

MOTS CLÉS

Projet d'établissement
 Efficience
 Hospidiag
 CGES
 Consultant
 Hôpital
 Management
 Anap



dossier

PERFORMANCE

Les consultants ont-ils fait évoluer le management à l'hôpital ?

Le recours au conseil en management par les hôpitaux a débuté de manière significative il y a près de vingt-cinq ans avec la loi instituant la nécessité de construire un projet d'établissement sur le modèle conceptuel des projets d'entreprise. Fort de son expérience dans de grands cabinets de conseil, l'auteur fait le point sur l'impact de cette relation établie au fil du temps sur le management hospitalier.

Deux périodes ont marqué l'histoire du conseil en management, qui entre aujourd'hui dans une troisième phase. La première période (1985-2004) a été caractérisée par un recours au conseil pour le traitement symptomatique des problèmes hospitaliers (crises aux urgences, au bloc opératoire, rédaction du projet d'établissement, crise RH dans un secteur) et dominée par trois cabinets principaux : Sanesco et ses *spin-off* (Iris, Alium), Bossard Consultants et Ernst & Young.

La deuxième période (2004-2012) a été déclenchée par deux facteurs : la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) et la création des missions d'appui (Meah, Mainh, GMISH) qui ont fusionné en 2008 pour constituer l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). Les notions d'efficience, de plan de retour à l'équilibre ont alors prévalu et se sont industrialisées. Les méthodes et les approches ont été partagées, consolidées et publiées principalement par l'Anap. Les budgets consacrés au conseil en management ont été dopés par le financement Anap dans la période 2009-2012. Enfin, la taille des projets a changé pour se rapprocher de la taille des projets du secteur privé. Les cabinets impliqués se sont multipliés et diversifiés, depuis les stratèges les plus connus (McKinsey, BCG) jusque de nombreuses structures comprenant quelques consultants, en passant par les équipes larges et structurées de GE Healthcare,

**Antoine
 GEORGES-PICOT**
 Directeur
 Government & Healthcare

Kurt Salmon, Capgemini, qui furent les acteurs majeurs des projets Anap. Avec l'arrêt du financement des projets performance par l'Anap pour passer à un appui plus méthodologique ainsi que la création des GHT, une nouvelle période s'ouvre. Un excellent article paru récemment ⁽¹⁾ fait le point sur la relation qui s'est construite au fil du temps entre les consultants et le management hospitalier, résumée par le concept « réconciliation distanciée ».

L'analyse qui suit s'intéresse à l'impact du travail réalisé avec les consultants sur le management à l'hôpital. Elle s'appuie sur mon expérience dans trois structures qui ont été ou sont actives sur cette période de vingt-cinq ans : Bossard Consultants, Capgemini consulting, Government and Healthcare ⁽²⁾.

Le rôle du consultant

La littérature classique met en évidence trois missions principales pour un consultant :

- » l'apport de renfort ponctuel pour un projet exceptionnel en taille et en délai ;
- » l'apport d'une expertise spécifique, par exemple audit de bloc, dimensionnement capacitaire, schéma directeur informatique, etc. ;
- » l'appui à un projet de transformation : cette mission comprend les deux

« Le conseil viendra en appui d'une gestion prévisionnelle des compétences et des métiers, de la détection des talents, de l'organisation de parcours d'apprentissage.

premières et y ajoute une importante dimension de coconstruction.

L'impact des deux premières missions du consultant sur le management existant est faible, car le temps de l'intervention est limité dans le temps, la zone d'impact circonscrite et pilotée par l'établissement. En revanche, la troisième mission a un impact sensible et mesurable sur les méthodes du management hospitalier. C'est la raison pour laquelle on peut considérer que la seconde phase de l'histoire de la prestation de conseil en établissements de santé a eu des effets sensibles sur les méthodes de management à l'hôpital.

Les impacts sur le management

On peut distinguer quatre natures d'impact de l'intervention des consultants à l'hôpital : les outils, les savoir-faire, les ressources humaines et la culture managériale.

Les outils

C'est sans doute sur les outils que l'impact du conseil en management est le plus visible. Deux exemples :

» l'analyse de l'attractivité et ses corollaires, des spécificités auparavant maîtrisées par les seuls consultants, a été prise en charge par les établissements, soit par eux-mêmes, soit via des offres d'outils associées à des bases de données du marché (par exemple Pilot Hôpital, de PKCS, PMSI Pilot, Axège Santé...);

» Hospidiag (à l'origine Diag Flash, Capgemini Consulting) a été mis au point par des consultants avant d'être repris et élargi par le groupe des conseillers généraux des établissements de santé (CGES) puis par l'Anap. Il est devenu l'outil de référence des procédures publiques (plan de retour à l'équilibre financier [Pref], dossiers au Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins [Copermo]...).

Les savoir-faire

L'accompagnement des projets d'établissement, qui représentait au moins un tiers, voire la moitié du conseil en management dans les années 1990, est désormais réalisé presque intégralement par les établissements, sans appui externe. De la même manière, les missions Meah puis les projets performance de l'Anap ont permis de comparer et de capitaliser sur les méthodes initialement conçues par des consultants pour en faire des guides de référence accessibles à tous. Certains cabinets, qui avaient fait leur avantage concurrentiel du développement d'outils d'analyse (par exemple du bloc opératoire), l'ont même vécu comme une dépossession. Les techniques d'analyse et les référentiels de *benchmark* se sont ainsi largement banalisés, même s'il reste de nombreux domaines à investir, comme le montrent les premiers travaux des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Les ressources humaines

Cet impact reste peu sensible au stade actuel pour des raisons principalement statutaires. Les consultants qui quittent leur activité de conseil rejoignent principalement les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) ou les agences régionales de santé (ARS) sur des postes contractuels. Cependant, la nouvelle fonction de directeur des opérations (DOP) en établissement hospitalier, soutenue par certaines ARS, est souvent occupée par d'anciens consultants ; un directeur d'établissement m'a déclaré récemment : « *Je cherche un directeur des services économiques, directeur ou ex-consultant, peu importe.* »

Cette question se posera encore plus fréquemment dans le cadre des GHT, où plusieurs fonctions correspondent davantage à des parcours extérieurs à la fonction publique (directeur des achats, directeur des systèmes d'information, directeur logistique, etc.) qu'à des parcours d'anciens élèves de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), même si son recrutement et les formations qu'elle dispense ont beaucoup évolué ces dernières années.

La culture managériale

Cet impact est sans doute le plus important. À la culture historique du statut, de la hiérarchie, de l'opposition frontale tutelle/établissement, de la distinction entre directeurs et médecins, se substitue une culture managériale pluridisciplinaire, dont les consultants ne sont qu'un des vecteurs, à côté d'évolutions plus sociétales et des contraintes croissantes qui pèsent sur les établissements. Par ailleurs, il n'est plus rare que le tutoiement soit de mise entre responsables hospitaliers, médecins et consultants, et que les événements soient fêtés en commun sans distinction de statuts.

NOTES

(1) V. Le Taillandier, « Le conseil et les établissements publics de santé : la réconciliation ? », *Finances hospitalières*, mars 2016.

(2) La question de l'évaluation *ex post* de l'impact opérationnel du conseil et de ses résultats (sur les dossiers qui ont conduit à son intervention) est un objet de débat n'est pas traité ici.

Le mode projet est devenu un mode de fonctionnement courant à l'hôpital. C'est ainsi que le processus d'accréditation et de certification s'est conduit depuis l'origine sans presque aucun recours à des consultants. L'animation des réunions et des séminaires emprunte ses outils et ses méthodes aux cabinets de conseil en management. La relation tutelle/établissement devient de plus en plus une relation de coconstruction, par exemple pour les Pref ou les dossiers Copermo.

Quel avenir pour la relation consultants/managers ?

« Avec la création des GHT et l'application du plan triennal, nous allons avoir besoin de vous », me confiait récemment le directeur général d'un CHU. Mais pour quel type de conseil ? Comme l'entreprise, l'hôpital passe progressivement d'une évolution par amélioration continue (qui commence à être bien maîtrisée par les managers hospitaliers) à une problématique de gestion des ruptures. Le système de santé français entre en effet dans une période de transformation profonde, sous la pression de quatre facteurs majeurs :

» **la baisse du rythme de croissance de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).** Si elle n'est pas neuve, elle devient néanmoins régulière et oblige l'hôpital à repenser les paradigmes organisationnels en profondeur. L'amélioration continue au rythme de 1 à 2 % ces dix dernières années (l'Igas chiffre à 17 % la croissance d'efficacité des hôpitaux sur la période récente) ne suffit plus ;

» **l'évolution de la démographie et du mode d'exercice médical.** À la baisse des effectifs en valeur absolue s'ajoutent :

- le changement culturel dans l'exercice des nouvelles générations de médecins : en pratique, ils travailleront de 15 à 20 % de moins que les générations précédentes, en particulier à cause de la primauté qu'ils accordent de plus en plus à la vie personnelle par rapport à la vie professionnelle,
- le vieillissement de la population qui accroît le recours aux soins.

Cet impact touche la ville comme l'hôpital et nous oblige à repenser le rapport entre les deux univers, ainsi que la répartition des fonctions entre soignants – ce que la cancérologie, par exemple, a commencé à faire ;

» **la généralisation du management médico-administratif,** qui introduit le principe d'un management à partir de trois cultures différentes, en y adjoignant les coordonnateurs généraux des soins et les cadres de pôle ;

» **la relation du patient avec les équipes en charge de le soigner :** à un mode de relation fondé sur la soumission au savoir scientifique succède un désir d'être partie prenante du traitement et des épisodes entre deux séjours. Les technologies informatiques et les nouveaux appareils médicaux ouvrent un champ de possibilités immense pour structurer de nouveaux parcours de soins, notamment à domicile.

Ce contexte amène à dessiner un conseil qui sera fondé sur :

» **l'anticipation et la gestion des ruptures organisationnelles** (par exemple la constitution des groupements hospitaliers de territoire, la bascule ambulatoire en médecine et chirurgie,

le parcours coordonné patient multi-établissements, l'externalisation des fonctions non seulement administratives logistiques et techniques mais aussi médico-techniques, etc.). Ce conseil est plus porté sur l'analyse des facteurs de rupture à cinq-dix ans, la conduite du changement et la mise en œuvre des transformations que sur les diagnostics dont les outils sont maintenant maîtrisés par les équipes hospitalières. Les savoir-faire du consultant portent sur la convergence des opinions, la gestion émotionnelle du changement, l'alignement des acteurs ;

» **l'animation d'un travail collaboratif** associant sur le même plan personnel hospitalier, praticiens des structures d'exercices en ville (qui cherchent à se définir), prestataires des fournitures médicales « connectées », agents des plateformes de service, prestataires privés de service... Cette approche se traduit par un travail qui privilégie les travaux en parallèle plus que consécutifs, la coconstruction des solutions, les approches d'ajustement par essais/erreurs. Ce travail nécessitera la mise en place d'outils numériques de collaboration et la construction de bases de données partagées ;

» **le développement de la culture des compétences** face aux transformations à conduire. La réussite du changement repose sur le développement de nouvelles fonctions (pilotage des flux, accueil patientèle, plateforme de services, etc.) et de nouveaux métiers. La capacité de l'hôpital à organiser ces évolutions devient un facteur différenciant en attractivité des professionnels ainsi qu'en efficacité. Le conseil viendra en appui d'une gestion prévisionnelle des compétences et des métiers, de la détection des talents, de l'organisation de parcours d'apprentissage. ●