend de l'accord des services impliqués. Les services économiques ont donné leur aval, mais selon la personne en charge du projet avoue n'avoir aucune influence sur les décisions que vont prendre les autres services de l'hôpital. Ainsi, la mise en mouvement de l'organisation n'est pas contrôlée par le service des finances.

**OeM4 :**

HD : *La mise en mouvement de l'organisation dépend de la DAF mais aussi des autres acteurs de l'hôpital*

HE1 : *Car elle dépend de la disponibilité des acteurs de l'hôpital et de l'accord des personnes clés*

HE2 : *Car même si un service entame le projet, la DAF ne peut pas influencer sur les décisions d'adoption des autres services sollicités*

- *Étape n°5 : La définition des grands axes de changement*

La définition des grands axes de changement s'inscrit dans un projet plus global de transformation du SPH qui prend appui sur une dynamique autonome d'évolution du SIH. Le changement du logiciel de gestion permettrait de faciliter l'urbanisation du SIH et ainsi améliorer la diffusion des données. Ce qui permettrait de faciliter la transformation du SPH. Le projet de transformation des outils de pilotage existants s'inscrit par conséquent dans une vision organisationnelle de transformation du SPH et d'évolution du SIH.

**OeM5 :**

HD : *Ce projet s'inscrit dans un projet plus vaste de transformation du système de pilotage et du système d'information de gestion de l'hôpital*

HE1 : *Car ce projet vise à connecter les sphères médicales et administratives du SIH.*

HE2 : *Car ce projet s'inscrit dans un ensemble de transformations du SPH.*

- *Étape n°6 : La finalisation du projet*

La finalisation du projet clôt la phase de maturation. Cette étape suit une feuille de route précise car chacune des étapes est programmée. Elle peut donc être qualifiée de « formelle ». Les seules inconnues restent néanmoins les dates de réunion du comité de pilotage et l'évaluation des résultats étape par étape.

**OeM6 :**

HD : *Le projet obéit à une feuille de route précise*

HE : *Car le directeur de la DAF et le chef du projet établissent un projet détaillé de mise en œuvre*

### - La phase de maturation du projet d'automatisation des budgets

À l'instar du premier outil étudié, les différentes étapes de la phase de maturation vont être traitées dans un ordre identique et selon la même organisation.

#### o Étape n°1 : L'identification du stimulus

Le second projet au niveau des outils de pilotage existant concerne l'automatisation des budgets. Compte tenu des erreurs d'imputation des charges dans les Unités Fonctionnelles (UF), le service perd beaucoup de temps à réaliser les budgets, car il est obligé de vérifier les données du fichier structure. Ainsi, la correction des imputations dans ce dernier permettrait de réaliser des budgets beaucoup plus facilement. De même, la révision du redécoupage lui-même permettrait aux intitulés des budgets, calqués sur le nom des UF, d'intégrer davantage une vision gestionnaire. Il est en effet difficile d'appréhender les moyens à allouer à un budget intitulé « bloc opératoire-chirurgie 1 » si une description plus précise des activités n'est pas réalisée.

« L'identification du stimulus » est par conséquent le problème de retraitement des charges imputées aux UF. Par ailleurs, puisque l'automatisation des budgets s'appuie elle-même sur la révision du fichier structure, cette étape est guidée par un certain « opportunisme ».

#### **OeM7 :**

*HD : La révision du fichier structure doit conduire à une amélioration de la budgétisation par service*

*HE1 : Car les retraitements suite aux erreurs d'imputation dans le fichier structure deviennent inutiles*

*HE2 : Car un découpage plus axé sur des préoccupations de pilotage permet de faciliter les dotations budgétaires*

#### o Étape n°2 : la recherche d'information

La recherche d'information s'est réalisée simultanément à celle de la révision du fichier structure. Aussi, la recherche d'information pour le projet d'automatisation des budgets est également de nature prospective.

#### **OeM8 :**

*HD : La recherche d'information se fait par recueil successif auprès des personnels du service*

*HE : Car les ressources étant limitées, le directeur adjoint privilégie la mobilisation des moyens existants.*

- Étape n°3 : La sensibilisation à l'idée de changement

La sensibilisation à l'idée de changement se fait par implication de la personne en charge des budgets. Étant donné que cette automatisation des budgets rend son travail moins fastidieux, elle est tout à fait d'accord pour s'impliquer dans ce projet.

**OeM9 :**

HD : *Les personnels parties prenantes au projet sont sollicités*

HE : *Car le projet est constitué de propositions que les différents responsables peuvent éventuellement infléchir s'ils le désirent*

- Étape n°4 : La mise en mouvement de l'organisation

Le projet d'automatisation des budgets est fortement lié à la révision du fichier structure. Or le processus de révision du fichier structure dépend également des services avec lesquels la DAF est amenée à travailler (Cf. OeM4). De la sorte, la mise en mouvement de l'organisation pour automatiser les budgets des services dépend du processus de révision du fichier structure. Cette mise en mouvement est par conséquent non contrôlée.

**OeM10 :**

HD : *L'amorce de ce projet ne dépend pas de la DAF*

HE : *Car il est fortement dépendant du déroulement de la révision du fichier structure*

- Étape n°5 : La définition des grands axes de changement

En outre, ce projet s'inscrit aussi dans un projet plus vaste de transformation du SPH. Il est en effet aussi appréhendé comme le moyen de faciliter les prévisions par une meilleure allocation des ressources. Il s'inscrit par conséquent comme un outil complémentaire au développement de l'ABC. La vision cadre organisationnel est donc privilégiée dans la mise en mouvement de l'organisation.

**OeM11 :**

HD : *Ce projet prend appui sur des projets complémentaires mais entamés parallèlement*

HE1 : *Car ce projet était vu comme la conséquence du travail de révision du fichier structure*

HE2 : *Car ce projet est considéré comme complémentaire dans la transformation du SPH avec l'introduction d'outils de calcul des coûts (ABC) et de pilotage (BsC) innovants*

- Étape n°6 : La finalisation du projet

Ce projet reste néanmoins encore peu formalisé. L'automatisation des budgets est appréhendée par le directeur des finances comme la conséquence logique de la révision du fichier structure : « une fois le fichier structure révisé, le système de pilotage pourra s'axer sur des outils plus pertinents ainsi que de nouveaux outils du type ABC ou BsC. La mise en œuvre de ces outils sera facile ». La finalisation de ce projet est donc plutôt « non formalisée ».

**OeM12 :**

HD : *Le projet est peu abordé au niveau de ses modalités de mise en œuvre*

HE : *Car ce projet découle directement de la révision du fichier structure : une fois le fichier structure révisé, la mise en œuvre de ce projet est supposée facile.*

Au terme de cette première analyse, il semble que les changements sur les outils existants sont fortement imbriqués.

Les différentes hypothèses développées au terme de cette première analyse sont représentées à la figure 5.3.

**Figure 5.3 : organisation des hypothèse de la phase de maturation sur les outils existants**

Changements sur outils existants	MATURATION	DERACINEMENT	ENRACINEMENT
Fichier structure	<p><b>OeM1</b></p> <p><b>OeM2</b></p> <p><b>OeM3</b></p> <p><b>OeM4</b></p> <p><b>OeM5</b></p> <p><b>OeM6</b></p>		
Automatisation Des budgets	<p><b>OeM7</b></p> <p><b>OeM8</b></p> <p><b>OeM9</b></p> <p><b>OeM10</b></p> <p><b>OeM11</b></p> <p><b>OeM12</b></p>		

#### **5.1.1.1.2. La phase de déracinement**

La seconde phase dans le changement organisationnel selon le modèle de Lewin (1951) est le dégel. Cette étape correspond au changement lui-même et est appelée phase de déracinement par Vandangeon-Derumez (1998).

Il se compose des étapes suivantes : communication du changement, mise en œuvre, génération de nouvelles idées, développement d'initiatives, évaluation-sélection, suivi de la mise en œuvre, formation et accompagnement. Et comme à la section précédente, nous débuterons par décrire les étapes de la révision du fichier structure puis nous poursuivrons par celles de l'automatisation des budgets.

##### **- La phase de déracinement du projet de redécoupage du fichier structure**

À l'instar du paragraphe 5.2.1.1.1., nous traiterons les étapes de cette phase de manière chronologique.

###### o Étape n°1 : la communication du projet de changement

Une fois le projet finalisé, il est communiqué aux personnes impliquées, en dehors des responsables qui ont contribué à sa maturation. Le redécoupage du fichier structure est ainsi communiqué aux opérationnels des services économiques qui est le premier service impliqué dans ce projet. Leur implication est également recherché, car l'objectif de la DAF est de concilier ses propres objectifs avec les préoccupations des opérationnels. Par conséquent, la communication du changement est interactive.

###### **OeD1 :**

HD : *Le projet est communiqué aux différents acteurs impliqués pour recueillir leurs réactions*

HE : *Car la DAF désire que ces personnes donnent leur avis sur les modalités de mise en œuvre*

###### o Étape n°2 : la mise en œuvre du changement

Sa mise en œuvre se fait service par service : elle est donc progressive, comme souligné précédemment.

###### **OeD2 :**

HD : *La mise en œuvre du changement se fait en « tache d'huile »*

HE : *Car le projet est d'abord testé dans un service et a vocation à être étendu à l'ensemble de l'établissement.*

○ Étape n°3 : la génération de nouvelles idées

En dépit d'un effort de conciliation réalisée par la DAF pour tenir compte des besoins propres aux services, l'objectif est intangible : mettre davantage en évidence les aspects gestionnaires du découpage. Aussi, les idées nouvelles ne peuvent être qu'induites par le projet. Toute idée en contradiction avec l'objectif général du projet n'est pas prise en compte.

**OeD3 :**

HD : *La génération d'idées nouvelles ne doit pas aller à l'encontre des objectifs définis pendant l'étape de maturation*

HE : *Car les objectifs intangibles de ce redécoupage sont clairement exposés aux responsables*

○ Étape n°4 : le développement d'initiatives

Même si les opérationnels sont encouragés à développer des initiatives, ces derniers ne le font pas. Ainsi, lors de la réunion avec les personnels de l'économat, la personne en charge du projet leur demande quels sont les intitulés des UF qu'ils souhaiteraient modifier. Lors de la réunion, les personnes du service ont simplement dit que pour l'instant, elles n'avaient pas le temps d'y songer mais qu'« elles y penseraient ». Leurs réponses ne sont jamais parvenues.

**OeD4 :**

HD : *Le développement d'initiatives est du seul fait des responsables du projet*

HE : *Car les personnels du service test se désintéressent du projet.*

○ Étape n°5 : évaluation-sélection

La phase d'évaluation sélection n'a jamais pu avoir lieu, car la réunion sur l'avancée des travaux prévue courant janvier est repoussée à une date ultérieure non précisée. Le DIM nous envoie un courriel pour ajourner cette réunion. Il préfère en effet terminer la nouvelle codification des actes médicaux, dans le cadre du programme de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), dont l'objectif est de « créer une codification commune des actes médicaux qu'ils soient réalisés par l'ensemble des professionnels de santé libéraux ou salariés d'un établissement de santé » (GMSIH, 2003). En outre, aucune des actions n'est évaluée, suite au désintéressement des personnes impliquées, y compris du chef de projet lui-même.

**OeD5 :**

HD : *L'évaluation et la sélection des objectifs ne sont pas faites*

HE : *Car l'un des responsables manque d'intérêt et d'implication*

### **OeD6 :**

HD : *La sélection des initiatives ne s'est pas faite non plus*

HE : *Car les personnes impliquées se désintéressent du projet.*

In fine, cette phase d'évaluation et de sélection non cadrée conduit à l'abandon du projet de révision des UF. Resté lettre morte, ses acteurs abandonnent l'idée de poursuivre le redécoupage dans cette voie.

Le directeur des affaires financières réalise néanmoins un redécoupage du fichier structure, mais sans revoir les imputations des charges et recettes. Il se contente de supprimer les Unités Fonctionnelles sur lesquelles aucune charge ni recette ne sont imputées. Ce travail purement formel vide le projet initial de ses ambitions. Néanmoins, c'est ce redécoupage sommaire qui va servir pour constituer les Pôles (dans le cadre de la contractualisation).

#### **- La phase de déracinement du projet d'automatisation des budgets**

- Étape n°1 : la communication du projet de changement

Ce projet est très dépendant de la réussite du redécoupage du fichier structure. Comme la phase de déracinement, c'est-à-dire la phase de changement effectif s'est traduite par un échec, aucun impact ne s'est produit sur l'automatisation des budgets.

### **OeD7:**

HD : *La communication du changement ne s'est pas faite*

HE : *Car le projet de redécoupage des UF a échoué*

Au terme de cette seconde étape, les outils n'ont pas pu être modifiés. L'opportunité offerte par le changement de logiciel n'a pas eu d'impact sur la transformation du SPH via les outils utilisés en contrôle de gestion par l'hôpital. Le nouveau logiciel est ainsi contraint de fonctionner en prenant appui sur un découpage des UF qui manque de précision et dont les intitulés n'intègrent pas suffisamment la dimension économique. Cette situation va être étudiée plus en détail à la section 5.2.2.3, qui traite des effets de la transformation du SIH sur le SPH.

### **5.1.1.2. Analyse des phases du changement**

L'analyse des changements observés résulte des travaux de Vandangeon (1998). Aussi, il semble important de rappeler que selon cet auteur, il existe deux types de changement extrêmes et que tout changement se situe entre ces deux cas.

Le premier de ces changements est le changement prescrit. Il résulte des managers qui prennent des décisions en fonction de contraintes et d'opportunités. Souvent peu partagés par tous, leurs projets sont souvent imposés à la structure, ou adoptés par décret. Le changement revêt alors un caractère brutal.

Le second est quant à lui « construit ». La nouvelle vision de l'organisation émerge progressivement et le leader laisse les éléments de contexte avoir un certain ascendant sur la réalisation même du processus de changement.

À partir de cette grille de lecture, nous commencerons par étudier le projet de révision du fichier structure (5.1.1.2.1) et ensuite celui d'automatisation des budgets (5.1.1.2.2). Cette section se terminera par une synthèse dont l'objet est de caractériser les changements observés au niveau des outils existants (5.1.1.2.3).

### 5.1.1.2.1. La révision du fichier structure

La figure 5.4 retrace le cheminement du changement au gré des différentes étapes de la phase de maturation. Il ressort que lors de cette phase, les instigateurs du changement ont plutôt été directifs. Quatre des six étapes de la phase de maturation sont en effet prescrites.

**Figure 5.4 : la phase de maturation du projet de révision du fichiers structure**

Étapes de la phase de maturation :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Identification d'un stimulus	Opportunisme	Problème
Recherche d'information	Étude prospective	Audit
Sensibilisation à l'idée du changement	Annonce	Implication
Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée	Non-contrôlée
Définition des grands axes du changement	Vision cadre organisationnel	Démarche
Finalisation du projet de changement	Projet formalisé	Projet peu formalisé

A contrario, la figure 5.5 montre que lors de la phase de déracinement, les personnes en charge du projet ont préféré être moins directifs, puisque sur cinq étapes, trois sont construites au sens de Vandangeon-Derumez (1998). Le changement est donc lors de cette phase plutôt construit.

**Figure 5.5: la phase de déracinement du projet de révision du fichiers structure**

Étapes de la phase de déracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Communication du projet de changement	Annonce	Interaction
Mise en œuvre du projet de changement	Brutale	Progressive
Génération de nouvelles idées	Induite	Autonome
Développement d'initiatives	Par la hiérarchie	Par la base
Evaluation/sélection	Cadrée	Non cadrée
Suivi de la mise en œuvre	Hiérarchique	Interhiérarchique
Formation	Axée sur les outils	Axée sur les réflexions
Accompagnement	Ponctuel	Structurel

### 5.1.1.2.2. L'automatisation des budgets

Au niveau de l'automatisation des budgets, la nature du changement ne peut être appréhendé qu'à partir de la phase de maturation. La figure 5.6 révèle que la phase de maturation prend une forme mixte, puisqu'elle admet autant d'étapes construites que d'étapes prescrites.

**Figure 5.6 : la phase de maturation du projet d'automatisation des budgets**

Étapes de la phase de maturation :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Identification d'un stimulus	Opportunisme	Problème
Recherche d'information	Étude prospective	Audit
Sensibilisation à l'idée du changement	Annonce	Implication
Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée	Non-contrôlée
Définition des grands axes du changement	Vision cadre organisationnel	Démarche
Finalisation du projet de changement	Projet formalisé	Projet peu formalisé

### 5.1.1.2.3. Synthèse des changements observés

Globalement, il semble ainsi que les projets de changement envisagés au niveau des outils existants prennent une forme plutôt mixte. Les prescriptions des instigateurs sont combinées avec un processus de négociation concernant certaines inflexions du changement, notamment au niveau de la phase de maturation

Cette analyse permet également de différencier les hypothèses entre elles. Tandis que certaines relatent le déploiement prévu des projets, d'autres mettent en avant des problèmes survenus lors de leur déroulement. Il s'agit d'évènements non anticipés capables d'entraver voire de faire échouer le projet en cours.

Ainsi, par exemple OeM1 montre que la DAF profite d'une opportunité pour revoir son fichier structure. Son ambition n'est pas contrariée. À l'inverse, OeD4 relate un problème survenu lors du déroulement du projet. Le désintéressement des personnes impliquées constitue en effet un évènement non envisagé par la DAF qui in fine entraîne l'abandon du projet. En reprenant ce même principe pour toutes les hypothèses formulées, nous obtenons la figure 5.7.

**Figure 5.7 : différenciation des hypothèses sur les outils existants**

Outils existants	Corps d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets	Corps d'hypothèses relatifs à des événements non anticipés
Maturation	OeM1 OeM2 OeM3 OeM4 OeM5 OeM6 OeM7 OeM8 OeM9 OeM10 OeM11 OeM12	
Déracinement	OeD1 OeD2 OeD3	OeD4 OeD5 OeD6 OeD7

### **5.1.2. Étude des outils introduits par catalyse réglementaire**

L'objet de cette section est d'étudier les changements survenus lors de l'introduction par catalyse réglementaire de deux outils de pilotage (EPRD et calcul des coûts de l'IFSI). Pour chacun de ces outils, les différentes phases de changement vont être présentées (5.1.2.1). Ensuite, nous ferons une analyse de ces changements (5.1.2.2.).

#### **5.1.2.1. Présentation des phases du changement**

C'est pourquoi dans un premier paragraphe, nous étudierons la phase de maturation (5.1.2.1.1), dans un second celle de déracinement (5.1.2.1.2) et enfin celle d'enracinement (5.1.2.1.3).

##### **5.1.2.1.1. La phase de maturation**

Nous commencerons par étudier la phase de maturation de l'EPRD puis nous nous intéresserons à celle qui concerne la méthode de calcul des coûts de l'IFSI.

##### **- La phase de Maturation de l'EPRD**

- Étape n°1 : L'identification du stimulus

La mise en place de l'EPRD est imposée. Sa mise en œuvre ne découle pas par conséquent de considérations de politique interne ni d'une opportunité. Elle se présente à l'hôpital comme un problème au sens de Vandangeon-Derumez (1998).

**CrM1 :**

HD : *La mise en place de l'EPRD est une obligation imposée par les tutelles*

HE : *Car l'EPRD s'inscrit dans les réformes de l'hôpital en cours*

○ Étape n°2 : la recherche d'information

Les personnels du service ainsi que son directeur n'ont pas reçu de formation pour mettre en place et utiliser les outils mobilisés dans l'EPRD. C'est pourquoi, dans le cadre de notre fonction d'aide méthodologique, le contenu et la finalité des outils est expliqué. La recherche d'information du directeur des affaires financières est par conséquent dans ces conditions plutôt de nature prospective, car ses recherches sont réalisées de manière extensive au gré de ses relations.

**CrM2 :**

HD : *La recherche d'informations ne suit pas un cadre défini à l'avance*

HE : *Car elle se fait de manière extensive auprès des relations du directeur des affaires financières*

○ Étape n°3 : La sensibilisation à l'idée de changement :

La sensibilisation à l'idée de changement est effectuée par la voie hiérarchique sans concertation avec les hôpitaux. Ayant pris la forme d'une injonction réglementaire, elle peut être qualifiée « d'annoncée ».

**CrM3:**

HD : *La mise en œuvre de l'EPRD est présentée à l'hôpital par ses tutelles comme une obligation*

HE : *Car la direction de l'établissement n'est pas impliquée dans le choix du contenu de l'EPRD*

○ Étape n°4 : La mise en mouvement de l'organisation

La mise en mouvement de l'organisation est de même du seul fait des tutelles. Ce sont elles qui organisent aussi bien l'échéancier de l'implémentation que la fréquence d'élaboration de l'EPRD. L'année 2006 correspond en effet à l'exercice de mise en place de l'EPRD et chaque complément dans sa mise en œuvre est dictée par voie réglementaire comme la circulaire d'août 2006 qui spécifie la fréquence à laquelle ces états devront être produits. Cette étape peut donc être qualifiée de « contrôlée ».

**CrM4 :**

HD : *La mise en mouvement de l'organisation est régie par un cadre d'implémentation prédéfini*

HE : *Car des dates butoirs ponctuent les phases de l'implémentation*

○ Étape n°5 : La définition des grands axes de changement

Les grands axes de développement de l'EPRD présents dans les textes réglementaires ne mettent pas l'accent sur son caractère obligatoire mais plutôt sur les apports pour la gestion des hôpitaux. Ils mettent notamment en exergue les avantages à déterminer l'activité et la trésorerie prévisionnelles dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

En outre, les textes qui promulguent l'EPRD restent assez évasifs sur les méthodes de calculs de l'EPRD. Ainsi, c'est une vision organisationnelle de l'outil (apports pour la gestion des établissements) qui est privilégiée pour définir des grands axes du changement.

**CrM5 :**

*HD : Les grands axes du changement insistent sur les apports de l'EPRD pour la gestion des hôpitaux*

*HE1 : Car les textes mettent en avant surtout les objectifs de la méthode*

*HE2 : Car les textes restent peu précis sur les techniques mobilisées par l'ERP*

○ Étape n°6 : La finalisation du projet

En dépit d'une mise en mouvement contrôlée, la finalisation du projet est peu formalisée. Les textes ont mis en avant les objectifs pour le pilotage de l'hôpital et, en dépit d'une présentation sous Power Point diffusé par le Ministère, les problèmes méthodologiques ne sont pas abordés. Les tutelles laissent ainsi aux opérationnels le soin d'apprendre par eux-mêmes comment mettre en œuvre l'EPRD.

De même, aucune méthode de prévision n'est préconisée. Le ministère se contente en effet d'affirmer que les établissements doivent réaliser leurs prévisions. C'est dans ce contexte, que notre mission d'aide méthodologique a trouvé une autre application. Compte tenu des capacités du SIH et de l'activité cyclique de l'établissement (avec un « pic » d'activité au premier trimestre) nous avons préconisé la méthode des moyennes mobiles.

**CrM6 :**

*HD : La finalisation du projet est incomplète*

*HE : Car ni les méthodes de prévision ni les moyens à mettre en œuvre sont ne précisés par les tutelles.*

## - La phase de maturation de projet de calcul des coûts de IFSI

- Étape n°1 : L'identification du stimulus

À l'instar de l'EPRD, cette méthode de calcul des coûts est imposée aux directions des affaires financières. Les lois de décentralisation ayant accordé plus de responsabilités aux Régions, ces dernières sont contraintes de développer des outils de pilotage. Il s'agit d'un travail supplémentaire dévolu à la direction des affaires financières par le Conseil Régional, qui leur demande de calculer les coûts des différentes formations. « Le stimulus » de départ consiste donc à une injonction du Conseil Régional et le changement s'apparente à une réponse à un problème qui se pose à la région.

### **CrM7 :**

*HD : L'introduction d'un outil pour le calcul des coûts de l'IFSI s'impose dans le cadre de la loi du 13.08.2004.*

*HE : Car le conseil régional a obtenu la responsabilité du pilotage des IFSI suite à cette loi.*

- Étape n°2 : la recherche d'information

La recherche d'information est absente au niveau de l'hôpital lui-même. Néanmoins, au niveau du Conseil Régional, elle s'est faite sous la forme d'un audit, réalisé auprès de toutes les IFSI de la région par un cabinet de conseil. Compte tenu des informations recueillies, ce cabinet propose une méthode de calcul des coûts que les hôpitaux doivent appliquer.

### **CrM8 :**

*HD : La recherche d'information pour la création de ce projet se fait via un auditeur privé*

*HE : Car le Conseil Régional désire connaître la situation financière des IFSI*

- Étape n°3 : La sensibilisation à l'idée de changement :

Les hôpitaux n'ont donc pas été conviés au processus décisionnel. Le Conseil Régional les informe des démarches à suivre, le plus souvent par courrier. Le changement est donc annoncé.

### **CrM9 :**

*HD : Le Conseil Régional décide unilatéralement du changement à mettre en oeuvre*

*HE : Car le projet est élaboré sans concertation avec les hôpitaux*

- Étape n°4 : La mise en mouvement de l'organisation

La mise en mouvement de l'organisation est entièrement du fait du Conseil Régional qui étape par étape les annonce à l'hôpital. Dans ce processus, ce dernier n'est pas consulté. Cette mise en mouvement de l'organisation est par conséquent contrôlée par la Région et échappe totalement à l'établissement de santé.

**CrM10 :**

HD : *La région se charge entièrement de la mise en mouvement*

HE : *Car les différentes étapes du changement ne laissent aucune marge d'autonomie à l'hôpital.*

- Étape n°5 : La définition des grands axes de changement

Dans ce contexte, le Conseil Régional considère que la Direction des Affaires Financières (DAF) est un prestataire de service. Dans les documents internes diffusés à l'hôpital, il ne présente pas les apports pour la gestion interne de l'hôpital. En outre, la vision organisationnelle du changement est absente. Elle prend plutôt la forme d'une « démarche » puisque les injonctions reçues par l'hôpital se limitent aux différentes étapes que la DAF doit accomplir.

**CrM11 :**

HD : *La définition des grands axes du changement est réduite à l'énoncé des tâches à accomplir*

HE : *Car cette définition se limite à des directives intangibles*

- Étape n°6 : La finalisation du projet

Néanmoins, la finalisation du projet reste incomplète. Même si la démarche des calculs est clairement expliquée rubrique par rubrique, cette méthode suppose que la mise en œuvre va de soi. Aucune aide méthodologique n'est prévue pour aider à la mise en place de l'outil. Il est aussi impossible de joindre les membres du cabinet en cas de difficulté dans la mise en œuvre de leur outil.

**CrM12 :**

HD : *La finalisation du projet de changement est incomplète*

HE : *Car elle ne précise pas les difficultés éventuelles d'implémentation ni les moyens à mettre en œuvre*

### **5.1.2.1.2. La phase de déracinement**

À l'instar de la phase de maturation, nous commencerons par traiter de l'EPRD et ensuite du projet concernant l'IFSI.

#### **- La mise en place de l'EPRD**

##### o Étape n°1 : la communication du projet de changement

Les établissements sont avertis du projet d'EPRD par voie hiérarchique. Le directeur des affaires financières reçoit un courriel de l'ARH qui l'informe que les textes sur l'outil sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Ensuite, sa tâche consiste à les lire et à en informer ses collaborateurs. Le projet est par conséquent annoncé. Mais comme les règles ne peuvent tout prévoir (Crozier, 1963), ces textes laissent aux opérationnels des libertés quant à l'interprétation au sens de Feldman et Pentland (2003). Cette situation est en effet appréhendée par le service comme une opportunité pour appliquer des méthodes non précisées par les textes, mais qui peuvent compléter les outils promulgués. Aussi, la communication du changement est annoncée, mais cette communication laisse aussi une part d'interprétation.

#### **CrD1 :**

HD : *Le projet est promulgué, mais laisse néanmoins une part de créativité*

HE : *Car les textes de loi laissent de côté les modalités de mise en œuvre*

##### o Étape n°2 : la mise en œuvre du changement

La mise en œuvre peut être considérée de manière différenciée. Les tutelles (Ministère et ARH) ont fait des efforts pour étaler dans le temps les mesures que les hôpitaux doivent prendre pour mettre en place l'EPRD. Elles laissent ainsi aux établissements une année pour se familiariser avec les outils mobilisés. Néanmoins, au niveau du service, compte tenu des formations initiales des acteurs du service, les outils à mobiliser sont inconnus. Leur mise en place est ainsi vécue comme une révolution à laquelle ils n'ont pas été préparés. Le Ministère leur fournit uniquement un exemple chiffré en ne définissant pas les principaux concepts. Ainsi, pour eux le changement est brutal.

#### **CrD2 :**

HD : *La mise en œuvre du projet est progressive pour les tutelles, mais se révèle brutale pour les personnels du service*

HE : *Car même si sa mise en place s'est échelonnée tout au long de l'exercice 2006, les personnels du service ne sont pas préparés pour son élaboration*

○ Étape n°3 : la génération de nouvelles idées

L'EPRD est un projet dont la mission est clairement énoncée par le Ministère et ARH. Aussi, les opérationnels n'ont pas à proposer des aménagements au cadre général des outils demandés. Leur marge d'autonomie est donc restreinte aux modalités que les textes de promulgation n'ont pas prévues et la génération de nouvelles idées au cours du projet peut donc être qualifiée d'induite.

**CrD3 :**

HD : *La génération d'idées nouvelles est induite par le cadre général du projet*

HE : *Car les textes de loi sont très précis sur l'objet et la forme de l'outil à implémenter.*

○ Étape n°4 : le développement des initiatives

Parallèlement, les textes qui promulguent l'EPRD ont laissé de côté la manière de faire les prévisions : l'hôpital est libre d'employer celle qui lui semble la plus pertinente. Et c'est la seule initiative qui est véritablement prise dans le cadre de ce projet. Le développement des initiatives est donc issu de « la base » (i.e. des opérationnels) et non de la hiérarchie.

**CrD4 :**

HD : *Le développement des initiatives se fait au niveau des méthodes de prévision*

HE : *Car les textes n'énoncent pas toutes les modalités de mise en œuvre*

○ Étape n°5 : Evaluation-sélection

L'hôpital diffuse les états de l'EPRD à l'ARH. C'est en effet cette agence qui les valide. L'évaluation de ce projet est donc du seul fait de l'ARH. Néanmoins, elle n'a pas les moyens suffisants pour évaluer la pertinence des données émises par l'établissement. L'hôpital peut très bien remplir ces états de chiffres approximatifs et grâce à des décisions modificatives, corriger ces prévisions au fur et à mesure de l'année, s'il se rend compte que les données réelles sont trop éloignées de ses prévisions.

**CrD5 :**

HD : *L'évaluation du projet EPRD est imparfaitement cadrée*

HE : *Car c'est l'ARH qui valide l'EPRD sans avoir les moyens de vérifier la fiabilité des données prévisionnelles fournies*

○ Étape n°6 : le suivi de la mise en œuvre

Au niveau de l'implémentation de l'EPRD dans la structure, c'est le chef du service des finances qui se charge de coordonner les différentes actions et c'est aussi lui qui valide les états à transmettre à l'ARH. Il s'agit par conséquent d'une mise en œuvre pilotée par la hiérarchie.

**CrD6 :**

HD : *La mise en œuvre de l'EPRD est pilotée par la hiérarchie*

HE : *Car le directeur du service rend des comptes à l'ARH, qui elle même dépend du Ministère*

○ Étape n°7 : la formation

Le déploiement de l'EPRD s'est aussi accompagné de programmes de formations dont l'objectif principal est de faire connaître les outils mobilisés par les différents personnels des services. Par conséquent, les formations sont axées sur les outils à mobiliser.

**CrD7 :**

HD : *La formation dispensée a pour mission de faire connaître les outils à mobiliser*

HE : *Car ces outils sont inconnus du responsable des finances et des personnels du service.*

Néanmoins, dans le cadre du service, personne n'a pu s'y inscrire car les places proposées sont insuffisantes. Les besoins en formation sont donc insuffisants.

**CrD8:**

HD : *Les formations sont insuffisantes.*

HE : *Car l'accompagnement du ministère est insuffisant.*

○ Étape n° 8 : l'accompagnement

L'accompagnement du changement est réalisé par la diffusion de textes (émanant du Ministère) qui précisent les différentes modalités de l'EPRD au fur et à mesure de l'exercice 2006. Ce sont donc les tutelles qui organisent les différentes étapes du changement grâce à un échéancier qui précise les dates à partir desquelles les différentes étapes doivent être achevées. Néanmoins, dans cet échéancier, aucune aide méthodologique n'est donnée et l'ARH ne se propose pas d'aider les établissements à mettre en place l'EPRD. L'accompagnement est donc structurel mais incomplet.

**CrD9 :**

HD : *Les tutelles organisent un accompagnement structurel incomplet*

HE : *Car chaque précision dans la mise en œuvre du changement reste à l'état d'injonction.*

- **La mise en place de la méthode de calcul des coûts de l'IFSI**

o Étape n°1 : la communication du projet de changement

La communication du projet de changement concernant le pilotage de l'IFSI est annoncée aux différents hôpitaux. Suite à l'audit réalisé, un document est envoyé aux Services des Finances dans lequel sont détaillées les différentes tâches à réaliser pour pouvoir déterminer le calcul des coûts. La mission des responsables se limite à diffuser ce document et ponctuellement à fournir certaines données concernant notamment les sommes reçues lors des inscriptions ainsi que le nombre d'étudiants inscrits.

**CrD10 :**

HD : *Le projet est communiqué aux hôpitaux sans possibilité d'influer dessus*

HE : *Car le directeur chargé des finances se contente d'annoncer à ses subordonnés ce que la région attend du service.*

o Étape n°2 : la mise en œuvre du changement

La mise en œuvre de la méthode est étalée sur plusieurs mois. Des réunions sont organisées au Conseil Régional pour expliquer son déploiement. Ainsi, lors d'une de ces réunions, il est expliqué les changements apportés à la comptabilité des IFSI pour permettre de faciliter le calcul des différentes prestations. Par exemple, lors d'une réunion, les responsables du cabinet d'audit expliquent pourquoi, ils ont créé des subdivisions dans les comptes pour distinguer les charges de personnel de l'IFSI par rapport aux charges pédagogiques. De la sorte, le calcul des prestations demandées (les coûts de formation pour chaque type d'étudiants) est plus aisé, et les charges pédagogiques peuvent mieux être affectées aux différentes formations. Après chaque réunion, un délai est imposé pour pouvoir réaliser les modifications nécessaires à l'implémentation de la méthode. Ce délai est généralement de deux mois. Le changement est donc progressif.

**CrD11 :**

HD : *La mise en œuvre du projet de changement se fait graduellement*

HE : *Car un échéancier de mise en œuvre est élaboré par la région*

o Étape n°3 : la génération de nouvelles idées

Parallèlement à cette mise en œuvre progressive du projet, de nouvelles idées apparaissent lors du déploiement du projet. Ainsi, l'intitulé « Produits non affectables à une activité pédagogique » est substitué au profit d'« Autres activités ». Néanmoins, les grands principes de la méthode ainsi que les différents objets de coût ne sont pas remis en question. En dépit de ces aménagements réalisés sur la demande des intéressés, le cadre général de la méthode

n'est pas rediscuté. La génération de nouvelles idées est donc induite par le projet et ne rentre jamais en contradiction avec les principes de construction de la méthode projetée. Le cadre d'application reste strict et faute de temps, les membres des personnels de finances ne peuvent proposer des méthodes de calcul différentes pour leurs IFSI.

**CrD12 :**

HD : *Les nouvelles idées autour de ce projet sont orientées par le projet initial*

HE1 : *Car le temps nécessaire pour faire vivre une méthode de coût alternative est insuffisant*

HE2 : *Car le cadre à appliquer ne laisse pas beaucoup de place à la créativité*

○ Étape n°4 : le développement des initiatives

De même, compte tenu de ce cadre relativement strict imposé aux personnels des finances par cet outil, ces derniers ne peuvent pas véritablement l'aménager au contexte particulier de leur hôpital. Ainsi, il existe une classe préparatoire au concours d'infirmier qui est effectuée par l'IFSI. De même, des Validations d'Acquis de l'Expérience (VAE) sont régulièrement prises en charge. Or ces deux activités ne sont pas prises en compte dans le découpage préconisé par le Conseil Régional. Il s'agit des « autres activités ». Or ce sont des activités qui selon la directrice de l'IFSI ne peuvent être considérées comme annexes, car elles représentent des recettes conséquentes. Néanmoins, il est impossible d'en rendre compte à partir du cadre imposé aux différents services des finances.

**CrD13 :**

HD : *Les opérationnels de la DAF ne développent pas d'initiatives sur l'outil lui-même.*

HE : *Car l'outil laisse peu de marges pour intégrer le contexte particulier des établissements.*

○ Étape n°5 : Evaluation-sélection

L'évaluation du projet est réalisée par le Conseil Régional. Après validation par le service des finances, l'ensemble des documents lui est envoyé en fonction des échéances qu'il a lui même fixées. Et compte tenu des résultats, c'est lui qui juge si le projet est mené à bien. Néanmoins, sa capacité à évaluer la fiabilité des calculs est faible, car il n'a pas les moyens de savoir si les données utilisées sont fiables.

**CrD14 :**

HD : *L'évaluation du projet est imparfaitement cadrée par le Conseil Régional*

HE : *Car le Conseil Régional n'a aucun moyen de vérifier l'exactitude des données rentrées.*

○ Étape n°6 : le suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre est réalisé à la fois par la directrice de l'IFSI et le responsable des finances. Ce dernier valide la version qui doit être envoyée au Conseil Régional et la directrice se tient régulièrement au courant de la progression de la mise en œuvre prestation par prestation. Le suivi est donc interhiérarchique.

**CrD15 :**

HD : *Le responsable des finances et la direction de l'IFSI sont tous deux impliqués dans la mise en œuvre*

HE : *Car le projet concerne le directeur des finances, mais intéresse aussi la directrice de l'IFSI très soucieuse de sa gestion interne*

○ Étape n°7 : la formation

Les personnes du cabinet d'audit assurent des formations qui se contentent d'expliquer les mécanismes de construction de leur outil, sans aborder ses finalités ou les hypothèses adoptées pour son élaboration. Ils jugent en effet que les services financiers ne sont que les prestataires du Conseil Régional et dans cette optique, cet outil est avant tout destiné au contrôle externe (à l'instar du PMSI). Le contenu des formations n'adopte donc pas une vision organisationnelle, mais il est axé sur les outils.

**CrD16 :**

HD: *La formation consiste à énoncer la manière de remplir les cases déterminées par le cabinet d'audit*

HE : *Car dans cette optique, les personnels de la DAF sont considérés comme des sous traitants à qui on demande une prestation*

○ Étape n° 8 : l'accompagnement

L'accompagnement du Conseil Régional ainsi que des responsables impliqués dans l'implémentation de cet outil est ponctuel. Au niveau du Conseil Régional, les seuls contacts sont ceux planifiés lors des réunions ou quand cette instance envoie aux services des finances des documents qui reprennent les principaux points développés lors de ces mêmes réunions. De même, le responsable des finances se charge uniquement de valider les données enregistrées lorsque les opérationnels lui signalent que les calculs des prestations est achevé. Il n'y a pas véritablement un suivi régulier de la mise en œuvre de sa part, car il n'a pas beaucoup de temps à consacrer à ce projet. De même, la directrice de l'IFSI, en dépit d'un intérêt certain pour ce projet, prend des nouvelles de l'élaboration « quand elle a le temps ».

**CrD17 :**

HD : *L'accompagnement de ce projet est ponctuel.*

HE1 : *Car le Conseil Régional ne suit pas le développement du projet*

HE2 : *Car le directeur des finances suit son l'avancé seulement lorsque son emploi du temps le lui permet*

**5.1.2.1.3. La phase d'enracinement****- L'enracinement de l'EPRD****o Étape n°1 : l'évaluation-bilan**

L'Evaluation-bilan du projet n'intègre pas le responsable des finances ni les hôpitaux : il est du seul fait de l'ARH. Elle est donc directive. Néanmoins, il est difficile pour l'ARH d'identifier si les données qui ont servi à constituer l'EPRD sont fiables, notamment au niveau des prévisions. Cette évaluation est donc directive mais imparfaite.

**CrE1:**

HD : *L'évaluation du projet est faite de manière directive par les tutelles mais de manière imparfaite*

HE : *Car la fiabilité des prévisions n'est pas évaluée par l'ARH.*

**o Étape n°2 : la mise en cohérence des activités**

La mise en cohérence des activités est réalisée par le directeur des finances qui aiguille les personnes sous sa responsabilité. Ainsi, si certaines données d'activité ne sont pas disponibles pour les opérationnels c'est lui qui contacte le DIM pour les obtenir. De même, c'est lui qui explique aux opérationnels ce qu'attendent les tutelles. La mise en cohérence des activités se fait donc par accompagnement. Néanmoins, ce dernier est imparfait, car les tutelles ne suivent pas véritablement le déroulement des projets et ne proposent pas de permanence en cas de problème. De même, faute de temps suffisant, le responsable des finances ne peut pas mener un accompagnement régulier.

**CrE2:**

HD : *La mise en cohérence des activités se fait par accompagnement, mais cet accompagnement est insuffisant*

HE1 : *Car les tutelles ne fournissent pas l'aide méthodologique nécessaire*

HE2 : *Car le responsable des finances n'a pas le temps suffisant pour suivre en continu les projets*

○ Étape n°3 : la correction des actions engagées

Les corrections des actions engagées ne peuvent se faire que par ajustement. Les injonctions des tutelles se font en effet par voie législative et réglementaire. Aussi, par souci de cohérence des textes entre eux, il est inconcevable qu'un texte remette en question une partie des préconisations adoptées peu de temps auparavant.

**CrE3:**

HD : *La correction des actions se fait pas ajustements*

HE : *Car la nature des prises de décision rend difficiles les corrections radicales*

Étape n°4 : changement durable

Au terme du processus d'implémentation de l'EPRD, cet outil est bien intégré dans les tâches du service des finances. De même, le directeur du service des finances envisage à terme d'améliorer le processus de prévision. Cependant, faute de temps, aucune action dans ce sens n'est véritablement planifiée. En dépit de cela, le changement peut être qualifié de durable et s'inscrit dans un cadre de travail stable.

**CrE4:**

HD : *L'EPRD s'inscrit dans le cadre des travaux réguliers du service*

HE1 : *Car la DAF vit à présent au rythme des EPRD quadrimestriels*

HE2 : *Car le directeur de la DAF songe à des améliorations futures de l'outil sans néanmoins pouvoir les planifier faute de temps*

**- L'enracinement du projet de l'IFSI**

○ Étape n°1 : l'évaluation-bilan

Au niveau de ce projet, son évaluation est réalisée par le Conseil Régional, puisque c'est lui qui valide les documents que l'hôpital lui transmet. Et ce n'est qu'une version validée par cette instance qui peut induire des décisions sur l'IFSI. L'évaluation -bilan du projet est donc directive.

**CrE5:**

HD : *L'évaluation-bilan est du seul fait de la région*

HE : *Car la loi lui confère le pouvoir de la mise en œuvre des décisions sur les IFSI*

○ Étape n°2 : la mise en cohérence des activités

La mise en cohérence des activités à l’instar de l’EPRD est réalisée par le responsable des finances. C’est lui qui valide et présente les projets. Parallèlement, le Conseil Régional encadre le déploiement du projet au travers de réunions et assure ainsi également la mise en cohérence des activités. Le déploiement du projet est par conséquent hiérarchique.

**CrE6:**

HD : *La mise en cohérence des activités est encadrée par la hiérarchie*

HE : *Car le responsable des finances répercute strictement les objectifs définis par la région*

○ Étape n°3 : la correction des actions engagées

La correction des actions engagées ne peut se faire que par ajustement. Au travers des réunions, des ajustements sont en effet réalisés au fur et à mesure de l’avancement du projet. Ainsi, certains comptes sont scindés ou renommés. Mais ces réunions ne conduisent pas à une réorientation du projet qui est peu compatible avec les modes de prises de décision des organisations publiques, régies par des textes et des règlements.

**CrE7:**

HD : *La correction des actions engagées se fait par ajustements*

HE : *Car les prises de décision de type bureaucratique rendent difficiles les corrections radicales*

○ Étape n°4 : changement durable

Le projet de calcul des coûts de l’IFSI est à présent intégré dans le flux de travail du service. Le cadre de travail de cette méthode de calcul est donc stable. Néanmoins, à l’encontre de l’EPRD, cet outil n’est pas amené à évoluer, ni à se perfectionner au cours du temps. Il ne fait pas partie des outils dans lesquels le service des finances est impliqué. Il est ressenti comme une obligation et non comme une nécessité.

**CrE8:**

HD : *Le changement est durable et prend la forme d’un cadre de travail stable même cet outil ne sert pas au pilotage interne de l’IFSI*

HE : *Car le pilotage est réalisée uniquement par le Conseil Régional.*



prononcée. La figure 5.10 montre en effet que le nombre des étapes construites est identique à celui correspondant à des étapes prescrites.

**Figure 5.10 : la phase d'enracinement de l'EPRD**

Étapes de la phase d'enracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) à l'étape	
	Changement prescrit	Changement construit
Évaluation-bilan des actions engagées	Directive	Interactive
Mise en cohérence des activités	Foisonnement	Accompagnement
Correction des actions engagées	Réorientation	Ajustement
Changement durable	Implantation d'un cadre de travail stable	Formalisation de la vision

Ainsi, le premier outil introduit par catalyse réglementaire suit une implémentation de nature plutôt prescrite, tout en intégrant des éléments construits lors des phases de déracinement et surtout d'enracinement.

#### 5.1.2.2.2. L'introduction du calcul des coûts de l'IFSI

La figure 5.11 montre que la phase de maturation de ce projet correspond à un changement plutôt construit, puisque quatre des six étapes sont de cette nature.

**Figure 5.11 : la phase de maturation du projet concernant l'IFSI**

Étapes de la phase de maturation :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Identification d'un stimulus	Opportunisme	Problème
Recherche d'information	Étude prospective	Audit
Sensibilisation à l'idée du changement	Annonce	Implication
Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée	Non-contrôlée
Définition des grands axes du changement	Vision cadre organisationnel	Démarche
Finalisation du projet de changement	Projet formalisé	Projet peu formalisé

La phase de déracinement (figure 5.12) correspond plutôt à un changement prescrite, puisque quatre des huit étapes correspondent à un changement prescrite. Néanmoins, une des étapes est de nature mixte et trois correspondent à un changement construit.

**Figure 5.12 : la phase de déracinement du projet concernant l'IFSI**

Étapes de la phase de déracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Communication du projet de changement	Annonce	Interaction
Mise en œuvre du projet de changement	Brutale	Progressive
Génération de nouvelles idées	Induite	Autonome
Développement d'initiatives	Par la hiérarchie	Par la base
Evaluation/sélection	Cadrée	Non cadrée
Suivi de la mise en œuvre	Hiérarchique	Interhiérarchique
Formation	Axée sur les outils	Axée sur les réflexions
Accompagnement	Ponctuel	Structurel

Enfin, la phase d'enracinement (figure 5.13) correspond à un changement à la fois prescrit et construit, puisque sur les quatre étapes qui le composent, deux correspondent à un changement construit et les deux autres à un de nature prescrite.

**Figure 5.13 : la phase d'enracinement du projet concernant l'IFSI**

Étapes de la phase d'enracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) à l'étape	
	Changement prescrit	Changement construit
Évaluation-bilan des actions engagées	Directive	Interactive
Mise en cohérence des activités	Foisonnement	Accompagnement
Correction des actions engagées	Réorientation	Ajustement
Changement durable	Implantation d'un cadre de travail stable	Formalisation de la vision

Ainsi, en analysant les phases de changement qui correspondent à l'introduction de la méthode de calcul des coûts de l'IFSI, nous remarquons que la nature construite du changement est moins marquée que dans le cas de l'EPRD excepté dans la phase de déracinement. A contrario, c'est un processus plutôt prescrit qui anime la maturation du projet et la phase d'enracinement correspond à un changement mixte.

### 5.1.2.2.3. Synthèse des changements observés

Ainsi, le changement qui accompagne l'introduction de la méthode de calcul des coûts de l'IFSI correspond plutôt à un changement construit, tandis que celui qui accompagne l'introduction de l'EPRD est plutôt prescrit.

Alors que nous attendions que le processus de changement qui anime l'introduction par catalyse réglementaire soit plutôt prescrit, les processus d'implémentation étudiés intègrent également des éléments construits. Cette étude met ainsi en évidence que la maîtrise du changement échappe partiellement aux tutelles au profit des acteurs internes de l'organisation .

Comme au niveau de l'analyse des changements sur les outils existants, les différentes hypothèses qui traduisent le déroulement des projets peuvent être différenciées selon les faits qu'elles relatent (figure 5.14). Certaines d'entre elles décrivent et expliquent le déroulement prévu du projet tandis que d'autres mettent en évidence des événements non anticipés qui entravent ou stoppent le développement du projet.

**Figure 5.14 : différenciation des hypothèses sur les outils introduits par catalyse réglementaire**

Outils introduits par catalyse réglementaire	Corps d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets	Corps d'hypothèses relatifs à des événements non anticipés
Maturation	CrM1 CrM2 CrM3 CrM4 CrM7 CrM8	CrM5 CrM6 CrM9 CrM10 CrM11 CrM12
Déracinement	CrD3 CrD7 CrD11 CrD15 CrD16	CrD1 CrD2 CrD4 CrD5 CrD8 CrD9 CrD10 CrD12 CrD13 CrD14 CrD17
Enracinement	CrE3 CrE4 CrE5 CrE6 CrE7 CrE8	CrE1 CrE2

### **5.1.3. Étude des outils introduits de manière spontanée par capillarité**

L'objet de cette section est d'étudier les changements survenus lors de l'introduction de manière spontanée de deux outils de pilotage (l'ABC et le Balanced Scorecard). Cette étude commence par la constitution des corps d'hypothèses qui décrivent et expliquent le déroulement des projets (5.1.3.1.) et se poursuit par l'analyse des changements observés (5.1.3.2.).

#### **5.1.3.1. Présentation des phases du changement**

À l'instar des études précédentes, nous débuterons notre étude par la phase de maturation (5.2.1.2.1.), nous la poursuivrons par la phase de déracinement (5.2.1.2.2.) et nous la terminerons par l'enracinement du projet (5.2.1.2.3.).

##### **5.1.3.1.1. La phase de maturation**

Nous débuterons ce paragraphe par l'étude de l'ABC et ensuite par celle du Balanced Scorecard.

###### **- La phase de maturation de l'ABC**

- Étape n°1 : L'identification du stimulus

Le stimulus qui a initié l'introduction de l'ABC provient tout d'abord de la réforme du financement des hôpitaux (T2A). Cette réforme suppose en effet de considérer la consommation des ressources plus finement qu'auparavant. Néanmoins, le choix de cette méthode est aussi motivé par la volonté du directeur des affaires financières d'implémenter une méthode de calcul des coûts innovante pour son établissement. Ainsi, parallèlement à un problème qui se pose à l'hôpital, la possibilité de mettre en place cette méthode constitue également une opportunité d'expérimenter de nouvelles méthodes de pilotage.

###### **ScM1 :**

HD : *L'ABC est expérimentée dans les services de stérilisation et de chirurgie ambulatoire*

HE1 : *Car l'hôpital est incité à transformer son système de pilotage suite aux réformes de financement*

HE2 : *Car le directeur chargé des finances désire expérimenter des méthodes de gestion innovantes*

○ Étape n°2 : la recherche d'information

La recherche d'information sur la manière d'implémenter cette méthode ainsi que sur la méthode elle-même s'est faite grâce à deux sources distinctes. Premièrement, le directeur de la direction des affaires financières fait appel à certaines de ses relations à l'université. Deuxièmement, le GMSIH dans son guide sur le pilotage des établissements édité en 2005 préconise l'utilisation de l'ABC et en fait une description sommaire. Cette étape de recherche d'information s'est ainsi faite de manière « prospective ».

**ScM2 :**

HD : *La recherche d'informations sur l'ABC se fait par recueil successif de données réalisé par le directeur des affaires financières*

HE1 : *Car ce directeur recherche des informations auprès de ses relations (contacts avec l'université)*

HE2 : *Car il recherche des informations auprès d'une démarche institutionnelle (GMSIH)*

○ Étape n°3 : La sensibilisation à l'idée de changement :

La sensibilisation des personnes à l'implémentation de l'ABC se fonde sur leur persuasion. Les personnes clés du service expérimentateur sont donc impliquées dans la prise de décision. Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, l'ABC est implémentée parallèlement à la mise en place d'une démarche qualité. Lors de la réunion de prise de contact, sont présents le chef de service, la personne en charge de la démarche qualité et le directeur des affaires financières. L'ABC est présentée comme une méthode complémentaire à la démarche qualité. Elle permettrait selon les propres mots du directeur des affaires financières « d'introduire des paramètres financiers dans le pilotage du service ». La réaction du chef de service est plutôt bonne : « si cela va dans le sens d'une meilleure gestion de mon service, je suis d'accord ».

**ScM3 :**

HD : *La sensibilisation à l'idée de changement procède par persuasion des responsables des services*

HE1 : *Car l'ABC est proposé comme une méthode capable de résoudre certains problèmes de gestion interne aux services*

HE2 : *Car il existe certains acteurs internes qui ont vu dans l'ABC une réponse à leurs problèmes de gestion interne de leurs services*

- Étape n°4 : La mise en mouvement de l'organisation

La mise en mouvement de l'organisation dépend néanmoins de la disponibilité et de l'accord des différentes personnes parties prenantes dans ce projet. Ainsi, après la réunion préparatoire, deux mois passent avant que le service puisse accueillir cette expérimentation.

Par ailleurs, il est impossible de savoir si cette expérience peut être renouvelée dans d'autres services, même si elle est concluante. Tout dépend en fait de l'accord des autres chefs de service. La mise en mouvement de l'implémentation est par conséquent « non contrôlée » par la DAF.

**ScM4 :**

*HD : La DAF doit se plier aux contraintes des services*

*HE1 : Au niveau de la décision même de l'implémentation, car la décision de l'introduction de l'ABC dépend de l'accord du chef du service expérimentateur*

*HE2 : Au niveau de la date du début de l'expérimentation, car cette date dépend de la disponibilité de l'ensemble des personnes du service*

*HE3 : Au niveau de l'ampleur même du changement car elle ne sait pas si l'ABC peut se généraliser à l'ensemble de l'hôpital*

- Étape n°5 : La définition des grands axes de changement

La définition des grands axes de changement prend appui sur un projet qui concerne tout l'hôpital. Il s'agit de diffuser par la persuasion cette méthode à tout l'établissement (« effet tache d'huile »). Le temps nécessaire pour cela n'est pas évalué.

Parallèlement à cette trame générale dont l'échéance n'est pas définie, les grands axes du changement prennent plutôt la forme de tâches successives à accomplir : définition des activités et des processus, identification des inducteurs et des objets de coût et enfin imputation des activités aux objets de coût. Ainsi, tandis qu'à l'échelle de l'établissement, les grands axes de changement prennent la forme d'une vision organisationnelle, au niveau du service expérimentateur, ils prennent celle d'une démarche au sens de Vandangeon-Derumez (1998).

### **ScM5 :**

HD : *Les axes du changement prennent appui à la fois sur une démarche et sur une vision organisationnelle*

HE1 : *Car au niveau des services expérimentateurs seule la méthodologie d'implémentation est présentée aux personnels ainsi qu'aux responsables (démarche)*

HE2 : *Car l'intention du directeur de la DAF est à terme de diffuser dans l'ensemble des services cette méthode via un « effet tache d'huile » (vision organisationnelle)*

- Étape n°6 : La finalisation du projet

La finalisation du projet d'implémentation est en outre peu formalisée. Au niveau organisationnel, « l'effet tache d'huile » reste une idée vague pas véritablement accompagnée d'une stratégie de persuasion des services, ni d'un schéma de développement. En outre les différents problèmes d'implémentation possibles sont laissés de côté. Au niveau du service, hormis la démarche d'implémentation, aucun problème n'est soulevé lors de la phase de maturation. De même, aucune précision supplémentaire est venue étoffer la stratégie initiale d'implémentation suite à la prise de contact avec le chef de service.

### **ScM6 :**

HD : *La finalisation du projet concerne uniquement la méthodologie à suivre*

HE : *Car même si la méthodologie d'implémentation et ses étapes sont définies, les difficultés éventuelles d'implémentation ne sont pas abordées.*

#### **- La maturation du Balanced Scorecard (BsC)**

- Étape n°1 : L'identification du stimulus

Le directeur de l'établissement désirait un tableau de bord pour mieux piloter son établissement. Parallèlement, le directeur des affaires financières voulait un tableau de bord « innovant » pour l'établissement. C'est dans cette optique que la direction des affaires des affaires financières proposa au directeur général de réaliser un Balanced Scorecard. Le stimulus au changement est donc à la fois un problème qui se pose à l'établissement et une opportunité pour le directeur des affaires financières.

**ScM7:**

HD : *L'introduction du BsC est motivée par l'inexistence de tableaux de bord et par la volonté du DAF d'expérimenter l'approche BsC.*

HE1 : *Car l'hôpital est incité à revoir son système de pilotage à cause des réformes de financement en cours (problème).*

HE2 : *Car le DAF désire expérimenter des méthodes innovantes pour la gestion de son hôpital (opportunité).*

- Étape n°2 : la recherche d'information

La recherche d'information est comparable à celle de l'ABC : le directeur des affaires financières fait appel à ses relations à l'université et consulte le « Kit de base des tableaux de bord » (GMSIH, 2005). Elle peut donc être qualifiée de « prospective ».

**ScM8 :**

HD : *La recherche d'information sur le BsC est réalisée en se basant sur différentes sources*

HE1 : *Car ce directeur recherche des informations auprès de ses relations (contacts avec l'université)*

HE2 : *Car il recherche des informations auprès d'une démarche institutionnelle (GMSIH)*

- Étape n°3 : La sensibilisation à l'idée de changement :

La sensibilisation à l'idée de changement se fait en présentant le BsC aux principaux responsables de l'hôpital lors d'une réunion. Au terme de la présentation, les responsables du laboratoire ne sont pas convaincus de l'applicabilité de cet outil à leur métier. De même, le directeur général trouve l'outil beaucoup trop sophistiqué.

Par contre, une personne de la direction en charge des personnels soignants est très intéressée par cet outil et affirme même que dans le cadre de la démarche qualité qu'elle est en train de réaliser en chirurgie ambulatoire, ce tableau de bord serait complémentaire. C'est pourquoi, il est convenu avec le chef de service de mettre en place le BsC. Ce service se prête en outre assez bien à la mise en place d'un BsC, car il s'agit d'une unité de soin disposant d'une large autonomie. Les médecins qui interviennent dans le cadre des consultations ne sont pas employés par l'hôpital. Ils lui versent une redevance en contrepartie des locaux et du matériel à leur disposition. Selon son chef de service, son mode de fonctionnement est comparable à celui d'une « mini-clinique ».

Ainsi, à l'instar de l'ABC, la sensibilisation à l'idée de changement se fait par persuasion en recherchant l'implication des acteurs.

**ScM9 :**

HD : *La sensibilisation à l'idée de changement procède par adhésion des responsables des services*

HE1 : *Car le BsC est proposé comme une méthode capable de résoudre certains problèmes de gestion interne aux services*

HE2 : *Car il existe certains acteurs internes qui ont vu dans le BsC une réponse aux problèmes de gestion interne de leurs services.*

- Étape n°4 : La mise en mouvement de l'organisation

Comme pour l'ABC, la mise en mouvement de l'organisation n'est pas contrôlée par la DAF, mais dépend de la disponibilité des acteurs du service expérimentateur. En outre, le processus de diffusion du BsC est identique à celui de l'ABC (« effet tache d'huile »). Ainsi, compte tenu de l'influence des chefs de service, sans leur aval, ce type d'outil introduit par capillarité ne peut être implémenté dans leur service. De même, une expérimentation réussie ne signifie pas forcément une diffusion vers d'autres services. Tout dépend en effet de l'accueil réservé à cette méthode par les autres chefs de service.

**ScM10 :**

HD : *La mise en mouvement de l'organisation échappe aux acteurs de la méthode*

HE1 : *Au niveau de la décision même de l'implémentation, car la décision de l'introduction du BsC dépend de l'accord du chef du service expérimentateur*

HE2 : *Au niveau de la date du début de l'expérimentation, car elle dépend de la disponibilité de l'ensemble des personnes du service*

HE3 : *Au niveau de l'ampleur même du changement car ses instigateurs ne savent pas si elle va se généraliser in fine à l'ensemble de l'hôpital*

- Étape n°5 : La définition des grands axes de changement

Le processus de diffusion envisagé au niveau de l'organisation est déterminé, mais la démarche qui accompagne ce processus général n'est pas clairement définie. Au niveau du service expérimentateur, une démarche guide l'implémentation. Elle consiste à élaborer des indicateurs en fonction de quatre axes : « satisfaction patient », « performance des processus », « apprentissage » et « finance ». À chacun de ces axes, des indicateurs sont proposés au chef de service qui, compte tenu de ses préoccupations de gestion interne, choisit de les intégrer à son tableau de bord ou pas. Par contre, aucune vision claire de l'avenir du service ne semble exister. La préoccupation première du chef de service c'est l'amélioration de la qualité des soins dispensés, mais au-delà de cet objectif, il n'émet aucune perspective de développement pour son service.

**ScM11 :**

HD : *Les axes du changement prennent appui à la fois sur une démarche et sur une vision organisationnelle*

HE1 : *Car au niveau des services expérimentateurs seule la méthodologie d'implémentation est présentée.*

HE2 : *Car au niveau de l'établissement, le directeur de la DAF espère à terme généraliser l'outil grâce à un processus d'adoption progressif par tous les services.*

- Étape n°6 : La finalisation du projet

La finalisation du projet de changement reste globalement peu formalisée. Aucune réunion n'est prévue pour rendre compte de l'avancée des travaux. De même, les problèmes de mise en œuvre ne sont pas abordés.

Néanmoins, à l'issue d'un comité de pilotage de notre recherche-intervention, il a été constaté que la dimension prospective du BsC était absente. Ainsi, en dépit du caractère peu formalisé de l'expérimentation, cette dernière a néanmoins fait l'objet d'un certain cadrage.

**ScM12 :**

HD : *La finalisation de l'implémentation du BsC est guidée par une démarche peu formalisée, mais un certain cadrage général à l'expérimentation est défini*

HE : *Car même si aucun échéancier de mise en œuvre n'est défini, le projet est recadré pour accroître sa pertinence.*

Globalement, la phase de maturation du BsC est comparable à celle de l'ABC. D'une part, les motivations sont les mêmes : envie d'expérimenter des méthodes de gestion « innovantes » au sens de Bourguignon (2003). D'autre part, la sensibilisation à l'idée de changement se fonde sur la persuasion des acteurs de terrain et la mise en mouvement de l'organisation est « non contrôlée » par la DAF.

### 5.1.3.1.2. La phase de déracinement

Nous débuterons par l'ABC et continuerons par le BsC, comme au paragraphe précédent.

#### - La mise en place de l'ABC

##### o Étape n°1 : la communication du projet de changement

À l'instar des projets introduits par catalyse réglementaire, l'ABC en tant que projet implémenté de manière spontanée par capillarité est annoncé aux personnels du service. Ce projet est en effet mis au point lors de la phase de maturation et dans l'esprit de ces instigateurs, ses contours n'ont plus à être discutés.

#### **ScD1 :**

HD : *Le projet est présenté aux différentes personnes du service lors d'une réunion d'information*

HE : *Car le projet finalisé lors de la phase de maturation n'a plus vocation à être rediscuté avec les personnels du service*

##### o Étape n°2 : la mise en œuvre du changement

De même, un échéancier des différentes étapes est présenté et sa mise en place se fait service après service. Conformément au processus de génération de ce type d'outil décrit par Nobre (2004), le déploiement de l'ABC se fait « en tache d'huile ».

#### **ScD2 :**

HD : *La mise en œuvre du changement est progressive.*

HE : *Car l'expérimentation se déroule tout d'abord dans un service avant de se poursuivre dans d'autres pour in fine être étendue à tout l'établissement*

##### o Étape n°3 : la génération de nouvelles idées

De nouvelles idées apparaissent lors de la phase de déracinement qui permettent de préciser le processus d'implémentation de l'ABC dans l'établissement. Ainsi, le service expérimentateur (la chirurgie ambulatoire) met également en place une démarche qualité. Or certains travaux de cette démarche qualité peuvent également être mobilisés pour l'ABC. Il en va ainsi de la description des processus et du chronométrage des activités. Les activités doivent néanmoins être regroupées, car les données dans le SIH ne permettent pas toujours d'isoler les charges rattachées à l'activité. Ainsi, par exemple l'activité « pré-admission » est agrégée avec l'admission. Ce qui conduit à réduire le nombre d'activités par rapport à celles de la démarche qualité. De même, les renseignements collectés lors de la mise en place de l'ABC servent à faciliter l'implémentation du BsC, notamment au niveau de la construction de son axe financier. Ainsi, lors de la phase de déracinement de nouvelles idées se

développent, mais elles concernent uniquement les moyens de faciliter l'implémentation du projet. Elles sont donc induites par le projet lui-même.

**ScD3 :**

HD : *La génération d'une nouvelle idée s'est faite à la suite de ce projet en intégrant d'autres projets en cours*

HE : *Car les indicateurs élaborés à partir de l'ABC et les indicateurs issus d'une démarche qualité sont mobilisés dans le cadre de l'expérimentation d'un BsC*

○ Étape n°4 : le développement des initiatives

En dépit de la génération d'idées nouvelles par les instigateurs du projet, aucun développement d'initiatives n'est observé auprès des opérationnels. Ils acceptent le projet tel quel sans émettre le moindre avis ni suggérer des aménagements. Ces personnes ne connaissent pas la méthode ABC. Aussi, il leur est difficile d'émettre des suggestions ou de prendre des initiatives concernant l'implémentation de cet outil. Ils se contentent par conséquent de suivre le déroulement du projet élaboré lors de la phase de maturation.

**ScD4 :**

HD : *Il n'y a pas eu d'initiatives concernant l'implémentation de l'outil*

HE : *Car les opérationnels suivent la feuille de route tracée lors de la maturation du projet et n'ont pas le recul suffisant sur la méthode pour développer des initiatives*

○ Étape n°5 : Evaluation –sélection

L'évaluation du projet commence par une réunion avec les différentes personnes clés du service (chef de service et cadre infirmier), la personne chargée de la démarche qualité et le directeur des finances. Les principaux résultats leur sont présentés. Ensuite, comme les personnes clés du service sont satisfaites des résultats, elles veulent les faire partager aux autres chefs de service de l'hôpital. L'évaluation du projet est donc cadrée.

**ScD5:**

HD : *L'évaluation du projet est cadrée*

HE : *Car des réunions sont régulièrement organisées pour juger de la pertinence de cette expérimentation et de son intérêt pour l'établissement.*

○ Étape n°6 : le suivi de la mise en œuvre

Comme l'illustre l'étape d'évaluation, ce projet d'implémentation est suivi à la fois par les personnes clés du service (cadre infirmier et chef de service) et le responsable des finances et prend la forme de bilans d'étapes.

**ScD6 :**

HD : *Le suivi de la mise en œuvre est interhiérarchique*

HE : *Car ce projet est suivi par le directeur de la DAF, le chef du service et le cadre infirmier du service expérimentateur*

○ Étape n°7 : la formation

Lors de la mise en place de l'ABC, il nous paraît opportun de faire comprendre aux personnels les mécanismes de construction de l'ABC. Ainsi, la pertinence de cet outil et sa complémentarité avec la démarche qualité en cours sont mises en avant. Les réflexions autour de cet outil ne sont donc pas totalement délaissées. Mais, comme nos interlocuteurs n'ont pas une formation en contrôle de gestion, la portée de l'ABC par rapport aux autres méthodes de calcul de coût n'est pas abordée.

**ScD7 :**

HD : *La formation est axée sur l'outil et dans une moindre mesure sur les réflexions autour de cet outil*

HE : *Car l'objectif prioritaire est de faire connaître l'outil.*

○ Étape n° 8 : l'accompagnement

En dépit d'une évaluation encadrée par des réunions, le suivi du projet n'est pas régulier. En quatre mois, seuls deux bilans d'étape sont réalisés (au début et à la fin du processus d'implémentation). Les différentes personnes clés du projet (du service expérimentateur et de la DAF) n'ont en effet que peu de temps disponible pour se consacrer à ce type de projet. L'accompagnement est par conséquent plutôt ponctuel.

**ScD8 :**

HD : *L'accompagnement est ponctuel*

HE : *Car faute d'une disponibilité suffisante des responsables (surcharge de travail) il est impossible pour eux de suivre de manière régulière l'avancée des travaux*

**- La mise en place du BsC**

○ Étape n°1 : la communication du projet de changement

Comme pour l'ABC et pour les mêmes raisons, la communication du projet de changement est annoncé aux personnels du service de chirurgie ambulatoire.

**ScD9 :**

HD : *Le projet est présenté aux différentes personnes du service (aides soignants, infirmières et ASH) lors d'une réunion d'information*

HE : *Car le projet finalisé lors de la phase de maturation n'a plus vocation à être rediscuté avec les personnels du service*

○ Étape n°2 : la mise en œuvre du changement

De même, la mise en œuvre du changement est progressive afin de laisser le temps aux opérationnels de se familiariser avec l'outil.

**ScD10 :**

HD : *La mise en œuvre du BsC est réalisée par étapes successives*

HE : *Car l'objectif est de faire assimiler aux personnels du service ses principes de construction pour qu'il devienne un de leurs outils de gestion interne.*

○ Étape n°3 : la génération de nouvelles idées

Lors de la phase de finalisation, certains aménagements sont en effet réalisés pour corriger le projet initial. Ce dernier omet notamment le développement de l'axe apprentissage et croissance. C'est lors de la finalisation du projet que cette erreur est corrigée. Néanmoins, mettre en œuvre un tel axe suppose la construction d'indicateurs qui ne sont pas prévus dans le projet. C'est autour de ce problème que des idées nouvelles sont générées pour déterminer les indicateurs susceptibles de rendre de l'axe apprentissage et croissance. Les idées développées lors de la phase d'enracinement sont par conséquent induites par le projet développé lors de la phase de maturation.

**ScD11 :**

HD : *La génération d'idées nouvelles est induite par un problème majeur relevé à la dernière étape de la phase de maturation*

HE : *Car le projet initial omet l'axe apprentissage et croissance .*

○ Étape n°4 : le développement des initiatives

Contrairement à l'ABC, certaines initiatives tentent néanmoins d'influer sur le projet initial. Ainsi, lors de la phase de maturation, les instigateurs du projet décident de développer les axes « satisfaction du patient », « financier », « performance des processus » et « capacité d'apprentissage des personnels ». Or afin d'intégrer la dimension prospective dans le BsC, des indicateurs capables de rendre compte de cette dimension nécessitent d'être élaborés. C'est dans cette optique que des initiatives sont prises par les concepteurs du BsC lors de la phase de déracinement. Le développement d'initiatives se fait donc au niveau de ce projet par la base et tente de convaincre la hiérarchie du bien fondé de ces aménagements.

**ScD12 :**

HD : *Le développement d'initiatives se fait par la base et concerne la construction des indicateurs de l'axe apprentissage et croissance*

HE : *Car le projet initial omet l'axe apprentissage et croissance.*

○ Étape n°5 : évaluation – sélection

Le développement d'initiatives susceptibles d'influer sur le projet initial est possible par un suivi du projet (Évaluation – sélection) qui dans ses aspects généraux est plutôt cadrée. Des réunions plus fréquentes que dans le cas de l'ABC permettent en effet de réfléchir davantage à la pertinence du projet initial.

Néanmoins certains paramètres ne sont pas maîtrisés par les instigateurs du projet. Ainsi, il n'existe aucun moyen d'inciter le Service de l'Information Médicale (SIM) à fournir les données nécessaires pour alimenter les indicateurs. La diffusion des données d'activité vers le service des finances et la direction se fait ainsi difficilement. Du fait de son pouvoir étendu, il joue ainsi un rôle déterminant dans la réussite ou l'échec de projets qui impliquent l'utilisation de données d'activité. Aussi, toutes les initiatives ne peuvent être menées à leur terme, même si elles s'avèrent pertinentes. Leur sélection échappe ainsi en partie aux instigateurs du projet.

**ScD13 :**

HD : *L'évaluation du projet se fait de manière partiellement cadrée*

HE : *Car même si les différents responsables du projet peuvent influencer sur son cours, certains paramètres déterminants du projet leur échappent (comportement du DIM).*

○ Étape n°6 : le suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre du BsC reprend un schéma identique et implique les mêmes responsables que ceux de l'ABC. Il est donc lui aussi interhiérarchique.

**ScD14 :**

HD : *Le suivi de la mise en œuvre est interhiérarchique*

HE : *Car il est réalisé par le directeur des affaires financières, le chef du service expérimentateur et la cadre infirmière en chef*

○ Étape n°7 : la formation

Pour les mêmes raisons que l'ABC, la formation dispensée au service est axée sur l'outil lui-même.

**ScD15 :**

HD : *La formation s'est axée sur l'outil*

HE : *Car la priorité de la formation est de faire connaître le BsC*

○ Étape n° 8 :l'accompagnement

Faute de temps suffisant, l'accompagnement de la mise en œuvre reste ponctuel, même si les réunions d'étape sont plus fréquentes. Aucune de ces réunions n'est en effet planifiée à l'avance avec un échéancier. L'accompagnement ne peut donc pas véritablement être considéré comme intégré dans la structure du projet.

**ScD16 :**

HD : *L'accompagnement du travail est ponctuel*

HE : *Car ni le responsable des finances ni le chef du service n'ont le temps suffisant pour animer un comité de pilotage*

**5.1.3.1.3. La phase d'enracinement**

Comme lors des deux premiers paragraphes, nous aborderons l'ABC avant de nous intéresser au BsC.

**- L'enracinement de l'ABC**

○ Étape n°1 : l'évaluation-bilan

À l'instar des outils introduits pas catalyse réglementaire, l'évaluation-bilan du projet est directive. Les responsables veulent uniquement connaître les résultats produits par la méthode. Les principes de construction de cette méthode ne les intéressent pas, en dépit de notre volonté de vouloir la communiquer.

**ScE1:**

HD : *L'évaluation-bilan se limite à l'analyse des résultats obtenus*

HE : *Car le chef de service s'intéresse aux résultats et pas à la méthode.*

○ Étape n°2 : la mise en cohérence des activités

La mise en cohérence des activités est réalisée par accompagnement du responsable des finances. En effet, c'est lui qui, avec la personne en charge de la démarche qualité, organise les réunions avec les acteurs clés du service et encadre l'application de la méthode décidée lors de la phase de maturation.

**ScE2:**

HD : *La mise en cohérence des activités se fait par accompagnement*

HE : *Car elle suit des règles formulées lors de la phase de maturation*

○ Étape n°3 : la correction des actions engagées

La correction des actions engagées s'est faite par ajustement. Aucune réorientation du projet n'est en effet envisagée lorsque son déroulement est engagé dans le service.

**ScE3:**

HD : *La correction des actions engagées se fait par ajustements*

HE : *Car aucune réorientation majeure du projet ne se produit*

○ Étape n°4 : changement durable

Néanmoins, en dépit de l'enthousiasme que ce projet a suscité, il ne prend pas la forme d'un changement durable dans l'hôpital, car, faute de temps, les services intéressés par le projet (laboratoire et gynécologie) ne peuvent s'investir dans son implémentation. Au niveau des services expérimentateurs (stérilisation et chirurgie ambulatoire), la situation est contrastée.

Dans le service de stérilisation, le projet n'est plus relancé, car la personne responsable du service veut une personne supplémentaire dans son service pour continuer son implémentation. Il s'agit pour elle d'une condition sine qua non. Le responsable des finances propose alors des réaménagements dans le service pour éviter d'embaucher une personne supplémentaire tout en libérant du temps de travail. Au lieu de laver le linge pour tout l'établissement, il propose d'acheter des linges jetables pour que les personnels du service se consacrent pleinement à la stérilisation. La responsable du service, étant en désaccord avec cette proposition, décide d'abandonner le projet.

Dans le service de chirurgie ambulatoire, a contrario, les personnes clés ne désirent pas s'impliquer dans la mise en œuvre du projet et comptent sur le service des finances pour l'actualiser régulièrement. Néanmoins, aucune proposition de mise en routine n'est abordée. Or sans cette mise en routine, la mise à jour revient à reconstruire régulièrement tout le modèle. La survie du projet dans ces conditions est par conséquent très incertaine.

**ScE4:**

HD : *L'introduction de la méthode ABC n'a pas pris la forme d'un changement durable avec mise en routine : elle est restée au stade de l'expérimentation.*

HE1 : *Car ce projet n'est pas suivi de projets subséquents (l'effet tâche d'huile n'a pas lieu)*

HE2 : *Car les expériences qui n'ont pas été menées jusqu'au bout sont abandonnées.*

HE3 : *Car les responsables des services (DAF et chirurgie ambulatoire) se sont intéressés aux résultats et pas à la mise en routine de l'outil*

## - L'enracinement du BsC

### o Étape n°1 : l'évaluation-bilan

La phase d'enracinement du BsC est comparable à celle de l'ABC, puisque ces deux outils sont implémentés dans le même service expérimentateur (i.e. la chirurgie ambulatoire). Néanmoins, l'Évaluation-bilan est plus interactive que dans le cas de l'ABC. Les différents indicateurs sont notamment discutés avec les acteurs clés du service. Ainsi, au niveau de l'axe « performance des processus », les « plaintes et réclamations » semble être un indicateur intéressant à intégrer dans l'avenir, de même que celui des « annulations d'actes ambulatoires ». De même, le responsable des finances émet des améliorations possibles pour mieux suivre le circuit du patient. Il lui semble notamment intéressant d'intégrer des considérations financières supplémentaires pour déterminer les ressources consommées au bloc. De la sorte, le cheminement opéré par les patients pris en charge par la chirurgie ambulatoire peut être entièrement évalué. Néanmoins, aucun contact n'est envisagé avec le bloc dans l'immédiat.

#### **ScE5:**

HD : *L'évaluation bilan est réalisée en confrontant les différents avis et points de vue des responsables*

HE : *Car chacun d'eux désire évaluer l'utilité de cet outil compte tenu des préoccupations du chef de service et du directeur des affaires financières*

### o Étape n°2 : la mise en cohérence des activités

Pour des raisons identiques à l'ABC, la mise en cohérence des activités se fait par accompagnement, puisque c'est le responsable des finances qui se charge des prises de contact et qui valide les présentations de l'outil destinées aux personnels du service expérimentateur (i.e. la chirurgie ambulatoire) afin de faciliter la mise en œuvre de la méthodologie d'implémentation adoptée lors de la phase de maturation.

#### **ScE6:**

HD : *La mise en cohérence des activités par accompagnement.*

HE : *Car elle suit le cadre méthodologique mis au point lors de la phase de maturation.*

### o Étape n°3 : la correction des actions engagées

La correction des actions engagées se fait également par ajustement, puisque la méthode choisie au départ pour implémenter le BsC (en tache d'huile) n'est pas remise en question. Ce n'est qu'au travers de l'accompagnement du responsable des finances que quelques actions correctrices sont prises (notamment pour faciliter la compréhension de l'outil par les personnels du service).

Cette absence de remise en question du déploiement du projet adopté lors de la phase de maturation ne conduit pas non plus à repenser la manière d'implémenter le BsC au niveau de l'établissement. Sa diffusion selon le responsable des finances est à faire d'abord dans les services et progressivement, il investira le processus de décision de la direction générale. Ce type d'implémentation est assez inédite pour un BsC, qui comme le souligne Norreklit (2000) est un instrument à destination de la direction et dont le fonctionnement est descendant (déclinaison progressive à partir de la direction vers les opérationnels en suivant la ligne hiérarchique).

En outre, aucun changement majeur de la direction en faveur de l'outil ne s'est produite : elle reste tout au long du processus prudente vis—vis de cet outil et se refuse à l'intégrer dans son processus de décision.

#### **ScE7:**

HD : *Les corrections des actions engagées prend la forme d'ajustements*

HE1 : *Car le bien fondé de la méthode développée n'est pas remise en question*

HE2 : *Car les chantiers où la méthode a échoué n'ont pas connu un changement de stratégie majeur capable d'imposer sa mise en œuvre*

##### ○ Étape n°4 : changement durable

L'implémentation du BsC ne se concrétise pas par un changement durable. Pour des raisons similaires à l'ABC, en dépit d'un intérêt certain de la part du service bio-médical, ce service ne peut engager ce projet. Sa responsable nous explique qu'elle n'a in fine pas le temps suffisant pour le faire. De même, la direction n'envisage pas de revoir sa décision : le BsC pour le directeur est trop difficile à mettre en place. En outre, faute d'une réflexion sur les moyens pour assurer sa mise en routine dans le service expérimentateur (la chirurgie ambulatoire), les axes d'amélioration souhaités ne sont pas développés. Les travaux de collecte des données pour sa remise à jour reviennent à l'instar de l'ABC à reconstruire le modèle tous les ans.

#### **ScE8:**

HD : *L'introduction du BsC ne prend pas la forme d'un changement durable avec mise en routine : elle est restée au stade de l'expérimentation.*

HD1 : *Car ce projet n'est pas suivi de projets subséquents (l'effet tâche d'huile n'a pas lieu)*

HD2 : *Car les expériences qui n'ont pas été menées jusqu'au bout sont abandonnées.*

HD3 : *Car les responsables des services (DAF et chirurgie ambulatoire) se sont intéressés aux résultats et pas à la mise en routine de l'outil.*

### 5.1.3.2. Analyse de l'introduction spontanée par capillarité

Nous commencerons par étudier l'introduction de l'ABC (5.1.3.2.1.) puis celle du BsC (5.1.3.2.2.). Ensuite, nous caractériserons les processus de changement qui animent l'introduction des outils de manière spontanée par capillarité (5.1.3.2.3.).

#### 5.1.3.2.1. Analyse de l'introduction de l'ABC

Le changement qui accompagne l'introduction de l'ABC lors de la phase de maturation du projet est plutôt de nature construite comme le montre la figure 5.15. Trois des six étapes correspondent en effet à un changement construit au sens de Vandangeon (1998) tandis que deux correspondent à un changement prescrit et une seule à un changement mixte.

**Figure 5.15 : la phase de maturation de l'ABC**

Étapes de la phase de maturation :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Identification d'un stimulus	Opportunisme	Problème
Recherche d'information	Étude prospective	Audit
Sensibilisation à l'idée du changement	Annonce	Implication
Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée	Non-contrôlée
Définition des grands axes du changement	Vision cadre organisationnel	Démarche
Finalisation du projet de changement	Projet formalisé	Projet peu formalisé

Comme le montre la figure 5.16, la phase de déracinement est animée d'un changement plutôt prescrit, puisque la moitié des huit étapes de cette phase correspond à ce type de changement et seulement deux s'apparentent à un changement construit.

**Figure 5.16 : la phase de déracinement de l'ABC**

Étapes de la phase de déracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Communication du projet de changement	Annonce	Interaction
Mise en œuvre du projet de changement	Brutale	Progressive
Génération de nouvelles idées	Induite	Autonome
Développement d'initiatives	Par la hiérarchie	Par la base
Evaluation/sélection	Cadrée	Non cadrée
Suivi de la mise en œuvre	Hiérarchique	Interhiérarchique
Formation	Axée sur les outils	Axée sur les réflexions
Accompagnement	Ponctuel	Structurel

Au niveau de la phase d'enracinement de l'ABC, la figure 5.17 correspond à un changement de nature plutôt construite. Parmi les étapes de cette dernière phase, celle du changement durable reste en outre indéterminée. Même si le projet n'est pas abandonné, il est difficile de savoir si après notre départ, les membres du service auront le temps nécessaire pour continuer à faire vivre le modèle.

**Figure 5.17 : l'enracinement de l'ABC**

Étapes de la phase d'enracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Évaluation-bilan des actions engagées	Directive	Interactive
Mise en cohérence des activités	Foisonnement	Accompagnement
Correction des actions engagées	Réorientation	Ajustement
Changement durable	Implantation d'un cadre de travail stable	Formalisation de la vision

Ainsi, globalement, le changement qui anime le projet d'introduction de l'ABC est plutôt construit, même si la phase de déracinement est plutôt animée par un changement prescrit.

### 5.1.3.2.2. Analyse de l'introduction du BsC

Au niveau de la phase de maturation du BsC, une tendance identique à l'ABC est identifiable comme le montre la figure 5.18. Le changement qui anime cette phase est en effet plutôt construit.

**Figure 5.18 : la phase de maturation du BsC**

Étapes de la phase de maturation :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Identification d'un stimulus	Opportunisme	Problème
Recherche d'information	Étude prospective	Audit
Sensibilisation à l'idée du changement	Annonce	Implication
Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée	Non-contrôlée
Définition des grands axes du changement	Vision cadre organisationnel	Démarche
Finalisation du projet de changement	Projet formalisé	Projet peu formalisé

Le changement qui anime la phase de déracinement est quant à lui plutôt prescrit comme le montre la figure 5.19.

**Figure 5.19 : la phase de déracinement du BsC**

Étapes de la phase de déracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Communication du projet de changement	Annonce	Interaction
Mise en œuvre du projet de changement	Brutale	Progressive
Génération de nouvelles idées	Induite	Autonome
Développement d'initiatives	Par la hiérarchie	Par la base
Evaluation/sélection	Cadrée	Non cadrée
Suivi de la mise en œuvre	Hiérarchique	Interhiérarchique
Formation	Axée sur les outils	Axée sur les réflexions
Accompagnement	Ponctuel	Structurel

Au niveau de l'enracinement, la figure 5.20 montre que la nature du changement est identique à celui de l'ABC : il s'agit d'un changement plutôt construit, la phase d'enracinement restant indéterminée comme dans le cas du BsC.

**Figure 5.20 : l'enracinement du BsC**

Étapes de la phase d'enracinement :	Qualificatifs donnés par Vendangeon (1998) à l'étape	
	Changement prescrit	Changement construit
Évaluation-bilan des actions engagées	Directive	Interactive
Mise en cohérence des activités	Foisonnement	Accompagnement
Correction des actions engagées	Réorientation	Ajustement
Changement durable	Implantation d'un cadre de travail stable	Formalisation de la vision

### 5.1.3.2.3. Synthèse des changements observés

Ainsi, globalement, le changement qui anime l'introduction de ces deux outils de pilotage est plutôt construit. Mais au niveau de la phase de déracinement, il prend une forme plutôt prescrite.

Comme au niveau de l'analyse des deux types d'outils précédents, cette analyse est complétée par la différenciation des hypothèses qui traduisent le déroulement des projets (figure 5.21).

**Figure 5.21 : différenciation des hypothèses sur les outils introduits par capillarité**

Outils introduits de manière spontané par capillarité	Groupes d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets	Groupes d'hypothèses relatifs à des événements non anticipés
Maturation	ScM1 ScM2 ScM3 ScM4 ScM5 ScM7 ScM8 ScM9 ScM10 ScM11 ScM12	ScM6
Déracinement	ScD1 ScD2 ScD3 ScD4 ScD5 ScD6 ScD7 ScD9 ScD10 ScD11 ScD14 ScD15	ScD8 ScD12 ScD13 ScD16
Enracinement	ScE2 ScE3 CrE5 ScE6 ScE7	ScE1 ScE4 ScE8

### 5.1.4. Analyse de la transformation du SPH

L'analyse de la transformation du SPH permet de mettre en évidence les différentes logiques de génération des outils de pilotage (5.1.4.1.) ainsi que les difficultés de ce type de transformation (5.1.4.2.).

#### 5.1.4.1. La transformation du SPH, un processus de changements différenciés

L'établissement de santé transforme son SPH en faisant évoluer ses outils de pilotage existants, ou en introduisant de nouveaux outils soit par catalyse réglementaire soit de manière spontanée par capillarité. Les enseignements des sections précédentes ont par ailleurs montré que les changements qui animent ces différents types de transformation n'ont pas les mêmes caractéristiques. La figure 5.22 qui reprend ces principaux enseignements montre que la transformation des outils existants est animé par des processus de changement plutôt mixtes avec des aspects aussi bien construits que prescrits. L'introduction d'outils par catalyse réglementaire prend quant à elle une forme davantage prescrite tandis que l'implémentation d'outil de manière spontanée par capillarité est de nature plutôt construite.

**Figure 5.22 : Nature des changements observés au niveau de la transformation du SPH**

Types d'outils	Outils étudiés	Phase du changement	Nature de la phase de changement	Nature de la phase mentionnée le plus souvent
Outils existants « Oe »	Révision du fichier structure	Maturation	Prescrite	<b>Mixte</b>
		Déracinement	Construite	
	Automatisation des budgets	Maturation	Mixte	
Outils introduits par catalyse réglementaire « Cr »	EPRD	Maturation	Prescrite	<b>Prescrite</b>
		Déracinement	Prescrite	
		Enracinement	Mixte	
	Méthode de calcul des coûts de l'IFSI	Maturation	Construite	
		Déracinement	Prescrite	
		Enracinement	Mixte	
Outils introduits de manière spontanée par capillarité « Sc »	ABC	Maturation	Construite	<b>Construite</b>
		Déracinement	Prescrite	
		Enracinement	Construite	
	BsC	Maturation	Construite	
		Déracinement	Prescrite	
		Enracinement	Construite	

#### 5.1.4.2. La transformation du SPH, un processus à l'aboutissement

## incertain

La transformation du SPH est également caractérisée par les nombreux imprévus survenus lors du déroulement des projets. Outre les différents types de changement qui animent la transformation du SPH, il s'agit de la seconde grande caractéristique que nous avons pu mettre en évidence.

Les différents corps d'hypothèses peuvent relater le développement prévu des différents projets ou des événements imprévus qui ont contrarié voire stoppé les projets. Comme le montre la figure 5.23, la proportion des corps d'hypothèses relatives à des événements non prévus augmente sensiblement quel que soit le type de projet lors de la phase de déracinement. Ainsi, cette phase peut être considérée comme la plus délicate pour le déroulement des projets.

**Figure 5.23 : le classement des groupes d'hypothèses selon leur objet**

Types d'outils	Phase de Maturation				Phase de Déracinement				Phase d'Enracinement			
	Corps d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets		Corps d'hypothèses relatifs à des événements non anticipés		Corps d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets		Corps d'hypothèses relatifs à des événements non anticipés		Corps d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets		Corps d'hypothèses relatifs à des événements non anticipés	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>Oe</b>	12	100	0	0	3	43	4	57				
<b>Cr</b>	6	50	6	50	5	31	11	69	6	75	2	25
<b>Sc</b>	6	50	6	50	5	31	11	69	6	75	2	25

## **5.2. L'évolution autonome du SIH**

Après avoir analysé le cas de la transformation du SPH, nous allons à présent étudier l'évolution autonome du SIH. Comme cette évolution est portée par un projet unique, l'organisation de cette section est un peu différente de la précédente.

En effet, elle débute par la présentation des différentes phases de l'évolution du projet (5.2.1.) et se termine par l'analyse de ces différentes phases afin de caractériser la nature du changement (5.2.2.).

### **5.2.1. Présentation des phases de l'évolution du SIH**

À l'instar de la section 5.2.1., le changement du logiciel de gestion est appréhendée selon le modèle de Vandangeon-Derumez (1998) en trois phases : celle de maturation (5.2.1.1.), de déracinement (5.2.1.2.) et d'enracinement (5.2.1.3.).

#### **5.2.1.1. La phase de Maturation**

Cette phase comporte six étapes distinctes : l'identification du stimulus, la recherche d'informations, la sensibilisation à l'idée de changement, la mise en mouvement de l'organisation, La définition des grands axes de changement, et la finalisation du projet.

##### **- Étape n°1 : L'identification du stimulus**

Parallèlement aux transformations du SPH, une évolution autonome du SIH est décidée par la direction. Elle consiste en un changement de logiciel de gestion. Changer de logiciel est perçu comme l'occasion de revoir l'architecture du SIH et tendre vers son urbanisation afin de faciliter la diffusion des données et par conséquent mieux piloter l'établissement. Selon le directeur des affaires financières, il existe ainsi un lien fort entre la capacité de pilotage et l'état du SIH. Les stimulus au changement du logiciel sont donc à la fois un problème et une opportunité.

##### **SIH-M1 :**

*HD : Le logiciel d'enregistrement des données comptables et financières est changé à la fois pour profiter d'une opportunité et pour résoudre un problème*

*HE1 : Une opportunité, car ce changement permet de restructurer le SIH existant.*

*HE2 : Un problème car la pérennité du logiciel actuel est incertaine.*

## - **Étape n°2 : la recherche d'information**

La recherche d'information sur ce changement de logiciel est de nature prospective. Le directeur des affaires financières, qui est l'instigateur de ce projet s'est en effet basé à la fois sur des documents édités par le GMSIH, et sur l'avis de la personne arrivée depuis un an dans le service. Cette personne a l'habitude d'utiliser un autre logiciel dans son ancien établissement. Selon elle, ce logiciel répond aux attentes du directeur des affaires financières. En outre, il s'agit d'un logiciel développé par un établissement public et le directeur général tient à ce que son développeur ne soit pas une entreprise privée. De la sorte, la pérennité des développements du logiciel serait mieux assurée, « puisqu'un développeur public ne risque pas de faire faillite ».

### **SIH-M2 :**

HD : *La recherche d'informations se fait en fonction de différentes sources*

HE : *Car elle prend appui :*

*Sur les documents du GMSIH*

*Sur les souhaits du directeur général*

*Sur l'avis d'un des subordonnés du directeur de la DAF*

## - **Étape n°3 : La sensibilisation à l'idée de changement**

La sensibilisation à l'idée de changement n'implique pas les futurs utilisateurs du nouveau logiciel. Cette décision est l'œuvre de la direction et aucune consultation des personnes susceptibles d'être impliquées dans le choix n'est réalisée. Le directeur des affaires financières préfère convaincre ses collaborateurs que le choix opéré est le bon.

### **SIH-M3 :**

HD : *La sensibilisation des personnels au changement est annoncée*

HE : *Car le changement est présenté avec l'intention de convaincre sans impliquer les personnels dans le choix du nouveau logiciel*

## - **Étape n°4 : La mise en mouvement de l'organisation**

La mise en mouvement de l'organisation est faite en deux temps . Premièrement, le Conseil d'Administration valide en décembre 2005 la décision de changer de logiciel. Ensuite, une réunion préparatoire au changement est tenue début 2006. Les responsables du GIP des différents modules (le module ressources humaines et le module comptabilité finance) ainsi que ses responsables techniques chargés des aspects informatiques du changement de logiciel sont présents. Les premiers s'informent des intitulés que les utilisateurs désirent pour le classement de leurs données et les seconds s'intéressaient aux problèmes des interfaces avec les autres logiciels notamment ceux de la sphère médicale. Parallèlement les représentants du

logiciel qui anime la sphère médicale sont aussi conviés pour les impliquer dans ce changement, notamment au niveau des interfaces entre leur logiciel et le logiciel de gestion. Au terme de la réunion, toutes les opérations d'implémentation sont planifiées.

**SIH-M4 :**

HD : *La mise en mouvement de l'organisation est contrôlée.*

HE1 : *Car la date de la mise en application est fixée par le directeur des finances*

HE2 : *Car un échéancier est déterminé dès cette étape*

**- Étape n°5 : La définition des grands axes de changement**

À cette mise en mouvement contrôlée correspond une véritable vision organisationnelle du changement de logiciel, car certaines opportunités pour la transformation du système de pilotage sont appréhendées. De même, par la volonté affichée d'urbaniser le SIH, ce projet tente d'intégrer les deux sphères qui le composent. Parallèlement, lors de la réunion une démarche claire est mise en œuvre étape par étape.

**SIH-M5 :**

HD : *Les grands axes du changement de logiciel s'inscrivent dans une réflexion sur les problèmes actuels du SIH et du SPH ainsi que sur une démarche d'implémentation claire.*

HE1 : *Car ce projet de migration s'accompagne d'un projet de redéfinition du fichier de structure*

HE2 : *Car ce projet s'inspire des préconisations du GMSIH*

HE3 : *Car les grands axes de changement prennent appui sur un échéancier*

**- Étape n°6 : La finalisation du projet**

La finalisation du projet peut être qualifiée de formalisée. Le service des finances établit en effet un mémorandum dans lequel les étapes d'avancement du projet sont clairement décrites. En outre, les différentes phases d'avancement sont toutes validées par le directeur général de l'établissement.

**SIH-M6 :**

HD : *La finalisation du projet est formalisée*

HE1 : *Car toutes les étapes du projet sont rédigées*

HE2 : *Car toutes les étapes du projet sont rédigées et validées par le directeur.*

### **5.2.1.2. La phase de Déracinement**

#### **- Étape n°1 : la communication du projet de changement**

Au niveau de l'introduction de ce logiciel, le changement est partiellement construit avec les différentes personnes clés de l'établissement. Tous ces acteurs donnent en effet leur avis sur les échéances définies lors de la phase de maturation. Et compte tenu de leurs différents avis et par souci de réalisme, elles sont modifiées.

Ainsi, lors de la réunion qui finalise le projet, les problèmes importants sont abordés, notamment quel logiciel doit se charger de la saisie des données d'activité : le logiciel de la sphère médicale ou celui de gestion ? Le DIM exige que ce soit la sphère médicale qui enregistre les données d'activité. Les responsables techniques du Groupement d'Intérêt Public (GIP) reconnaissent que cette option n'a jamais été testée auparavant. Cette solution sous l'insistance du DIM est néanmoins retenue. Ce dernier argumente sa position par le danger que ce soit un logiciel de gestion qui enregistre l'activité. Il se peut qu'il y ait des actes non appropriés aux patients qui soient réalisés sans que le contrôle du médecin DIM.

Ainsi, puisque chaque partie prenante émet son avis, la communication du projet de changement peut être qualifiée d'interactive.

#### **SIHD1 :**

HD : *La communication du projet de changement est interactive.*

HE : *Car lors de la communication du projet certains responsables ont souhaité des modifications par rapport au projet initial.*

#### **- Étape n°2 : la mise en œuvre du changement**

La sécurité est privilégiée dans le déploiement du projet. Ainsi, après une reprise des données étalée sur six mois, l'ancien logiciel est progressivement abandonné. Le passage de l'un à l'autre s'accompagne en effet de formations (échelonnées sur les six mois suivants) et d'une mesure de sûreté supplémentaire. Avant d'abandonner définitivement l'ancien logiciel (le 31 décembre 2006), une paie fictive est programmée pour évaluer si le nouveau logiciel est au moins dans un premier temps capable d'assurer la paie des personnels. La mise en œuvre de ce projet est donc progressive.

#### **SIHD2 :**

HD : *La mise en œuvre du changement est progressive*

HE : *Car la mise en œuvre est prévue pour durer un an et se compose de plusieurs étapes successives*

- **Étape n°3 : la génération de nouvelles idées**

Le suivi du projet est confié à la personne du service des finances arrivée depuis un an dans le service. C'est elle qui fait le lien entre l'hôpital et le GIP lors de la migration de l'historique des données de l'ancien logiciel vers le nouveau. Aucune idée nouvelle n'est développée.

**SIHD3:**

HD : *Il n'y a pas de nouvelles idées développées par rapport au projet arrêté lors de la phase de communication.*

HE : *Car la conduite du changement est dévolue à une seule personne qui ne communique pas avec ses collaborateurs*

- **Étape n° 4 : le développement d'initiatives**

Par ailleurs, les initiatives sont uniquement prises par cette personne sans que personne ne sache exactement les travaux en cours. Le développement des initiatives est le seul fait de la personne en charge du projet sans que personne dans le service ne puisse connaître leur nature.

**SIHD4 :**

HD : *Le développement d'initiatives est du seul fait de la personne chargée du projet.*

HE : *Car la conduite du changement est dévolue à cette personne qui ne communique pas avec ses collaborateurs*

- **Étape n° 5 : l'évaluation-sélection**

Par ailleurs, l'évaluation du projet est non cadrée, car toutes les étapes d'avancement ne sont pas validées au fur et à mesure par le directeur des finances.

**SIHD5 :**

HD : *L'évaluation des avancées du projet de migration et les initiatives ne sont pas évaluées*

HE : *Car la personne chargée du projet ne communique pas l'état d'avancement du projet à son supérieur hiérarchique.*

- **Étape n°6 : le suivi de la mise en œuvre**

En dépit de cette absence de validation des travaux de migration des données, ces différentes tâches restent sous la seule responsabilité du directeur des finances, non seulement en tant qu'instigateur principal du projet mais également par ce que l'efficacité de son service va dépendre en grande partie du bon fonctionnement du nouveau logiciel. Le suivi de la mise en œuvre est donc hiérarchique, même si dans les faits ce suivi n'est pas assuré.

**SIHD6:**

HD : *Le suivi de la mise en œuvre est hiérarchique*

HE : *Car c'est seulement le directeur des finances qui est chargé de ce suivi.*

- **Étape n°7 : la formation**

Cette phase de déracinement s'appuie également sur des formations, dont l'objet est de faire connaître les fonctionnalités du logiciel. Elles laissent donc de côté les problématiques d'interfaçage et d'urbanisation dont la compréhension n'est pas nécessaire pour utiliser ce nouveau logiciel. Les formations sont donc axées sur l'outil.

Néanmoins, ces formations sont problématiques. Plusieurs formateurs se relaient et les réponses qu'ils apportent sont souvent contradictoires. Ainsi, par exemple, certains assurent qu'il est possible d'utiliser la souris. D'autres affirment par contre qu'il ne vaut mieux pas l'utiliser, car toutes les fonctionnalités du logiciel ne peuvent être prises en charge avec elle. Il est en outre impossible de savoir quelles sont les fonctionnalités qui sont prises en charge avec la souris et celles qui ne le sont pas.

**SIHD7:**

HD : *Les formations sont axées sur l'outil, mais ne parviennent pas à leurs fins*

HE : *Car les réponses apportées par les formateurs sont souvent contradictoires.*

- **Étape n° 8 : l'accompagnement**

En dépit d'un manque de suivi de la hiérarchie, les modalités d'accompagnement du projet sont intégrés entièrement dès sa phase de maturation. Le GIP constitue un groupe de travail dont la mission est d'accompagner l'établissement dans son changement de logiciel. Il se charge notamment de la migration des données. Ainsi, la personne en charge du projet dans l'établissement travaille conjointement avec un intermédiaire du GIP qui répercute dans le logiciel les données ainsi que les lignes des différents comptes. L'accompagnement est donc structurel et prend la forme d'un comité de pilotage.

**SIHD8:**

HD : *L'accompagnement de la mise en œuvre est structurel*

HE : *Car un comité de pilotage est créé entre le GIP et l'hôpital*

### **5.2.1.3. La phase d'Enracinement**

#### **- Étape n°1 : l'évaluation-bilan**

L'évaluation-bilan du nouveau logiciel a pour ambition de faire participer l'ensemble des utilisateurs du logiciel. Elle est donc interactive. Cette étape permet ainsi de mettre en évidence un certain nombre de problèmes. Ainsi, la personne en charge du projet a enregistré les données sous des intitulés incompréhensibles. Comme cette personne est partie dans un autre établissement, les autres personnes du service ont dû reprendre l'ensemble de son travail. En outre, la transmission des données entre la sphère médicale et la sphère administrative est impossible. De ce fait, les recettes à recevoir des caisses complémentaires ne peuvent être enregistrées dans les comptes. Ce problème empêche l'hôpital de facturer 20% de ses recettes. Enfin, ce logiciel rencontre des problèmes de fonctionnement au quotidien. Ainsi, il est régulièrement sujet à des « bugs » et la fiabilité des données véhiculées pose problème.

Le directeur des finances considère néanmoins que ce sont des problèmes transitoires et que globalement l'évolution autonome du SIH a porté ses fruits. Ce que réfutent les utilisateurs du logiciel, y compris dans son propre service.

#### **SIHE1:**

HD : *Les points de vue sur la réussite du projet sont mitigés*

HE1 : *Car le directeur des finances est convaincu que le projet est un succès*

HE2 : *Car les personnels du service subissent quotidiennement des problèmes dans l'utilisation du logiciel*

#### **- Étape n°2 : la mise en cohérence des activités**

La mise en cohérence des activités est réalisée par accompagnement. Le GIP tente en effet de résoudre les problèmes liés à son logiciel. Et c'est le GIP avec le directeur de la DAF qui se chargent d'organiser les procédures de correction prises en charge par le service informatique.

#### **SIHE2:**

HD : *La mise en cohérence des activités se fait par accompagnement*

HE : *Car elle est réalisée par le GIP avec l'appui du directeur de la DAF.*

### - **Étape n°3 : la correction des actions engagées**

Compte tenu de ces différents problèmes, des corrections dans les actions engagées s'avèrent nécessaires. Le processus d'implémentation n'est cependant pas remis en cause, car selon le GIP, tous ces problèmes sont des problèmes de paramétrage. La correction des actions prend par conséquent la forme d'ajustements.

Néanmoins, les problèmes perdurent et le GIP ne parvient pas à résoudre les problèmes de fonctionnement. Faute de pouvoir identifier les personnes capables de résoudre ces problèmes, le directeur du GIP vient à l'hôpital pour s'entretenir avec les utilisateurs. Néanmoins, sa visite n'aboutit pas une clarification des responsabilités au sein du GIP. De la sorte, les problèmes de communication perdurent.

#### **SIHE3:**

HD : *Les corrections se font par ajustements sans pour autant améliorer le fonctionnement du logiciel*

HE : *Car le GIP ne parvient pas à répondre aux problèmes qui lui sont posés faute d'un découpage clair des responsabilités de ses employés.*

Cette situation est encore amplifiée par la configuration inédite choisie lors de la phase de maturation du projet par l'hôpital pour l'interfaçage avec la sphère médicale du SIH.

#### **SIHE4:**

HD : *Le GIP a du mal à répondre aux problèmes rencontrés par les opérationnels*

HE : *Car la configuration du SIH adoptée dans l'hôpital est inédite pour le GIP*

### - **Étape n°4 : changement durable**

En tant qu'outil de travail incontournable, les utilisateurs de ce logiciel ne peuvent s'y soustraire. Ainsi, en dépit des problèmes de fonctionnement, il constitue un cadre de travail stable. La pérennité de ce changement est également assurée pour deux autres raisons. Premièrement, remettre en question ce projet reviendrait premièrement à annihiler les efforts (notamment financiers) réalisés depuis plus d'un an. Deuxièmement, son abandon supposerait d'en adopter un autre et donc de faire subir aux opérationnels un nouveau changement, susceptible de détériorer encore davantage les relations entre eux et leur supérieur.

#### **SIHE5:**

HD : *Le logiciel est intégré dans les pratiques du service*

HE : *Car les opérationnels sont contraints de l'utiliser puisqu'il est à présent difficile de revenir en arrière.*

## 5.2.2. Analyse de l'évolution autonome du SIH

Cette analyse va se faire en deux temps. Premièrement, nous déterminerons la nature de l'évolution autonome du SIH (5.2.2.1.). Est-elle en effet plutôt construite ou prescrite ? Ensuite, nous analyserons les différentes phases du changement (5.2.2.2.).

### 5.2.2.1. Étude de la nature du changement

Comme le montre la figure 5.24, la phase de maturation obéit clairement à un processus de changement prescrit.

**Figure 5.24 : la maturation du projet d'évolution du SIH**

Étapes de la phase de maturation :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Identification d'un stimulus	Opportunisme	Problème
Recherche d'information	Étude prospective	Audit
Sensibilisation à l'idée du changement	Annonce	Implication
Mise en mouvement de l'organisation	Contrôlée	Non-contrôlée
Définition des grands axes du changement	Vision cadre organisationnel	Démarche
Finalisation du projet de changement	Projet formalisé	Projet peu formalisé

La phase de déracinement quant à elle s'inscrit nettement dans un processus de changement construit. Quatre étapes obéissent à une logique de ce type, alors que seulement deux s'inscrivent dans un processus de changement prescrit (figure 5.25).

**Figure 5.25 : le déracinement du projet d'évolution du SIH**

Étapes de la phase de déracinement :	Qualificatifs donnés par Vandangeon-Derumez (1998) aux étapes	
	Changement prescrit	Changement construit
Communication du projet de changement	Annonce	Interaction
Mise en œuvre du projet de changement	Brutale	Progressive
Génération de nouvelles idées	Induite	Autonome
Développement d'initiatives	Par la hiérarchie	Par la base
Evaluation/sélection	Cadrée	Non cadrée
Suivi de la mise en œuvre	Hiérarchique	Interhiérarchique
Formation	Axée sur les outils	Axée sur les réflexions
Accompagnement	Ponctuel	Structurel

La dernière étape du changement s'avère quant à lui construit (figure 5.26) puisque trois des quatre étapes sont régies par un processus de changement de ce type.

**Figure 5.26 : l'enracinement du projet d'évolution du SIH**

Étapes de la phase d'enracinement :	Qualificatifs donnés par Vendangeon-Derumez (1998) à l'étape	
	Changement prescrit	Changement construit
Évaluation-bilan des actions engagées	Directive	Interactive
Mise en cohérence des activités	Foisonnement	Accompagnement
Correction des actions engagées	Réorientation	Ajustement
Changement durable	Implantation d'un cadre de travail stable	Formalisation de la vision

Ainsi, globalement, le processus de changement qui anime l'évolution autonome du SIH est plutôt construit au sens de Vandangeon-Derumez (1998). Il existe en effet parmi les dix-huit étapes du changement, huit qui correspondent à un changement construit, sept à un changement prescrit et enfin trois à un changement mixte.

### 5.2.2.2. Analyse des phases du changement

À l'instar de la transformation du SPH, l'analyse de l'évolution autonome du SIH prend appui sur l'étude des différentes hypothèses. Certains relatent le développement prévu du projet de changement de logiciel, d'autres au contraire mettent en avant des événements imprévus qui entravent le projet (figure 5.27).

**Figure 5.27 : différenciation des hypothèses sur le projet d'évolution du SIH**

Outils existants	Hypothèses qui relatent :	
	Corps d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets	Corps d'hypothèses relatifs à des événements non anticipés
Maturation	SIH-M1 SIH-M2 SIH-M3 SIH-M4 SIH-M5 SIH-M6	
Déracinement	SIH-D1 SIH-D2 SIH-D6 SIH-D8	SIH-D3 SIH-D4 SIH-D5 SIH-D7
Enracinement	SIH-E2 SIH-E5	SIH-E1 SIH-E3 SIH-E4

Tandis que la phase de maturation se caractérise par une suite d'événements parfaitement maîtrisés, 50% des événements de la phase de déracinement n'ont pas été anticipés. Et ces événements représentent 60% du total lors de la phase d'enracinement. Il semble par conséquent que la dernière phase du projet d'évolution autonome du SIH soit la plus problématique.

### 5.3. Conclusion du chapitre

L'objet principal de cette conclusion est d'apporter des éléments de réponse à notre seconde question de recherche :

***Q2 : Que fait un établissement de santé pour animer la relation entre son SIH et son SPH ?***

L'animation de la relation entre SIH et SPH dans le cadre des changements étudiés est appréhendée en tenant compte d'un objectif unique : renforcer la pertinence des informations pour la prise de décision. Ce renforcement suppose de moderniser le SIH afin qu'il puisse mieux répondre aux nouveaux besoins d'informations suscités par la transformation du SPH.

Néanmoins, en dépit de cet objectif commun, ce chapitre a permis de constater que les modalités d'animation de la relation entre SIH et SPH ne prennent pas la forme d'un projet intégré. Cette animation se fait au contraire par le biais de différents projets plus ou moins dépendants.

Ainsi, l'évolution du SIH prend la forme d'un changement de logiciel de gestion dont le déroulement est autonome de la transformation du SPH. La transformation du SPH quant à elle consiste à mixer l'introduction de ses différents outils (i.e. par catalyse réglementaire et de manière spontanée par capillarité). Les outils imposés par les tutelles peuvent en outre être interprétés par la direction des affaires financières dans certaines limites (une méthode de prévision pour l'EPRD, par exemple). Enfin, la transformation du SPH ne consiste pas uniquement à introduire de nouveaux outils, puisque la direction des finances tente également de faire évoluer les outils de pilotage existants.

L'étude des différents projets nous a également permis de rendre compte des nombreuses difficultés qui ont non seulement réduit la portée de la transformation du SPH, mais aussi empêché la modernisation du SIH. Le chapitre suivant a pour objet de montrer que cette situation n'a pas pour seule origine des problèmes propres aux différents projets (i.e. ceux identifiés par certains corps d'hypothèses développés au cours de ce chapitre). Il montre en effet que les projets visant à transformer le SPH ont aussi été limités tant par les capacités du SIH existant que par le projet d'évolution du SIH lui-même.

## **CHAPITRE SIX :**

### **Analyse des interactions entre SIH et SPH**

Le chapitre précédent a permis d'analyser les différents projets entrepris dans le cadre de l'animation de la relation entre SIH et SPH. L'objet de ce chapitre est de savoir comment le SIH agit dans la transformation du SPH. Il permet de savoir si les différents projets entrepris de manière plus ou moins autonome permettent de faire évoluer le SIH de telle manière à faciliter la transformation du SPH. C'est dans cette optique que nous analyserons les interactions entre SIH et SPH. Pour identifier le rôle du SIH sur le SPH, trois types d'interaction sont observées.

La première met en relation la transformation du SPH avec l'évolution du SIH. Elle nous permet de savoir si la transformation du SPH parvient à orienter l'évolution du SIH. Si tel est le cas, il est possible d'intégrer les nouveaux besoins en informations du SPH aux évolutions du SIH. La deuxième interaction concerne le SIH existant et la transformation du SPH. Son étude permet de savoir si le SIH existant est en mesure d'assurer les besoins en informations au cours de la transformation du SPH. Enfin, la dernière met en relation l'évolution du SIH avec la transformation du SPH. Elle permet de savoir si l'évolution du SIH est cohérente avec la transformation du SPH.

Comme au chapitre précédent, les différents effets observés sont retranscrits sous forme d'hypothèses à partir de trois critères. Le premier concerne l'interaction étudiée, le second le type d'outil étudié et le dernier la phase du changement à laquelle se rapporte les hypothèses.

Ainsi, l'ensemble des hypothèses qui relatent les effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH ont tous un intitulé qui commence par « SPH\_SIH ». Ensuite si les hypothèses concernent les outils existants leur intitulé sera complété par « Oe ». Enfin, si les corps d'hypothèses relatent les effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH durant la phase de Maturation d'un projet de transformation des outils existants, alors l'intitulé des corps d'hypothèses sera complété par « M ». In fine, un groupe d'hypothèses ayant pour sujet l'analyse des effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH durant la phase de Maturation d'un projet de transformation des outils existants sera intitulé « SPH\_SIH-Oe-M ». Chacun des groupes ainsi constitués se composent d'une hypothèse descriptive et d'une, voire de plusieurs hypothèses explicatives. Chacun d'eux est en outre numéroté de la même manière qu'au chapitre cinq.

Ainsi, le groupe d'hypothèses « **SPH\_SIH-Oe-M-1** » **correspond à la première hypothèse descriptive accompagnée de sa ou ses hypothèses explicatives consacrée aux effets**

**constatés de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH durant la phase de Maturation d'un projet de transformation des outils existants.** La figure 6.1 reprend ce principe de construction et l'applique à tous les cas de figure possibles.

**Ainsi, « SPH\_SIH-Cr-Di » correspond au i-ème groupe d'hypothèse (hypothèse descriptive + hypothèse(s) explicative(s)) concernant les effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH durant la phase de Déracinement d'un projet d'introduction d'un outil de pilotage par Catalyse Réglementaire.**

**Figure 6.1: Groupes d'hypothèses sur les effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH**

Étapes du changement Types d'outils	Maturation	Déracinement	Enracinement
Interaction entre SIH et SPH à partir des outils de pilotage existants (Oe)	<b>SPH_SIH-Oe-Mi</b>	<b>SPH_SIH-Oe-Di</b>	<b>SPH_SIH-Oe-Ei</b>
Interaction entre SIH et SPH à partir des outils introduits par catalyse réglementaire (Cr)	<b>SPH_SIH-Cr-Mi</b>	<b>SPH_SIH-Cr-Di</b>	<b>SPH_SIH-Cr-Ei</b>
Interaction entre SIH et SPH à partir des outils introduits de manière spontanée par capillarité (Sc)	<b>SPH_SIH-Sc-Mi</b>	<b>SPH_SIH-Sc-Di</b>	<b>SPH_SIH-Sc-Ei</b>

En reprenant le même schéma de construction, nous pouvons former les intitulés des corps d'hypothèses qui concernent les effets du SIH existant sur la transformation du SPH. Nous avons nommé ce type d'interaction « SIHex\_SPH ». Sinon, le principe de construction utilisé à la figure 6.2 est identique à celui employé à la figure 6.1.

**Ainsi, « SIHex\_SPH-Sc-Di » correspond au i-ème groupe d'hypothèses qui relate les effets du SIH existant sur la transformation du SPH au cours de la phase de Déracinement d'un projet d'introduction d'outils de manière spontanée par capillarité.**

**Figure 6.2 : Groupes d'hypothèses sur les effets du SIH existant sur la transformation du SPH**

Étapes du changement Types d'interaction	Maturation	Déracinement	Enracinement
Entre SIH existant et Outils existants (Oe)	<b>SIHex_SPH-Oe-Mi</b>	<b>SIHex_SPH-Oe-Di</b>	<b>SIHex_SPH-Oe-Ei</b>
Entre SIH existant et introduction par Catalyse réglementaire (Cr)	<b>SIHex_SPH-Cr-Mi</b>	<b>SIHex_SPH-Cr-Di</b>	<b>SIHex_SPH-Cr-Ei</b>
Entre SIH existant et introduction Spontanée par capillarité (Sc)	<b>SIHex_SPH-Sc-Mi</b>	<b>SIHex_SPH-Sc-Di</b>	<b>SIHex_SPH-Sc-Ei</b>

Les effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH quant à eux ont été nommés « SIH\_SPH ». Sinon, les principes mobilisés aux figures 6.1 et 6.2 sont repris dans la figure 6.3.

**Ainsi, « SIH\_SPH-Oe-Ei » correspond au i-ème corps d'hypothèses qui relate les effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH durant la phase d'Enracinement d'un projet de transformation des outils existants.**

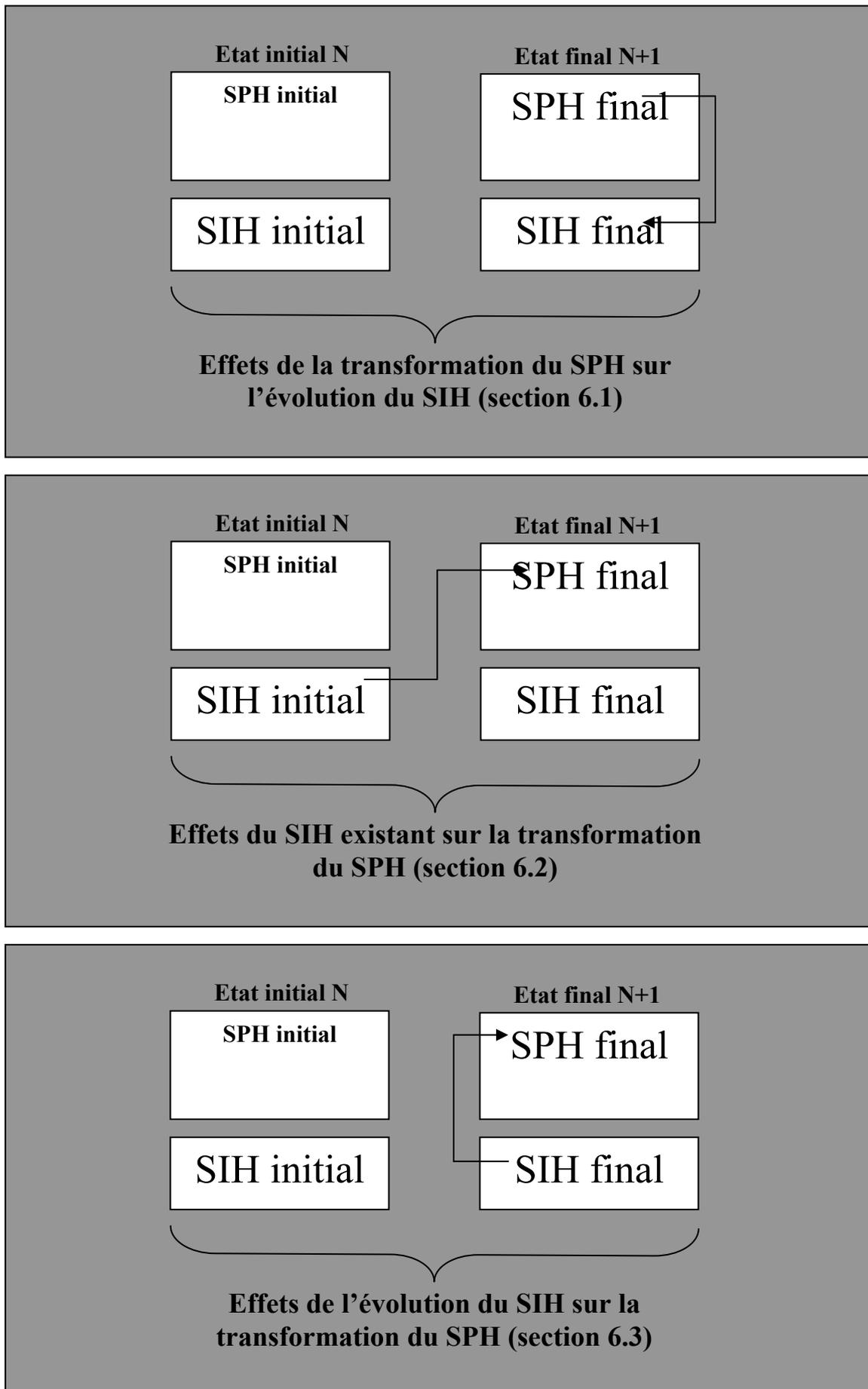
**Figure 6.3 : Groupes d'hypothèses sur les effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH**

Étapes du changement Types d'interactions	Maturation	Déracinement	Enracinement
Entre évolution du SIH et Outils existants	<b>SIH_SPH-Oe-Mi</b>	<b>SIH-SPH-OeDi</b>	<b>SIH-SPH-Oe-Ei</b>
Entre évolution du SIH et introduction par Catalyse réglementaire (Cr)	<b>SIH_SPH-Cr-Mi</b>	<b>SIH-SPH-Cr-Di</b>	<b>SIH-SPH-Cr-Ei</b>
Entre évolution du SIH et introduction Spontanée par capillarité (Sc)	<b>SIH_SPH-Sc-Mi</b>	<b>SIH-SPH-Sc-Di</b>	<b>SIH-SPH-Sc-Ei</b>

En suivant ces principes, la figure 6.0 (feuille volante) permet de localiser les différents corps d'hypothèses de ce chapitre. Nous commencerons par étudier l'effet de la transformation du système de pilotage sur l'évolution du système d'information existant (6.1). Ensuite l'effet du SIH existant sur la transformation du SPH sera abordé (6.2). Enfin, nous terminerons ce chapitre par l'étude des effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH (6.3).

La figure 6.4 reprend les différentes interactions qui seront analysées.

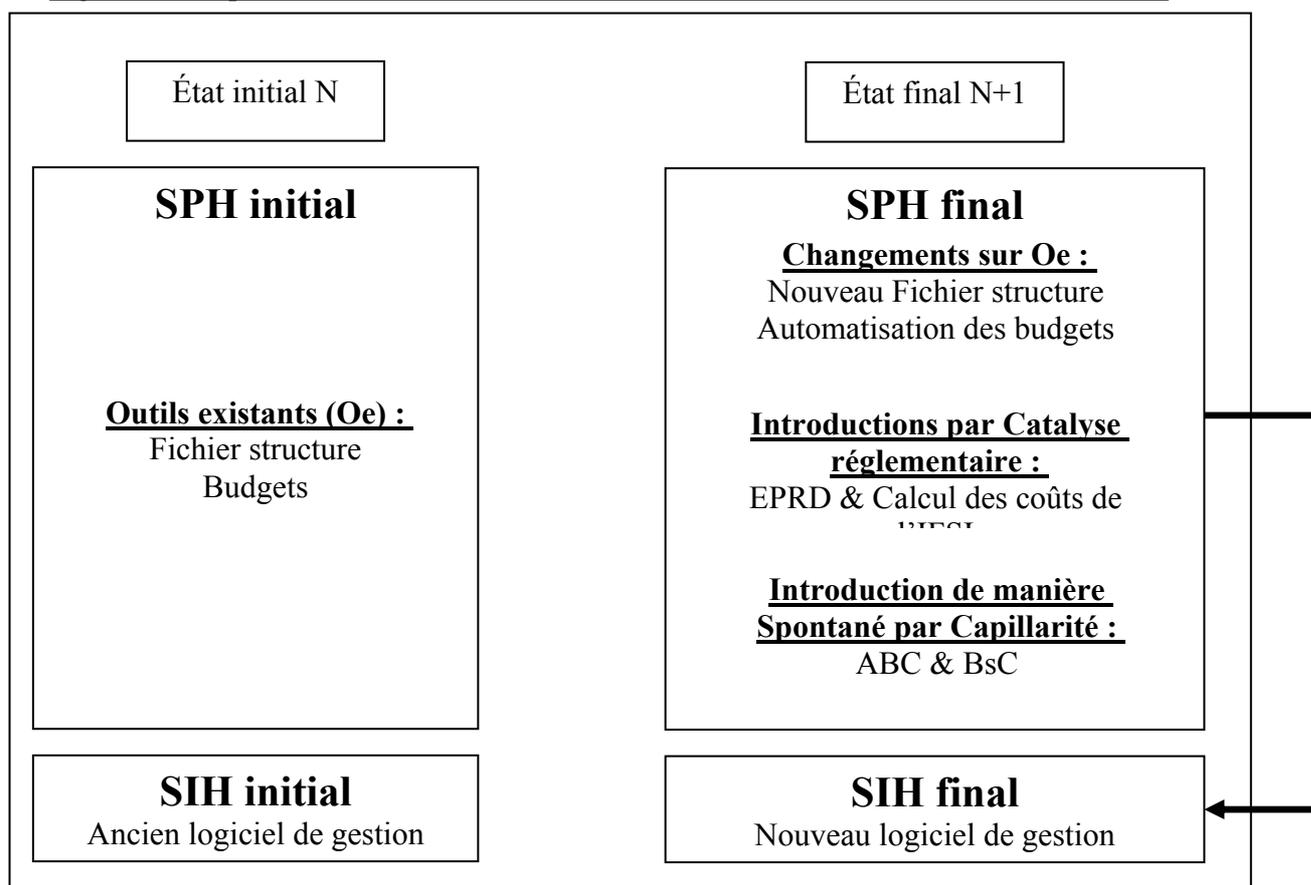
**Figure 6.4 : présentation des interactions analysées**



## 6.1. Les effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH

Le chapitre précédent nous a permis de rendre compte du déroulement des différents projets engagés pour transformer le SPH grâce à la modification des Outils existants (Oe) ou à l'introduction de nouveaux outils (par Catalyse Réglementaire et de manière Spontané par Capillarité) et faire évoluer le SIH par le changement du logiciel de gestion. En d'autres termes, il nous a permis de retranscrire le passage d'un état initial N à un état final N+1 du SPH et du SIH. À présent, nous nous intéresserons aux effets des interactions issus de ces différents changements. Le premier type d'effet identifié concerne ceux nés de l'interaction entre la transformation du SPH et l'évolution du SIH. Il peut faire intervenir les trois types d'outils étudiés avec l'évolution du SIH après l'introduction du nouveau logiciel, comme le montre la figure 6.5.

**Figure 6.5 : représentation des effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH**



L'étude des effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH va se faire en deux temps. Premièrement, nous présenterons les différents effets que nous avons pu identifier (6.1.1.). Ensuite, nous les analyserons afin de savoir quel impact la transformation du SPH a eu sur l'évolution du SIH (6.1.2.).

### **6.1.1. Identification des effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH**

Le passage d'un état initial N à un état final N+1 des deux systèmes étudiés peut être décomposé en trois étapes : Maturation, Déracinement et Enracinement. C'est pourquoi, chacun des effets observés va être analysé suivant ce découpage. Nous étudierons les différents effets en examinant tout d'abord la phase de Maturation de chacun des projets de transformation du SPH (6.1.1.1.), puis celle de Déracinement (6.1.1.2.) et enfin celle d'Enracinement (6.1.1.3.). Chacun des effets observés sera d'ailleurs analysé de la même manière.

#### **6.1.1.1. La phase de Maturation**

Le projet initial de transformation des outils de pilotage existants lie à la fois évolution du SIH et transformation du SPH. Par les changements sur les outils existants, le directeur des affaires financières désire en effet préparer l'évolution du SIH. Ainsi, l'effet de la transformation du système de pilotage sur l'évolution du SIH a pour objet de doter le système de pilotage de sources de données plus fiables. Au moment où débute cette transformation, le SIH existant souffre de plusieurs maux. Premièrement, les univers qui permettent de classer les données nécessaires pour le pilotage ne sont pas pertinents. Certains d'entre eux enregistrent des charges qui n'ont aucun point commun avec leur intitulé. Ainsi, l'univers « immobilisation-chirurgie ambulatoire » prend en charge les immobilisations des véhicules (ambulances). Aussi, les immobilisations qui concernent uniquement la chirurgie ambulatoire sont à rechercher dans l'univers « immobilisation » et ensuite, il faut faire une requête pour sélectionner dans cet univers les Unités Fonctionnelles (UF) de la chirurgie ambulatoire. À ce problème s'ajoutent les difficultés d'imputation des charges et des recettes sur les UF mentionnés précédemment.

Parallèlement, le logiciel existant qui se charge des données administratives et financières ne prend pas en charge les recettes. Il est donc impossible de faire des requêtes sur ce type de données pour déterminer des marges sur des prestations particulières. Ce même constat peut d'ailleurs être fait sur les données d'activité. Les problèmes au niveau du fichier structure, sont donc les révélateurs des failles du SIH existant. Et sa révision a pour objet de résoudre notamment les problèmes d'imputation. Lors de la phase de maturation, cette interaction entre SIH et SPH a pour stimulus l'identification d'un problème dont la solution est pragmatique puisqu'elle s'appuie sur un changement plus vaste (i. e. introduction d'un nouveau logiciel de gestion).

### **SPH\_SIH-Oe-M1 :**

HD : *La révision du fichier structure est l'occasion de refonder le SIH et le SPH*

HE1 : *Car les univers ne sont pas pertinents*

HE2 : *Car l'enregistrement des charges et recettes dans le fichier structure est entaché d'erreurs*

HE3 : *Car en l'état, il est impossible de calculer des coûts de prestation*

### **6.1.1.2. La phase de Déracinement**

Au cours de la phase de déracinement, faute d'une coopération suffisante entre les personnes clés du projet, cette révision du fichier structure ne s'est pas concrétisée par des effets notoires sur l'évolution du SIH.

Le SIM juge notamment que ce projet peut attendre, car sa priorité est de terminer la nouvelle codification des actes médicaux (CCAM). Cette décision rend caduques tous les travaux qui sont prévus, car toutes les réunions prévues sont repoussées à une date indéterminée.

### **SPH\_SIH-Oe-D1 :**

*Le projet de révision du fichier structure est vidé de ses ambitions de départ*

*Car l'un des responsables du SIH (le DIM) a jugé unilatéralement que ce projet est moins urgent que la CCAM.*

### **6.1.1.3. La phase d'Enracinement**

En dépit de l'échec de ce projet, une révision du fichier structure est néanmoins réalisée par le directeur des finances. Ce nouveau fichier structure devient le cadre de travail stable du service des finances, même s'il comporte certaines incohérences. Ainsi, des pôles ont été constitués lors de ce redécoupage, mais aucune procédure de contractualisation n'est décidée. Et au sein de ces pôles figurent parfois plusieurs fois les mêmes Unités Fonctionnelles. L'UF « réanimation » est ainsi présente à la fois dans le pôle réanimation et dans le pôle chirurgie. Parallèlement, aucune révision des imputations n'est faite.

### **SPH\_SIH-Oe-E1:**

HD : *Le fichier structure est revu sans aucune correction des imputations ni réflexion sur une meilleure pertinence d'un point de vue comptable*

HE : *Car ce redécoupage a pris appui sur le découpage par pôle voté par le conseil d'administration*

### 6.1.2. Analyse des effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH

La figure 6.6 recense les hypothèses formulées. Les effets de la transformation du SPH sur l'évolution autonome du SIH concernent uniquement les outils existants.

**Figure 6.6 : Hypothèses sur les effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH**

Étapes du changement Types d'outils	Maturation	Déracinement	Enracinement
Interaction entre SIH et SPH à partir des outils de pilotage existants (Oe)	<b>SPH_SIH-Oe-M1</b>	<b>SPH_SIH-Oe-D1</b>	<b>SPH_SIH-Oe-E1</b>
Interaction entre SIH et SPH à partir des outils introduits par catalyse réglementaire (Cr)	-	-	-
Interaction entre SIH et SPH à partir des outils introduits de manière spontanée par capillarité (Sc)	-	-	-

Par ailleurs, la phase de maturation de ces projets lie implicitement la transformation du SPH et l'évolution du SIH. Il s'agit de la particularité des projets envisagés sur les outils existants. Néanmoins, lors de la phase de déracinement du projet un événement imprévu a remis en cause le projet. En effet, comme le montre la figure 6.7, tandis que les corps d'hypothèses SPH\_SIH-Oe-M1 et SPH\_SIH-Oe-E1 relatent le déroulement prévu du projet, SPH\_SIH-Oe-D1 met en avant un problème survenu lors du projet (i.e. l'un des protagonistes se désengage du projet). Ce désengagement du DIM conduit in fine à l'abandon du projet.

**Figure 6.7 : analyse des hypothèses développés lors de cette section**

Nature des hypothèses	Hypothèses :	
Phases du projet	Corps d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets	Corps d'hypothèses relatifs à des évènements non anticipés
Maturation	<b>SPH_SIH-Oe-M1</b>	
Déracinement		<b>SPH_SIH-Oe-D1</b>
Enracinement	<b>SPH_SIH-Oe-E1</b>	

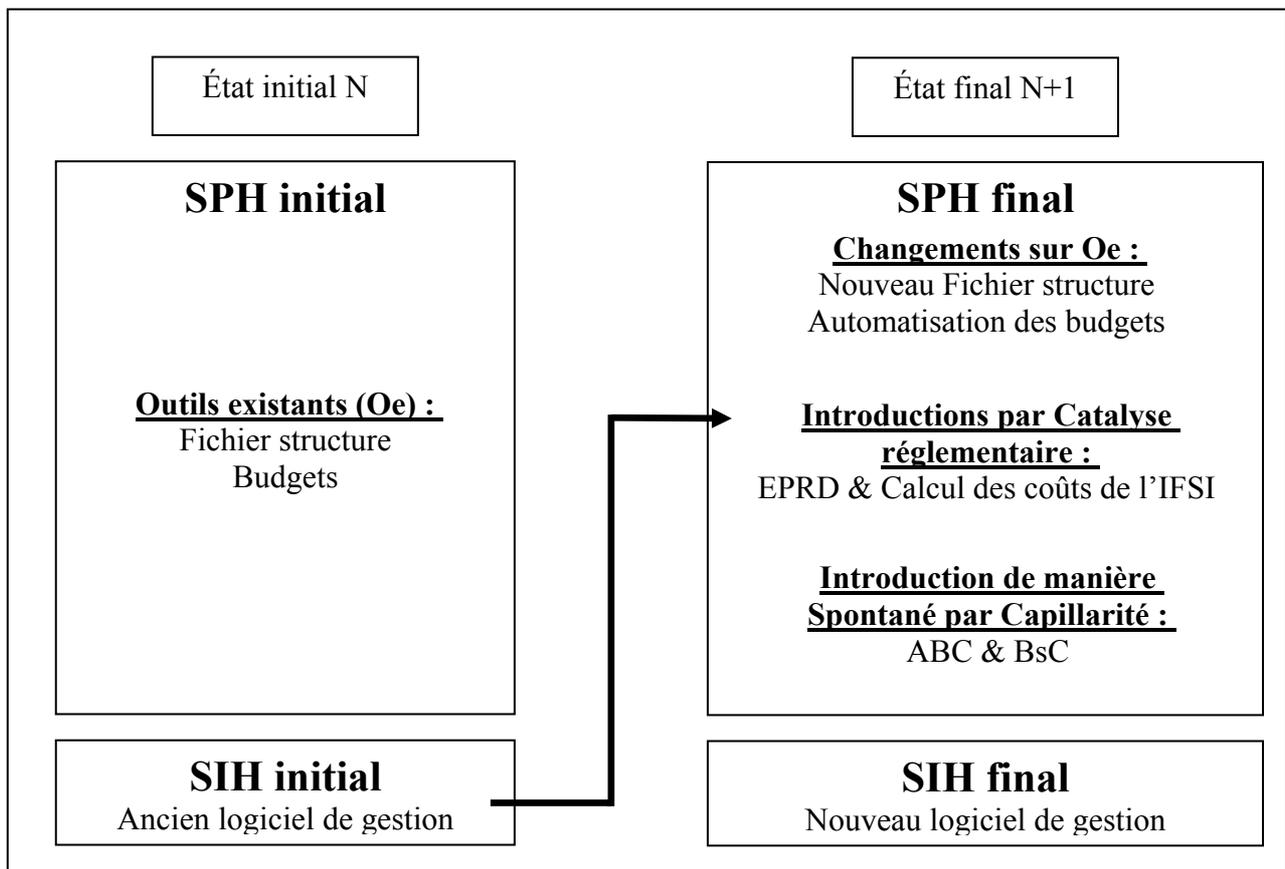
Grâce à la transformation du SPH (révision du fichier structure), des effets sur la dimension applicative du SIH auraient pu se manifester. Mais compte tenu du désengagement du DIM, aucun impact de la transformation du SPH n'est constaté sur le SIH et aucun autre projet de transformation du SPH n'a induit d'effets sur le SIH.

Nos observations montrent par conséquent que dans le cas étudié la transformation du SPH ne peut influencer sur les évolutions du SIH compte tenu notamment des déséquilibres de pouvoirs qui existent entre les acteurs de la sphère médicale et administrative. La direction des affaires financières n'a en effet à sa disposition aucun moyen de contraindre le DIM à poursuivre son engagement dans le projet.

## 6.2. Les effets du SIH existant sur la transformation du SPH

Après avoir analysé les effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH, cette section est consacrée aux effets du SIH existant sur l'évolution du SPH, comme l'indique la figure 6.8.

**Figure 6.8 : représentation des effets du SIH existant sur la transformation du SPH**



### **6.2.1. Identification des effets du SIH existant sur la transformation du SPH**

Contrairement au cas précédent, ce type d'interactions est observé sur plusieurs projets mais au cours d'un seule et même phase (la phase de Déracinement des projets). C'est pourquoi, il nous a semblé opportun d'organiser cette section par type d'outil. Ces interactions ont en effet pu être observées au niveau des outils introduits par catalyse réglementaire (6.2.1.1.) et au niveau de ceux introduits de manière spontanée par capillarité (6.2.1.2.).

#### **6.2.1.1. Le cas des outils introduits par catalyse réglementaire**

Au niveau de l'étude des interactions, les hypothèses sont toujours déduites à partir des différentes phases du changement (maturation, déracinement, enracinement). Au niveau de ce premier type d'outil, ces effets se sont manifestés uniquement lors de la phase de déracinement. C'est pourquoi, cette section est bâtie à partir des outils observés. Elle débute par l'étude de l'EPRD et se clôt avec celle de la méthode de calcul des coûts de l'IFSI.

##### **- L'EPRD est tout à fait réalisable avec le SIH existant**

Lors de la phase de déracinement, des initiatives sont prises par les opérationnels sur service (développement d'initiatives par la base) pour rechercher les données nécessaires dans le SIH existant. Le niveau de détail requis pour l'EPRD n'étant pas très élevé, les données d'activité fournies par le SIM au service informatique suffisent : aucune requête n'est nécessaire. Il en va d'ailleurs de même pour les données comptables et financières. Le SIH existant est donc suffisant pour implémenter l'EPRD. Par ailleurs, des prévisions fondées sur des données passées sont tout à fait envisageables avec le nouveau logiciel.

##### **SIHex\_SPH-Cr-D1:**

HD : *La construction des prévisions à l'aide des moyennes mobiles est tout à fait envisageable par le SIH existant.*

HE : *Car il peut restituer l'intégralité des enregistrements opérés dans les comptes de l'hôpital*

**- Le SIH existant ne permet pas de fiabiliser les coûts de l'IFSI**

Au niveau de la méthode de calcul des coûts de l'IFSI, lors de la phase de déracinement, des initiatives sont aussi développées par les opérationnels (« par la base ») pour rechercher les données nécessaires. Cependant, lors des présentations successives de la méthode (étape de finalisation du projet), ce problème de collecte de données n'a pas été évoqué.

**SIHex\_SPH-Cr-D2:**

*HD : Le développement d'initiatives concerne exclusivement la recherche des données nécessaires pour le calcul des coûts*

*HE : Car lors de la phase de finalisation, le problème de la collecte des données pertinentes n'est pas évoqué*

La sélection des initiatives (étape d'évaluation-sélection de la phase de déracinement) prend la forme d'un choix contraint par les capacités du SIH existant. Ainsi, la méthode suppose de pouvoir imputer les charges en fonction des heures allouées aux différentes formations. Mais, ces volumes d'heures par formation sont inconnues. Les formateurs perçoivent un salaire fixe et leur volume d'heures par formation peut quant à lui varier aussi bien d'un mois à l'autre que d'une année sur l'autre. Il est donc impossible de faire des prévisions en termes de volumes d'heures et les données des années passées ont disparu avec le départ de la personne en charge de l'IFSI l'année précédente. Par ailleurs, les opérationnels de la DAF n'ont aucun moyen d'influer sur le contenu des univers, car c'est le CRIH (i.e. l'organisme public qui gère le logiciel de gestion existant) qui se charge de les modifier. Or sa réactivité face aux demandes de l'hôpital est faible : aucune d'elles ne sont prises en considération.

**SIHex\_SPH-Cr-D3:**

*HD : La sélection des initiatives se fait en fonction des capacités du SIH existant*

*HE : Car la personne en charge de la gestion de l'IFSI n'a laissé aucun document expliquant les imputations à réaliser*

*HE : Car les opérationnels de la DAF sont tributaires du SIH existant et ne peuvent influencer sur son évolution*

Au problème d'imputation des heures aux différentes formations s'ajoute un autre problème. Dans les calculs à réaliser, il est demandé de répartir l'électricité et l'eau consommée également en fonction des différentes formations. Or les compteurs d'eau et d'électricité sont communs à l'IFSI et au reste de l'hôpital. Il est donc impossible d'identifier ses consommations par rapport à celle de l'hôpital. De ce fait, les clés de répartition choisies pour imputer les charges aux différents coûts des formations sont, la plupart du temps, arbitraires et approximatives.

#### **SIHex\_SPH-Cr-D4:**

HD : *Les calculs réalisés sont très approximatifs*

HE : *Car le SIH existant ne permet pas de comprendre les imputations per se*

Le SIH existant ne permet donc pas de répondre aux attentes de l'outil de pilotage destiné à l'IFSI. A contrario, il est tout à fait suffisant pour l'EPRD. Par ailleurs, compte tenu de l'attitude du CRIH, les outils introduits par catalyse réglementaire ne peuvent susciter aucune évolution du SIH. Leur pérennité est toutefois assurée puisqu'ils sont imposés par les tutelles.

#### **6.2.1.2. Les outils introduits de manière spontanée par capillarité**

À l'instar de la section consacrée aux outils introduits par catalyse réglementaire, ces effets sont perceptibles au niveau des deux outils introduits de manière spontanée par capillarité principalement lors de la phase de maturation. Nous commencerons par étudier le cas de l'ABC puis celui du Balanced Scorecard .

##### **- Le SIH existant rend la mise en place de l'ABC problématique**

Lors de la phase de déracinement, à l'instar de l'introduction des outils par catalyse réglementaire, des initiatives sont prises « par la base » pour rechercher les données nécessaires. Lors de la phase de maturation aucune réflexion sur les procédures de collecte des données n'est en effet envisagée.

#### **SIHex\_SPH-Sc-D1:**

HD : *Le développement d'initiatives concerne exclusivement la recherche des données nécessaires pour le calcul des coûts*

HE : *Car lors de la phase de finalisation, le problème de la collecte des données pertinentes n'est pas été évoqué*

À l'instar des outils introduits par catalyse réglementaire, et pour des raisons identiques, la sélection des initiatives de collectes de données n'est pas encadrée, mais contrainte par les capacités du SIH existant. Ce dernier ne permet pas notamment d'avoir accès de manière aisée aux données d'activité. Ces données sont diffusées au compte goutte par le SIM, qui refuse de réaliser des requêtes spécifiques pour la DAF. Une telle attitude peut être interprétée au prisme de la sociologie des conflits comme une volonté de maîtriser des zones d'incertitude au sens de Crozier (1963) pour asseoir son ascendant sur la sphère administrative de l'hôpital. Aucun moyen n'est en effet mobilisé pour contraindre cet acteur hors hiérarchie (il s'agit d'un médecin) à diffuser les données dont les personnels de la direction et du service des finances ont besoin. Parallèlement, tout ce que cette personne demande pour son service lui est accordé. De ce fait, le nombre d'informaticiens au SIM est deux fois supérieur au nombre en charge de la sphère administrative et financière. Et

démontre le déséquilibre de pouvoir entre les deux sphères du SIH et l'incapacité de la DAF à contraindre le SIM à diffuser davantage de données (i.e. à influencer sur le SIH existant pour faciliter la transformation du SPH par l'introduction d'outils introduits de manière spontanée par capillarité). Parallèlement, les erreurs d'imputation dans les UF, rendent la tâche d'implémentation encore plus difficile.

**SIHex\_SPH-Sc-D2:**

HD : *La sélection des initiatives n'est pas cadrée*

HE1 : *Car elle dépend des capacités du SIH existant*

HE2 : *Car les opérationnels de la DAF sont tributaires du SIH existant et ne peuvent influencer sur son évolution*

Ces problèmes dans le SIH existant rendent les calculs très approximatifs. Il est en effet illusoire par exemple de pouvoir retracer la consommation des ressources en se basant uniquement sur les sorties du magasin. Pourtant, comme aucune comptabilisation des stocks n'est réalisée dans les services, le contrôleur de gestion ne peut se baser que sur cette donnée pour déterminer les coûts des différentes prestations.

**SIHex\_SPH-Sc-D3:**

HD : *Les calculs réalisés sont très approximatifs*

HE1 : *Car le SIH existant ne permet pas un suivi fiable des consommations de ressources*

HE2 : *Car le SIH ne permet pas une mise à disposition aisée des données d'activité pour les contrôleurs de gestion.*

Ainsi, le SIH existant rend la mise en place de l'ABC problématique et n'assure pas sa mise en routine puisqu'il n'assure ni l'exhaustivité ni la fiabilité des données qu'il véhicule.

**- Le BsC n'est pas faisable au niveau de l'établissement**

Le SIH contraint également l'introduction du BsC. La finalisation du projet est cadrée par le directeur qui pense que l'implémentation de cet outil est impensable à l'échelle de l'établissement, compte tenu des exigences en données d'un tel outil. Outre les erreurs d'imputation et les problèmes d'accessibilité des données d'activité, très peu de données qualitatives sont disponibles et leur élaboration suppose de constituer des bases de données à partir de relevés effectués dans les services. Ce qui demande du temps et des personnes disponibles pour ce travail. Or, compte tenu de la situation financière fragile de l'établissement, il est difficile de réaliser un tel travail avec les personnels à disposition déjà très sollicités.

**SIHex\_SPH-Sc-M1 :**

HD : *Un cadrage à l'expérience est réalisé en fonction du SIH existant*

HE : *Car le directeur général de l'hôpital juge que l'implémentation ne peut se faire au niveau de l'établissement compte tenu du SIH existant*

Dans cette optique, le champ de l'expérience est réduit à un service : celui de la chirurgie ambulatoire. À l'instar des outils précédents, le développement des initiatives est uniquement consacré à la collecte des données faute d'avoir été envisagé lors de la phase de maturation.

**SIHex\_SPH-Sc-D4 :**

HD : *Le développement d'initiatives concerne exclusivement la recherche des données nécessaires pour construire les indicateurs*

HE : *Car lors de la phase de finalisation, le problème de la collecte des données pertinentes n'a pas été évoqué*

Pour des raisons similaires aux cas précédents, la sélection des initiatives est contrainte par les capacités du SIH existant.

**SIHex\_SPH-Sc-D5 :**

HD : *La sélection des initiatives se fait en fonction des capacités du SIH existant*

HE1 : *Car les opérationnels de la DAF sont tributaires du SIH existant et ne peuvent influencer sur son évolution*

HE2 : *Car le SIH existant ne permet pas un suivi fiable des consommations de ressources*

Néanmoins, la construction des indicateurs est plus aisée, car il sont déduits des collectes des données réalisées lors de l'implémentation de la démarche qualité d'une part et de la méthode ABC d'autre part.

**SIHex\_SPH-Sc-D6 :**

HD : *Les indicateurs disponibles sont relativement complets concernant l'axe financier*

HE : *Car ces indicateurs financiers ont été créés à partir de l'ABC mise en place dans le service expérimentateur*

**SIHex\_SPH-Sc-D7 :**

HD : *Les indicateurs disponibles satisfont le chef de service*

HE : *Car ces indicateurs sont conformes à la démarche qualité mise en place dans le service expérimentateur*

Outre les problèmes déjà évoqués, les indicateurs nécessaires pour intégrer une dimension prospective à cet outil ne peuvent être réalisés. Conformément à un arrêté du 31 mai 1999, il doit constituer un indicateur capable de mesurer la part des prestations pour constituer un indicateur prospectif intégrable au BSC. Il s'agit de l'indicateur qui évalue le taux de progression possible de la chirurgie ambulatoire. Cet indicateur évalue ce qui est fait au niveau de l'établissement de santé en chirurgie avec hospitalisation complète et qui pourrait être fait en chirurgie ambulatoire. Cette donnée est non seulement obligatoire en vertu de l'arrêté du 31 mai 1999 mais également pertinente pour la construction du BSC. Or cet indicateur n'est pas fourni par le Service l'Information Médicale (SIM), à cause de la lourdeur de la collecte de l'information à mettre en oeuvre pour alimenter le BSC. Néanmoins, le chef de service de chirurgie ambulatoire pense que la constitution de cet indicateur ne pose pas tant de problèmes et qu'il aurait très bien pu être intégré.

**SIHex\_SPH-Sc-D8 :**

HD : *Il est impossible de créer l'axe apprentissage et croissance faute d'une disponibilité des données nécessaires*

HE : *Car le responsable chargé de l'information médicale jugea que les indicateurs correspondants étaient trop difficiles à réaliser en dépit des dénégations du chef de service*

## 6.2.2. Analyse des effets du SIH existant sur la transformation du SPH

Comme le montre la figure 6.9, les effets du SIH existant sur la transformation du SPH sont survenus surtout lors de la phase de déracinement. Il reste à savoir si ces effets ont été plutôt positifs ou négatifs. En d'autres termes, l'analyse des hypothèses nous permettra de savoir si le SIH existant a été plutôt une contrainte ou un élément facilitateur de la transformation du SPH.

**Figure 6.9 : Groupes d'hypothèses sur les effets du SIH existant sur la transformation du SPH**

Étapes du changement Types d'interaction	Maturation	Déracinement	Enracinement
Entre SIH existant et Outils existants (Oe)	-	-	-
Entre SIH existant et introduction par Catalyse réglementaire (Cr)	-	<b>SIHex_SPH-Cr-D1</b> <b>SIHex_SPH-Cr-D2</b> <b>SIHex_SPH-Cr-D3</b> <b>SIHex_SPH-Cr-D4</b>	-
Entre SIH existant et introduction Spontanée par capillarité (Sc)	<b>SIHex_SPH-Sc-M1</b>	<b>SIHex_SPH-Sc-D1</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D2</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D3</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D4</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D5</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D6</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D7</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D8</b>	-

La figure 6.10 distingue les différents corps d'hypothèses formulés pour rendre compte des effets du SIH existant sur la transformation du SPH. Chaque événement imprévu dans la trame du projet concerne une difficulté qui a réduit la portée des outils introduits.

En outre, ces problèmes n'épargnent aucun outil de pilotage. Mais ils touchent plus les outils introduits de manière spontanée par capillarité que ceux introduits par catalyse réglementaire. Six corps d'hypothèses sont en effet formulés au niveau des outils introduits de manière spontanée contre trois seulement pour les outils introduits par catalyse réglementaire.

**Figure 6.10 : Groupes d'hypothèses des effets du SIH existant sur la transformation du SPH**

Nature des hypothèses Phases du projet	Hypothèses :	
	Corps d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets	Corps d'hypothèses relatifs à des événements non anticipés
Maturation	<b>SIHex_SPH-Cr-M1</b>	-
Déracinement	<b>SIHex_SPH-Cr-D1</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D6</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D7</b>	<b>SIHex_SPH-Cr-D2</b> <b>SIHex_SPH-Cr-D3</b> <b>SIHex_SPH-Cr-D4</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D1</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D2</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D3</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D4</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D5</b> <b>SIHex_SPH-Sc-D8</b>
Enracinement	-	-

Le cas des outils introduits de manière spontanée par capillarité met d'ailleurs bien en avant le rôle contraignant que peut jouer un SIH. Nous avons déjà montré au chapitre cinq que la pérennité de l'introduction des outils introduits de manière spontanée est problématique. L'analyse du rôle du SIH existant permet d'expliquer encore davantage les raisons de cette pérennité incertaine. Faute d'une mise en routine des procédures de collecte de données, ces outils sont en effet trop fastidieux à mettre à jour, puisque les données à recueillir sont éparpillées entre la sphère médicale (l'activité et les recettes) et la sphère financière (les charges). De même, les imputations des charges sont à corriger par rapport à ce que le logiciel de gestion enregistre. Ce qui conduit à vérifier sur le terrain si toutes les immobilisations ainsi que toutes les personnes enregistrées dans les bases de données le sont effectivement au niveau des services.

Par ailleurs, l'analyse du SIH existant permet de mettre en avant une caractéristique importante des bureaucraties professionnelles. En diffusant les données demandées par le service des finances au compte-goutte, le SIM possède en effet un moyen de pression aussi bien sur le service des finances que sur la direction elle-même. Il maîtrise donc une « zone d'incertitude » au sens de Crozier (1963). Sa suprématie est d'autant plus forte que le directeur général n'a aucun moyen de pression sur lui car il est hors hiérarchie puisque le

DIM est médecin. Par cette maîtrise de la diffusion des données issues de la sphère médicale (notamment les données d'activité), cet acteur clé du SIH peut également peser sur la réussite des projets en cours.

Approcher le SIH à partir des travaux hérités des analyses de Crozier (1963) permet ainsi de rendre compte des déséquilibres des pouvoirs dans la gouvernance du SIH. Et ce type de problème concourt aux problèmes rencontrés dans la transformation du SPH. Néanmoins, parallèlement à ces problèmes « humains » se greffent également des problèmes techniques, qui sont autant de contraintes dans la transformation du SPH.

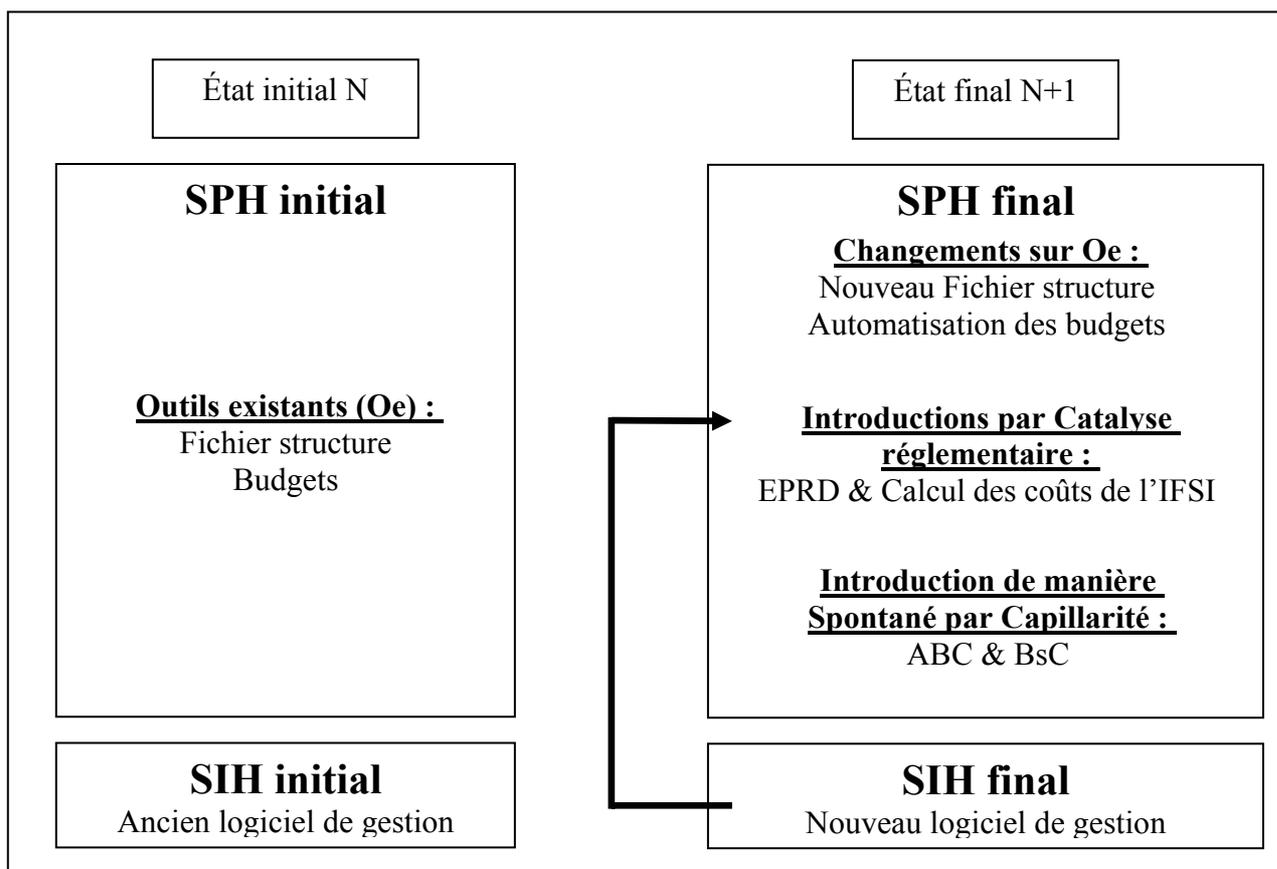
À ces difficultés dues aux comportements des acteurs, s'ajoutent en effet des problèmes techniques. Peu intégré et mal adapté aux besoins de données des nouveaux outils de pilotage, il n'est pas suffisamment souple pour favoriser la transformation du système de pilotage. Le SIH agit ainsi plutôt comme une contrainte dans sa transformation. Le point suivant a pour objet de savoir si les évolutions apportées au SIH ont permis de desserrer cette contrainte sur la transformation du SPH.

Ainsi, l'analyse des différents projets impliqués dans la relation entre SIH et SPH montre tout d'abord que le SIH y joue un rôle important. Mais alors qu'il pourrait jouer un rôle de facilitateur, il se révèle plutôt être une contrainte importante pour la transformation du système de pilotage.

### 6.3. Les effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH

Le dernier type d'effets que nous avons pu observer sont ceux que l'évolution du SIH fait ressentir à la transformation du SPH, comme l'illustre la figure 6.11.

**Figure 6.11 : représentation des effets du SIH existant sur la transformation du SPH**



Comme dans les deux sections précédentes, nous commencerons par identifier les effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH (6.3.1.) et nous réaliserons l'analyse de ces effets pour savoir si les changements au niveau du SIH ont permis de faciliter la transformation du SPH par rapport au SIH existant. Nous serons alors en mesure de savoir si l'évolution du SIH a été cohérente avec la transformation du SPH (6.3.2.).

### **6.3.1. Identification des effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH**

Des effets de la transformation du SIH sur la transformation du système de pilotage ont pu être constatés aux différentes phases. C'est pourquoi, cette section est articulée autour des trois phases du changement de notre grille de lecture : tout d'abord, la phase de maturation (6.3.1.1.), ensuite celle de déracinement (6.3.1.2.) et enfin celle d'enracinement (6.3.1.3.).

#### **6.3.1.1. La phase de Maturation**

Ce type d'effet est le plus fréquemment observé parmi les trois envisagés. C'est pourquoi, la présentation de chacun des paragraphes qui suivent mérite quelques précisions. Le classement adopté dans cette section est basé sur la typologie des outils observés. C'est dans cet esprit qu'il débute par l'analyse des changements sur les outils existants et se poursuit pas celle des deux types d'introduction d'outils de pilotage.

##### **- Le cas des outils introduits par catalyse réglementaire**

Lors de la phase de maturation, un logiciel est prévu pour faciliter la mise en routine de l'EPRD. Le directeur des finances trouve que celui proposé par l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENS) complète les documents fournis par l'ARH et facilite la procédure de mise à jour des documents.

##### **SIH\_SPH-Cr-M1 :**

*HD : Un logiciel est acheté auprès de l'ENSP afin de faciliter la mise en place de l'EPRD*

*HE : Car l'EPRD nécessite plusieurs retraitements et un logiciel en plus des documents fournis par l'ARH est jugé pertinent par le directeur de la DAF*

##### **- Le cas des outils introduits de manière spontanée par capillarité**

Lors de la phase de maturation le logiciel est perçu comme un moyen pour faciliter la transformation du SPH en favorisant l'introduction d'outils de manière spontanée par capillarité, puisqu'il permet plus de connexions entre les différents compartiments du SIH.

Lors de la phase de maturation, l'implémentation du nouveau logiciel est en effet vue comme une opportunité pour faciliter la transformation du SPH. Par son implémentation, l'établissement désire appliquer les préceptes du GMSIH. C'est pourquoi, pour réussir l'urbanisation du SIH, le logiciel choisi est un produit connu pour sa grande interfaçabilité. En outre, en facilitant le croisement entre données d'activité et données comptables et financières, l'implémentation d'outils comme l'ABC ou le BsC est encouragée.

### **SIH\_SPH- Sc-M1:**

HD : *L'implémentation du progiciel est vue comme l'occasion de développer le support d'un système de pilotage basé sur des outils introduits par capillarité*

HE : *Car ce logiciel permet d'amorcer l'urbanisation du SIH et donc améliorer la diffusion des données d'activité nécessaires pour introduire ce type d'outil*

Lors de la définition des grands axes du changement de ce logiciel de gestion, c'est en outre une vision organisationnelle qui est adoptée. Les effets attendus de l'évolution autonome du SIH concernent à la fois le SIH et la SPH, puisque les problèmes recensés sont transversaux et concernent notamment les outils que les hôpitaux désirent implémenter eux-mêmes (de manière spontanée par capillarité) dans le cadre des changements insufflés par les tutelles.

### **SIH\_SPH-Sc-M2 :**

HD : *Les grands axes du changement s'inscrivent dans une réflexion sur les problèmes actuels du Système de Pilotage*

HE1 : *Car ce projet s'appuie sur une analyse des problèmes rencontrés lors de la collecte de données pour le pilotage*

HE2 : *Car ce projet intègre les besoins en informations nécessaires au développement d'un système de pilotage capable de faire face aux contraintes imposées par les tutelles*

### **6.3.1.2. La phase de Déracinement**

Lors de la phase de déracinement, les effets de l'évolution autonome du SIH sur le SPH sont observables au niveau des changements sur les outils introduits par catalyse réglementaire et ceux implémentés de manière spontanée par capillarité.

#### **- Le cas des outils introduits par catalyse réglementaire**

Au niveau des prévisions, les changements intervenus sur la manière de comptabiliser les charges (changement du plan de compte) rend problématique la mise en place de méthodes de prévision pour l'EPRD.

Le changement du plan de la comptabilité hospitalière empêche en effet l'exploitation des données enregistrées les années précédentes (i.e. celles d'avant 2006). La sélection des initiatives est de ce fait également contrainte par le SIH existant, puisque le support de données constitué par les comptes de la comptabilité générale est inexploitable. La sélection des initiatives n'est donc pas cadrée par des considérations de gestion mais est subie par le SIH existant.

### **SIH\_SPH-Cr-D1 :**

HD : *Les prévisions sont impossibles à réaliser*

HE : *Car les changements opérés dans la comptabilité générale hospitalière rendent la mise en perspective des enregistrements comptables impossibles.*

Les effets de l'évolution du SIH au niveau de la méthode de calcul des coûts de l'IFSI se manifestent lors de la phase de déracinement lors de la sélection des initiatives concernant la recherche des données. Le SIH après évolution s'avère plus contraignant qu'avant. Hormis les problèmes (manque de données), qui se rencontrent également avec l'ancien logiciel de gestion, les requêtes se font plus difficilement avec ce nouveau logiciel. Ainsi, les incohérences au niveau des données recueillies par les requêtes portent un doute sérieux sur leur pertinence. En outre, il n'existe aucun moyen à disposition des opérationnels du service des finances pour pouvoir trancher entre elles. Aussi, les calculs réalisés sont très approximatifs.

**SIH\_SPH-Cr-D2 :**

HD : *L'évolution du SIH ne permet pas encore d'accroître la précision des calculs*

HE1 : *Car les requêtes réalisées dans le nouveau logiciel ne sont pas encore fiables.*

HE2 : *Car ce logiciel ne permet pas la mise en routine de cette méthode.*

**- Le cas des outils introduits de manière spontanée par capillarité**

Ces problèmes de fiabilité dans l'extraction des données suite à l'introduction du nouveau logiciel rendent de même la mise à jour de l'ABC problématique. Parallèlement, cette introduction ne permet pas pour l'instant de déployer un Enterprise Application Integration (EAI) et in fine d'urbaniser le SIH. La connexion entre la sphère médicale et la sphère administrative pose en effet problème et chacun des deux développeurs accuse le produit de l'autre. Cette situation ne permet pas donc de faciliter la mise en routine du logiciel, puisque la circulation des données d'activité n'est pas rendue plus aisée.

**SIH\_SPH-Sc-D1:**

HD : *Les calculs réalisés sont très approximatifs*

HE : *Car les requêtes réalisées dans le nouveau progiciel ne sont pas encore fiables et n'a pas non plus permis de faciliter sa mise en routine*

### **6.3.1.3. La phase d'Enracinement**

Au cours de l'analyse de cette phase, les hypothèses sont formulées en étudiant tout d'abord les outils existants, ensuite ceux introduits par catalyse réglementaire, et enfin introduits de manière spontanée par capillarité.

#### **- Le cas des outils existants**

En dépit de ce redécoupage de la structure, la procédure budgétaire n'est pas facilitée compte tenu des problèmes déjà soulevés (problème d'enregistrement des données). En outre, le nouveau logiciel ne permet pas d'assurer avec sûreté la création des requêtes. Soit elles ne peuvent pas être effectuées (présence de « bugs »), soit elles peuvent être exécutées mais les données produites ne sont pas cohérentes entre elles (la somme des différents comptes est différente des charges totales enregistrées dans les Unités Fonctionnelles correspondantes).

La procédure budgétaire souffre également de la complexité de la présentation des différentes fonctionnalités du logiciel. Toutes les transactions développées pour tous les membres du GIP (au nombre de 300) sont mis à disposition de l'utilisateur. A lui de choisir celle qu'il veut employer. Mais, parmi l'ensemble des modalités pour enregistrer les charges et les recettes, l'utilisateur doit à chaque fois faire son choix. Il ne peut pas sélectionner ses préférences pour faciliter son travail une fois pour toute.

#### **SIH\_SPH-Oe-E1 :**

*HD : Le changement de progiciel ne permet pas de faciliter la procédure budgétaire*

*HE1 : Car les requêtes via le logiciel d'extraction des données se font avec difficulté*

*HE2 : Car il existe toujours des incohérences et problèmes d'imputation dans le fichier structure*

*HE3 : Car le processus d'enregistrement des recettes de la caisse pivot est bloqué pendant 8 mois*

*HE4 : Car la saisie des charges et des recettes est plus difficile*

#### **- Le cas des outils introduits par catalyse réglementaire**

Néanmoins, au fur et à mesure que les exercices s'écoulent, la méthode de prévision envisagée peut prendre comme base le nouveau référentiel de la comptabilité générale. Ainsi, le projet s'enracine progressivement en intégrant cette méthode de prévision, qui est d'ailleurs dorénavant et déjà applicable pour les prévisions d'activité. L'EPRD s'inscrit par conséquent dans un cadre de travail stable, et les évolutions du SIH n'entravent pas les améliorations possibles de cet outil.

#### **SIH\_SPH-Cr-E1 :**

HD : *Les données à disposition permettent progressivement d'établir des prévisions fiables*

HE : *Car au fur et à mesure que s'éloigne la date du changement de comptabilité générale, l'historique des données comparables croît*

Néanmoins, le logiciel d'aide à la construction de l'EPRD est abandonné. En dépit de sa pertinence, la personne en charge de ce logiciel (celle dans le service depuis un an) n'apprend pas à son successeur son maniement.

**SIH\_SPH-Cr-E2 :**

HD : *L'utilisation du logiciel adopté lors de la phase de finalisation est abandonnée*

HE : *Car la personne en charge de ce logiciel est partie sans expliquer son fonctionnement à son successeur*

**- Le cas des outils introduits de manière spontanée par capillarité**

En outre, ce problème de mise en routine pour faciliter la transmission des données ne permet pas de faciliter la mise à jour de la méthode par rapport au logiciel précédent.

**SIH\_SPH-Sc-E1 :**

HD : *La pérennité de la méthode ABC est problématique en l'état actuel*

HE : *Car l'évolution du SIH ne permet pas une mise à jour aisée de la méthode.*

De même, la mise en œuvre et la mise en routine des outils de pilotage introduits de manière spontanée par capillarité est au moins transitoirement rendue plus difficile par rapport au SIH existant (problème des requêtes). Par ailleurs, les mêmes constats peuvent être réalisés au niveau du BsC. L'évolution du SIH ne permet pas d'assurer la pérennité du BsC, suite aux problèmes rencontrés au niveau des requêtes et à l'échec de la révision du fichier structure.

**SIH\_SPH-Sc-E2:**

HD : *Le changement de progiciel ne permet pas de faciliter la mise en application de l'ABC*

HE1 : *Car il n'a pas permis une révision du fichier structure allant dans le sens d'une mise en application plus aisée de l'ABC dans l'établissement*

HE2 : *Car les requêtes réalisées dans le nouveau progiciel ne sont pas encore fiables*

Cette pérennité est également problématique parce que les opérationnels des finances ne peuvent influencer sur l'évolution du SIH. En dépit d'être membre du Groupement d'Intérêt Public (GIP), les évolutions souhaitées sur les univers et sur leur contenu ne sont pas aussi aisées que prévue. Le GIP développe en effet son produit en fonction des volontés de ses membres, mais ces évolutions ne concernent que les requêtes possibles. Les univers et leur contenu ne peuvent être adaptés par un établissement en particulier pour ses propres besoins. Dans ce contexte, des données qualitatives ne peuvent être rentrées sur simple demande au GIP. Le mode de fonctionnement du GIP au niveau de l'évolution du produit s'apparente ainsi

à celui du Centre de Ressources Informatiques Hospitalières (CRIH) que l'établissement a quitté. Aussi, l'évolution du SIH suite aux transformations du SPH restent tout aussi problématiques qu'avec l'ancien logiciel.

**SIH\_SPH-Sc-E3 :**

HD : *La pérennité du BsC est problématique en l'état actuel*

HE : *Car l'évolution du SIH ne permet pas un suivi des indicateurs aisé étant donné les multiples sources des données parfois non relayées dans le système informatique*

Suite à la restitution des données collectées sur le terrain, certaines tendances peuvent être mises en exergue. La section suivante a pour objet d'analyser ces différents projets ainsi que les interactions entre SIH et SPH.

Plus généralement, le changement du logiciel de gestion ne favorise pas l'introduction d'outils de pilotage par capillarité. Or l'ambition du directeur de finances était justement de doter son hôpital de tels outils et ce nouveau logiciel avait été choisi pour faciliter ce type d'implémentation.

En dépit de ce projet ambitieux, les difficultés recensées lors de la présentation du projet n'ont pas permis d'opérer les effets escomptés sur la transformation du SPH lors de la phase d'enracinement.

**SIH\_SPH-Sc-E4 :**

HD : *Le changement du logiciel ne permet pas de faciliter l'introduction d'outils de gestion par capillarité*

HE1 : *Car l'interfaçage entre le logiciel dédié aux requêtes et lui pose problème*

HE2 : *Car l'interfaçage entre ce logiciel et le logiciel qui gère les données médicales pose problème*

Le problème des interfaces rend même les conditions de collecte des données du contrôleur de gestion plus difficile qu'auparavant, compte tenu des problèmes recensés précédemment. Ce qui conduit à compromettre encore davantage la pérennité des outils introduits de manière spontanée par capillarité.

**SIH\_SPH-Sc-E5 :**

HD : *Le progiciel ne permet pas de faciliter l'accès aux données aussi bien financières que d'activité*

HE1 : *Car il est beaucoup plus lent que son prédécesseur et est beaucoup plus sujet aux « bugs » en dépit d'une présentation plus conviviale*

HE2 : *Car le changement de logiciel induit des pertes dans l'historique de certaines données*

### 6.3.2. Analyse des effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH

Le projet initial destiné à faire évoluer le SIH est susceptible d'apporter des réponses aux problèmes du SIH existant. Il permet en effet de faciliter les transformations du SPH. En s'appuyant sur le concept d'urbanisation, la circulation des données peut être rendue plus aisée d'une sphère à l'autre du SIH. De la sorte, la mise en routine des outils (notamment ceux introduits de manière spontanée par capillarité) est en effet facilitée, car les données nécessaires (dont les données d'activité) sont plus faciles à mobiliser par la DAF.

La figure 6.12 reprend les différents corps d'hypothèses développés lors de l'identification des effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH.

**Figure 6.12 : Groupes d'hypothèses sur les effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH**

Étapes du changement Types d'interactions	Maturation	Déracinement	Enracinement
Entre évolution du SIH et Outils existants			SPH-SIH-Oe-E1
Entre évolution du SIH et introduction par Catalyse réglementaire (Cr)	SIH-SPH-Cr-M1	SIH-SPH-Cr-D1 SIH-SPH-Cr-D2	SIH-SPH-Cr-E1 SIH-SPH-Cr-E2
Entre évolution du SIH et introduction Spontanée par capillarité (Sc)	SIH-SPH-Sc-M1 SIH-SPH-Sc-M2	SIH-SPH-Sc-D1	SIH-SPH-Sc-E1 SIH-SPH-Sc-E2 SIH-SPH-Sc-E3 SIH-SPH-Sc-E4 SIH-SPH-Sc-E5

La plupart des effets répertoriés le sont lors de la phase d'enracinement. Cette situation s'explique par l'animation de la relation entre SIH et SPH qui a été menée sur notre terrain empirique. Cette animation n'a pas été pensée de manière intégrée, mais au contraire prend la forme de différents projets autonomes. Ainsi, l'évolution du SIH se fait de manière entièrement autonome par rapport à la transformation du SPH. Aussi, les effets du changement de logiciel ne peuvent être perceptibles que lorsque ce dernier est opérationnel. Ses effets sur la transformation du SPH ne peuvent par conséquent être perceptibles sur la transformation du SPH que lors de son enracinement dans la structure.

Est-ce que les effets de l'évolution du SIH se font au bénéfice de la transformation du SPH ? En d'autres termes, puisque l'objectif poursuivi par l'hôpital dans le cadre de l'animation de la relation entre son SIH et son SPH est le même (renforcer la pertinence des informations pour la prise de décision) est-ce que la transformation du SPH et l'évolution du SIH est cohérente par rapport à cet objectif ?

En distinguant les groupes d'hypothèses relatifs aux développements prévus de ceux relatifs à des événements non anticipés, il semble que le processus de transformation du SIH ait eu des

répercussions non voulues assez importantes sur le processus de transformation du SPH (figure 6.13). Comme tous les évènements non anticipés sont indésirables, il apparaît que globalement, ce changement de logiciel ne permet pas de faciliter la transformation du SPH.

**Figure 6.13 : Groupes d'hypothèses des effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH**

Nature des hypothèses Phases du projet	Hypothèses :	
	Groupes d'hypothèses relatifs au développement prévu des projets	Croupes d'hypothèses relatifs à des évènements non anticipés
Maturation	SPH-SIH-Cr-M1 SPH-SIH-Sc-M1 SPH-SIH-Sc-M2	
Déracinement		SPH-SIH-Cr-D1 SPH-SIH-Cr-D2 SPH-SIH-Sc-D1
Enracinement	SPH-SIH-Cr-E1	SPH-SIH-Oe-E1 SPH-SIH-Cr-E2 SPH-SIH-Sc-E1 SPH-SIH-Sc-E2 SPH-SIH-Sc-E3 SPH-SIH-Sc-E4 SPH-SIH-Sc-E5

Cette situation montre en outre que les problèmes liés aux effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH se rencontrent surtout lors de la phase d'enracinement. C'est lorsque les outils sont mis en routine que les problèmes de collecte de données se révèlent, aussi bien au niveau des outils existants, des outils introduits par catalyse réglementaire que de ceux introduits de manière spontanée par capillarité. Mais ces derniers semblent plus touchés par les effets non anticipés de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH.

Non seulement les problèmes identifiés au niveau de l'ancien logiciel se rencontrent également au niveau du nouveau logiciel de gestion, mais certains sont devenus encore plus aigus (la collecte des données et les problèmes d'interfaces notamment). Il semble par conséquent que même si l'évolution escomptée du SIH est cohérente avec les transformations du SPH, l'évolution réelle du SIH rentre en contradiction avec la transformation du SPH. Compte tenu des problèmes et inflexions que le projet de changement de logiciel a connus au cours de son déploiement, cette évolution induit en effet des contraintes supplémentaires sur la transformation du SPH par rapport au SIH existant.

## 6.4. Conclusion du chapitre

L'objet de ce chapitre était de compléter les réponses apportées au chapitre cinq à notre seconde question de recherche à savoir :

***Q2 : Que fait un établissement de santé pour animer la relation entre son SIH et son SPH ?***

Dans ce chapitre, nous avons pu observer l'interaction entre les transformations du SPH et l'évolution du SIH dans le cadre de l'animation du SIH et du SPH par un établissement de santé. De la sorte, il a été possible d'apprécier le rôle joué par le SIH dans la transformation du SPH. Trois types d'interactions ont été étudiés pour savoir dans quelle mesure l'évolution du SIH contribue aux transformations du SPH souhaitées par l'établissement.

La première concerne la relation entre évolution du SIH et transformation du SPH. Elle permet de savoir si les nouveaux besoins en informations issus de la transformation du SPH sont pris en compte dans les évolutions du SIH. Notre étude a montré que les évolutions du SIH à partir des changements sur les outils de pilotage existants ne se sont pas réalisées. Des problèmes se sont accumulés au long du processus de changement qui ont in fine empêché les transformations du fichier structure et des budgets susceptibles d'influer sur l'évolution du SIH. Ainsi, au niveau de l'établissement étudié, transformer le SPH et attendre des effets induits sur le SIH existant pose problème. De la sorte, les acteurs de la transformation du SPH ne parviennent pas à orienter l'évolution du SIH afin d'intégrer les nouveaux besoins du SPH aux évolutions du SIH. La seconde interaction fait intervenir le SIH et la transformation du SPH. Elle a permis de savoir dans quelle mesure le SIH existant est capable d'assurer la transformation du SPH. Notre étude a montré que le SIH existant agit plutôt comme une contrainte sur la transformation du SPH. La troisième interaction observée concerne l'évolution du SIH et la transformation du SPH. Elle a permis de savoir si les logiques de changement du SIH et du SPH sont cohérentes entre elles. L'étude des effets de cette troisième interaction nous a montré qu'il existe un problème de cohérence entre les deux changements. L'évolution du SIH ne facilite pas la transformation du SPH. Au contraire, elle induit des problèmes supplémentaires par rapport au SIH existant.

Globalement, la manière dont la relation entre le SIH et le SPH est animée pose problème. De même, les interactions qui viennent d'être étudiées montrent que le SIH constitue plutôt un frein à la transformation du SPH. Comment alors animer de manière plus pertinente cette relation ? Répondre à cette question constitue l'objet du chapitre suivant.

## **CHAPITRE SEPT :**

### **Implications des analyses précédentes**

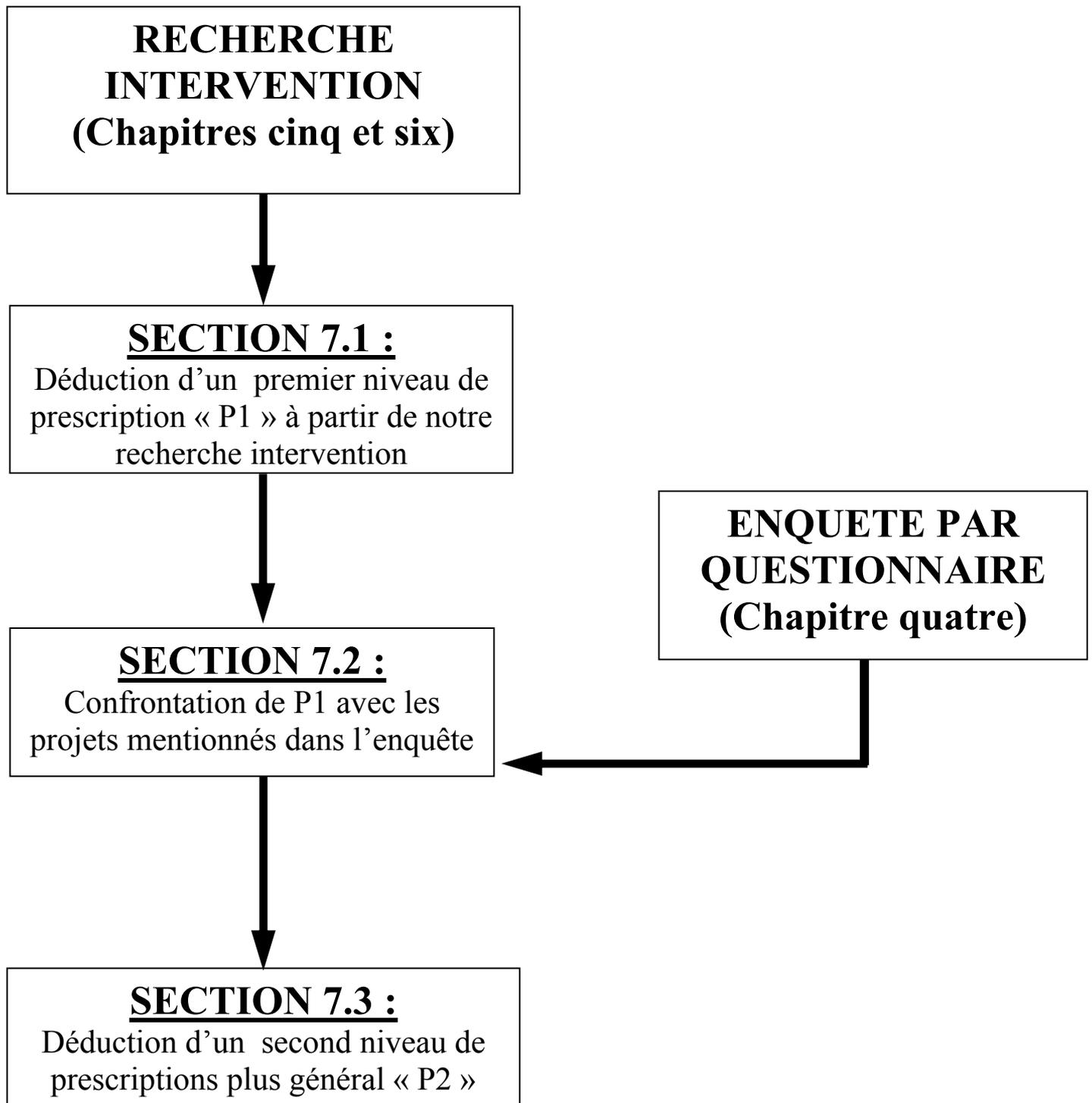
Les chapitres cinq six ont permis d'étudier différents projets visant à transformer le SPH d'une part et à faire évoluer le SIH d'autre part. Grâce à cette étude, nous avons pu répondre à notre seconde question de recherche et mettre en avant la difficulté d'animer la relation entre SIH et SPH afin de transformer le SPH.

L'analyse précédente a mis en avant la pertinence de notre troisième question de recherche: *Comment animer de manière plus pertinente les liens entre SIH et SPH afin de mieux répondre aux mutations de l'environnement des établissements de santé ?*

Répondre à cette question suppose tout d'abord de s'intéresser aux problèmes dans l'interaction entre SIH et SPH mais également à la conduite des projets eux-mêmes. Des suggestions pour améliorer la conduite des projets pourront être déduites. Nous pourrions ainsi constituer un premier niveau de prescription « P1 ». Même si nous considérons que l'établissement de santé que nous avons étudié en profondeur est confronté à des problèmes qui se posent à l'ensemble des établissements de santé de type MCO, certains facteurs de contingence risquent de réduire la portée de ce premier niveau de prescription. C'est pourquoi ce premier niveau de prescription mérite d'être confronté aux projets mentionnés par notre enquête par questionnaire. De la sorte, il sera possible de savoir dans quelle mesure P1 est suivi par nos répondants. Et ainsi un second niveau de prescription P2 à portée plus générale pourra être avancé.

Nous procéderons en trois étapes. Premièrement, nous présenterons notre premier niveau de prescription P1 (7.1), ensuite nous le confronterons avec les projets de nos répondants (7.2). Enfin, pour construire P2, nous déterminerons dans quelle mesure les prescriptions de P1 sont reprises dans le cadre des différents projets mentionnés dans l'enquête par questionnaire (7.3). La figure 7.1 reprend les grandes étapes de ce chapitre.

Figure 7.1 : les grandes étapes du chapitre sept



## **7.1. Proposition d'un premier niveau de prescription**

Cette partie a pour objet de déduire des prescriptions destinées à améliorer l'animation du SIH et SPH. Nous commencerons par expliquer la démarche adoptée pour aboutir à notre premier niveau de prescription (7.1.1.). Ensuite, nous appliquerons cette démarche aux différents projets (7.1.2.), puis à l'interaction entre SIH et SPH (7.1.3.). Enfin, nous analyserons les suggestions managériales élaborées (7.1.4.).

### **7.1.1. Présentation de la démarche adoptée**

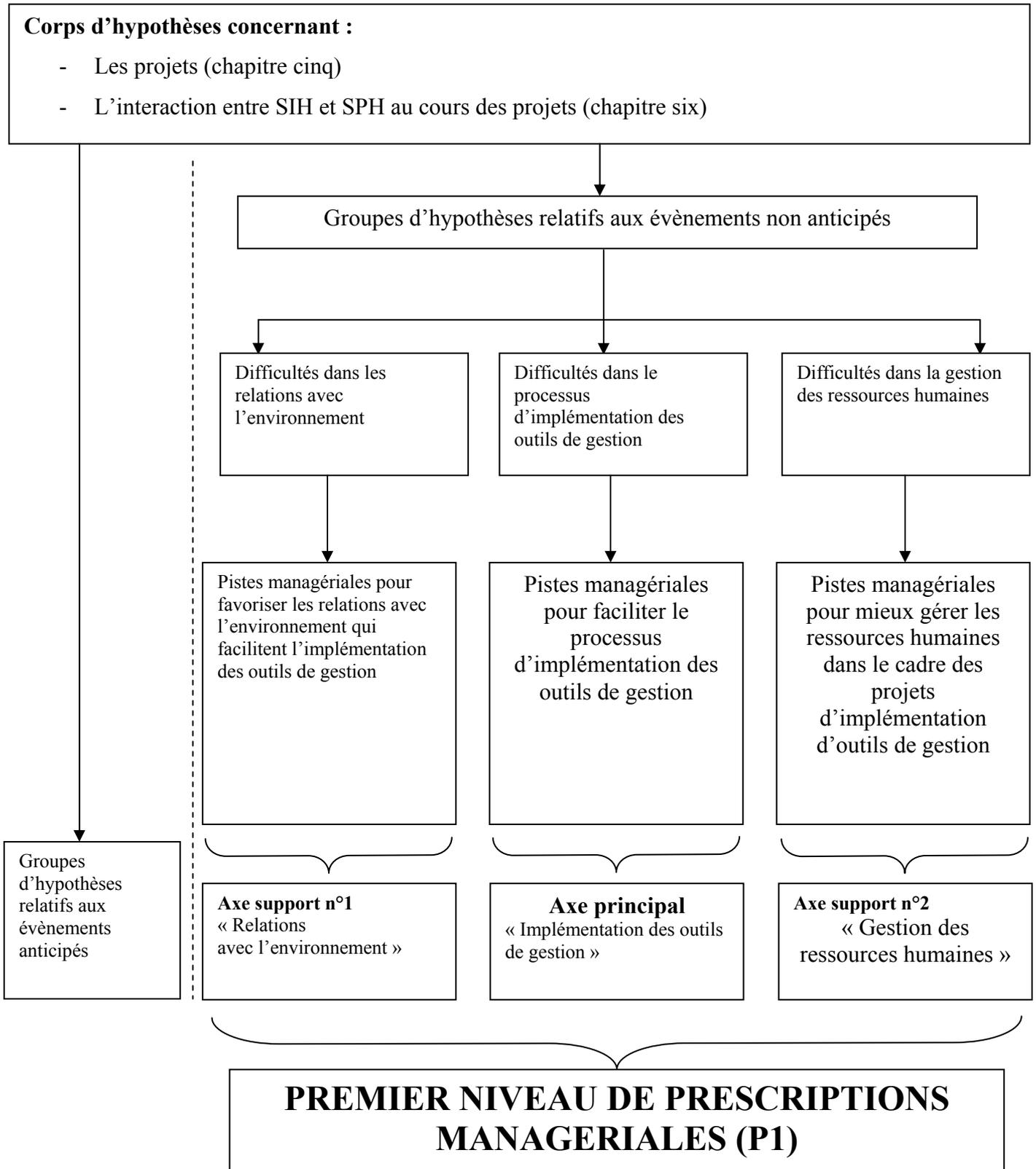
Au cours des chapitres cinq et six, nous avons formulé des hypothèses dont l'objet est de décrire une situation et d'en expliquer la ou les raisons. C'est à partir de ce travail préalable que nous proposerons nos suggestions managériales.

Un tri avait été réalisé au cours de ces deux chapitres précédents. Les groupes d'hypothèses relatifs aux événements prévus par les projets avaient en effet été distingués de ceux relatifs aux événements imprévus, qui ont entravé voire provoqué l'abandon de certains projets. Les suggestions managériales proviennent des événements imprévus identifiés lors de l'analyse du déploiement des projets (chapitre cinq) et de l'interaction entre transformation du SPH et évolution du SIH (chapitre six).

Nous avons pu regrouper ces différents corps d'hypothèses autour de trois thématiques. La première concerne le processus d'implémentation des outils, la seconde les relations avec l'environnement et la dernière la gestion des ressources humaines. C'est à partir de ce regroupement que des pistes managériales ont pu être identifiées.

Ainsi, le premier niveau de prescription P1 comporte trois axes. L'axe principal correspond aux suggestions dont l'objet est de faciliter le processus d'implémentation des outils. Les deux autres axes (relation avec l'environnement et gestion des ressources humaines) peuvent être qualifiés de support, car ils sont constitués de pistes managériales destinées à faciliter le processus d'implémentation des outils de gestion. La figure 7.2 reprend les principales étapes qui viennent d'être présentées.

**Figure 7.2 : la constitution du premier niveau de prescription managériale**



## **7.1.2. Les prescriptions déduites des projets**

Deux types de projets ont été identifiés au chapitre cinq. Premièrement ceux ayant pour objet la transformation du SPH et deuxièmement de celui dont l'objet est de faire évoluer le SIH. Cette première section reprend cette distinction pour l'élaboration des implications managériales déduites des projets. Aussi, nous commencerons par présenter les implications managériales déduites de l'analyse de la transformation du SPH (6.1.1.1.) et ensuite celles déduites de l'analyse de l'évolution du SIH (6.1.1.2.).

### **7.1.2.1. Au niveau de la transformation du SPH**

L'analyse des hypothèses descriptives et explicatives qui relatent un problème incident permet d'identifier trois types de problèmes survenus au niveau de la trame des projets de transformation du SPH. Le premier d'entre eux concerne les relations avec les tutelles (7.1.2.1.1), le second l'organisation des tâches (7.1.2.1.2.) et le dernier la gestion des ressources humaines (7.1.2.1.3.).

#### **7.1.2.1.1. Des relations problématiques avec les tutelles**

Ces problèmes relationnels ont pu être identifiés avec les principaux interlocuteurs institutionnels de l'hôpital : le Ministère, l'ARH et le Conseil Régional.

##### **- Les relations avec le ministère**

Au niveau du Ministère, les textes qui précisent l'EPRD ne définissent pas un axe majeur du changement : les méthodes conseillées pour réaliser les prévisions. Comme l'atteste d'ailleurs le groupe d'hypothèses Cr-M5 :

*Les grands axes du changement insistent sur les apports de l'EPRD pour la gestion des hôpitaux*

*Car les textes mettent en avant surtout les objectifs de la méthode*

*Car les textes restent peu précis sur les techniques mobilisées par l'ERPD*

L'EPRD permet de comparer la situation financière des hôpitaux entre eux. Or ne pas pouvoir identifier les méthodes employées pour leurs prévisions est susceptible de créer un biais. Les ARH ne peuvent dans ce cas évaluer la pertinence de leurs projections. C'est pourquoi, il nous semble important que le Ministère précise davantage les méthodes de prévisions de l'EPRD. Cette préconisation constitue notre première Prescription Managériale (PM).

**PM n°1 : préciser les méthodes que le ministère attend pour les prévisions**

## - Les relations avec l'ARH

Au niveau des ARH, les relations sont beaucoup plus nombreuses qu'avec le Ministère. Cette situation s'explique par le statut important de cette agence au niveau de la Région. C'est en effet l'ARH qui pilote le réseau des hôpitaux de la Région dont elle a la charge.

Aussi, il est probable que le risque de problèmes dans les relations entre l'hôpital étudié et cette agence se trouve démultiplié. La figure 7.3 confirme cette situation.

**Figure 7.3 : hypothèses révélatrices d'un problème d'accompagnement des tutelles**

<b>Dénomination :</b>	<b>Énoncé :</b>
Cr-M6	<i>La finalisation du projet est incomplète Car ni les méthodes de prévision ni les moyens à mettre en œuvre sont précisés par les tutelles.</i>
Cr-D1	<i>Le projet est promulgué, mais laisse néanmoins une part de créativité Car les textes de loi laissent de côté les modalités de mise en œuvre</i>
Cr-D2	<i>La mise en œuvre du projet est progressive pour les tutelles, mais se révèle brutale pour les personnels du service Car même si sa mise en place s'est échelonnée tout au long de l'exercice 2006, les personnels du service ne sont pas préparés pour son élaboration</i>
Cr-D4	<i>Le développement des initiatives se fait au niveau des méthodes de prévision Car les textes n'énoncent pas toutes les modalités de mise en œuvre</i>
Cr-D5	<i>L'évaluation du projet EPRD est imparfaitement cadrée Car c'est l'ARH qui valide l'EPRD sans avoir les moyens de vérifier la fiabilité des données prévisionnelles fournies</i>
Cr-D8	<i>Les formations sont insuffisantes. Car l'accompagnement par le ministère est insuffisant.</i>
Cr-D9	<i>Les tutelles organisent un accompagnement structurel incomplet Car chaque précision dans la mise en œuvre du changement reste à l'état d'injonction.</i>
Cr-D10	<i>Le projet est communiqué aux hôpitaux sans possibilité d'influer dessus Car le directeur chargé des finances se contente d'annoncer à ses subordonnés ce que la région attend du service.</i>
Cr-E1	<i>L'évaluation du projet est faite de manière directive par les tutelles mais de manière imparfaite Car la fiabilité des prévisions n'est pas évaluée par l'ARH.</i>
Cr-E2	<i>La mise en cohérence des activités se fait par accompagnement, mais cet accompagnement est insuffisant Car les tutelles ne fournissent pas l'aide méthodologique nécessaire Car le responsable des finances n'a pas le temps suffisant pour suivre en continu les projets</i>

Les groupes d'hypothèses qui relatent des problèmes de relation entre l'hôpital et l'ARH concernent exclusivement l'introduction d'outils par catalyse réglementaire. En outre, les problèmes se développent majoritairement lors de la phase de déracinement.

Lors de l'enracinement ou la maturation des projets, des problèmes surviennent également, mais dans une moindre mesure.

Ces différentes hypothèses mettent par ailleurs en exergue un manque d'accompagnement de

l'hôpital par ses interlocuteurs institutionnels dans le cadre de l'introduction d'outils par catalyse réglementaire. Fort de ce constat, il nous semble opportun de préconiser le développement de l'accompagnement des ARH notamment au niveau des formations et de la méthodologie d'implémentation des outils de pilotage prescrits.

***PM n°2 : développer l'accompagnement des ARH dans le cadre des implémentations par catalyse réglementaire***

**- Les relations avec le Conseil Régional**

L'insuffisance de l'accompagnement du Conseil Régional dans le cadre des implémentations par catalyse réglementaire est également patent comme le montrent les hypothèses de la figure 7.4.

**Figure 7.4 : hypothèses révélatrices d'un problème d'accompagnement du Conseil Régional**

<b>Dénomination :</b>	<b>Énoncé :</b>
Cr-M9	<i>Le Conseil Régional décide unilatéralement du changement à mettre en oeuvre Car le projet est élaboré sans concertation avec les hôpitaux</i>
Cr-M10	<i>La région se charge entièrement de la mise en mouvement Car les différentes étapes du changement ne laissent aucune marge d'autonomie à l'hôpital.</i>
Cr-M11	<i>La définition des grands axes du changement est réduite à l'énoncé des tâches à accomplir Car cette définition se limite à des directives intangibles</i>
Cr-M12	<i>La finalisation du projet de changement est incomplète Car elle ne précise pas les difficultés éventuelles d'implémentation ni les moyens à mettre en œuvre</i>
Cr-D12	<i>Les nouvelles idées autour de ce projet sont orientées par le projet initial Car le temps nécessaire pour faire vivre une méthode de coût alternative est insuffisant Car le cadre à appliquer ne laisse pas beaucoup de place à la créativité</i>
Cr-D14	<i>L'évaluation du projet est imparfaitement cadrée par le Conseil Régional Car le Conseil Régional n'a aucun moyen de vérifier l'exactitude des données rentrées.</i>
Cr-D17	<i>L'accompagnement de ce projet est ponctuel. Car le Conseil Régional ne suit pas le développement du projet Car le directeur des finances suit son l'avancé seulement lorsque son emploi du temps le lui permet</i>

Néanmoins, contrairement au cas des relations avec l'ARH, les problèmes sont distribués de manière plus homogène : la phase de déracinement ne concentre plus l'essentiel des problèmes. Ces derniers sont distribués tout au long des phases de maturation et d'enracinement.

Les groupes d'hypothèses allant de Cr-M9 à Cr-M11 rendent compte d'une absence de concertation entre l'hôpital et le Conseil Régional. Ce dernier demande simplement d'appliquer sa méthode. Or une application stricte d'un outil prédéfini peut être mal adaptée aux contextes particuliers des divers hôpitaux. Et une telle situation risque d'empêcher le processus de rapprochement de l'outil avec ses utilisateurs décrits par David (1998) comme la clé de l'appropriation d'un outil de gestion par ses utilisateurs. C'est pourquoi, il serait préférable de construire les outils de pilotage des IFSI en concertation avec les hôpitaux.

Les groupes d'hypothèse suivants (Cr-M12 à Cr-D17) mettent quant à eux en avant un problème d'accompagnement des hôpitaux par le Conseil Régional identique à celui relevé lors de l'études des relations avec les ARH. Aussi, il semble opportun pour le Conseil Régional de développer à la fois une politique de concertation et d'accompagnement en direction des hôpitaux dans le cadre du pilotage des IFSI. De la sorte, les outils introduits par catalyse réglementaire par le Conseil Régional gagneraient en pertinence s'il développait la participation des hôpitaux dans la conception de ces outils et s'il accompagnait davantage ces mêmes hôpitaux lors de la mise en œuvre. Ces préconisations conduisent à notre troisième Prescription Managériale (PM n°3).

***PM n°3 : développer la concertation avec les hôpitaux et l'accompagnement pour l'introduction d'outils par catalyse réglementaire.***

#### **7.1.2.1.2. Une organisation des tâches à revoir**

Parallèlement à ces problèmes avec l'environnement institutionnel, les hypothèses développées au chapitre cinq ont mis en évidence des problèmes d'organisation interne. Trois types de problèmes d'organisation ont pu être identifiés : au niveau de la maturation des projets, de leur complémentarité et de la gestion du temps de travail.

##### **- Au niveau de la maturation des projets**

Le groupe d'hypothèse Sc-M6 met en évidence un problème dans l'élaboration de la mise en œuvre des projets au niveau des outils introduits de manière spontanée. Les modalités de mise en œuvre ne sont pas assez précises :

*La finalisation du projet concerne uniquement la méthodologie à suivre*

*Car même si la méthodologie d'implémentation et ses étapes sont définies, les difficultés éventuelles d'implémentation ne sont pas abordées.*

Les difficultés possibles ne sont pas abordées lors de la phase de maturation. Aussi, il semble opportun de réfléchir davantage lors de cette phase aux problèmes potentiels que le projet risque de rencontrer. De la sorte, une réflexion sur les solutions possibles peut être amorcée par la suite. Le fait de mieux intégrer les problèmes potentiels des implémentations d'outils de gestion constitue notre quatrième Prescription Managériale.

##### **PM n°4 : Mieux intégrer les difficultés possibles dans la phase de maturation des projets.**

Le second problème relevé lors des phases de maturation concerne la finalité des outils de pilotage envisagés. L'étude de terrain permet de mettre en évidence que certains outils introduits par capillarité ne sont pas suffisamment pensés, car leur élaboration ne s'appuie pas sur un projet stratégique clair. Cette situation s'explique par une carence de réflexion stratégique au niveau de la direction générale. Dans ce contexte, la stratégie ne peut être déclinée dans un tableau de bord de type BsC et l'un des axes de ce tableau de bord risque d'être omis, comme le montre le groupe d'hypothèses Sc-D12.

*Le développement d'initiatives se fait par la base et concerne la construction des indicateurs de l'axe apprentissage et croissance*

*Car le projet initial omet l'axe apprentissage et croissance.*

Aussi, avant d'introduire un outil de pilotage dont l'objet est de décliner la stratégie suivie, il convient au préalable de clarifier les objectifs stratégiques de l'organisation.

##### **PM n°5 : Clarifier les objectifs stratégiques pour permettre à la DAF de mieux orienter ses outils de pilotage.**

- **Au niveau de la complémentarité des projets**

Le second problème d'organisation concerne la gestion de la complémentarité des projets. Une vue d'ensemble des différents projets permet en effet de repérer, voire d'encourager les synergies entre eux. Dans le cadre de l'introduction d'outils par capillarité, des synergies sont possibles au niveau de l'évolution du SIH. Conformément aux préceptes du GMSIH (2005), l'hôpital étudié désire faire évoluer son SIH afin de faciliter l'industrialisation de ses outils de pilotage et notamment ceux introduits par capillarité. Or les groupes d'hypothèses Sc-E4 et Sc-E8 montrent que cet objectif n'est pas atteint avec le nouveau logiciel.

**Sc-E4 :** *L'introduction de la méthode ABC n'a pas pris la forme d'un changement durable avec mise en routine : elle est restée au stade de l'expérimentation.*

*Car ce projet n'est pas suivi de projets subséquents (l'effet tâche d'huile n'a pas lieu)*

*Car les expériences qui n'ont pas été menées jusqu'au bout sont abandonnées.*

*Car les responsables des services (DAF et chirurgie ambulatoire) se sont intéressés aux résultats et pas à la mise en routine de l'outil*

**Sc-E8 :** *L'introduction du BsC ne prend pas la forme d'un changement durable avec mise en routine : il est resté au stade de l'expérimentation.*

*Car ce projet n'est pas suivi de projets subséquents (l'effet tâche d'huile n'a pas lieu)*

*Car les expériences qui n'ont pas été menées jusqu'au bout sont abandonnées.*

*Car les responsables des services (DAF et chirurgie ambulatoire) se sont intéressés aux résultats et pas à la mise en routine de l'outil.*

Notamment, la mise en routine de l'outil n'a pas été suffisamment envisagée. Or cette mise en routine passe notamment par l'évolution du SIH afin d'industrialiser les outils de pilotage envisagés. Faute d'avoir insuffisamment pris en compte de manière conjointe le projet d'évolution du SIH avec les projets de transformation du SPH, les synergies possibles entre les deux n'ont pas été étudiées. Ce qui a conduit à éluder la question des évolutions souhaitables du SIH pour favoriser l'industrialisation des outils de pilotage.

**PM n°6 :** *Favoriser les évolutions du SIH qui facilitent l'industrialisation des outils de pilotage.*

A contrario, lier trop les projets entre eux risque d'aboutir à des abandons en chaîne, comme le montre Oe-E1 :

*La communication du changement (de l'automatisation des budgets) ne s'est pas faite*

*Car le projet de redécoupage des UF a échoué*

La non-révision du fichier structure a en effet conduit à l'abandon du projet d'automatisation des budgets et n'a pas permis de réviser les principes d'imputation des charges et des recettes.

Aussi, il convient de bénéficier des synergies que les différents projets peuvent s'apporter les uns les autres, tout en les rendant indépendants.

***PM n°7 : Eviter de multiplier des projets trop dépendants afin d'éviter les abandons en chaîne.***

**- Au niveau de la gestion du temps de travail**

Le dernier problème d'organisation des tâches concerne la gestion du temps de travail des principaux responsables. Trop souvent, ces derniers n'ont pas le temps pour suivre le bon déroulement des différents projets en cours. Les hypothèses reprises dans la figure 7.5 mettent en effet en avant que le directeur des finances n'a pas le temps suffisant pour suivre régulièrement l'avancée des implémentations d'outils aussi bien par catalyse réglementaire (Cr-17 et Cr-E2) que par capillarité (Sc-D8 et Sc-D16).

**Figure 7.5 : hypothèses révélatrices d'un problème de gestion du temps de travail**

<b>Dénomination :</b>	<b>Énoncé :</b>
Cr-D17	<i>L'accompagnement de ce projet est ponctuel. Car le Conseil Régional ne suit pas le développement du projet Car le directeur des finances suit son avancée seulement lorsque son emploi du temps le lui permet</i>
Sc-D8	<i>L'accompagnement est ponctuel Car faute d'une disponibilité suffisante des responsables (surcharge de travail) il leur est impossible de suivre de manière régulière l'avancée des travaux</i>
Sc-D16	<i>L'accompagnement du travail est ponctuel Car ni le responsable des finances ni le chef du service n'ont le temps suffisant pour animer un comité de pilotage</i>
Cr-E2	<i>La mise en cohérence des activités se fait par accompagnement, mais cet accompagnement est insuffisant Car les tutelles ne fournissent pas l'aide méthodologique nécessaire Car le responsable des finances n'a pas le temps suffisant pour suivre en continu les projets</i>

Trop sollicités par des tâches de gestion courante, leur disponibilité pour le suivi des projets s'en trouve amoindrie. C'est pourquoi, il semble opportun de réorganiser leurs tâches en déléguant plus à leurs subordonnés les tâches de gestion courante. De la sorte, les personnels de direction peuvent davantage se consacrer au suivi et à l'élaboration des projets escomptés.

**PM n° 8 : concéder aux personnels de direction plus de temps pour le suivi des projets.**

#### **7.1.2.1.3. Une gestion difficile des ressources humaines**

Outre les problèmes de relations avec l'environnement et d'organisation des tâches, la transformation du SPH s'est faite dans un contexte de gestion des ressources humaines difficile. Des problèmes au niveau de la formation des personnels, de leur coopération et de leur implication sont en effet apparus au cours du déroulement des projets de transformation du SPH.

##### **- Au niveau de la formation des personnels**

Lors de l'enracinement des projets, les personnes impliquées n'ont pas été attentives à une idée très importante : l'outil implémenté est amené à évoluer au fur et à mesure de l'évolution des besoins de pilotage des personnes du service. Il est donc très important pour les personnes clés du service (le chef de service notamment) de comprendre comment l'outil est implémenté. Sc-E1 met bien en évidence cette idée :

*L'évaluation-bilan se limite à l'analyse des résultats obtenus*

*Car le chef de service s'intéresse aux résultats et pas à la méthode.*

C'est pourquoi, lors des formations à l'outil introduit par capillarité, il est indispensable que les formations mettent en avant l'importance de la méthodologie d'implémentation des outils.

**PM n°9 : Insister sur l'importance de la méthodologie d'implémentation des outils introduits par capillarité.**

- **Au niveau de la coopération des personnels**

Outre ce problème de formation, les personnels impliqués dans certains projets de transformation du SPH ont manifesté un désintéressement croissant au fur et à mesure du développement des changements. Cette situation s'est nettement fait ressentir dans le cadre des projets sur les outils existants comme le montre la figure 7.6.

**Figure 7.6 : hypothèses révélatrices d'un manque de coopération des personnels**

<b>Dénomination :</b>	<b>Énoncé :</b>
Oe-D4	<i>Le développement d'initiatives est du seul fait des responsables du projet Car les personnels du service test se désintéressent du projet.</i>
Oe-D5	<i>L'évaluation et la sélection des objectifs ne sont pas faites Car l'un des responsables manque d'intérêt et de motivation</i>
Oe-D6	<i>La sélection des initiatives ne s'est pas faite non plus Car les personnes impliquées se désintéressent du projet.</i>
Sc-D13	<i>L'évaluation du projet se fait de manière partiellement cadrée Car même si les différents responsables du projet peuvent influencer sur son cours, certains paramètres déterminants du projet leur échappent (comportement du DIM).</i>

Ces différentes hypothèses mettent en évidence les intérêts divergents des différentes personnes clés impliquées. Ainsi, le service test considère que le changement du cadre comptable est plus important que la révision du fichier structure. De même le médecin DIM préfère se consacrer à la CCAM. Or tous ces faisceaux de mesures contribuent à l'évolution des pratiques hospitalières. Et ainsi les mener toutes à bien va dans le sens de l'intérêt général. Par contre privilégier l'une d'entre elles au détriment de toutes les autres est le signe que les intérêts particuliers priment sur l'intérêt général. Or c'est la deuxième situation que les différentes hypothèses de la figure 7.6 mettent en avant. Aussi, afin de permettre de conduire les projets de transformation il semble important de concilier l'intérêt général avec les différents intérêts particuliers.

**PM n°10 : Réussir à concilier les différents intérêts en présence.**

- **Au niveau de l'implication des personnels**

Outre le problème de coopération des différents personnels, les corps d'hypothèses de la figure 7.7 mettent en évidence un problème d'implication des personnels.

**Figure 7.7 : hypothèses révélatrices d'un manque d'implication des personnels**

<b>Dénomination :</b>	<b>Énoncé :</b>
Cr-D12	<i>Les nouvelles idées autour de ce projet sont orientées par le projet initial Car le temps nécessaire pour faire vivre une méthode de coût alternative est insuffisant Car le cadre à appliquer ne laisse pas beaucoup de place à la créativité</i>
Cr-D13	<i>Les opérationnels de la DAF ne développent pas d'initiatives sur l'outil lui-même. Car l'outil laisse peu de marges pour intégrer le contexte particulier des établissements.</i>

Au niveau de l'implémentation d'outils par capillarité, les personnels de la DAF ne sont absolument pas impliqués dans leur élaboration. Aucune réflexion ne leur est de même demandée sur des évolutions futures de ces outils. Ce problème d'implication des personnels risque de se traduire par une démotivation des acteurs privés de responsabilités. Aussi, il semble opportun de développer leur prise d'initiatives, c'est-à-dire rechercher davantage leur implication dans les projets de transformation du SPH par catalyse réglementaire.

**PM n°11 : Impliquer davantage les personnels dans la conception des outils introduits par catalyse réglementaire.**

### **7.1.2.2. Au niveau de l'évolution du SIH**

L'analyse des hypothèses descriptives et explicatives qui relatent un problème incident permet d'identifier deux types de problèmes survenus au niveau de la trame des projets d'évolution du SIH. Le premier concerne les relations avec le développeur du logiciel (7.1.2.2.1) et le second la coopération des personnels (7.1.2.2.2.).

#### **7.1.2.2.1. Des relations déséquilibrées avec les prestataires informatiques**

Le premier problème identifié au niveau de l'évolution du SIH concerne les relations qu'entretient l'hôpital avec son développeur informatique. Ce problème se manifeste à deux niveaux : au niveau des formations et au niveau de la gestion des problèmes de fonctionnement.

SIH-D7 montre en effet que les formations ne lèvent pas la méfiance que les futurs utilisateurs peuvent avoir sur le logiciel :

*Les formations sont axées sur l'outil, mais ne parviennent pas à leurs fins*

*Car les réponses apportées par les formateurs sont souvent contradictoires.*

Aussi, les développeurs informatiques devaient s'assurer que tous leurs formateurs aient des connaissances homogènes sur leur produit afin de rassurer les futurs utilisateurs. De la sorte, l'adoption de leur logiciel serait facilitée. Cette préconisation constitue notre première Implication Managériale concernant la trame du projet d'évolution du SIH.

***PM n°12 : Inciter les développeurs informatiques à harmoniser le niveau de connaissances de leurs formateurs.***

Ce problème relationnel avec le développeur informatique se manifeste aussi au niveau de la gestion des problèmes de fonctionnement comme le montre SIH-E3 :

*Les corrections se font par ajustements sans pour autant améliorer le fonctionnement du logiciel*

*Car le GIP ne parvient pas à répondre aux problèmes qui lui sont posés faute d'un découpage clair des responsabilités de ses employés.*

Ce problème provient d'une mauvaise définition des responsabilités. Aussi, afin de pouvoir répondre de manière plus efficace aux questions qui leur sont posées, les développeurs informatiques gagneraient à clarifier les responsabilités des interlocuteurs de leurs clients.

En outre, le développeur informatique est dubitatif quant au résultat de l'architecture logicielle retenue à la fin de la phase de maturation du projet. C'est pourquoi, il peine à résoudre les problèmes qui surviennent lors de la phase d'enracinement du projet. Le corps d'hypothèse SIH-E4 atteste en effet que :

*Le GIP a du mal à répondre aux problèmes rencontrés par les opérationnels*

Car la configuration du SIH adoptée dans l'hôpital est inédite pour le GIP

Aussi afin de faciliter la gestion des problèmes de fonctionnement, les développeurs informatiques gagneraient à proposer des solutions logicielles éprouvées à leurs futurs clients.

Gérer de manière plus pertinente les problèmes de fonctionnement suppose de considérer deux facteurs importants comme le montre la Prescription Managériale ci-dessous :

**PM n° 13 : inciter les développeurs informatiques à :**

- *Mieux définir les responsabilités des interlocuteurs de leurs clients*
- *Privilégier des solutions fiabilisées dans le cadre de leurs projets*

#### **7.1.2.2.2. Une coopération difficile des personnels**

Le second type de problème identifié concerne la gestion des ressources humaines dans le cadre du projet d'évolution du SIH. Les hypothèses de la figure 7.8 montrent en effet un problème de coopération des personnels entre eux.

**Figure 7.8: hypothèses révélatrices d'un problème de coopération sur l'évolution du SIH**

<b>Dénomination</b>	<b>Énoncé</b>
SIH-D3	<i>Il n'y a pas de nouvelles idées développées par rapport au projet arrêté lors de la phase de communication. Car la conduite du changement est dévolue à une seule personne qui ne communique pas avec ses collaborateurs</i>
SIH-D4	<i>Le développement d'initiatives est du seul fait de la personne chargée du projet. Car la conduite du changement est dévolue à cette personne qui ne communique pas avec ses collaborateurs</i>
SIH-D5	<i>L'évaluation des avancées du projet de migration et les initiatives ne sont pas évaluées Car la personne chargée du projet ne communique pas l'état d'avancement du projet à son supérieur hiérarchique.</i>
SIH-E1	<i>Les points de vue sur la réussite du projet sont mitigés Car le directeur des finances est convaincu que le projet est un succès Car les personnels du service subissent quotidiennement des problèmes dans l'utilisation du logiciel</i>

Cette carence de coopération apparaît tout d'abord au niveau de la phase de déracinement. Lors de cette phase, chacun fait en effet son travail indépendamment des autres sans véritablement de concertation au niveau du projet. Ainsi, le chef de projet désigné par le directeur des finances n'a aucune obligation de rendre des comptes sur l'évolution de son travail. Il bénéficie d'une réputation de sérieux et de compétence qui rend superflu selon le directeur des finances le suivi de son travail. Cet excès de confiance a induit des problèmes importants que les utilisateurs ont subi de plein fouet lors de la phase d'enracinement.

Ce manque de coopération apparaît aussi au niveau de la phase de d'enracinement comme le montre SIH-E1. En menant des entretiens avec les personnels des finances, nous nous sommes aperçus que pour eux les conditions de travail se sont dégradées suite au changement de logiciel. Par contre, selon le directeur des finances, le projet est un succès.

Cette situation montre des problèmes de communication importants à différentes phases du projet. Et ces problèmes ont des conséquences importantes sur le projet mais également sur l'ambiance du travail dans le service. Aussi, il nous semble opportun de proposer une Prescription Managériale qui insiste sur l'importance d'une bonne communication entre les différentes personnes impliquées dans un projet et notamment entre le chef de projet et les futurs utilisateurs.

**PM n°14 : Améliorer la communication entre les chefs de projets et les futurs utilisateurs.**

### **7.1.3. Les prescriptions déduites de l'interaction entre SIH et SPH**

Après avoir élaboré les implications managériales concernant le déroulement des projets, nous allons aborder celles déduites des problèmes incidents survenus lors de l'interaction entre SIH et SPH durant le déroulement des projets de transformation du SPH ou d'évolution du SIH. Les implications managériales sont déduites des deux types de problèmes que nous avons pu identifier. Le premier d'entre eux concerne la gestion des ressources humaines (7.1.3.1) et le second l'organisation des tâches (7.1.3.2.).

#### **7.1.3.1. Une gestion problématique des ressources humaines**

À la différence des projets, cette gestion problématique des ressources humaines n'a été observée qu'au niveau de la coopération des personnels. L'interaction entre SIH et SPH est révélatrice d'une absence de coopération des personnels entre eux.

Cette absence de coopération des personnels est tout d'abord identifiable lors de la phase de déracinement au niveau des effets de la transformation du SPH sur l'évolution du SIH. SPH-SIH-Oe-D1 met en effet en évidence que « *le projet de révision du fichier structure est vidé de ses ambitions de départ car l'un des responsables du SIH (le DIM) a jugé unilatéralement que ce projet est moins urgent que la CCAM* ».

De même, l'étude des effets du SIH existant sur la transformation du SPH au niveau l'introduction d'outils par capillarité rend compte de cette absence de coopération entre la DAF et le DIM. SIHex-SPH-Sc-D8 montre en effet qu'« *il est impossible de créer l'axe apprentissage (du BsC)*. En effet « *faute d'une disponibilité des données nécessaires (...) le DIM juge que les indicateurs correspondants sont trop difficiles à réaliser en dépit des dénégations du chef de service* ».

Le DIM est un acteur clé du SIH. Or faute d'entente entre lui et la DAF, il est impossible de nourrir correctement de données les outils de pilotage envisagés. Il semble par conséquent important afin de réussir la transformation du SPH de s'assurer d'une bonne coopération entre le DIM et la DAF. Ce résultat constitue notre quinzième Prescription Managériale :

***PM n°15 : Améliorer la qualité de la coopération entre la DAF et le DIM.***

### **7.1.3.2. Une organisation problématique des tâches**

Outre ce problème de gestion des ressources humaines, l'analyse de l'interaction entre SIH et SPH a aussi permis de mettre en exergue un problème d'organisation des tâches. Ce dernier se manifeste à trois niveaux : tout d'abord au niveau de la maturation des projets (7.1.3.2.1), ensuite au niveau de la complémentarité des projets (7.1.3.2.2) et enfin au niveau de la transmission des connaissances organisationnelles (7.1.3.2.3).

#### **7.1.3.2.1. Au niveau de la maturation des projets**

La première difficulté qui n'a pas été suffisamment prise en compte dans la maturation des projets concerne le problème de la collecte des données. Dans la plupart des projets, les données pour nourrir les outils envisagés sont rarement disponibles dans le format et avec la précision nécessaire. Parfois, certaines d'entre elles ne sont même pas relayées par le SIH existant. Ce problème n'est pourtant jamais soulevé lors de la phase de maturation des projets. Ce dernier est pourtant au cœur des problématiques d'animation de la relation entre SIH et SPH.

Les groupes d'hypothèses qui soulèvent ce problème sont nombreux. Mais ils concernent tous la phase de déracinement des projets. Le problème de la collecte des données est par ailleurs observable aussi bien au niveau de l'étude de la relation entre le SIH existant et la transformation du SPH qu'au niveau de celle entre l'évolution du SIH et la transformation du SPH.

Les hypothèses concernant la relation entre SIH existant et la transformation du SPH (i.e. du type SIH\_SPH) qui ont révélé ce problème de maturation sont répertoriées dans la figure 7.9.

**Figure 7.9 : hypothèses révélatrices d'une carence de réflexion sur la collecte des données (I)**

<b>Dénomination</b>	<b>Énoncé</b>
SIHex-SPH-Sc-D1	<i>Le développement d'initiatives concerne exclusivement la recherche des données nécessaires pour le calcul des coûts Car lors de la phase de finalisation, le problème de la collecte des données pertinentes n'est pas évoqué</i>
SIHex-SPH-Sc-D2	<i>La sélection des initiatives n'est pas cadrée Car elle dépend des capacités du SIH existant Car les opérationnels de la DAF sont tributaires du SIH existant et ne peuvent influencer sur son évolution</i>
SIHex-SPH-Sc-D3	<i>Les calculs réalisés sont très approximatifs Car le SIH existant ne permet pas un suivi fiable des consommations de ressources Car le SIH ne permet pas une mise à disposition aisée des données d'activité pour les contrôleurs de gestion</i>
SIHex-SPH-Sc-D4	<i>Le développement d'initiatives concerne exclusivement la recherche des données nécessaires pour construire les indicateurs Car lors de la phase de finalisation, le problème de la collecte des données pertinentes n'a pas été évoqué</i>
SIHex-SPH-Sc-D5	<i>La sélection des initiatives se fait en fonction des capacités du SIH existant Car les opérationnels de la DAF sont tributaires du SIH existant et ne peuvent influencer sur son évolution Car le SIH existant ne permet pas un suivi fiable des consommations de ressources</i>
SIHex-SPH-Cr-D2	<i>Le développement d'initiatives concerne exclusivement la recherche des données nécessaires pour le calcul des coûts Car lors de la phase de finalisation, le problème de la collecte des données pertinentes n'est pas évoqué</i>
SIHex-SPH-Cr-D3	<i>La sélection des initiatives se fait en fonction des capacités du SIH existant Car la personne en charge de la gestion de l'IFSI n'a laissé aucun document expliquant les imputations à réaliser Car les opérationnels de la DAF sont tributaires du SIH existant et ne peuvent influencer sur son évolution</i>
SIHex-SPH-Cr-D4	<i>Les calculs réalisés sont très approximatifs Car le SIH existant ne permet pas de comprendre les imputations per se</i>

Les hypothèses révélatrices d'une carence de réflexion sur le problème de la collecte de données se retrouvent également au niveau des effets de l'évolution du SIH et la transformation du SPH, même si elles sont moins nombreuses que dans le cas précédent comme l'atteste la figure 7.10.

**Figure 7.10 : hypothèses révélatrices d’une carence de réflexion sur la collecte des données (II)**

Dénomination	Énoncé
SIH-SPH-Cr-D2	<i>L'évolution du SIH ne permet pas encore d'accroître la précision des calculs Car les requêtes réalisées dans le nouveau logiciel ne sont pas encore fiables. Car ce logiciel ne permet pas a mise en routine de cette méthode.</i>
SIH-SPH-Sc-D1	<i>Les calculs réalisés sont très approximatifs Car les requêtes réalisées dans le nouveau progiciel ne sont pas encore fiables et n'a pas non plus permis de faciliter sa mise en routine</i>

Ces différentes hypothèses montrent que les problèmes de collecte de données ne sont pas assez pris en considération lors de la phase de maturation des projets de transformation du SPH. Aussi, il nous semble opportun d’insister sur la nécessité de prendre en considération ce type de problème dès la phase de maturation afin de faciliter le processus de transformation du SPH. Il s’agit de notre Prescription Managériale n°16 (PM n°16) et peut se formuler comme suit :

***PM n°16 : Prendre en compte dès la phase de maturation des projets le problème de la collecte des données.***

#### **7.1.3.2.2. Au niveau de la complémentarité des projets**

Le problème d’organisation des tâches se fait également ressentir dans une prise en compte insuffisante de la complémentarité des projets entre eux.

Ainsi, l’étude de la relation entre l’évolution du SIH et la transformation du SPH permet de mettre en évidence trois situations où la complémentarité des projets n’est pas suffisamment prise en compte.

Premièrement, les implications des effets de l’évolution du SIH sur la transformation du SPH ne sont pas suffisamment prises en compte au niveau des outils introduits par catalyse réglementaire comme le montre SIH-SPH-Cr-D1 ci-dessous :

*Les prévisions sont impossibles à réaliser*

*Car les changements opérés dans la comptabilité générale hospitalière rendent impossible la mise en perspective des enregistrements comptables.*

C’est pourquoi afin de parvenir à animer de manière plus pertinente la relation entre évolution du SIH et transformation du SPH, les démarches de changement isolées sont difficiles à concilier après leur déclenchement : mieux vaut privilégier une cohérence organisationnelle dans les différents projets envisagés.

***PM n°17 : privilégier une cohérence organisationnelle dans la transformation du SPH plutôt que de s'appuyer sur des démarches isolées.***

Deuxièmement, l'étude des effets de l'évolution du SIH sur la transformation du SPH montre que les outils introduits par capillarité peinent à s'enraciner faute d'une évolution du SIH capable de pérenniser leur utilisation. Les hypothèses reprises dans la figure 7.11 permettent en effet de mettre en évidence ce second problème de complémentarité des projets qui touche plus particulièrement les projets d'implémentation d'outils par capillarité.

**Figure 7.11 : hypothèses sur la complémentarité insuffisante des projets**

<b>Dénomination</b>	<b>Énoncé</b>
SIH_SPH-Sc-E1	<i>La pérennité de la méthode ABC est problématique en l'état actuel Car l'évolution du SIH ne permet pas une mise à jour aisée de la méthode.</i>
SIH_SPH-Sc-E2	<i>Le changement de progiciel ne permet pas de faciliter la mise en application de l'ABC Car il n'a pas permis une révision du fichier structure allant dans le sens d'une mise en application plus aisée de l'ABC dans l'établissement Car les requêtes réalisées dans le nouveau progiciel ne sont pas encore fiables</i>
SIH_SPH-Sc-E3	<i>La pérennité du BsC est problématique en l'état actuel Car l'évolution du SIH ne permet pas un suivi des indicateurs aisé étant donné les multiples sources des données parfois non relayées dans le système informatique</i>
SIH_SPH-Sc-E4	<i>Le changement du logiciel ne permet pas de faciliter l'introduction d'outils de gestion par capillarité Car l'interfaçage entre le logiciel dédié aux requêtes et lui pose problème Car l'interfaçage entre ce logiciel et le logiciel qui gère les données médicales pose problème</i>

Ces quatre groupes d'hypothèses montrent que les outils introduits par capillarité peinent à être mis en routine faute d'avoir insuffisamment pris en compte le problème de l'industrialisation de ces outils dans l'évolution du SIH. Aussi, dans cette évolution, ce problème d'industrialisation mérite d'être mieux considéré. Ce qui nous conduit à réitérer la Prescription Managériale n°6 :

***PM n° 6 : Favoriser les évolutions du SIH qui facilitent l'industrialisation des outils de pilotage.***

Enfin, SIH\_SPH-Sc-E5 met en évidence que l'évolution du SIH ne permet pas in fine de faciliter le croisement des données financières avec les données d'activité :

*Le progiciel ne permet pas de faciliter l'accès aux données aussi bien financières que d'activité*

*Car il est beaucoup plus lent que son prédécesseur et est beaucoup plus sujet aux « bugs » en dépit d'une présentation plus conviviale*

*Car le changement de progiciel a induit des pertes dans l'historique de certaines données*

L'enquête présentée au chapitre quatre montre d'ailleurs que cette difficulté de croisement est très fréquente au niveau des établissements de type MCO. Notre étude de terrain permet en outre de montrer que ce croisement est indispensable pour développer et surtout mettre en routine des outils de pilotage de type ABC ou BsC. Aussi, ne pas avoir pris suffisamment en compte cette nécessité montre que les problématiques de contrôle de gestion en milieu hospitalier ne sont pas suffisamment intégrés par les développeurs des logiciels de gestion pour les hôpitaux.

***PM n° 18 : Intégrer davantage les problématiques du pilotage dans les projets d'évolution du SIH.***

#### **7.1.3.2.3. Au niveau de la transmission des connaissances organisationnelles**

Le problème d'organisation des tâches se manifeste aussi au niveau de la transmission des connaissances organisationnelles. Ce problème de transmission des connaissances a pu être identifié à deux niveaux : au niveau des sources de données et au niveau de l'utilisation des logiciels.

Le premier de ces problèmes de transmission est manifeste lors de la phase de déracinement d'un outil introduit par catalyse réglementaire (la méthode de calcul des coûts de l'IFSI) comme le montre SIHex\_SPH-Cr-D3 :

*La sélection des initiatives se fait en fonction des capacités du SIH existant*

*Car la personne en charge de la gestion de l'IFSI n'a laissé aucun document expliquant les imputations à réaliser*

*Car les opérationnels de la DAF sont tributaires du SIH existant et ne peuvent influencer sur son évolution*

L'absence de traces écrites ou informatiques pour les remplaçants de cette personne leur a fait perdre beaucoup de temps pour reconstituer les requêtes et identifier les sources de données mobilisées. Ce travail d'investigation n'a d'ailleurs pas permis d'identifier l'intégralité des sources utilisées. Ce constat mène à notre première Prescription Managériale consacrée à la

transmission des connaissances organisationnelles :

***PM n°19 : Assurer une meilleure transmission des savoirs au niveau de la collecte des données.***

Le second problème de transmission des connaissances concerne l'utilisation des logiciels, comme le montre le corps d'hypothèse SIH\_SPH-Cr-E2 ci-dessous :

*L'utilisation du logiciel adopté lors de la phase de finalisation est abandonnée*

*Car la personne en charge de ce logiciel est partie sans expliquer son fonctionnement à son successeur*

Ce logiciel utile dans l'élaboration de l'EPRD est ainsi laissé de côté après le départ de son utilisateur. Faute d'une transmission de savoirs, cette ressource informatique pertinente est laissée en friche. Aussi, notre seconde Prescription Managériale consacrée à la transmission des connaissances organisationnelles insiste sur la nécessité de transmettre les connaissances sur l'utilisation des logiciels.

***PM n°20 : Assurer une meilleure transmission des savoirs au niveau de l'utilisation des logiciels.***

Au terme des sections 7.1.2 et 7.1.3, nous avons déduit l'intégralité des Prescriptions Managériales qui composent P1. Les figures 7.12, 7.13 et 7.14 les reprennent de manière synthétique. La section suivante est consacrée à leur analyse afin de proposer une structuration possible pour P1.

**Figure 7. 12 : Prescription déduites des projets de transformation du SPH (SPH U SIH)**

<b>Problèmes</b>		<b>Corps d’hypothèses développés au chapitre cinq</b>	<b>Prescriptions Managériales (PM) déduites</b>
En termes de relations avec l’environnement	Avec les tutelles	Cr-M5	Préciser les méthodes que le ministère attend pour les prévisions (PM1)
		Cr-M9 + Cr-M10 + Cr-M11 + Cr-M12 + Cr-D12 + Cr-D14	Développer l’accompagnement méthodologique du Conseil Régional et sa concertation avec les hôpitaux (PM3)
		Cr-M6 + Cr-D1 + Cr-D2 + Cr-D4+ Cr-D5 + Cr-D-8 + Cr-D9 + Cr-D10 + Cr-E1 + Cr-E2	Développer l’accompagnement méthodologique des ARH (PM2)
Sur l’organisation des tâches	Au niveau de la maturation des projets	Sc-M6	Mieux intégrer les difficultés possibles dans la phase de maturation des projets (PM4)
		Sc-D12	Clarifier les objectifs stratégiques pour permettre à la DAF de mieux orienter ses projets d’outils de pilotage (PM5)
	Au niveau de la complémentarité des projets	Sc-E4 + Sc-E8	Favoriser les évolutions du SIH qui facilitent l’industrialisation des outils de pilotage (PM6)
		Oe-D7	Éviter de multiplier des projets trop dépendants afin d’éviter les abandons en chaîne (PM7)
	Au niveau de la gestion du temps de travail	Cr-D17 + Sc-D8 + Sc-D16 + Cr-E2	Concéder aux personnels de direction plus de temps pour le suivi des projets (PM8)
En termes de Gestion des Ressources Humaines	Au niveau de la formation des personnels	Sc-E1	Insister sur l’importance de la méthodologie d’implémentation des outils introduits par capillarité (PM9)
	Au niveau de la coopération des personnels	Oe-D4 + Oe-D5 + Oe-D6 + Sc-D13	Réussir à concilier les différents intérêts en présence (PM10)
	Au niveau de l’implication des personnels	Cr-D12 + Cr-D13	Impliquer davantage les personnels dans la conception des outils introduits par catalyse réglementaire (PM11)

**Figure 7.13 : Prescriptions déduites des projets d'évolution du SIH (SPH U SIH)**

<b>Problèmes</b>		<b>Corps d'hypothèses développés au chapitre cinq</b>	<b>Prescriptions Managériales (PM) déduites</b>
En termes de relations avec l'environnement	Avec les développeurs informatiques	SIH-D7	Inciter les développeurs informatiques à harmoniser le niveau de connaissance de leurs formateurs (PM12)
		SIH-E3 + SIH-E4	Inciter les GIP à : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mieux définir les responsabilités des interlocuteurs de leurs clients</li> <li>- Privilégier des solutions fiabilisées dans le cadre de leurs projets</li> </ul> (PM13)
En termes de Gestion des Ressources Humaines	Au niveau de la coopération des personnels	SIH-D3 + SIH-D4 + SIH-D5 + SIH-E1	Améliorer la communication entre les chefs de projet et les futurs utilisateurs (PM14)

**Tableau 7.14 : Prescriptions développées à partir de l'interaction entre SIH et SPH**

<b>Problèmes</b>		<b>Corps d'hypothèses développés au chapitre cinq</b>	<b>Prescriptions Managériales (PM) déduites</b>
En termes de Gestion des Ressources Humaines	Au niveau de la coopération des personnels	SIHex-SPH-ScD8+ SPH-SIH-Oe-D1	Améliorer la qualité de la coopération entre la DAF et le DIM (M15)
Sur l'organisation des tâches	Au niveau de la maturation des projets	SIHex-SPH-Sc-D1 + SIHex-SPH-Sc-D2 + SIHex-SPH-Sc-D3 + SIHex-SPH-Sc-D4 + SIHex-SPH-Sc-D5 + SIHex-SPH-Cr-D2 + SIHex-SPH-Cr-D4+ SIHex-SPH-Cr-D3 +SIH-SPH-Cr-D2+SIH-SPH-Sc-D1	Prendre en compte dès la phase de maturation des projets le problème de la collecte des données (IM16)
	Au niveau de la complémentarité des projets	SIH-SPH-Cr-D1	Privilégier une cohérence organisationnelle dans la transformation du SPH plutôt que de s'appuyer sur des démarches isolées (IM17)
		SIH-SPH-Sc-E1+ SIH-SPH-Sc-E2 + SIH-SPH-Sc-E3+ SIH-SPH-Sc-E4	Favoriser les évolutions du SIH qui facilitent l'industrialisation des outils de pilotage (IM6)
		SIH-SPH-Sc-E5	Intégrer davantage les problématiques du pilotage dans les projets d'évolution du SIH (IM18)
	Au niveau de la transmission des connaissances organisationnelles	SIHex-SPH-Cr-D3	Assurer une meilleure transmission des savoirs au niveau de la collecte des données (IM19)
		SIH-SPH-Cr-E2	Assurer une meilleure transmission des savoirs au niveau de l'utilisation des logiciels (IM20)

#### **7.1.4. Analyse du premier niveau de prescriptions**

Analyser les implications managériales qui viennent d'être développées suppose tout d'abord de mettre en perspective ce premier niveau avec des éléments de la littérature (7.1.4.1). Ensuite, il importe de structurer ces différentes implications managériales afin de pouvoir les présenter sa structure (7.1.4.2).

##### **7.1.4.1. Mise en perspective de P1**

Rappelons tout d'abord qu'un outil de gestion peut être défini comme l'« ensemble des contacts et des connexions explicites ou implicites formels ou informels qui existent entre des acteurs ou des groupes d'acteurs dans l'organisation » (David, 1996).

En outre Hatchuel (1996) précise que l'introduction de nouveaux outils de gestion ne suffit pas si elle ne s'accompagne pas de mise en relation d'acteurs. De même, l'environnement constitue un facteur déterminant dans le développement des outils de gestion. David (1998) considère en effet qu'à une vague de rationalisation issue de l'environnement correspond un ensemble d'outils nouveaux. Ainsi, à côté de l'implémentation en elle-même des outils de gestion, cet auteur montre que deux dimensions complémentaires agissent sur le processus d'introduction des outils de gestion. Il s'agit des acteurs internes (i.e. les ressources humaines de l'organisation impliquée dans l'implémentation de l'outil) et de l'environnement.

Appliqué au cas de l'hôpital public, il semble également que l'environnement influe sur le processus d'implémentation des outils de gestion. Ainsi, par exemple le plan hôpital 2007 a induit de nouveaux outils de gestion dont l'EPRD. L'environnement et plus précisément dans le cas des établissements de santé, l'environnement institutionnel possède des prérogatives qui lui permettent d'imposer des outils de gestion aux hôpitaux en vertu du principe d'implémentation par catalyse réglementaire (Nobre, 2006). De même, dans le cas de notre recherche intervention, certaines prescriptions de P1 concernent les relations de l'établissement avec son environnement institutionnel (ARH, Ministère et Conseil Régional) mais aussi avec certains de ses partenaires issus de son environnement (Développeurs informatiques). De même, un des thèmes identifiables dans nos prescriptions concerne les ressources humaines, c'est-à-dire les acteurs impliqués dans l'implémentation des outils de gestion.

La structuration de P1 reprend par conséquent le schéma d'organisation proposé par David (1998) comme le montre la figure 7.15, puisque trois axes sont identifiables au niveau de P1. Le processus d'implémentation des outils est en effet complété par deux autres axes : les ressources humaines impliquées et l'environnement.

Les différentes prescriptions managériales peuvent en outre véhiculer au sein de leur axe d'appartenance une idée clé plus précise. Cette dernière peut être considérée comme une déclinaison particulière de cet axe. C'est pourquoi, toutes ces idées clés peuvent être considérées comme des sous-thèmes de l'axe auquel elles appartiennent.

**Figure 7.15 : récapitulatif des différentes prescriptions classées par thème**

Thèmes	Sous –thèmes	Implications Managériales
Organisation des tâches dans le processus d'implémentation des outils	Maturation des projets	PM4, PM5, PM16
	Transmissions des connaissances organisationnelles	PM19, PM20
	Gestion de la complémentarité des projets	PM6, PM7, PM17, PM18
	Gestion du temps de travail	PM8
Gestion des Ressources Humaines	Formation des personnels	PM9
	Coopération des personnels	PM10, PM14, PM15
	Implication des personnels	PM11
Relations avec l'environnement	Environnement institutionnel	PM1, PM2, PM3
	Prestataires externes (développeur informatique)	PM12, PM13

Au-delà du classement des différentes prescriptions développées, ce tableau permet également de déterminer l'importance des sous-thèmes dans le processus d'implémentation des outils de gestion. Au vu du nombre de suggestions développées par sous-thèmes, il semble ainsi que le point important dans l'implémentation des outils de gestion, se situe tout d'abord au niveau de la gestion de la complémentarité des différents projets (quatre implications managériales ont été développées sur ce point). Ensuite, la maturation des projets et la coopération des personnels semblent également être des points importants pour les projets d'animation de la relation entre SIH et SPH.

#### **7.1.4.2. Analyse de la structure de P1**

Le regroupement des différents « sous-thèmes » en thèmes plus généraux permet de mieux comprendre les axes de réflexion susceptibles de guider le processus d'implémentation des outils de gestion.

Le regroupement présenté à la figure 7.15 permet en effet de mettre en exergue un enseignement majeur. Étudier la relation entre SIH et SPH revient à analyser l'interaction transformative de deux sous-systèmes socio-techniques enchâssée dans leur environnement. Ainsi, l'étude de la relation entre les notions de système d'information et de système de pilotage suppose de s'intéresser à leur dimension humaine d'une part et leur dimension technique d'autre part. En reprenant les différents axes identifiés, nous pouvons en effet détailler les sous-thèmes qui les composent.

Ainsi, les institutions contraignent l'activité de l'hôpital. Elles lui imposent notamment des changements dans son système de pilotage par l'introduction d'outils par catalyse réglementaire (Nobre, 2006).

Néanmoins, le comportement des acteurs internes de l'hôpital, notamment via l'influence des acteurs clés de l'organisation, déterminent également le processus de changement. Ainsi, les différents changements étudiés sont plutôt des changements construits lorsqu'il s'agit d'introduction d'outils par catalyse réglementaire, mais les acteurs internes influent également sur ce processus. Ce qui nuance, voire modifie la nature du changement (Cf. chapitre cinq). De même, les acteurs internes de l'organisation influent aussi la transformation du SPH par l'implémentation d'outils alternatifs ou complémentaires implémentés par capillarité.

Ainsi, les trois thèmes qui structurent P1 sont liés. Les ressources humaines de l'hôpital ainsi que l'environnement influencent le processus d'implémentation des outils, qui correspond au thème central de ce premier niveau de prescription. Les suggestions au niveau des ressources humaines et des relations avec l'environnement accompagnent ce processus d'implémentation. Par leurs influences, l'environnement et les personnes impliquées conditionnent son bon déroulement ou son échec. Ces deux thèmes (ressources humaines et relations avec l'environnement) peuvent par conséquent être considérés comme des thèmes supports à un processus principal : celui de l'implémentation des outils de gestion.

Par conséquent, les différentes prescriptions développées ne peuvent être prises isolément : elles constituent un ensemble de suggestions que les acteurs du changement doivent appliquer non pas de manière isolée et parcellaire, mais de manière globale et simultanée.

## **7.2. Confrontation de P1 avec l'enquête par questionnaire**

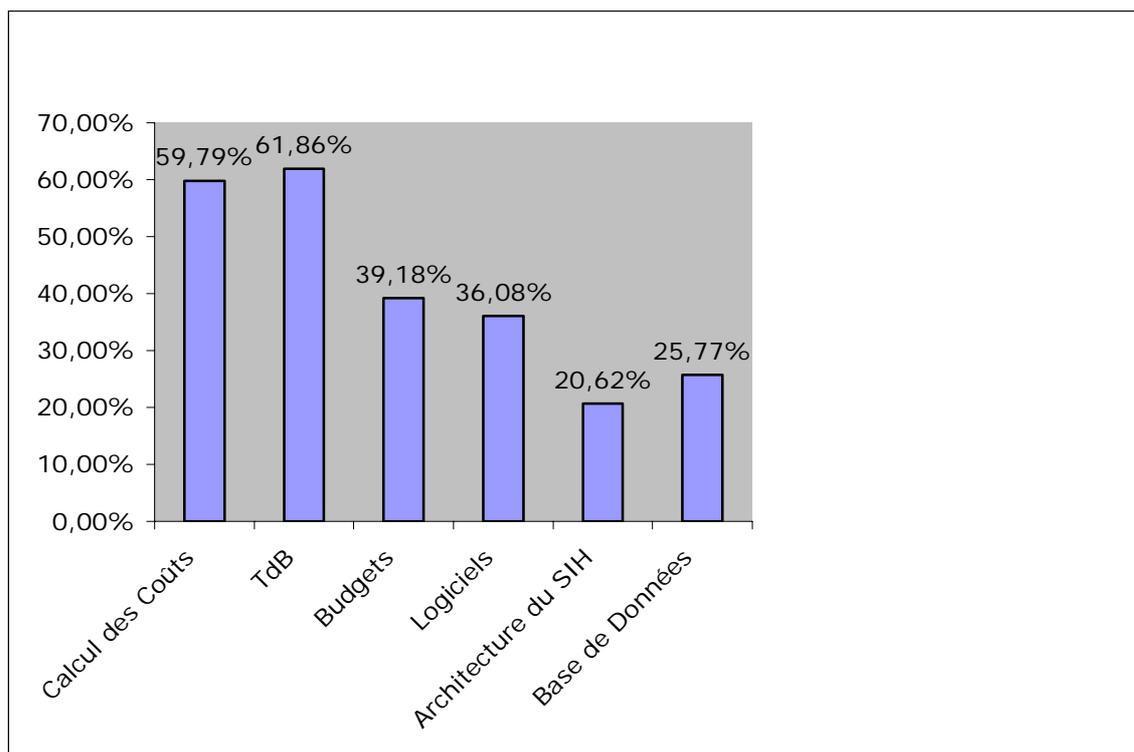
Avant de débiter cette seconde section, une remarque importante s'impose. Lors de la constitution du questionnaire, notre objectif n'était pas de pouvoir identifier les trois thèmes qui ont servi à regrouper nos pistes managériales. Néanmoins, la confrontation des projets de notre enquête avec notre recherche-intervention permet de constater que ces trois thèmes se retrouvent au niveau des projets révélés par notre questionnaire. Puisque ce dernier comporte des questions ouvertes, les répondants ont en outre eu la possibilité de répondre précisément sur la nature de leurs différents projets d'animation de la relation entre SIH et SPH. De la sorte, la nature des projets est tout à fait identifiable.

C'est dans cette perspective que les différents projets sont présentés. L'organisation de cette section s'articule en effet autour des trois thèmes qui structurent P1. C'est pourquoi, nous commencerons par présenter les projets d'implémentation des outils de gestion (7.2.1.). Ensuite, afin de savoir quelle est le rôle de l'environnement institutionnel dans la construction de ces outils, sont abordés les projets réalisés sous l'impulsion de l'environnement institutionnel (7.2.2.). Enfin, nous traiterons des projets concernant les ressources humaines impliquées dans l'animation de la relation entre SIH et SPH (7.2.3.).

### 7.2.1. Les projets phares : Tableaux de bord et Calculs de coûts

L'analyse des données du questionnaire concernant l'implémentation des outils de gestion est résumée dans la figure 7.16.

**Figure 7.16 : implémentation des outils de gestion**

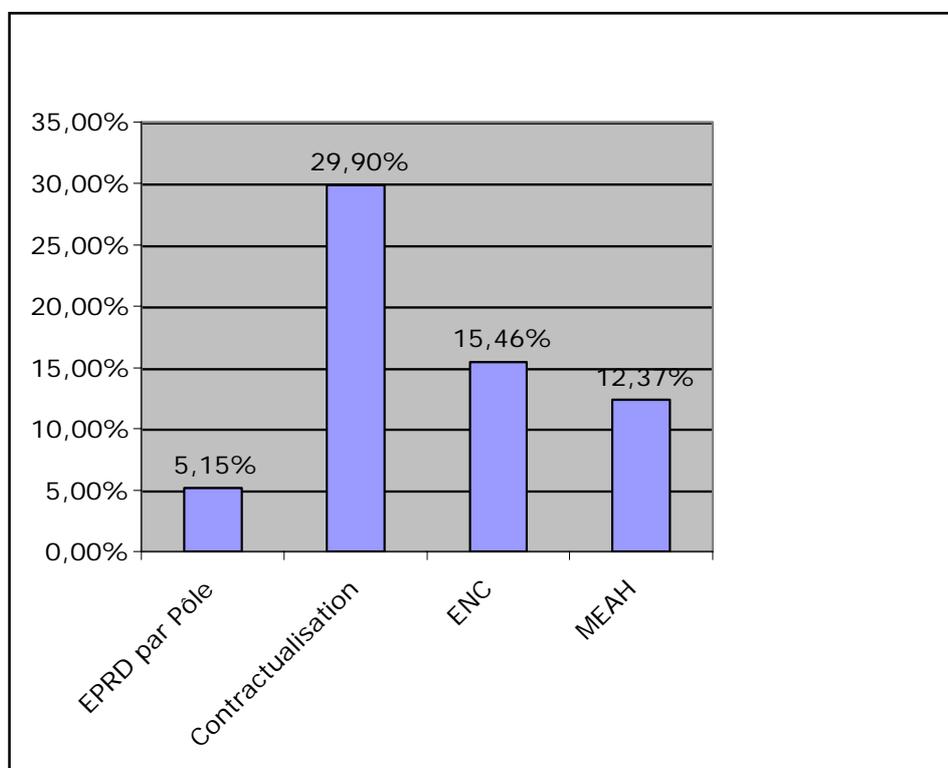


Deux enseignements majeurs peuvent être déduits de l'analyse des données. Premièrement, les répondants sont globalement davantage engagés dans des projets au niveau de leur SPH que dans des projets touchant leur SIH. Deuxièmement, parmi les projets au niveau du SIH, l'implémentation de logiciels est le projet le plus fréquemment cité. Au niveau du SPH, il s'agit des implémentations de tableaux de bord et de méthode de calcul des coûts à peu près à égalité.

### 7.2.2. L'environnement institutionnel, un facteur influent

Les relations avec l'environnement institutionnel sont appréhendées à partir des projets qui supposent des liens, voire une coopération entre les établissements et leur autorités de tutelle (ARH, ministère de la santé, voire Conseil Régional). Comme le montre la figure 7.17, le projet de contractualisation est le projet le plus fréquemment cité. En outre, la fréquence des projets d'implémentation des outils qui mettent en relation l'environnement institutionnel ne recoupe pas les fréquences constatées au niveau des projets touchant le SPH. Ainsi, la logique de génération des outils de pilotage ne peut être identifiée à celle qui suppose des liens avec l'environnement institutionnel. Le système de pilotage des établissements répondants est par conséquent également mû par une logique autonome. L'environnement institutionnel peut par conséquent être considéré comme un facteur qui influe sur la transformation du SPH mais ne constitue pas le seul acteur agissant. La notion d'isomorphisme institutionnel de Meyer et Rowan (1977) ne peut s'appliquer dans ce cas : il existe des découplages, qui selon Bourguignon, Saulpic et Zarlowski (2006) sont les révélateurs d'un changement de type néo-institutionnel.

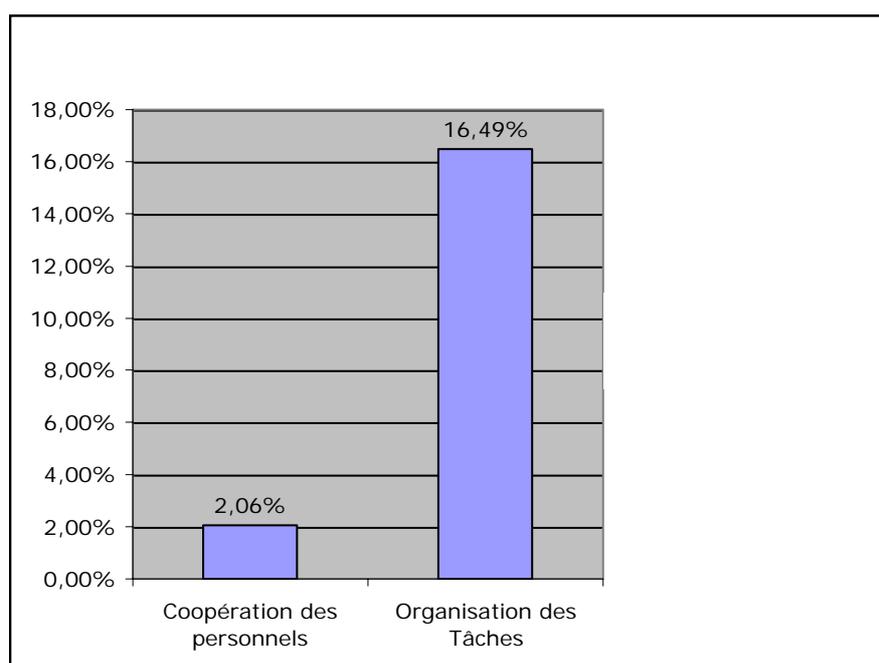
**Figure 7. 17 : Projets en relation avec l'environnement institutionnel**



### 7.2.3. Peu de projets sur les modes d'organisation du travail

Les projets connexes aux outils de gestion concernant les ressources humaines sont peu nombreux, même si la réorganisation des tâches pour accompagner l'implémentation aussi bien d'outils à destination du SPH que du SIH est envisagé par 16,49% des répondants (figure 7.18).

**Figure 7. 18 : Projets d'accompagnement concernant les ressources humaines**



Au terme de cette présentation des différents projets en cours parmi les établissements répondants, les trois thèmes se retrouvent dans les différents projets des répondants. Aussi, il est pertinent de pouvoir adopter le même découpage pour comparer ce qui est réalisé par les répondants avec les préconisations déduites de la recherche intervention. En outre, la logique de génération des outils de pilotage (à la fois insufflée par les tutelles et menée de manière autonome) est aussi identifiable parmi les répondants à notre enquête.

Il semble par conséquent que la situation des répondants est comparable avec celle constatée au niveau de l'établissement étudié en profondeur. Il reste à savoir quelles sont les implications managériales suivies dans le cadre de ces différents projets. Cette tâche nous permettra de constituer notre second niveau de prescription P2.

## **7.3. Proposition d'un second niveau de prescription**

L'analyse globale des projets nous a permis de constater qu'il est possible de regrouper les différents projets du questionnaire selon les trois axes de prescription déduits de notre recherche intervention. Néanmoins, nous ne savons pas encore si les prescriptions qui composent ces axes sont suivies par nos répondants. L'objet de cette dernière section est de savoir dans quelle mesure ces prescriptions se retrouvent au niveau de nos répondants. Cette tâche nous permettra de formuler un second niveau de prescription moins contingent à l'établissement étudié en profondeur.

Nous commencerons préalablement par comparer le premier niveau de prescription avec les données collectées par le questionnaire (7.2.2.1). Ce qui nous permettra de constituer notre second niveau de prescription (7.2.2.2).

### **7.3.1. Confrontation de nos prescriptions avec l'enquête**

Le premier niveau de prescription est confronté aux données de l'enquête selon les trois thèmes identifiés dans la première partie de ce chapitre : le processus d'implémentation des outils (7.3.1.1.), la gestion des ressources humaines (7.3.1.2.) et les relations avec l'environnement (7.3.1.3.).

#### **7.3.1.1. Au niveau de l'organisation des tâches du processus d'implémentation**

Nous débuterons par l'analyse des prescriptions sur la maturation des projets. Nous poursuivrons par la transmission des connaissances organisationnelles, puis celle sur la gestion complémentaire des projets. Enfin, nous étudierons les prescriptions sur la gestion du temps de travail.

##### **- La Maturation des projets**

Parmi les quatre implications managériales développées sur ce thème, seulement deux ont pu être identifiées parmi les répondants.

Ainsi le fait de clarifier les objectifs stratégiques pour permettre à la DAF de mieux orienter ses projets d'outils de pilotage (PM n°5) ne semble pas être suivi au niveau des différents projets d'introduction d'outils de gestion.

De même, mieux intégrer de manière générale les difficultés possibles dans la phase de maturation des projets (PM n°4) n'est pas considéré comme une action à prendre en considération par les répondants.

Néanmoins, remédier au problème de la collecte de données est considéré comme important par environ un quart des répondants. En ce sens, l'Implication Managériale n°16 (i.e. Prendre

en compte dès la phase de maturation des projets le problème de la collecte des données) trouve un écho favorable parmi les hôpitaux de l'enquête. Elle est même considérée par l'un d'entre eux comme très importante, car ce problème paralyse actuellement sa cellule de contrôle de gestion.

Ainsi, 19,59% des répondants ont intégré dans leurs projets ce problème de collecte des données en désirant améliorer le processus de croisement des données, comme le montre la figure 7.19.

**Figure 7.19 : projets généraux d'amélioration de la collecte de données**

Types de projet :	Nombre	Proportions / répondants
EAI/infocentre	11	11,34%
ERP	2	2,06%
Intégration bases de données	3	3,09%
Urbanisation	2	2,06%
Développement de passerelles	1	1,03%
Dossier patient	1	1,03%

Par ailleurs, d'autres établissements de santé ont également considéré ce problème comme important, mais envisagent d'autres solutions pour le résoudre (figure 7.20).

**Figure 7.20 : projets précis d'amélioration de la collecte de données**

Types de projet	Nombre	Proportion/ répondants
Recherche de logiciels en Contrôle de gestion	1	1,03%
Changer l'infocentre pour pouvoir mieux croiser les données financières avec l'activité	1	1,03%
Développer l'informatique pour mieux suivre les coûts	1	1,03%
Utiliser PMSI finance pour les TdB et le calcul des coûts	1	1,03%
Rapprocher le DIM de la cellule de gestion	1	1,03%

La prescription managériale n°16 est par conséquent relativement bien suivie et peut prendre diverses modalités comme l'ont montré les figures 7.19 et 7.20. Elle peut par conséquent être reprise pour constituer notre second niveau de prescription.

**- La transmission des connaissances organisationnelles**

Au niveau de la transmission des connaissances organisationnelles, en revanche aucun répondant escompte assurer une meilleure transmission des savoirs au niveau des sources de données (PM n°19), ni au niveau de l'utilisation des logiciels (PM n°20).

**- La gestion du temps de travail**

Au niveau de la gestion du temps de travail, aucun répondant n'envisage de concéder aux personnels de direction plus de temps pour le suivi des projets (IM n°8).

**- La gestion complémentaire des projets**

Les Prescriptions Managériales de P1 sur la gestion complémentaire des projets ont par contre trouvé un écho favorable.

Ainsi, favoriser les évolutions du SIH qui facilitent l'industrialisation des outils de pilotage (PM n°6) est explicitement formulé dans les projets de certains répondants.

Ce problème de collecte des données est en outre un problème récurrent parmi les hôpitaux de l'enquête. Seulement 28,87 % des contrôleurs de gestion interrogés considèrent en effet que le croisement des données comptables et financières avec les données d'activité médicale est facile. 52,58% d'entre eux considèrent en revanche que ce croisement ne se fait pas bien.

Parallèlement, 62,7 % des répondants estiment que les données fournies par le DIM (les données d'activité) sont mobilisés pour le contrôle de gestion. Ces données sont donc utiles pour leur travail.

En revanche, la prescription managériale n°17 n'est pas suivie. Le fait de privilégier une cohérence organisationnelle dans la transformation du SPH plutôt que de s'appuyer sur des démarches isolées n'est ainsi pas envisagée. Aucune ligne directrice n'est en effet mentionnée dans les différents projets destinés à animer de manière plus pertinente la relation entre SIH et SPH. Les établissements entreprennent tous des projets plus ou moins autonomes. Cette démarche permet en revanche d'éviter de rendre les projets trop dépendants les uns des autres. Ce qui diminue le risque des abandons « en chaîne ». Ce constat nous permet de considérer la prescription managériale n°7 comme suivie par tous les répondants. Elle peut par conséquent être intégrée à P2. De même PM n°18 (qui consiste à intégrer davantage les problématiques du pilotage dans les projets d'évolution du SIH) a trouvé un écho favorable parmi certains de nos répondants et peut également être intégrée dans notre second niveau de prescription managériale.

### **7.3.1.2. Au niveau de la gestion des ressources humaines**

Nous débuterons cette section par analyser les prescriptions managériales relatives à la

formation, ensuite celle concernant la coopération et enfin nous terminerons par celles ayant pour thème l'implications des personnels.

- **Implication des personnels**

Le renforcement de l'implication des personnels (IM n°11) ne fait l'objet d'aucun projet.

- **Formation des personnels**

De même, au niveau de la formation des personnels, aucun répondant ne nous a fait part de sa volonté d'améliorer la qualité des formations au niveau des outils de gestion. Ainsi, le fait d'insister sur l'importance de la méthodologie d'implémentation des outils introduits par capillarité (IM n°9) ne semble pas être pris en compte.

- **Coopération des personnels**

Concernant la coopération des personnels, la situation semble assez partagée. Ainsi, la moitié des répondants considère qu'il y a convergence de vue avec les autres services qui co-pilotent la structure et notamment avec le DIM. Néanmoins selon eux, les services et les pôles restent trop peu impliqués dans la conception des outils de contrôle de gestion. Par ailleurs aucun projet de l'enquête n'a explicitement pour objet de favoriser la coopération des différents personnels afin d'animer de manière plus pertinente la relation entre SIH et SPH.

De la sorte, l'implication n°10 (Réussir à concilier les différents intérêts en présence) ne peut être retenu pour P2. Et ce d'autant plus qu'aucun établissement ne prévoit un projet allant dans ce sens.

Le même constat peut être fait au niveau de PM n°15 qui stipule d'améliorer la qualité de la coopération entre la DAF et le DIM. Un de nos répondants projette néanmoins de rapprocher la cellule de gestion avec le DIM. Néanmoins, cet établissement présente ce projet comme un moyen d'améliorer la circulation des données entre ces deux services. Il ne fait aucune allusion à une volonté de renforcer leur coopération.

Enfin, aucun projet a pour objet d'améliorer la communication entre les chefs de projet et les futurs utilisateurs. De la sorte, PM n°14 reste également lettre morte.

### **7.3.1.3. Au niveau de la relation avec l'environnement**

Les relations avec l'environnement se caractérisent par un certain nombre de projets noués avec des organismes et agences externes comme a pu nous le montrer la section 7.2.

#### **- Les relations avec les prestataires externes (développeurs informatiques)**

Dans le cadre des relations avec des prestataires externes, aucun projet mentionné par les répondants n'évoque les implications managériales développées à partir de l'analyse des relations entre l'hôpital et son développeur informatique (PM n°12 et PM n°13). De même, en dépit d'une forte proportion de répondants engagés dans des projets avec la MeaH, aucun n'apporte de précisions quant au contenu et modalités de suivi prévus.

Néanmoins, cette vue ne peut être que partielle. Ainsi, par exemple, l'analyse des projets des répondants ne nous permet pas de savoir si les prestataires informatiques des hôpitaux sont en train de changer leurs pratiques et éventuellement davantage épouser les conceptions développées par les prescriptions managériales n°12 et 13.

#### **- Les relations avec l'environnement institutionnel**

Les institutions sont des acteurs influents au niveau de la transformation du SPH. Mais elles semblent par contre absentes au niveau de l'évolution du SIH. En outre, aucune implication managériale concernant les relations avec elles n'est suivie. Cela signifie que les projets qui impliquent les autorités de tutelle dans la transformation du SPH ne sont complétés par aucune procédures d'accompagnement (PM n°3 et PM n°2), ni d'une volonté de préciser le modalités d'introduction des outils (PM n°1).

Néanmoins, il est impossible de savoir si les tutelles sont en train de projeter de tels changements. Aussi, à l'instar des prestataires informatiques des hôpitaux, cette analyse ne peut être que partielle et mérite des investigations supplémentaires.

La confrontation des projets révélés par notre enquête avec P1 permet néanmoins de constater qu'aucune prescription managériale n'est reprise pour P2 au niveau des axes relation avec l'environnement et gestion des ressources humaines. Notre second niveau de P2 porte par conséquent exclusivement sur le processus d'implémentation des outils.

### 7.3.2. Le second niveau de prescription, des prescriptions axées sur les outils

Cette analyse comporte deux étapes. La première nous permet de présenter notre second niveau de prescription (7.3.2.1). La seconde mesure le degré de suivi de ce seconde niveau parmi les répondants (7.3.2.2).

#### 7.3.2.1. Présentation du second niveau de prescription

Parmi les vingt pistes managériales déduites de notre recherche intervention, seulement quatre ont pu être identifiées parmi nos répondants. Elles concernent toutes le processus d'implémentation des outils. Aucune piste concernant l'environnement, ni l'amélioration de la gestion des ressources humaines n'a pu être identifiée.

Aussi, comme le montre la figure 7.21, nos différents répondants envisagent d'animer de manière plus pertinente leur relation entre SIH et SPH en axant leurs actions uniquement sur le processus d'implémentation de leurs outils, notamment en résolvant le problème de la collecte et de la diffusion des données utiles pour les outils de pilotage.

**Figure 7.21 : le second niveau de prescription P2**

Thème	Sous thème	Piste managériale
Processus d'implémentation des outils de gestion	Complémentarité des projets	<b>IM6</b> : favoriser les évolutions du SIH qui facilitent l'industrialisation des outils de pilotage
		<b>IM7</b> : éviter de multiplier des projets trop dépendants afin d'éviter les abandons en chaîne
		<b>IM18</b> : intégrer davantage les problématiques du contrôle de gestion dans les projets d'évolution du SIH
	Maturation des projets	<b>IM16</b> : prendre en compte dès la phase de maturation le problème de la collecte des données

### 7.3.2.2. Analyse du degré de suivi des prescriptions par les répondants

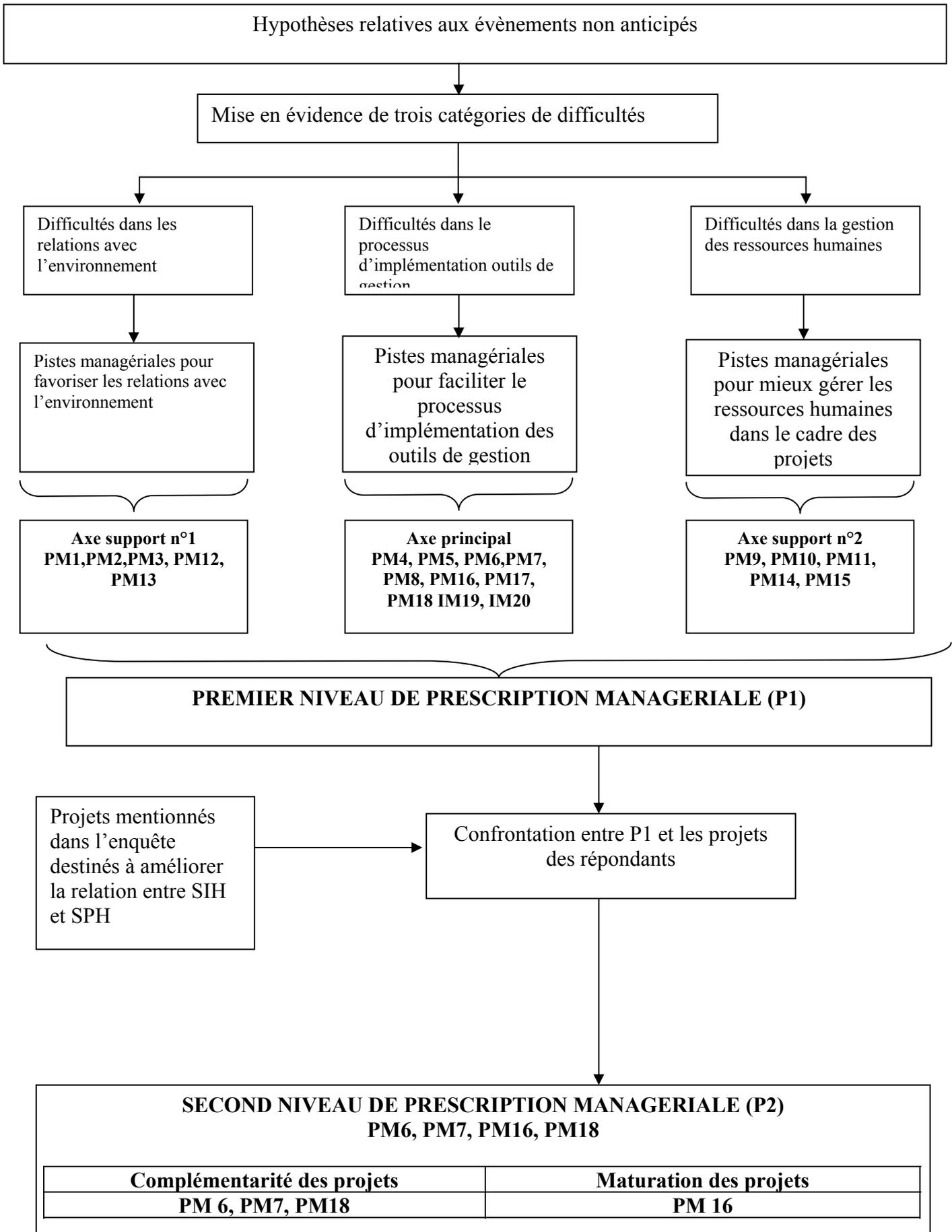
Le second niveau de prescription P2 est envisagé par nos répondants de manière différenciée. Ainsi, tandis que certaines pistes semblent trouver un large écho, d'autres sont marginalement projetées, comme le montre la figure 7.22.

**Figure 7.22 : le suivi des différentes modalités du second niveau de prescription**

Thème	Sous thème	Piste managériale	Taux de suivi parmi les répondants
Processus d'implémentation des outils de gestion	Complémentarité des projets	<b>IM6</b> : favoriser les évolutions du SIH qui facilitent l'industrialisation des outils de pilotage	<b>1,03%</b>
		<b>IM7</b> : éviter de multiplier des projets trop dépendants afin d'éviter les abandons en chaîne	<b>100%</b>
		<b>IM18</b> : intégrer davantage les problématiques du contrôle de gestion dans les projets d'évolution du SIH	<b>1,03%</b>
	Maturation des projets	<b>IM16</b> : prendre en compte dès la phase de maturation le problème de la collecte des données	<b>25%</b>

La figure 7.22 montre que privilégier une logique de déploiement des projets autonomes semble être suivi par l'ensemble des répondants, puisque à l'instar de l'établissement étudié, aucun n'a mis en avant de complémentarités entre leurs différents projets. En outre, un quart des répondants envisagent d'améliorer le problème de la collecte des données. Les deux autres prescriptions sont quant à elles présentes de façon marginale dans les établissements. La figure 7.23 reprend les principales étapes de notre raisonnement et nos principaux résultats.

**Figure 7.23 : les deux niveaux de prescription**



## 7.4. Conclusion du chapitre

Ce chapitre avait pour objet de répondre à la question de recherche suivante :

*Q3 : « Comment animer de manière plus pertinente les liens entre SIH et SPH afin de mieux répondre aux mutations de l'environnement des établissements de santé ? ».*

Grâce à notre recherche intervention, nous avons pu isoler un niveau de prescription contingent à l'hôpital étudié . Il est articulé autour de trois axes. Le premier a été qualifié de principal car il se compose de pistes qui visent à faciliter l'implémentation des outils de pilotage et informatiques. Les deux autres ont été qualifiés de support, car ils aident le processus d'implémentation à s'accomplir. Ils consistent en des prescriptions sur la gestion des ressources humaines d'une part et d'autre part sur les relations avec l'environnement.

Ce premier travail a pu être réalisé en reprenant les apports des chapitres cinq et six et grâce aux groupes d'hypothèses relatifs aux événements non anticipés.

La seconde étape de ce travail s'est basée sur la confrontation des suggestions managériales issues de notre recherche intervention avec ce qu'escomptent réaliser les répondants à notre enquête pour mieux animer la relation entre leur SIH et leur SPH. Il en ressort un second niveau de prescription à portée plus générale. Ce second niveau ne concerne que le processus d'implémentation des outils de gestion : les axes support sont laissés de côté. Deux grands types d'action sont notamment envisagés : privilégier un développement autonome des projets et proposer des solutions capables de remédier aux problèmes de collecte et de diffusion des données dans le cadre de la transformation SPH.

## **CONCLUSION GENERALE**

La problématique générale de cette thèse porte sur les relations entre Système d'Information Hospitalier (SIH) et Système de Pilotage Hospitalier (SPH) dans une optique de transformation du SPH. C'est ce que nous avons nommé « relation dynamique entre SIH et SPH ». Son étude est appréhendée selon des approches qualitatives et quantitatives pour montrer que la transformation du SPH (qui permet de mieux répondre aux mutations de l'environnement) implique de considérer le SIH existant comme un élément déterminant dans la transformation du SPH suivant deux modalités : contrainte et élément facilitateur.

Cette approche générale est déclinée en trois thèmes repris dans les trois questions de recherche sur lesquelles la partie empirique de cette thèse est construite à savoir :

- L'état des lieux de la relation entre SIH et SPH
- Les projets envisagés pour animer cette relation
- Des pistes possibles pour améliorer cette animation

Répondre à ces trois points permet non seulement de savoir quel est le rôle du SIH dans la transformation du SPH mais aussi comment améliorer la relation dynamique entre ces deux sous systèmes organisationnels. Les principaux résultats sont repris dans la première partie de cette conclusion (8.1). Ce travail comporte néanmoins des limites (8.2), mais propose aussi des pistes pour de futurs travaux scientifiques (8.3).

## **8.1. Résultats de la recherche**

Les résultats de cette recherche sont axés autour des trois thèmes développés au niveau des différentes questions de recherche. C'est pourquoi nous commencerons par rappeler les principaux résultats concernant l'état des lieux sur la relation entre SIH et SPH (8.1.1.). Ensuite nous rappellerons les enseignements tirés de l'étude des projets réalisés au niveau d'un établissement (8.1.2.) Enfin, nous terminerons en abordant les pistes d'amélioration possibles (8.1.3.).

### ***8.1.1. Relation dynamique entre SIH et SPH : état des lieux***

L'enquête exploratoire quantitative permet de répondre à notre première question de recherche (chapitre quatre). Elle permet de mettre en évidence que le SPH est composé d'outils de pilotage généralement peu innovants et de nature essentiellement financiers (peu de données qualitatives sont mobilisées pour le pilotage des hôpitaux). En outre, sa transformation pose problème, car des outils normalement en vigueur depuis près de dix ans ne sont que partiellement déployés. Enfin, l'animation de ce système de pilotage se caractérise par un suivi généralement régulier des états élaborés par le contrôle de gestion.

Le SIH quant à lui est généralement composé de logiciels informatiques dédiés au milieu hospitalier, mais cette tendance est nettement moins prononcée au niveau de sa sphère administrative et financière. En dépit d'une animation que les contrôleurs de gestion interrogés qualifient généralement de « bonne » avec le responsable de la sphère médicale du SIH de leur établissement, ils reconnaissent aussi en majorité que les données entre ces deux sphères circulent difficilement. Grâce à cet état des lieux, ce résultat très important a pu être mis en avant. En effet, si les contrôleurs de gestion estiment que les informations circulent mal entre les deux sphères du SIH, leurs besoins en information risquent de ne pas être couverts. Cela peut expliquer pourquoi le SPH peine à se transformer. Le SIH agirait ainsi plutôt comme une contrainte. Ces résultats méritent néanmoins confirmation et supposent d'être approfondis par une étude qualitative axée sur l'observation dans un établissement particulier de la relation dynamique entre SIH et SPH.

### **8.1.2. Analyse des projets envisagés par les établissements**

C'est dans cette optique dynamique que les projets envisagés par un établissement tant au niveau du SPH que du SIH sont abordés.

L'analyse des différents projets observés tant au niveau du SIH que du SPH confirme tout d'abord que le SIH existant contraint plutôt qu'il ne facilite la transformation du SPH. La circulation mal aisée des données entre les deux sphères du SIH est confirmée. Par ailleurs, les contrôleurs de gestion ont aussi des difficultés à collecter des données au niveau de la sphère administrative et financière du SIH. Les informations véhiculées par le SIH sont non seulement éparpillées dans la structure (d'où une perte de temps importante dans les travaux de collecte) mais également peu précises compte tenu des besoins de données nécessaires pour mettre en place les outils de pilotage envisagés aussi bien par les tutelles (introduction par catalyse réglementaire) que par la direction des affaires financières de l'établissement (introduction de manière spontanée par capillarité).

L'analyse des évolutions du SIH projetées montre que même si les projets suivis tentent de lier les problématiques de pilotage avec celles du SIH, les effets réels sont en deçà de ceux envisagés. Ainsi, alors que les projets d'animation de la relation dynamique entre SIH et SPH inspirés notamment par le GMSIH nous semblent tout à fait pertinents, la conduite des projets est problématique et vide progressivement de son contenu les réformes envisagées. Fort de ce constat, des pistes d'amélioration peuvent être déduites afin d'éviter les écueils rencontrés.

### **8.1.3. Les implications managériales pour améliorer la relation dynamique entre SIH et SPH**

À partir des pistes d'amélioration proposées au chapitre sept, nous pouvons répondre à notre dernière question de recherche : Comment animer de manière plus pertinente les liens entre SIH et SPH afin de mieux répondre aux mutations de l'environnement des établissements de santé ?

Il a été possible de regrouper ces différentes pistes sous trois thèmes. Chacun de ces thèmes constitue un facteur auquel les acteurs des projets d'implémentation d'outils de gestion doivent être attentifs. Animer de manière plus pertinente les liens entre SIH et SPH pour mieux répondre aux mutations de l'environnement des établissements de santé suppose en effet de considérer tout d'abord l'organisation des tâches dans le processus d'implémentation des outils. Cette meilleure organisation des tâches s'axe sur une meilleure maturation des

projets, la transmission des connaissances organisationnelles, une gestion de la complémentarité des projets et la gestion du temps de travail des responsables.

Cet axe d'implications axé autour du processus d'implémentation des outils de gestion s'accompagne de deux autres faisceaux d'implications supports. Le premier concerne la gestion des ressources humaines et le second les relations avec l'environnement.

La confrontation des pistes déduites de notre terrain d'observation scientifique avec les projets des répondants à notre enquête permet de constituer un second niveau de prescription plus général, car commun à plus grand nombre d'établissements. Ce second niveau met notamment en avant la nécessité de préserver un développement autonome des différents projets et l'importance de la phase de maturation dans le processus d'implémentation des outils de gestion.

L'exposé de nos pistes d'amélioration mérite à présent d'être confronté avec ce que préconise la littérature qui traite de la relation dynamique entre SIH et SPH. Il n'existe à notre connaissance que deux articles sur le sujet. Il s'agit de Doolin (2004) et Kolhi & Kettinger (2004).

Doolin (2004) préconise de s'intéresser à trois domaines : le comportement des médecins, la trame du changement et le rôle du cadre institutionnel. Notre approche intègre ces trois domaines mais les complète également. Les médecins ne sont pas en effet les seuls personnes susceptibles d'être parties prenantes lors la transformation du SPH et l'évolution du SIH. En outre, le cadre institutionnel n'est pas le seul acteur externe capable d'influer sur ce type de relation. Le rôle des développeurs informatiques en tant que prestataires externes peuvent en effet influencer via la qualité de leur produit la transformation du SPH.

Kolhi et Kettinger (2004) s'intéressent quant à eux aux modalités du changement susceptibles de faire accepter l'évolution du SIH et la transformation du SPH. Mais leur point de vue reste centré sur les médecins et ces auteurs ne proposent pas de pistes pour faciliter l'animation entre SIH et SPH. En outre, ils n'évoquent pas l'influence de l'environnement sur les changements observés.

Ainsi, globalement les articles qui traitent de l'interaction entre SIH et SPH privilégient l'interprétation des faits observés sans formuler véritablement des implications issues de leurs observations. Nos résultats permettent de contribuer aux connaissances en sciences de gestion dans ce domaine. Mais ils admettent également certaines limites.

## **8.2. Limites de la recherche**

Deux types de limites peuvent être avancées. Tout d'abord, ce travail doctoral ne constitue

qu'un arrêt sur image d'une situation en pleine évolution (8.2.1.). Ensuite, la méthodologie employée d'essence constructiviste est susceptible d'induire certains biais (8.2.2.).

### **8.2.1. Un arrêt sur image sur une situation par nature évolutive**

Durant les trois années écoulées, un certain nombre de réformes ont tenté de transformer le système de pilotage des hôpitaux. Néanmoins, les plans visant à faire évoluer les prises de décision au niveau des hôpitaux se succèdent et actuellement, le plan hôpital 2012 commence à se déployer. Par ailleurs, les initiatives de type MeaH se développent et le GMSIH s'oriente à présent vers des travaux davantage axés sur le Système d'Information de Gestion Hospitalier. De pionnier, le travail que nous venons de réaliser va progressivement se banaliser.

Les observations effectuées se sont en effet arrêtées et nous ne pouvons retranscrire au moment où nous écrivons ces lignes ce qui se passe dans notre établissement. Ce travail doit par conséquent être considéré comme un instantané, une sorte d'arrêt sur image sur un processus qui évolue sans cesse.

### **8.2.2. Les choix méthodologiques, des sources de subjectivité**

En outre, l'aspect constructiviste de ce travail n'est pas exempt de subjectivité. En dépit d'un effort de prise de recul et d'une volonté d'être le plus neutre possible, notre analyse s'est basée sur un point de vue particulier. Elle correspond en effet à l'observation de la vie d'un hôpital appréhendée uniquement au niveau de son service des finances.

Par ailleurs, compte tenu de la masse de données collectées, nous sommes conscients que les pistes d'amélioration que nous avons formulées ne sont pas les seules qui puissent être énoncées. Néanmoins, nous sommes convaincus que l'articulation de ces pistes autour des trois axes développés au chapitre six permet de pendre le problème de l'animation du SIH et du SPH en ne laissant pas de côté des parties prenantes clés.

### **8.3. Perspectives de recherches futures**

Cette thèse offre au moins deux opportunités de développement. Tout d'abord, ces travaux méritent d'être approfondis afin de confirmer (ou infirmer) les résultats obtenus (8.3.1.). Ensuite, un approfondissement peut être entrepris au niveau des institutions ou des prestataires de l'hôpital afin d'acquérir une vision plus globale des relations que l'hôpital entretient avec son environnement (8.3.2.).

#### ***8.3.1. Un travail exploratoire qui nécessite des recherches supplémentaires***

Notre recherche s'est déroulée sur trois ans. Beaucoup de changements sont intervenus dans le pilotage des hôpitaux. Néanmoins, les avancées dans ce domaine restent mitigées. Aussi, il serait intéressant, par la suite, d'appliquer les pistes développées dans ce travail au niveau d'un hôpital différent mais comparable afin de voir si elles sont nécessaires mais également suffisantes. Si elles ne sont pas suffisantes, les trois axes pourront être développés, enrichis d'autres propositions. Si par contre, elles ne sont pas toutes nécessaires, les trois axes que nous avons identifiés mériteraient d'être simplifiés.

Ainsi, les résultats obtenus méritent des études supplémentaires afin de pouvoir être confirmés, modulés, voire invalidés.

#### ***8.3.2. Des pistes induites encore trop peu explorées***

Ce travail a également permis de mettre en avant l'influence de l'environnement dans l'animation de la relation entre SIH et SPH.

Les institutions qui encadrent les hôpitaux influent en effet sur la transformation de leur système de pilotage. Or les relations entre les hôpitaux et leurs autorités de tutelle posent problème. Aussi, il serait intéressant de mener des recherches interventions au niveau notamment des ARH pour connaître davantage leurs modes de fonctionnement et ainsi éventuellement préciser certaines pistes d'amélioration, comme l'accompagnement plus suivi des ARH dans l'implémentation des outils. Des recherches de ce type peuvent d'ailleurs également être menées au niveau du Conseil Régional.

De même, des études concernant les prestataires externes à l'hôpital permettraient de préciser davantage les relations que l'hôpital entretient avec eux. De la sorte, les pistes d'amélioration qui les concernent pourraient être affinées au niveau des prestataires informatiques notamment.

Mais nous pensons qu'il existe également une autre piste à suivre dans ce domaine. Elle consiste à étudier les relations qu'un hôpital entretient avec la MeaH dans le cadre d'un projet de transformation de son système de pilotage. Ainsi, l'étude des relations avec l'environnement de l'hôpital pourrait être approfondie afin de mieux évaluer les projets d'évolution du SIH et de transformation du SPH. De la sorte, il serait intéressant de pouvoir évaluer si les différentes parties prenantes de l'hôpital impliquées dans ces changements lui permettent véritablement de mieux animer sa relation entre SIH et SPH afin de transformer son SPH.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Abernethy M. A. (1994) "An empirical assessment of the fit between strategy and management information system design", *Accounting and Finance*, Novembre 1994 pp. 49-66
- Ahn H. (2001) "Applying the Balanced Scorecard Concept: An Experience Report", *Long Range Planning*, n°34, pp. 441-461.
- Alcouffe S., Berland N., Levant Y. (2003) « Les facteurs de diffusion des innovations managériales en comptabilité de gestion : une étude comparative », *Comptabilité, Contrôle, Audit*, numéro spécial de mai 2003, pp.7-26
- Allard-Poesi F. et Perret V. (2003) « La recherche-action » in « *Conduire un projet de recherche* », ouvrage collectif sous la direction d'Yvonne Giordano, éditions EMS « management et société »
- Andersen H. K., Lawrie G. (2002) "Examining Opportunities for Improving Public Sector Governance through better Strategic Management", *2GC Conference Paper*, mai, pp.1-10,
- Arnaboldi M., Lapsey I. (2004), « Modern costing Innovations and Legitimation : A Health Care Study » *Abacus* ,pp. 1-20.
- Arygris C., Putnam R., Mac Clain Smith D. (1985) « *Action Science : Concepts Methods and Skills for Research and Intervention* », Edition Jossey - Bass
- Atkinson P. et Hammerley M. (1994) « Ethnography and Participant Observation » in Dezin N.K. et Lincoln Y.S. "*Handbook of Qualitative Research*", Thousands Oaks
- Bariff M.L. et Lusk E.J. (1977) "Cognitive and Personality test for the design of management information system", *Management Science*, Vol. 23, n°8, avril 1977, pp. 820-829
- Broady-Preston J., Hayward T.E. (1998) "An Assessment of the Relationship between Marketing, Information and Strategy Formulation in the UK Retail Banking Sector", *International Journal of Management*, vol. 18, n°4, pp. 277-285
- Baker J.J. Boyd G.F. (1998), « ABC in the operating room at Valley Hospital : A case study » in Baker J.J. (1998) « *Activity Based Costing and ABM for Management Health Care* », An Aspen Publication.
- Bartoli A. (2004) « *Le management dans les organisations publiques* », Edition Dunod
- Baumart, Donada, Ibert et Xuereb (2003) « La collecte des données et la gestion de leurs ressources » in Thiétart R.A. « *Méthodes de recherche en mangement* », Edition Dunod



- Bergadaa M. et Nyeck S. (1992) « Recherche en marketing : un état des controverses », *Recherches et applications en marketing*, volume n°7, n°3, pp.23-44
- Bertalanffy (von) L. (1973) « *Théorie des systèmes* », Dunod, 1973
- Bescos P.L. et Mendoza C. (1998) « Les besoins des managers sont-ils satisfaits ? », *Revue Française de Gestion*, Novembre –Décembre 1998, pp. 117-128
- Besson P. (1999) « Les projets ERP à l'épreuve de l'organisation », *Systèmes d'Information et Management*, n°4, décembre 1999, pp.21-52
- Biardeau S. et Bourcieu S. « Méthodes qualitatives et quantitatives : des complémentarités naturelles, actes du congrès international de l'ISEOR, avril 2006
- Bidan M. (2004) « Fédération et Intégration des applications du Système d'information de Gestion » *Systèmes d'information et management*, vol.9 pp.1-20
- Biolodeau H., Langley A., Bremond M., Baker C.R. « A conceptual framework for the Health Care Organization performance », *Health services management research*, 1998 pp. 24-28
- Blizzard R., (2003) « Engagement Key to Improving Balanced Scorecards », *Gallup Poll Tuesday Briefing* pp.1-3
- Boland R.J. (1991) « *Information System Use as a Hermeneutic Process* » in Nissen H.E.
- Bouquin H. (1997) « Contrôle » Encyclopédie de Gestion pp. 667-685, Éditions ECONOMICA
- Bourguignon, Saulpic, Zarlowski « Management Accounting Change in the French Public Sector : A New Management Perspective », *actes du congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Tunis*, 2006
- Bourguignon A., (mai 2003) « Il faut bien que quelque chose change pour que l'essentiel demeure : la dimension idéologique du "nouveau" contrôle de gestion », *Comptabilité Contrôle Audit*, numéro spécial, pp. 27-53
- Bourguignon A., Malleret V., Norreklit H. (2002) « L'irréductible dimension culturelle des instruments de gestion : l'exemple du balanced scorecard », *Comptabilité Contrôle Audit*, numéro spécial, mai, pp. 7-32
- Bourguignon A. (1997) « Sous les pavés...la plage ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance », *Comptabilité Contrôle Audit*, vol.3, n°1, pp.89-101
- Burns J. et Scapens R. W. (2000) « Conceptualising Management Accounting Change : an institutional framework », *Management Accounting Research*, n°1, mars 2000, pp. 3-25

- Burke D.E. et Menachemi N. (2004), « Opening the Black Box : Measuring Hospital Information Technology Capability ». *Health Policy*, pp. 207-217.
- Burke D. E., Wang B.B.L., Wang T.T.H. et Diana M.L. (2002), « Exploring Hospitals' Adoption of Information Technology », *Journal of Medical Systems* pp.349-355
- Camponovo J.E. (2004), « The Business of Radiology : Cost Accounting » *American College of Radiology*, pp. 567-575
- Cardinaels E., Roodhooft F., Van Herck G. (2004), « Drivers of cost development in hospitals : result of a survey », *Health Policy*, pp. 239-252
- Carver L. et Turoff M. (2007) « Human-computer interaction: the human and computer as a team in emergency management information systems » *Communications of the ACM* pp.33-38 Volume 50 , n° 3 , Mars 2007
- Cauvin C. (1997), « Établissement de santé : spécificités de la gestion et particularités du management », *Encyclopédie de Gestion*, pp.1179-1192. Éditions ECONOMICA.
- Cauvin C et Coyaud C. « *Gestion hospitalière, finance et contrôle de gestion* », Edition ECONOMICA, Collection Gestion
- Champagne F. (2002) « La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé », *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*
- Chanal V., Lesca H. et Martinet A.C. (1997) « Vers une ingénierie de la recherche en sciences de gestion », *Revue Française de Gestion*, n°116, pp.41-51
- Chen S-H, Lin W-T, Yang C-C (2006) « The establishment of a stolen-vehicle tracking management information system », *Human System Management* 25, pp. 71-76
- CHEUNG, A B L, (2002) "Modernizing Public Healthcare Governance in Hong Kong: A Case Study of Professional Power in New Public Management", *Public Management Review*, 4(3), Septembre 2002, pp 343-365.
- Choffel D., Meyssonier F. (2005) « Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard », *Actes du Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité de Lille*, pp. 1-27
- Chominenne H. (2001) « Le rôle du management dans la modernisation des organisations administratives publiques françaises », thèse de doctorat ès Sciences de Gestion, université Versailles Saint Quentin
- Churchmann C. W. (1974) « *Qu'est-ce que l'analyse par les systèmes ?* », Edition Dunod
- CIGREF (2003) « *Accroître l'agilité du système d'information urbanisme : des concepts au projet* », livre blanc Cigref

Claveau N. et Tannerie F. (2002) « La recherche à visée ingénierique en management stratégique ou la conception d'artefacts médiateurs » in Mourgues N. « *Questions de méthodes en Sciences de Gestion* », Edition Management et Sociétés, pp.121-150

Code de la Santé Publique (2008), Edition DALLOZ

Couanau R. (2003) « *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital* », rapport d'information de l'Assemblée Nationale

Coudray M.A. et Barthès R. (2006) „Le management hospitalier à la croisée des chemins“, n°452, *Gestion Hospitalières*, janvier 2006

Crozier M. (1963) „*Le phénomène bureaucratique*“, Edition du Seuil,

Culnan M. (1986) « The intellectual development of management information systems, 1972-1982 : a co-citation analysis », *Management Science*, vol. 32, n°2, février 1986, pp. 156-172

Curchod C. « La méthode comparative en sciences de gestion : vers une approche qualitative quantitative de la réalité managériale, *Finance Contrôle Stratégie*, Volume 6, n°2, pp.155-177, juin 2003

Davenport Th. (1994) « Saving IT's Soul : Human-Centered Information Management », *Harvard Business Review* pp. 119-131

David A. (1998) « Outils de gestion et dynamique du changement », *Revue Française de Gestion*, n°120, pp.44-59

David A. (2000) « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées », in David A. Hatchuel A. et Laufer R. « *Les nouvelles fondations des sciences de gestion* », Vuibert

Davis G.B. (1974) « *Management Information Systems : Conceptual Foundations Structure and Development* », McGraw Hill Book, New York

De la Ville V.I. (2000) « La recherche idiographique en management stratégique : une pratique en quête de méthode ? », *Finance Contrôle Stratégie*, volume 3, n°3, pp. 73-99

DEMS (2006) « Synthèse sur les rôles et missions des DIM », Hôpitaux de Marseille

Dickson G.W. Senn J. A. et Chervany N. L. (1977) « Research in management systems : the Minnesota experiments », *Management Science*, vol. 23, n° 9, mai 1977, pp. 913-923

Doolin B. 1999 « Socitechnical networks and information management in health care » *Accounting management and information technologies*

Doolin B. (2004) « Power and resistance in the implementation of a medical management information system », *Information System Journal*, pp.343-362

- Demeestère R. (2005) « *Le contrôle de gestion dans le secteur public* », Librairie de droit et de jurisprudence, collection Systèmes
- Demeestère R., Lorino P., Mottis N. (1997) « *Contrôle de gestion et pilotage* », Nathan, Paris
- Dictionnaire encyclopédique Quillet (1981)
- Ein-Dor P. et Segev E. (1978) “Organizational context and the success of management information systems”, *Management science*, vol. 24, n° 10, juin 1978, pp. 1064-1077
- Eisenhardt K. (1989) « Building Theory from Cas Study Research », *Academy of Management Review*, volume 14, n°4, pp. 532-550
- Evrard Y., Pras B., Roux E. (1993) « *Market, étude en marketing* », Nathan
- Expert P. (2005) « Le tableau de bord idéal : arlésienne et phénix », *Gestions Hospitalières*, n°504, mai-juin, pp. 48-51,
- Feldman M.S. et Pentland B.T. (2003) “Reconceptualizing organizational routines as a source of flexibility and Change, *Administrative Science Quarterly*, vol. 48, n°1, pp. 94-118
- Fitzpartick M. A. (2002) « Let’s Bring balance to Health Care », *Nursing Management*, mars, pp. 35-37
- Fitzpatrick M.A. Baker J.J. (1998), « The top down approach by Kentucky PrimeCare » in Baker J.J. (1998), « *Activity Based Costing and ABM for Management Health Care* », An Aspen Publication.
- Friedberg E. (1993) « *Le pouvoir et la règle* », Editions du Seuil
- Garcia, De Val Prado (2003) « Strategies and performance in hospitals », *Health Policy*
- Garrot T. (1995), « La gestion hospitalière par la méthode ABC » *Comptabilité Fiance Audit*, pp. 1-10
- Glick N. D., Blackmore C. C., Zelman W. (2000), « Extending Simulation Modeling to Activity-Based-Costing for Clinical Procedures » *Journal of Medical Systems*, pp. 77-89
- Giroux N. (2003) « l’étude de cas », in « *Conduire un projet de recherche* », ouvrage collectif sous la direction d’Yvonne Giordano, éditions EMS « management et société »
- Grandjean P. et Charpentier M. (1998) « *Secteur public et contrôle de gestion* », éditions d’organisation, Paris
- Grandlund M. et Malmi T. (2002) « Moderate impact of ERPS on management accounting : a lag of permanent outcome ? », *Management Accounting Research*, 13(3), pp.299-321
- Grawitz M. (1993) « *Méthodes des sciences sociales* », Edition Dalloz

Groupement pour la modernisation des systèmes d'information (GMSIH) (2005) « *Alignement stratégique du système d'information des établissements de santé : définition des concepts et méthodologie appliquée à l'étude* », Actes de la Journée des adhérents du GMSIH, juillet 2005

Groupement pour la modernisation des systèmes d'information (GMSIH) (2005) « *Analyse de l'existant et des besoins des systèmes d'information de production de soins : description et analyse des processus de soins, analyse critique et identification des besoins* », Actes de la Journée des adhérents du GMSIH, juillet 2005

Groupement pour la modernisation des systèmes d'information (GMSIH) (2006) « *Kit de base des tableaux de bord* », Actes de la Journée des adhérents du GMSIH, juillet 2006,

Guba E.G. Lincoln Y.S. (1994) « *Competing Paradigms in Qualitative Research* » in Dezin N.K. et Lincoln Y.S. « *Handbook of Qualitative Research* », Thousands Oaks

Guedj N. (2000) « *La mutation du contrôle de gestion* » in Guedj N.; « *Le contrôle de gestion pour améliorer la performance de l'entreprise* », les Editions d'Organisation

Guilhon A. (1998) « *Le changement organisationnel est un apprentissage* », *Revue Française de Gestion*, septembre-octobre, n°120, pp.98-107

Gumbus A., Bellhouse D. E., Lyons B. (2004) « *A three year Journey to Organization and Financial Using the Balanced Scorecard: A Case Study at a Yale New Haven Health System Hospital* », *Journal of Business & Economic Studies*, vol. 9, n°2, pp. 54-64

Hage R. (1999) « *Organizational Innovation and Organizational Change* », *Annual review of Sociology*, pp.597-622

Hatchuel A. (1994) « *Apprentissage collectifs et activités de conception* », *Revue Française de Gestion*, juin-juillet-août 1994

Hémidy L., 1996 « *L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux* », *Revue Française de Gestion*, n°109, Juin-juillet-août.

Hirschheim R. et Newman M. (1991) « *Symbolism and Information Systems Development : Myth, Metaphor and Magic* », *Information System Research*, pp. 29-62

Hubert J-F et Lemaire L. (2001) „*Comptabilité de gestion*“, Presses Universitaire de France

Hyvonen T. (2003) „*Management accounting and information systems : ERP versus Best of Breed*“, *European Accounting Review*, vol. 12, n°1, pp. 155-173

Inamdar N., Kaplan R. S., Bower M. (2002) « *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Organizations* », *Journal of Health Care Management*, n°47, mai-juin , pp. 179-194,

Igalens J. et Roussel P. (1998) « *Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines* », Éditions ECONOMICA

Ittner C. D., Larcker D. F., Meyer M. W. (2003) “Subjectivity and the Weighting of Performance Measures: Evidence from a Balanced Scorecard”, *The Accounting Review*, vol. 78, n°3, pp. 725-758

Ittner C. D., Larcker D. F. (1998) “Innovations in Performance Measurement: Trends and Research Implications”, *Journal of Management Accounting Research*, pp. 205-238

Jick T.D. (1983) « Mixing Qualitative and Quantitative Methods : Triangulation in Action » in Van Maannen J.in “*Qualitative Methodology*”, Sage, pp. 135-148

Johnson H.T. et Kaplan R. S. (1987) “*Relevance lost : The rise and fall of management accounting*”, Boston (Ma.), Harvard Business School Press

Jones M. L. H., Filip S. J. (2000) “Implementation and Outcomes of a Balanced Scorecard Model in Women’s Services in an Academic Health Care Institution”, *Quality Management in Health Care*, pp. 40-51

Kaplan R. S., Norton D. P. (1992) “The Balanced Scorecard Measures that Drive Performance”, *Harvard Business Review*, janvier-février, pp. 71-79

Kaplan R. S., Norton D. P. (1993) “Putting the Balanced Scorecard to Work”, *Harvard Business Review*, septembre-octobre, pp. 134-142

Kaplan R. S., Norton D. P., (1993)“Linking the Balanced Scorecard to Strategy”, *California Management Review*, vol. 39, n°1, pp. 53-79

Kaplan R.S. (1995) “New roles for management accountants”, *Journal of Cost Management*

Kaplan R. S., Norton D. P. (2001) “Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: part I”, *Accounting Horizons*, vol. 15, n°1, pp.87-104

Kaplan R. S., Norton D. P. (2001) “Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: part II”, *Accounting Horizons*, vol. 15, n°2, pp.147-160

Kaplan R. S., Norton D. P. (2001) “*Comment utiliser le Balanced Scorecard*”, Edition d’organisation, Paris

Kalika M., Kéfi H. (2004), « *Évaluation des Systèmes d’Information : une perspective organisationnelle* », Éditions ECONOMICA.

- Kasurinen T. (2002) "Exploring management accounting change: the case of the balanced scorecard implementation", *Management Accounting Research*, vol.13, pp. 323-343
- Kershaw R., Kershaw S. (2001), "Developing a balanced scorecard to implement strategy at St. Elsewhere Hospital", *Management Accounting Quarterly*, pp. 28-45
- King W. R. et Cleland D.(1975) « The design of management information systems : an information analysis approach », *Management Science*, vol. 22, n°3, Novembre 1975 , pp. 286-297
- Klein H. et Hirschheim R. « Information System Reserach Contemporary Approaches and Emergent Traditions », *North-Holland*, Amsterdam, p. 439-458
- Kohltoff, Huberts, Van Den Heulen (2007) « The Ethics of New Public Management : is integrity at stake ? » , *Public Administrative Quarterly*, Hiver 2007
- Kohli R. et Kettinger W. (2004)« Informating the clan : controlling physicians 'Costs and Outcomes » , *MIS Quarterly* pp.363-394, Septembre
- Kuhn T. (1983) « *La structure des révolutions scientifiques* », Editions Flammarion
- Lawrie G., Cobbold I. (2002) "Classification of Balanced Scorecards based on their effectiveness as strategic control or management control tolls", *Performance Measurement Association*, pp. 1-15
- Lawrie G., Kalff D., Andersen H. (2005) "Balanced Scorecard and Result-Based Management: Convergent Performance Management System", *2GC Conference Paper*, septembre, pp. 1-14
- Lebraty, 2002 « Une vision cognitive d'aide à la décision » pp. 103-128 in « *Faire de la recherche en système d'information* », éditions Vuibert – FNEGE, Paris
- Larsen J., Skjoldborg U. S. (2003), « Comparing systems for costing hospital treatments the case of stable angina pectoris » *Health Policy* ,pp.293-307
- Lievens Y., Van den Bogaert W., Kesteloot K., « Activity Based Costing : a pratical model cost calculation in radiotherapy », *Radiation Oncology Practice*, pp. 522-534
- Le Moigne J.L. ,(1986) « Vers une système d'information organisationnel ? », revue française de gestion, novembre-décembre 1986, novembre-décembre 1986, pp. 20-31
- Lenay O. et Moisdon J-C (2004) « Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité », *Revue Française de Gestion*, pp. 127-141
- Le Petit Larousse compact (2004), 100<sup>ème</sup> édition, éditions Larousse, Paris
- Le Roux, Desbertrand, Guérif, Tang, Tixier et Verger 2004 « Urbanisation et modernisation

du Système d'Information », collection Hermès Sciences, Editions Lavoisier, Cachan

Lewin K. (1939) « Field Study and Experiment in Social Psychology : Concepts and Methods, *American Journal of Sociology*, pp. 868-897

Lewin K. (1946) “Action Research and Minority Problem”, *Journal of Social*, pp.34-46

Lewin K (1951) « *Field Theory in Social Science* », Edition Harper et Row

Lorino P. (1996), « *Méthodes et pratiques de la performance* » Les éditions d'organisation

Lorino P. (2000) « Le pilotage de la performance », Editions d'organisation, Paris

MacStarvic S. (1999) “A Really Balanced Scorecard”, *Health Forum Journal*, mai-juin, pp. 64-67

Maher M. W., Marais L. (1998), « A field study on the limitations of Activity-Based-Costing when resources are provided on a joint and indivisible basis », *Journal of Accounting Research*, pp. 129-142

MainH (2007) « *actes de la conférence nationale sur l'investissement hospitalier du plan hôpital 2007 au plan hôpital 2012* », Publication MainH

Marcon E., Guinet A., Tahon C. (2008) « *Gestion et performances des systèmes hospitaliers* », Collection hermès science, éditions Lavoisier, Cachan

Mathieu-Batsch C. (1983) « *Invitation à la créativité* », éditions d'Organisation, Paris

Meinadier J.P. (2002) « *Le métier d'intégration de système* », Hermès Science Publications, Paris

Mèlèse J. (1979) « *Approches systémiques des organisations* », Édition Hommes et Techniques,

Mèlèse J. (1973) « *L'analyse modulaire des systèmes de gestion* », Édition Hommes et techniques

Meliones J. (2000) “Saving Money, Saving Lives”, *Harvard Business Review*, novembre-décembre, pp. 57-65

Méric J. (2003) « L'émergence d'un discours de l'innovation managériale-le cas du Balanced Scorecard », *Comptabilité Contrôle Audit*, numéro spécial, mai 2003, pp.129-145

Meyer J. W. et Rowan B. (1977) « Institutionalized Organizations : Formal Structure as Myth and Ceremony », *American Journal of Sociology*, pp. 340-36

Meyssonier F. et Pourtier F. (2006) “Les ERP changent-ils le contrôle de gestion ? “ *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 12, vol. 1, mai 2006, pp. 45-64

- Miles et Huberman (1991) « *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes* », Edition De Boeck
- Mile D. E. et Snow C.C. (1978) « *Organizational strategy, structure and process* », McGraw Hill, New-York
- Minzberg H., 1982 « *Structure et dynamique des organisations* », Editions d'organisation
- Mintzberg H., Ahlstrand et Lampel, 1999 « *Safari en pays Stratégie* », Edition Village Mondial
- Minvielle E. , (1996) « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue Française de Gestion*, n°109, Juin-juillet-Août 1996
- Minvielle E. (2006) « New Public Management à la Française : the Case of Regional Hospital Agencies », *Public Administration Review*, septembre-octobre 2006
- Mishra B., Vaysman I. (2001), “Cost-System Choice and Incentives – Traditionnal vs. Activity Based Costing”, *Journal of Accounting Research*, vol. 39, Décembre 2001, pp. 619-641
- Ministère de la santé (2003) “*Mission T2A : la tarification à l'activité*”
- Moison J-C (1997) “*Du mode d'existence des outils de gestion*”, ouvrage collectif sous la direction de J-C Moison, Edition Seli-Arslan
- Moison J-C (2000) « Quelle est la, valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du Travail*, 42, pp. 31-49
- Molinié E. (2005) « L'hôpital public en France : bilan et perspectives », *Conseil Economique et Social*, juin 2005
- Mollard D. (2006) « *Systèmes décisionnels et pilotage de la performance* », Collection hermès science, Edition Lavoisier
- Morraja S., Oyon D., Hostettler D. (1999) “The Balanced Scorecard : a Necessary Good or an Unnecessary Evil?”, *European Management Journal*, vol. 17, n°5, pp. 481-491
- Morgan G.(1986) « *Images of Organization*, Sage Publishers, Beverly Hills
- Morse J.M. (1994 ) « Designing Funded Qualitative Research » in Dezin N.K. et Lincoln Y.S. “*Handbook of Qualitative Research*”, Thousands Oaks
- Nah F. Zhang P. et McCoy S. (2005)« Introduction : Human-Computer Interaction Studies in Management Information Systems », *Journal of Human-Computer Interaction*, 19(1), pp. 3-6
- Nobre T. et Biron N. (2002), L'ABC à l'hôpital le cas de la chirurgie infantile, *Finance, Contrôle et Stratégie*, vol 4, n°2, juin.

- Nobre T. (2006) « Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche action : le cas du changement à l'hôpital », *Finance Contrôle Stratégie*, volume 9 n°4, pp. 143-168
- Nobre T., (2004), L'introduction de nouveaux outils de contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC, *Journal d'économie médicale*, Novembre Décembre , Vol. 22 – N° 7-8, pp. 36-47
- Nobre T. (2004) « Le tableau de bord prospectif : un outil de gestion pour l'hôpital ? », *Gestions Hospitalières*, n°414, pp. 171-179
- Norreklit H. (2000), "The balanced scorecard-a critical analysis of some of its assumptions", *Management Accounting Research*, vol. 11, pp. 65-88
- O'Brien J (1995) « Les systèmes d'information de gestion » De Boeck université
- Oriot F., Misiaszek E. (2001) « Mesurer une performance multidimensionnelle : le choix du Balanced Scorecard chez Matra Marconi Space », *Echanges*, n°179, juillet, pp.26-29
- Peaucelle J.L.(1997) « Système d'information », *Encyclopédie de Gestion*,. Éditions ECONOMICA pp. 3213-3221
- Perret V. et Séville M. (2003) « Fondements épistémologiques de la recherche » in Thiétart R.A. « *Méthodes de recherche en mangement* », Dunod,
- Phélizon, J.F.(1997) « Informatisation : le problème humain », *Encyclopédie de Gestion*,. Éditions ECONOMICA pp. 1677-1708
- C. Pineno (2002) "The Balanced Scorecard: an Incremental Approach Model to Health Care Management", *Journal of Health Care Finance*, pp.69-80
- G. H. Pink, I. McKillop, E. G. Schraa, C. Preyra, C. Montgomery, G. R. Baker (2001) "Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System", *Journal of Health Care Finance*, pp. 1-20
- Politt C. (1993) "*Managerialism and the Public Service : the Government and Public Policy*" Edition Blackwell
- Politt C. et Boukaert G. (2000) « Public Management Reform : A comparative Analysis » Oxford University Press
- Ponçon, 2000 « *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique* », éditions ENSP, Rennes
- Pondy L., Frost P., Morgan G., Dandridge T. (1983) « Organizational Symbolism », JAI Press
- Popper K.(1973) « *Logique de la découverte scientifique* », Edition Payot
- Popper K. (1976) : « *La quête inachevée* », Press pocket, collection agora
- Porter M. (1982): "*L'avantage concurrentiel*", collection Stratégie et Management, Dunod.

- Ramsey R. H., « Activity-Based Costing for Hospitals », *Journal of Healthcare Management*, pp. 385-396
- Ravelo de Tovar A., M. Guidt (2006) « Le pilotage des établissements publics de santé : un nouveau paradigme », *Gestions Hospitalières*, janvier, pp. 12-17
- Reix R. (2000) « *Systèmes d'information et management des organisations* », éditions Vuibert, Paris
- Reix R. et Rowe F. (2002) « La recherche en système d'information : de l'histoire au concept » pp. 1 -17.in Reix R. et Rowe F. « *La recherche en système d'information : de l'histoire au concept* ». *Faire de la recherche en systèmes d'information*, Vuibert, collection FNEGE.
- Rodrigues A.J. et Govinda S. (2003) « Toward an integrated management information system : a case of the University of Mauritius », *Information Technology for Development*, ISO Press, pp. 41-56
- Romeyer C. (2002) « *Système d'information fondé sur une traçabilité des activités : intérêts et difficultés de mise en œuvre dans les hôpitaux* », thèse de doctorat
- Rosnay Joel de (1975) : « *Le macroscope* », collection civilisation, Edition du Seuil
- Royer et Zarlowsky (2003) « Le Design de la recherche » in Thiétart R.A. « *Méthodes de recherche en mangement* », Edition Dunod,
- Savall H. (1989) « Point de vue : professeur consultant. Le bilan d'une expérience. » *Revue Française de Gestion*, n° 76, novembre-décembre 1989, pp. 93-105
- Savall H. Zardet V. (2004) « *Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique* » Edition ECONOMICA
- Scapens R. W. et Bromwich (2001) "Management Accounting Research : the first decade", *Management Accounting Research*, 12, pp. 245-254
- Scapens R. W. et Jazayieri M. (2003) "ERP and management accounting change : opportunities and impacts ?", *European Accounting Review*, 12:1, pp. 201-233
- Schewe C. D. (1976) "The Management Information System User: An Exploratory Analysis" *Academy of Management Journal*, vol. 19, n°4, Décembre 1976, pp. 577-586
- Sicotte C. Champagne F. Constantinopoulos A.P., Barnsley J., Beland F., Legat S.G., Denis, Singh C., Hart M. (1998), « Changing Business culture : information is the Key » *Australian CPA*, pp. 1-5

Stuart T.J. Baker J.J., « The bottom – up approach to process by Northwest Family Physicians » in Baker J.J. (1998) « *Activity Based Costing and ABM for Management Health Care* », An Aspen Publication.

Syndicat National des Industries d'Informatisation de santé (SNISS) et Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux (LESISS) (2005) « *Le partage de l'information au chevet de l'hôpital* », livre blanc sur l'état de l'offre en matière de système d'information hospitaliers (SIH) disponibles en France et préconisations par les industriels privés »

Tarantino D. (2003) "Using the Balanced Scorecard as a Performance Management Tool", *The Physician Executive*, septembre-octobre, pp. 69-72

Tonneau D. et Moisdon J-C (1996) « l'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration », *Revue Française de Gestion*, n°109, Juin-juillet-Août 1996

Tourelles, 2004 « *Système d'information hospitalier...1.2.3, partez !* », éditions ENSP, Rennes

Usunier J.C. (1993) Designing cross-cultural business research : desirability and falsifiability in USTL, IAE. Constructivisme et sciences de gestion, Lille.

Harten, W.H.v., Casparie, T.F., Fisscher, O.A. (2000), "Methodological considerations on the assessment of the implementation of quality management systems", *Health Policy*, Vol. 54 No.3, pp.187-200.

Vandangeon-Derumez I.(1998) « La dynamique des processus de changement », *Revue Française de Gestion*, septembre-octobre

Van Helden J. (2005) „Researching public sector transformation : the role of management accounting“, *Financial Accountability and Management*, 21(1), février 2005, pp. 99-118

Van Maanen J. (1983) « The Fact of Fiction in Organizational Ethnography in Qualitative Methodology » in Van Maanen J., *Qualitative Methodology* pp.37-55

Vendrzyck P. Sen R. et Sen T.K. (2001) « How Management Accountants assess the quality of Datawarehouses ? », *Management Accounting Quarterly*, printemps 2001, pp. 28-33

Vlasselaer M. (1995) « *Du contrôle de gestion au pilotage d'entreprise* », Louvain-le-Neuve, Academia

Voelker K. E., Rakich J. S., French G. R. (2001) "The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology", *Hospitals Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, vol. 79, n°3, pp. 1-20

- Walkers P.H. Baker J.J. & Steiner J. . Pierce C.A, Mocilnikar C., « Planning for managed care with ABC. Meridia 's Home Health Agency Model for Chronic Illness Care : A case study » in Baker J.J. (1998), « *Activity Based Costing and ABM for Management Health Care* », An Aspen Publication.
- Walsh K. (1995) “*Public Services and Market Mechanism : Competition, Contracting, and the New Public Management*” ; Macmillan Press
- Waters H., Abdallah H., Santillan D., « Application of activity based costing (ABC) for a peruvian NGO healthcare provider » *International of Health Planning and Management*, pp. 3-18
- Wiener N. (1948) “*Cybernetic or Control and Communication in the animal and the machine*” MIT press
- Yang C.C., Cheng L.Y., Yang C.W. (2005) “A study of implementation Balanced Scorecard (BSC) in non-profit organizations : a case study of private hospital”, *Human Systems Management* n°24, pp.285-300
- Yin R. (1989) « Research design issues in using the case study method to study management information systems » in Cash J. et Lawrence P. « *The information systems research challenge : qualitative research methods* », Harvard Business Research Colloquium

# TABLE DES MATIERES

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	9
<b>0.1. PRESENTATION DE L’OBJET DE RECHERCHE</b> .....	9
<b>0.2. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE</b> .....	11
0.2.1. ÉNONCE DE LA PROBLEMATIQUE .....	11
0.2.2. L’HYPOTHESE CENTRALE : DES ELEMENTS DE REPOSE A LA PROBLEMATIQUE .....	12
<b>0.3. ARCHITECTURE DE LA RECHERCHE</b> .....	13
0.3.1. LES QUESTIONS DE RECHERCHE .....	13
0.3.2. PRESENTATION DU PLAN : .....	14
<b><u>PREMIERE PARTIE</u></b> .....	16
<b>OBJET DE CETTE PARTIE</b> .....	16
<b>PRESENTATION DES CHAPITRES</b> .....	16
FIGURE I.0 : PRESENTATION DES CHAPITRES DE LA PREMIERE PARTIE .....	18
<b><u>CHAPITRE PREMIER:</u></b> .....	19
<b>ANALYSE DE LA RELATION ENTRE SYSTEME D’INFORMATION ET SYSTEME DE PILOTAGE</b> .....	19
<b>1.1. LA NOTION DE SYSTEME DE PILOTAGE</b> .....	19
1.1.1. LES PRINCIPES ET MODALITES DU SYSTEME DE PILOTAGE DES ORGANISATIONS .....	19
1.1.2. LES FINALITES DU SYSTEME DE PILOTAGE .....	25
<b>1.2. LA NOTION DE SYSTEME D’INFORMATION</b> .....	29
1.2.1. UN CONCEPT SOCIO TECHNIQUE PRODUCTEUR DE CONNAISSANCES .....	29
1.2.2. UN OUTIL DE GESTION SUPPORT D’ACTIVITE REpondant A CERTAINS CRITERES DE QUALITE .....	32
1.2.3. ANALYSE D’UN COMPARTIMENT PARTICULIER DU SYSTEME D’INFORMATION : LE SYSTEME D’INFORMATION DE GESTION (SIG).....	34
<b>1.3. LA RELATION ENTRE SYSTEME D’INFORMATION ET SYSTEME DE PILOTAGE</b> .....	39
1.3.1. LA VISION DE LA RELATION PAR LA LITTERATURE DES SYSTEMES D’INFORMATION .....	39
1.3.2. LA PERCEPTION DE LA RELATION PAR LA LITTERATURE DU CONTROLE DE GESTION .....	45
<b>1.4. CONCLUSION DU CHAPITRE</b> .....	49
<b><u>CHAPITRE DEUX :</u></b> .....	50
<b>ANALYSE DE LA RELATION ENTRE SYSTEME D’INFORMATION ET SYSTEME DE PILOTAGE A L’HOPITAL</b> .....	50
<b>2.1. LE SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER</b> .....	50
2.1.1. LES ORGANISATIONS PUBLIQUES FRANÇAISES A L’HEURE DU NEW PUBLIC MANAGEMENT (NPM).....	50
2.1.2. LES DETERMINANTS DE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER .....	54
2.1.3. LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE, UNE DOUBLE LOGIQUE DE GENERATION .....	66
<b>2.2. LE SYSTEME D’INFORMATION HOSPITALIER ET SA RELATION AVEC LE SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER</b> .....	70
2.2.1. LE SYSTEME D’INFORMATION HOSPITALIER, UN SOUS-SYSTEME ORGANISATIONNEL PEU INTEGRE CONSTRUIT PAR SEDIMENTATION .....	70
2.2.2. LES ENJEUX DE L’EVOLUTION DU SIH ET DE SA RELATION AVEC LE SPH.....	81
<b>2.3. CONCLUSION DU CHAPITRE</b> .....	86
<b><u>CHAPITRE TROIS:</u></b> .....	88
<b>LES MODALITES D’OBSERVATION DE L’OBJET DE RECHERCHE</b> .....	88

<b>3.1. LE CHANGEMENT COMME CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>89</b>
3.1.2. UNE LECTURE CHRONOLOGIQUE DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL .....	89
3.1.2. UNE LECTURE INGENIERIQUE DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL .....	93
<b>3.2. UNE METHODOLOGIE AXEE SUR DEUX MODES D'OBSERVATION.....</b>	<b>98</b>
3.2.1. UNE ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE POUR FAIRE UN ETAT DES LIEUX .....	98
3.2.2. UNE RECHERCHE INTERVENTION POUR COMPRENDRE LES MECANISMES DU PROCESSUS DE CHANGEMENT .....	105
<b>1. PHASE DU CHANGEMENT EMPRUNTE A LEWIN (1951) : MATURATION – DERACINEMENT - ENRACINEMENT .....</b>	<b>110</b>
<b>3.3. LE CHAMP D'ACTION DU CHERCHEUR.....</b>	<b>111</b>
3.3.1. LE POSITIONNEMENT DU CHERCHEUR DANS L'ORGANISATION .....	111
3.3.2. LES OUTILS DE GESTION OBSERVES .....	117
<b>3.4. CONCLUSION DU CHAPITRE.....</b>	<b>131</b>
<b><u>CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE .....</u></b>	<b>135</b>
<b><u>DEUXIEME PARTIE.....</u></b>	<b>136</b>
<b>OBJET DE CETTE PARTIE .....</b>	<b>136</b>
<b>PRESENTATION DES CHAPITRES .....</b>	<b>136</b>
<b><u>CHAPITRE QUATRE :</u> .....</b>	<b>138</b>
<b>ÉTAT DES LIEUX DE LA RELATION ENTRE SIH ET SPH.....</b>	<b>138</b>
<b>4.1. ÉTAT ACTUEL DU SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER .....</b>	<b>140</b>
4.1.1. LES OUTILS A DISPOSITION DES ETABLISSEMENTS .....	140
4.1.2. LES ACTEURS DU SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER .....	149
4.1.3. L'ANIMATION DES OUTILS DU PILOTAGE HOSPITALIER .....	156
4.1.4. SYNTHÈSE : LE SYSTEME DE PILOTAGE HOSPITALIER, UN SYSTEME DONT LA TRANSFORMATION EST PROBLEMATIQUE.....	161
<b>4.2. ÉTAT ACTUEL DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER ET DE SA RELATION AVEC LE SPH .....</b>	<b>162</b>
4.2.1. LES MOYENS INFORMATIQUES A DISPOSITION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE .....	163
4.2.2. LES ACTEURS DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER .....	175
<b>4.3. CONCLUSION DU CHAPITRE.....</b>	<b>182</b>
<b><u>CHAPITRE CINQ :</u>.....</b>	<b>183</b>
<b>ANALYSE DES PROJETS CONCERNANT LE SIH ET LE SPH .....</b>	<b>183</b>
<b>5.1. LES TRANSFORMATIONS DU SPH.....</b>	<b>185</b>
5.1.1. ÉTUDE DES CHANGEMENTS SUR LES OUTILS DE PILOTAGE EXISTANTS.....	185
5.1.2. ÉTUDE DES OUTILS INTRODUICTS PAR CATALYSE REGLEMENTAIRE.....	198
5.1.3. ÉTUDE DES OUTILS INTRODUICTS DE MANIERE SPONTANEE PAR CAPILLARITE.....	216
5.1.4. ANALYSE DE LA TRANSFORMATION DU SPH .....	236
<b>5.2. L'ÉVOLUTION AUTONOME DU SIH.....</b>	<b>238</b>
5.2.1. PRÉSENTATION DES PHASES DE L'ÉVOLUTION DU SIH .....	238
5.2.2. ANALYSE DE L'ÉVOLUTION AUTONOME DU SIH.....	246
<b>5.3. CONCLUSION DU CHAPITRE.....</b>	<b>248</b>
<b><u>CHAPITRE SIX :</u>.....</b>	<b>249</b>
<b>ANALYSE DES INTERACTIONS ENTRE SIH ET SPH.....</b>	<b>249</b>
<b>6.1. LES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'ÉVOLUTION DU SIH .....</b>	<b>253</b>
6.1.1. IDENTIFICATION DES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'ÉVOLUTION DU SIH .....	254

6.1.2. ANALYSE DES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'EVOLUTION DU SIH .....	256
<b>6.2. LES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH.....</b>	<b>258</b>
6.2.1. IDENTIFICATION DES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	259
6.2.2. ANALYSE DES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	265
<b>6.3. LES EFFETS DE L'EVOLUTION DU SIH SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....</b>	<b>268</b>
6.3.1. IDENTIFICATION DES EFFETS DE L'EVOLUTION DU SIH SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	269
6.3.2. ANALYSE DES EFFETS DE L'EVOLUTION DU SIH SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	275
<b>6.4. CONCLUSION DU CHAPITRE.....</b>	<b>277</b>
<b><u>CHAPITRE SEPT :</u> .....</b>	<b>278</b>
<b>IMPLICATIONS DES ANALYSES PRECEDENTES .....</b>	<b>278</b>
<b>7.1. PROPOSITION D'UN PREMIER NIVEAU DE PRESCRIPTION.....</b>	<b>280</b>
7.1.1. PRESENTATION DE LA DEMARCHE ADOPTEE .....	280
7.1.2. LES PRESCRIPTIONS DEDUITES DES PROJETS .....	282
7.1.3. LES PRESCRIPTIONS DEDUITES DE L'INTERACTION ENTRE SIH ET SPH .....	294
<b>PROBLEMES .....</b>	<b>303</b>
7.1.4. ANALYSE DU PREMIER NIVEAU DE PRESCRIPTIONS .....	304
<b>7.2. CONFRONTATION DE P1 AVEC L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>307</b>
7.2.1. LES PROJETS PHARES : TABLEAUX DE BORD ET CALCULS DE COUTS .....	308
7.2.2. L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, UN FACTEUR INFLUENT .....	309
7.2.3. PEU DE PROJETS SUR LES MODES D'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	310
<b>7.3. PROPOSITION D'UN SECOND NIVEAU DE PRESCRIPTION .....</b>	<b>311</b>
7.3.1. CONFRONTATION DE NOS PRESCRIPTIONS AVEC L'ENQUETE .....	311
7.3.2. LE SECOND NIVEAU DE PRESCRIPTION, DES PRESCRIPTIONS AXEES SUR LES OUTILS .....	316
<b>7.4. CONCLUSION DU CHAPITRE.....</b>	<b>319</b>
<b><u>CONCLUSION GENERALE</u> .....</b>	<b>320</b>
<b>8.1. RESULTATS DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>321</b>
8.1.1. RELATION DYNAMIQUE ENTRE SIH ET SPH : ETAT DES LIEUX .....	321
8.1.2. ANALYSE DES PROJETS ENVISAGES PAR LES ETABLISSEMENTS .....	322
8.1.3. LES IMPLICATIONS MANAGERIALES POUR AMELIORER LA RELATION DYNAMIQUE ENTRE SIH ET SPH .....	322
<b>8.2. LIMITES DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>323</b>
8.2.1. UN ARRET SUR IMAGE SUR UNE SITUATION PAR NATURE EVOLUTIVE .....	324
8.2.2. LES CHOIX METHODOLOGIQUES, DES SOURCES DE SUBJECTIVITE .....	324
<b>8.3. PERSPECTIVES DE RECHERCHES FUTURES.....</b>	<b>325</b>
8.3.1. UN TRAVAIL EXPLORATOIRE QUI NECESSITE DES RECHERCHES SUPPLEMENTAIRES.....	325
8.3.2. DES PISTES INDUITES ENCORE TROP PEU EXPLOREES .....	325
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....</b>	<b>327</b>
<b><u>TABLE DES MATIERES</u>.....</b>	<b>342</b>
<b><u>TABLE DES FIGURES</u> .....</b>	<b>345</b>
<b><u>ANNEXES</u> .....</b>	<b>348</b>

## TABLE DES FIGURES :

<b>INTRODUCTION :</b> .....	
FIGURE 0.1 : PRESENTATION DE L'OBJET DE RECHERCHE .....	<b>1ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
FIGURE 0.2. : ARCHITECTURE DE LA THESE .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.5</b>
<b>PREMIERE PARTIE :</b> .....	
FIGURE I.0 : PRESENTATION DES CHAPITRES DE LA PREMIERE PARTIE .....	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.8</b>
<b>CHAPITRE PREMIER :</b> .....	
FIGURE 1.1 : SYSTEME DE PILOTAGE ET DECLINAISON DES DECISIONS .....	26
FIGURE 1.2 : SYSTEME DE PILOTAGE ET CONSEQUENCES DES DECISIONS .....	27
FIGURE 1.3 : RELATION ENTRE SYSTEME D'INFORMATION ET NIVEAUX HIERARCHIQUE DANS L'ENTREPRISE ..	36
FIGURE 1.4 : ARTICLES TRAITANT DU SIG (1/2).....	40
FIGURE 1.5 : ARTICLES TRAITANT DU SIG (2/2).....	41
FIGURE 1.6 : SYNTHESE DES TRAVAUX EN CONTROLE DE GESTION IMPLIQUANT UN SUPPORT APPLICATIF DU SIG .....	48
<b>CHAPITRE DEUX :</b> .....	
FIGURE 2.1 : LES BESOINS SATISFAITS PAR LE SIH.....	75
<b>CHAPITRE TROIS :</b> .....	
FIGURE 3.1 : LA PHASE DE MATURATION ET LES ETAPES ASSOCIEES .....	92
FIGURE 3.2 : LA PHASE DE DERACINEMENT ET LES ETAPES ASSOCIEES .....	92
FIGURE 3.3 : LA PHASE D'ENRACINEMENT ET LES ETAPES ASSOCIEES .....	93
FIGURE 3.4 : ORDONNANCEMENT DES DONNEES RELEVES SUR LA TRANSFORMATION DES OUTILS DE PILOTAGE .....	96
FIGURE 3.5 : ORDONNANCEMENT DES DONNEES RELEVES SUR L'EVOLUTION DU SIH.....	97
FIGURE 3.6 : PRESENTATION DE L'ORGANISATION DES OBSERVATIONS.....	98
FIGURE 3.7 : VERSION OPERATIONNELLE DE LA GRILLE D'ANALYSE DES DONNEES ISSUES DE LA RECHERCHE INTERVENTION .....	111
FIGURE 3.8 : PRESENTATION ET ANALYSE DES ARTICLES TRAITANT DE L'APPLICABILITE DE L'ABC A L'HOPITAL .....	122
FIGURE 3.9 : PRESENTATION ET ANALYSE DES ARTICLES TRAITANT DE L'APPLICABILITE DE L'ABC A L'HOPITAL (SUITE).....	123
FIGURE 3.10 : LES DIFFERENTES CATEGORIES DE TRAVAUX.....	126
FIGURE 3.11 : PANORAMA DES ECRITS DES CONCEPTEURS DU BSc : .....	128
FIGURE 3.12 : REVUE DE LA LITTERATURE DES APPORTS DU BSc AU MANAGEMENT HOSPITALIER .....	129
FIGURE 3.13 : REVUE DE LA LITTERATURE DES APPORTS DU BSc AU MANAGEMENT HOSPITALIER (SUITE).....	133
FIGURE 3.14 : PROCESSUS D'INTEGRATION DES DEMARCHES ENTREPRISES.....	137

**DEUXIEME PARTIE : .....**

FIGURE II.0 : PRESENTATION DU PLAN DE LA SECONDE PARTIE ..... 137

**CHAPITRE QUATRE : .....**

FIGURE 4.1 : COMPARAISON DE LA COMPOSITION DE L'ECHANTILLON AVEC LA POPULATION CIBLE ..... 138

FIGURE 4.2. : CONTENU DES TABLEAUX DE BORD D'ETABLISSEMENT ..... 140

FIGURE 4.3 : CONTENU DES TABLEAUX DE BORD DE POLE..... 141

FIGURE 4.4 : CONTENU DES TABLEAUX DE BORD DES SERVICES..... 143

FIGURE 4.5 : DIFFUSION DES TOMES PARMIS LES REpondANTS..... 144

FIGURE 4.6 : UTILISATION DES TOMES PAR LES REpondANTS ..... 145

FIGURE 4.7 : STATUT DES PERSONNELS EN CHARGE DU CONTROLE DE GESTION (EFFECTIFS)..... 149

FIGURE 4.8. : FORMATION DES PERSONNELS EN CONTROLE DE GESTION (EFFECTIFS) ..... 150

FIGURE 4.9. : LES PARTIES PRENANTES A LA CONCEPTION DES TABLEAUX DE BORD D'ETABLISSEMENT ..... 151

FIGURE 4.10 : LES PARTIES PRENANTES A LA CONCEPTION DES TABLEAUX DE BORD DE POLE..... 152

FIGURE 4.11: LES PARTIES PRENANTES A LA CONCEPTION DES TABLEAUX DE BORD DE SERVICE ..... 153

FIGURE 4.12 : DIFFUSION DES TABLEAUX DE BORD DE POLE ..... 154

FIGURE 4.13 : DIFFUSION DES TABLEAUX DE BORD DE SERVICE (FREQUENCES)..... 155

FIGURE 4.14 : REPARTITION DES PERIODICITE DES TABLEAUX DE BORD D'ETABLISSEMENT ..... 156

FIGURE 4.15 : REPARTITION DES PERIODICITE DES TABLEAUX DE BORD DE POLE..... 157

FIGURE 4.16 : REPARTITION DES PERIODICITE DES TABLEAUX DE BORD DE SERVICE ..... 158

FIGURE 4.17 : PERIODICITE DES BUDGETS DE POLE ..... 159

FIGURE 4.18 : REPARTITION DES PERIODICITE DES TABLEAUX DE BORD DE SERVICE ..... 160

FIGURE 4.19 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR LE SUIVI DES EMPRUNTS : ..... 164

FIGURE 4.20 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR LE SUIVI DES AMORTISSEMENTS:..... 165

FIGURE 4.21 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR L'EPRD..... 165

FIGURE 4.22 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR LES TABLEAUX DE BORD ..... 166

FIGURE 4.23 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR CALCULER LES COUTS..... 167

FIGURE 4.24 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR CALCULER LES BUDGETS..... 168

FIGURE 4.25: REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR LA CONTRACTUALISATION ..... 168

FIGURE 4.26 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR ANALYSER LES DONNEES ..... 170

FIGURE 4.27 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR CALCULER L'ENREGISTREMENT DES DONNEES.... 170

FIGURE 4.28 : REPARTITION DES LOGICIELS UTILISES POUR VERIFIER LES DONNEES ..... 171

FIGURE 4.29 : SIGH, ETAT DES LIEUX ..... 172

FIGURE 4.30 : LES LOGICIELS DE CROISEMENT DES DONNEES ..... 173

FIGURE 4.31 : LES LOGICIELS D'EXTRACTION DES DONNEES COMPTABLES ET FINANCIERES ..... 174

FIGURE 4.32 : LES LOGICIELS D'EXTRACTION DES DONNEES DU PMSI ..... 174

FIGURE 4.33: LES FORMATIONS DES PERSONNELS EN CHARGE DU SIH ..... 176

FIGURE 4.34 : LES STATUTS DES PERSONNELS EN CHARGE DU SIH..... 176

FIGURE 4.35 : LA FORMATION DES PERSONNELS DE LA SPHERE ADMINISTRATIVE DU SIH ..... 177

FIGURE 4.36 : LE STATUT DES PERSONNELS DU DIM ..... 178

FIGURE 4.37 : LES DONNEES EMANANT DU DIM..... 179

FIGURE 4.38 : REGULARITE DES DONNEES DIFFUSEES ..... 180

FIGURE 4.39 : CROISEMENT DES DONNEES ..... 181

<b>CHAPITRE CINQ :</b> .....	
FIGURE 5.1 : DENOMINATION DES HYPOTHESES SUR LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE PILOTAGE .....	184
FIGURE 5.2 : DENOMINATION DES HYPOTHESES SUR L'EVOLUTION AUTONOME DU SIH .....	184
FIGURE 5.3 : ORGANISATION DES HYPOTHESE DE LA PHASE DE MATURATION SUR LES OUTILS EXISTANTS .....	191
FIGURE 5.4 : LA PHASE DE MATURATION DU PROJET DE REVISION DU FICHIERS STRUCTURE .....	196
FIGURE 5.5 : LA PHASE DE DERACINEMENT DU PROJET DE REVISION DU FICHIERS STRUCTURE .....	196
FIGURE 5.6 : LA PHASE DE MATURATION DU PROJET D'AUTOMATISATION DES BUDGETS .....	197
FIGURE 5.7 : DIFFERENCIATION DES HYPOTHESES SUR LES OUTILS EXITANTS .....	198
FIGURE 5.8 : LA PHASE DE MATURATION DE L'EPRD.....	212
FIGURE 5.9 : LA PHASE DE DERACINEMENT DE L'EPRD .....	212
FIGURE 5.10 : LA PHASE D'ENRACINEMENT DE L'EPRD .....	213
FIGURE 5.11 : LA PHASE DE MATURATION DU PROJET CONCERNANT L'IFSI.....	213
FIGURE 5.12 : LA PHASE DE DERACINEMENT DU PROJET CONCERNANT L'IFSI .....	214
FIGURE 5.13 : LA PHASE D'ENRACINEMENT DU PROJET CONCERNANT L'IFSI.....	214
FIGURE 5.14 : DIFFERENCIATION DES HYPOTHESES SUR LES OUTILS INTRODUITS PAR CATALYSE REGLEMENTAIRE .....	215
FIGURE 5.15 : LA PHASE DE MATURATION DE L'ABC.....	232
FIGURE 5.16 : LA PHASE DE DERACINEMENT DE L'ABC .....	233
FIGURE 5.17 : L'ENRACINEMENT DE L'ABC.....	234
FIGURE 5.18 : LA PHASE DE MATURATION DU BSc.....	234
FIGURE 5.19 : LA PHASE DE DERACINEMENT DU BSc .....	235
FIGURE 5.20 : L'ENRACINEMENT DU BSc.....	235
FIGURE 5.21 : DIFFERENCIATION DES HYPOTHESES SUR LES OUTILS INTRODUITS PAR CAPILLARITE.....	235
FIGURE 5.22 : NATURE DES CHANGEMENTS OBSERVES AU NIVEAU DE LA TRANSFORMATION DU SPH .....	236
FIGURE 5.23 : LE CLASSEMENT DES CORPS D'HYPOTHESES SELON LEUR OBJET .....	237
FIGURE 5.24 : LA MATURATION DU PROJET D'EVOLUTION DU SIH .....	246
FIGURE 5.25 : LE DERACINEMENT DU PROJET D'EVOLUTION DU SIH.....	246
FIGURE 5.26 : L'ENRACINEMENT DU PROJET D'EVOLUTION DU SIH .....	247
FIGURE 5.27 : DIFFERENCIATION DES HYPOTHESES SUR LE PROJET D'EVOLUTION DU SIH .....	247
<b>CHAPITRE SIX :</b> .....	
FIGURE 6.1: GROUPES D'HYPOTHESES SUR LES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'EVOLUTION DU SIH .....	250
FIGURE 6.2 : GROUPES D'HYPOTHESES SUR LES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	251
FIGURE 6.3 : GROUPES D'HYPOTHESES SUR LES EFFETS DE L'EVOLUTION DU SIH SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	251
FIGURE 6.4 : PRESENTATION DES INTERACTIONS ANALYSEES .....	252
FIGURE 6.5 : REPRESENTATION DES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'EVOLUTION DU SIH .....	253
FIGURE 6.6 : HYPOTHESES SUR LES EFFETS DE LA TRANSFORMATION DU SPH SUR L'EVOLUTION DU SIH .....	256
FIGURE 6.7 : ANALYSE DES HYPOTHESES DEVELOPPES LORS DE CETTE SECTION .....	257
FIGURE 6.8 : REPRESENTATION DES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	258
FIGURE 6.9 : GROUPES D'HYPOTHESES SUR LES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	265
FIGURE 6.10 : GROUPES D'HYPOTHESES SUR LES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	266
FIGURE 6.11 : REPRESENTATION DES EFFETS DU SIH EXISTANT SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	268
FIGURE 6.12 : GROUPES D'HYPOTHESES SUR LES EFFETS DE L'EVOLUTION DU SIH SUR LA TRANSFORMATION DU SPH .....	275

<b>CHAPITRE SEPT :</b> .....	
FIGURE 7.1 : LES GRANDES ETAPES DU CHAPITRE SEPT .....	279
FIGURE 7.2 : LA CONSTITUTION DU PREMIER NIVEAU DE PRESCRIPTION MANAGERIALE .....	281
FIGURE 7.3 : HYPOTHESES REVELATRICES D'UN PROBLEME D'ACCOMPAGNEMENT DES TUTELLES .....	283
FIGURE 7.4 : HYPOTHESES REVELATRICES D'UN PROBLEME D'ACCOMPAGNEMENT DU CONSEIL REGIONAL...	284
FIGURE 7.5 : HYPOTHESES REVELATRICES D'UN PROBLEME DE GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL .....	288
FIGURE 7.6 : HYPOTHESES REVELATRICES D'UN MANQUE DE COOPERATION DES PERSONNELS .....	290
FIGURE 7.7 : HYPOTHESES REVELATRICES D'UN MANQUE D'IMPLICATION DES PERSONNELS .....	291
FIGURE 7.8: HYPOTHESES REVELATRICES D'UN PROBLEME DE COOPERATION SUR L'EVOLUTION DU SIH.....	293
FIGURE 7.9 : HYPOTHESES REVELATRICES D'UNE CARENCE DE REFLEXION SUR LA COLLECTE DES DONNEES (I)	
.....	296
FIGURE 7.10 : HYPOTHESES REVELATRICES D'UNE CARENCE DE REFLEXION SUR LA COLLECTE DES DONNEES (II)	
.....	297
FIGURE 7.11 : HYPOTHESES SUR LA COMPLEMENTARITE INSUFFISANTE DES PROJETS .....	298
FIGURE 7. 12 : PRESCRIPTION DEDUITES DES PROJETS DE TRANSFORMATION DU SPH (SPH U SIH) .....	301
FIGURE 7.13 : PRESCRIPTIONS DEDUITES DES PROJETS D'EVOLUTION DU SIH (SPH U SIH).....	302
FIGURE 7.14 : PRESCRIPTIONS DEVELOPPEES A PARTIR DE L'INTERACTION ENTRE SIH ET SPH .....	303
FIGURE 7.15 : RECAPITULATIF DES DIFFERENTES PRESCRIPTIONS CLASSEES PAR THEME .....	305
FIGURE 7.16 : IMPLEMENTATION DES OUTILS DE GESTION .....	308
FIGURE 7. 17 : PROJETS EN RELATION AVEC L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL .....	309
FIGURE 7. 18 : PROJETS D'ACCOMPAGNEMENT CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES.....	310
FIGURE 7. 19 : PROJETS GENERAUX D'AMELIORATION DE LA COLLECTE DE DONNEES.....	312
FIGURE 7.20 : PROJETS PRECIS D'AMELIORATION DE LA COLLECTE DE DONNEES .....	312
FIGURE 7.21 : LE SECOND NIVEAU DE PRESCRIPTION P2.....	315
FIGURE 7.22 : LE SUIVI DES DIFFERENTES MODALITES DU SECOND NIVEAU DE PRESCRIPTION.....	317
FIGURE 7.23 : LES DEUX NIVEAUX DE PRESCRIPTION.....	318

## ANNEXES :

### Lettre d'accompagnement du questionnaire

Lionel SIGNOLET

☎ : 03.90.41.43.98 ou 06.13.01.08.72

courriels : [Lionel.Signolet@ch-saverne.fr](mailto:Lionel.Signolet@ch-saverne.fr)

[Lionel.Signolet@iecs.u-strasbg.fr](mailto:Lionel.Signolet@iecs.u-strasbg.fr)

Saverne, le 29 janvier 2007

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de thèse en vue de l'obtention du Doctorat en Sciences de Gestion, j'effectue actuellement une étude sur **les relations entre la comptabilité analytique et le système d'information de l'hôpital public**.

A cette fin, je me permets de solliciter votre aide afin de **recenser les pratiques et les projets actuels** des établissements hospitaliers dans ce domaine.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire à faire compléter par la personne responsable de la comptabilité analytique ou du contrôle de gestion et à renvoyer dans l'enveloppe ci-jointe.

Si vous souhaitez **être informé des résultats de l'étude**, merci de remplir l'encadré qui se trouve à la fin du questionnaire. Je vous adresserai alors la synthèse des résultats de l'issue de l'étude.

La plupart des questions sont fermées. De ce fait, il ne vous faudra que quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Comme tout laboratoire de recherche universitaire, le CESAG (Université Robert Schuman, Strasbourg), dont je fais partie, garantit une **stricte confidentialité** des réponses et documents que vous voudrez bien me fournir.

Je me tiens à votre disposition, par mail, téléphone ou courrier, pour répondre à toute interrogation ou toute demande d'informations complémentaires.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à cette étude qui est un élément indispensable de ma thèse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les plus respectueuses.

Lionel Signolet  
Doctorant en Sciences de Gestion

Thierry Nobre  
Professeur des Universités  
Université Robert Schuman, Strasbourg  
Directeur de thèse  
Directeur du CESAG

## Contenu du questionnaire

# LE CONTROLE DE GESTION DE VOTRE ETABLISSEMENT

### 1. Les personnes en charge du contrôle de gestion

#### 1.1. Effectifs du contrôle de gestion

Nombre de personnes en charge du contrôle de gestion dans votre établissement \_\_\_\_\_

Equivalent temps plein (ETP) des personnes affectées au contrôle de gestion \_\_\_\_\_

#### 1.2. Statut des personnels en charge du contrôle de gestion

Quel est le statut des personnels en charge du contrôle de gestion ?

	ETP	Effectifs		ETP	Effectifs
Corps médical			Cadre		
Personnel de direction			Contractuels		
Agent			Autre(s)		

#### 1.3. Formation des personnes en charge du contrôle de gestion

	ETP	Effectifs		ETP	Effectifs
BEP			DESS/M2/BAC+4 ou 5		
BAC			DECF/DESCF		
BTS/DUT/BAC+2			Autre(s)		

### 2. Les outils du contrôle de gestion de votre établissement

#### 2.1. Le calcul des coûts

Parmi les différents outils du contrôle de gestion, précisez ceux qui sont utilisés dans votre établissement

	OUI	NON	
- Elaborez-vous le tableau « casemix » (Tome 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Calculez-vous vos coûts par activité (Tome 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Calculez-vous le coût par GHM (Tome 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Utilisez-vous d'autres méthodes de calcul des coûts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez laquelle _____

Comment répartissez-vous vos charges en comptabilité analytique

- Par service
- Par Unité Fonctionnelle
- Pratiquez-vous un autre mode de répartition ? OUI  NON  Précisez lequel \_\_\_\_\_

#### 2.2. Les tableaux de bord

2.2.1. Avez-vous un tableau de bord global pour l'ensemble de votre établissement ? OUI  NON  allez au 2.2.2.

Précisez qui l'a conçu :

DAF	DG	En coopération		Autre, précisez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DAF-DG <input type="checkbox"/>	DG-Services <input type="checkbox"/>	

Quel est son contenu ?

Données d'activité réelles \_\_\_\_\_  Des éléments de calcul de coût \_\_\_\_\_   
 Données d'activité prévisionnelles \_\_\_\_\_  Montant de la facturation par la T2A de l'activité \_\_\_\_\_   
 Dépenses réelles \_\_\_\_\_  Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
 Dépenses budgétées \_\_\_\_\_

Quelle est sa périodicité ?

Annuelle	Semestrielle	Trimestrielle	Mensuelle	Autre, précisez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Est-il diffusé au niveau des services ? OUI  NON  allez au 2.2.3.

Au niveau de quel type de service est-il diffusé ?

Cliniques	Médico-techniques	Logistiques	Administratifs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-il diffusé au niveau des pôles ? OUI  NON

Si NON :  
 - Car les pôles n'ont pas encore été mis en place   
 - Car la procédure de diffusion n'a pas encore été mise en place

Autre(s) raison(s) \_\_\_\_\_

**2.2.2. Avez-vous des tableaux de bord par service ? OUI  NON  allez au 2.2.3**

Par qui sont-ils conçus ?

DAF	DG	Services	En coopération			Autre, précisez
			DAF-DG	DG-Services	DAF-Services	
<input type="checkbox"/>						

Quel est leur contenu

Données d'activité réelles \_\_\_\_\_  Des éléments de calcul de coût \_\_\_\_\_   
 Données d'activité prévisionnelles \_\_\_\_\_  Montant de la facturation par la T2A de l'activité \_\_\_\_\_   
 Dépenses réelles \_\_\_\_\_  Autre, précisez \_\_\_\_\_  
 Dépenses budgétées \_\_\_\_\_

**2.2.3. Avez-vous des tableaux de bord par pôle ? OUI  NON  allez au 2.3.**

Par qui sont-ils conçus ?

DAF	DG	Services	En coopération			Autre, précisez
			DAF-DG	DG-Services	DAF-Services	
<input type="checkbox"/>						

Quel est leur contenu

Données d'activité réelles \_\_\_\_\_  Des éléments de calcul de coût \_\_\_\_\_   
 Données d'activité prévisionnelles \_\_\_\_\_  Montant de la facturation par la T2A de l'activité \_\_\_\_\_   
 Dépenses réelles \_\_\_\_\_  Autre, précisez \_\_\_\_\_  
 Dépenses budgétées \_\_\_\_\_

Quelle est leur périodicité ?

Annuelle	Semestrielle	Trimestrielle	Mensuelle	Autre, précisez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A quelle(s) personne(s) ces tableaux de bord sont-ils diffusés ?

CME	CA	CE	Autre, précisez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 2.3. La contractualisation interne

Existe-t-il une procédure de contractualisation interne ? OUI  NON  allez au 2.4

Les modalités de suivi

Procédez-vous à une réunion de négociation initiale ?

OUI  NON

Organisez vous Des réunions de bilan d'étape ?

OUI  NON

Une réunion de bilan définitif ?

OUI  NON

La contractualisation est elle validée par les instances ?

OUI  NON

Lesquelles CME CA CE Autre,

### 2.3.1. Est-ce que les ressources humaines sont concernées par la contractualisation interne ?

OUI  NON  allez au 2.3.2.

Précisez la fonction

Du rédacteur

Des personnes qui fixent les objectifs

Des signataires

Parmi ces thèmes, lesquels sont concernés par la contractualisation des ressources humaines

Les mensualités des personnels de remplacement

La formation professionnelle

La promotion professionnelle

Existe-t-il une modalité d'intéressement ?

NON  OUI

Précisez laquelle

Autre(s) thème(s) concerné(s) ?

### 2.3.2. Les budgets d'investissement sont-ils concernés par la contractualisation interne ? OUI NON allez au 2.3.3.

Précisez la fonction

Du rédacteur

Des personnes qui fixent les objectifs

Des signataires

Parmi ces thèmes, lesquels sont concernés par la contractualisation des budgets d'investissements

Le matériel bio médical

Le matériel informatique

Autres matériels et mobiliers

Autre(s) thème(s) concerné(s) ?

### 2.3.3. Les budgets d'exploitation sont-ils concernés par la contractualisation interne ? OUI NON allez au 2.3.4.

Précisez la fonction

Du rédacteur

Des personnes qui fixent les objectifs

Des signataires

Quels sont les domaines concernés ?

### 2.3.4. Autre(s) domaine(s) concerné(s) par la contractualisation

## 2.4. Les budgets

### 2.4.1. Faites vous des budgets par service ? OUI NON allez au 2.4.2.

Réalisez-vous un suivi de ce budget :

Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel	Autre, précisez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelles sont les modalités de ce suivi ?

Réunions avec les chefs de service	Autre, précisez
<input type="checkbox"/>	

### 2.4.2. Faites vous des budgets par pôle ?

Réalisez-vous un suivi de ce budget

Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel	Autre, précisez
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quelles sont les modalités de ce suivi ?

Réunions avec les chefs de pôle	Autre, précisez
<input type="checkbox"/>	

2.4.3. Faites vous d'autres types de budget ? OUI  NON  Lesquels ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## LE SYSTEME D'INFORMATION DE VOTRE ETABLISSEMENT

### 1. Les personnes en charge du système d'information

#### 1.1. Au niveau des données comptables et financières

Est-ce que votre établissement dispose d'un service informatique ? OUI  NON  allez au 1.2.

Effectifs du service \_\_\_\_\_

Equivalent temps plein des personnes affectées au service \_\_\_\_\_

#### 1.2. Au niveau du Département de l'Information Médicale (DIM)<sup>1</sup>

Effectifs du département \_\_\_\_\_

Equivalent temps plein des personnes affectées au département \_\_\_\_\_

### 2. Statut des personnels en charge du système d'information

Quel est le statut des personnels en charge du système d'information ?

	Effectifs en charge			Effectifs en charge	
	De l'informatique	Du DIM		De l'informatique	du DIM
Corps médical			Cadres		
Personnel de direction			Contractuels		
Agents			Autre(s)		

### 3. Formation des personnes en charge du système d'information :

	Effectifs en charge			Effectifs en charge	
	De l'informatique	Du DIM		De l'informatique	Du DIM
BEP			DESS/M2/BAC+4ou 5		
BAC			DECF/DESCF		
BTS/DUT/BAC+2			Autre(s) :		

### 4. Les outils du système d'information hospitalier :

Remplissez les tableaux ci-dessous en fonction des logiciels utilisés

#### 4.1. Les logiciels utilisés par la Direction des Affaires Financières (DAF)

Les logiciels utilisés par la DAF :

Nom :	Editeur :	Fonction(s)
		le suivi des emprunts
		pour le suivi des immobilisations
		pour l'EPRD

<sup>1</sup> Ou Service de l'Information Médicale (SIM)

**Existe-t-il d'autres logiciels utilisés par la DAF pour d'autres missions ?** OUI  NON  allez en 4.2.

Si oui, précisez leur nom, leur éditeur et leur(s) utilisation(s)

Nom :	Editeur :	Fonction(s)

Pouvez-vous consulter les données transmises par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) via Internet ? NON  OUI

## 4.2. Les logiciels utilisés par le DIM

**Les logiciels utilisés par le DIM :**

Nom(s) :	Editeur (s):	Cochez l'utilisation du logiciels cité :
		Pour l'enregistrement des données médicales
		Pour la vérification des données médicales
		Pour l'analyse de l'activité médicale

**Est-ce que le DIM utilise d'autres logiciels dans le cadre de sa mission ?**

OUI  NON  allez en 4.3

Si oui, précisez leur noms, leur éditeur et leur(s) utilisation(s) :

Nom :	Editeur :	Utilisation :

## 4.3. Les logiciels utilisés par le contrôle de gestion

**Les logiciels dédiés ou mobilisés par le contrôle de gestion**

Nom(s) :	Editeur(s)	Fonction(s)
		Pour les tableaux de bord
		Pour le calcul des coûts
		Pour la budgétisation
		Pour la contractualisation interne

**Est-ce d'autres logiciels sont utilisés en contrôle de gestion ?**

OUI  NON

Si oui, nom éditeur et fonction du ou des logiciel(s) utilisé(s)

Nom :	Editeur :	Fonction(s)

**Existe-t-il un lien entre vos logiciels de contrôle de gestion et les logiciels qui gèrent les données médicales ?**

OUI  NON

De quel lien s'agit-il ? \_\_\_\_\_

## 4.4. Les logiciels d'extraction de données :

Disposez-vous d'un logiciel d'extraction

OUI                      NON

- Pour les données comptables et financières

Précisez lequel \_\_\_\_\_

- Pour les données du PMSI

Précisez lequel \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres logiciels d'extraction de données ?

Précisez lequel \_\_\_\_\_

# LES RELATIONS ENTRE SYSTEME D'INFORMATION ET CONTROLE DE GESTION DANS VOTRE ETABLISSEMENT

## 1. La production des informations

Que pensez-vous des assertions suivantes ?

Tout à fait D'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion

Le croisement des données d'activité médicale avec les données comptables et financières se fait facilement	<input type="checkbox"/>				
Les données produites par le DIM sont mobilisées par le contrôle de gestion	<input type="checkbox"/>				
La diffusion des données venant du DIM se fait facilement	<input type="checkbox"/>				
La diffusion des données venant du DIM se fait régulièrement	<input type="checkbox"/>				

## 2. L'analyse des informations

Est-ce que le DIM participe

- Aux choix des méthodes utilisées en contrôle de gestion
- A l'analyse des états élaborés en contrôle de gestion

OUI                  NON  
                    
                 

## LES PROJETS POUR LE PILOTAGE DE VOTRE ETABLISSEMENT

**1. Avez-vous des projets pour votre contrôle de gestion ?** OUI  NON  *allez au 2.*

Est ce que vos projets concernent les domaines suivants

- Tableaux de bord :  Précisez \_\_\_\_\_
- Calcul des coûts :  Précisez \_\_\_\_\_
- Budgets :  Précisez \_\_\_\_\_
- Contractualisation :  Précisez \_\_\_\_\_
- Autre(s) projet(s) :  Précisez \_\_\_\_\_

## 2. Vos projets au niveau du système d'information

**2.1. Avez-vous des projets pour le service informatique ?** OUI  NON  *allez au 2.2*

Est ce que vos projets concernent les domaines suivants

- Base de données  Précisez \_\_\_\_\_
- Logiciels  Précisez \_\_\_\_\_
- Architecture du système  Précisez \_\_\_\_\_
- Autre(s) projet(s)  Précisez \_\_\_\_\_

**2.2. Avez-vous des projets pour le DIM ?** OUI  NON  *fin du questionnaire*

Est ce que vos projets concernent les domaines suivants

- Base de données  Précisez \_\_\_\_\_
- Logiciels  Précisez \_\_\_\_\_
- Architecture du système  Précisez \_\_\_\_\_
- Autre(s) projet(s)  Précisez \_\_\_\_\_

**Nous vous remercions vivement d'avoir consacré du temps à participer à cette recherche et à remplir ce questionnaire**

**Souhaitez-vous une synthèse des résultats ?** OUI  NON

## **RESUMÉ**

L'objet de cette thèse est d'étudier les relations qu'entretiennent le système d'information et le système de pilotage dans le cadre d'une organisation qui connaît actuellement de profondes mutations : l'hôpital public de court séjour. Il s'agit par conséquent d'une thèse en contrôle de gestion mais qui s'appuie aussi sur des recherches en système d'information.

Deux méthodes d'observations sont mobilisées : une enquête par questionnaire et une recherche intervention menée pendant près de trois ans dans un hôpital.

Cette étude emprunte par ailleurs un cadre théorique fondé sur la notion de changement organisationnel. La lecture des données recueillies par notre recherche intervention est en effet analysée selon trois matériaux théoriques complémentaires. Il s'agit des travaux de Nobre (2006), Vandangeon-Derumez (1998) et Savall et Zardet (2004).

Notre recherche intervention nous permet par la suite de déterminer un premier niveau de prescription qui va ensuite être confronté à notre enquête pour constituer un second niveau de prescription plus général.

**MOTS CLES : système d'information, système de pilotage, contrôle, hôpital public, changement organisationnel**