



**HAL**  
open science

# L'hôpital en quête de performance : perspectives méthodologiques pour un nouveau risk-management hospitalier

Julien Husson

► **To cite this version:**

Julien Husson. L'hôpital en quête de performance : perspectives méthodologiques pour un nouveau risk-management hospitalier. *Gestion* 2000, 2009, 26 (5), pp.65-81. hal-02989188

**HAL Id: hal-02989188**

**<https://hal.science/hal-02989188v1>**

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.

# « L'hôpital en quête de performance : perspectives méthodologiques pour un nouveau risk-management hospitalier »

**Julien HUSSON**

Maître de conférences en sciences de gestion

Laboratoire de recherche :

Université de Metz  
IAE – UFR Etudes supérieures de Management  
GREFIGE-CEREMO  
3 place Edouard Branly  
57070 METZ  
Tel : 03 87 56 37 66  
julien.husson@univ-metz.fr

**Résumé.** Cet article repose sur une confrontation au terrain de nos travaux de recherche menées au sein d'une vingtaine d'établissements hospitaliers français. Cette recherche sur le risk-management est née de notre « surprise » devant l'empirisme de certains hôpitaux face à la gestion des risques. La problématique de ce travail de recherche est articulée autour de l'idée que la gestion des risques peut être un catalyseur du changement et qu'elle constitue une sorte de « *fenêtre d'opportunité à l'action de changement* » pour le gestionnaire. Cet article propose à partir des résultats de notre recherche un modèle conceptuel d'appréhension du risque pour le manager hospitalier selon une grille de lecture Aléa, Dysfonctionnement, Erreur et un modèle de pilotage des programmes de gestion des risques intégré à la nouvelle gouvernance hospitalière.

**Summary :** The hospital is surrounded by risk but it does not know what to do. The social requirements of security become increasingly large and if yesterday we tolerated human error, today we do not. This rise in aversion to the risk contributed to the increasingly litigious nature of healthcare services and led consequently to an exponential inflation of insurance premiums. Parallel to our entrance in a judicial era, the hospital reform engages the establishments in a search for organizational performance. Sources of costs, disorganization of services and the loss of motivation of personnel, we think that the risk and the undesirable event seem a means of making "medically legitimate" management decisions. If quality is no longer mobilizing, the risk can seem a catalyst of change. We based our article on a research-action study carried out within twenty French Hospitals and whose results highlight that the creation of an observatory collecting medico-managing analysis of the risks can constitute a pillar of the hospital governance and for this reason an instrument of reorganization.

# 1 Introduction

Salles d'urgence bondées, attentes interminables, mauvais diagnostics, surmédication, complications post-opératoires, infections nosocomiales, médicaments aux effets secondaires pires que le mal pour lequel ils ont été prescrits..., la liste des événements indésirables hospitaliers est longue. L'histoire montre que le risque a de tout temps été intégré par les médecins. L'aphorisme hippocratique « *primum non nocere* » illustre à quel point il a toujours été un grand souci et consacre les bases d'une gestion 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<sup>1</sup> a souligné que les événements iatrogènes surviennent en France dans plus de 10 % des séjours hospitaliers. Le plus connu de ces événements iatrogènes est l'infection nosocomiale. Elle touche chaque année en France 800 000 patients pour un coût de l'ordre de 800 millions d'euros. D'autres événements indésirables, moins médiatisés, 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. Or, si la médecine a, de tout temps, nié au profane le droit d'intervenir sur le risque qui restait l'apanage des avertis. Si la médecine définissait naturellement d'aléa toute intervention qui avait échoué, aujourd'hui, acculé face au risque, l'hôpital ne peut limiter la gestion des risques au seul périmètre médical et ne considérer que l'aléa. 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 les médecins 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).

---

<sup>1</sup> Direction Générale de la Santé, « Iatrogénie », DGS/GTND0, 26 septembre 2003, 11p, rapport accessible à partir du site [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/10\\_iatrogenie.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/10_iatrogenie.pdf).

D'événement ingérable, le risque est entré dans le champ de la gestion, les financeurs s'y intéressent et le gestionnaire y trouve sa légitimité.

## **2 Problématique et hypothèses de la recherche**

Ce travail s'appuie sur une recherche intervention menée auprès des hôpitaux. Elle est née, lors d'une confrontation au terrain, de la « surprise » qui a été la nôtre devant l'empirisme voire l'artisanat des hôpitaux face à la gestion des risques. Cette surprise repose tout d'abord sur la perception d'un décalage entre les discours institutionnels sur l'importance de la gestion des risques et les difficultés quotidiennes des hôpitaux, ensuite 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 des soins gigantesques dont il est difficile de démontrer les impacts.

La problématique de cette recherche est articulée autour de l'idée que la gestion des risques peut être un levier d'action du changement. L'histoire, grâce aux multiples réformes du passé, a montré la capacité du service hospitalier à changer et a mis en lumière l'efficacité de l'approche médico-gestionnaire en la matière. En effet, les réformes constatées ont été nourries à la fois de la volonté des médecins et des gestionnaires. En d'autres termes, nous pensons que les facteurs de transformation de l'hôpital reposent sur un potentiel endogène de co-construction médecin – gestionnaire dans lequel chacun d'entre eux doit trouver une légitimité à l'action. C'est pourquoi, dans un contexte societal d'aversion croissante au risque, ce dernier apparaît comme un élément fédérateur, porteur de sens en termes de coût et de désorganisation pour le gestionnaire et de perturbation clinique pour le médecin. Le risque, et sa matérialisation en tant qu'événement indésirable constituent une sorte de « fenêtre d'opportunité à l'action de changement » pour le gestionnaire (Mercier, 2003). Notre position est renforcée par le propos de Canguilhem, médecin-philosophe, qui a démontré que c'est toujours l'anormal qui suscite l'intérêt théorique pour le normal, les

normes n'étant reconnues pour telles que dans les infractions et les fonctions n'étant révélées que par leurs ratés (Canguilhem, 1966). De l'ensemble de ces constats sont nées nos hypothèses de recherche. La première énonce qu'un retour aux théories du risque est nécessaire pour proposer un modèle conceptuel du risque à l'hôpital. La seconde énonce que la gestion des risques peut être un catalyseur du changement si elle suscite l'adhésion conjointe des médecins et des gestionnaires. La troisième énonce que si elle est globale et intégrée à la gestion globale de l'hôpital, la gestion des risques est un moyen de sortir de la spirale fermée de l'amélioration continue de la qualité.

### **Méthodologie de recherche**

Cette recherche-intervention a été conduite sur trois années. Elle a bénéficié de deux sources de travaux : ceux issus d'une vingtaine de monographies d'établissements hospitaliers français réalisées par nos soins et ceux issus d'études de cas longitudinales menées au sein de deux importants Centres Hospitaliers Universitaires. Dans ce dernier établissement, nous avons participé à un programme de recherche destiné à réfléchir à la mise en place d'un système de gestion des risques. La collecte et la structuration des savoirs nécessaires à notre recherche ont été réalisées à partir de formes variées d'intervention sur le terrain : des diagnostics opérationnels et stratégiques, des missions d'assistance et d'appui méthodologique ou encore des missions de restructuration. Le matériau recueilli est constitué de rapports d'audits, de notes d'observation, de comptes rendus d'entretiens, de comptes rendus de séminaires ou encore de rapports d'étonnement. Riche, il repose sur une immersion dans le terrain de près de quatre cent journées. Dans cette recherche, le terrain a été à la fois lieu d'ingénierie et source de théories fondées (David, 2000). Nous l'avons considéré comme une condition nécessaire à la recherche mais pas suffisante en ce qu'il n'existe que par rapport à la théorie de la recherche, à la qualité des méthodologies d'investigation et à la mise en perspective de ces deux éléments dans une posture épistémologique clairement énoncée (Plane, 2000).

### 3 À la recherche d'un modèle d'appréhension du risque pour le manager

#### 3.1 Aux sources : les ferments disciplinaires

Protéiforme, le risque est entouré d'un certain flou conceptuel (Kervern, 2005). 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 ont permis d'en clarifier le champ sémantique. Deux types de sources disciplinaires ont pu être isolés : les sources les plus théoriques, qualifiées de « première main », représentées par les sciences économiques et le droit et les sources qui ont connu le plus de développements opérationnels, représentées par la gestion et l'ingénierie.

Le creuset historique du risque se trouve dans la science économique qui a été la première à s'y intéresser. Le risque y est désigné par des situations aléatoires probabilisables (Kast, 2004), les situations non probabilisables étant définies en « incertitude » (Knight, 1921). Ainsi, classiquement, le risque se définit par une mesure de probabilités, reposant le plus souvent sur la théorie de l'utilité espérée ou ses prolongements (Schmidt, 1999). En droit, le risque en soi n'est pas identifié, il n'existe que par sa dimension indésirable non souhaitée et se trouve de ce fait lié à ses conséquences et au dommage causé. Pour Ewald, le droit s'intéresse en fait aux effets du risque et non au risque lui-même (Ewald, 1987).

Les développements disciplinaires tels que la gestion appréhendent le risque comme un écart entre « un prévu et un réalisé ». Ils reposent sur le modèle probabiliste et le risque est appréhendé soit *a posteriori*, à partir de la traçabilité des informations comptables par exemple, soit *a priori* à partir de l'analyse financière. Dans tous les cas, la connaissance du risque est destinée à réduire l'incertitude liée à une prise de décision ou à optimiser le couple risque-rentabilité. Enfin, l'ingénierie propose une acception normative du risque en le définissant comme une combinaison entre une probabilité d'occurrence d'un dommage et de sa gravité et

en le caractérisant par une source de risque, qui correspond à son origine, une cible potentielle et une mesure probabilistique. (Barthélemy, 2004).

Si l'économie, le droit, la gestion ou l'ingénierie ont fait du risque un objet de recherche, des théories transdisciplinaires ont tenté de dépasser les différentes définitions disciplinaires. Parmi les trois théories les plus classiques : théorie de l'accident normal (Perrow, 1999), théorie des catastrophes (Thom, 1993), théorie cindynique (Kervern, 1991), la théorie cindynique présente plusieurs intérêts pour le gestionnaire. Elle permet de relier, à partir de « déficits cindyniques » le risque avec les processus, le management et la culture de l'organisation. En effet, selon cette théorie, un dysfonctionnement des processus de l'organisation est considéré comme la conséquence d'un déficit de management, lui-même conséquence d'un déficit culturel. De la même manière, l'erreur humaine peut être considérée comme la conséquence d'un déficit d'organisation et être de ce fait, le révélateur d'une mauvaise organisation. Cette théorie présente l'avantage de relier le risque à l'organisation et donc ses conséquences palpables à ses causes. Force est de constater que si le risque est difficile à définir, les conséquences de sa « non-gestion » sont quant à elles aisément palpables et mesurables.

Les différentes acceptions disciplinaires du risque et les théories transdisciplinaires du risque, ont permis de proposer 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.

### **3.2 Un modèle processuel d'appréhension du risque par ses conséquences**

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 le contexte hospitalier. 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

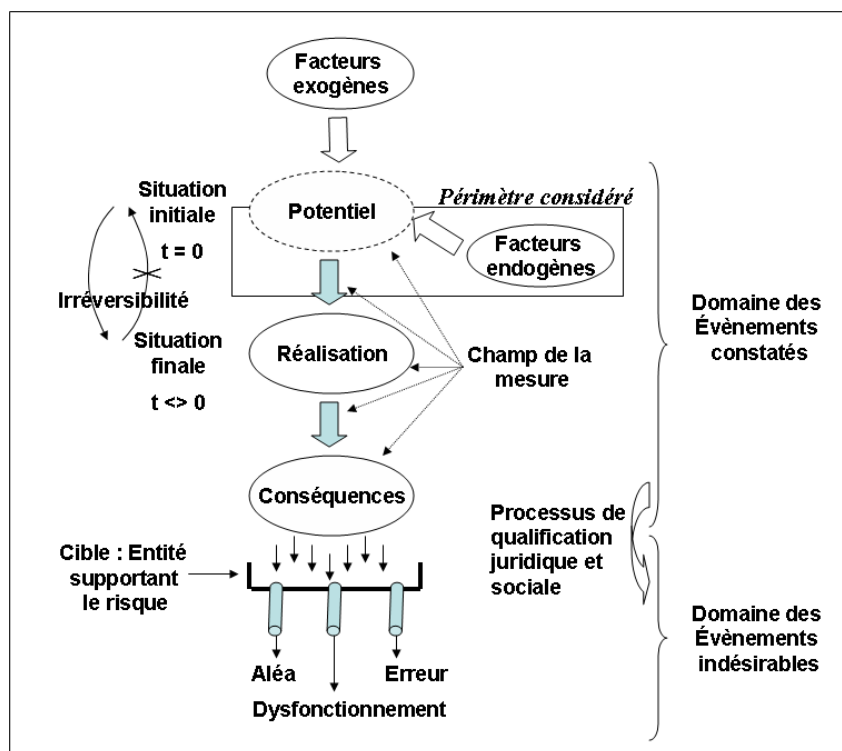
système donné à une situation initiale en un système affecté à une situation finale et d'un processus de qualification social et juridique des conséquences de cette transformation et :

- 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 ce modèle, le risque est consubstantiel de la notion d'événement indésirable qui permet au manager de « l'appréhender concrètement ». Le 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 disposant des données actualisées de la science. En terme d'analyse, l'aléa relève des sociétés savantes médicales. 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



Selon ce modèle, qualifier une situation de risquée signifie alors sortir de l'imprévisible pour entrer dans l'imprévu et gérer les risques débute par la qualification des conséquences du risque dans un des trois canaux identifiés. Le risque, tel que défini reste une notion abstraite mais la façon de l'appréhender par le biais de l'événement indésirable, est palpable et mesurable. De même, 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 sensibiliser autour de l'événement indésirable que du risque lui-même qui demeure un potentiel « abstrait » entouré d'un vocabulaire technique compliqué.

Aléa, erreur et dysfonctionnement ne sont pas des éléments isolés. Ils peuvent relever d'une combinatoire qui présente l'avantage d'interpeller les médecins qui y voient systématiquement une possible origine médicale, et le gestionnaire qui y voit une source d'inefficience et de coûts. C'est pourquoi, ils donnent à ce dernier une légitimité aux yeux de la communauté médicale pour pénétrer la complexité de l'organisation hospitalière et reconfigurer les processus de l'organisation au nom de la maîtrise des risques mais avec la volonté plus large d'en améliorer la performance. De la même manière que Bouquin mettait en garde contre

les dérives des prémisses de la comptabilité analytique en ces termes : « *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.

## **4 D'un modèle de « gestion du risque » à un modèle de gestion du changement**

### **4.1 L'inscription de la gestion des risques dans les préoccupations de l'hôpital malade**

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 le caractérise et des clivages omniprésents entre le monde des administrateurs, du soin, de la guérison et du contrôle (Glouberman, 1998), 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 hospitaliers.

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 créée entre la qualité médicale et la « qualité – qualicienne », 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. Par ailleurs, la

littérature qui démontre un lien entre les démarches qualité hospitalière et les « *outcome* » cliniques est très pauvre, voire inexistante (Staynes, 2005). Enfin, l'analyse des recommandations, circulaires et directives en matière de gestion de la qualité montre que cette dernière a relevé de la mise en œuvre chronologique des recommandations et d'une instrumentalisation sans logique de construction et cohérence globale. Si la démarche de gestion des risques à l'hôpital bénéficie d'un environnement favorable, car averse et sensible au risque, elle est aussi perçue comme le prolongement d'une démarche d'accréditation lourde et administrative et s'inscrit dans un environnement manifestant une certaine prudence à son égard. En définitive, l'hôpital « craint » de reproduire les erreurs commises lors de l'implantation des démarches qualité.

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. La prolifération des textes réglementaires en provenance des tutelles, motivée par l'application du principe de précaution dans un climat d'aversion au risque a entraîné un certain découragement des personnels, qui accentué par la mise en place des « 35 heures », a amené l'hôpital dans une impasse qui a conduit au *statu quo*.

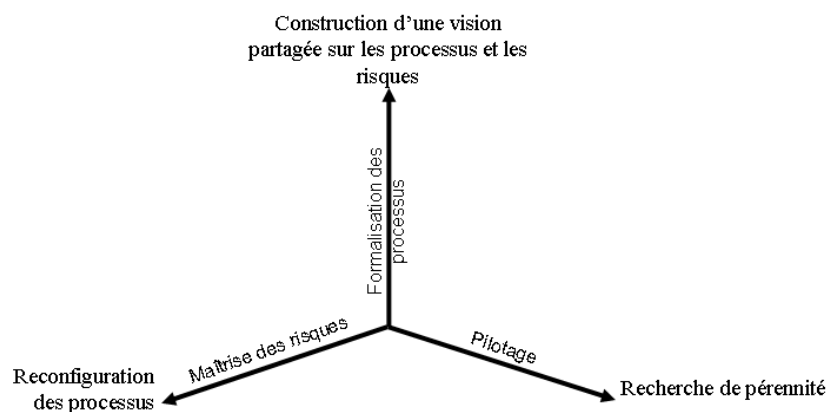
En troisième lieu, que les financeurs soient des institutions caritatives, des fondations ou la puissance publique, l'hôpital a depuis le début de son histoire eu tendance à dépenser plus d'argent qu'il ne lui en était alloué, et, les médecins ont toujours été peu sensibles aux coûts. Aujourd'hui, la mise en œuvre de la « tarification à l'activité » a changé la donne et le « nouvel Evangile » peut s'énoncer en ces termes : « l'hôpital dépensera ce qu'il aura gagné et gagnera ce qu'il aura produit ». En rémunérant, contrairement au budget global actuel, l'activité selon son niveau de réalisation, mais aussi au sein d'un système de régulation prix-volume, elle rémunère le mieux celui qui arrive à dégager des marges par rapport à un prix administré. Dès lors, l'analyse des risques des processus de production, pour en repérer les points

critiques, sources de surcoûts, et les corriger, peut devenir un moyen pour l'hôpital d'améliorer son efficacité. Il devient dès lors possible de penser que le mécanisme de tarification à l'activité va inciter à la maîtrise des événements indésirables. Ainsi, l'objet événement indésirable constitue de ce fait, une clé d'entrée médicale dans les processus organisationnels et permet d'impliquer les médecins dans le changement organisationnel au nom de la maîtrise des risques et des coûts sans que ces derniers n'en soient l'objectif affiché.

#### 4.2 Un modèle de gestion des risques au service du changement organisationnel

Nouvelle quête du graal ou nouvelle mode managériale, l'hôpital, contraint à gérer les risques est forcé de « se jeter à l'eau ». Cette recherche se veut être une piste de réflexion sur une articulation entre la dimension instrumentale d'un outil de gestion incarné par une heuristique générale de gestion des risques et le changement. Le modèle de gestion des risques issu de cette recherche repose sur trois pôles (Figure n°2).

Figure 2 : un modèle tripolaire de gestion des risques au service du changement



#### La recherche d'une vision partagée sur les processus et les risques

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 privilégié du changement. À ce titre, le processus présente trois avantages (Claveranne, 2004) :

**Tout d'abord, le processus est un révélateur du management** en permettant de mettre à nu les relations existantes entre les acteurs à l'intérieur et l'extérieur. Le processus permet une coupe longitudinale de l'objet organisation dont la portée se situe au niveau de la structuration globale de l'organisation qu'il traverse et au niveau de la morphologie de chaque processus considéré isolément. Transversal par nature lorsqu'il mobilise des acteurs appartenant à des divisions séparées de l'organigramme, le processus est aussi transversal dans la vision qu'il fournit de fonctionnement formel de ces divisions. Il fournit ainsi des informations sur le degré de spécialisation du travail, le degré de formalisation des comportements ou encore la nature et la qualité des mécanismes de liaison entre les individus et l'organisation du système de contrôle. En définitive, l'analyse des processus de production de soins est indissociable de l'analyse des processus de management, aux premiers rangs desquels se trouvent les processus de décision stratégique et opérationnelle et les processus de contrôle et de pilotage.

**Ensuite, le processus est révélateur des pratiques.** Dans un univers obscur fait d'un maelström d'activités et de tâches diverses et souvent peu, pas ou mal coordonnées, le processus apporte de l'ordre en donnant aux différents acteurs des représentations de leur travail et par là même des éléments de réflexion et des leviers d'action sur celui-ci. L'organisation se trouve pour ainsi dire, mise à nu par cette opération qui relève pour partie de l'introspection lorsqu'il s'agit de représenter son propre travail et ses propres actions et de l'inspection lorsqu'il s'agit d'observer ou de commenter celui des autres

**Enfin, le processus est fédérateur de lien social.** La mise à plat de l'organisation, sa déconstruction, la découverte des rôles de chacun qu'elle entraîne, permettent aux acteurs de porter une lecture critique sur leur pratique collective et, partant de l'améliorer, ouvrent ainsi la boîte à un véritable apprentissage

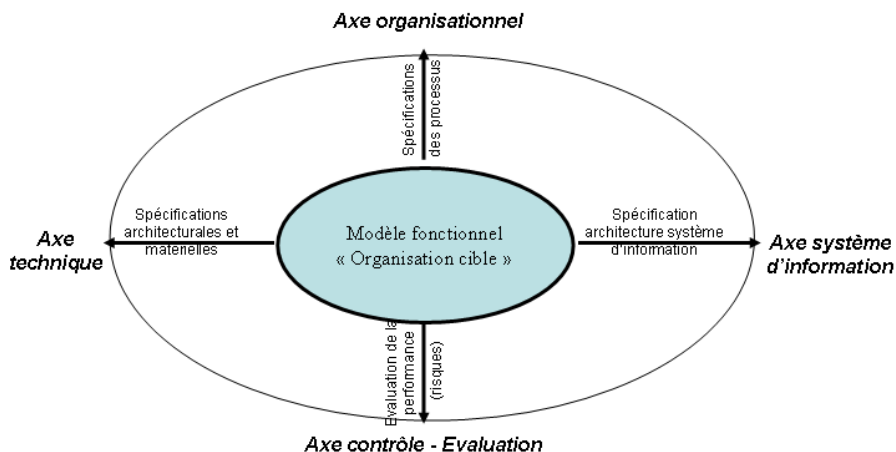
organisationnel. À l'hôpital, la source d'apprentissage la plus classique en matière de gestion des risques résulte des événements indésirables qui constituent le déclencheur de l'apprentissage (Leroy, 2000). L'observation des événements indésirables est un point d'entrée dans les processus qui amène, par le biais de l'analyse de l'événement, à l'analyse des processus qui l'ont supporté. Cette analyse des événements indésirables est pertinente dans le sens où elle s'articule avec la réorganisation des processus dans un va et vient de déconstruction-construction générateur d'amélioration de la maîtrise des risques.

Le processus permet la mise à nu de l'organisation. En approchant l'organisation de manière transversale, il permet de prendre en compte les interfaces. Elles sont le lieu de la genèse des événements indésirables et leur connaissance constitue l'étape première de la maîtrise des risques. Elle débouche sur une cartographie des processus et des risques de l'organisation hospitalière, sorte de bilan de l'existant en matière de gestion des risques à partir duquel il est possible d'esquisser les axes d'une reconfiguration des processus destinée à maîtriser les risques mais plus largement à rechercher à améliorer l'efficacité et à changer.

### **La reconfiguration pour maîtriser et la reconfiguration pour changer**

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*. La refonte des processus est guidée par la maîtrise des risques ainsi que par « l'envie de faire des acteurs ». Les principes de fonctionnement formalisent le désir du concepteur et, inscrits dans un champ de contraintes, ils transforment « l'envie de faire » en « pouvoir faire ». Le champ de la refonte des processus engagée par le manager qui souhaite maîtriser les risques hospitaliers peut s'appuyer sur un modèle (Figure n°3) permettant de décliner l'organisation cible projetée, intégrant la maîtrise des risques, selon des axes organisationnels (spécifications des processus), techniques (ressources matérielles et architecturales mobilisées), système d'information (schéma directeur du système d'information) et contrôle - évaluation (évaluation de la performance de l'organisation cible en termes de niveau de risque résiduel et de coût).

Figure 3 : Cadre conceptuel pour la reconfiguration des processus



### La recherche de pérennité et le 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. 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 est une opportunité pour la mise en œuvre de démarches de gestion des risques pour plusieurs raisons :

- Conjointement à la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière, la stratégie des établissements devient progressivement médico-gestionnaire. Or, pour Morin et Le Moigne, dans les organisations hospitalières, « *la stratégie, c'est de permettre de mieux communiquer* » (Morin, 1997). Ainsi, en contribuant à fédérer les logiques médicales et gestionnaires, la démarche de gestion des risques constitue une démarche au service de la stratégie de l'hôpital.

- Si l'événement indésirable est un moyen légitime d'entrer dans les processus de l'organisation hospitalière, en permettant le contact entre les médecins et les gestionnaires autour de problèmes inacceptables pour chacun d'entre eux, il devient aussi un moyen de faire accepter le changement.

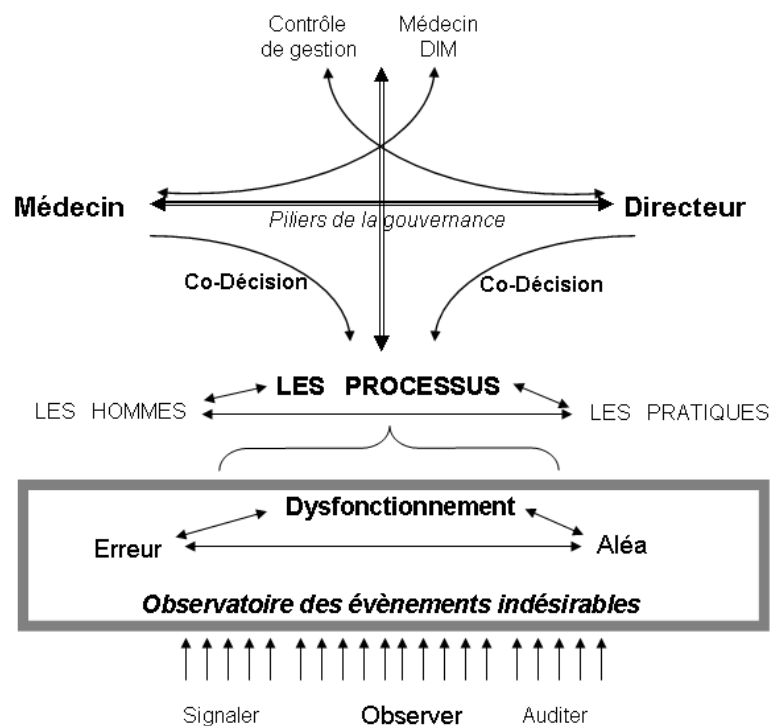
- L'organisation de l'hôpital ne peut reposer sur la structure de gouvernance telle qu'elle est décrite dans les textes à partir de fonctions. Comme le souligne Rojot, si les structures sont les plus visibles, les interactions entre individus sont tout aussi importantes. Ainsi, les processus organisationnels se structurent autour des comportements des individus. Les processus sont composés de comportements individuels de deux ou plusieurs personnes, interreliés, appelés interacts. Ce sont ces processus, fruits de l'organisation des interacts en fonction d'un certain nombre de règles, qui structurent l'organisation (Rojot, 1989).

Le modèle de gestion des risques issu de notre recherche (Figure n°4) 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 4 : Un modèle de gestion 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. Il s'inscrit à ce titre dans une forme de gouvernance ingénierique.

## Conclusion et perspectives

Les objectifs initiaux qui fondaient cette recherche reposaient sur la question du lien entre l'instrumentalisation de la gestion des risques et la gestion du changement organisationnel à l'hôpital. *In fine*, les résultats de cette recherche ont permis de valider les trois hypothèses. Tout d'abord, le retour aux théories du risque était nécessaire pour proposer un modèle conceptuel d'appréhension du risque hospitalier et une méthode de gestion des risques articulée autour de ce modèle. Ceci confirme notre première hypothèse de recherche, même s'il n'a pas été possible d'identifier une réelle théorie unificatrice du risque mais des théories en construction, dont la théorie cindynique est certainement la plus aboutie. Ensuite, la seconde hypothèse selon laquelle la gestion des risques pouvait être un catalyseur du changement est confirmée puisque la gestion des risques est apparue comme un intermédiaire légitime entre les médecins et les gestionnaires pour proposer des changements d'organisation dans un contexte favorable. D'une part, le changement paradigmatique de la tarification à l'activité pousse l'hôpital à faire mieux, moins cher, autrement et avec les autres ou alors faire-faire ou ne plus faire. D'autre part, la nécessité de changer est renforcée et d'autant plus justifiée par le climat d'aversion au risque et la judiciarisation malade de la médecine. D'ailleurs, une analyse récente de trente recompositions hospitalières montre que la maîtrise des risques était en affichage de la majorité des recompositions même si elle n'en constituait qu'un des enjeux (Claveranne, 2005). Enfin, la troisième hypothèse qui postulait que les événements indésirables permettaient de sortir de la spirale fermée de l'amélioration continue de la qualité telle qu'elle est mise en œuvre à l'hôpital est confirmée. La non-qualité, ou événement indésirable, appuyée sur un observatoire des risques et intégrée aux nouveaux modes de management par pôles prévus par la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière peut permettre au manager d'utiliser la gestion des risques comme un moyen de redéfinir les priorités dans l'action quotidienne.

Le premier apport de cette recherche, de nature conceptuelle, réside dans la proposition d'un modèle processuel d'appréhension du risque adapté au management hospitalier. Le second est de nature

méthodologique et réside dans la proposition d'un modèle opérationnel de gestion des risques intégré aux structures de management de l'hôpital. Les limites de cette recherche tiennent à son degré de maturité. Le modèle proposé nécessiterait d'être testé à grande échelle pour être validé empiriquement. En outre, il est probablement plus adapté à celui de l'hôpital public que celui de la clinique privée dont les facteurs de contingence sont différents. Enfin, les prolongements de cette recherche s'inscrivent dans une réflexion sur l'élaboration de nouvelles perspectives théoriques sur un contrôle de gestion « médi-conomique » à l'hôpital qui viserait à relier finalités médicales et finalités économiques. La complexité de l'hôpital fait qu'il est difficile de contrôler spécifiquement les actions de chacun au moyen de normes *a priori*. Soulignons pour conclure que la route est longue entre le système de management des risques et la gestion des risques proprement dite tant la distance est grande entre la compréhension du contexte, le choix d'une méthode et sa mise en œuvre et son pilotage, tant la prise de décision est toujours problématique et liée à un hasard et un brouillard de réformes non maîtrisable.

## Bibliographie

- BORODZICZ, B., (2005), *Risk, crisis and security management*, Wiley Edition
- CANGUILHEM, B., (1966), *Le normal et le pathologique*, PUF
- CLAVERANNE, JP., (1966), « Les nouvelles perspectives du management hospitalier », *Les défis de l'hôpital : risques, qualité, performance, compétence*, Congrès de la Fédération Internationale Hospitalière, Nice, 11p
- CLAVERANNE, JP., Pascal, C., (2004), *Gérer les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Médica-Éditions
- CLAVERANNE, JP., (2005), « Restructurations et recompositions hospitalières », Colloque *Les restructurations hospitalières*, Association Française du droit de la Santé, Université de Paris II
- DAVID, A., (2000), « La recherche intervention, cadre général pour la recherche en management », *Conférence Internationale de Management Stratégique*, 23p
- KNIGHT, F., (1921), *Risk, uncertainty and profit*, First edition, Hart, Schaffner & Marx, Boston : Houghton Mifflin Compagny, Riverside Press
- KAST, R., LAPIED, A., (2004), *Analyse économique et financière des nouveaux risques*, Gestion Economica
- BARTHELEMY, B., COURREGES, P., (2004), *La gestion des risques, méthode d'optimisation globale*, Editions d'organisation
- SCHMIDT, C., (1999), « Prospective et théorie des jeux », *Futuribles*
- MORIN, E., Le MOIGNE, JL., (1997), *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*, Aspeps Editions, 85p
- LEROY, F., (2000), *Processus d'apprentissage et partage des compétences à l'occasion d'une fusion*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Groupe HEC, pp. 38-44
- CHARREAUX, G., (1997), *Le gouvernement des entreprises*, Economica

- KERVERN, GY., (2005), « La théorie de la description appliquée à l'essentiel des cindyniques », *Colloque de l'Association pour la modélisation de la pensée complexe, Intelligence de la complexité et épistémologie pragmatique*, Cerisy
- KERVERN, GY., (1995), *Eléments fondamentaux des cindyniques*, Economica
- BOUQUIN, H., (1983), « Perversités comptables », *L'alchimie des coûts*, 4<sup>ème</sup> séminaire de recherche de l'AFC
- HUSSON, J., (2005), « 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 3, 452p
- MERCIER, J., (2003), *L'administration publique, de l'Ecole classique au nouveau management public*, Presses universitaires de Laval, p.154-160
- ROJOT, J., BERGMAN A., (1989), *Comportements et organisations*, Vuibert
- EWALD, JF., (1987), « La faute civile, droit et philosophie », *Droits, Revue française de théorie juridique*
- PLANE, JM., (2000), *Méthodes de recherche intervention en management*, L'Harmattan
- PERROW, C., (1999), *Normal accidents : living with high risk technologie*, Princeton University Press, 2<sup>ème</sup> Edition
- THOM, R., (1993), *Prédire n'est pas expliquer*, Champ Flammarion
- GLOUBERMAN, S., MINTZBERG, H., (1998), « Managing the care of health and the cure of disease », *part 1 & 2 : four worlds*, Working paper, INSEAD, vol 49, p 16-24
- STAYNES, A., (2005), « Les programmes qualité en milieu hospitalier – Origine, évolution, résultats », Mémoire pour le master recherche droit et management des structures sanitaires et sociales, Université lyon 3, 156p