

contre vents et marées dans un environnement hiérarchique, sans lui donner les moyens d'une organisation *ad hoc* par une structure matricielle qui permettrait de croiser le projet d'établissement avec les projets développés dans l'établissement et ainsi d'articuler verticalité de l'autorité du projet d'établissement, horizontalité de la négociation des projets médical et de soin ;

- faute d'encourager les logiques *bottom up* (projets de service) et *top down* (projet d'établissement), on ne confère pas aux premiers une véritable existence, articulée sur un dispositif d'ensemble ;

- en définitive on réduit la démarche du projet à une gestion de la banalité quotidienne alors qu'elle est d'abord ordonnée à gérer l'exceptionnel, celui de la crise, celui de l'innovation, celui d'un dysfonctionnement problématique, celui d'un changement conséquent à initier.

Lever ces équivoques par le recours à un mode d'organisation approprié, c'est diminuer le brouillage ambiant qui, par volonté ou hasard, cherche à mêler le froid et le chaud : le froid du maintien hiérarchique, le chaud lié à l'affirmation de la transversalité négociée, le froid de l'injonction et le chaud de la participation. Sortir de l'actuel brouillage, c'est donner aux actuelles cultures à projet en milieu sanitaire à travers un contour délibérément plus cohérent toutes leurs chances ; c'est aussi faire que les acteurs ne désespèrent pas de leur outil de travail. ■

Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble

Christophe Pascal
Maître
de conférences
en sciences
de gestion,
Université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS

Inquiet devant la concurrence qui ne cesse de s'amplifier, miné de l'intérieur par des crises identitaires, découragé devant l'ampleur des changements et des adaptations à effectuer, l'hospitalisation publique et privée traverse une crise multiforme, rampante et générale, au spectre large, qui présente, par-delà les particularismes liés à la taille, aux missions ou aux statuts, les caractéristiques d'une endémie : crise de légitimité mais aussi crise d'identité, crise financière mais également crise existentielle.

En amont des causes traditionnellement avancées — multiplicité des missions, injonctions contradictoires des tutelles qui demandent sans cesse plus d'efficacité et d'efficience tout en augmentant les contraintes sans augmenter les budgets, obligation d'accueillir tous les publics sans discrimination, pression des personnels médicaux et non médicaux, baronnies

locales... — cette crise apparaît surtout comme la conséquence de la difficulté de faire ensemble à l'intérieur des établissements, entre services et à l'intérieur des services, mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession.

Cette difficulté de faire ensemble trouve sa source dans la conjonction de trois phénomènes.

Elle est d'abord structurellement induite par l'irruption brutale et continue, depuis le début des années soixante-dix, de l'innovation technologique qui a profondément changé la nature de la pratique médicale dans le sens d'un éclatement des savoirs médicaux d'une part et d'une intensification et d'une complexification de la prise en charge médicale d'autre part [4]. *Toujours plus d'actes, toujours plus d'acteurs, toujours plus de contraintes, de moins en moins de temps*, telle est aujourd'hui l'équation d'un système dans lequel la réduction de la durée moyenne de séjour apparaît comme le facteur à la fois révélateur et aggravant de la difficulté de faire ensemble.

Ironiquement, cette révolution technologique a bouleversé la pratique de la médecine sans que pour autant l'hôpital, en tant que lieu d'exercice de la médecine, prenne conscience de ces bouleversements ou mette en œuvre des procédures permettant de les prendre en compte.

Organisation pluriséculaire dont une des premières fonctions a été de contenir la contagion, produit de l'université, l'hôpital demeure structuré par la notion de territoire et de savoirs qui reposait à l'origine sur l'adéquation entre nosologie, espace et organisation des savoirs.

Cette organisation en territoires morcelés autour de la discipline médicale, cette balkanisation des territoires, des savoirs et de l'espace multiplie les déplacements du patient autour des différents plateaux techniques, rendent difficile la concertation des différents spécialistes et compliquent singulièrement la prise en charge plurielle.

Faute d'avoir identifié le phénomène, l'État a cherché les remèdes dans les vieilles lunes de la planification, dans le contrôle tatillon, et dans la mise en place de normes de plus en plus nombreuses qui, loin de mettre les acteurs sous tension, leur ont permis au contraire des comportements d'évitement et leur ont donné les moyens de poursuivre d'autres intérêts que l'intérêt général. Ces fausses réponses données par l'État ont été aggravées par les modes de financement de l'hospitalisation déconnectés de tout système d'information, qui ont permis à celle-ci de s'affranchir des règles élémentaires de gestion, qu'il s'agisse du prix de journée, du paiement à l'acte, des forfaits salles d'opération ou du budget global.

Enfin, cette difficulté de faire ensemble est aggravée par des outils de gestion plus centrés sur le reporting que le diagnostic, l'aide à la décision et la recherche de leviers d'action, et qui, à défaut d'analyse des activités et des procédures nécessaires à la production de soins, fonctionnent à l'aveugle, en contrôlant les ressources sans s'attacher à comprendre et à modi-



fier les causes profondes des dysfonctionnements du système.

Dans ce contexte, le véritable défi auquel est confronté l'hôpital face à sa difficulté de faire ensemble est la maîtrise des modes de production, qui repose sur la cartographie — description, analyse critique —, puis la reconfiguration des processus de prise en charge.

Élaborée suivant une démarche *bottom-up* par des groupes pluridisciplinaires, la cartographie des processus constitue un objet transitionnel construit par les agents et dont ils peuvent se saisir pour comprendre, analyser et mesurer ce qu'ils font et ne font pas, ce qu'ils devraient faire et qu'ils n'ont pas fait, ce qu'ils auraient dû faire, ou ce qu'ils font et qu'ils ne devraient pas faire. Ainsi conçue, l'analyse des processus présente un double intérêt.

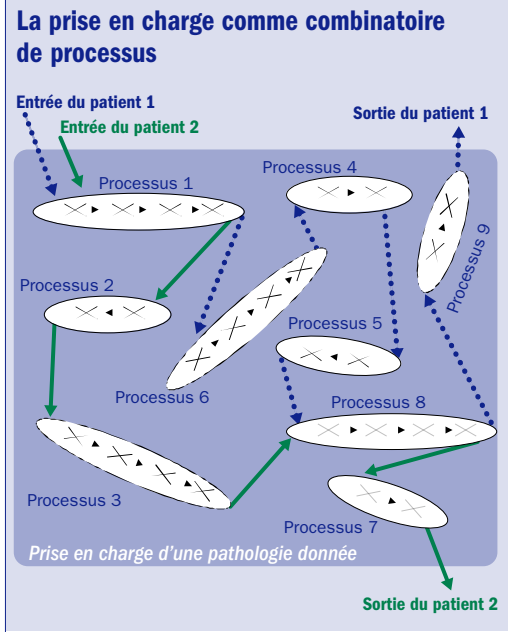
Elle permet d'abord de formaliser au moyen de procédures les modes de faire ensemble considérés comme optimaux, et par conséquent de passer des prises en charge actuelles, qui confinent le plus souvent à des processus « artistiques » si l'on se réfère à leur extrême variabilité en fonction des ressources disponibles, des compétences ou tout simplement des préférences ou de l'humeur des acteurs, à des processus de prise en charge plus stables, seuls à même de garantir la qualité et la sécurité que les patients appellent de leur vœux.

Cette approche qui vise à réduire la dispersion des pratiques, dans l'esprit des démarches de certification type ISO ou accréditation à la française, a souvent été reçue avec méfiance voire hostilité par le corps médical qui voit là la concrétisation des rêves prométhéens de nombreux dirigeants de tout contrôler au mépris des aléas, des adaptations et des variations qu'imposent le traitement d'êtres humains. En effet, compte tenu de la singularité des trajectoires individuelles des patients, il ne saurait être question de normaliser à la manière de Taylor, de façon pointilleuse et exhaustive, l'ensemble des activités participant à la prise en charge. Édictées à partir d'une analyse collective des pratiques, les procédures visent plus modestement à introduire quelques îlots d'ordre dans l'océan du désordre des prises en charge, en stabilisant quelques points clés, quelques passages obligés de toute prise en charge, quelles que soient la ou les pathologies traitées, pour contenir les processus de production de soins dans une bande passante, c'est-à-dire dans des limites acceptables en termes de performance (figure 1).

Au-delà de la seule perspective normative, l'analyse des processus constitue également le cadre propice à l'émergence de savoirs et de savoir-faire collectifs, c'est-à-dire à un apprentissage organisationnel qui s'opère au travers d'un double mouvement de déconstruction/construction :

- déconstruction au travers de l'explicitation des modes d'ajustements et des pratiques au sein du processus, qui permet la prise de conscience à la fois du rôle de l'autre (inspection) et, en contre-jour, de son propre rôle (introspection) dans le processus ;

figure 1



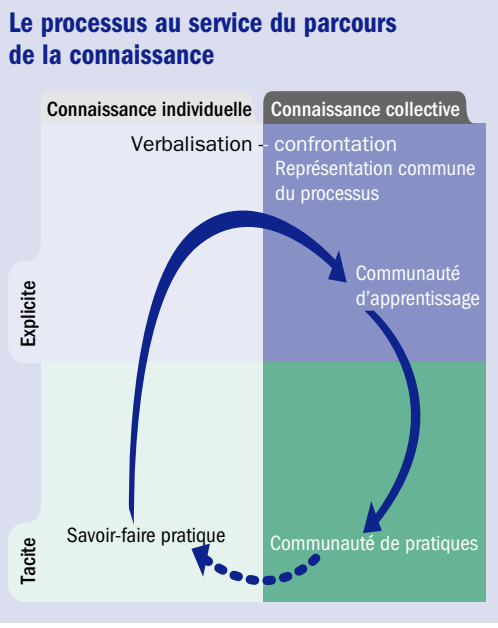
- reconstruction par le jeu de la confrontation/discussion/mise en perspective qui amène les acteurs à mener une lecture critique de leur pratique collective et, partant, à modifier leur façon de faire ensemble au travers de la représentation amendée, « reconfigurée », du processus étudié.

Le processus décrit et formalisé constitue un cadre intégrateur des différentes représentations individuelles des acteurs de la prise en charge, une communauté d'apprentissage [1] permettant de (re) construire, d'explicitier et de formaliser, à partir de la confrontation des différentes interprétations locales, une théorie d'action commune. Cette méta-interprétation, construite à partir d'une démarche d'explicitation formelle des savoirs, est progressivement intériorisée par tous les participants, créant par-là même une communauté de pratiques. La connaissance explicite, verbalisée et collectivisée par le biais du processus, devient tacite et collective comme le montre la matrice présentée figure 2 [1].

Dans cette perspective, le processus n'est plus considéré comme un outil de normalisation exogène qui figerait une fois pour toutes les pratiques dans un immobilisme fatal, mais comme un outil de gestion dynamique des savoirs. Savoir-faire individuels et collectifs, tacites et explicites, s'articulent selon une boucle récurrente sans fin, où le processus agit comme catalyseur de visions partagées, qui, une fois révélées, sont à nouveau intériorisées par les individus, métabolisées et modifiées par les interactions, avant d'être à nouveau explicitées et formalisées.

Bien entendu, *le processus ne peut résoudre à lui seul l'ensemble des problèmes induits par la difficulté de faire ensemble*. Au-delà des risques d'enlisement et de la

figure 2



lassitude concourante des acteurs qu'elle engendre, la mise en œuvre d'une gestion par les processus se heurte à la nécessité de repenser les structures d'autorité pour conjuguer structure verticale et structure horizontale. L'une ne peut pas fonctionner sans l'autre. La maîtrise des modes de production de soins reposera en grande partie sur la capacité des établissements à faire cohabiter l'autorité des chefs de service et l'autorité de véritables responsables de processus à même de faire travailler ensemble des corps de métier différents en dépit des intérêts corporatistes ou des luttes de territoires.

Néanmoins, malgré ces réserves, parce qu'elles se veulent une construction en prise avec l'organisation qui leur a donné naissance, parce qu'elles n'ont d'autre objet que de rendre compte d'une réalité qu'elles s'efforcent de rendre visible, accessible et compréhensible, l'analyse et la gestion des processus constituent une réponse à la difficulté de faire ensemble, une réponse certes partielle mais une réponse pertinente et opératoire, adaptée à la flexibilité et à la fluidité des organisations mises en place pour répondre aux exigences des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, qu'il s'agisse des filières ou des réseaux de soins.

Parce que les filières et les réseaux de soins dessinent des organisations à géométrie variable, tant dans les prises en charge qu'elles mettent en œuvre que dans les pathologies qu'elles traitent, les structures juridiques qu'elles se donnent ou les organigrammes émergents, l'analyse et la gestion des processus sont l'un des éléments pivots de la gestion de production que les établissements de santé, les filières et les réseaux se doivent d'inventer. ■

PMSI

Quelles comparaisons possibles et impossibles ?

Cyrille Colin
 Professeur de santé publique, Université Claude Bernard, Lyon I, Lass-Graphos CNRS

Sandrine Couray-Targe
 Assistante hospitalo-universitaire, département d'information médicale des hospices civils de Lyon

Loïc Geoffroy
 Directeur, agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté

Dans un contexte économique où l'optimisation des ressources affectées au système de soins est devenu un objectif essentiel, le monde hospitalier doit gérer une triple contrainte : d'une part, la réduction de la croissance de ses coûts dont il devient responsable, d'autre part, la nécessité de faire toujours mieux dans la qualité et la transparence des soins délivrés et enfin, l'exigence de satisfaction des patients. Cette nécessaire évolution, loin d'être contradictoire, survient dans un environnement très marqué par une logique de consumérisme largement relayée par les médias, au travers notamment des comparaisons interhospitalières de résultats des soins.

Ces comparaisons sont largement facilitées par la généralisation, dans les établissements de santé, du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui met à la disposition des décideurs, mais aussi des usagers, un outil d'analyse médicalisée de l'activité hospitalière. Cet article se propose de montrer que quels que soient les destinataires de cette information et leurs intentions — régulation et gestion du système pour les uns, qualité des soins et désir de transparence pour les autres — toutes les comparaisons basées sur cet outil nécessitent beaucoup de rigueur et une bonne connaissance de ses limites méthodologiques.

Les comparaisons effectuées

Dans la mesure de la qualité des soins

Les indicateurs de qualité utilisés le plus souvent dans les comparaisons interhospitalières sont des indicateurs de résultat des soins [5] comme les taux de mortalité, d'événement sentinelle... Le choix et le recueil systématique de ces indicateurs destinés à décrire une situation sont très exigeants, ces indicateurs devant réunir un certain nombre de qualités : être quantifiables, fiables, sensibles, spécifiques et pertinents. Ils sont le plus souvent utilisés comme « révélateurs », c'est-à-dire que toute variation significative de leur niveau dans le temps ou dans l'espace est censée entraîner la recherche d'une explication. Parmi ceux-ci, le taux de mortalité est le plus connu pour établir des comparaisons entre hôpitaux. Un taux de mortalité attendu est déterminé pour un établissement donné et le taux de mortalité observé est comparé à ce taux attendu, l'objectif étant de pouvoir repérer des hôpitaux