



HAL
open science

Le contrôle global des risques au service du management public ou la gouvernance des risques

Julien Husson

► **To cite this version:**

Julien Husson. Le contrôle global des risques au service du management public ou la gouvernance des risques : le cas de l'hôpital français. *Revue Risques - Les cahiers de l'assurance*, 2007, 5 p. hal-02989140

HAL Id: hal-02989140

<https://hal.science/hal-02989140>

Submitted on 5 Nov 2020

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.

« Le contrôle global des risques au service du management public ou la gouvernance des risques : le cas de l'hôpital français »

Julien HUSSON

Maître de conférences en sciences de gestion

GREFIGE

Université de Metz

ESM-IAE

3 Place Edouard Branly

57070 METZ

julien.husson@univ-metz.fr

Un hôpital tétanisé par le risque

Salles d'urgence bondées, attentes interminables, mauvais diagnostics, infections nosocomiales, absence de procédure de gestion de la sécurité des biens ou des personnels, systèmes d'informations archaïques... la liste des événements indésirables hospitaliers, qu'ils touchent le patient, l'organisation ou les personnels est longue. L'aphorisme hippocratique « *primum non nocere* » montre à quel point il a toujours été un grand souci et consacre les bases d'un besoin de contrôle interne global des risques en des termes témoignant du paradoxe de la médecine potentiellement porteuse de guérison comme de nuisances. Fin 2003, un rapport de la Direction

Générale de la Santé a souligné que les événements iatrogènes surviennent en France dans plus de 10 % des séjours hospitaliers. Le plus connu des événements iatrogènes est l'infection nosocomiale. Elle touche 800 000 patients par an en France pour un coût de l'ordre de 800 millions d'euros. D'autres événements indésirables moins connus sont tout aussi graves. Ainsi, l'iatrogénie médicamenteuse engendre 25 000 morts par an, soit quatre fois plus que les accidents de la route, pour un coût de 2,3 milliards d'euros pour les seuls événements évitables. Si le risque est inhérent à la médecine et si l'hôpital n'a pas attendu les gestionnaires pour gérer les risques, cette prise en compte des risques n'a néanmoins jamais dépassé le strict périmètre médical. Aujourd'hui, la donne a changé : face au coût abyssal des événements indésirables estimé à plus de 6 milliards d'euros par an, soit 10 % du budget des hôpitaux (Claveranne, 2005), face à la judiciarisation des relations entre l'hôpital et les patients, face au changement sociétal marqué par une aversion croissante au risque, la fatalité n'est plus la seule explication suffisante des accidents (Borodzicz, 2005). D'événement ingérable, le risque est entré dans le champ du contrôle et marque le début d'une gestion efficace.

Un hôpital démuni face au risque

L'origine de ces travaux remonte à une confrontation au terrain en tant qu'auditeur. Elle émane de notre « surprise » devant l'empirisme voire l'artisanat des hôpitaux face à la gestion des risques. Cette surprise repose d'une part sur la perception d'un décalage entre les discours institutionnels sur l'importance de la gestion des risques et les difficultés quotidiennes des hôpitaux, d'autre part sur le sentiment que le risque quitte progressivement le giron médical et enfin, sur le sentiment que l'hôpital est lassé par les programmes d'amélioration de la qualité titanesques dont il est difficile de démontrer les impacts.

La problématique de notre travail de recherche est articulée autour de l'idée que le contrôle interne global des risques peut servir le management en tant que catalyseur du changement si il

suscite l'adhésion conjointe des médecins et des gestionnaires. De la même manière, si le contrôle interne des risques est global et intégré à la gestion globale de l'hôpital, il peut être un moyen de sortir de la spirale fermée de l'amélioration continue de la qualité en ce qu'il constitue une sorte de « *fenêtre d'opportunité à l'action de changement* » pour le gestionnaire (Mercier, 2003).

Un modèle processuel d'appréhension du risque

Protéiforme, le risque est entouré d'un certain flou conceptuel et d'un vocabulaire technique compliqué (Pesqueux, 2003). Il renvoie tour à tour à l'aléa, au hasard, à l'incertitude, à l'erreur, à une menace, à un danger, à ses causes ou ses conséquences, en définitive à une multitude de termes souvent confondus. Un retour aux sources disciplinaires qui s'y sont intéressées nous a permis d'en clarifier le champ sémantique. En particulier, les sciences économiques, le droit, la gestion et l'ingénierie ont été investiguées.

À partir des différentes acceptions disciplinaires du risque, complétées par des théories transdisciplinaires telles que la théorie cindynique (Kervern, 1991), théorie de l'accident normal (Perrow, 1999), théorie des catastrophes (Thom, 1993), nous avons proposé un modèle conceptuel de définition du risque pour le manager hospitalier qui soit pour lui un moyen légitime « d'ouvrir les portes de la boîte noire hôpital » pour reconfigurer les processus et conduire le changement.

Le modèle proposé et repris par la figure ci-après intègre les éléments invariants des définitions identifiées dans la littérature complétés par des critères que les investigations de terrain nous ont permis de déterminer comme pertinents. Dans ce modèle, le risque peut se définir comme la combinaison d'un processus d'enchaînement causal, c'est-à-dire la transformation potentielle d'un système donné à une situation initiale en un système affecté à une situation finale et d'un processus de qualification social et juridique des conséquences de cette transformation et :

- dont un des attributs au moins se réalisera de manière certaine, plus ou moins prévisible,
- dont les facteurs contributifs sont endogènes ou exogènes au périmètre d'analyse considéré,
- dont il est possible de donner des mesures probabilistes malgré la difficulté de la métrique du risque,
- dont le résultat est non souhaité. Ce résultat correspond à la qualification de la conséquence de la réalisation du risque ; il est appelé événement indésirable. Dans notre modèle, le risque est consubstantiel de la notion d'événement indésirable qui permet au manager de « l'appréhender concrètement ». Ce caractère indésirable des conséquences du risque relève d'un processus de qualification des événements selon trois canaux qui permettent la caractérisation du risque en aléa, dysfonctionnement ou erreur.

Le risque relève de l'**aléa** dans le cas où il est statistiquement inévitable, c'est-à-dire dans le cas où le comportement des acteurs relève d'un comportement professionnel prudent et avisé. En terme de gestion, l'aléa relève des sociétés savantes médicales et, même s'il est pointé par le système de contrôle interne des risques, il échappe au gestionnaire. Le risque relève de l'**erreur** s'il est lié à une défaillance humaine. En terme de gestion, l'erreur relève de la compétence des individus et de leur formation. Enfin, le risque relève du dysfonctionnement s'il est lié à l'organisation. Ainsi, en terme de gestion le **dysfonctionnement** relève de la connaissance des processus et de leur organisation.

Figure 1 : un modèle de définition du risque pour le manager hospitalier

Un modèle de gestion

D'après le modèle proposé, gérer les risques débute par la qualification des conséquences du risque dans un des trois canaux identifiés. Le risque tel que nous l'avons défini reste une notion abstraite et la façon de l'appréhender par le gestionnaire réside dans l'événement indésirable, dans ses conséquences palpables, délimitables et mesurables. Il apparaît plus facile de cerner le risque par l'expérience, c'est-à-dire de manière relative en comparant les conséquences du risque les unes par rapport aux autres et de communiquer et sensibiliser autour de l'événement indésirable que du risque *stricto sensu* qui demeure un concept flou entouré d'un vocabulaire technique compliqué. Aléa, erreur et dysfonctionnement ne sont pas des éléments isolés mais relèvent d'une combinatoire. Ils ne laissent indifférents ni les médecins qui y voient systématiquement une possible origine médicale, ni le gestionnaire qui y voit une source d'inefficience. Ils permettent à ce dernier de trouver une légitimité aux yeux de la communauté médicale pour reconfigurer les processus de l'organisation avec l'objectif affiché d'en maîtriser les risques mais avec plus largement la volonté d'en améliorer la performance. De la même manière que Bouquin rappelait lors des dérives des prémisses de la comptabilité analytique que « *ce n'est pas les coûts que l'on gère* » (Bouquin, 1983), le modèle proposé permet de rappeler que ce n'est pas le risque que l'on gère mais l'organisation qui le produit.

Un hôpital malade et un contrôle bureaucratique

Face au défi que constitue la gestion des risques, l'hôpital est en proie au doute. Le doute qui le ronge est plus profond et général que la seule gestion des risques. Il doute, certes sur sa capacité à maîtriser les risques mais il doute surtout sur sa capacité à changer pour s'adapter aux nouvelles règles de la tarification à l'activité qui font que l'hôpital va s'auto-produire et devenir, ainsi, le seul garant de sa pérennité. Notre recherche a montré que la gestion des risques, sans prise en compte des spécificités de l'hôpital était à coup sûr vouée à l'échec (Husson, 2005). Au-delà du modèle de la bureaucratie professionnelle qui caractérise l'hôpital public et des clivages omniprésents entre le monde des administrateurs, du soin, de la guérison et du contrôle, l'hôpital est las des réformes successives qui l'ont traversé et las des solutions de l'importation de concepts qui n'étaient en réalité que des velléités, au pire des incantations (hôpital-entreprise, participation, qualité totale). Trois critères principaux caractérisent les spécificités du chaos de l'hôpital balkanisé qu'il semble nécessaire d'intégrer avant toute tentative de mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques hospitalier.

En premier lieu, l'hôpital est lassé par les démarches qualité telles qu'elles ont été formalisées par la procédure d'accréditation. La lourdeur de la procédure d'accréditation d'un point de vue institutionnel a entraîné les hôpitaux dans la décomposition, l'analyse et la formalisation de leurs activités sans toutefois impliquer directement les médecins voire en les évitant. De ce fait, une scission s'est formée entre la qualité médicale et la « qualité – qualitative », bloquée dans une spirale fermée de l'amélioration continue qui relève en fait plus d'un « tourbillon » que d'une spirale entraînant des améliorations durables.

En second lieu, si nul n'a besoin de rappeler que l'hôpital subit un « harcèlement textuel » qui a certes, permis des avancées majeures en terme de sécurité sanitaire, force est de constater, que son application reste très partielle et démontre l'insuffisance du levier réglementaire pour pousser l'organisation hospitalière à changer.

En troisième lieu, que les financeurs soient des institutions caritatives, des fondations ou la puissance publique, l'hôpital a depuis le début de son histoire eu tendance à dépenser plus d'argent qu'il ne lui en était alloué et les médecins ont toujours été peu sensibles aux coûts. Aujourd'hui, avec la mise en œuvre de la « tarification à l'activité », la donne change : l'hôpital dépensera ce qu'il aura gagné et gagnera ce qu'il aura dépensé.

Risk-management et changement

L'approche méthodologique proposée se veut être une piste de réflexion pour une articulation entre la dimension instrumentale d'un outil de gestion (une méthode générale d'audit et de gestion des risques) et la dimension managériale (le changement). Le modèle de gestion des risques élaboré repose sur trois pôles.

Le premier pôle du modèle vise à construire une vision partagée sur les processus de l'organisation, puis, dans un second temps sur les risques. Cette vision passe par une connaissance et la formalisation des processus de l'organisation. Le risque est vu comme le point d'entrée dans les processus de l'organisation, eux mêmes vus comme le lieu du changement.

Le second pôle du modèle vise à la reconfiguration des processus. La reconfiguration, rendue légitime aux yeux des médecins au nom de la maîtrise des risques peut prendre plusieurs formes, la plus lourde étant la transformation profonde du processus de type *reengineering* ou *business process reengineering*.

Le troisième pôle du modèle est celui, fondamental, qui vise à la recherche de pérennité et au pilotage. La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, dite « plan Mattei » du nom du ministre de la santé qu'il l'a initiée, préoccupe et occupe l'hôpital à un moment où le temps médical est rare. Même si les hôpitaux se mobilisent autour de la gestion des risques, celle-ci n'est pas leur préoccupation première et s'inscrit dans un contexte de réformes larges destinées à faire évoluer l'organisation hospitalière pour répondre à la nécessité de lutter contre les rigidités et le cloisonnement qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution. Si la théorie du gouvernement d'entreprise reste à construire (Charreaux, 1997), la gouvernance hospitalière est, elle, embryonnaire et ses fondements reposent sur deux grands principes incarnés par la rénovation des instances et la clarification des compétences matérialisée en particulier par un renforcement des fonctions du conseil d'administration en matière d'évaluation et de contrôle et par une simplification d'organisation et de procédures en créant des pôles d'activités médicaux sous une co-direction médico-gestionnaire. Cette évolution culturelle vers une co-gestion administrative et médicale se révèle être une opportunité pour la mise en œuvre de démarches de gestion des risques.

Un modèle de contrôle des risques intégré aux processus de gestion

Le modèle de contrôle interne des risques (et de gestion) issu de notre recherche est destiné à piloter et faire vivre la démarche de gestion de risques. Il est inscrit dans le dispositif de la nouvelle gouvernance hospitalière et repose sur quatre niveaux de structuration. Le premier niveau est celui du recueil des événements indésirables au sein d'un observatoire. Ce recueil est issu du signalement des événements indésirables à partir de fiches spécifiques que chacun des acteurs hospitaliers peut remplir, des résultats d'audits internes ou externes ou encore de l'observation des événements indésirables à partir de l'ensemble des bases de données disponibles. Le second niveau est la classification des événements indésirables, par l'observatoire, à travers la grille de lecture « Aléa, Erreur, Dysfonctionnement » issue du modèle conceptuel d'appréhension du risque proposé. Le troisième niveau est la traduction des événements indésirables par un binôme médecin du département d'information médicale et contrôleur de gestion. Les événements indésirables qualifiés par l'observatoire des risques sont traduits en termes de gravité clinique et de coûts par ce binôme. Enfin, le quatrième niveau est celui de la prise de décision. L'information co-traitée est mise à disposition du couple médecin-gestionnaire qui pilote le pôle d'activité médicale. C'est ce couple qui co-décide des actions à entreprendre en fonction de la fréquence et de la gravité de l'événement indésirable en termes cliniques mais aussi en termes juridiques ou d'image de marque pour l'hôpital et en fonction de son coût et du type de plan d'actions à mettre en œuvre.

Figure 2 : Un modèle de contrôle des risques intégré à la gouvernance

En contribuant, au-delà de la maîtrise des risques, à s'interroger sur l'organisation et sur le coût

des processus de production et donc à la recherche de plus d'efficacité, le dispositif de gestion des risques participe à la nécessité de la démarche de changement à l'hôpital. Le modèle de contrôle global des risques s'inscrit à ce titre dans une forme de gouvernance ingénierique.

Bibliographie

EP. Borodzicz, *Risk, crisis and security management*, Wiley Edition, 2005

JP. Claveranne, « Les nouvelles perspectives du management hospitalier », *Les défis de l'hôpital : risques, qualité, performance, compétence*, Congrès de la Fédération Internationale Hospitalière, Nice, 11p, 2005

Y. Pesqueux, Le concept de risque au magasin des curiosités, Colloque de l'AFC, 23p, 2003

J. Mercier, *L'administration publique, de l'Ecole classique au nouveau management public*, Presses universitaires de Laval, p.154-160, 2003

R. Perrow, *Normal accidents : living with high risk technologie*, Princeton University Press, 2^{ème} Edition, 1999

R. Thom, *Prédire n'est pas expliquer*, Champ Flammarion, 1993

GY. Kervern, *Eléments fondamentaux des cindyniques*, Economica, 1995

H. Bouquin, « Perversités comptables », *L'alchimie des coûts*, 4^{ème} séminaire de recherche de l'AFC, 1983

J. Husson, « Gérer les risques à l'hôpital : de l'inquiétude des acteurs à la méthode », Thèse pour le doctorat en sciences de gestion, université Jean Moulin Lyon III, 29 novembre 2005, 452p

G. Charreaux, *Le gouvernement des entreprises*, Economica, 1997