



HAL
open science

Décideurs Hospitaliers : Vers quels dispositifs pouvez-vous tendre pour mieux piloter l'hôpital ?

Cédric Aubin

► **To cite this version:**

Cédric Aubin. Décideurs Hospitaliers : Vers quels dispositifs pouvez-vous tendre pour mieux piloter l'hôpital?. 2014. halshs-01519464

HAL Id: halshs-01519464

<https://shs.hal.science/halshs-01519464>

Submitted on 7 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Décideurs Hospitaliers : Vers quels dispositifs pouvez-vous tendre pour mieux piloter l'hôpital ?

Cédric AUBIN

*Directeur Conseil Secteur Public / Santé Social du groupe KEYRUS
Enseignant et chercheur associé à l'IFROSS – Université Jean Moulin Lyon 3 – France
Membre de la Société Française d'Évaluation*

Tél. : +33 6 65 49 89 32

E-mail : cedric.aubin@keyrus.com / cedric.aubin@univ-lyon3.fr

Finances Hospitalières

La lettre des décideurs économiques et financiers des hôpitaux

Numéro hors-série sur le thème « Piloter à l'hôpital »

Supplément à la lettre N°80 - Mai 2014

Résumé.

Au-delà des outils d'aide à la décision mis en œuvre classiquement par le contrôleur de gestion pour ses besoins propres, certaines Directions Générales hospitalières envisagent pour une meilleure appropriation, la mise en dynamique d'une co-construction décisionnelle entre acteurs engagés dans la décision, à savoir les responsables et cadres de pôles, le contrôleur de gestion, le DIM et la Direction elle-même. Cette coopération *ad'hoc*, que nous appelons *dispositif de prescription réciproque*, permet de construire un *système d'information décisionnel (SID)* qui filtre et restitue les données sous la forme d'informations qui seront mieux interprétées pour mieux décider. Cette démarche redonne l'initiative à l'acteur : en présentant mieux l'information, on laisse ainsi plus de places aux intentions, à la production d'idées, à la réflexion en vue d'une meilleure prise de décision.

Cet article décrit un exemple singulier d'un hôpital Français qui est passé d'un dialogue de gestion à un véritable dialogue de pilotage. Cette étude de cas illustre la mise à l'épreuve d'un modèle à trois dimensions, utilisé pour analyser les mécanismes d'appropriation du SID pendant la transformation de son organisation. Elle aborde aussi l'évaluation du changement social et cognitif engendré par son usage pendant la conduite du plan stratégique de l'établissement.

Mots-clés : Hôpital – Aide à la décision – Système d'Information – Conception – Usage – Sens – Prescription – Appropriation.

Introduction

Le métier de contrôleur de gestion est devenu stratégique à l'hôpital. Son rôle est de concevoir et mettre en œuvre des méthodes et outils de gestion permettant de garantir l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement. Son rôle est aussi de conseiller les décideurs au regard du développement des activités.

Dans certaines organisations hospitalières, le contrôle de gestion est intégré au sein de la direction des finances faisant de lui un support de la stratégie financière. La direction des finances est positionnée sur une vision macro, centrée sur les grands équilibres financiers et le rendu d'activité : dépenses par grands groupes de disciplines, EPRD. Le contrôle de gestion est quant à lui, axé sur une approche micro, très en prise avec le terrain. Pour autant le directeur des finances est associé aux analyses produites.

Dans certaines autres organisations, le contrôle de gestion est plutôt en lien étroit avec le directeur général en portant le projet de pilotage de la performance.

Taffut et Ligier [1] soulignent que dans un rapport récent, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a fait le point sur les pratiques de comptabilité analytique en établissement de santé et sur le développement des outils du contrôle de gestion hospitalier. Le rapport [2] souligne les évolutions dans ce domaine depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). En effet, le nouveau paradigme financier a conduit beaucoup d'établissements de santé à élaborer des comptes de résultats et des tableaux coûts case-mix, ainsi qu'à participer à la base des coûts par activité (base d'Angers) et à celle des coûts par séjour. Pour autant, le développement avéré de ces outils de comptabilité analytique ne doit pas masquer l'évolution importante des missions du contrôle de gestion hospitalier depuis la montée en charge de la T2A. En effet, si l'analyse des coûts constitue toujours une composante essentielle de ses missions, le suivi de l'activité et le contrôle des données d'activité, et plus particulièrement des recettes liées à ces données, sont devenus un nouvel axe fort de la discipline.

Il devient donc essentiel pour le contrôleur de gestion de disposer pour ses besoins propres d'un environnement informationnel lisible à partir des données issues des dossiers patients électroniques, des applications de gestion ou de toutes autres sources du système d'information hospitalier. L'une des solutions passe par l'utilisation d'outils d'analyse et la construction de tableaux de bord.

Cependant, la délégation de gestion accordée aux pôles hospitaliers marque en même temps l'entrée de nouveaux acteurs dans la décision, et il devient alors légitime qu'ils puissent disposer également de tableaux de bord tirés des mêmes informations pour piloter leur pôle. Or, l'usage généralisé de tels outils décisionnels ne va pas de soi et certaines Directions Générales hospitalières envisagent pour une meilleure appropriation, la mise en dynamique d'une co-construction de ces outils entre acteurs engagés dans le plan stratégique de l'établissement. À savoir les responsables et cadres de pôles, le contrôleur de gestion, le DIM et la Direction elle-même. Cette coopération *ad hoc*, que nous définirons plus loin comme *dispositif de prescription réciproque*, permet de construire un *système d'information décisionnel (SID)* qui filtre et restitue les données sous la forme d'informations qui seront mieux interprétées pour mieux décider. Cette démarche abordée pendant la conduite du plan stratégique de l'établissement redonne l'initiative à l'acteur : en présentant mieux l'information, on laisse ainsi plus de places aux intentions, à la production d'idées, à la réflexion en vue d'un meilleur pilotage de l'établissement.

Cet article tiré d'un travail doctoral [3], décrit l'exemple singulier d'un hôpital Français qui a souhaité passer d'un dialogue de gestion à un véritable dialogue de pilotage. Cette étude de cas illustre aussi la mise à l'épreuve d'un modèle à trois dimensions utilisé pour analyser les mécanismes d'appropriation du SID pendant la transformation de cette organisation. La première partie (1) décrit la méthode et le cadre théorique utilisé dans l'étude de cas pour évaluer le changement social et cognitif engendré par l'usage des systèmes d'information décisionnels pendant la conduite de son plan stratégique. La deuxième partie (2) présente les résultats obtenus, notamment la création d'un *système d'information décisionnel* et la mise en place d'un dispositif efficient appelé *dispositif de prescription réciproque* [4], qui redonne l'initiative à l'acteur. La troisième partie (3) analyse les résultats et propose un environnement de travail pour unifier la vision nécessaire à l'action collaborative et promouvoir un dialogue de pilotage en vue d'une meilleure prise de décision.

1. Méthodologie

1.1 La démarche envisagée.

L'enjeu du pilotage concerne tous les établissements : les cliniques privées, les hôpitaux publics, mais également, des établissements privés qui fonctionnent comme des établissements publics. Nous avons choisi de nous intéresser à ce troisième type d'établissements, c'est à dire au secteur Privé Non Lucratif, moins connu du grand public, et baptisé le "modèle invisible" par l'Institut Montaigne [5]. Ces établissements participent en effet au service public hospitalier, tout en disposant d'une réelle autonomie de gestion, celle du privé.

Plutôt que de se lancer dans une méthode à base de questionnaires, interroger une multitude d'acteurs, au risque de ne pas obtenir des résultats probants du fait du taux de validité des réponses souvent bien en deçà de ce que l'on espère dans ce genre d'enquête, nous avons résolu ce problème en optant pour une étude de cas unique, afin de mener un examen en profondeur d'un hôpital pris dans son contexte. Le choix de l'hôpital retenu pour notre étude empirique, s'est donc porté sur l'hôpital Parténia [6], hôpital privé à but non lucratif (ESPIC) français, qui devenait le théâtre d'une série d'opérations de transformation, dans lesquelles nous avions la chance de participer à ce moment-là dans notre activité professionnelle (nous sommes en 2005, en pleines réformes des modes de financement liés à la T2A et celles de la nouvelle gouvernance). Nous avons privilégié une posture interprétative d'observateur participant, pendant trois années, en superposant notre recherche à notre mission professionnelle.

Selon la typologie de Junker [7], notre posture de recherche s'est apparentée au statut de « participant complet » en raison du fait que nous n'avons pas dévoilé à l'hôpital notre identité de chercheur ; Seul notre engagement dans la mission professionnelle lui importait. Autrement dit, nous avons adopté un positionnement hybride de « consultant-chercheur », entre engagement et distanciation :

- Engagement dans l'exercice de notre mission professionnelle située clairement dans le registre de l'action, avec ses propres normes de fonctionnement et ses critères spécifiques ; Ceux-ci étaient plutôt de l'ordre de l'implication, de l'efficacité et de la rentabilité, de la motivation.
- Distanciation, car il nous semblait indispensable d'opérer en même temps, un recul par rapport à notre terrain de recherche, d'obtenir un autre regard sur la réalité étudiée.

Notre rôle de consultant-chercheur s'est voulu témoin, ou plus exactement « témoin des témoins », en faisant connaître « de l'intérieur » la capacité d'innovation ordinaire des acteurs,

leur énergie pour dépasser et contourner les enfermements dont ils étaient victimes sur leurs terrains quotidiens.

La méthodologie adoptée a été de nature qualitative, par une démarche dite *abductive* à partir de théories support, par la conduite d'entretien au cours de l'accompagnement de l'établissement et par notre situation d'observateur, praticien-chercheur. Les données collectées par la tenue d'un journal de recherche et par l'utilisation de tous les documents produits par l'hôpital (rapports, notes, comptes rendus de réunions) dans l'élaboration de son plan stratégique et de son Contrat d'Objectifs et de Moyens, ont été très nombreuses et ont permis une description détaillée dans l'espace et dans le temps du projet de l'hôpital.

1.2. Les théories support mobilisées.

Pour étudier les dynamiques d'appropriation des dispositifs décisionnels à l'hôpital Parténia, nous avons superposé sur les étapes de transformation que l'établissement traversait, un modèle d'analyse basé sur le triptyque Conception, Usage et Sens. Il réunit trois théories support dans une seule théorie, comme le montre la figure 1. Ces éléments théoriques sont assemblés dans un cadre unifié pour analyser le comportement des utilisateurs et des décideurs dans la mise en œuvre du système d'information décisionnel.

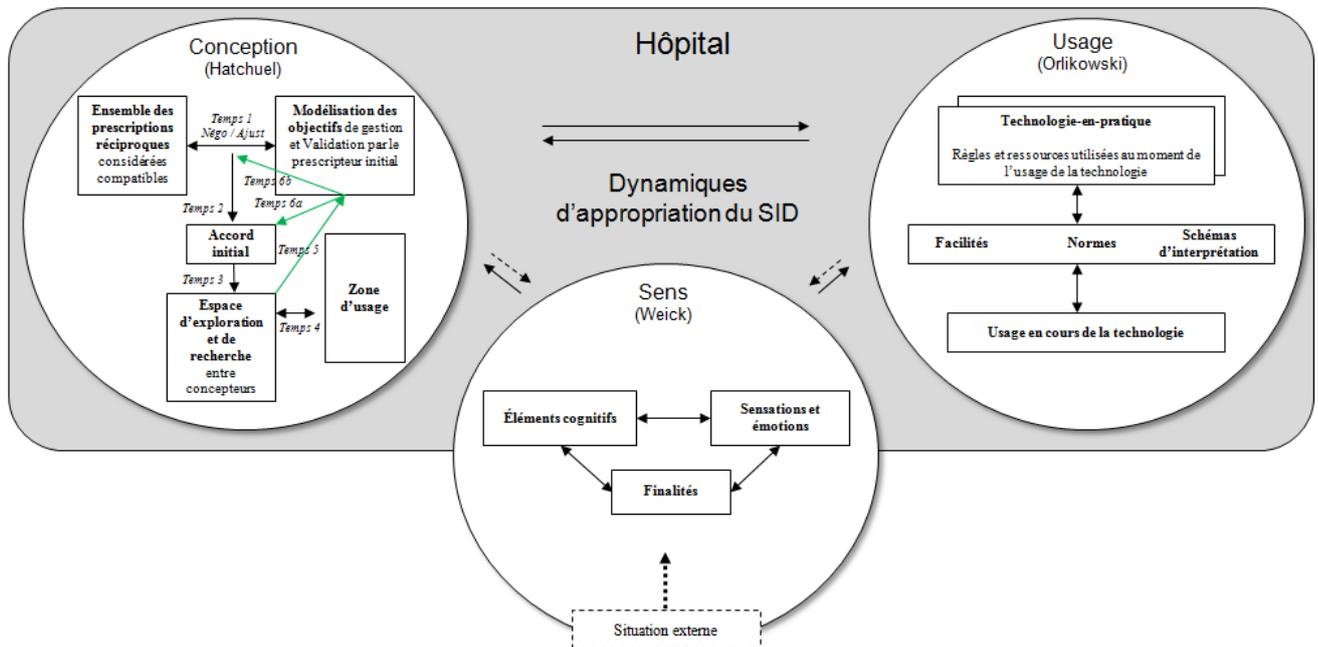
D'un côté, la perspective structurationniste d'Orlikowski [8] rejette l'idée d'affirmer qu'une fois la technologie développée, celle-ci devient stable, et en même temps difficilement modifiable et adaptable aux nouveaux usages. Pour elle, l'appropriation serait une suite d'itérations. Si dans de nombreux cas, les technologies sont conçues d'un côté, puis diffusées de l'autre (c'est le cas des technologies packagées ou vendues « sur étagère » par exemple), il nous paraissait évident que dans le cas des systèmes d'information décisionnels, il s'agirait plutôt de considérer l'expression des besoins des utilisateurs et de les associer pleinement dans les phases de conception des tableaux de bord.

À côté de cela, nous avons porté notre attention sur les prescriptions réciproques, proposées par la théorie de la conception collective d'Hatchuel [9]. Elle a pour intérêt de mettre en évidence l'importance des dynamiques de coordination entre les individus, autour du processus de conception. Selon lui, la notion de « prescription réciproque » crée du savoir et cette création de savoir s'enracine dans un collectif pour y prendre son sens. Ce principe de coopération repose sur le pari implicite d'une compatibilité et d'une efficacité croisées entre les différents acteurs en scène. La mise en œuvre d'un processus de validation deviendrait alors stratégique car il serait le meilleur moyen de fonder les savoirs disponibles et d'analyser les rapports de prescription. Il serait le garant de la survie de la coopération au cours du processus de conception.

Pour finir, entre usage et conception, il y a le sens. Et il y aurait appropriation que s'il y avait adhésion au sens donné par la stratégie. La construction de sens, que les décideurs hospitaliers doivent traduire dans les indicateurs et les tableaux de bord, devrait être au cœur de l'élaboration de la stratégie de l'établissement. Elle apporterait selon nous un élément explicatif supplémentaire au phénomène d'appropriation du système d'information décisionnel. Nous nous sommes appuyé ici sur les travaux de Weick [10] et en particulier sur le concept du *sensemaking* pour analyser à la fois les aspects cognitifs et comportementaux du travail stratégique : cognitifs pour l'interprétation et la compréhension du contexte, comportementaux dans les actions mises en œuvre. Un des postulats de la théorie du *sensemaking* est la complexité de la réalité du monde : l'acteur doit simplifier la complexité afin de pouvoir appréhender cette réalité et agir dans le monde. Le processus de *sensemaking* consiste donc à en extraire des éléments et à les relier au sein d'une représentation qui, en redonnant de l'ordre, donne du sens.

L'opérationnalisation du concept de sens trouve donc clairement sa place dans notre cadre d'analyse pour étudier l'appropriation des dispositifs de pilotage.

Figure 1 : Modèle d'analyse proposé pour appréhender la dynamique d'appropriation du SID à l'Hôpital.



2. Résultats

2.1. Une série de transformation à l'hôpital, son organisation, son système d'information.

Depuis quelques années, l'hôpital Parténia avait l'ambition d'améliorer sa performance en travaillant sur trois axes : un retour à l'équilibre financier, une nouvelle gouvernance, et un programme de rénovation immobilière. En parallèle de ces 3 axes, l'établissement souhaitait aussi porter une attention sur son système d'information, en particulier sur son système de pilotage, qui deviendrait l'instrument central du support au management de la performance. Il constituerait l'outil essentiel pour la délégation de gestion accordée aux pôles. Pour autant, plusieurs acteurs avaient souligné assez tôt des difficultés à disposer des informations nécessaires à leur prise de décision notamment à cause de la multiplicité des sources de données situées dans les nombreuses applications opérationnelles (encadré 1).

Notre mission s'est déroulée en 3 étapes :

- **Première étape**, celle de mettre en place une première version d'un système de pilotage, capable de remonter parfaitement les niveaux d'activité, de recettes et de dépenses. Cette première version s'est limitée en première intention au contrôle de gestion et au département de l'information médicale (DIM), premiers demandeurs. Dans cette première étape, nous avons surtout employé deux des trois dimensions de notre triptyque que sont la conception et les usages.
- **Deuxième étape**, avec la mise en place d'un Observatoire Médico-Économique (OME) et la préparation d'un projet plus global de transformation. Ici, nous avons intégré le concept de sens comme troisième dimension de notre triptyque ; une construction de sens, opérée par les acteurs en charge de la conduite de cette transformation.

– **Troisième étape** consistant à mettre en œuvre le projet stratégique de l'établissement appelé « **Projet Parténia-2012** » et concevoir un nouveau système de pilotage. Dans cette étape, on convient de généraliser l'usage des outils d'aide à la décision à l'ensemble des nouveaux acteurs des pôles, de mettre en place des dispositifs de prescription réciproque pour concevoir un système décisionnel commun et partagé, tout cela dans une démarche managériale globale. Nous montrons dans cette étape que les trois dimensions de notre triptyque apportent un éclairage sur les coopérations à mettre en place pour mener une telle transformation.

Encadré 1 : Extrait de la Synthèse des entretiens - Projet Parténia - Étape 1 [3, p. 247]

Maîtrise de l'information

- Quels sont les principaux problèmes auxquels vous devez faire face ?
 - Compréhension de l'information : manque de connaissance des sources métier,
 - La complexité des indicateurs, la manière de les construire.
 - Ex. Un indicateur = agrégats de plusieurs données
 - Ex. Effectifs des médecins / activité des médecins : difficulté de les associer simplement
- Comment associer plusieurs données pour avoir une vision claire d'un problème ?
 - Réactivité, fiabilité et facilité dans le recueil et le traitement de l'information dans les logiciels métiers : aucun traitement des rejets, beaucoup de corrections à faire manuellement sur les données provenant des différents logiciels métiers.
 - Sources d'information multiples issues de logiciels incompatibles qui peuvent transmettre pour une même requête un résultat différent notamment sur l'activité, Divergence entre certaines données médicale et administrative dans la trajectoire du patient
 - Ex. Unité Fonctionnelle d'hébergement / Unité Fonctionnelle de responsabilité médicale
 - Les interfaces entre les logiciels : perte de dossiers, perte d'actes.

Maîtrise dans l'organisation

- Trop de dépendance du DIM et de la DAF envers le Contrôle de Gestion pour produire certaines statistiques
- Manque d'outils simples à utiliser pour l'analyse d'activité (pas d'outil commun)
- Inadéquation des systèmes Informatiques qui n'ont pas été orientés T2A
- Manque d'outil de restitution derrière les logiciels métiers
- Quelles en sont les conséquences sur votre organisation ?
 - On ne parle pas tous, toujours de la même chose. Il peut y avoir des anomalies que l'on n'exploite pas toujours pour bâtir un vrai système qualité. « On fait malheureusement une démarche court terme : il y a une erreur, on la corrige, point final »
 - Perte de temps et pertes financières : débauche d'énergie et résultats pas toujours satisfaisants
 - Crédibilité du SI : résultats différents entre le Contrôle de Gestion/DIM et les Unités de Soins ; Manque de preuves
 - Manque de précision, de rapidité, dans les réponses (sortie papier)
 - Le service attendu n'est pas rendu tel qu'on attend aujourd'hui : pas assez armé (cf. problème de crédibilité) et pas de vision assez prévisionnelle car trop de temps à assembler la donnée
- Comment identifiez-vous ces problèmes ou leur éventualité ?
 - Trop de croisement de données à réaliser avant d'obtenir un résultat
 - Beaucoup de traitements manuels
 - Pas de prise en compte des rejets
 - Manque de validation par les opérationnels : les services médicaux ne voient pas toujours l'intérêt dans le renseignement, et la saisie informatique est imparfaite
 - Identification des incohérences, au coup par coup, par analyse (grosse masse vers le détail, par constat, par manque de résultats, par volonté)
- Difficultés dans l'obtention des informations qui vous sont nécessaires ?
 - Manque de cohérence des résultats
 - Processus de saisie des actes et diagnostics réparti sur plusieurs logiciels métiers différents. Interfaces non maîtrisées entre ces logiciels : Informations non saisies dans le SI (Ex. nombre d'heures de bloc secondaire) ou informations absentes dans la table activité (Ex. Gynéco-obstétrique par praticien, uniquement dans un logiciel)

2.2. La construction d'un SID déployé à l'hôpital Parténia.

Pour satisfaire les besoins du contrôle de gestion et du DIM, il fallait accéder en temps réel aux données de l'établissement situées dans les bases de production des applications opérationnelles (dossier patient, PMSI, Gestion Économique et Financière, SI RH, etc.), traiter ces données, et en extraire l'information pertinente, affichée sous forme de tableaux de bord.

La solution décisionnelle intégrée et déployée à l'hôpital Parténia, s'est appuyée sur un entrepôt de données ou *data warehouse* dans lequel les données des applications de production sont chargées après extraction, et modélisées en indicateurs pouvant être analysés selon plusieurs dimensions. Des outils de restitution diffusent les informations aux utilisateurs.

Les composantes du SID se distribuent dans une chaîne décisionnelle organisée en trois fonctions, conformément à l'état de l'art décrit en figure 2 : l'alimentation des données, leur stockage et leur exploitation.

1) **La première fonction est celle de l'acquisition des données** qui vont alimenter l'entrepôt de données. L'hétérogénéité des supports d'où sont issues les données à extraire, a pour corollaire la complexité de la phase d'alimentation de l'entrepôt de données. En effet, les systèmes d'information opérationnels sont, le plus souvent, composés d'applications multiples, destinées chacune à traiter un domaine d'activité spécifique (activité, production des actes, finance, RH...).

L'outil d'acquisition des données (ETL) a donc pour vocation d'unifier les données opérationnelles qui, à la base, ne sont pas normalisées. Il est important de porter une grande attention à la nature et à la qualité des données avant de les extraire à destination du système d'information décisionnel. Après avoir identifié toutes les données présentes dans les systèmes opérationnels ou issus de bases de données externes, nous analysons leur qualité, tant en termes de capacités de rapprochement d'un même référentiel lors de leur arrivée dans l'entrepôt de données, qu'en termes de nettoyage.

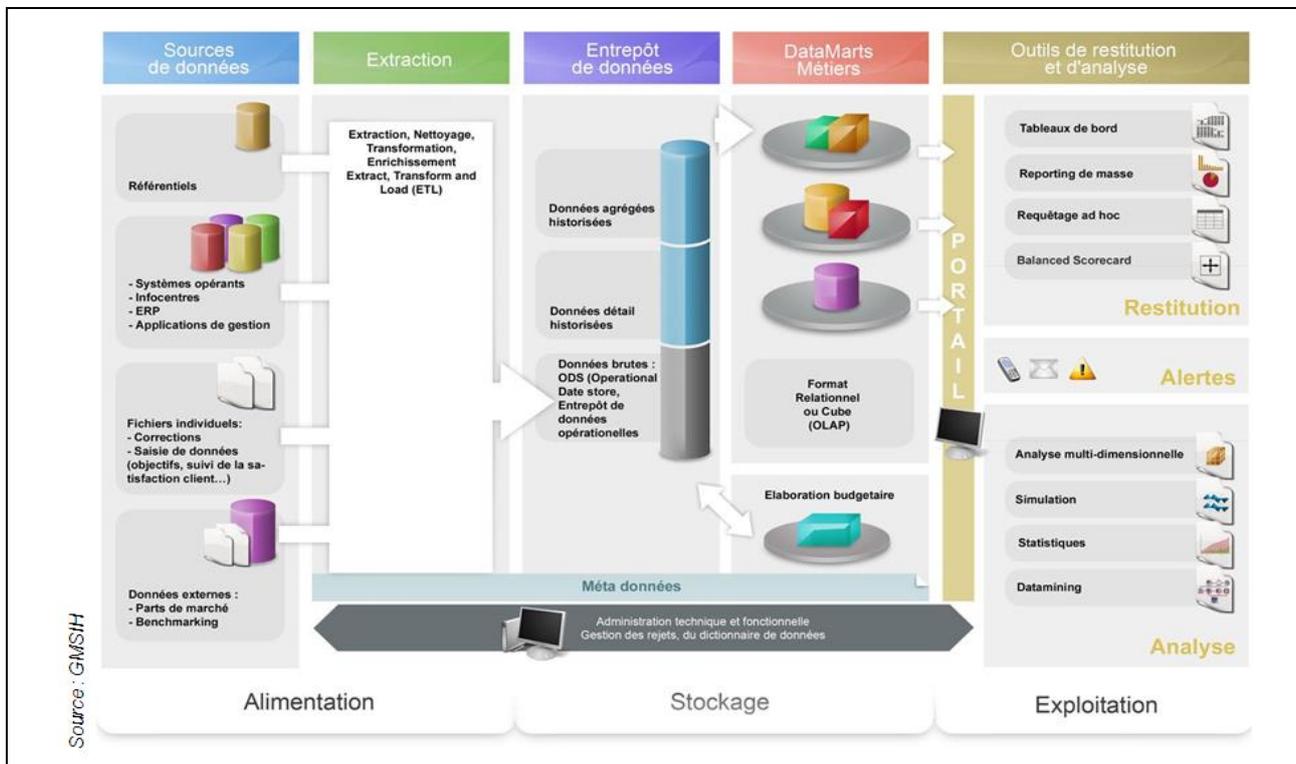
2) **La seconde fonction est celle de la gestion des données.** Sa principale vocation est d'assurer le stockage dans une base décisionnelle (de synthèse), de données structurées en contexte d'analyse décisionnelle et orientées pour l'utilisateur. Les données, nécessitant des stockages volumineux, ont été le plus souvent structurées selon deux formes :

- un entrepôt de données ou *data warehouse*, pouvant stocker des téraoctets de données, modélisées en étoile,
- des cubes multidimensionnels (ou applications *On Line Analytical Processing* : OLAP). Le composant de gestion des données permet alors au travers de ces cubes de réaliser des interrogations sur plusieurs dimensions (différents points de vue) des données contenues dans l'entrepôt.

3) **La troisième fonction est celle des restitutions des informations décisionnelles** dans des applications pouvant se greffer sur la base décisionnelle. Cette fonction est assurée par des outils décisionnels variés comme des outils de reporting, des outils de tableaux de bord, des outils de *Balanced Scorecard* ou des outils de fouille de données (*data mining*). Le contrôleur de gestion ou le médecin DIM peuvent désormais interroger les données stockées et structurées autour de différents axes d'analyse, et de naviguer d'une dimension à une autre (sans avoir à formuler de nouvelles requêtes) et ainsi changer d'axes d'analyse pour visualiser les données sous un autre point de vue (fonction *Slice and Dice*). Ils peuvent également aller du synthétique au détail (fonction *drill down*) ou visualiser des données plus agrégées (fonction *drill up*). Ainsi, selon les besoins, ils peuvent créer les informations (leur donner un sens), les présenter selon différents

axes... Par exemple, l'analyse du chiffre d'affaires réalisé par service, pour un type de pathologies donné, sur une période de temps donnée... et diffuser à d'autres, des rapports prédéfinis fixes.

Figure 2 : L'architecture décisionnelle du SID



3. Analyse / discussion

3.1. L'élargissement des décisions pour un dialogue de pilotage avec les pôles.

La notion de **délégation de gestion** à laquelle fait référence l'Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, constitue un système de déconcentration de la prise de décision. Elle a pour objet d'assurer une meilleure adéquation des moyens aux besoins, une plus grande réactivité de l'institution et une responsabilisation des professionnels à la maîtrise des dépenses. La délégation de gestion est conditionnée en ce sens par un dialogue de gestion efficace fondé sur la circulation d'une information fiable et partagée par l'ensemble des acteurs (directions, chef de pôle, cadre administratif de pôle, cadre paramédical de pôle). Sa mise en œuvre nécessite de formaliser le circuit de l'information ascendante et descendante, de manière à ce que l'exécutif de pôle puisse réellement piloter son pôle. La réalisation de tableaux de bord de suivi des dépenses par pôles, reprenant de manière synthétique les grandes dépenses directes de chacun des pôles et les corrélant à l'activité, constitue l'une des réponses à ce problème.

Un autre vecteur de circulation de l'information consiste à établir des procédures partagées impliquant l'exécutif de pôle et les directions fonctionnelles. Dans ces conditions, les impératifs généraux de l'hôpital et l'expérience des acteurs de proximité peuvent être pris en compte par les deux parties dans un véritable « dialogue de pilotage », garantissant à l'établissement une plus grande réactivité.

Face à aux difficultés constatées à l'hôpital Parténia d'utiliser les bonnes informations, la mise en place du système facilitant leur sélection et leur utilisation, est apparu comme une solution viable pour améliorer la prise de décision et faciliter ce dialogue de pilotage. Mais au-delà de cette réponse technique, l'Hôpital Parténia a considéré également que son appropriation devait être effective.

À l'aide du cadre associant Conception / Usage / Sens et des observations de terrain, nous avons constaté qu'une interaction devait s'opérer entre décideurs, concepteurs et utilisateurs du système d'information sanitaire et qu'une dynamique d'appropriation résultait des relations entre concepteurs et utilisateurs, alimentées et orientées par le sens porté dans le projet stratégique de l'établissement.

Si on se réfère à l'étape 1, le premier projet de SI Décisionnel à vocation limitée (contrôle de gestion et département de l'information médicale), a constitué une première étape sur un groupe d'acteurs de référence, et a marqué clairement l'utilité d'un tel système. Cependant, bien que ce projet n'ait pas associé tous les acteurs-clés (c'est-à-dire sans les acteurs de pôle), il montre à l'évidence que la construction du sens ne s'est pas opérée sans eux. Ceci est très souvent observé dans notre pratique professionnelle : on voit encore trop fréquemment des hôpitaux concevant leur projet stratégique de façon totalement « déconnectée » du contexte technologique des systèmes d'information qui se développe par ailleurs. Et inversement, on voit aussi encore des projets SI Décisionnel, complètement déconnectés du contexte stratégique, comme si on concevait pour les acteurs mais sans les acteurs. Cette étanchéité génère des conceptions non réalistes de solutions, sans liens directs avec les objectifs stratégiques et surtout dépourvues de sens commun. Elle entraîne également des usages mal définis et finalement détournés vers des pratiques qui ne devraient pas voir le jour (par exemple, certains utilisateurs vont quand même par manque de confiance envers la nouvelle solution, continuer d'interroger un grand volume de données dans les gisements sources, en pensant pouvoir faire face à la complexité qui en découle, au détriment d'utiliser la nouvelle solution commune).

Dans l'étape 2, nous avons observé qu'avec la mise en place de l'observatoire médico-économique, un début de réflexion sur le sens des indicateurs s'installait en collaboration avec les pôles. L'information est mieux structurée et donc mieux interprétée.

Enfin, dans l'étape 3, nous montrons que l'acteur du pôle, par sa participation dans l'élaboration d'un dispositif global de pilotage, contribue aux différents volets qui le composent. À savoir, un volet organisationnel, avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, un volet stratégique avec le projet médical, un volet communicationnel, et un volet technologique avec le projet d'informatique décisionnelle. On montre ainsi que le processus décisionnel peut s'améliorer par une meilleure maîtrise de l'information (réduction des incertitudes) et par une meilleure maîtrise de l'organisation (participation par interaction). Ainsi, par toutes ces dimensions contributives, le poids de l'acteur du pôle devient décisif dans l'élaboration d'un projet stratégique global.

3.2. L'enjeu de l'appropriation : nécessité de mettre en place un dispositif de prescription réciproque.

L'enjeu de l'appropriation par les acteurs du système d'information décisionnel est essentiel, car même si une direction l'impose, il est nécessaire pour qu'il fonctionne que les acteurs l'adoptent ou l'acceptent. Nous montrons qu'en milieu organisé et hiérarchisé tel que l'hôpital, l'appropriation d'un tel système résulte surtout d'un processus constant d'interactions entre acteurs autour de trois dimensions : la Conception, les Usages et le Sens apporté à la stratégie de l'établissement.

L'hypothèse de considérer l'appropriation du SI Décisionnel comme point de rencontre entre ces trois processus est vérifiée et nous confirmons que le processus par lequel l'acteur va rendre le système propre à son usage (et se défaire de l'incapacité à exploiter des informations utiles à sa prise de décision) est en totale interaction avec les deux autres éléments processuels :

- le processus de conception qui renvoie aux rôles de l'acteur autour de la prescription réciproque, et
- la construction de sens que l'acteur associe à l'objet technologique dans la stratégie de transformation.

Cette approche tridimensionnelle nous conduit à confirmer, sur un plan théorique, que les 3 courants conceptuels mobilisés peuvent être appréhendés de manière complémentaire, voire intégrée, et non de manière alternative ou fragmentée.

3.3. Limites et perspectives.

Notre recherche comporte cependant des limites. La première limite porte sur la mobilisation de plusieurs sous-disciplines : le domaine gestionnaire, celui de la stratégie, la sociologie des organisations, le management des systèmes d'information. Nous considérons que ce croisement disciplinaire est un atout pour enrichir le phénomène étudié, mais a-t-on vraiment le droit de le faire sur le plan académique ?

La deuxième limite est de nous être attaquée à l'analyse simultanée de trois processus, la conception, l'usage et le sens, ce qui peut apparaître un peu ambitieux. Notre étude de cas nous a permis de centrer l'analyse surtout sur les sphères des concepteurs et des constructeurs de sens ; beaucoup moins sur la sphère des « usages », comme nous le souhaitions.

Enfin, la troisième limite, méthodologique cette fois, concerne la question de la validité des données présentées dans le cadre d'une étude de cas unique, et de la portée générale de ses résultats.

En perspective, le prototype issu de cette étude de cas prétend proposer une sorte d'expression des besoins. Dans notre étude de cas, nous avons en effet avancé de marche en marche, mais il resterait au préalable un travail à mener sur la méthode, pour qu'elle soit plus précise et qu'elle puisse opérationnaliser davantage les liens entre les trois dimensions de notre modèle. Il faudrait en formaliser les différentes étapes et la mettre à l'épreuve de la pratique sur de nouveaux terrains.

Une première orientation serait de s'intéresser au secteur des cliniques privées par exemple, où par nature, les acteurs sont en grande partie indépendants les uns des autres car fonctionnent sur le mode réticulaire. La question centrale porterait sur la construction du sens commun dans ce type d'organisation apparemment moins « collaborative ».

Une seconde orientation serait d'examiner également des organisations dans lesquelles le sens serait, en quelque sorte, moins « stabilisé ». Par exemple, les structures du secteur médico-social où la formalisation des critères de performance est encore embryonnaire.

Enfin, une possibilité de tester notre modèle à l'échelle d'un territoire ou d'une communauté de territoire. On peut penser en effet, que dans ce type d'organisation, la notion de sens peut être exacerbée car on s'affranchit des limites de l'établissement.

Conclusion

Dans le contexte de l'élargissement de la prise de décision à l'hôpital, nous proposons une solution réductrice d'asymétrie d'information constatée et préjudiciable à l'articulation entre décision des directions fonctionnelles et application dans les pôles.

Cette solution est la mise en place d'un dispositif de prescription réciproque, permettant aux acteurs à la fois de concevoir et d'utiliser un système d'information décisionnel assurant une meilleure transparence de l'information en général, et d'être capable de prendre des décisions éclairées en redonnant du sens à la stratégie de l'établissement. Le décideur hospitalier peut ainsi y voir plus clair, et s'impliquer davantage dans la construction de sens dont il a perdu souvent l'objectif ou la motivation. Il peut jouer pleinement son rôle dans l'organisation et dans la stratégie.

Trois résultats principaux se dégagent. Concernant l'usage, l'élargissement des parties prenantes des décisions aux pôles cliniques montre à la fois l'effet de la structure organisationnelle sur les nouveaux besoins en information décisionnelle et la difficulté pour les concepteurs à faire face au problème de la pluralité des usages. Concernant la conception, l'étude met en lumière le rôle capital d'un prescripteur bien identifié, l'observatoire médico-économique, qui assigne les objectifs de création et garantit l'équilibre entre les prescriptions et les stratégies individuelles, de l'ensemble des acteurs inclus dans le projet de transformation. Enfin, le résultat le plus marquant concerne le double effet de la variable « création de sens » sur les usages et motivations : effet direct à travers l'engagement des décideurs des pôles dans l'élaboration du plan stratégique de l'hôpital et indirect via le processus de conception du système coopératif d'aide à la décision.

Références bibliographiques

- [1] Taffut P., Ligier L. (2012), "Les mutations du contrôle de gestion hospitalier", *Finances Hospitalières*, n° 60 - Juillet 2012.
- [2] Disponible à l'adresse suivante : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article181>
- [3] Aubin C. (2013), *Décider à l'Hôpital : du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque*. Thèse pour le doctorat en sciences de gestion, IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3, 423 p.
- [4] Hatchuel A. (1994), "Apprentissages collectifs et activités de conception", *Revue Française de Gestion*, juin, juillet, août, 109-120.
- [5] Silber D. (2005), *Hôpital Le Modèle Invisible*, (avec Castra L., Garel P. et Risk A.), Institut Montaigne.
- [6] Les noms de lieux, de personnes et d'institution sont anonymisés. Parténia est utilisé en mémoire du diocèse disparu depuis 1500 ans, situé à proximité de Sétif dans l'actuelle Algérie (on ignore aujourd'hui sa localisation exacte), octroyé à Monseigneur Jacques Gaillot aussitôt après que celui-ci ait été déchargé du diocèse d'Évreux.
- [7] Junker B. (1960), "Field Work", Chicago: University of Chicago Press.
- [8] Orlikowski W. (2000), "Using technology and constituting structures: a practice lens for studying technology in organizations", *Organization Science*, 11(4), pp. 404-428.
- [9] Hatchuel A. (1994), "Apprentissages collectifs et activités de conception", *Revue Française de Gestion*, juin, juillet, août, pp 109-120.
- [10] Weick K. (1985), "Cosmos vs. Chaos: Sense and Nonsense in Electronic Contexts", *Organizational Dynamics*, Vol. 14, pp.50-64.