

## Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ?

### *Clinical governance and organization of the processes of care: a missing link*

Moisdon JC<sup>1</sup>

#### Résumé

La gouvernance clinique ne signifie pas seulement que les professionnels se mettent d'accord sur des protocoles de soins et les adoptent, mais également que ces protocoles se traduisent dans les activités concrètes, notamment pour les établissements de santé. Or, ces derniers sont caractérisés au niveau organisationnel par un important déficit de coordination, dû à des paramètres sociaux et historiques, mais également à des difficultés structurelles de formalisation des activités et de leurs liaisons. Dans ces conditions, le système est potentiellement générateur de multiples problèmes de qualité. Il ne trouve une relative efficacité que par la mobilisation intensive des acteurs opérationnels (médecins et paramédicaux), au prix de pratiques informelles d'ajustement mutuel très souvent coûteuses économiquement et négatives quant aux conditions de travail.

Un certain nombre d'expériences montrent, cela dit, les apports de tentatives de structuration plus forte des processus et de maîtrise des flux. Mais ces diverses expériences restent disséminées sur l'ensemble du système hospitalier, restent relativement confidentielles, et sont davantage soutenues par des acteurs extérieurs aux établissements que portées par les acteurs internes. Se pose ainsi la question de l'existence et de la nature d'une fonction Organisation à l'hôpital.

**Prat Organ Soins 2008;39(3):175-81**

*Mots-clés* : gouvernance clinique ; organisation hospitalière ; administration hospitalière ; innovations gestionnaires.

#### Summary

The clinical governance means not only that the professionals agree on protocols of care and adopt them, but also that these protocols are translated in the concrete activities, notably for hospitals. Now these last ones are characterized at the organizational level by an important deficit of coordination, due to social and historic parameters, but also to structural difficulties of formalization of the activities and their connections. In these conditions, the system is potentially generative of multiple quality problems. It finds a relative efficiency only by the extensive mobilization of the operational actors (doctors and paramedical), with a high cost of informal mutual practices of adjustment and denials of the working conditions.

Certain number of experiments shows the contributions of stronger structuralization of the processes and the control of streams. But these diverse experiments remain spread on the whole hospital system, remain relatively confidential, and are more supported by actors outside the establishments than carried by the internal actors. The question of the existence and the nature of an Organization function in the hospital is raised.

**Prat Organ Soins 2008;39(3):175-81**

*Keywords*: clinical governance; hospital organization; hospital administration; management innovations.

<sup>1</sup> Professeur, Ecole des Mines de Paris

Adresse pour correspondance : Pr Jean-Claude Moisdon, Ecole des Mines de Paris, 60 Boulevard saint Michel, F-75006 Paris.  
E-mail : moisdon@ensmp.fr

## I - GOUVERNANCE D'ENTREPRISE ET GOUVERNANCE CLINIQUE

La gouvernance d'entreprise, terme fort prisé dans le monde de la gestion, désigne les moyens par lesquels on peut contrôler et infléchir le comportement du dirigeant. Dans une première acception étroite, les parties prenantes d'un tel contrôle étaient les actionnaires (les *shareholders*) ; par la suite, le concept s'est étendu et désigne également l'ensemble des acteurs intéressés par les performances de l'entreprise : clients, fournisseurs, personnel, porteurs de la variable environnementale, etc. (les *stakeholders*).

L'adjonction du terme « clinique » mérite quelques commentaires. Si l'on prend les définitions de la gouvernance clinique que l'on peut trouver dans la littérature, et qui désignent par ce terme l'ensemble des moyens par lesquels les organisations assurent la qualité des soins en rendant imputables les acteurs, il apparaît clair tout d'abord que le niveau d'imputabilité est modifié par rapport à la gouvernance d'entreprise et désigne moins les managers de l'organisation de soins que les professionnels qui y travaillent, médecins en tête.

C'est qu'en effet, l'établissement de soins, vu comme système de production, constitue une entreprise singulière. Il ne possède pas en son sein un service Méthodes qui spécifierait les processus de production et d'assurance qualité et qu'il prescrirait aux opérateurs. Ce sont ces derniers eux-mêmes, c'est-à-dire les professionnels, qui ont en charge cette activité de conception des modes opératoires, pour des raisons qui sont bien connues : elles tiennent pour l'essentiel à l'étendue du savoir nécessaire à l'activité ainsi qu'aux incertitudes pesant sur cette dernière et requérant un haut degré d'expertise pour prendre les décisions pertinentes et rapides, si bien qu'un acteur extérieur au métier se trouve dans l'impossibilité de prescription sur les processus en cause.

En ce sens, le concept de gouvernance clinique, par l'adjonction de l'adjectif, donne un signal pertinent, et relativise d'emblée fortement les représentations, notamment celles de beaucoup d'économistes, qui prennent l'hôpital comme un tout, ce qui revient à rechercher la responsabilité du résultat du côté de la strate managériale, et donc à ne pas prendre acte de la distance considérable qui la sépare de la strate opérationnelle.

## II - QUEL MODÈLE POUR LA GOUVERNANCE CLINIQUE ?

D'où l'idée légitime de changer « d'acteur imputable » par rapport à la gouvernance d'entreprise, de passer du

directeur au professionnel / opérateur. Mais quel est alors le modèle de cette gouvernance ? Celui qui est habituellement utilisé dans la gouvernance d'entreprise relève de ce que l'on appelle la théorie de l'agence, repose sur les concepts d'asymétrie d'information entre un mandant et un mandataire, sur l'opportunisme du mandataire, se traduisant de la part de ce dernier par un masquage à la fois de l'information détenue et de son propre comportement. S'en déduit une classe générale de solutions fondées sur la notion de contrat, permettant de révéler l'information privée du mandataire et de l'inciter à augmenter son effort.

Ce modèle paraît inadapté dans le cadre de la gouvernance clinique. D'une part il est difficile d'adopter la thèse de l'opportunisme pour des professionnels qui sont soumis à une demande forte, sont spontanément adhérents à l'idée de qualité, focalisent leur attention sur chaque patient, pris un à un, tout épisode étant susceptible de conforter ou de remettre en cause leur réputation<sup>1</sup>.

Le problème réside plutôt dans l'expression « leur attention, sur chaque patient, pris un à un ». De ce fait, l'acte essentiel des médecins consiste à définir des trajectoires de patients (les gammes de production), et ce, indépendamment de celles définies par ailleurs. Or, ces trajectoires, si elles obéissent à une standardisation croissante, restent malgré tout contextuelles (c'est justement là que réside l'essentiel de l'acte professionnel), multiples et incertaines (elles peuvent changer selon l'évolution du patient). En outre, chacune d'entre elles requiert l'intervention successive de plusieurs acteurs, qu'il s'agisse des professionnels des soins (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, laborantins, manipulateurs, etc.) ou des acteurs de la logistique (brancardiers, agents d'accueil, secrétaires, etc.). Dans ces conditions, le niveau de performance atteint, que ce soit en termes de qualité, mais aussi en termes de coûts et de conditions de travail, dépend de la façon dont sont coordonnées ces trajectoires. Or, à l'observation, elles le sont peu. Des procédures de gestion certes existent, mais organisent surtout le travail dans les unités prises une à une ; la coordination, entre ces diverses unités, en nombre croissant avec la spécialisation elle-même croissante de l'hôpital, est laissée à une culture intensive de l'ajustement mutuel et à des « *bargainings* » incessants (« ce malade, tu me le prends ? »). En d'autres termes, si l'on poursuit l'analogie avec un processus de production, on n'a ni service Méthodes (qui définirait les gammes), ni service Ordonancement (qui traduirait les gammes par des parcours entre les unités de production). On ne gère pas ou peu la « singularité à grande échelle », pour reprendre l'expression heureuse de E Minvielle [2].

Il convient d'ajouter à cette description que ni la charge de travail<sup>2</sup>, ni les résultats du processus ne sont facile-

<sup>1</sup> Pour une analyse déjà ancienne mais toujours très convaincante des logiques de comportement des médecins, on pourra se référer aux travaux de E. Freidson [1].

<sup>2</sup> Cf. les efforts immenses déployés sur la mesure de la charge en travail infirmier (SIIPS, PRN, etc.) mais aux résultats finalement assez faibles.

ment évaluable<sup>3</sup>. Il s'en suit une difficulté structurelle, qui s'est pendant longtemps superposée à une conjonction de facteurs socio-politiques (une croissance permettant le relâchement de la contrainte, le caractère « sacré » de l'organisation hôpital, etc.) pour aboutir à ce que l'on a pu appeler un « empêchement de gérer » [3].

Ce qui signifie par ailleurs :

- a) que l'autre concept de la théorie de l'agence, à savoir l'asymétrie d'information, est également peu adapté ; par rapport à ces problèmes aigus de coordination, le médecin ou le cadre de santé n'ont guère plus de maîtrise, dans l'état actuel, que l'administration. Il vaudrait mieux parler de symétrie de non information.
- b) que l'absence de maîtrise de la coordination et de références en matière de charge de travail va poser des problèmes aussi bien en matière de qualité que d'efficacité ou encore de conditions de travail.

### III - DES PROBLÈMES RÉCURRENTS D'EFFICACITÉ

Les analyses fines effectuées au niveau des services de soins, médico-techniques ou logistiques montrent bien la nature des dysfonctionnements pouvant se constater au niveau du système de production ainsi que l'ampleur des enjeux associés.

A ce titre, il est fort utile de consulter les travaux de la Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH). Cet organisme, créé en 2003, a développé des opérations d'appui conseil sur des secteurs particuliers de l'hôpital, à chaque fois sur un panel restreint d'établissements volontaires, publics ou privés. Il est détenteur à présent d'un capital impressionnant constitué par environ 1000 interventions sur le système de gestion de plus de 450 établissements. Que ce soit dans le secteur de la radiothérapie, où l'absence de planification des événements précédant les séances (consultation, centrage, dosimétrie, etc.) peut entraîner des délais excessifs entre opération chirurgicale et irradiations, ou encore dans celui de l'imagerie, où les processus de prise de rendez-vous sont susceptibles de conduire à la fois à des annulations nombreuses d'actes, à des délais excessifs, et à de la sous-productivité, ou encore à propos du processus administratif qui va du premier contact avec le malade jusqu'à sa sortie (non anticipation des dates de sortie, absence de procédure de pré-admission, etc. conduisant à des sous-occupations de services), les « cas » que l'on peut tirer de ce capital sont multiples. Ce qui est intéressant par ailleurs, c'est que sur bon nombre de ces mêmes cas, les consultants mobilisés par la MeaH ont montré que les établissements pouvaient progresser simultanément en qualité et en efficacité, alors que les discours convenus en la matière mettent en

avant la fatale dégradation d'un de ces deux objectifs quand on cherche à améliorer l'autre. Par des réformes organisationnelles souvent modestes (cf. ci-dessous), beaucoup ont pris cette voie.

Ce que ces opérations montrent enfin, c'est que les dysfonctionnements constatés proviennent bien de problèmes d'ajustement entre une multitude d'acteurs, problèmes qui ne sont ni facilement perceptibles lorsque l'on agit dans le cadre étroit d'un service ou d'une unité, ni facilement rectifiables. S'opposent au changement non seulement les limites cognitives d'une démarche qui se veut rationnelle, mais également l'état des relations sociales, notamment lorsque l'on touche à l'organisation du travail.

### IV - LES LIMITES DES RÉFORMES

L'analyse ci-dessus pointe également sur les limites des réformes actuelles, qu'il s'agisse de la tarification à l'activité (T2A), de la certification, ou encore de la nouvelle gouvernance. Ce qui ne remet pas en cause leur utilité, mais souligne le fait qu'elles ont du mal à atteindre le « cœur d'activité », c'est-à-dire les processus peu formalisés que mettent en œuvre quotidiennement, ou plutôt patient après patient, les professionnels de soins ; en d'autres termes il conviendrait de les compléter. La tarification à l'activité par exemple fournit une incitation économique indispensable, et d'ailleurs, il semble bien que les acteurs des établissements la ressentent comme telle : un cadrage économique auquel on ne peut plus échapper, et qui désigne un problème de survie auquel les établissements – en tout cas les publics – n'étaient guère accoutumés. Mais les déclinaisons locales de la T2A, c'est-à-dire ses traductions dans un certain nombre d'outils (comme ceux permettant de comparer les dépenses d'un pôle ou d'un service avec les coûts de référence qui permettent de construire les tarifs), si elles permettent d'avancer sur le problème de référence et donc d'ajustement de la charge de travail, sont construites à partir d'une maille trop grosse pour guider les établissements dans la résolution du problème majeur de coordination évoqué ci-dessus.

Ce sont de nouvelles pratiques qui sont donc souhaitables, en quelque sorte « clinico-organisationnelles ». Je ne dis pas qu'elles n'existent pas du tout à l'heure actuelle, mais que les expériences en la matière sont diffuses, peu connues des uns et des autres, et que leur déroulement s'est heurté à de telles difficultés de toute sorte (lourdeur du recueil d'informations requis, confrontation de logiques, dont la logique syndicale, difficultés de formalisation, limitation des ressources, etc.),

<sup>3</sup> Malgré les progrès récents ; voir le projet COMPAQ.

que l'on est bien obligé de réfléchir à leurs potentialités réelles d'extension. Evidemment, cette problématique n'est pas exactement la même dans le secteur privé et dans le secteur public, mais ne disparaît pas pour autant dans le premier ; les groupes de cliniques les plus importants s'occupent d'ailleurs activement de la promotion de formules organisationnelles qui leur semblent efficaces.

## V - QUELLES ÉVOLUTIONS ?

Le diagnostic précédent étant posé, peut-on prévoir des évolutions pour le système hospitalier qui aillent dans le sens d'une amélioration de ses performances ?

Henri Mintzberg et Sholom Glouberman, ont, dans un article très stimulant [4], revisité à la fois le cadre général que le premier avait proposé sur les modes de coordination dans les organisations et son point de vue sur l'hôpital en tant qu'organisation [5]. Estimant dans un premier temps que quatre mondes cohabitent à l'hôpital sans réelle communication entre eux (*cure*, le monde des médecins, *care*, le monde des infirmières, *control*, le monde des managers, *community*, le monde extérieur), ils concluent que les réformes qui ne visent pas à créer des modalités d'intégration de ces quatre mondes, ont peu de chances d'aboutir à quoi que ce soit. Ils voient alors des progrès dans le renforcement de deux modes de coordination : l'ajustement mutuel et le partage de normes. Ils préconisent pour aller dans ce sens des formes de coopération (le *web-model*) interdisciplinaire et inter-métiers autour des patients.

Le diagnostic est extrêmement pertinent, mais je ne suis pas certain qu'il ne faille pas compléter, là aussi, la polysologie. Les deux mécanismes de coordination préconisés sont déjà largement utilisés dans le monde hospitalier. Les formes de coopération inter-métiers se développent, sans doute pas encore assez, relevant le défi de la complexité que l'on peut appeler originelle : celle, croissante, des savoirs médicaux. Quant à l'ajustement mutuel, il constitue, comme on l'a signalé plus haut, la modalité essentielle de coordination entre les différentes unités de l'hôpital, mais en quelque sorte par défaut, c'est-à-dire par la démission d'une visée structurante devant la complexité du problème posé. Mais à quel coût ? Avec quels compromis implicites sur la qualité ? Également au prix de quelles dégradations dans les conditions de travail (épuisement, tâches inutiles, conflits de toutes sortes, etc.) ? En d'autres termes, Mintzberg et Glouberman mettent l'accent sur la nécessaire coopération entre professionnels, mais sur chaque cas, là encore, pris un à un. Ils ne s'attaquent pas vraiment à la complexité du système de production en cause, et de ses processus multiples, dé-coordonnés (bien qu'ils

évoquent explicitement cette absence de coordination dès le début de leur contribution).

## VI - UN SCHEMA GÉNÉRAL D'INTERVENTION

Il me semble en conséquence que les établissements de soins ne peuvent échapper à des formes nouvelles de rationalisation, s'attaquant cette fois-ci en priorité, contrairement aux réformes actuelles, aux activités elles-mêmes, donc au niveau opérationnel. Plus précisément, en m'aidant d'un certain nombre d'observations récentes, dont celles de la MeaH [6], je distinguerai trois niveaux.

### 1. Au niveau des opérations et des professionnels

Si par commodité je reprends la trilogie contenu-contexte-*process*, utilisée par des spécialistes du changement organisationnel [7], il me semble qu'un certain nombre d'ingrédients caractérisent les évolutions ayant quelques chances d'aboutir (et ayant concrètement abouti) :

**a) Sur le contenu**, tout d'abord, c'est l'objet-même sur lequel porte l'action qui se trouve déplacé : il s'agit moins du service, de l'unité, évalué(e) à partir d'un certain nombre de critères de performance, que de la trajectoire du patient. Les raisonnements doivent alors s'appuyer à la fois sur les notions de processus et de flux, pour prendre en charge le problème général de coordination sur lequel nous insistons ici.

Une autre caractéristique de ces actions est leur pragmatisme, terme pris non pas dans son acception vague de bon sens, mais dans celui d'une véritable philosophie d'intervention, qui lie étroitement action, savoirs, apprentissage, et qui postulent que seules comptent les idées qui, se confrontant aux faits, apportent des progrès objectifs. On ne part donc pas de slogans vagues du type « amélioration du dialogue de gestion » ou encore « décloisonnement des mentalités », mais on met en œuvre des transformations mobilisant des « observables » (circuits, formulaires, effectifs, staffs, etc.), et elles-mêmes évaluables par des conséquences mesurables (délais, absentéisme, dosimétrie, etc.). Un corollaire de cette démarche est le caractère expérimental des actions engagées : dans un tel système, il n'est en effet jamais certain qu'une évolution apportera les gains attendus, ou que ces derniers ne seront pas amoindris par une dégradation sur d'autres variables de la performance. Le point essentiel à ce niveau est constitué par le système d'évaluation.

Enfin, ces actions ne craignent pas l'incrémentalisme, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas nécessairement de grande ampleur, mais constituent des évolutions pu-

descentes « qui marchent » plutôt que des ruptures globales qui se perdent dans les méandres, compte tenu de la multiplicité des acteurs à enrôler et à coordonner, des efforts à accomplir à tous les niveaux, etc. Ce qui est en jeu, c'est essentiellement la fonction d'apprentissage qu'elles offrent, ainsi que leur exemplarité. A ce titre d'ailleurs, ces expérimentations ne vont pas obligatoirement dans le sens d'une structuration plus forte de l'activité. Elles peuvent montrer que sur certains processus ou certains secteurs, il convient de conserver de la souplesse et continuer à adopter un fonctionnement largement tributaire de relations informelles. Cette alternative entre flexibilité et planification est en effet essentielle pour les organisations de soins, mais aucun modèle général ou même local ne permet de trancher entre les deux termes, et seule l'accumulation de tests en vraie grandeur permettrait d'y voir plus clair.

**b) Sur le contexte**, il va sans dire que, d'après tout ce qui précède, les actions abouties sont celles qui sont fortement ancrées dans des situations dont elles prennent en charge les caractéristiques singulières. Mais d'un autre côté, on ne peut passer sous silence que les quelques 3000 établissements de santé publics ou privés, au-delà de leurs diversités de fonctionnement, sont composés d'un ensemble identique de « briques élémentaires » : des services cliniques, des services d'imagerie, de biologie, des services de brancardage, des services hôteliers, etc. comportant les mêmes métiers et ayant des missions identiques. Pour autant, ce ne sont pas des organisations clonées et aucun service d'imagerie, lorsque l'on analyse son fonctionnement concret, ne ressemble à un autre. Mais cette multitude de différences de détail vient d'une histoire qui s'est déployée sans confrontation, ou très peu, avec les services analogues des autres établissements, donc sans références, ni au niveau des mécanismes de fonctionnement, ni au niveau de la relation entre ressources et activité. Sans parler d'importation clef en mains (encore davantage inopportune ici qu'ailleurs), la démultiplication des actions réussies passe également par un apprentissage qui va au-delà des murs des établissements, avec en conséquence l'organisation d'une accessibilité à une base de connaissances faites d'expériences et de situations concrètes.

**c) Deux points caractérisent les processus de changement observés** : d'une part, ils sont nécessairement coopératifs, ce sont les professionnels eux-mêmes qui, le plus souvent avec l'aide de consultants (pour le moment), participent au diagnostic, choisissent les évolutions qu'ils vont tester et les mettent en œuvre. Sachant que ces processus coopératifs, compte tenu de la nature des problèmes, traversent les frontières des services et des métiers. C'est un point central dans l'approche qui est développée ici, et évidemment relativement contraire à la pratique des injonctions et des

modèles qui « descendent » du sommet, qu'il s'agisse des ERP ou du *reengineering*.

D'autre part, il faut un minimum de structuration à de telles opérations, sans laquelle elles se perdent dans les sables, se heurtent à des problèmes que l'on aurait pu anticiper, ne mobilisent pas les bons acteurs, etc. C'est-à-dire qu'elles doivent introduire un concept qui n'a actuellement que peu d'existence au sein du monde hospitalier : la gestion de projet. Il ne s'agit pas d'appliquer des outils d'ordonnancement sophistiqués, ou encore des tableaux de bord imposants, mais de munir les actions de principes élémentaires, du type : désignation de responsables de projet, jalonnement des tâches, modes de coordination indicateurs simples de suivi, etc.

## 2. Au niveau du management des établissements

Ces actions ne sont susceptibles de réussir que s'il y a du côté des managers de l'établissement, une acceptation assumée et explicite de la rupture de savoir, donc de maîtrise de l'activité qui forme le point de départ de l'argumentation développée ici. Donc, si l'on reprend les modèles de coordinations proposées par H Mintzberg, est attestée par là même l'impossibilité d'une supervision directe (que cet auteur récuse également), c'est-à-dire d'une prescription venant des directions sur les voies à suivre et les modalités d'action. Cela dit, la représentation de l'organisation comme hiérarchie unique, illégitime ici comme dans beaucoup d'autres cas, a la peau dure, non seulement dans le grand public, mais également chez certains concepteurs des réformes actuelles. Saluons néanmoins celle de la nouvelle gouvernance, qui, d'une certaine façon concrétise cette nécessaire délégation d'actions sur les processus de soins à ceux qui y sont directement impliqués. Sans qu'elle ait apporté des bouleversements considérables, on peut noter qu'ici ou là, elle a favorisé et permis des évolutions telles que celles que l'on vient de décrire.

Ainsi, le rôle des directions se situe plutôt du côté de l'accompagnement, de l'inscription dans l'agenda (qui permet de signaler l'importance de l'action), des formes diverses de reconnaissance des acteurs, du repérage et de l'encouragement des acteurs, également de l'affectation de ressources additionnelles marginales. Rôle modeste certes, mais pas forcément négligeable par rapport aux actions visées ici, qui sont relativement nouvelles, et qui n'influent en rien sur les prérogatives habituelles du niveau managérial.

## 3. Aux niveaux régional et national

S'il y a rupture de savoir et d'action entre une direction d'hôpital et les professionnels, le gouffre ne peut que s'agrandir lorsque l'on passe à l'agence régionale de santé (ARH) ou pire aux administrations centrales. Pour

les évolutions considérées ici, prises une à une, il ne peut y avoir à ces niveaux, là aussi, qu'un rôle d'encouragement et de suivi (ce qui n'est déjà pas si évident pour des structures de petite taille comme les ARH). En revanche, une fonction très importante pourrait être dévolue à ces institutions, qui est celle de capitalisation : concrètement l'organisation du recueil des expériences menées sur la région ou sur le territoire national, ainsi que leurs résultats, la mise en place d'une base de données sur les bonnes pratiques organisationnelles que l'on peut en tirer, et les modalités d'accessibilité à cet ensemble d'informations. Ainsi pourrait être mise en pratique la potentialité de comparaison soulignée plus haut à propos du contexte des actions de progrès, et dont les établissements ne profitent que peu.

## VII - LES LIMITES DU SCHÉMA : L'ACTEUR MANQUANT

Ce scénario idyllique est-il suffisant ? Plus précisément ne vise-t-il pas un régime permanent de la gouvernance clinique, où la prise en compte de l'organisation par les professionnels eux-mêmes serait devenue une routine de fonctionnement ? En fait, on est assez loin d'une situation stabilisée où une multitude d'actions du type que celles que j'ai décrites ci-dessus se déploierait sous l'impulsion décidée de professionnels enthousiastes. On a plutôt affaire à des opérations disséminées sur l'ensemble du tissu hospitalier, portées souvent par des individus, la plupart du temps médecins, à qui l'on peut attribuer le qualificatif « d'entrepreneurs », dont les motivations et les enjeux seraient du reste intéressants à analyser. Ces opérations par ailleurs mobilisent la plupart du temps des consultants, et une bonne partie d'entre elles sont soutenues par la MeaH. Cette dernière, malgré l'impressionnant bilan dont elle peut se prévaloir, ne peut répondre à tout et généraliser l'intervention des consultants serait très coûteux.

Se pose donc le problème de l'enclenchement, du passage d'un nombre réduit de changements organisationnels à une généralisation à l'ensemble des processus de production hospitaliers, problème qui n'est en rien évident, compte tenu de la nature du diagnostic.

Les modalités générales par lesquelles on peut changer une organisation, et notamment conduire des acteurs à faire ce qu'ils ne sont pas du tout habitués à faire (car c'est bien là la question essentielle) ne sont en effet pas très nombreuses : on peut changer les structures, les règles, les dispositifs, mais tout cela paraît bien inadapté compte tenu de la difficulté à standardiser les processus en cause. On peut penser à de nouveaux incitatifs, mais on a évoqué plus haut les difficultés à traduire au niveau de l'organisation des processus de base le cadrage éco-

nomique de la T2A ; il en serait de même pour des incitatifs à la qualité.

Reste la création d'acteur, ou encore de nouvelles compétences. Rappelons qu'une création de ce type, fort connue du secteur hospitalier, celle des Directeurs de l'information médicale (DIM), est considérée par beaucoup comme un coup de génie du processus de légitimation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Or, l'acteur qui aurait pour mission l'organisation au sens où elle est prise ici, me paraît singulièrement manquant à l'hôpital. Certaines fonctions ont bien le O dans leur sigle (DSIO, Directeur des systèmes d'information et de l'organisation, IOH, Ingénieurs en organisation hospitalière) mais leurs tenants semblent s'occuper davantage de système d'information que d'organisation (toujours au sens où on l'entend ici ; les systèmes d'information constituent une composante essentielle de l'organisation des processus de soins, mais cette dernière ne s'y réduit pas). Faut-il créer une fonction et si oui par qui doit-elle être occupée ? Un « médecin-organisateur » ? Si l'implication du corps médical est indispensable, il semble difficile d'envisager de refaire « le coup du DIM » ; le système de référence des médecins est très éloigné des problèmes d'organisation. Même si certains s'y impliquent avec succès, d'autres abandonnent très vite devant des obstacles dont la résolution apparaît très éloignée de leurs savoir-faire ; la plupart acceptent la mission de pilote, mais sans entrer donc dans les détails des processus en cause, l'activité de soins leur semblant incompatible avec une telle charge. Or, c'est justement ce qui est indispensable (décorticage des processus, mesure des performances aux différentes étapes, calibration des flux, repérage des dysfonctionnements, conception de solutions, mise sur pied d'une structure projet, etc.) et qui n'est jamais fait à l'heure actuelle, mises à part les exceptions décrites ci-dessus. Des « cadres de santé organisateurs » ? C'est sans doute une configuration plus crédible, dans la mesure où leur activité quotidienne est relativement voisine de la fonction que l'on veut promouvoir ici (relativement seulement, car si les cadres de santé s'occupent beaucoup de plannings, de remplacements, et de multiples petites tâches d'intendance, ils sont très peu confrontés aux réorganisations de processus transverses). Mais se posent des problèmes de formation (pour les médecins aussi d'ailleurs), également de légitimité par rapport aux médecins (changer les processus se fait rarement sans perturber l'emploi du temps des acteurs), mais aussi par rapport aux autres paramédicaux. Et les administratifs ? Ils devraient disposer eux aussi d'une forte légitimité, qu'ils n'ont pas toujours face aux médecins, et là aussi le cursus des écoles de formation devrait profondément évoluer. Faut-il alors imaginer des ingénieurs prenant véritablement en charge ces problèmes, avec une logique industrielle ? Il n'est pas certain que la « greffe » prenne.

On peut aussi statuer que l'essentiel est de construire la fonction, et de ne pas l'associer systématiquement à une profession ou un métier précis, ce à quoi conduisent mécaniquement les réflexes habituels. Ne faut-il pas favoriser plutôt une « figure » d'acteur, l'entrepreneur organisationnel, qui a le goût de l'analyse, de la mise en coordination des personnes et des dispositifs, de la reconstruction de parcours de soins cohérents et performants ? Et cela qu'il s'agisse de médecins, ou de paramédicaux, ou d'ingénieurs, ou d'administratifs. Cette conclusion rejoint d'ailleurs celle de Mintzberg et Glouberman, qui, pour un acteur dont la mission est voisine, mais porte davantage sur l'animation autour des cas des patients (cf. ci-dessus), estiment également que la création-même de la fonction et sa « visibilité » importent davantage que les statuts ou les métiers qui y sont associés.

Evidemment, on peut faire le reproche à cette idée d'ajouter encore une ressource à des organisations très contraintes actuellement à ce niveau, reproche légitime, et c'est une des raisons pour lesquelles je ne l'avance que très prudemment. D'un autre côté est-ce absurde d'imaginer des organisateurs dans un secteur d'activité qui pèse plus de 60 milliards d'euros ?

## RÉFÉRENCES

1. Freidson E. *La profession médicale*. Paris : Payot ; 1984.
2. Minvielle E. *Gérer la singularité à grande échelle. Comment maîtriser les trajectoires de patients à l'hôpital ?* Paris : Ecole Polytechnique, thèse de doctorat ; 1996.
3. Engel F, Kletz F, Moisdon JC, Tonneau D. *La démarche gestionnaire à l'hôpital – Le PMSI, tome II : la régulation du système hospitalier*. Paris : Editions Seli Arslan ; 2000..
4. Glouberman S, Mintzberg H. *Managing the care of health and the cure of disease, Part I: Differentiation*. *Health Care Manage Rev*;2001:56-86.
5. Mintzberg H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'Organisation ; 1982.
6. *Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers et Centre de gestion scientifique de l'Ecole des mines de Paris. Organisation hospitalière, approche et expériences*. Paris : Editions Berger Levrault ; 2008.
7. Pettigrew AM. *The awakening giant: continuity and change in imperial chemical industry*. Oxford (GB) : Basil Blackwell; 1985.