

THIERRY NOBRE

Université de Strasbourg, EM Strasbourg ; HuManis



L'innovation managériale à l'hôpital

Changer les principes du management pour que rien ne change ?

L'hôpital est soumis à de profondes mutations qui contraignent à innover. Si en général, il est fait référence à l'innovation thérapeutique ou technologique, les établissements se doivent aussi de transformer leurs pratiques managériales. Cet article a pour objectif de faire le point sur l'innovation managériale à travers l'analyse de neuf cas identifiés à partir d'une investigation réalisée auprès des établissements publics de santé. Une première étape descriptive conduit à identifier trois modalités principales d'innovations managériales. Une seconde étape analytique permet de déterminer comment ces innovations managériales observées dans les établissements de santé interrogent les principes généraux du management retenus par Hamel (2008).

En général, l'innovation est appréhendée à l'hôpital à partir de sa dimension médicale et thérapeutique qui se traduit par de nouveaux traitements développés pour améliorer la prise en charge des patients ou faire face à de nouvelles menaces épidémiologiques. Cette conception implique des innovations de produits (de nouveaux médicaments), des innovations technologiques (de nouveaux matériels : imagerie, matériel d'intervention chirurgicale, technologie de suivi des patients) et des innovations de protocole de prise en charge. Cependant il est très rarement fait référence au contexte organisationnel et managérial dans lequel ces innovations sont développées alors que dans le même temps, l'hôpital connaît de fortes pressions pour faire évoluer son management. Cette tendance est perceptible dans les diverses réformes auxquelles l'hôpital a été soumis ces deux dernières décennies et en particulier, la dernière injonction des tutelles traduites par la loi HPST (hôpital patients et territoires) de 2011. Dans ce nouveau contexte, il devient donc nécessaire de s'intéresser aux innovations managériales pour comprendre et faciliter l'articulation entre la rénovation du management qui doit répondre aux nouvelles contraintes de l'environnement des hôpitaux et la volonté d'assumer les missions traditionnelles des établissements hospitaliers.

Dans cette perspective, cet article a pour objectif de faire le point sur la situation de l'innovation managériale à l'hôpital en répondant à deux questions principales.

La première, à visée exploratoire et descriptive, dresse un premier état des lieux : existe-t-il des innovations managériales à l'hôpital et quelles formes prennent-elles ? Ce recensement des innovations a été réa-

lisé à partir d'un appel national auprès de tous les établissements public ou privé participant au service public, maintenant ESPIC (Établissements de santé d'intérêt collectif), qui a permis, à partir de soixante propositions, de retenir neuf innovations managériales.

Ensuite, une démarche analytique, explore les cas recensés pour appréhender la nature des innovations managériales développées au sein des établissements. En reprenant la grille d'analyse proposée par Hamel (2008), une deuxième question s'impose : comment ces innovations interrogent le management et notamment les principes traditionnels sur lesquels reposent les pratiques managériales.

Les réponses à ces différentes interrogations permettent de proposer des pistes pour faciliter une innovation managériale répondant au nouveau contexte des établissements.

Au préalable, il est toutefois nécessaire de contextualiser cette contribution à la compréhension de l'innovation managériale (ou IM) en présentant les principales caractéristiques de l'hôpital, puis de préciser la conception de l'innovation managériale retenue et enfin de détailler la méthodologie mise en œuvre pour recenser et analyser les cas des innovations managériales retenus.

I – L'HÔPITAL : UNE ORGANISATION COMPLEXE TRANSFORMÉE PAR UNE DOUBLE DYNAMIQUE D'INNOVATIONS MANAGÉRIALES

1. Une organisation en quête de lien et d'unité

Les sciences de gestion ont connu, durant les deux dernières décennies, une forte accélération des travaux sur le thème du management hospitalier. Quelles que soient

les thématiques abordées, les différents auteurs s'accordent pour souligner la complexité de cet objet de recherche. Trois dimensions permettent de synthétiser cette complexité.

La diversité des activités

L'hôpital intègre dans son périmètre une très forte diversité d'activités qui se matérialise par des services très différents et autonomes et une très forte diversité des métiers et des compétences. Cette parcellisation est accentuée par une diversité culturelle qui se traduit par l'existence de mondes parallèles au sens de Boltanski et Thévenot (1991). Mintzberg et Glouberman (2001) approfondissent cette analyse en définissant quatre mondes (*Community, Control, Cure* et *Care*) qui conditionnent les comportements et les actions des acteurs avec des référentiels de valeurs qui rendent la coopération et l'interaction difficiles.

Le système de prise de décision

Le système de gouvernance propre à la configuration de l'organisation professionnelle définie par Mintzberg (1982) implique une prise de décision nécessitant d'intégrer les différents acteurs dans des dispositifs plus ou moins formalisés. Cela se traduit par une interrogation sur l'identification même des lieux effectifs de la prise de décision et de ses véritables auteurs. Ainsi, le système de décision, notamment en matière de décision stratégique, s'avère difficile à identifier Bartoli (1997), Moisdon et Tonneau (1997).

Les rapports de pouvoir

La configuration politique interne est très fortement marquée par la coexistence de différentes hiérarchies internes, la direction, le corps médical, le personnel soi-

gnant, le personnel administratif et par des influences externes, les tutelles (Nobre, 2003). La relativité du pouvoir formel dévolu aux acteurs détenteurs du pouvoir de décision et l'espace laissé aux stratégies individuelles laisse la place à de nombreux jeux d'acteurs qui doivent être intégrés dans les processus organisationnels et, en particulier, dans les projets d'innovation et de conduite du changement.

2. L'innovation managériale : un champ de recherche en plein essor

Les travaux sur l'innovation managériale à l'hôpital doivent être positionnés dans le courant beaucoup plus large des recherches qui touche toutes les organisations. À cette fin nous proposons, dans premier temps, de faire une rapide synthèse des travaux généralistes pour, ensuite, présenter ceux qui concernent spécifiquement les établissements de santé.

L'IM des travaux encore récents à fort enjeu pour les organisations

Cette partie n'a pas pour objectif de dresser un état des lieux complet de la recherche sur l'innovation managériale, d'autres articles dans ce dossier ont déjà rempli cette mission, mais de donner quelques points de repère permettant, par la suite, de qualifier la nature de l'IM dans le contexte hospitalier.

Evans (1966), propose une première approche du concept en développant le concept d'innovation administrative. Kimberly (1981), affine le champ d'application en précisant que l'innovation managériale a vocation à modifier la prise de décision. Dans les années 1990, les travaux de l'École de mines (David, 1996) consolident cette évolution en différenciant les

innovations orientées connaissances, les innovations orientées relations et les innovations mixtes qui combinent les deux précédentes.

Enfin, l'innovation managériale devient une véritable préoccupation pour les entreprises et les organisations et acquiert ainsi un véritable statut académique en devenant un objet de recherche reconnu. Cette évolution est notamment concrétisée par le développement d'un programme de recherche ambitieux, conduit au sein de la London Business School par Hamel, Birkinshaw et Mol, qui initie ainsi un courant de recherche prometteur et à fort enjeux en considérant notamment que l'innovation managériale devient un facteur clés de succès prépondérant pour la performance stratégique des entreprises.

À partir des travaux mentionnés ci-dessus nous identifions deux approches pour retenir une définition de l'innovation managériale parmi celles développées dans la littérature.

Tout d'abord, Birkenshaw *et al.* (2008) définissent l'IM par « Ce qui modifie substantiellement la façon dont les tâches de management sont effectuées et/ou les structures traditionnelles de l'organisation lui permettant ainsi de mieux atteindre ses objectifs » cette définition fait référence à une double conception de l'IM. D'une part, l'IM peut prendre la forme de nouveaux dispositifs de management, de nouveaux outils de gestion ainsi que de nouvelles pratiques et, d'autre part, elle peut se traduire par de nouvelles formes organisationnelles transformant les structures.

Le Roy *et al.* (2012) tiennent compte de deux modalités pour définir l'IM. La première, fait référence à « l'invention et l'adoption d'une pratique ou d'une méthode

de management complètement nouvelle par rapport aux pratiques existantes » ; la seconde est définie par « l'adoption pour une organisation de pratiques nouvelles par rapport à ses pratiques existantes ». Cette double modalité pour définir l'IM peut amener à différencier, en premier lieu, des innovations reposant sur un processus de création *ex-nihilo* et, en second lieu, des innovations consistant à transférer dans un contexte nouveau une innovation déjà expérimentée ailleurs.

L'IM à l'hôpital : un champ de recherche émergent

Malgré une intensification constante, les recherches sur l'innovation managériale (IM) n'ont pas encore fait l'objet de travaux conséquents dans le domaine hospitalier. Néanmoins, des travaux précurseurs ont abordé cette thématique dès le début des années 1980 (Kimberly et Evanisko, 1981) puis d'autres recherches se sont intéressées aux modalités de diffusion de nouvelles approches managériales dans le contexte hospitalier (Nobre, 2004).

Une approche de l'IM privilégiant la dimension administrative et l'évolution du système d'information

Kimberly et Evanisko (1981) initient la recherche sur le thème de l'innovation managériale à l'hôpital. Ils analysent la relation en innovation technique et innovation managériale dans le processus global de l'innovation dans les établissements de santé pour déterminer les variables explicatives de ces transformations. Les auteurs mobilisent un panel d'experts pour recenser des innovations, ce qui les conduit à retenir 12 études de cas. Leurs travaux contribuent à donner une première approche de l'innovation managériale dans la mesure où

ils la définissent comme une « Administrative Innovation » qui repose sur l'adoption de nouvelles méthodes et dispositifs concernant le système d'information pour faire évoluer les pratiques de management et en particulier les différents processus de prise de décision. Autrement dit, pour ces auteurs l'innovation managériale vise à faire évoluer la prise de décision en transformant le système d'information dans la sphère administrative. Leurs résultats concernant les variables explicatives individuelles, organisationnelles et contextuelles de l'introduction des innovations administratives les amènent à souligner le rôle de trois variables principales, le profil et le comportement du dirigeant, puis la taille de l'établissement et enfin la présence d'un contexte concurrentiel.

L'existence d'un processus dual de diffusion de l'IM à l'hôpital

Les travaux sur les innovations managériales centrées sur le contrôle de gestion à l'hôpital montrent que deux dynamiques se dessinent pour le processus de diffusion. La première, institutionnelle, repose sur l'action des tutelles qui incitent à la mise en place d'une ingénierie de gestion définie en central, la seconde, issue des établissements, voit l'introduction de méthodologies sortant du cadre envisagé par ces tutelles.

Une introduction massive diffusant par catalyse réglementaire

La méthodologie préconisée et utilisée par le ministère et les autorités de tutelles, repose sur une introduction qualifiée de massive pour deux raisons. Tout d'abord une ingénierie très lourde est mise en œuvre pour élaborer des outils à partir d'une production importante de textes (législatifs,

réglementaires, ordonnances, etc.). Ensuite, les outils sont conçus indistinctement pour l'ensemble des établissements relevant de l'activité MCO (médecine chirurgicale et obstétrique). L'implantation découle de l'application des différents textes. Ces derniers devant permettre une catalyse en jouant le rôle de réactifs.

Les tutelles définissent ainsi dans les textes les modalités de l'innovation managériale que les établissements doivent mettre en œuvre.

Une introduction spontanée diffusant par capillarité

L'observation, en profondeur, de certains établissements montre qu'en marge des injonctions des autorités de tutelles, d'autres démarches d'innovations sont entreprises (par exemple : l'ABC, le *Balanced Scorecard*, Nobre, 2001, 2002). Dans ces cas ce sont des acteurs clés (des directeurs d'établissements, des directeurs fonctionnels, des membres du corps médical) qui sont à l'origine de ces initiatives. Ils fondent leur action sur leur conviction profonde de la nécessité d'introduire de nouvelles approches et de nouvelles méthodes pour transformer le fonctionnement de l'hôpital. Cette introduction que nous qualifions de « spontanée », par rapport aux actions des tutelles, se diffuse ensuite au sein des établissements par un mécanisme de capillarité.

Les innovations managériales analysées dans cet article relèvent de cette démarche de création spontanée par des établissements.

3. Un recensement des IM par les acteurs validé par les experts

La méthodologie employée (voir encadré méthodologique) pour identifier les IM dans les hôpitaux vise deux objectifs. Il

MÉTHODOLOGIE

Le choix des innovations managériales retenues s'est fait suivant une procédure comportant trois étapes qui s'articule autour d'une journée de recherche sur le thème de l'innovation managériale à l'hôpital :

- 1) Un appel national auprès des établissements de santé a suscité 60 propositions.
 - 2) Un comité d'experts de 10 personnes composé de directeurs d'établissement, d'enseignants chercheurs et de professionnels du monde de la santé a retenu 30 propositions destinées à être présentées dans le cadre de la journée de « l'innovation managériale à l'hôpital ». Le critère de choix principal a résidé dans le caractère innovant de l'expérimentation proposée par les établissements.
 - 3) Parmi les présentations réalisées par les porteurs des projets, 9 cas ont été retenus pour analyse dans l'article à partir d'un degré d'avancement suffisant pour permettre de tirer des enseignements de la mise en œuvre effective de l'innovation managériale.
-

s'agit, en premier lieu, de faire un recensement à partir de la perception des acteurs de terrain grâce à l'appel fait aux établissements. Puis, en second lieu, de faire appel à des experts du management hospitalier pour faire un choix et un tri parmi ces propositions initiales.

Cette approche permet ensuite d'analyser la nature des IM en reprenant les critères identifiés précédemment.

II – TROIS MODALITÉS PRINCIPALES POUR LES IM À L'HÔPITAL

Les expériences d'innovations managériales recensées permettent d'identifier trois logiques organisationnelles à l'origine des expérimentations mises en œuvre.

1. L'IM par la création de nouvelles entités pour combler un manque de coordination organisationnelle

Pour faire face au manque de coordination inhérente au fonctionnement des établissements de santé une première forme d'IM

mise en œuvre consiste à développer une entité interstitielle interne. Il s'agit de renforcer voire de créer le lien pour développer un processus nécessitant la coordination de différents acteurs qui étaient au préalable sans connexion.

Une cellule performance pour susciter, choisir et accompagner des projets innovants

Un hôpital de taille moyenne, pour accélérer la réalisation de projets améliorant la performance, développe une entité spécifique dont l'objectif est, d'une part, de faciliter l'émergence et la formalisation de projets, leur tri et leur choix par un regard pluriprofessionnel impliquant les différents niveaux de la hiérarchie et, d'autre part, de piloter leur accompagnement. Cette entité, sous forme de *task-force* réunit les différentes catégories d'acteurs de l'hôpital : direction, fonctions de support, corps médical et soignants de façon régulière et travaille en mode projet suivant une structure adhocratique d'après la définition de Mintzberg (1982).

Une direction de la performance médicale pour coordonner les unités cliniques et les fonctions de supports

Afin de faciliter l'articulation entre les unités cliniques et les fonctions de support, la direction d'un CHU crée une direction de la performance médicale. Il s'agit de coordonner les compétences techniques relevant des fonctions de support et les compétences des métiers du « care » et du « cure » (Mintzberg et Glouberman, 2001) au sein des pôles pour développer les nouveaux projets qui, par nature, mobilisent, les différents acteurs de l'hôpital. Cette équipe réduite permanente assure finalement un rôle de cabinet de conseil interne.

Un regroupement des instituts de formation pour articuler projets stratégique et pédagogique

À partir du constat de l'éclatement des instituts de formation qui ont finalement la même mission, à savoir former des professionnels de santé paramédicaux, un CHU décide de regrouper les différents instituts dans une même entité pour mieux remplir sa mission stratégique tout en mutualisant ses ressources. Cette concentration sur le cœur de métier permet ainsi une convergence entre projet stratégique et projet pédagogique.

Ces différentes IM concernent les relations internes au sein d'un même établissement. Une autre forme d'entité interstitielle vise à développer le lien entre un établissement et son environnement.

La création d'une entité autonome de management des essais cliniques pour stimuler la coopération entre établissements et partenaires privés

La nécessité d'intensifier la recherche médicale, et plus particulièrement la phase des essais cliniques, incite un CHU à déve-

lopper une entité interstitielle externe afin de coordonner les acteurs internes, les chercheurs et le corps médical, et les acteurs externes, les entreprises privées. Cela se traduit par la création d'un GIE (groupement d'intérêt économique) dont le cœur de métier est la coordination de ces différents acteurs pour développer des projets dépassant les clivages traditionnels.

L'IM dans ces différents cas consiste donc à développer une entité interstitielle permettant de combler une insuffisance de coordination interne ou externe ou de fusionner différentes entités en une seule afin de coordonner le projet stratégique de l'établissement et son support organisationnel.

2. L'IM par le développement de nouvelles relations organisationnelles

Une deuxième forme d'IM managériale développée par les établissements consiste à faire évoluer les relations entre les acteurs au sein de l'établissement.

La mise en œuvre d'un dispositif pour l'ensemble des cadres pour une culture commune de management

Les cadres de santé occupent une place centrale dans la problématique organisationnelle à l'hôpital. Néanmoins, leur déficit de légitimité, notamment par rapport au corps médical et leur fort enracinement dans la culture professionnelle du soin constituent un obstacle important pour leur positionnement et leur pleine appropriation de la problématique du management. Afin de combler ce déficit, un CHU déploie un dispositif visant à développer et faire partager une culture commune de management. Ce dispositif repose sur une méthodologie de groupe de travail impliquant l'ensemble des cadres identifiant les principaux défis et enjeux managériaux pour élaborer des

réponses et des outils. La démarche entreprise concerne ainsi aussi bien la définition du management que son déploiement en cohérence avec la démarche stratégique de l'établissement.

La mise en concurrence des acteurs internes et externes

Pour lever certains blocages internes, cet établissement souhaite avoir recours à l'externalisation de la restauration auprès des opérateurs du secteur privé. Néanmoins, les acteurs internes ont la possibilité de répondre à l'appel d'offre moyennant une aide méthodologique des services économiques. L'opération s'avère un succès pour l'établissement à différents niveaux. L'offre interne est retenue, ce qui évite des problèmes sociaux et par la suite se traduit par une amélioration notable de la performance aussi bien en qualité qu'en matière de coût. Dès lors ce qui apparaissait au départ comme une provocation permet finalement la remise en cause des blocages traditionnels, notamment syndicaux, pour proposer des solutions qui permettent de faire face aux contraintes économiques tout en améliorant la prestation de service. Cette IM a surtout permis aux différents acteurs de prendre en main leur destin par une prise de conscience favorisant la responsabilité débouchant sur une solution réaliste, faisable et pérenne.

3. L'IM par la transformation organisationnelle pour adapter les structures

La transformation du fonctionnement du bloc pour en modifier la programmation et l'utilisation

Un CHU est confronté à une situation courante de sous-utilisation des infrastructures.

Pour faire évoluer la situation, la direction entreprend une réflexion avec les acteurs concernés qui conduit à modifier l'ampleur des plages opératoires et les modalités de planification des blocs opératoires. Cette transformation est permise grâce, d'une part, au comportement de la direction qui s'implique dans le fonctionnement des blocs et gagne en légitimité par une présence et une immersion sur le terrain et, d'autre part, à l'appui des cadres pour concevoir et mettre en œuvre le changement après concertation avec le corps médical.

La restructuration des services et des pôles par l'adossement de l'organisation sur les modalités de prise en charge du patient dépassant les spécialités médicales

Afin de faire face à ses contraintes aussi bien économiques que de satisfaction des besoins de santé sur son territoire, cet établissement restructure ses services en fonction du parcours du patient en privilégiant une analyse des processus de prise en charge (debout, ambulatoire, couché conventionnel, couché aigu). Cette évolution est une véritable rupture dans la mesure où cette nouvelle organisation remet en cause le principe fondateur de l'organisation des unités, la spécialité médicale.

La mise en œuvre d'une structure matricielle pour articuler les directions fonctionnelles et des unités cliniques tout en intégrant la problématique de direction multisite

Un établissement est confronté à la difficulté classique d'articulation des directions fonctionnelles et des unités cliniques. De surcroît, compte tenu de la volonté de regrouper les établissements, il doit intégrer trois autres établissements dans son périmètre. La solution adoptée par la direction

consiste à mettre en œuvre une structure matricielle pour harmoniser les pratiques des fonctions de supports des différents sites et d'avoir une logique de pôle englobant les différents sites.

4. Une IM focalisée sur le faire ensemble pour dépasser le cloisonnement et les clivages professionnels

Les cas proposés par les acteurs et retenus par les experts du management hospitaliers permettent d'apporter différents éléments de réponse sur la nature et la forme des innovations managériales dans les établissements de santé.

Un premier constat montre la diversité des IM développée par les établissements qui font preuve d'une forte créativité malgré le cadre institutionnel prégnant de leur activité.

Ensuite, en écho aux travaux de Kimberly et Evanisko (1981), il faut souligner que dans les différentes expériences l'évolution du système d'information ne constitue ni l'élément central ni la finalité de l'innovation. Naturellement, le processus mis en œuvre affecte le système d'information et nécessite des ajustements mais en aucun cas il ne s'avère être la problématique centrale. Les choix organisationnels et les évolutions relationnelles priment et conditionnent par la suite le support informationnel. Les acteurs redéfinissent leur mode de fonctionnement, les structures organisationnelles, voire leurs relations et ensuite en déclinent les conséquences pour le système d'informations.

Il faut également constater que les innovations managériales recensées concernent la dimension structurelle évoquée dans les définitions présentées initialement. Cette évolution est d'autant plus significative

qu'elle montre, par exemple pour les cas, 1, 2 et 3, l'introduction de dispositifs ad hoc dans une organisation qualifiée jusqu'à maintenant de bureaucratie professionnelle. Ces différentes entités organisationnelles qui sont mises en place ont pour objectif d'assumer une fonction qui n'était pas ou mal remplie. En mobilisant une métaphore biologique, la fonction crée l'organe. Il s'agit de créer une entité, l'organe, qui crée du lien organisationnel entre les différentes catégories d'acteurs, entre les différentes unités (clinique ou de support) et avec les différents partenaires de l'hôpital pour remplir la fonction de coordination. Enfin, il faut également souligner que les différentes innovations mises en œuvre constituent des réponses aux caractéristiques fondamentales des établissements de santé. En effet, toutes ces innovations ont en commun deux objectifs, créer ou recréer du lien et de la coordination et clarifier la prise de décision pour responsabiliser les acteurs.

III – L'INTERROGATION DES PRINCIPES TRADITIONNELS DU MANAGEMENT

Dans ses travaux (Hamel, 2008) montre que les IM réalisées dans les entreprises remettent en cause certains principes généraux du management : la spécialisation des tâches et des fonctions, la cohérence des objectifs, la hiérarchie, la planification et le contrôle. Les différents cas observés dans le secteur hospitalier montrent que la situation n'est pas aussi radicale que dans d'autres organisations dans la mesure où, pour certains principes, l'hôpital pour innover, est dans une situation paradoxale puisqu'il faut plu-

tôt introduire ces principes traditionnels ou *a minima* les revisiter.

1. LIM à l'hôpital : une situation paradoxale d'introduction de principes traditionnels du management

À l'hôpital, un constat paradoxal montre que l'innovation ne consiste pas uniquement et forcément à remettre en cause les principes traditionnels de management identifiés par Hamel mais au contraire, dans certains cas, à les appliquer dans une organisation qui jusqu'à maintenant les avait ignoré pour certaines activités (cf. synthèse tableau 1).

La planification

Si certaines organisations souffrent de trop de planification, ce qui limite leur réactivité, ce n'est pas le cas pour certaines activités de l'hôpital pour lesquelles ce principe connaît de fortes difficultés pour être mis en œuvre. En particulier, le cas des blocs opératoires montre que les principes d'ordonnancement et d'optimisation de l'utilisation des salles ont beaucoup de mal à franchir les frontières de cette zone sensible qui est le cœur de l'hôpital. Dans ce cas, l'IM consiste à introduire ce principe pour remplacer une coordination par ajustement mutuel, issue de la configuration sociopolitique, par un système formalisé et transparent en rupture avec les routines traditionnelles.

La cohérence des objectifs

Dans les organisations analysées par Hamel une trop forte cohérence des objectifs réduit le champ des possibles et peut empêcher la saisie d'opportunités. À l'hôpital, les stratégies individuelles sont fortement prégnantes et les objectifs découlent davantage d'une agrégation de démarches individuelles que

d'une approche collective structurée. Dans ce contexte, illustré par les différents cas analysés, apparaît une forte nécessité de renforcer la cohérence des objectifs pour mettre en œuvre une dynamique centrifuge visant à focaliser les acteurs sur les mêmes objectifs et remplacer la tendance naturelle à la divergence stratégique observée traditionnellement. Cette évolution, vers une plus grande cohérence des objectifs, est mise en œuvre à partir d'une démarche de management de projet qui permet de créer du sens et finalement de la cohérence suivant deux dynamiques : en impliquant les différentes catégories d'acteurs au sein de projets identifiés et en coordonnant les différents projets.

Cette nécessité d'introduction à l'hôpital des principes, déjà largement appliqués dans d'autres contextes organisationnels, voire trop, puisqu'ils en deviennent de véritables obstacles à l'adaptation et à la performance, peut conduire à la proposition d'une hypothèse de faible maturité managériale du contexte hospitalier sur ces différentes dimensions des pratiques managériales.

2. LIM à l'hôpital : des principes traditionnels du management revisités

D'autres principes identifiés (Hamel, 2008) sont revisités pour être adaptés au contexte de l'hôpital.

La standardisation

Les travaux de Hamel montrent que trop standardiser réduit l'implication des acteurs et en particulier leur participation à la production de nouvelles solutions par une forme de dépossession du pouvoir d'initiative. Dans les cas observés, plutôt que de remettre en cause la standardisation, il s'agit de dépasser celle qui est propre à

chaque métier pour aller vers une standardisation des processus. L'enjeu réside dans la capacité de l'organisation à stabiliser des processus impliquant différents acteurs et différentes unités qui ont des pratiques de standardisation reposant sur des logiques très localisées (l'unité, le service, etc.) ou par catégories d'acteurs (soignant, corps médical ou administratif). Il s'agit ainsi de passer d'une standardisation verticale à une standardisation transversale.

La spécialisation des tâches et des fonctions

Le postulat de l'optimisation de l'organisation reposant sur la spécialisation trouve ses limites pour les tâches et les processus complexes qui nécessitent à la fois polyvalence et coordination. Les innovations étudiées montrent la nécessité de dépasser la spécialisation des tâches et des fonctions afin de développer « le faire-ensemble » qui constitue un enjeu fondamental de l'hôpital.

La hiérarchie

Les entreprises étudiées par Hamel montrent que les liens hiérarchiques ne sont plus suffisants face à des savoirs distribués (Lorino, 1996) et à l'impérieuse contrainte de réactivité des organisations. Dans le cas de l'hôpital où coexistent en parallèle trois hiérarchies, les expérimentations montrent la nécessité, d'une part d'articuler les hiérarchies qui jusqu'à présent étaient juxtaposées sans véritablement coopérer et, d'autre part, de dépasser la hiérarchie informelle entre les différentes catégories d'acteurs (médecins, cadres soignants ou personnel de direction) qui constituent un obstacle à une coopération efficace pour les projets organisationnels.

CONCLUSION

L'analyse des expérimentations recensées montre tout d'abord que, comme Monsieur Jourdain, les établissements qui les ont mis en œuvre font de l'innovation managériale sans forcément en avoir conscience. Deux démarches sont perceptibles. La première stratégique et volontariste (cas 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9) vise à transformer certaines modalités du management dans une perspective proactive. La seconde, dépendante de circonstances particulières, relève d'une démarche visant à saisir une opportunité pour transformer le management de certaines activités (cas 6 et 7).

Le positionnement des IM recensés ici montre que l'innovation managériale à l'hôpital ne consiste pas forcément à remettre en cause les principes traditionnels du management mais que dans certains cas, bien au contraire l'IM a pour objectifs de les appliquer dans un contexte où ils étaient ignorés. Dans d'autres cas, il s'agit de les adapter pour tenir compte des caractéristiques de l'environnement hospitalier.

Les trois modalités identifiées ici montrent clairement que le principal objectif visé concerne « le faire ensemble » (Claveranne, Christophe, 2004). Ces innovations managériales sont donc finalement les réponses apportées par les établissements pour dépasser les difficultés liées aux caractéristiques ontologiques de l'hôpital, le cloisonnement, la diversité des acteurs et la complexité des rapports de pouvoir. Ces IM visent la responsabilisation des acteurs, la clarification de la prise de décision et la reconstruction de la coordination transversale.

Toutes ces initiatives ont finalement pour ambition de changer les pratiques de mana-

Tableau 1 – L'interrogation des principes traditionnels du management par l'IM à l'hôpital

	Standardisation	Spécialisation des tâches et des fonctions	Cohérences des objectifs	Hierarchie	Planification et contrôle
L'IM par la création de nouvelles entités organisationnelles	Standardisation d'un processus intra organisationnel dépassant la parcellisation de l'organisation	Dépasser la répartition des tâches et des fonctions traditionnelles des métiers et le cloisonnement à l'hôpital	Développer la prise en compte d'objectifs collectif de performance	Coordonner des acteurs relevant de hiérarchies parallèles	Dépasser une planification stratégique trop cadencée par la logique budgétaire
	Dépasser la standardisation métier pour une standardisation du processus d'innovation	Coordonner les fonctions de supports et les unités cliniques par des démarches adhoc de type projet	Faire converger les objectifs des unités avec les objectifs stratégiques institutionnels	Coordonner les hiérarchies parallèles dans des processus transversaux	Instaurer une planification dynamique de type pilotage de projet
	Dépasser la standardisation métier para-médical pour une standardisation du métier de formation de professionnel de santé	Dépasser la spécialisation centrée sur le métier para-médical pour une spécialisation pédagogique orientée identité professionnel de santé	Aligner des objectifs auparavant parcellaires d'entités éclatées de formation sur les objectifs institutionnels stratégiques	Dépasser le cloisonnement des hiérarchies parallèles métier para-médicale	Coordonner l'activité de formation des métiers de santé dans une approche globale
	Standardiser la phase interorganisationnelle de RD impliquant chercheurs, établissements et entreprises	Dépasser les clivages entre : – fonction recherche et fonction soin, – tâches publiques de la recherche et tâches du privé des entreprises	Coordonner les objectifs des établissements, des chercheurs et des entreprises	Coordonner des hiérarchies parallèles internes et externes	Dépasser la planification institutionnelle pour faciliter le développement de projets
	Création d'une cellule performance (1)				
	Création d'une direction de la performance médicale (2)				
	Création d'un institut de formation des métiers de santé regroupant les formations para-médicales (3)				
	Création d'une unité autonome de coordination entre hôpital et entreprises pour développer les essais cliniques (4)				

	Standardisation	Spécialisation des tâches et des fonctions	Cohérences des objectifs	Hiérarchie	Planification et contrôle
L'IM par la définition de nouvelles relations internes	Dispositif pour développer et faire partager une culture commune de management (5)	Intégrer dans la fonction de cadre de santé la dimension managériale et lui laisser toute sa place	Développer une culture commune de management pour faciliter la cohérence entre objectifs locaux et objectifs institutionnels	Coordonner les hiérarchies métiers dans une conception commune du management	Compléter les outils institutionnels de planification et de contrôle par une culture managériale commune
	Mise en concurrence interne avec des opérateurs externes (6)	Dépasser le référentiel métier pour caler les tâches et fonctions sur les compétences et les besoins	Le risque de disparition a entraîné un recadrage sur les missions de l'entité par rapport aux objectifs individuels et catégoriels	La situation d'urgence a redéfini une nouvelle hiérarchie en fonction des compétences et non du statut	La préoccupation de planification et de contrôle a été internalisée par l'entité en relativisant l'importance du contrôle externe
L'IM par la transformation organisationnelle	Transformation du fonctionnement du bloc (7)	Remise en cause et spécialisation très parcellisée (par spécialité voir par individu) pour prendre en compte la dimension processus	Prise de conscience de l'importance des objectifs globaux de l'entité et de la dimension collective	Nécessité de la coordination entre hiérarchies soignantes et médicales	Introduction d'un système de planification de planification volontariste
	Organisation des services et des pôles fondée sur les modalités de prise en charge du patient en dépassant les spécialités médicales (8)	Redéfinition des tâches et des fonctions à partir d'une analyse processuelle reposant sur la prestation de santé identifiée par le type de parcours du patient	Nouvelle articulation entre les objectifs des unités et les objectifs institutionnels	Redéfinition de la relation entre les hiérarchies parallèles	Transformation de la planification et du contrôle vers une décentralisation et une délégation dans le cadre de la mise en œuvre des pôles
	Structure matricielle pour articuler les directions fonctionnelles, les unités cliniques et la direction partagée multisite (9)	Articuler les directions fonctionnelles pour coordonner les différents sites dans une logique d'harmonisation des processus	Coordonner trois logiques d'objectifs - des directions fonctionnelles - des unités cliniques - des sites	Définir des liens dépassant les hiérarchies parallèles pour coordonner la démarche stratégique et opérationnelles	Évoluer vers une délégation et une décentralisation pour responsabiliser le contrôle et rendre la planification plus dynamique

gement pour que rien ne change, c'est-à-dire que l'hôpital soit en mesure de continuer d'assumer ses missions au sein de la société.

Naturellement, ces travaux concernant l'innovation managériale à l'hôpital ne peuvent apporter qu'un regard limité à partir des neuf cas qui ont pu être finalement analysés pour cette recherche malgré l'appel initial fait à l'ensemble des établissements. Cette première approche dans le contexte français nécessite des travaux plus poussés, sur de plus nombreux cas, pour étudier précisément les évolutions des com-

portements des acteurs. Autant des évolutions structurelles apparaissent nettement, autant il est nécessaire d'approfondir l'analyse sur les transformations des rôles des différentes catégories d'acteurs. En effet, d'ores et déjà deux questions semblent s'imposer concernant l'incidence de l'innovation managériale à l'hôpital et constituent des pistes pour de futures recherches : comment les membres du corps médical s'approprient la problématique managériale ? Comment les membres des directions vivent ce qui s'avère être un partage du rôle qui jusqu'à maintenant leur était dévolu ?

BIBLIOGRAPHIE

- Bartoli A. (1997). *Le management dans les organisations publiques*, Paris, Dunod.
- Birkinshaw J., Hamel G., Mol M.J. (2008). "Management Innovation", *Academy of Management Review*, vol. 23, n° 4, p. 825-845.
- Boltanski L., Thévenot L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- Claveranne J.P., Christophe P. (2004). *Repenser les processus à l'hôpital : une méthode au service de la performance*, Paris, Édition Médica.
- Contandriopoulos A.-P., Souteyrand Y. (1996). *L'hôpital stratège, Dynamiques locales et offre de soins*, Montrouge, Éditions John Libbey Eurotext.
- David A. (1996). « Structure et dynamique des innovations managériales », *Cinquième conférence de l'AIMS*, Lille, mai.
- Hamel G. (2008). *La fin du management. Inventer les règles de demain*, Paris, Vuibert.
- Kimberly J. et Evanisko J. (1981). "Organizational Innovation: The influence of Individual Organizational and Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovations", *Academy of Management Journal*, vol. 24, n° 4, p. 689-713.
- Kimberly J.R. (1981). "Managerial innovation", *Handbook of organizational design*, Nystrom P.C., Starbuck W.H., New York, Oxford University Press, p. 84-104.
- Leroy F., Robert M., Giuliani P. (2012). « Quels liens entre l'innovation technologique et l'innovation managériale ? », *Conférence AIMS*, Lille, juin.
- Lorino P. (1996). *Le contrôle de gestion stratégique: la gestion par les activités*, Paris, Dunod.
- Mintzberg H., Glouberman S. (2001). "Managing the care of health and the cure of disease. Part I: Differentiation, part II integration", *Health Care Manage Review*, Winter, vol. 26, n° 1, p. 56-69.

- Mintzberg H. (1982). *Structures et dynamiques des organisations*, Paris.
- Moison J.C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Seli Arslan.
- Moison J.C. (1997). Tonneau D., *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Paris, Seli-Arslan.
- 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, p. 367-380.
- Nobre T. (2003). « Quelle métamorphose pour l'hôpital », *La métamorphose des organisations : design organisationnel : créer, innover, relier*, coordonné par Froehlicher T. et Waliser B., Paris, L'Harmattan.
- Nobre T. (2002). « L'ABC à l'hôpital le cas de la chirurgie infantile », *Finance, Contrôle et Stratégie*, vol. 4, n° 2, juin, p. 85-105.
- Nobre T. (2001). « Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif », *Comptabilité – Contrôle – Audit*, tome 7, vol. 2, p. 125-146.
- Nobre T. (1999). « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité », *XX^e Congrès de l'AFC*, Bordeaux, mai.
- Nobre T. (1998). « Management de la valeur et pouvoir dans l'hôpital », *Finance, contrôle et stratégie*, vol. 1, n° 2, p. 95-117.

