

# LA GESTION PAR PROCESSUS À L'HÔPITAL ENTRE PROCÉDURE ET CRÉATION DE VALEUR

**Christophe Pascal**

**Lavoisier** | *Revue française de gestion*

**2003/5 - no 146**  
**pages 191 à 204**

**ISSN 0338-4551**

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-page-191.htm>

Pour citer cet article :

Pascal Christophe, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, 2003/5 no 146, p. 191-204. DOI : 10.3166/rfg.146.191-204

Distribution électronique Cairn.info pour Lavoisier.

© Lavoisier. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# La gestion par **processus** à l'hôpital entre **procédure** et création de **valeur**

**En quoi la mise en œuvre de la gestion par processus à l'hôpital nécessite de prendre en compte les spécificités des modes de production de soins autour d'un rapport à la norme revisité et d'une démarche de réflexion autour de la valeur des prises en charge? Dans quelle mesure le management par les processus ne reconstitue-t-il pas le processus de création de valeur autour de l'organisation des soins, et non plus autour de leur seul contenu. Cet article en présente une première synthèse.**

**V**oilà maintenant près de dix ans que la gestion par les processus est présentée comme une innovation organisationnelle prometteuse (Tarondeau *et al.*, 1994) voire révolutionnaire (Hammer et Champy, 1993) pour permettre aux entreprises de bâtir des organisations plus transversales adaptées aux nouvelles contraintes de production imposées par leurs environnements. Originellement cantonnée aux domaines de la qualité et de la gestion des flux, cette démarche s'est étendue au processus de réponses aux besoins du marché (Tarondeau et Wright, 1995), et vise à analyser et restructurer les processus en privilégiant la création de valeurs aux yeux des clients comme finalité organisationnelle.

Si la mode managériale n'est sans doute pas étrangère à la notoriété de cette méthode (Tarondeau et Wright, 1995), force est néanmoins de constater qu'elle a donné, et donne encore, lieu à de nombreuses expériences et travaux tant dans le secteur de l'industrie que dans celui

des services, pour s'étendre progressivement au management du secteur public (Demeestère et Lorino, 2003). Dans ce mouvement de contagion généralisée, il est intéressant de constater que le secteur de l'hospitalisation semble largement ignorer cette innovation organisationnelle, alors que, paradoxalement, l'intensification de la concurrence, les contraintes d'amélioration de la qualité, l'émergence des droits du patient, le développement d'un consumérisme de plus en plus structuré, le tout sur fond d'échec de la planification sanitaire et de mise en place de la tarification à l'activité, sont autant d'éléments qui devraient inciter les établissements à s'interroger sur la nécessaire adaptation de leurs modes de production de soins aux nouvelles exigences de prise en charge. Transversale par nature, mobilisant des acteurs de compétences et de lignes hiérarchiques différentes autour d'un objet unique, le patient, cette dernière constitue en effet l'archétype d'un processus dans lequel les problèmes de coordination latérale sont omniprésents, qu'il s'agisse de la coordination entre services et à l'intérieur des services, mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession. Pourtant, les récits de mise en place de démarches de gestion par les processus dans les revues professionnelles et académiques de langue française sont rares, et, lorsqu'ils existent, se concentrent exclusivement sur les processus de support (prévention des infections nosocomiales, gestion des risques, restauration, etc.) sans jamais entrer dans le cœur du processus de prise en charge, c'est-à-dire dans les processus de soins directs aux patients. Notre hypothèse centrale est que le faible attrait des démarches par processus à l'hô-

pital tient à l'insuffisance de traduction et d'adaptation de la méthode aux caractéristiques très spécifiques du champ de la santé. Dans ce contexte, nous nous proposons de montrer en quoi la mise en œuvre de la gestion par processus à l'hôpital nécessite de prendre en compte les spécificités des modes de production de soins autour d'un rapport à la norme revisité et d'une démarche de réflexion autour de la valeur des prises en charge.

## I. – LES ENJEUX DE LA FORMALISATION DES PRISES EN CHARGE

### 1. Les spécificités des processus hospitaliers

Même si elle paraît relativement aisée en théorie, la transposition de l'approche « processus » au champ hospitalier se heurte néanmoins aux spécificités du processus de prise en charge hospitalier, qui en font un objet particulièrement complexe du fait de la conjonction de deux éléments : variété des modes et des modalités de prises en charge et variabilité de chaque type de prise en charge (Minvielle, 1996). Cette double caractéristique de variété et de variabilité de la prise en charge trouve sa traduction dans le concept de *trajectoire* (Strauss, 1997) : chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire *propre* qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter d'en maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle. Si chaque trajectoire est étroitement déterminée par les

caractéristiques physiques, biologiques et psychiques du patient et la façon dont il va se soumettre au traitement, elle est également fortement conditionnée par la *disponibilité* et l'*affection* des ressources humaines et matérielles qui permettent de réaliser la prise en charge. À défaut de pouvoir affecter à chaque patient une équipe de soin qui lui serait entièrement et exclusivement dédiée, l'hôpital fonctionne par souci d'efficacité et d'efficacité selon un système de *ressources partagées*: une même équipe soignante, un même équipement participent à la prise en charge concourante de plusieurs patients. Le fonctionnement du système hôpital prend la forme d'un jeu à somme nulle dans lequel toute allocation de ressources à l'un se fait nécessairement aux dépens de l'autre. Une concurrence effective ou potentielle s'instaure ainsi entre les patients sur les ressources rares que sont les soignants et en particulier les médecins. La disponibilité des ressources à un instant *t* bouleverse l'ordre des facteurs de la prise en charge, au risque d'en modifier la direction voire le résultat.

Ces spécificités de la trajectoire des patients hospitalisés posent ainsi un double défi au gestionnaire désireux de dégager des leviers d'action pour tenter de maîtriser le système :

- un défi de *compréhension*, qui vise à cerner puis à décrire par approximations successives l'ensemble des facteurs non médicaux qui exercent une influence sur le déroulement de la trajectoire ;
- un défi de *rationalisation*, reposant à la fois sur la formalisation et la stabilisation des processus de prise en charge et sur l'affectation optimale des ressources nécessaires à ces processus pour un niveau de résultats donné.

## 2. La nécessité de la normalisation

Les processus de production de soins, 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, confinent à des processus artistiques, c'est-à-dire des processus dont le résultat n'est pas répétitif et qui n'utilisent aucune méthodologie fixe.

### *La reproductibilité*

La capacité de *reproduire* pour une pathologie donnée les comportements et les pratiques qui ont conduit à la guérison ou à l'amélioration – la capacité à réduire la dispersion pour employer un vocabulaire industriel – est un facteur central de la qualité du processus de soins. La recherche de la reproductibilité trouve également dans les aspirations des professionnels de santé et des patients en faveur d'une médecine plus scientifique, fondée sur la preuve (*evidence based medicine*), une légitimité renforcée.

L'enjeu majeur de la rationalisation consiste par conséquent à passer à des processus à méthodologie fixe, c'est-à-dire de garantir une normalisation du processus et par là-même des résultats qu'il est censé obtenir.

### *La procéduralisation*

Une telle stabilisation implique de mettre fin au règne de l'oralité qui caractérise le fonctionnement hospitalier pour élaborer des procédures et des protocoles permettant de *standardiser* les processus de prise en charge, c'est-à-dire de fixer leur déroulement au moyen d'une méthodologie précise. Cette normalisation permet de déterminer et de stabiliser les conditions

optimales de production tant en termes de coûts que de critères de performance (délai, qualité). L'introduction de procédures garantit ainsi un *contrôle par les moyens*, seul mode possible et acceptable de contrôle pour tous les processus dont le produit est difficilement définissable comme les processus de soins.

## II. – LES OBSTACLES À LA DÉMARCHE PROCESSUS

Simple dans sa formulation, cet objectif se heurte néanmoins dans le champ hospitalier à de nombreuses difficultés, qui tiennent à la fois aux connotations et à l'ambiguïté des termes processus, protocoles et procédures qu'aux limites intrinsèques de la démarche.

### 1. La connotation médicale du processus

La mise en œuvre d'une telle démarche de normalisation de l'organisation et de la production de soins se heurte néanmoins à de multiples obstacles, au premier rang desquels se trouvent des obstacles sémantiques, qui révèlent en creux l'existence de conceptions différentes de la production de soins et en particulier la tendance du corps médical à exclure du champ de l'analyse les données organisationnelles. Comme l'a montré Bourdieu (Bourdieu, 1982), un mot n'est jamais enfermé dans une traduction unique et universelle, et les significations attachées sont le fruit d'*habitus* linguistiques propres à des groupes sociaux. Ainsi, le terme processus est défini dans la littérature médicale et notamment dans la littérature relative à l'assurance qualité médicale comme « un ensemble d'activités qui se déroulent à l'intérieur et entre les praticiens et les patients » (Donabedian, 1980).

Cette définition très médicale du processus, qui semble dominer tout le monde des soins, est à l'origine d'un malentendu majeur quant aux objectifs et au champ de l'analyse des processus. En effet, elle conduit à occulter totalement tous les processus où n'interviennent pas les médecins, mais aussi, au sein des processus de soins, les activités non médicales. Il en résulte une représentation tronquée du fonctionnement de l'organisation, qui postule implicitement que les activités non-médicales suivent nécessairement les décisions et les activités médicales et s'y adaptent. Cette conception mécaniste et hiérarchique du fonctionnement des processus hospitaliers, qui se fonde sur le monde d'action du professionnalisme médical, ne paraît pas adaptée à la complexité du fonctionnement de l'hôpital et à l'objectif de décloisonnement assigné au processus en tant que représentation transversale du fonctionnement de l'organisation.

### 2. La confusion protocole/procédure

Ce primat de la vision médicale aux dépens des conceptions organisationnelles trouve son illustration dans la confusion permanente opérée par les acteurs de terrain entre les procédures et les protocoles. Dans le milieu de la santé, le protocole désigne ainsi les techniques à appliquer et/ou les consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin (Magnon et Dechanoz, 1995). Le mot « soins » s'entend ici dans un sens très large, puisque des protocoles s'appliquent aussi au diagnostic, au traitement, et à la surveillance des malades.

Le problème est que le caractère essentiellement soignant ou médical des protocoles, qui se cantonnent la plupart du temps dans la description des décisions et des gestes

médicaux ou soignants à réaliser, occulte totalement l'aspect organisationnel : la disponibilité du plateau technique, du matériel, ou encore des autres professionnels (radiologues, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.) est implicitement posée comme acquise et de ce fait rarement évoquée. Les modes opératoires à respecter pour programmer voire effectuer un examen constituent l'angle mort du protocole, qui postule que toutes les conditions matérielles nécessaires au déroulement efficace d'une activité ou d'une partie de processus au moment où l'on décide de mettre en œuvre les protocoles sont réunies et que les activités de support vont se réaliser et se coordonner sans problème.

Comme la procédure, le protocole recouvre une dimension normative. À l'image d'un algorithme, il contient « une liste fine d'instructions devant être suivies dans un ordre donné. En suivant pas à pas la liste d'instructions, on doit aboutir au résultat après un nombre fini d'étapes, résultat que l'on sera capable de reproduire pour une infinité de cas particuliers qui seront tous traités de la même manière. » (Lassègue, 1994). Le protocole, comme la procédure, garantit une solution soit avec une probabilité (l'application de telle procédure réduit les risques de x %), soit de façon déterministe (la mise en œuvre du protocole conduit systématiquement à tel résultat). Comme la procédure également, le protocole a nécessairement un caractère explicite et codifié, ce qui en garantit la transférabilité au sein des équipes, entre services, entre professionnels, ou encore entre établissements. Néanmoins, même si les deux notions s'inscrivent dans une philosophie commune, à savoir la réduction de la dispersion des comportements, procédure et protocole

ne jouissent pas du même statut aux yeux des soignants. La première est perçue comme la résultante d'une vision administrative du fonctionnement hospitalier, le plus souvent imposée depuis le sommet de la hiérarchie, tandis que le second est davantage vécu comme le fruit d'une réflexion propre au monde soignant dans lequel les possibilités d'intervention du monde administratif sont réduites du fait de la forte asymétrie d'informations. Ceci explique sans doute que les démarches d'analyse et de reconfiguration des processus de prise en charge se heurtent le plus souvent à l'incompréhension voire à la réticence des médecins et des soignants qui considèrent avoir déjà accompli leur part du travail en rédigeant des protocoles.

### **3. L'obsolescence des savoirs et la légitimité des procédures**

Au-delà de ces ambiguïtés sémantiques, la vitesse d'évolution et la variabilité des connaissances médicales sont peu propices à la procéduralisation. Contrairement à des domaines comme la mécanique qui reposent sur des savoirs constitués et relativement stabilisés, la médecine repose sur des savoirs proportionnellement beaucoup plus évolutifs, qui rendent les procédures rapidement obsolètes et imposent des procédures de remises à jour fréquentes. Or, bien souvent, les manuels de procédures, une fois rédigés, ne sont jamais réactualisés compte tenu de leur lourdeur et faute de temps suffisant.

Quand bien même les procédures feraient l'objet d'une maintenance régulière, leur fluctuation poserait un double problème d'appropriation et de légitimité. Appropriation d'abord, car certaines procédures complexes nécessitent un temps relativement

long d'apprentissage comme par exemple certaines procédures de soins infirmiers pour des pathologies très spécifiques telles les laryngectomies ou l'insuffisance respiratoire. Légitimité ensuite, car la procédure érigée en norme de fonctionnement puise une partie de sa légitimité dans son degré de permanence (Rémy, 1997), et risque d'être fragilisée par des fluctuations incessantes qui ne laissent pas le temps d'une appropriation collective.

#### **4. De la procédure à son exécution : les limites de l'écrit**

Même en admettant qu'il soit possible, au prix de modélisations complexes qui restent cependant à inventer, de spécifier l'ensemble ou la majeure partie des activités susceptibles d'être réalisées au cours d'une prise en charge, et que les acteurs acceptent de s'y soumettre, la rédaction de procédures ne garantit pas leur bonne exécution. Les procédures ne sont qu'une représentation souhaitée de l'action, des schémas de comportements qui requièrent une certaine interprétation dont la nature et l'intensité dépendent de la façon dont la règle est spécifiée. Les procédures, mêmes les plus pointues, demeurent d'une certaine façon une réponse abstraite et générale à un problème en ce qu'elles ne tiennent pas compte des données du contexte dans lequel le problème se pose concrètement aux acteurs. L'application d'une procédure suppose de compléter ce qui n'est pas spécifié par la règle par les données de la situation qui s'offrent à eux au moment de la décision et de l'action. L'application d'une procédure impose pour l'opérateur de surmonter un double gouffre (Norman, 1993) : d'une part, l'opérateur doit être capable d'évaluer la situation à laquelle il est confronté pour

déterminer si une procédure lui est applicable et éventuellement il doit alors choisir parmi les différentes procédures possibles (*gouffre de l'évaluation*) ; d'autre part, une fois la procédure choisie, reste à savoir exécuter les actions appropriées, ce qui implique à la fois de comprendre les instructions et d'être capable de les mettre en œuvre (*gouffre de l'exécution*).

L'interprétation des procédures se heurte ainsi à des problèmes d'interprétations qui peuvent devenir majeurs lorsque la distance culturelle et psychique entre les rédacteurs de celle-ci et ses récepteurs est trop grande (Grosjean et Lacoste, 1998). Ce cas de figure se présente notamment lorsqu'il s'agit de faire appliquer par du personnel « profane » des consignes motivées par des considérations médicales qu'ils ne sont pas en mesure de comprendre simplement. Partant de ce constat, Strauss montre ainsi comment les aides-soignant(e)s développent leur propre vision de l'intérêt du malade et s'opposent en son nom à certaines décisions médicales ou actes de soins, interférant du même coup avec certaines procédures opératoires standards.

La mise en œuvre des procédures implique de ce fait un important travail de traduction de la part de l'encadrement afin d'harmoniser le niveau de compréhension et d'acceptation de la règle. Cette mise en œuvre est d'autant plus complexe que la relation malade-soignants est entachée d'affects (Cosnier, 1993) qui altèrent la perception de l'environnement et/ou l'exécution programmée et incitent les intervenants à modifier leur plan d'action initial. La multitude des compétences mobilisées à l'hôpital (plus de 100 métiers différents) et les taux de *turn over* élevés du personnel infirmier rendent également ce travail de traduction

extrêmement difficile et consommateur de temps.

Cependant les limites de l'écrit et les dérives potentielles auxquelles pourraient conduire une procéduralisation excessive ne doivent pas être considérées comme un obstacle insurmontable à la normalisation. Bien au contraire, elles ouvrent la voie à un nouveau rapport à la norme dans le cadre du processus, qui laisse une plus large place à la discussion et à la coproduction.

### III. – UN NOUVEAU RAPPORT À LA NORME ?

#### 1. Les limites de la rationalité substantielle

La conception du pilotage induite par la gestion par les processus se caractérise par une remise en cause du paradigme de la rationalité substantielle. La conception substantive de la norme trouve ainsi ses limites dans la spécificité – l'unicité diraient même les médecins – de chaque cas individuel, qui génère une *trajectoire propre*, combinatoire complexe d'activités et de relations qui ne peut être complètement programmée et planifiée *a priori* du fait de la rationalité limitée des acteurs. Il n'est pas possible de spécifier à l'avance les décisions et actions optimales correspondants à chaque cas de figure. Puisque chaque situation ne peut trouver son interprétation pleine et entière dans le cadre d'un modèle unique, les acteurs doivent se livrer à une élaboration constructive et intersubjective des orientations de l'action. La norme perd de ce fait toute prétention à l'universalité; elle ne peut être pensée hors du contexte d'application et donc imposée de façon exogène. Faute de pouvoir définir le contenu des bonnes décisions et des bonnes actions, la

gestion par processus à l'hôpital ne consiste donc pas à normaliser complètement la prise en charge par le biais de procédures tatillonnes et inflexibles prescrivant chaque tâche et son contenu, mais plutôt à développer des procédures tenant compte des limitations inévitables des informations disponibles et des capacités cognitives des individus permettant d'orienter les représentations et par conséquent les comportements vers la création de valeur.

#### 2. Les spécificités de la procéduralisation à l'hôpital

Dans cette optique, la rationalisation du processus que fustigent souvent les médecins qui y voient une tentative de réduction de leur liberté se distingue de la conception traditionnelle sur deux points.

##### *Une réflexion collective*

La rédaction d'une procédure apparaît comme la concrétisation d'une réflexion *collective* sur la meilleure façon – c'est-à-dire la plus efficace et la plus efficiente – de réaliser un processus de prise en charge ou une étape de ce processus: elle s'impose à tous comme le produit d'un consensus entre professionnels prudents et avisés. Dès lors, l'idiosyncrasie de la pratique médicale au sein du processus est préservée, puisque la « norme » est *endogène* et n'est pas imposée depuis l'extérieur par des individus étrangers à la pratique locale. Cette conception de la régulation des pratiques par les participants va à l'encontre des conceptions tayloriennes qui sont pourtant souvent présentées par les détracteurs de la gestion par les processus (en particulier les médecins) comme sous-tendant la démarche. Les procédures rédigées lors de l'analyse des processus sont issues des acteurs au tra-



vail eux-mêmes, ce qui introduit une différence fondamentale avec la démarche précédente. La démarche de construction collective de la règle définit *un espace de négociation* et de *réflexion collective* qui mobilise les professionnels autour de la définition d'objectifs communs et de réponses à ces objectifs seuls aptes à créer une dynamique d'amélioration au sein de l'hôpital. Dans l'univers professionnalisé de l'hôpital dans lequel les médecins mettent en œuvre des connaissances et des technologies scientifiques, le débat sur les pratiques entre le gestionnaire et les médecins tourne rapidement à l'avantage de ces derniers, tant il leur est facile de s'abriter derrière une caution scientifique, qu'elle soit liée à une autorité de position (quel directeur d'établissement oserait contredire les choix médicaux d'un professeur de médecine ?) ou à une bénédiction émanant de leurs pairs. Le gestionnaire est évidemment amené à s'incliner et ne peut modifier les pratiques de manière unilatérale. L'amélioration suppose la coopération et le volontariat des acteurs, sans lesquels toute tentative de changement risque fort de se limiter à des déclarations d'intention ou à l'imposition de procédures et de règles qui ne seront pas complètement appliquées.

### *Une formalisation combinatoire*

La deuxième différence majeure entre la conception taylorienne et l'approche « processus » réside dans l'ampleur de la formalisation. S'il est impossible de standardiser complètement une prise en charge, il est en revanche envisageable de formaliser et de stabiliser un certain nombre d'étapes au sein de celle-ci correspondant à des processus majeurs critiques en termes de qualité, de sécurité et/ou de consommation de res-

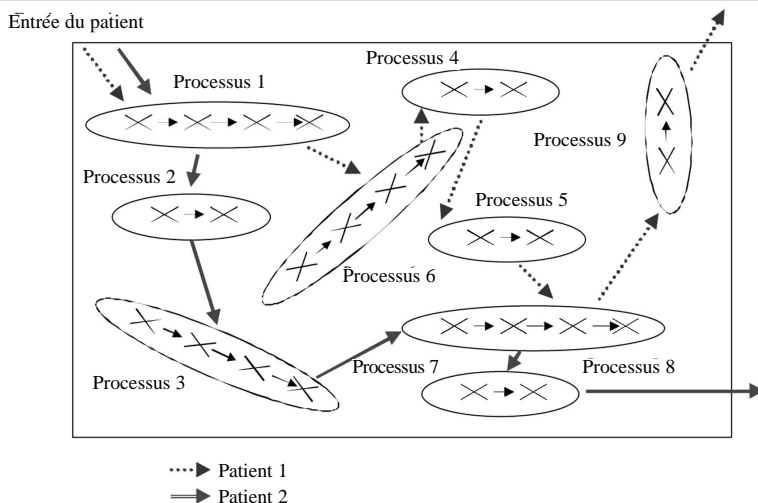
sources. Dans ce contexte, les procédures visent à introduire quelques îlots d'ordre dans l'océan du désordre des prises en charge, en stabilisant quelques points-clés, quelques passages obligés de toute prise en charge, quelles que soient les pathologies traitées, pour contenir les processus de production de soins dans une bande passante, c'est-à-dire dans des limites acceptables en termes de performance. Chaque prise en charge se dessine alors comme une *combinatoire d'étapes* correspondant à des processus, des sous-processus ou des activités, bien décrits et formalisés, dans laquelle chaque médecin peut décider de l'ordre des facteurs en fonction des caractéristiques propres à chaque malade et de l'évolution pour partie imprévisible de la maladie (figure 1).

Cette conception est à l'opposé de celle de l'organisation scientifique du travail, qui prétend à l'universalité et veut normaliser tous les travaux, même les plus simples.

### *La boucle prescrit-pratique*

Contrairement aux idées reçues, la démarche par processus à l'hôpital n'est pas synonyme d'une absence totale de formalisation, mais modifie plutôt la nature et le lieu de cette formalisation. La règle n'est plus l'émanation de la hiérarchie, mais repose sur la réflexion commune des participants à une même situation de travail : elle devient une formalisation centralisée de procédures et de gestes définis de façon inductive par les opérateurs, c'est-à-dire de façon décentralisée. L'intérêt accordé au recensement et à la diffusion des bonnes pratiques au sein d'un établissement voire entre établissements marque très nettement la rupture conceptuelle ainsi opérée : la

**Figure 1**  
**LA PRISE EN CHARGE D'UNE PATHOLOGIE**  
**COMME COMBINATOIRE DE PROCESSUS**



règle n'est plus la formalisation d'une représentation idéale du « bon travail » pensée en dehors des pratiques et expériences réelles des opérateurs, mais bien la centralisation formalisée à des fins de diffusion de pratiques réellement observées et discutées. Se dessine en quelque sorte une spirale renvoyant le prescrit au pratiqué et le pratiqué au prescrit (Maroy, 1997).

De plus, la formalisation porte désormais davantage sur des procédures à suivre dans des situations données que sur le contenu du travail lui-même. La gestion par processus génère conjointement une accentuation de l'autonomie, de l'ajustement mutuel local et le développement d'une formalisation centrée sur les procédures qui trace les limites d'expression de cette autonomie.

## IV. – LA VALEUR DES PRISES EN CHARGE OU LE RETOUR DU SENS

### 1. Autonomie et vision partagée

Néanmoins, même si la gestion par processus conduit à accorder une large place à l'autonomie des acteurs, cette autonomie doit rester contenue dans les limites des orientations stratégiques et de la mission définies par l'établissement (Maroy, 1997). Au risque de créer, à l'instar des cercles qualité, une profonde désillusion des acteurs de la chaîne de production de soins (Mispelblom Beyer, 1999), l'autonomie supplémentaire accordée aux individus dans le cadre des démarches par processus ne doit pas se confondre avec une opération de démocratisation de l'entreprise, dans laquelle employés et direction décideraient

ensemble des orientations stratégiques ou managériales.

Se pose ainsi la question du sens donné aux opérations d'analyse et de reconfiguration des processus à l'hôpital. La question est d'autant plus prégnante que les démarches d'accréditation à l'hôpital mettent l'accent sur la conformité à des référentiels externes dont la validité est présentée comme inquestionnable, au risque de dériver vers le « processisme » (Harrington, 1991), autrement dit le culte de l'outil pour l'outil. Puisque la valeur produite par le processus de prise en charge sera interprétée *in fine* de façon unique par un client donné (Lorino, 1996), il revient à l'établissement de définir une vision unique de la valeur désirée, qui constituera la boussole des actions individuelles et collectives.

S'interroger sur la valeur d'une prise en charge revient à s'interroger sur le lien entre les besoins implicites ou explicites, conscients ou inconscients de l'être humain et la satisfaction apportée par ladite prise en charge (De Radkowski, 1987). Longtemps réduite à une opposition entre la vision en termes de santé publique et d'efficience des tutelles et la vision en termes d'efficacité des médecins, la question devient aujourd'hui plus aiguë sous l'effet de l'irruption du patient en tant qu'acteur à part entière du système.

## 2. La valeur entre efficacité et efficience

Comme dans les autres services publics, l'État, en tant que porte-parole de la volonté générale, se substitue au citoyen et joue un rôle central dans la détermination de la valeur attendue des prises en charge (Lorino, 1999) : le régulateur du système sanitaire détermine les besoins attendus en termes de santé publique, et planifie ensuite les activités et les moyens nécessaires pour

y répondre dans un souci d'efficience. Cette vision de la valeur est déclinée et adaptée au niveau régional par l'intermédiaire des cartes sanitaires et des schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS) qui fixent des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Elle est ensuite soumise à l'interprétation locale de chaque établissement au travers du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dans ce cadre-ci, les besoins énoncés par le régulateur se trouvent confrontés aux représentations et à l'interprétation des acteurs de la prise en charge, et en particulier à la vision médicale de la valeur, centrée sur la recherche de l'efficacité et la réduction des risques cliniques (Minvielle, 1995). D'une certaine façon, les orientations arrêtées dans le projet médical et plus largement dans le projet d'établissement résultent d'un compromis entre ces deux conceptions de la valeur, l'une centrée sur la recherche de l'efficience, l'autre sur l'efficacité clinique.

## 3. Le patient, angle mort de la valeur

Néanmoins, à la manière du paradigme de contrôle traditionnel qui éliminait le client en posant ses comportements comme complètement modélisables, la tentation est grande pour le corps médical comme pour les tutelles d'évacuer le patient et son regard et de lui substituer leurs visions d'experts censés mieux connaître que le patient lui-même ses besoins et ses attentes. L'absence de consultation systématique des usagers, qui, avant la réforme d'avril 1996, n'étaient même pas associés au conseil d'administration des hôpitaux, dans les processus de planification sanitaires, dont l'objet premier est pourtant de faire correspondre les équipements aux besoins de la population, est à cet

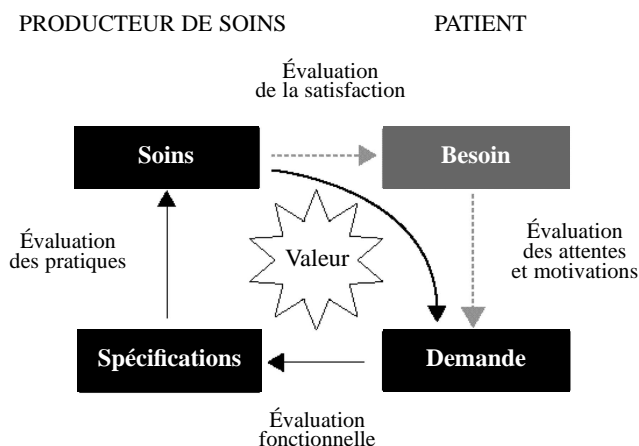
égard particulièrement révélatrice de ce comportement. À l'administration le rôle de définir les besoins du citoyen, aux médecins celui de définir les besoins du patient. Le malade constitue le tiers absent (Claverranne, 1996) du jeu de la négociation entre médecins et administration, entre financeurs et prestataires de services, tiers paradoxalement omniprésent en ce qu'il sert d'alibi commode aux manœuvres et arguments des uns et des autres.

L'ensemble de la démarche de soins repose sur une vision idéalisée et hypothétique de la demande élaborée par le corps médical et/ou l'administration et le plus souvent déconnectée des besoins et attentes effectives des patients (voir figure 2). Confortés dans leur démarche par des évaluations fonctionnelles qui viennent questionner l'adéquation des spécifications de la prise en charge à des demandes sans questionner la réalité de ces demandes, les acteurs, forts

de leurs certitudes, n'ont plus qu'à questionner la mise en œuvre pratique des réponses envisagées au moyen des évaluations de pratiques.

Le développement des enquêtes de satisfaction, s'il fait éclater au grand jour le hiatus entre les besoins effectifs des patients et les réponses apportées par le système de santé, ne met pas fin pour autant à ce système tautologique. Habités à penser *pour* le patient, les acteurs répondent au décalage en accroissant et en raffinant la complexité de leurs réponses, sans remettre en cause la pertinence même de ces réponses vis-à-vis des besoins effectifs du patient. Ce phénomène trouve une illustration dans l'aménagement de plus en plus luxueux des salles d'attente des hôpitaux présentée comme une réponse aux plaintes des malades lassés des attentes interminables, alors que le souhait des malades est de ne plus attendre.

**Figure 2**  
DES BESOINS DU PATIENT À LA CONCEPTION DU SERVICE DE SOINS



## CONCLUSION

Les spécificités de la production hospitalière ne constituent pas un obstacle dirimant à la mise en œuvre de la gestion des processus à l'hôpital. Bien au contraire, l'irruption du patient en tant qu'acteur à part entière du système de santé sous l'effet conjoint de l'intensification de la concurrence qui multiplie les opportunités de choix et de comparaison, de la montée du consumérisme, et des réformes juridiques d'avril 1996 et de mars 2002 qui consacrent les droits des patients, rend plus que jamais nécessaire l'adaptation des modes d'organisation autour d'une réflexion sur la valeur des prestations proposées par les établissements de santé. Le succès des démarches processus à l'hôpital repose sur la capacité à donner du sens à ces démarches au travers d'une vision unique qui passe par une (re)définition de la valeur des prises en charge intégrant non seulement la vision médicale et la vision tutélaire, mais surtout la vision des patients. Ceci suppose une action non seulement en aval de la prise en charge mais aussi en amont par l'intermédiaire d'évaluations poussées et rigoureuses des besoins du patient.

Si cette préoccupation rejoint celles des autres organisations du secteur non-concurrentiel (Lorino, 1999), l'hôpital s'en distingue cependant dans les conséquences pratiques. Alors que les services publics cherchent à bâtir des organisations plus

flexibles et plus transversales pour mieux répondre aux aspirations des citoyens à des prestations plus différenciées et personnalisées, l'enjeu pour l'hôpital consiste à stabiliser les modes de prises en charge tout en préservant la part d'adaptation et d'innovation requise par chaque trajectoire individuelle. Seule une démarche participative d'analyse des processus par des groupes pluridisciplinaires peut faire émerger de nouvelles façons de faire-ensemble acceptables et métabolisables par les acteurs au travers d'un double mouvement de déconstruction/reconstruction de leurs pratiques individuelles et collectives. Le processus décrit et formalisé constitue un cadre intégrateur des différentes représentations individuelles des acteurs de la prise en charge, une communauté d'apprentissage permettant de (re)construire, d'explicitier et de formaliser, à partir de la confrontation des différentes interprétations locales, une théorie d'action commune.

Néanmoins, aussi séduisant soit-il, l'enjeu de la transversalité porté par la gestion par les processus passera par la nécessaire refonte des structures d'autorité. La maîtrise effective des modes de prise en charge 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 et des luttes de territoires.

## BIBLIOGRAPHIE

- J.P. Claveranne, « Santé : l'effet pervers », *Actes du Colloque pluridisciplinaire des équipes du GS Santé*, Lyon, 22 mars 1996, p. 17-28.
- B. Conein, « La notion de routine : problème de définition », *Sociologie du Travail*, n° 4, 1998.
- J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste, *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins*, Presses Universitaires de Lyon, 1993.
- R. Demeestère, P. Lorino, « Processus et performance dans le secteur public », *L'Expansion Management Review*, juin 2003.
- J. De Munck, M. Verhoeven, *Les mutations du rapport à la norme : un changement dans la modernité*, De Boeck université, Bruxelles, 1997.
- A. Donabedian, *Explorations in Quality Assesment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assesment*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, n° 1, 1980.
- G. H. de Radkowski, *Métamorphoses de la valeur*, Presses Universitaires de Grenoble, 1987.
- M. Grosjean, M. Lacoste, « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du « tout écrit » », *Sociologie du Travail*, n° 4, 1998.
- M. Hammer, J. Champy, *Le Reengineering, Réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances*, Dunod, Paris, 1993.
- H.J. Harrington, *Business process improvement, the breakthrough strategy for total quality, productivity and competitiveness*, Mc Graw Hill Inc., New York, 1991.
- J. Lassègue, *L'intelligence artificielle et la question du continu*, Thèse de doctorat en philosophie, université Paris X-Nanterre, 1994.
- P. Lorino, « Le déploiement de la valeur par les processus », *Revue française de gestion*, n° 104, juin-août 1995.
- P. Lorino, *Comptes et récits de la performance*, Éditions d'Organisation, 1996 (2<sup>e</sup> édition).
- P. Lorino, « A la recherche de la valeur perdue : construire les processus créateurs de valeur dans le secteur public », *Politiques et Management Public*, vol. 17, n° 2, juin 1999.
- R. Magnon, G. Dechanoz (sous la direction de), *Dictionnaire des soins infirmiers*, éditions AMIEC, 1995.
- C. Maroy, « Rapport à la norme et transformation des modes d'organisation de la production et du travail dans l'entreprise », De Munck J., Verhoeven M. (op. cit), 1997.
- E. Minvielle, « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue française de gestion*, n° 109, juin-août 1996.
- F. Mispelblom Beyer, *Au-delà de la qualité : Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Syros, Paris, 1999 (2<sup>e</sup> édition).
- D.A. Norman, « Les artefacts cognitifs », *Raisons Pratiques*, n° 4, 1993, EHESS, Paris.
- C. Pascal, *Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, université Jean Moulin Lyon 3, 2000.

P.-L. Rémy, « L'accréditation, quel apport pour la santé des Français ? », *L'accréditation en France : quel concept pour quelle réalité ?*, le point de vue des concepteurs, le regard des acteurs, Actes du colloque GS Santé, IUP Management des services de santé, université Jean Moulin Lyon 3, FEHAP Rhône-Alpes, 28 novembre 1997.

A.L. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suczek, C. Wiener, *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers, New Brunswick (USA) et London (UK), 1997 (réédition).

J.-C. Tarondeau, A. Jolibert et J.-M. Choffray, « Le management à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle », *Revue française de gestion*, n° 100, 1994.

J.-C. Tarondeau, R.W. Wright, « La transversalité dans les organisations ou le contrôle par les processus », *Revue française de gestion*, n° 104, juin-juillet-août 1995.