



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **2008**

**La recherche de la performance par
l'optimisation des processus.**

**L'exemple du centre hospitalier
intercommunal de la Côte basque**

Matthieu LEDERMANN

Remerciements

Les lignes qui suivent sont le fruit d'une réflexion conduite au cours de mes deux stages hospitaliers au Centre hospitalier intercommunal de la Côte basque de février à mai 2007 et d'avril à novembre 2008. Mes remerciements s'adressent d'une part à ceux qui ont garanti un bon déroulement à ces stages, et permis à ma réflexion de mûrir, et, d'autre part, à ceux qui ont directement contribué à la rédaction de ce travail.

D'une part, l'idée du thème de ce mémoire résulte de ce qui m'a été permis de voir des orientations stratégiques de l'établissement, et du sens que veut lui imprimer son Directeur, Angel PIQUEMAL. C'est donc naturellement que je le remercie en premier lieu, pour la confiance qu'il m'a témoignée, et les initiatives qu'il m'a laissé prendre. Ma reconnaissance va également à Thierry BURET, qui, grâce à son accompagnement assidu, s'est toujours montré disponible, n'hésitant pas à déborder le strict cadre de sa fonction de maître de stage, et qui a rendu mes stages particulièrement enrichissants, dans une atmosphère de travail à la fois productive et conviviale. Par ailleurs, je remercie l'ensemble de l'équipe de direction du CHICB, le personnel du bureau des affaires médicales, et, bien sûr, le secrétariat de la direction pour son soutien.

D'autre part, parce qu'il a bien voulu accepter d'encadrer mes travaux je tiens à témoigner ma gratitude à Alain COULOMB, pour son accessibilité, ses apports structurants au présent mémoire, et l'élégance de son encadrement. Ensuite, je veux ici remercier Albert LAUTMAN pour tous ses précieux conseils, Jonathan LOTZ pour son expertise de la culture de la performance dans l'industrie, Camille BROUARD pour son soutien logistique, Anne GUERVENO et Daniel LESPADE pour leur aide méthodologique et leur expérience. Enfin, je tiens à souligner l'investissement et l'intérêt qu'ont pu porter les équipes du Service d'accueil des urgences à mes travaux, notamment par leur soutien, et le relais effectué auprès du personnel : Nicolas BONNEMAISON, chef de pôle, Catherine MATHIO, cadre de pôle, Mirentxu AUFFRET et Christine SOLANO, cadres de santé. Bien sûr, sans la participation de l'ensemble du personnel des urgences, les données nourrissant les études menées n'auraient pas été collectées, privant le mémoire de son caractère professionnel.

Pour finir, je remercie l'EHESP pour l'opportunité qu'elle m'a donné d'assister au congrès de l'EHMA 2008 à Athènes, lors duquel j'ai pu enrichir ma réflexion des expériences anglo-saxonnes et européennes sur, notamment, la recherche de la performance par l'approche processus, ou la conduite du changement.

Sommaire

Introduction	1
Recherche de la performance et réformes : un paradoxe insoluble ?	2
La réforme, moteur de la recherche de performance ?	3
1 Si la qualité s'est imposée dans le paysage hospitalier comme un levier incontournable de l'amélioration de la performance, ses limites conduisent à explorer une nouvelle approche : le management par les processus.....	5
1.1 L'analyse des composantes de la performance et de leurs liens avec la qualité permet d'établir l'importance, mais aussi les limites de la qualité dans la recherche de la performance.	5
1.1.1 Les composantes de la performance.....	5
A) L'efficacité productive.....	6
B) L'efficacité allocative	7
C) L'efficacité économique.....	8
D) L'efficacité médicale.....	8
E) L'équité.....	9
1.1.2 Influence de la politique qualité actuelle sur les composantes de la performance	10
A) Influence positive de la qualité sur l'efficacité productive : démontrée	10
B) Influence positive de la qualité sur l'efficacité allocative : non démontrée	11
C) Influence positive de la qualité sur l'efficacité médicale : démontrée.....	13
D) Influence positive de la qualité sur l'équité : démontrée	14
1.1.3 Les limites de la politique qualité	15
A) Limite essentielle : le dévoiement de la finalité	16
B) Limite conjoncturelle : l'essoufflement de la motivation des équipes.....	17
C) L'alimentation mutuelle des limites essentielle et conjoncturelle conduit à une impasse qu'un renouveau institutionnel est seul à pouvoir dépasser.....	18
1.2 Renouveler les vecteurs d'amélioration de la performance	19
1.2.1 Le processus, concept recouvrant de multiples réalités, au secours de la performance de l'organisation publique de santé.....	19
A) Le processus, une notion polymorphe	19
a) Le processus, définition organique	19
b) Le processus dans la norme ISO	20
c) Le processus aujourd'hui	20
B) Une typologie des processus	21
C) De la recherche de performance au processus	22
1.2.2 Le management par les processus, une fonction capable de régénérer la politique qualité.....	24

A)	L'approche processus appartient par nature au domaine de la qualité	24
B)	Le management par les processus, échelon tactique de la politique qualité traditionnelle, complète celle-ci dans la recherche de la performance.....	25
2	L'optimisation du processus de prise en charge des patients au Service d'Accueil des Urgences au CHICB.	27
2.1	L'optimisation du processus de prise en charge des patients au Service d'Accueil des Urgences : de la conception au plan d'action.	27
2.1.1	L'opportunité stratégique.....	27
2.1.2	Objectif : améliorer la performance du SAU	28
2.1.3	Les outils mobilisés	28
2.2	Processus de prise en charge des patients au service d'accueil des urgences.....	31
2.2.1	Améliorer l'équité et l'efficacité productive en réduisant le temps de passage au SAU	31
A)	Identifier les objectifs	31
B)	Le protocole de mesure et ses limites	32
C)	Les résultats	33
D)	Le plan d'action.....	34
a)	Le brancardage : augmenter la ressource à moindre coût	34
b)	Les actes de biologie : optimiser le flux	35
2.2.2	Efficacité médicale : concertation des spécialistes au SAU	35
2.2.3	Améliorer l'efficacité allocative : allouer la ressource médicale en fonction de l'activité	36
A)	L'analyse de l'activité.....	36
a)	Évolution d'activité des soirs et nuits tout au long de la semaine.....	36
Légende		36
Volumes présents		37
b)	Analyse de l'activité du week end tout au long de l'année	38
c)	Analyse des variations saisonnières d'activité (hors week end).....	39
⇒	L'activité du soir hors week end : 20h – minuit	40
⇒	L'activité la nuit hors week end : minuit-6h00	41
d)	Précisions sur l'organisation des gardes au SAU	41
B)	Synthèse et propositions	42
a)	Synthèse.....	42
b)	Hypothèses extrêmes de réorganisation des gardes nocturnes du SAU les jours de semaine, en dehors de la période estivale.....	43
⇒	Hypothèse basse : supprimer la deuxième ligne de garde et renforcer le soir d'une demi-astreinte opérationnelle en pré et post saison :	43
⇒	Hypothèse haute : remplacer la deuxième ligne de garde par une astreinte opérationnelle en hors saison, et par une demi-garde en pré et post saison :	44
c)	Proposition d'organisation des gardes au SAU	45
d)	Évaluation ex post des gains réalisés.....	46
3	De cette expérience, plusieurs propositions émergent afin d'optimiser la méthode et de la généraliser.....	47

3.1 De l'optimisation de la méthode...	47
3.1.1 Quelle place dans l'organigramme ?	47
3.1.2 Quel objectifs pour le manager par les processus ?	47
3.1.3 Quel financement ?	47
3.2 ...À sa généralisation.	48
Conclusion	49
Bibliographie	51
Ouvrages	51
Rapports	51
Articles et revues périodiques	52
Ressource web	52
Divers	52
Liste des annexes	I
Annexe 1 : Mesure du temps de passage aux urgences	III
Annexe 2 : Durées moyennes de passage au SAU	IV
Annexe 3 : CREA du SAU	VI
Annexe 4 : Liste des GHM à concertation renforcée	VIII
Annexe 5 : Hypothèses intermédiaires d'organisation des gardes au SAU	IX

Liste des sigles utilisés

AcBUs :	Accord de bon usage du médicament
ANAES :	Agence nationale d'analyse et d'évaluation en santé
AO :	Astreinte opérationnelle
ARH :	Agence régionale d'hospitalisation
AVC :	Accident vasculo-cérébral
AS :	Aide soignant(e)
CCECQA :	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CHICB :	Centre hospitalier intercommunal de la Côte basque
CME :	Commission médicale d'établissement
CREA :	Compte de résultat d'exploitation analytique
CRCI :	Commission régionale de conciliation et d'indemnisation
CRUQ :	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DESC :	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DMS :	Durée moyenne de séjour
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHMA :	European Health Management Association
EIG :	Événement indésirable grave
ENC :	Échelle nationale des coûts
ENEIS :	Étude nationale sur les événements indésirables liés aux soins
EPP :	Évaluation des pratiques professionnelles
ETP :	Équivalent temps-plein
FMC :	Formation médicale continue
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
GHM :	Groupe homogène de malade
HAS :	Haute autorité de santé
IAO :	Infirmière d'admission et d'orientation

IDE :	Infirmière diplômée d'État
ISO :	International organization for standardisation
OQOS :	Objectifs quantifiés d'offre de soins
PEPEC :	Poids d'évolution du poste sur l'ensemble des charges
PH :	Praticien hospitalier
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM :	Personnel non médical
RCP :	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RMO :	Références médicales opposables
SAMU :	Service d'aide médicale urgente
SAU :	Service d'accueil des urgences
SHA :	Solution hydroalcoolique
SIH :	Système d'information hospitalière
SMUR :	Service médical d'urgence et de réanimation
T2A :	Tarifcation à l'activité
TRE :	Taux de retour exploitable
UF :	Unité fonctionnelle

« *Sans solidarité, performances ni durables ni honorables.* »

François Proust,

Extrait de *Maximes à l'usage des dirigés et de leurs dirigeants*

Introduction

En 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux québécois publiait son « Guide de gestion de l'unité d'urgence »¹ et empruntait sa définition de la performance à Pierre Voyer² :

« La performance consiste à remplir la mission, en s'adaptant à son environnement et en profitant de ce qu'il a à offrir, à produire des résultats de qualité correspondant aux besoins des clients et répondant aux objectifs de l'organisation, de le faire de façon efficiente en produisant les résultats escomptés au meilleur coût, tout en respectant les conditions organisationnelles reliées à l'utilisation optimale des ressources et à la qualité du processus. »

Dans son modèle, P. Voyer parle des composantes mesurables de la performance. Elles sont au nombre de six :

- | | |
|--|---------------------|
| 1. les clients et leurs besoins ; | 4. les ressources ; |
| 2. les processus ; | 5. les impacts ; |
| 3. les résultats et les réalisations ; | 6. l'environnement. |

Plus qu'une définition, le présent mémoire s'attache à démontrer que ces quelques lignes constituent une véritable profession de foi pour tout dirigeant hospitalier cherchant à améliorer la performance de son organisation.

* *

¹ Gouvernement du Québec - Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux - disponible sur Internet : www.msss.gouv.qc.ca - Bibliothèque nationale du Québec, 2000 - ISBN 2-550-36914-9

² Voyer Pierre; Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance, Presses de l'Université du Québec, Québec, 1999. p.100.

Recherche de la performance et réformes : un paradoxe insoluble ?

L'actualité le rappelle quotidiennement, aujourd'hui, les comptes sont déficitaires, qu'ils soient publics, sociaux ou hospitaliers. L'environnement sanitaire se caractérise par la raréfaction de la ressource humaine et financière et une concurrence qui devient de plus en plus vive. Dans ce contexte, atteindre un haut degré de performance est une nécessité vitale pour l'hôpital public. Aussi doit-il répondre à l'objectif d'une amélioration de sa performance, mû par la nécessité de préserver ses activités tout en palliant la raréfaction de la ressource, et ce dans un environnement concurrentiel. Les spécificités de l'hôpital, la complexité de son environnement et la fréquence des réformes qui s'imposent à lui induisent un degré de contrainte que peu d'organisations connaissent. Pour autant, la contrainte ne doit pas exonérer le service public hospitalier de la recherche de la performance, sous peine d'en programmer la mort à moyen terme.

Si les réformes du système de santé ont pu chercher à pérenniser ses missions, la question de l'avenir de l'hôpital public est aujourd'hui posée, tant les contraintes qui l'entravent obèrent sa résilience. Souvent perçues comme facteur d'instabilité réglementaire et comme frein à un fonctionnement optimal du système, elles visent pourtant à dynamiser l'hôpital, en l'incitant à rechercher la performance. Conçues par les autorités pour rendre le système de santé performant, les réformes apparaissent, paradoxalement, comme autant de freins à son développement. D'aucuns, les plus radicaux, avancent la contradiction entre nécessaire politique de régulation et recherche dynamique de la performance, et pointent du doigt un hôpital public irréformable. D'autres, les moins exigeants, refusent d'appliquer à l'État Providence la notion de performance au prétexte que celle-ci est l'apanage exclusif des secteurs de l'économie marchande.

Les missions et les acteurs qui y concourent caractérisent le système hospitalier, au même titre que les évolutions juridiques et techniques définissent son environnement : complexe, variable, exigeant. L'adaptation de l'hôpital public aux exigences de son environnement (efficience des dépenses de santé ; qualité de la prise en charge garantie, délais d'accès aux soins...), compte tenu de ses spécificités de fonctionnement (mission de service public, gouvernance, T2A, innovations technologiques...) participe de l'idée que le système hospitalier n'est que difficilement réformable. Pourtant, les expériences menées outre Manche et outre Atlantique montrent que secteur public et performance peuvent se concilier. Mieux : qu'ils sont complémentaires.

La réforme, moteur de la recherche de performance ?

Comme le soulignent Alain Coulomb et Frédéric Bousquet dans leur commentaire 'A' du rapport *Performance, incitations et gestion publique*³ du conseil d'analyse économique :

« le concept même de performance, et la question de sa mesure, semblent encore trop souvent rester enclavés dans un débat idéologique, parfois stérile ».

En effet, plusieurs malentendus persistent, freinant la diffusion de cette culture. D'abord, la performance est encore trop souvent considérée comme l'apanage de l'économie marchande, malgré les développements qu'elle a connus ces deux dernières décennies au sein des secteurs publics britannique et Nord américain dans le cadre du « New Public Management ». Ensuite, sa mesure est abusivement confondue avec celle de la productivité, et est souvent associée à ce titre à un « prosélytisme néolibéral »⁴, ou à la manifestation d'une privatisation larvée des services publics. Enfin, à la vision caricaturale de la performance et de sa mesure se sont ajoutées des imperfections méthodologiques qui ont conduit au rejet quasi-systématique de l'approche.

Le système tente pourtant de s'adapter et de nombreux travaux proposent de répondre à l'objectif d'amélioration de la performance. Sans chercher à être exhaustif, le présent mémoire s'inscrit dans cette logique en soulignant l'importance de l'accompagnement dans la conduite du changement. À partir des travaux menés au CHICB, notamment sur le service d'accueil des urgences (SAU), il s'interroge sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la performance de l'hôpital, en partant du postulat que **la seule chose immuable à l'hôpital réside dans la permanence du changement.**

Volontairement caricatural, l'aphorisme a le mérite de poser le point de départ de la recherche de performance : si la fréquence des modifications apportées au système est perçue comme facteur d'instabilité, le parti pris ici est d'affirmer que chaque modification constitue une opportunité d'optimiser un processus. En d'autres termes, c'est d'une instabilité assumée puis valorisée, que résultera l'amélioration de la performance. En

³ Dominique Bureau et Michel Mougeot, *Performance, incitations et gestion publique*, Rapport n°66 du Conseil d'Analyse Économique, Page 72 - présenté le 18 janvier 2007 à Jean François Copé, ministre délégué au Budget et à la Réforme de l'État La Documentation française. Paris, 2007 - ISBN : 978-2-11-006636-7

d'autres termes, ne plus envisager la réforme ou le changement comme une contrainte est le préalable à son utilisation comme levier d'amélioration d'un processus du système.

Dès lors, de la conception à la mise en oeuvre des dispositifs d'analyse et de suivi, tout dans la démarche doit contribuer à l'amélioration de la performance par l'optimisation des processus évalués. Il devient possible d'« internaliser les externalités », si la contrainte que représente l'évolution réglementaire se traduit par des modifications d'organisation aptes à rendre cette dernière plus performante. La contrainte est donc transformée en moteur de la performance de l'organisation, au moyen d'outils tenant autant de l'accompagnement pédagogique, que de conclusions exégétiques, ou encore de l'analyse scientifique.

La problématique à laquelle tentera de répondre le présent mémoire est la suivante :

Quels leviers actuels et nouveaux doivent être promus, et de quelle manière doivent-ils être utilisés pour améliorer la performance à l'hôpital ?

* *

Pour parvenir à améliorer la performance des établissements de santé, l'ANAES puis la HAS, ont privilégié une approche qualité ambitieuse. Aujourd'hui, si la qualité s'est imposée dans le paysage hospitalier comme un levier incontournable de l'amélioration de la performance, ses limites conduisent à explorer une nouvelle approche : le management par les processus (1). L'application de cette approche théorique a abouti à l'optimisation concrète du processus de prise en charge des patients du service d'accueil des urgences du CHICB (2). De cette expérience, plusieurs propositions émergent, tenant autant à la généralisation de la méthode qu'à son optimisation (3).

*
* *

⁴ id.

1 Si la qualité s'est imposée dans le paysage hospitalier comme un levier incontournable de l'amélioration de la performance, ses limites conduisent à explorer une nouvelle approche : le management par les processus.

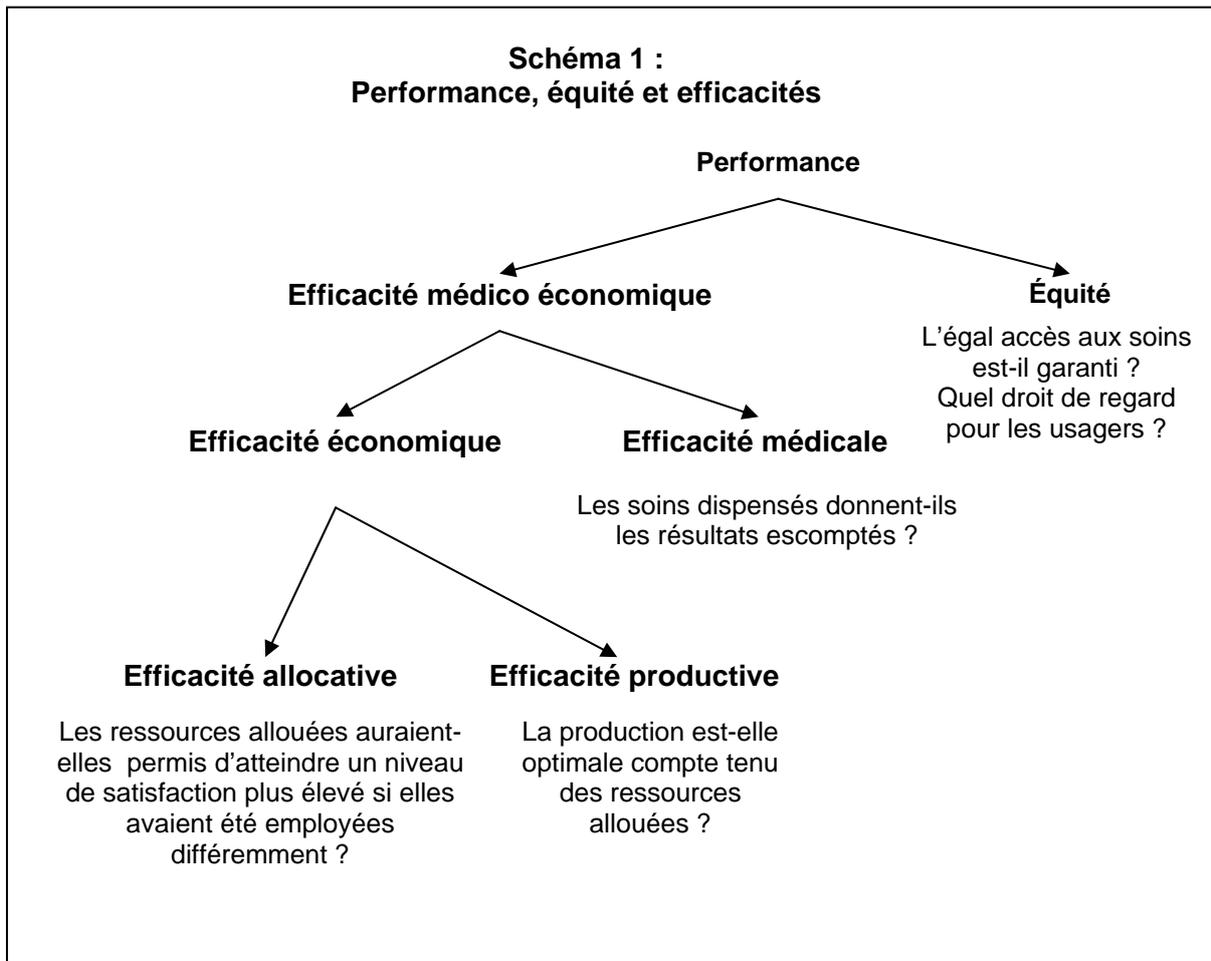
L'examen des relations entre qualité et performance (1.1) amène à renouveler les vecteurs de l'amélioration de cette dernière (1.2).

1.1 L'analyse des composantes de la performance et de leurs liens avec la qualité permet d'établir l'importance, mais aussi les limites de la qualité dans la recherche de la performance.

Avant d'examiner l'influence de la qualité sur les composantes de la performance (1.1.2) et d'identifier les limites de la politique qualité (1.1.3), il convient d'analyser les composantes de la performance (1.1.1).

1.1.1 Les composantes de la performance

Traditionnellement, l'économie de la santé appréhende la performance des systèmes de santé selon deux dimensions : leur efficacité et leur équité. La notion d'efficacité appliquée au secteur de la santé distingue en général l'efficacité médicale de l'efficacité économique, même si, dans la pratique, elles restent dépendantes l'une de l'autre. Le schéma n°1 présente une typologie des différentes efficacités entrant en jeu dans la performance. Il ne semble pas inintéressant de se livrer à quelques précisions théoriques pour chacune des composantes identifiées.



A) L'efficacité productive

L'efficacité productive constitue la traduction de ce que la science administrative appelle l'efficacité, à savoir la réalisation d'un objectif à l'aide du minimum de moyens possibles engagés. Elle se distingue de l'efficacité, qui ne mesure que l'atteinte de l'objectif sans précision des moyens utilisés. En fait, « Être efficace, c'est être efficace en faisant une bonne utilisation des ressources (humaines, informationnelles, matérielles, financières, etc.) ». C'est pourquoi la détermination du niveau d'efficacité productive passe par l'évaluation de la productivité de chaque facteur de production. Autrement dit, l'efficacité productive revient à maximiser la productivité de chaque unité de ressource allouée. La comptabilité analytique est l'outil privilégié d'évaluation de l'efficacité productive.

B) L'efficacité allocative

L'efficacité allocative représente la relation entre coûts, production et besoins du client (qu'il soit un patient, un pôle d'un établissement ou une institution), en interrogeant la pertinence de l'allocation de ressources. Elle recouvre ainsi deux dimensions : la première est celle de l'analyse coûts-bénéfices, selon la théorie de l'optimum de Pareto améliorée du critère de Kaldor Hicks⁵ qui consiste à mesurer en termes monétaires les gains et les pertes liés à un changement d'état. La seconde concerne les dispositions managériales destinées à mettre les besoins des clients au centre des préoccupations de l'activité⁶.

Éclairage : l'efficience au sens du critère de Kaldor Hicks⁷

Le critère de Kaldor Hicks a été conçu pour remédier aux insuffisances du concept d'optimalité de Pareto, séduisant en théorie, mais peu applicable en pratique du fait de la rareté des conditions nécessaires à son application.

Supposons une situation X dans lequel A gagne 100, B 100 et C 100.

Si la situation Y, résultant d'un changement de X, permet à A et B de gagner 200 mais à C ne plus gagner que 90, A et B peuvent indemniser C afin que le passage de X à Y ne lui soit pas défavorable (C gagne 100 en X et en Y).

Y est donc plus efficient que X, au sens du critère de Kaldor Hicks.

En s'arrêtant à l'analyse parétienne la situation Y n'est pas supérieure à X puisqu'en atteignant le niveau de bien-être maximal pour A et B elle entraîne une diminution de bien-être pour C.

⁵ Ce critère a été mis au point par deux économistes Kaldor et Hicks. Voir par exemple : Nicholas Kaldor, *Welfare Proposition of Economics and Interpersonal comparisons of Utility*, 1939, The Economic Journal, vol 49, pp 549-552; John Hicks, *The Foundations of Welfare Economics*, 1939, The Economic Journal, vol 49, pp 696-712

⁶ David Osborne et Ted Gaebler *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. New York, 1992 - Plume Book – ISBN : 978-0201523942.

⁷ Introduction de Thèse *Analyse économique et analyse juridique du droit*, Régis Lanneau, ATER Paris X, Centre de Théorie et d'Analyse du Droit, UMR 7074 – disponible sur Internet : {www.u-paris10.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=7937 -} , p.10

C) L'efficacité économique

Agrégation des deux efficacités précédemment décrite, l'efficacité économique est donc optimale lorsque :

1. la production est maximale compte tenu des ressources allouées,
2. le rapport coûts/bénéfices est optimal au sens du critère de Kaldor Hicks,
3. les dispositions managériales de l'organisation intègrent la satisfaction des besoins du client dans les objectifs de la mission.

D) L'efficacité médicale

Affirmer que l'efficacité médicale est optimale lorsque les soins dispensés donnent les résultats escomptés pourrait passer pour un truisme, mais apporter quelques précisions sur une telle évidence n'est peut-être pas inutile.

En effet, en premier lieu, l'efficacité médicale suppose que la dispensation de soins est conforme aux recommandations des professionnels qualifiés (sociétés savantes, HAS...).

En second lieu, l'attente formulée à l'endroit des soins s'entend au sens de l'état de la science. À ce titre, un soin n'est pas obligatoirement considéré comme inefficace s'il n'amène pas systématiquement à la guérison du patient. Par exemple, le soin dispensé dans le cadre des soins palliatifs n'a pas vocation à guérir ; il est pourtant efficace s'il produit les effets attendus, à savoir soulager les souffrances du patient.

Dès lors, la question de l'efficacité médicale est plus délicate en ce qui concerne les actes à faible probabilité de réussite. Est-ce que l'échec d'une intervention chirurgicale ou d'une chimiothérapie dont le pourcentage de réussite serait de 50% exile l'acte dans le camp de l'inefficacité médicale ? Dans la négative, est-ce à reconnaître que le dit acte est efficace ? Et s'il est considéré comme efficace, l'échec thérapeutique entre-t-il dans la catégorie des événements indésirables inévitables ?

Ces interrogations se trouvent à la confluence de la notion d'efficacité médicale et de la question éthique. À ce titre et relèvent de la compétence des comités d'éthiques relayés par un débat public dynamique elles sont à la lisière du sujet. Néanmoins, il ne fait aucun

doute que la recherche de la performance ne peut s'exonérer de ces réflexions sans prêter le flanc aux critiques qui ont freiné son émergence⁸.

E) L'équité

L'étymologie du terme révèle un emprunt au latin classique *aequitas* traduit par « esprit de justice, égalité, juste proportion ». John Rawls⁹ et Richard Musgrave sont les principaux contributeurs de la notion, dressant un éventail d'acceptions allant de l'égalitarisme (l'équité horizontale : deux personnes dans la même situation devraient avoir les mêmes droits et obligations), au principe du sacrifice marginal égal (qui garantissent que l'utilité marginale des tous les revenus devienne égale après les transferts fiscaux et sociaux).

La performance d'un établissement sera donc notamment envisagée à l'aune de son accessibilité, mais également à celle de la qualité des soins qu'il dispense. Plusieurs outils ont été introduits pour rendre professionnels et organisations plus « également efficaces » à l'échelle du territoire national. Ces outils ont été mis en place sous diverses formes : de la politique qualité, à la fermeture des établissements qui ne satisfont pas aux exigences de sécurité, comme le nombre des maternités fermées peut en témoigner.

□ Bilan d'étape 1 :

La performance assemble quatre composantes : l'efficacité productive, l'efficacité allocative, l'efficacité médicale et l'équité. Le constat appelle deux questions :

- la politique qualité influence-t-elle positivement ces composantes ?
- le cas échéant, cela se traduit-il par une amélioration de la performance ?

⁸ cf. supra, Introduction page 3

⁹ John Rawls, *A Theory of Justice*, 1971, Harvard, HUP

1.1.2 Influence de la politique qualité actuelle sur les composantes de la performance

Alors que la politique qualité constitue souvent une priorité des établissements de santé, et un moyen d'améliorer leur performance, il peut être intéressant d'examiner la question de l'influence de la qualité sur chacune des composantes de la performance, telles qu'elles sont identifiées par le schéma n°1. Ainsi, en se basant sur l'état des connaissances actuelles, certaines corrélations entre efficacité et qualité peuvent être démontrées, tandis que d'autres liens sont plus incertains.

A) Influence positive de la qualité sur l'efficacité productive : démontrée

L'augmentation de la production de soins se heurte à une limite majeure. Afin d'éviter toute velléité inflationniste qu'aurait pu introduire la T2A, le législateur a encadré l'activité médicale de certaines spécialités entre les bornes des OQOS, dont le dépassement entraîne théoriquement une sanction financière pouvant atteindre 1% des dépenses perçues de l'assurance maladie. Le développement de certaines activités est donc limité par un principe d'équité tendant à garantir la pérennité de l'offre de soins sur le territoire de santé. L'efficacité productive revient donc à maximiser la productivité de chaque unité de ressource allouée¹⁰ au sein des activités sous OQOS. Dès lors, la qualité et la comptabilité analytique peuvent se combiner pour identifier les zones d'inefficacité.

Concernant les pôles administratifs, techniques et logistiques, la démarche consiste à réduire le coût de production de telle ou telle prestation, qu'elle soit hôtelière, de blanchisserie, ou qu'elle concerne les frais de fonctionnement. La réduction du coût de production concerne autant le coût initial que le coût imputable à la reprise de ce que l'industrie appelle « le rebut » quantifiable par la mesure d'un taux de retour. Pour ce qui est de la production de soins, la nécessité de réduire ce coût est d'autant plus importante qu'il peut se traduire par la détérioration des conditions de vie du patient lorsque celui-ci est victime d'un événement indésirable.

¹⁰ cf. 1.1.1.A) pp. 5 et 6

Une étude publiée par l'ANAES en 2004¹¹ démontre que les démarches qualité permettaient d'abaisser les coûts de production, et fournit même quelques outils permettant d'analyser les gains générés par une politique qualité qui s'attacherait à diminuer les facteurs de non-qualité tels qu'ils ressortent de la typologie dressée par elle-même :

1. sous utilisation des ressources : ce qui peut se traduire par un déficit de soins, mais aussi par une utilisation inappropriée du temps de travail,
2. sur utilisation des ressources : hospitalisations indues, prescriptions inadéquates, mobilisations inappropriées de personnel,
3. défaut de réalisation de soin entraînant un événement indésirable évitable.

La lutte pour la réduction des événements indésirables fait l'objet d'une littérature conséquente, mais ne concerne qu'indirectement l'efficacité productive. En effet, l'un des objectifs de la politique qualité des établissements est de supprimer les défauts de réalisation de soins, ce qui relève de la recherche d'efficacité médicale. La diminution des coûts est donc l'une des conséquences de la diminution du nombre d'évènements indésirables. Une partie de l'efficacité productive est donc corrélée à l'influence de la qualité sur l'efficacité médicale.

B) Influence positive de la qualité sur l'efficacité allocative : non démontrée

S'il semble raisonnable de penser, à l'échelle macroscopique, qu'une corrélation existe entre le niveau de qualité d'un établissement et le niveau de ressources qui lui est alloué, les travaux de la Haute Autorité de Santé démontrent que celle-ci ne peut formellement être établie. En effet, en croisant la valeur du point ISA d'un échantillon d'établissements avec leur niveau de qualité mesuré sur la base des résultats de l'accréditation, la HAS n'a pu mettre en évidence aucun facteur explicatif des différences de qualité observées¹².

¹¹ ANAES 2004, *Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions*, La Documentation Française - Paris, 2004 - ISBN : 2-914517-38-6

¹² Dominique Bureau et Michel Mougeot, *Performance, incitations et gestion publique*, Complément A d'Alain Coulomb et Frédéric Bousquet, p.76 - Rapport n°66 du Conseil d'Analyse Economique, présenté le 18 janvier 2007 à Jean François Copé, ministre délégué au Budget et à la Réforme de l'État. La Documentation française - Paris, 2007 - ISBN : 978-2-11-006636-7

Néanmoins, si tel était le cas, la problématique de la rémunération de la qualité pose plusieurs questions, comme le soulignent Alain Coulomb et Frédéric Bousquet dans leur publication au CAE¹³. En effet, la rémunération des meilleurs ne risque-t-elle d'inciter les établissements à gonfler artificiellement leur niveau de qualité ? Sans répondre, les auteurs se prononcent pour une politique de régulation de la qualité qui soit plus incitative.

En ce qui concerne l'allocation de ressources au sein de l'établissement, la théorie développée plus haut¹⁴ voudrait que la répartition des ressources entre pôles (voire entre services et structures internes d'un même pôle) obéisse à deux règles complémentaires :

1. **l'allocation de ressources fait l'objet de dispositions managériales qui intègrent les besoins du client.** Le client est ici aussi bien le patient, (dont les données épidémiologiques nous renseignent sur les besoins), que le pôle prestataire dans le cadre des relations inter pôles (dont les besoins doivent être tracés à l'aide du SIH et du PMSI), ou d'institutions telles que l'ARH ou la HAS,
2. **au niveau de l'établissement, le rapport coûts/bénéfices est optimal au sens du critère de Kaldor Hicks,** c'est à dire que si certains pôles sont lésés par l'allocation de ressources, les autres le dédommagent temporairement par un système de péréquation, le temps pour lui de se réorganiser pour réaliser son rattrapage.

Si certains dispositifs ont pu être expérimentés au titre de la politique qualité pour mesurer et améliorer l'efficacité allocative, leur influence sur l'efficacité allocative semble être marginale. De plus, certaines mesures semblent aujourd'hui politiquement peu acceptables : peu d'établissements publics de santé peuvent affirmer qu'ils disposent d'une vision claire et exhaustive du temps de travail des personnels médicaux ou encore qu'ils maîtrisent les volumes d'activité libérale exercée en leur sein. Or ces données constituent un prérequis à la réallocation optimale des ressources.

Néanmoins à l'avenir, la tarification à l'activité (T2A) et l'acuité de la concurrence permettra probablement d'établir plus objectivement cette corrélation entre qualité et efficacité allocative. En effet, l'apparition récente des palmarès d'établissements ou de la notion d' « accountability » (ancêtre anglo-saxon de notre démocratie sanitaire),

¹³ idem

¹⁴ cf. Supra p. 6

accompagnée d'une radicalisation certaine de la concurrence se chargeront de faire varier mécaniquement la production de soins en fonction des performances des établissements, que celles-ci soient en rapport ou non avec le soin (délais d'attente aux urgences ou d'obtention d'un rendez-vous, réputation de tel service, ou de tel praticien, qualité des prestations hôtelières, etc.). Charge incombera alors au dirigeant hospitalier d'allouer les ressources en fonction de ces variations d'activité, en s'interrogeant perpétuellement sur l'optimalité de l'allocation de ressources, et sur les moyens d'attirer l'activité : « **afin de dégager de nouvelles marges de manœuvre, nécessaires à l'amélioration des prestations, comment faire pour allouer les ressources à hauteur de ce qu'elles produisent ?** ».

Examinée sous ce nouvel angle, l'efficacité allocative dépend par conséquent de la réactivité de l'organisation à mettre en concordance les ressources et le niveau de la production. La qualité reste, parfois avec succès (l'exemple des fermetures saisonnières de lits est éloquent), la réponse privilégiée. Il semble malgré tout que de nouvelles approches doivent aujourd'hui être explorées pour parvenir à développer cette composante de la performance, encore trop embryonnaire.

C) Influence positive de la qualité sur l'efficacité médicale : démontrée

C'est certainement cette composante de la performance qui a été identifiée et investie le plus tôt par les personnels médicaux et para médicaux, puisqu'elle constitue l'essence même de la médecine. Ainsi, l'histoire de la médecine décrit un mouvement de progrès quasi continu depuis la création de la bibliothèque médicale d'Assurbanipal en Mésopotamie au VII^e siècle avant Jésus Christ.

Malgré cela, des déficits de qualité de soin demeurent dans les systèmes de santé modernes. Aux Etats-Unis par exemple, les travaux de Mc Glynn¹⁵ ont pu établir en 2003, sur la base d'une analyse de 7000 patients atteints de pathologies aiguës et chroniques et grâce à la mobilisation de 439 indicateurs, que seulement 55% des patients ont reçu des soins conformes à l'état de la science. En France, le CCECQA et la DREES ont collaboré dans le cadre de l'Étude Nationale sur le Évènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS)

¹⁵ Elizabeth A McGlynn et al. « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States » in *The New England Journal of Medicine*, 26 juin 2003 - Volume 348:2635-2645 - June 26, 2003 - Number 26

et ont démontré que 3 à 5 % des hospitalisations (entre 175 000 et 200 000 séjours) étaient liées à un EIG dont près de la moitié serait évitable puisque imputables à des produits de santé. Ces analyses ne manqueront pas de choquer le lecteur, et *a fortiori* le professionnel de santé.

Le constat est clair, mais qu'en est-il de la corrélation entre qualité et efficacité médicale ? Un détour par la psychologie du travail s'impose ici.

Comme « l'effet Hawthorne »¹⁶ d'Elton Mayo l'affirmait dans d'autres secteurs et en d'autres temps, la mise en œuvre de l'évaluation, en ce qu'elle donne l'occasion de mieux formaliser les processus de soins, constitue souvent une prise de conscience des dysfonctionnements, et un premier pas vers leur correction. Si la mesure de la qualité permet la prise de conscience du niveau de qualité de soins offert par un établissement, elle constitue également un levier de la motivation individuelle et de l'émulation collective des soignants. À ce titre, elle fonde la légitimité de la mise en place de mécanismes correctifs, et jette les bases des actions d'amélioration.

D) Influence positive de la qualité sur l'équité : démontrée

La politique qualité dans le système de santé français se fonde en partie sur le principe d'équité.

D'une part car l'équité vise à garantir une efficacité égale, quel que soit le professionnel ou l'établissement de prise en charge. Ainsi, les outils issus de la qualité tels que normes, références médicales opposables (RMO), recommandations, formation médicale continue (FMC), accord de bon usage du médicament (AcBUs), certification des établissements, accréditation des médecins et évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'appliquent à tous, et contribuent à l'homogénéité de la prise en charge sur le territoire national.

D'autre part, suivant une logique de démocratie sanitaire, la participation croissante des usagers à la vie institutionnelle de l'établissement (conseil d'administration, commission

¹⁶ Entre 1924 et 1927 Elton Mayo, professeur à la Harvard Business School démontrait, à la suite d'une série d'études sur la productivité au travail des employés de la Western Electric Company, que la productivité du travail n'était pas la conséquence des seules conditions matérielles de travail, mais qu'une part de celle-ci résultait de l'attention portée aux travaux des équipes.

des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), groupes de synthèse d'autoévaluation dans le cadre de la certification V2007) leur permet d'investir le champ de la qualité des prestations qui leur sont fournies. De même, les actions introduites au contentieux dans un premier temps, puis en pré contentieux depuis la création des Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI), ont incité les établissements et les praticiens à « responsabiliser leurs pratiques ». L'avènement de la notion d'*accountability*, traduit par « imputabilité » au Québec et par « responsabilité » en France, constitue l'un des moyens de cette responsabilisation des pratiques médicales et du rapport à l'utilisateur, dans la mesure où désormais, le praticien doit rendre compte de ce qu'il fait, et de comment il le fait.

À ce titre, elle illustre une partie des liens unissant équité et qualité puisque l'utilisateur s'estimant défavorisé du fait des soins prodigués par un établissement ou par un praticien intentera une action juridictionnelle ou en pré contentieux afin d'en être indemnisé. Il appartient à la politique qualité d'identifier les occurrences survenant le plus fréquemment (où les plus coûteuses ou les plus graves...) afin de mettre en place les mécanismes correctifs permettant d'en éviter la réapparition, et de participer à l'homogénéisation de la prise en charge sur le territoire.

Là encore, les questions éthiques ne sont pas éloignées du sujet. En effet, la décision d'entamer une procédure contient une part de subjectivité, et dépendra de ce que l'utilisateur estime acceptable à titre personnel et de la représentation qu'il se fait de ce que son environnement social juge acceptable¹⁷.

1.1.3 Les limites de la politique qualité

La politique qualité, dans sa forme actuelle, porte en elle les limites de sa capacité à influencer positivement les composantes de la performance. Ces limites tiennent à la nature de la politique qualité, à sa conception actuelle et à sa mise en œuvre au sein des établissements publics de santé.

¹⁷ Adeline Artois et Al., *Module Interprofessionnel de santé publique : Des événements indésirables dans le système de soins*, Rennes, 2007 disponible à l'EHESP

A) Limite essentielle : le dévoiement de la finalité

Le dévoiement de la finalité est une limite essentielle à la politique qualité de deux points de vue : d'une part, elle touche à la nature même de la politique qualité, à son essence ; d'autre part elle en constitue la limite principale.

Actuellement, tous les établissements de santé sont engagés dans une procédure de certification : V2 pour certains, V3 pour d'autres, V2007 au CHICB. Deux questions ont été posées oralement à un échantillon aléatoire de cinquante cadres de santé, cadres administratifs et médecins (pour un effectif total approchant les 2 500 agents) :

1. « Dans quels buts le CHICB s'est-il engagé dans une procédure de certification ? »,
2. « Qu'est-ce que la précédente certification a changé dans votre quotidien ? ».

Dans 95% des cas, la réponse à la première question est : « parce que c'est obligatoire ». 5% seulement des réponses intègrent la finalité de la politique qualité : « réduire les dysfonctionnements, les EIG par exemple ». 55% des interrogés répondent à la seconde question : « c'est beaucoup mieux qu'avant ! », et 41% : « il y a beaucoup plus de paperasses à remplir » (ou assimilé). 4% des interrogés fournissent une réponse concrète concernant leurs processus de travail.

Le caractère obligatoire de la politique qualité en général et de la procédure de certification en particulier ne fait aucun doute. Néanmoins, la question n'était pas « pourquoi le CHICB s'est-il engagé... » mais « dans quels buts ». Ainsi, il semble que les interviewés perçoivent d'abord la contrainte que représente la certification en termes de charge de travail, avant d'en identifier la finalité. Finalité qu'ils expriment si le sondeur pousse l'entretien, et pose des questions plus orientées du type : « certes, mais en termes de qualité de la prise en charge ? ». Là encore, et le constat concerne également les réponses à la seconde question, il demeure difficile pour les interviewés de formuler concrètement les améliorations qui résultent de la certification, dans leur quotidien. En réalité, comme l'appel de ses vœux Yvon Mougin dans son introduction à *La cartographie des processus - Maîtriser les interfaces*¹⁸, il est primordial de « perdre l'habitude [...] de

¹⁸ Yvon Mougin in *La cartographie des processus - Maîtriser les interfaces*, p.13, 2^e édition, Paris 2004 – ISBN : 2-7081-3106-0

faire les choses pour la norme », mais d'agir afin de lever les freins obérant la performance du système, en gardant à l'esprit la finalité de la démarche.

Ainsi, il semble que la politique qualité soit souvent dévoyée de sa finalité initiale. L'explication est vraisemblablement multi factorielle, et trouve certainement son fondement dans un déficit pédagogique d'accompagnement autant que dans la fréquence des démarches qualités conduites les unes après les autres. Cette limite essentielle en induit une autre, d'ordre plus conjoncturel.

B) Limite conjoncturelle : l'essoufflement de la motivation des équipes

La fréquence des travaux à mener et le déficit d'accompagnement dans la définition comme dans l'application de la politique qualité conduisent les agents à adopter une attitude relevant de la routine. Cela est bénéfique en ce qui concerne l'application de la politique qualité ; l'utilisation d'indicateurs en routine contribue à l'amélioration de la qualité et à l'évolution des mentalités. Par exemple, l'utilisation systématique des solutions hydroalcooliques (SHA) doit être pratiquée par tous et en routine pour atteindre un niveau satisfaisant d'hygiène. Aujourd'hui, l'indicateur de consommation est produit en routine, et rares sont les agents à dédaigner la SHA. Néanmoins, un contre exemple est donné par l'analyse du processus « prise en charge des patients aux urgences »¹⁹. Lors de la mesure du temps de passage aux urgences, le caractère routinier de la prise de mesures a influencé négativement la motivation des équipes, déjà associées à la préparation de la venue des experts visiteurs. Les taux de retour exploitable se sont effondrés en seulement six semaines, du fait du caractère contraignant de la mesure, jugée « routinière » par les agents lors du retour d'expérience organisé à l'issue de l'expérience.

Ainsi, l'efficacité de la politique qualité dépendrait-elle de la disponibilité des agents ? Bien que la finalité de la mesure du temps de passage des patients aux urgences, ait été expliquée et accueillie avec enthousiasme par les équipes, la production de cet indicateur en routine, et son intégration dans un tableau de bord ne semblent pas possible en l'état, parce que le manque de ressource informatique au SAU exige la prise de mesure manuelle. En d'autres termes, même si le thème investi par une démarche qualité est fortement mobilisateur, la motivation du personnel est vulnérable au caractère routinier et contraignant de la tâche, et à l'implication des agents.

¹⁹ cf. 2.2.1 infra

C) L'alimentation mutuelle des limites essentielle et conjoncturelle conduit à une impasse qu'un renouveau institutionnel est seul à pouvoir dépasser

L'accumulation des dossiers sur lesquels les agents s'investissent peut donc se révéler nuisible pour l'efficacité de la politique qualité. La démarche qualité, dans sa définition comme dans sa mise en œuvre, nécessite en effet un effort intellectuel que le praticien, le cadre ou l'agent en général est à même de fournir jusqu'à un plafond défini par sa disponibilité professionnelle, son engagement et son appétence pour ces questions. La limite conjoncturelle renforce le travers structurel : ayant atteint ce plafond, l'agent est susceptible de perdre de vue l'objectif de la démarche et se bornera à « agir pour la norme » : une fiche de déclaration indésirable inexploitable, un dysfonctionnement attribué au manque de personnel, des fiches de mesure du temps de passage aux urgences ne comportant que l'heure de prise en charge par l'infirmière d'admission et d'orientation (IAO)... La répétition de ce schéma comportemental peut instaurer puis entretenir une véritable « culture de l'anti qualité », qui consisterait à recueillir des données inexploitable, ou à ne pas les exploiter par manque de temps. Le recueil de données et la production de tableaux de bord ne sont alors légitimés par aucune analyse, ni aucune action d'amélioration. Le cercle vicieux est bouclé avec la prise de conscience du personnel de l'inutilité de la démarche, qui ne s'y pliera, dans le meilleur des cas, que parce qu'elle est obligatoire.

C'est pourquoi la politique qualité doit être redynamisée. La typologie des processus permet de distinguer ce qui appartient à une politique qualité traditionnelle de ce qui relève de nouveaux vecteurs d'amélioration à développer.

□ **Bilan d'étape 2 :**

L'influence de la politique qualité peut être démontrée sur la plupart des composantes de la qualité, à l'exception de l'efficacité allocative. Pourtant, plusieurs limites restreignent cette influence sur la performance. Lorsque la finalité est perdue de vue, la politique qualité peut même se révéler à terme contre performante.

Dès lors, comment régénérer le dynamisme de la politique qualité actuelle ?

* *

1.2 Renouveler les vecteurs d'amélioration de la performance

L'approche processus n'est pas nouvelle. Elle structure le dynamisme de la politique qualité conduite dans l'industrie depuis maintenant plusieurs décennies. En revanche, sa transposition à un univers où performance n'est pas exclusivement synonyme d'efficacité économique est, elle, assez récente en Europe continentale. Si le processus, concept recouvrant de multiples réalités, peut soutenir la performance de l'organisation publique de santé (1.2.1), le management par les processus constitue une réponse efficace pour améliorer la performance, en complément de la politique qualité actuelle (1.2.2).

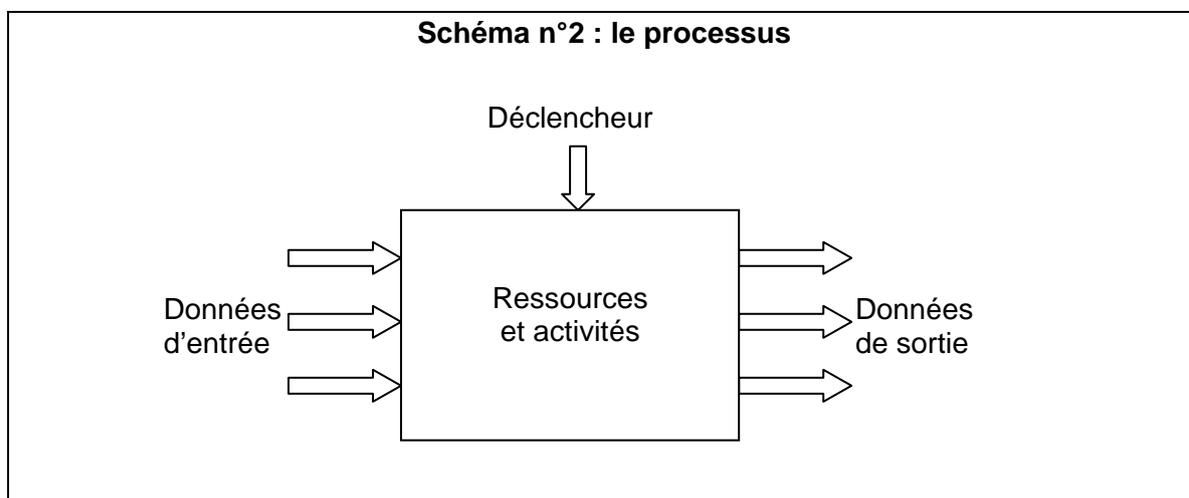
1.2.1 Le processus, concept recouvrant de multiples réalités, au secours de la performance de l'organisation publique de santé

A) Le processus, une notion polymorphe

a) *Le processus, définition organique*

Dans l'entreprise, outil de production d'objets, la notion de processus a d'abord concerné la méthode de fabrication. Le processus n'était alors considéré que comme une suite continue d'opérations constituant la manière de fabriquer. Il se définit alors comme l'ensemble des activités et des ressources liées (matérielles et humaines) attendant un déclencheur d'activité (le donneur d'ordre) pour transformer des éléments entrants en éléments sortants que le client a demandés.

La représentation graphique de cette définition est sommaire :

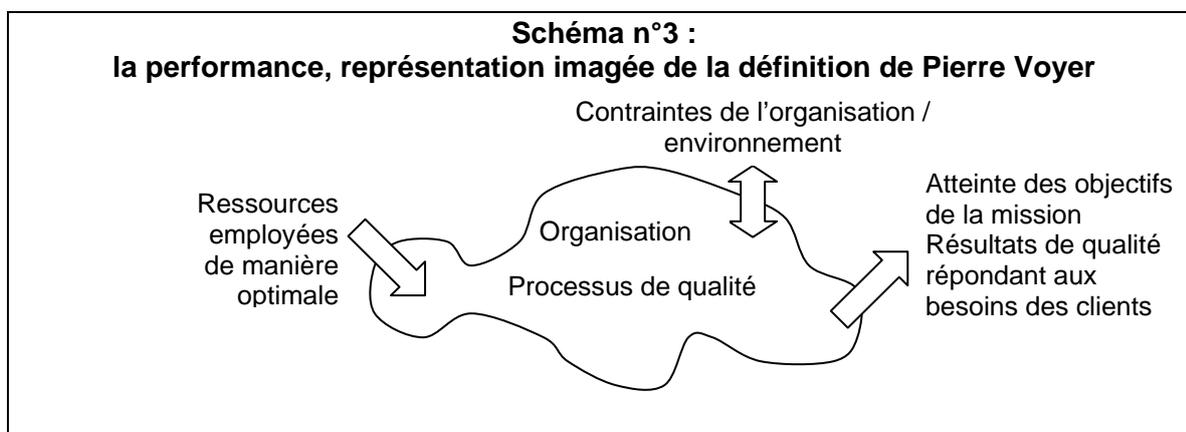


b) *Le processus dans la norme ISO*

Dans la première version de la norme ISO, la « maîtrise des processus » fait l'objet du chapitre 4.9, et ne recouvre que la fabrication elle-même. Si la version 1994 élargit le périmètre couvert par la notion de processus aux « prestations associées ayant une incidence directe sur la qualité », il faut attendre la version 2000 pour que le processus puisse être défini comme « toute activité utilisant des ressources et gérée de manière à permettre la transformation d'éléments d'entrée en éléments de sortie ». Cette définition est néanmoins trop large pour permettre une analyse pertinente ; toute activité peut ici être qualifiée de processus : le management, l'élaboration de la stratégie d'établissement, la planification d'un projet... C'est pourquoi elle doit être précisée.

c) *Le processus aujourd'hui*

C'est au Canada qu'il faut chercher la genèse du renouveau de la notion. Le Schéma n°3 reprend la définition que Pierre Voyer donne de la performance²⁰ en en proposant une représentation graphique :



Cette représentation fait apparaître une finalité concrète (les données de sortie), une vie interne (le processus et l'organisation) et deux ouvertures vers l'extérieur (les déterminants exogènes au processus, et les données d'entrée). À ce niveau de la réflexion, la vie interne, encore mal cernée, est symbolisée ici par le caractère difforme de la figure. Dans le monde hospitalier, les déterminants exogènes peuvent être, par exemple, des référentiels qualité ou le statut de la fonction publique hospitalière.

La ressemblance est frappante : Pierre Voyer définit indirectement la performance comme étant elle-même un macro processus. « Le déclencheur » devient « contraintes de

l'organisation et de l'environnement », et « les ressources et activités » sont remplacés par une « organisation / processus de qualité ». Ainsi, Pierre Voyer change de focale : un processus peut constituer l'un des éléments d'un processus plus large : le macro processus.

En fait, si toute activité peut être qualifiée de processus, il est néanmoins nécessaire de définir une typologie susceptible d'en permettre l'analyse. Ainsi, ce qui est qualifié de macro processus dans une typologie obéissant à un critère de distinction, pourra tout aussi bien être considéré comme un micro processus dans une autre basée sur d'autres références.

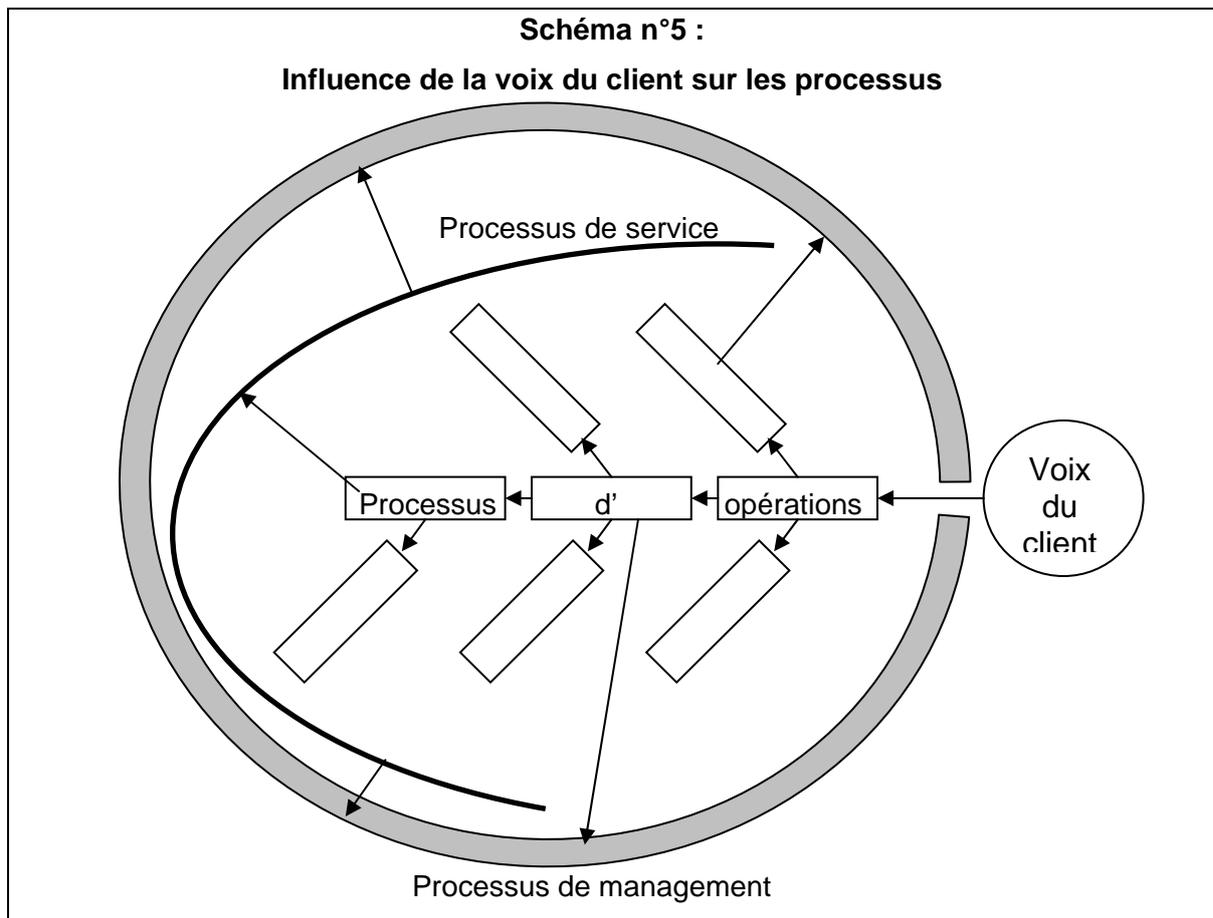
B) Une typologie des processus

La littérature spécialisée propose plusieurs typologies de processus, selon différents critères : chronologique, par la voix du client, internes ou externes à l'organisation ; micro ou macroscopiques ; fonctionnels ou opérationnels... La typologie retenue ici est celle d'Yvon Mouglin²¹, qui distingue trois familles de processus selon le critère de la satisfaction de la voix du client. Concrètement, la **voix du client** constitue la logique qui relie les processus entre eux, et c'est ce fil conducteur qui permet de « remonter » l'enchaînement des activités :

1. les processus d'opération concernent le cœur de métier de l'organisation et servent à réaliser ses produits et services. Ils contribuent directement à la satisfaction du client ;
2. les processus de service sont ceux qui visent l'amélioration de la performance de l'organisation. Ils contribuent indirectement à la satisfaction du client en aidant les processus d'opérations à atteindre leur propre finalité. S'ils disparaissent, le client est « livré », mais le niveau de qualité et d'efficacité des prestations va se détériorer ;
3. les processus de management, sont ceux qui n'ont pas de territoire propre, mais qui s'exercent dans les autres familles de processus, comme la planification, les actions correctives, l'hygiène ou la sécurité. Ils regroupent l'ensemble des règles et valeurs à respecter dans l'organisation.

Ainsi, la satisfaction de la voix du client apparaît comme la finalité vers laquelle doit tendre chaque famille de processus. Les acceptions du « client » sont multiples : il s'agira, selon le processus incriminé, de satisfaire l'utilisateur, la direction, le donneur d'ordre, la tutelle, le

²⁰ cf. Introduction page 1



Plusieurs conséquences lourdes de conséquences pour la politique qualité résultent de ce schéma n°5. Mais est-ce que la politique qualité est un processus ? Le cas échéant, où la classer dans la typologie ? Dans la mesure où la politique qualité :

1. s'applique à tous à l'hôpital, et à quasiment tous les processus d'opération (les processus de soins, à travers les EPP), ou les processus de service (le volet RH de la certification V2007 par exemple) ;
2. se voit allouer des ressources ;
3. transforme ces ressources en données de sortie dont la conformité est mesurée par le donneur d'ordre (souvent la HAS) ;

il semble bien que la politique qualité soit un processus, et que celui-ci entre dans la famille des processus de management. À ce titre, il infuse l'ensemble des processus de l'hôpital (schéma n°4) et se situe dans la couronne grisée du schéma n°5. L'analyse des processus par la voix du client cherche à identifier puis éliminer des processus successifs tout ce qui ne contribue pas, directement ou indirectement à satisfaire la voix du client. Parallèlement, elle instaure ou complète le processus des éléments susceptibles d'améliorer sa performance.

En parlant de la recherche de performance, ce sont les quatre composantes (efficacité allocative, productive, médicale, et équité) qui constituent la finalité cible. La question va

donc se poser, pour chaque étape du processus d'opération rencontré, en quoi elles contribuent à la réalisation de la finalité ; où se trouvent les niches d'inefficacité et les gisements d'amélioration, et comment les traiter. Par la suite, les mêmes questions sont posées aux processus de service, et aux processus de management. À l'issue, l'inutile, ce qui ne contribue pas à l'atteinte de l'objectif, est éliminé, et l'utile, c'est à-dire ce qui y participe, est optimisé.

Pour y parvenir, une politique de management par les processus doit être promue complémentirement à la politique qualité traditionnelle.

1.2.2 Le management par les processus, une fonction capable de régénérer la politique qualité

Le management par les processus peut se définir comme la recherche de l'optimisation basée sur l'analyse des ensembles d'opérations successives, organisées en vue d'un résultat déterminé. S'il appartient indéniablement au domaine de la qualité, ses caractéristiques en font une spécificité qui lui confère une place à part dans la politique qualité.

A) L'approche processus appartient par nature au domaine de la qualité

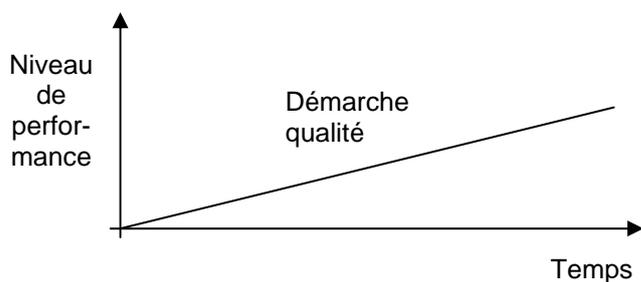
La recherche de l'optimisation par l'approche processus constitue une démarche de nature à entrer dans le cadre de la politique qualité. En effet, elle renforce la dynamique d'amélioration continue de la qualité par les avancées ponctuelles qu'elle génère. Alors que la politique qualité traditionnelle doit être menée de manière continue et produire ses effets en routine pour améliorer les pratiques, l'optimisation des processus est conduite de manière ponctuelle, sur un périmètre précis (le processus) afin de générer une montée en gamme presque brutale.

Certes, leurs modes de fonctionnement sont différents, mais ceux-ci les rendent complémentaires car politique qualité traditionnelle et management par les processus n'agissent pas sur le même terme temporel. En effet, si la qualité est nécessaire en ce qu'elle influence positivement certaines composantes de la performance, elle comporte en son sein même les limites à cette influence : essoufflement, dilution du sens, voire dévoiement de la finalité. Le management par les processus permet de dépasser ces limites, en optimisant visiblement les fonctionnements sur une durée très courte (l'analyse d'un processus tel que celui qui est décrit en deuxième partie nécessite quelques semaines, la mise en œuvre des actions d'amélioration dépendant, elle, de l'accompagnement des équipes et de la pédagogie dont saura faire preuve l'initiateur du changement, mais ne dépasse que rarement le trimestre). Menée en mode projet,

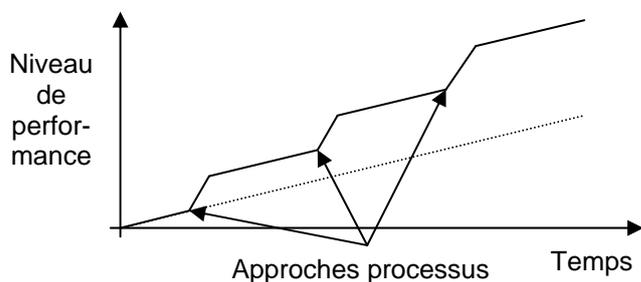
l'approche processus est transversale et pérennise la mobilisation des équipes sur la durée de l'action. Tout projet, de sa conception à sa réalisation doit être inscrit dans une logique ternaire articulant l'échelon stratégique, l'échelon tactique, et l'échelon opérationnel. Il en va de même pour la politique qualité.

B) Le management par les processus, échelon tactique de la politique qualité traditionnelle, complète celle-ci dans la recherche de la performance.

Le management par les processus renforce la dimension tactique de la politique qualité. En effet, si les échelons stratégiques et opérationnels sont relativement étoffés dans la plupart des établissements grâce à la procédure de certification, l'échelon tactique se résume le plus souvent à des groupes de synthèse pléthoriques, regroupant des professionnels de santé et des personnels administratifs et techniques. Les résultats obtenus par ces groupes sont en général de bonne facture, guidés par des cahiers de charges très précis, et des méthodes conçues à l'échelon national. Les actions d'amélioration doivent répondre à des objectifs très précis, laissant peu d'initiatives aux participants. Encore une fois, il convient de le rappeler, le propos n'est pas ici de dénigrer la politique qualité traditionnelle, mais de souligner des faiblesses que la mise en place d'un management par les processus permettra de dépasser.



Graphique n°1 : Influence de la qualité sur la performance



Graphique n°2 : Influence de l'approche processus sur la performance

Les Graphique n°1 et 2 symbolisent les influences respectives de la démarche qualité et de l'approche processus sur la performance. Alors que la première est stable et continue, elle produit ses effets sur le long terme. La seconde, en revanche, provoque d'abruptes augmentations du niveau de performance à chaque fois qu'un processus est optimisé. Entre deux optimisations de processus, la démarche qualité poursuit son œuvre afin de

consolider les résultats obtenus. Ainsi, la combinaison de la politique qualité traditionnelle et du nouveau levier qu'offre le management par les processus, permet :

- soit d'élever le niveau de performance recherché dans le délai imparti,
- soit, à niveau de performance égal, de raccourcir le délai d'atteinte des objectifs.

Les liens de complémentarité entre les deux apparaissent clairement à la vue des deux diagrammes : **l'approche processus serait à la démarche qualité ce que l'escalier est à la pente**. Son efficacité à relever rapidement le niveau de performance fait de lui le nouveau levier incontestable de la recherche de performance.

□ **Bilan d'étape 3 :**

L'approche processus permet de structurer l'organisation et d'identifier pour chaque processus les gisements d'amélioration en éliminant l'inutile, et en renforçant l'utile. Le management par les processus peut régénérer le dynamisme de la politique qualité traditionnelle, en renforçant son échelon tactique. En outre, la combinaison des deux approches révèle des liens de complémentarité légitimant le management par les processus comme nouveau levier de la recherche de performance.

Dès lors, seule subsiste la question de la mise en œuvre pratique de l'approche processus.

*

* *

2 L'optimisation du processus de prise en charge des patients au Service d'Accueil des Urgences au CHICB.

L'absence de management par les processus institutionnalisés au Centre Hospitalier Intercommunal de la Côte basque (CHICB) a pu être palliée par la confiance et le soutien témoignés par l'échelon stratégique à l'égard de l'auteur, en lui laissant l'initiative et en permettant la validation de ses propositions. L'exemple du processus de prise en charge des patients du SAU du CHICB illustre la plus-value organisationnelle que l'optimisation des processus peut induire. Les outils d'analyse ne sont pas nouveaux, leur application à l'hôpital pas vraiment inédite, comme en témoignent de nombreux travaux de la HAS et de la MeaH. Ainsi seront présentés pour chacun des domaines à faire évoluer :

- la justification stratégique d'améliorer le processus,
- les objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs à atteindre,
- les outils d'analyse devant conduire à l'amélioration de la performance,
- l'évaluation des gains d'efficacités *ex ante*,
- l'analyse du processus examiné,
- l'évaluation des améliorations constatées *ex post*.

2.1 L'optimisation du processus de prise en charge des patients au Service d'Accueil des Urgences : de la conception au plan d'action.

2.1.1 L'opportunité stratégique

La rédaction du contrat de pôle « réanimation – médecine d'urgence », et l'opportunité offerte par la restructuration de l'hôpital ont été l'occasion de réfléchir à l'optimisation du processus de production de soins aux urgences. Les comptes de résultats d'exploitation analytique (CREA) par pôle examinés à cette occasion ont souligné un déficit de plus d'un million d'euros au SAU pour l'exercice 2007, alourdi par les dépenses de personnel, notamment médical. Si le déménagement dans des locaux neufs présentant une augmentation de superficie de 30% a pu se traduire par la demande de personnels supplémentaires, la direction a souligné qu'elle examinerait la requête en échange d'un effort portant sur l'organisation du service.

2.1.2 Objectif : améliorer la performance du SAU

Avant tout, dans une démarche d'optimisation des processus par la voix du client, les objectifs de cette dernière doivent être précisés, la voix du client identifiée : qui est le donneur d'ordres, quels objectifs doivent être satisfaits, et selon quels critères de satisfaction ?

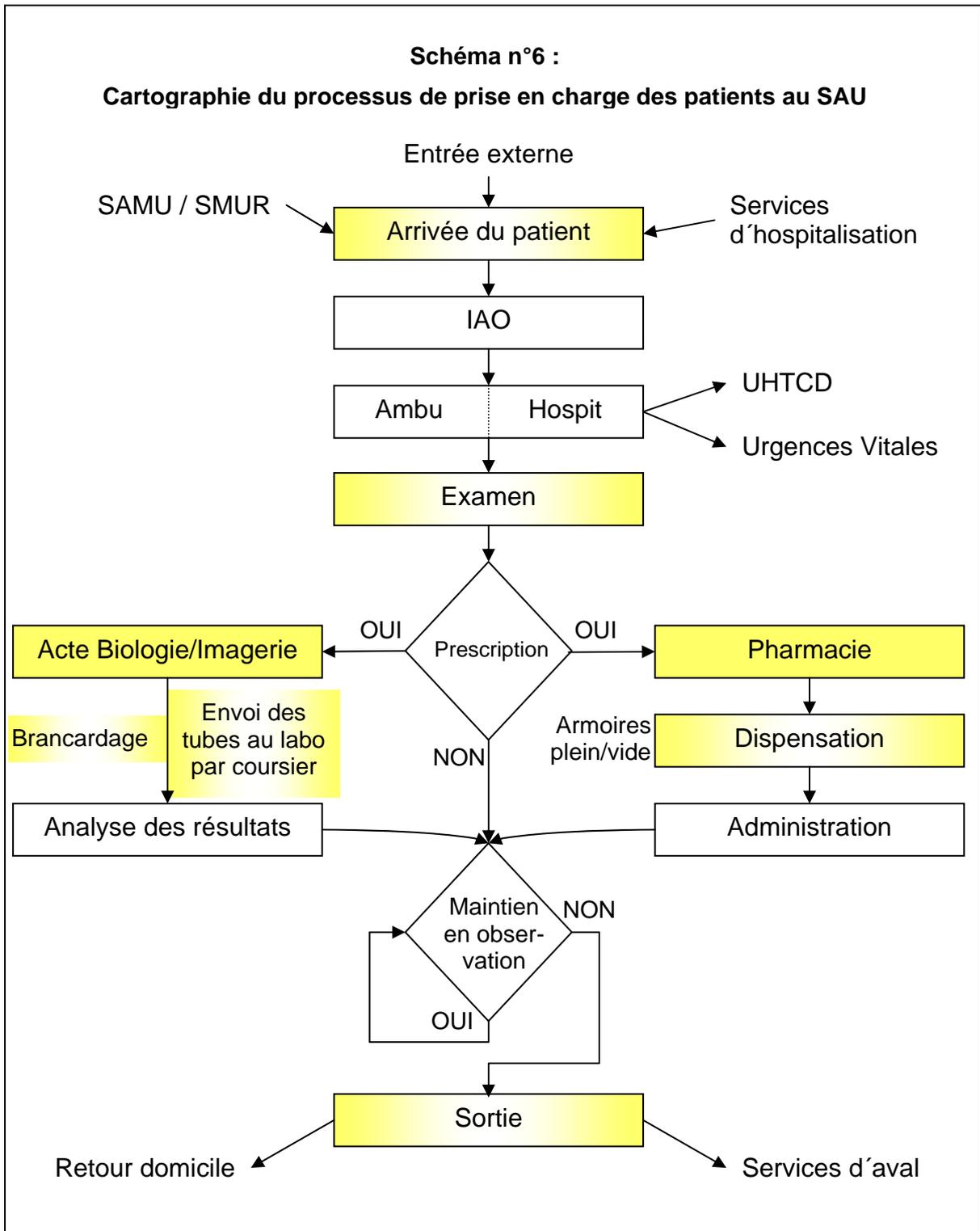
L'objectif final est ambitieux : améliorer la performance du service, dans toutes ses composantes telles qu'elles sont définies plus haut (1.1.1). L'analyse cherchera par conséquent à identifier, au sein même du processus comme au niveau de ses interfaces avec d'autres processus (processus d'opérations, de service et de management), ce qui ne répond pas ou qui limite la satisfaction de la voix du client. Compte tenu des conditions de déroulement du stage auquel est adossé le présent mémoire, l'examen du processus s'arrête à ce qu'il convient d'appeler un « premier niveau » d'analyse. Il ne fait aucun doute que cette dernière peut être considérablement développée, tant le potentiel d'amélioration du processus de prise en charge des patients au SAU est important.

L'objectif global restant vague, il doit être décliné en autant d'objectifs intermédiaires que la performance compte de composantes. Ceux-ci constituent les critères sur lesquels l'évaluation se basera pour déterminer le niveau de satisfaction de l'objectif. L'utilisation des outils traditionnels de l'approche processus permettent d'identifier les champs d'action correspondants.

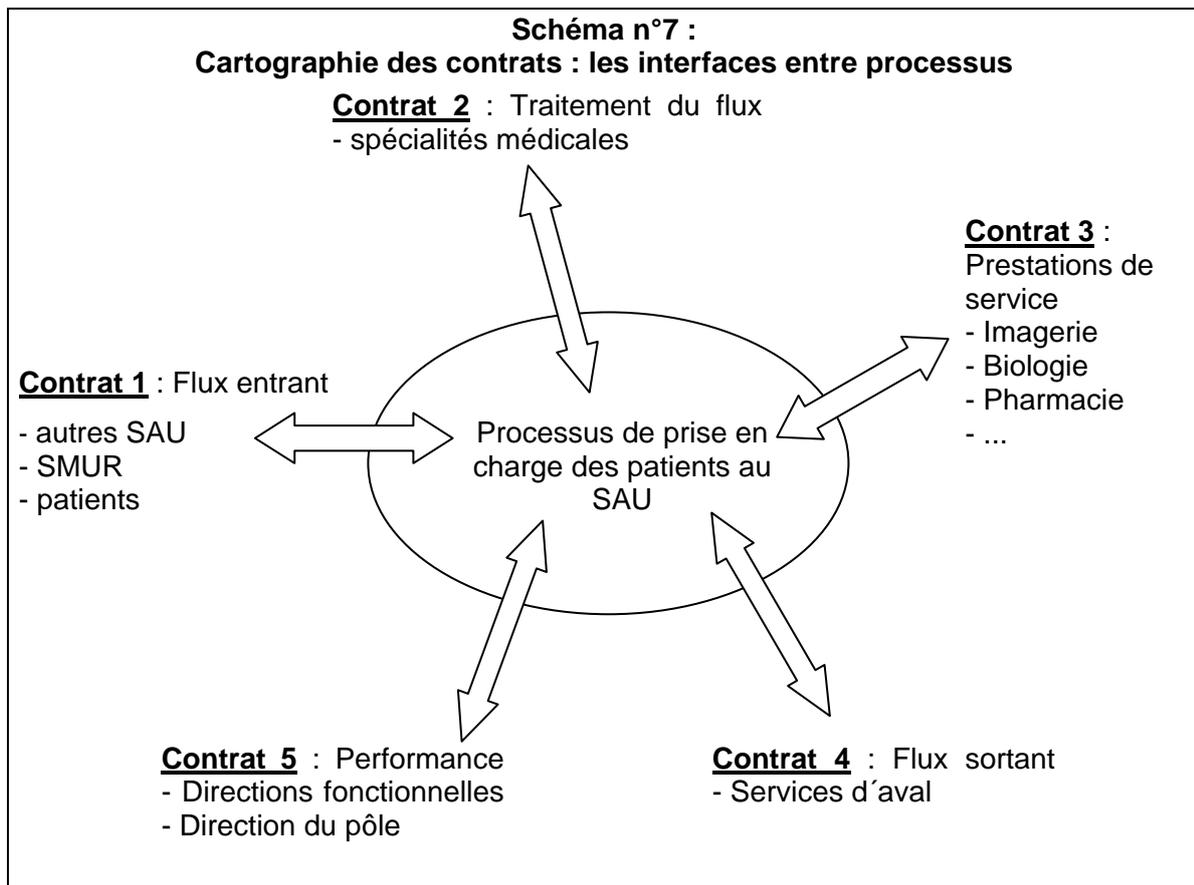
2.1.3 Les outils mobilisés

En premier lieu, une cartographie du processus d'opération (schéma n°6) illustre l'enchaînement des étapes du processus. Ici, un logigramme en deux dimensions est préféré au traditionnel actigramme en trois dimensions, du fait de la relative simplicité de l'activité concernée, en comparaison aux activités entrant dans les processus industriels (conception, design, production, marketing, commercialisation...).

Néanmoins, cette représentation en deux dimensions du processus ne rend qu'insuffisamment compte de ses interfaces avec d'autres. Le schéma n°7 propose une cartographie des contrats qui rend compte des interfaces du processus avec d'autres.



Commentaire : Chaque cadre représente une étape du processus de prise en charge des patients au SAU. Les cadres unicolores symbolisent un service ou processus assurant la tâche seul, tandis que les cadres bicolores figurent les étapes ou processus pris en charge alternativement ou simultanément par plusieurs services/processus.



Ces cartographies, croisées avec les données de comptabilité analytique (échelle nationale des coûts (ENC), et comptes de résultat d'exploitation analytique (CREA) par pôle) permettent d'identifier les axes de recherche d'amélioration attribués à chacune des composantes de la performance :

- L'efficacité productive : améliorer la productivité de certaines prestations entrant dans le processus de prise en charge.
- L'équité : améliorabile par la réduction du temps de passage des patients dans le service ; il ressort des questionnaires de satisfaction et de l'expérience des soignants que cette dernière est ressentie trop longue par rapport à d'autres structures sanitaires. Pourtant, au CHICB, aucune étude n'a été menée sur ce thème jusqu'à présent.
- L'efficacité médicale : parvenir à réaliser dans la pratique une concertation plus grande des professionnels sur les cas qui nécessitent de la pluridisciplinarité, comme par exemple sur la prise en charge des accidents vasculo-cérébraux (AVC).
- L'efficacité allocative : optimiser l'allocation de ressources médicales en la corrélant à l'activité.

2.2 Processus de prise en charge des patients au service d'accueil des urgences

Lors de la réflexion sur la rédaction du contrat de pôle, l'analyse du CREA du SAU a été l'occasion de créer l'indicateur « PEPEC » (cf. annexe 3) qui mesure le poids de l'évolution du poste sur l'ensemble des charges. D'une année sur l'autre, les postes de dépenses évoluent en volume et en part de l'ensemble des charges. À des fins pédagogiques, la création de cet indicateur a été nécessaire pour permettre au personnel de visualiser clairement quelle était l'évolution la plus lourde dans l'aggravation du déficit. En effet, l'augmentation annuelle de 4% d'une charge représentant près de 40% des dépenses (dépenses de PNM : PEPEC = 2) est plus lourde de conséquences dans l'aggravation du déficit qu'une augmentation de 60% d'une charge qui représente moins d'un pourcent des dépenses (logistique médicale : PEPEC = 6). Le PEPEC classe par ordre décroissant les postes de dépenses dont l'évolution est la plus lourde pour le résultat en multipliant le pourcentage d'évolution de la charge à la part qu'elle représente sur l'ensemble des dépenses. Ce préalable a permis d'instaurer de saines bases de travail fondées sur la communication et l'objectivation rationnelle des données.

2.2.1 Améliorer l'équité et l'efficacité productive en réduisant le temps de passage au SAU

A) Identifier les objectifs

L'objectif de réduction du temps de passage aux urgences a rencontré un vif succès auprès des personnels, conscients que la prise en charge pouvait durer moins longtemps à niveau de prestation égal. L'enjeu est de proposer un service d'accueil au moins aussi performant et rapide que celui qui peut être proposé par une autre structure du territoire, et qui réponde au besoin du patient, souvent exigeant lorsque son temps est en jeu. Concernant l'influence de la réduction du temps de passage sur la composante « efficacité productive » de la performance, seules quelques explications ont été nécessaires pour convaincre. En quelques mots, diminuer la durée nécessaire au processus pour transformer les données entrantes en données de sortie permet d'en accroître le débit, et donc l'efficacité productive.

La réduction du temps de passage au SAU est susceptible d'assurer :

- une prise en charge plus conforme aux attentes du patient et aux prestations de la concurrence,
- une amélioration des conditions de travail
- une meilleure image auprès du public.

B) Le protocole de mesure et ses limites

Le SAU souffre d'un handicap majeur. N'étant que très peu informatisé²², la seule information fiable disponible dans la base de données est l'heure d'admission. Lorsque le patient entre dans le service, l'IAO qui ouvre un dossier. C'est seulement lorsque ce dossier est ouvert, et que la gravité de la pathologie est identifiée que l'attente éventuelle commence. Toutes les autres données potentiellement utiles devront être recueillies à la main.

Il a été convenu avec les équipes de procéder à six mesures de 24 heures tout au long de l'été, sur les mois de juillet et d'août, de manière à disposer d'une mesure par jour de semaine, et d'une mesure par week end. Les données collectées ont été définies collégialement, avec le chef de pôle et les cadres, et soumis à quelques AS et IDE et PH pour avis. La fiche de mesure comporte :

- six informations à remplir de manière « obligatoire » : le flux d'orientation (ambulatoire / hospitalisation) et les horaires (admission, prise en charge initiale en box, fin de prise en charge, et sortie administrative)
- neuf informations subsidiaires : le motif d'admission, et les motifs d'attente (indisponibilité du brancardier, du médecin ou du lit d'aval ; la prescription d'actes de biologie ou d'imagerie).

Le taux de retour exploitable (TRE) des fiches de mesure est divisé par deux (de 86% à 42%) en seulement un mois, chacune des six mesures présentant un TRE inférieur à la précédente (86%, 74%, 65%, 56%, 48%, 42%). L'analyse des causes révèle que les variations de TRE ne sont imputables ni aux variations d'activité, ni aux variations du personnel, le ratio (nombre de passages)/(effectifs présent) étant comparables (entre 2,12 et 2,38). Lors d'un débriefing avec les équipes du service, celles-ci soulignent que malgré la simplicité de la fiche de mesure, devoir la remplir de façon manuscrite pèse sur leur motivation. Le caractère répétitif des tâches est incriminé comme obstacle majeur à l'exhaustivité de la mesure²³. Le recueil de données a pâti de l'essoufflement des équipes, la baisse de motivation étant clairement identifiée comme responsable, malgré l'accompagnement de l'auteur sur les trois premières mesures.

²² Le SAU du CHICB n'est pas informatisé, en raison notamment du retard pris par l'éditeur en matière de développement d'un module dédié SAU.

²² Voir 1.1.3 supra « les limites de la politique qualité »

²³ Voir 1.1.3 supra « les limites de la politique qualité »

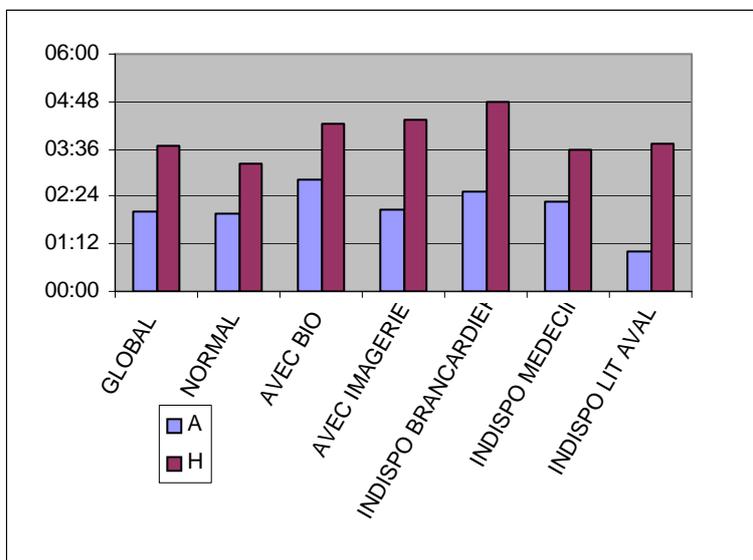
C) Les résultats

La mesure porte sur 35 691 minutes de passages, collectée sur 5 périodes de 24h, et une de 48h (le week end) correspondant à 227 fiches de mesures exploitables sur 371 fiches remplies²⁴. Même si les TRE se sont littéralement effondrés au fil du temps, le TRE moyen reste d'un niveau satisfaisant : 61,8%. Compte tenu de la non-exhaustivité de remplissage des fiches (entre 70 et 88%), la fiabilité de l'analyse de ces données oscille entre 43,5% et 54,5% (TRE moyen x taux d'exhaustivité). Il n'est pas impossible que des erreurs aient été commises lors du renseignement des fiches. Néanmoins, en l'absence de dispositif informatique apte à rendre compte de la durée effective de passage au SAU, l'objectif est ici de dresser une première esquisse capable d'identifier les gisements d'amélioration. La base de données est reproduite à l'annexe 2, et présente les durées moyennes de passage en flux ambulatoire (A) et d'hospitalisation (H), ainsi que la moyenne totale.

Tableau n°1 : Durées moyennes de passage au SAU

Moyenne	A	H	Total
Globale	2:00	3:40	2:38
Normale	1:57	3:14	2:20
Avec prescription bio	2:50	4:13	4:06
Avec prescription imagerie	2:03	4:20	2:43
Indisponibilité brancardier	2:31	4:47	3:45
Indisponibilité médecin	2:17	3:34	2:34
Indisponibilité lit d'aval	1:02	3:43	2:39

Les données du tableau 1 montrent que la durée « normale » de passage, sans indisponibilité ni prescription d'actes est d'1h57 en ambulatoire, et de 3h14 en hospitalisation. Dès lors qu'une prescription de biologie ou d'imagerie est faite, la durée s'allonge considérablement : près d'une heure en ambulatoire, plus d'1h30 en hospitalisation.



Graphique n°3 : les causes d'allongement de la durée de passage au SAU

Le graphique n°3 permet d'identifier les causes d'allongement de la durée de passage au SAU. Ainsi, les deux premières causes sont communes aux deux flux : la

prescription d'actes de biologie et l'indisponibilité des brancardiers. La fiche de mesure a été conçue afin d'isoler les causes d'attente, et l'accompagnement a notamment eu pour

²⁴ En réalité, le SAU accueille en moyenne sur la période estivale entre 60 et 75 patients. La collecte n'est donc pas totalement exhaustive puisque la population évaluée est d'environ 53 patients/jour (371 : 7 jours = 53), et concerne 70% à 88% des passages totaux.

but d'expliquer cet objectif. Ainsi, la durée de passage imputée à la prescription d'un acte d'imagerie est indépendante de celle imputée à l'indisponibilité du brancardier chargé d'emmener le patient, car celle-ci a été identifiée spécifiquement.

Cette analyse a permis d'identifier que les deux principales causes d'allongement de la durée de passage au SAU étaient liées à une mauvaise gestion des interfaces entre processus. En effet, la cartographie des contrats (cf. schéma n°9 page 30) représente les interfaces du processus de prise en charge des patients du SAU avec d'autres. Ici, c'est une interface avec des processus prestataires qui sont la cause du problème.

D) Le plan d'action

a) *Le brancardage : augmenter la ressource à moindre coût*

L'organisation des brancardiers est simple : il existe un pool commun à l'hôpital, et le SAU dispose d'un brancardier dédié le matin jusqu'à 13h. En dehors de ces horaires c'est le personnel du SAU qui prend en charge le brancardage en cas d'indisponibilité du pool. La demande de brancardiers supplémentaires avait déjà été faite par le SAU. L'analyse des CREA, avec les équipes dirigeantes du pôle, a permis d'amener une modification de la demande : le pool de brancardiers²⁵ (imputé comptablement en charges indirectes) doit être renforcé (+4 Équivalents Temps-Plein), et un personnel dédié doit être présent au SAU toute la journée. L'imputation comptable de ces nouveaux ETP se fera conformément à ce que suggère la cartographie des contrats (contrat de type « prestataire de service »), par une clé de répartition au prorata de l'activité de chacun des services pour lesquels le SAU délivre sa prestation. Cette solution présente trois avantages :

- affecter le personnel au pool permet une meilleure flexibilité en cas d'absentéisme,
- la répartition comptable de la charge de brancardage au prorata de la consommation de ressources par les UF concernées est de nature à renforcer l'équité entre UF : chacune est imputée à hauteur de ce qu'elle consomme,
- dédier les brancardiers SAU en imputant la dépense aux services en fonction de la ressource consommée augmente la ressource à moindre coût pour le SAU.

²⁵ Le pool de brancardiers constitue une charge indirecte appartenant à la logistique administrative, donc répartie entre unités fonctionnelles (UF) en fonction de leurs charges directes.

b) *Les actes de biologie : optimiser le flux*

Les tubes sont aujourd'hui amenés au laboratoire par coursiers. Le coursier en charge du SAU dessert également le pôle mère enfant et la réanimation lors de ses tournées, qu'il effectue à heures fixes entre 7h45 et 15h00 (6 tournées). Après 15h00, c'est au personnel des urgences d'apporter les tubes. Les résultats d'analyse sont transmis par voie électronique au SAU, mais sont parfois longtemps ignorés faute de dispositif d'alerte.

Concernant l'envoi des tubes, l'affectation d'un coursier dédié n'est pas une solution satisfaisante, car elle grève durablement le résultat d'exploitation. Le renforcement de l'équipe de brancardiers amène la solution : le profil de poste inclura l'acheminement des tubes au laboratoire. Deux études complémentaires sont menées à ce jour :

- cette solution permet-elle de se passer du coursier desservant le SAU ?
- le processus de production des actes de biologie n'est-il pas optimisable ?

La question de la réactivité des équipes du SAU sur les retours d'examen est en passe d'être réglée avec la livraison prochaine d'un module complémentaire au dossier patient informatisé équipé d'un dispositif d'alerte.

2.2.2 Efficacité médicale : concertation des spécialistes au SAU

L'accroissement de l'efficacité médicale du processus de prise en charge des patients du SAU ne peut résulter que du renforcement de l'impact de la politique qualité traditionnelle, lié à l'application des référentiels de bonnes pratiques. Pour accélérer la prise en charge des patients par les spécialistes des services d'hospitalisation, le bon diagnostic doit être donné au plus vite par l'équipe médicale des urgences. Celui-ci s'obtient en favorisant la concertation des spécialistes au SAU²⁶, au moyen de concertations pluridisciplinaires, intervenant *ex post*, et du déplacement rapide au SAU du spécialiste concerné par le cas (concertation *ex ante*). Cinq grandes pathologies ont été ciblées, regroupant aussi bien des GHM²⁷ médicaux que chirurgicaux, tels que l'accident vasculo-cérébral (AVC), la gastro-entérite, l'intervention sur la hanche et le fémur ou l'infarctus du myocarde²⁸. La conséquence en matière d'efficacité médicale est de recentrer le SAU sur son cœur de métier, garantissant une prise en charge spécialisée au plus tôt. Néanmoins, les effets de cette mesure ne se cantonnent pas à l'efficacité médicale : le transfert plus rapide du patient génère moins d'actes prescrits, et améliore les conditions de travail en allégeant la charge de travail au SAU.

²⁶ Les urgentistes sont inclus dans le vocable « spécialistes » puisqu'ils sont titulaires d'un DESC

²⁷ Groupe homogène de malades

²⁸ Cf. annexe 4 : « liste des GHM à concertation renforcée »

2.2.3 Améliorer l'efficacité allocative : allouer la ressource médicale en fonction de l'activité

A) L'analyse de l'activité

Tableau 2 : Répartition des passages sur la journée

Tranches horaires	Nbre de passages	%
0h-5h59	11 301	10,5%
20h-23h59	17 587	16,4%
6h-19h59	78 243	73,0%
Total	107 131	100,0%

La période considérée s'étend du 28/08/05 au 27/08/08.

Toutes les données du 2.2.4 ont été extraites des bases de données PMSI et Centaure. Les passages de nuit représentent le $\frac{1}{10}^{\text{e}}$ du volume total. Près des 3/4 des passages s'effectuent de jour (6h-20h), tandis qu'un passage sur six intervient en soirée (20h-23h59).

a) *Évolution d'activité des soirs et nuits tout au long de la semaine*

Les 5 tableaux ci-dessous précisent la fréquentation du SAU par les 151,46 passages hebdomadaires entre 20h et 5h59 (moyenne sur la période du 01/01/05 au 27/08/08).

Tableau 3 : Entrées horaires moyennes

	20h - 20h59	21h - 21h59	22h - 22h59	23h - 23h59	0h - 0h59	1h - 1h59	2h - 2h59	3h - 3h59	4h - 4h59	5h - 5h59
Lundi	4,06	3,20	3,06	2,34	1,74	1,49	1,32	1,12	0,90	0,95
Mardi	4,44	3,28	2,87	2,42	1,70	1,39	0,97	0,86	0,81	0,70
Mercredi	4,23	3,18	2,95	2,19	1,72	1,47	1,19	1,18	0,80	0,67
Jeudi	4,33	3,05	2,92	2,34	1,83	1,35	1,09	1,08	1,01	0,84
Vendredi	4,39	3,43	3,02	2,49	1,79	1,59	1,49	1,17	1,02	0,90
Samedi	4,69	3,63	3,29	2,94	2,26	2,12	1,74	1,83	1,43	1,27
Dimanche	4,81	3,30	2,86	2,52	2,51	2,23	2,10	2,04	1,86	1,73

Légende

0,90	Inférieure à 1,0
1,27	Comprise entre 1,0 et 1,99
1,73	Comprise entre 2,0 et 2,99
3,43	Comprise entre 3,0 et 3,99
4,42	Supérieure à 4,0

Les données du tableau 3 font apparaître par exemple que la moyenne horaire de passages aux urgences est inférieure à 1,5 patient, du lundi au jeudi entre 1h et 6h du matin (en moyenne annuelle sur la période considérée). Il en ressort qu'en moyenne, les nuits

présentent des fréquentations faibles : inférieures à 2 passages/heure du lundi au vendredi de minuit à 6h00.

Tableaux 4 et 5 : Entrées moyennes et volumes présents par soir et par nuit

4	Moy. soir	Moy. nuit	Moy. totale	5	soir	nuit	Fréq totale
	3,16	1,25	2,02		12,65	7,51	20,17
3,25	1,07	1,94	13,01	6,42	19,43		
3,14	1,17	1,96	12,55	7,03	19,58		
3,16	1,20	1,98	12,64	7,19	19,84		
3,33	1,33	2,13	13,34	7,96	21,30		
3,63	1,78	2,52	14,54	10,65	25,19		
3,37	2,08	2,60	13,49	12,47	25,95		

Le tableau 4 présente la fréquentation moyenne par soir, par nuit et par soir+nuit (moy. Totale). La légende est la même que pour le tableau 3. Le code couleur traduit la perte de précision induite par l'agrégation des données en moyennes. Le rapport des moyennes nuit et soir est compris entre deux et trois. Le tableau 5 n'est qu'indicatif

puisqu'il présente la fréquentation en volumes (somme des moyennes horaires), en respectant le code couleur du tableau 4. Le lundi par exemple, sur 20,17 patients qui passent au SAU soit en soirée, soit la nuit, le tiers entre après minuit ; les 2/3 entrent avant.

Tableau 6 : Entrées horaires moyennes (jours de semaine et week end)

	20h – 20:59	21- 21:59	22h – 22:59	23h – 23:59	0h – 0:59	1h – 1:59	2h – 2:59	3h- 3:59	4h- 4:59	5h- 5:59
moyenne totale	4,42	3,30	2,99	2,46	1,94	1,66	1,42	1,32	1,12	1,01
moyenne lu-ven	4,29	3,23	2,96	2,36	1,76	1,46	1,21	1,08	0,91	0,81
moyenne sa-di	4,75	3,46	3,08	2,73	2,39	2,17	1,92	1,93	1,64	1,50

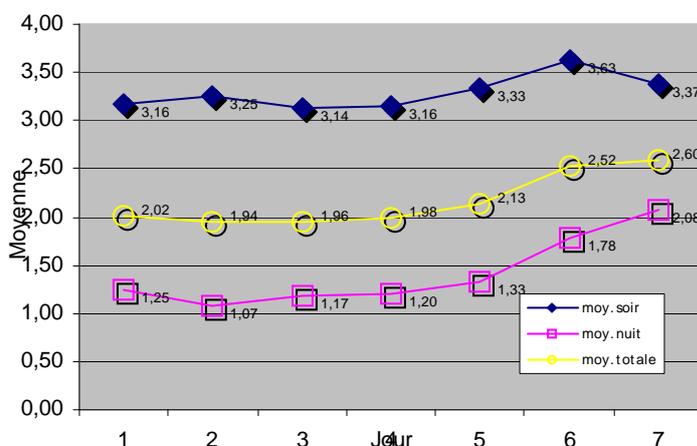
Le tableau 6 présente successivement :

- les moyennes globales d'activité du SAU par tranche horaire : par exemple, entre 20h et 21h, en moyenne, la fréquentation est de 4,42 patients, quel que soit le jour.
- les moyennes horaires d'activité des jours de semaine : par exemple, entre 1h et 6h du lundi au vendredi, il passe moins de 1,46 patient au SAU par heure
- les moyennes horaires d'activité des jours de week end (jours fériés inclus) : par exemple, jusqu'à minuit les jours de week end, le nombre moyen d'entrées est supérieur à 2,73 patients par heure.

Le tableau 7, quant à lui, présente la fréquentation en volumes (somme des moyennes horaires), en respectant le code couleur du tableau 4.

Tableaux 7 : Entrées horaires moyennes en jours de semaine et en week end

	20h – 20:59	21- 21:59	22h – 22:59	23h – 23:59	0h – 0:59	1h – 1:59	2h – 2:59	3h- 3:59	4h- 4:59	5h- 5:59
Volumes présents	30,95	23,07	20,96	17,23	13,55	11,64	9,91	9,27	7,82	7,06
Lundi-vendredi	21,45	16,14	14,81	11,78	8,78	7,29	6,07	5,40	4,53	4,06
le week end	9,49	6,93	6,15	5,46	4,77	4,35	3,84	3,87	3,29	3,00



Graphique n°4 : Activité moyenne le soir et la nuit par jour de la semaine

Le graphique ci-contre reprend les données du tableau 4 (lundi=1 ; mardi=2, etc). La fréquentation moyenne du soir est triple à celle de la nuit du lundi au vendredi alors que les écarts se resserrent le week end. Le samedi (6) la fréquentation de nuit augmente plus que celle du soir, de respectivement +0,55 et +0,30.

Le dimanche, la fréquentation du soir baisse (-0,26) tandis que celle de nuit augmente de +0,30 (conséquence du samedi soir).

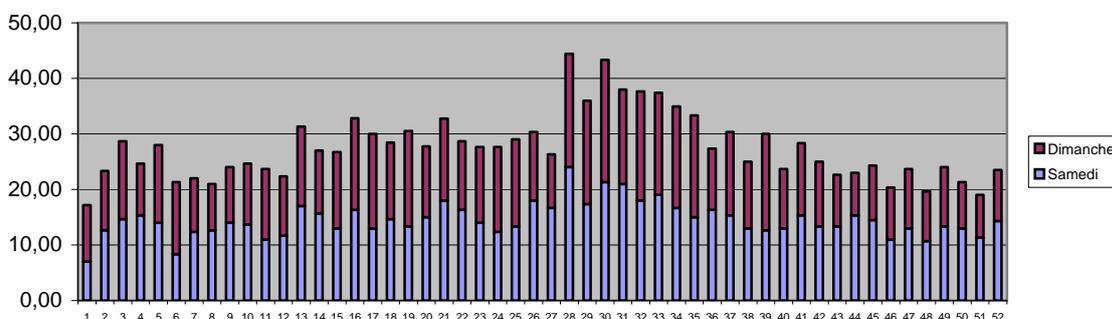
Plusieurs remarques doivent à ce stade être formulées :

- les tableaux 3, 4, 6, et le graphique n°4 montrent que la moyenne de fréquentation du SAU les nuits de semaine est inférieure à 1,5 patient/h,
- le détail des moyennes horaires (tab 3) invite à la prudence : seules les moyennes de fréquentation entre 1h et 6h du lundi au jeudi sont inférieures à 1,5 patient/h,
- l'activité de week end doit faire l'objet d'une analyse spécifique.

Néanmoins, les chiffres présentés sont des moyennes de flux entrants, qui ne tiennent compte ni du critère de gravité des patients, ni de leur accumulation liée à la durée du passage. Malgré ces réserves, les moyennes de 1,5 ou 2 patients/h semblent pertinentes pour pointer une éventuelle mobilisation excessive de la ressource médicale (2 seniors et 3,5 internes).

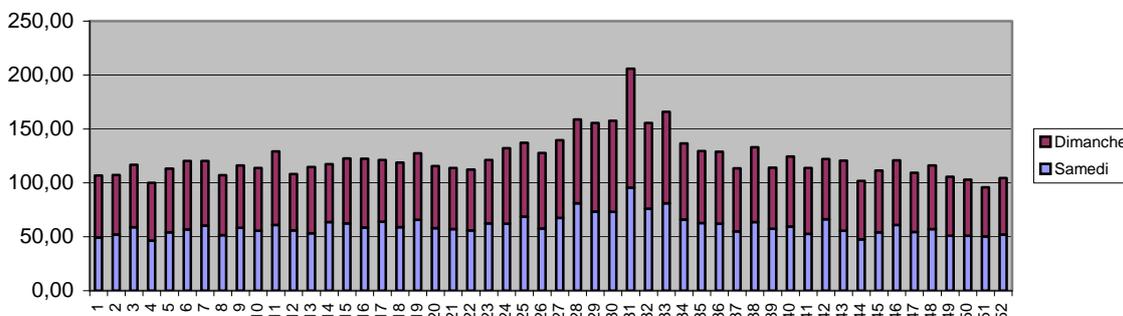
b) *Analyse de l'activité du week end tout au long de l'année*

Graphique n°5 : Volumes d'entrées moyens des soirs de week end



Il semble qu'aucune tendance ne ressorte clairement de l'analyse de ce graphique, excepté que l'activité estivale débute semaine 28. En outre, compte tenu du niveau relativement élevé des moyennes horaires d'entrée révélées par le tableau 3, réduire la ressource médicale ne semble pas opportun sur les week end : non seulement les flux entrants moyens sont relativement élevés, mais ils s'ajoutent aux flux déjà entrés eux-mêmes conséquents, comme le graphique 6 ci-dessous permet de le déduire.

Graphique n°6 : entrées moyennes les jours de week end (6h-20h)



Par exemple, semaine 13, 61 patients entrent aux urgences le dimanche entre 6h et 20h, soit 4,36 patients/heure. La mesure de la durée de passage aux urgences montre qu'un patient reste en moyenne entre 4 et 5 heures dans le service. $4,36 \times 4 = 17,4$ patients sont

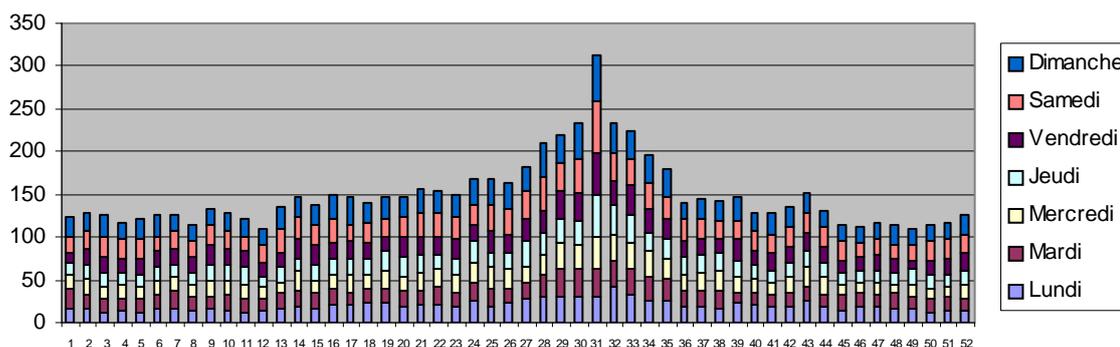
présents à 20h. Entre 20h et 21h, 4,36 patients quittent le service, tandis que 4,81 nouveaux patients arrivent pour au moins 4 heures. Soit 17,88 patients présents. Compte tenu de l'extrême instabilité des flux entrants le week end, et de l'approximation de la simulation basée sur des moyennes, il paraît risqué de diminuer la ressource médicale présente le week end.

L'activité du week end ne semble donc pas permettre de réallocation de la ressource médicale en fonction de l'activité, compte tenu de la volatilité de cette dernière.

Les développements qui suivent cherchent par conséquent à identifier les semaines pour lesquelles, les jours de la semaine (hors week end), il est envisageable d'optimiser l'allocation de ressource en fonction de l'activité.

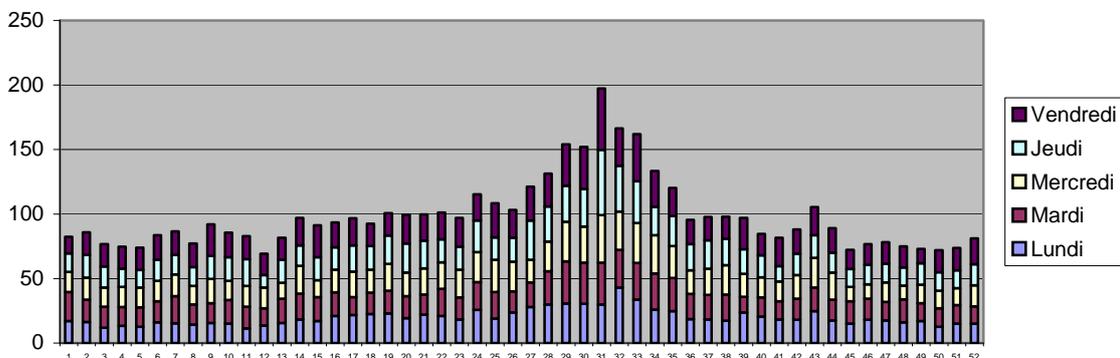
c) *Analyse des variations saisonnières d'activité (hors week end)*

Graphique n°7 : Fréquentation hebdomadaire moyenne de 20h00 à 5h59



Le graphique n°7 ci-dessus présente la fréquentation moyenne des urgences par jour de la semaine et par semaine, entre 20h00 et 5h59 (soir+nuit).

Graphique n°8 : Fréquentation hebdomadaire moyenne de 20h00 à 5h59 du lundi au vendredi

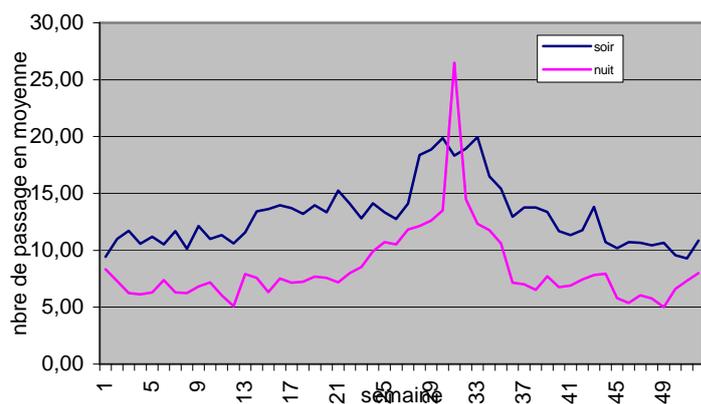


Le Graphique n°8 décrit 3 tendances sur l'année :

- le pic d'activité estivale, entre 100 et 200 passages, semaines 24 à 35 (juin-août),
- un plateau d'activité pré et post saison oscillant autour de la centaine de passages, mais souvent inférieur à 100 : semaines 14 à 23 (avril-mai) et 36 à 39 (septembre),
- l'activité hors saison, se caractérise par son instabilité, oscillant entre 69 (semaine 12) et 105 (semaine 43), mais qui oscille globalement autour de 81 passages.

La période analysée compte 5 jours de 10 h ; ces données sont donc à diviser par 50 pour arriver à une approximation des nombres d'entrée moyens observés au tableau 4.

Graphique n°9 : Fréquentation moyenne de 20h à 6h

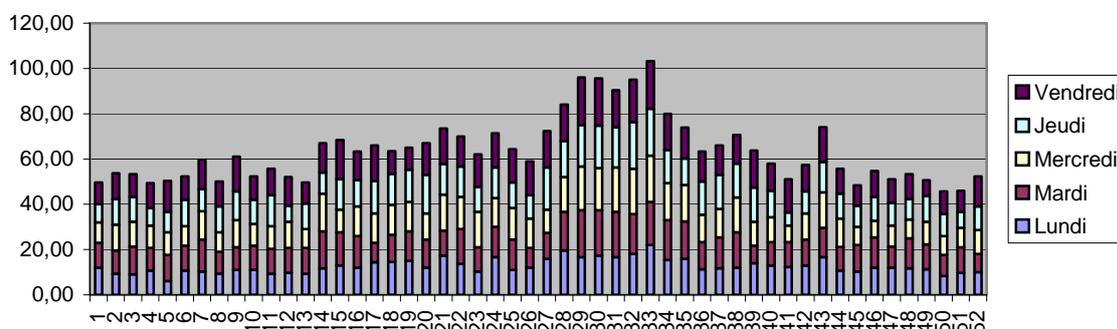


Le graphique n°9 montre qu'exceptée la semaine 31 (fêtes de Bayonne) et la période des fêtes de fin d'année, les flux entrants de nuit sont très inférieurs à ceux du soir. Un tel constat légitime la réflexion sur l'allocation des moyens médicaux.

⇒ L'activité du soir hors week end : 20h – minuit

L'activité moyenne du soir permet d'identifier les tendances décrites par le graphique n°8 avec une précision moindre. L'activité paraît moins stable, ce qui peut se traduire par des difficultés de prévision, et donc, par une modulation de l'allocation de ressources plus ardue. En outre, l'écart entre les minima et maxima est plus faible que pour d'autres périodes, ce qui réduit la marge d'imprécision des moyennes horaires du tableau 4. Pourtant, des solutions peuvent pallier cette relative volatilité de l'activité de soirée.

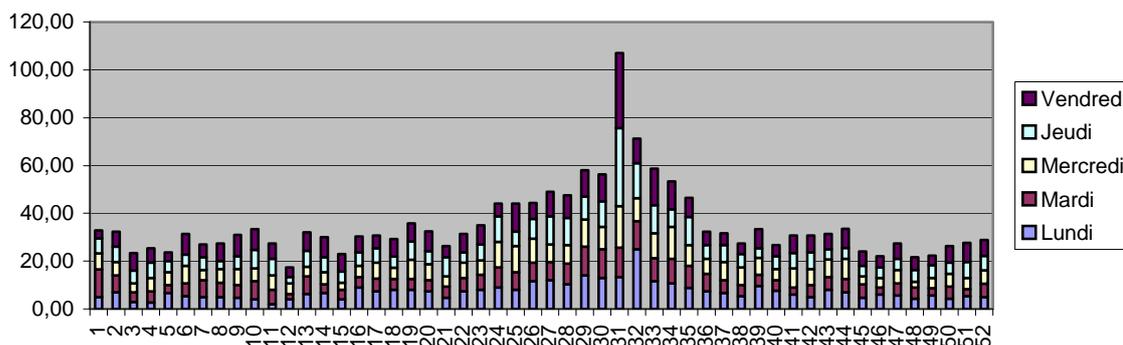
Graphique n°10 : Entrées moyennes des soirs du lundi au vendredi



⇒ L'activité la nuit hors week end : minuit-6h00

Exceptée la période estivale, toutes les moyennes présentées au graphique n°11 sont comprises entre 17 et 35 passages, sur une période de 5 nuits de 6 heures chacune. Les moyennes horaires, hors période estivale sont donc comprises entre 0,57 et 1,17 patients par heure (17/30 et 35/30). La ressource médicale allouée (2 PH et 3,5 ETP d'internes) paraît démesurée compte tenu de la faiblesse de l'activité.

Graphique n°11 : Volumes moyens d'entrées les nuits de jours de semaine



d) *Précisions sur l'organisation des gardes au SAU*

La ressource médicale allouée au fonctionnement du SAU exige la continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Aujourd'hui, à l'échelle du pôle réanimation médecine d'urgence, 5 lignes de garde de PH sont mobilisées :

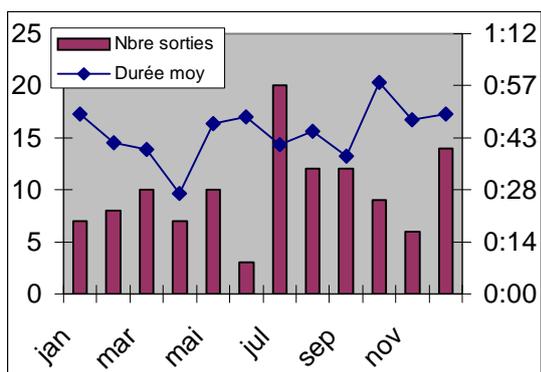
- 4 aux urgences : 1 régulateur SAMU²⁹, 1 effecteur SMUR, 2 au SAU,
- 1 anesthésiste-réanimateur au service de réanimation.

Lorsque le premier véhicule SMUR est sorti en opération, entre 20h00 et 8h00, le deuxième est médicalisé par l'un des seniors de garde au SAU. La suppression de l'une des deux lignes de garde du SAU est par conséquent porteuse d'un risque important pour la sécurité et la qualité de prise en charge des patients, si les sorties simultanées des deux véhicules SMUR se révélaient fréquentes et de longue durée. Le tableau 8 et le graphique n°12 éclairent le problème :

Tableau 8 : moyennes des nombres et durées de sorties simultanées des deux véhicules SMUR en 2007

	jan	fév	mar	avr	mai	jun	juil	aou	sep	oct	nov	dec	moy
Nbre sorties	7	8	10	7	10	3	20	12	12	9	6	14	9,83
Durée moy	0:49	0:41	0:40	0:27	0:47	0:49	0:42	0:59	0:38	0:58	0:48	0:49	0:45
Durée min	00:11	00:14	00:09	00:19	00:05	00:43	00:06	00:18	00:15	00:22	00:17	00:10	00:15
Durée max	02:15	01:36	01:41	00:45	01:39	00:56	01:40	01:35	01:10	01:58	01:13	01:31	01:29

Graphique n°12 : Nombre et durée des doubles sorties de véhicules SMUR en 2007



Il ressort de cette analyse que les sorties sont en moyenne de 45 minutes. En moyenne, les sorties simultanées surviennent moins de 10 fois par mois sur la tranche horaire 20h00-8h00. La durée maximale pendant laquelle aucun PH senior n'aurait été présent au SAU, dans l'hypothèse de la suppression d'une ligne de garde les nuits de semaine, est de 2h15. Si le service peut se satisfaire, en

termes de sécurité et de qualité des soins, d'une absence de senior au SAU pendant 45 minutes, compte tenu de la présence, à proximité, du régulateur et du réanimateur, il n'est néanmoins pas souhaitable que cette absence perdure plus longtemps. Les propositions ci-dessous sont formulées en ce sens.

B) Synthèse et propositions

a) *Synthèse*

L'analyse des moyennes horaires (tableau 3) montre que l'activité de nuit en semaine est faible, et ce d'autant que ces moyennes intègrent les chiffres de la saison estivale. Il y a par conséquent encore moins d'activité en période hors saison. L'absence de modulation des effectifs médicaux sur la durée de garde (20h00-8h00) alors même que l'activité évolue fortement à la baisse indique le potentiel d'amélioration. Le tableau 4 indique en effet que les moyennes de nuit sont 2 à 3 fois inférieures à celles du soir. Pour autant, cette constatation gagne à être précisée. Il ressort de l'analyse que l'activité de week-end est élevée et assez peu sensible aux variations saisonnières en ce qui concerne le nombre moyen d'entrées entre 20h et 6h. À ce jour, les données disponibles ne permettent pas d'envisager sereinement une réduction du personnel médical présent les soirs et nuits de week-end du fait du nombre de patients potentiellement présents dans le service ou de la gravité éventuellement simultanée de plusieurs patients lourds.

Finalement, l'analyse de l'influence des variations saisonnières sur l'activité, et le croisement de celle-ci avec ce qui précède permettent d'approcher encore plus de l'optimisation souhaitée.

²⁹ Au CHICB, le SAMU-SMUR est une structure interne du pôle « réanimation médecine d'urgence »

Conclusion intermédiaire :

La ressource médicale allouée à la période 20h00 – 5h59 peut et doit être réduite en fonction des variations d'activité, en dehors des week end et de la période estivale.

Les propositions ci-dessous cherchent à allouer la ressource médicale au plus près de l'activité en tenant compte des exigences de sécurité, du cadre réglementaire et de leur degré d'acceptabilité sociale.

b) *Hypothèses extrêmes de réorganisation des gardes nocturnes du SAU les jours de semaine, en dehors de la période estivale*

Tableau 9 : Rappel des tarifs de gardes et astreintes (en euros) :

INDEMNITE SUJETION (Garde)	260,43
1/2 SUJETION	130,22
1/2 PLAGE ADDITIONNELLE NUIT	233,22
ASTREINTE OPS (AO)	41,46
1/2 AO	20,73
1ER DEPLACEMENT	64,38
2E DEPLACEMENT	72,56
INTERNE (Int)	117,14

⇒ Hypothèse basse : supprimer la deuxième ligne de garde et renforcer le soir d'une demi-astreinte opérationnelle en pré et post saison :

Tableau 10 : organisation annuelle des gardes en hypothèse basse

		SEMAINES				
		1 - 13	14 - 23	24 - 35	36-39	40 - 52
SENIOR 1	SOIR	GARDE				
	NUIT					
SENIOR 2	SOIR		1/2 AO	GARDE	1/2 AO	
	NUIT					

Tableau 11 : économie réalisée en hypothèse basse

Hypothèse Basse	MODALITÉ D'ORGANISATION		DUREE D'APPLICATION			GAINS (en €)	
			12 sem.	14 sem	26 sem	MIN	MAX
Hypothèse Basse	2 PH de garde+3,5 int :	COUT	78 191,40	-	-	41 049,10	50 634,90
	1 garde + 1/2 AO	MIN	-	74 444,30	-		
		MAX	-	84 030,10	-		
	1 garde :	MIN	-	-	135 558,80		
		MAX	-	-			

Principe :

Un tel dispositif n'est possible que sur les nuits de semaine et en dehors de la saison estivale, compte tenu de l'activité. Les week end et les semaines d'été (24 à 35), l'organisation actuelle est maintenue. Les coûts et gains (cf. tableau 11) sont calculés en fonction de chaque configuration, par rapport à la situation actuelle.

Avantages :

Les économies de fonctionnement réalisées sont conséquentes tant que les déplacements sont rares. Elles oscillent entre 41 049 et 50 634 € sur le cycle d'exploitation, en fonction du versement des primes de déplacement lors des astreintes. Les rotations en garde sont en outre moins fréquentes et contribuent à l'amélioration des conditions de vie.

Inconvénients et limites :

Plus l'activité est soutenue, plus les déplacements en astreinte risquent d'être fréquents. Par ailleurs, le dispositif se heurte à une limite majeure en matière de sécurité. Dans l'hypothèse où les deux véhicules de SMUR sont sortis, le SAU n'est plus seniorisé, le temps que le PH d'astreinte rallie le service. Le risque d'une carence de prise en charge d'un patient lourd, peut survenir lorsque les deux véhicules SMUR sont sortis. Seuls les internes et le régulateur sont alors présents en attendant le retour d'un des véhicules. Néanmoins, ce risque peut devenir acceptable en rappelant trois points :

- le PH de garde en réanimation peut être mobilisé, en plus du régulateur,
- la nuit, les sorties simultanées des deux SMUR n'excèdent que rarement l'heure,
- même si la seniorisation du SAU est une volonté du CHICB, au moins trois internes sont toujours présents entre 20h et 8h. Encadrés par deux seniors, ils sont donc capables d'absorber une partie de la surcharge de travail.

⇒ Hypothèse haute : remplacer la deuxième ligne de garde par une astreinte opérationnelle en hors saison, et par une demi-garde en pré et post saison :

Tableau 12 : organisation journalière des gardes en hypothèse haute

	18h30	19h	20h	21h	22h	23h	0h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h		
Senior 1			GARDE 12h														
senior 2			1/2 GARDE 5h				1/2 ASTREINTE OPERATIONNELLE										

Tableau 13 : organisation annuelle des gardes en hypothèse haute

		SEMAINES				
		1 - 13	14 - 23	24 - 35	36-39	40 - 52
SENIOR 1	SOIR	GARDE				
	NUIT					
SENIOR 2	SOIR	AO		1/2 GARDE	GARDE	1/2 G
	NUIT			1/2 AO		1/2 AO

Principe :

L'idée ici consiste à avancer d'une heure la prise de garde du 2^è senior, afin d'accélérer la sortie des patients accumulés tout au long de la journée. Les week end et les semaines

d'été (24 à 35), l'organisation actuelle est maintenue. Les coûts et gains (cf. tableau 14 infra) sont calculés en fonction de chaque configuration, par rapport à la situation actuelle.

Tableau 14 : économie réalisée en hypothèse basse

Hypothèse haute	MODALITÉ D'ORGANISATION	COUT	DUREE D'APPLICATION			GAINS (en €)	
			12 sem	14 sem	26 sem	MIN	MAX
Hypothèse haute	2 lignes de garde :	78 191,40	-	-	-	1 615,10	36 129,70
	1 garde + 1/2 Garde et 1/2 AO	MIN	-	83 559,70	-		
		MAX	-	93 145,50	-		
	1 garde + 1 AO :	MIN	-	-	140 948,60		
		MAX	-	-	165 877,40		

Avantages :

Les économies de fonctionnement réalisées sont moins importantes que dans l'hypothèse précédente, mais cette solution s'affranchit partiellement (en ce qui concerne les soirs) des réserves émises matière de sécurité en hypothèse 1. Les écarts entre les gains varient en fonction des versements d'indemnités de déplacement, voire de plages additionnelles. Néanmoins, compte tenu du degré de sécurité plus élevé ici que dans l'hypothèse précédente, les gains seront vraisemblablement plus proche de 30 k€ que de la borne basse.

Programmer la demi-garde sur 5 heures permet d'atténuer l'opposition du corps médical. La demi-garde est payée à son tarif, bien que sa durée soit amputée du sixième. L'argument des dépassements d'horaires peut alors être contré : si l'activité l'exige, le senior en demi-garde que sa conscience empêche de partir ne sera pas lésé s'il reste jusqu'à 1h00. En cas d'activité faible, il part en demi-astreinte une heure plus tôt, sans perdre de rémunération.

Inconvénients :

La réserve en matière de sécurité demeure, même si elle ne dure que le temps que le PH d'astreinte rejoigne le SAU. En contrepartie, les gains sont quasiment nuls lorsque les déplacements sont fréquents, et ils peuvent l'être en période de hors saison, notamment en soirée.

c) *Proposition d'organisation des gardes au SAU*

Tableau 15 : Organisation retenue transitoirement

		Semaines			
		40 - 52	1 - 13	14 - 23	24 - 35
SENIOR 1	SOIR	GARDE			
	NUIT				
SENIOR 2	SOIR	1/2 AO	1/2 AO	AO	GARDE
	NUIT				

L'objectif de la voix du client était d'améliorer les composantes de la performance. L'allocation de la ressource médicale entre 20h00 et 8h00 peut se faire en fonction de l'activité, sans être limitée par les risques soulignés plus haut. En effet, l'hypothèse basse est mise en œuvre pendant près d'un an de manière probatoire. Afin de couvrir le risque, la présence potentielle est renforcée, comme le montre le tableau 15, à compter de la semaine 40 et jusqu'en semaine 13. Le bureau des Affaires Médicales assurera le suivi des déplacements en astreinte pour déterminer laquelle des deux hypothèses est la plus proche de la réalité. Des semaines 14 à 23, l'astreinte opérationnelle remplace la garde, à moindre coût que celui de l'organisation actuelle, même dans l'hypothèse où chaque soir ou nuit doit donner lieu au versement d'une demi-plage additionnelle (pour les déplacements de 3 heures ou plus). De même, le suivi des déplacements est effectué pour dater et quantifier le besoin de la ressource médicale.

d) *Évaluation ex post des gains réalisés*

Une évaluation des gains interviendra semaine 24 en 2009, afin de déterminer quelle hypothèse est la plus judicieuse à mettre en place pour la rentrée 2009, c'est à dire laquelle est la plus en cohérence avec les variations saisonnières et nocturnes d'activité.

□ **Bilan d'étape 4 :**

La mise en pratique de l'approche processus développe les gains en matière de performance, à condition de définir les critères de satisfaction de la voix du client. Les gains générés sont de nature complexe (économies ou sécurité) compte tenu de l'hétérogénéité des composantes de la voix du client. Pour autant, les gisements d'amélioration décelés par l'approche processus ont été investis, et devraient générer une diminution d'au moins 10% par an du déficit du SAU.

*

* *

3 De cette expérience, plusieurs propositions émergent afin d'optimiser la méthode et de la généraliser.

3.1 De l'optimisation de la méthode...

Pour l'institutionnalisation du management par les processus.

3.1.1 Quelle place dans l'organigramme ?

L'échelon tactique de la politique qualité gagnerait à être renforcé, par l'institutionnalisation de la fonction, directement rattachée à l'échelon stratégique. De plus en plus d'établissements recrutent des ingénieurs en organisation, mais les intègrent à la direction qualité. Le management par les processus requiert, pour être efficient et s'imposer aux directions fonctionnelles, un haut niveau de légitimité. C'est pourquoi il conviendrait de subordonner le manager par les processus à la direction générale.

3.1.2 Quels objectifs pour le manager par les processus ?

Le manager par les processus doit disposer d'une solide culture organisationnelle, nécessaire à la mise en œuvre de cette politique. Son expérience est nécessairement industrielle, et nécessitera une formation destinée à favoriser son intégration dans l'univers hospitalier. Capable de travailler en autonomie, et doué d'un sens de l'initiative prononcé, il est subordonné au Directeur d'établissement (ou à son secrétaire général) auquel il propose les domaines à investir. Sa mission est d'améliorer la performance de l'établissement, par l'optimisation de ses processus. Recruté en contrat à durée indéterminée, il est rémunéré par une part fixe et une part variable d'intéressement de 10% des gains générés par son action pour l'établissement.

3.1.3 Quel financement ?

Compte tenu des frais de formation engagés, et de la faible rentabilité du manager les premiers mois de son recrutement, une provision est constituée chaque année, couvrant le coût de son recrutement pour l'établissement. Par exemple, si le recrutement coûte 60 k€ annuels à l'établissement, et la formation 6 k€ la première année, le seuil au-delà duquel le manager est éligible à l'intéressement est fixé à 66 k€ la première année, et au

montant que sa rémunération fixe coûte à l'établissement les années suivantes³⁰. Par exemple, en imaginant qu'il mène trois missions la première année, et que les gains générés soient de 200 k€, son intéressement s'élèvera à $(200-66)/10=14,4$ k€, versés mensuellement sur l'année suivant la perception des gains. Ainsi, le manager cherchera à obtenir un retour sur investissement plus rapide, et les gains les plus élevés. Le pourcentage d'intéressement pourra être modulé en fonction de l'importance stratégique des actions, et l'établissement pourra affecter le reste des gains pour partie au pôle clinique, technique ou médico-technique concerné, et pour partie au pôle « administration », lui garantissant des ressources propres, abaissant par-là les charges indirectes de l'ensemble des pôles.

3.2 ...À sa généralisation.

Nombreux sont les domaines que l'approche processus pourrait investir. À titre d'exemple, la pertinence des hospitalisations peut être optimisée, notamment à travers la création de structures d'hospitalisation dont la durée d'ouverture est en pleine cohérence avec les DMS des GHM : hôpitaux de jours et de semaine en chirurgie. Si la mise en cohérence de la DMS avec les durées d'ouverture des structures permettent de satisfaire aux exigences de l'assurance maladie (« circulaire frontière » pour l'hospitalisation de jour), elle garantit également une meilleure allocation de ressources, et constitue un gisement important de gains de productivité.

De même, la croissante constitution de réseaux légitime l'approche systémique, et renforce la légitimité du management par les processus. Le macro processus que constitue par exemple la prise en charge des patients cardiologiques en Pays basque, illustre les développements que pourrait connaître la démarche. L'analyse de ce processus a pu démontrer que la création d'un Identifiant patient partagé (IPP), commun à l'ensemble de la cardiologie basque, devait être créé pour garantir une prise en charge homogène du patient sur tout le territoire de santé. Jugé particulièrement innovant, le projet, déposé à l'ARH d'Aquitaine dans le cadre du projet hôpital 2012, a reçu le plein soutien de la tutelle, qui financera l'assistance à maîtrise d'ouvrage et la réalisation du projet.

³⁰ L'objectif de maîtrise de la masse salariale incite à trouver des mécanismes susceptibles de ralentir l'augmentation des salaires ; ici, l'augmentation de la part fixe se traduit par l'élévation du seuil de rentabilité, et donc de la provision.

Conclusion

La littérature économique attribue quatre composantes à la performance : l'efficacité productive, l'efficacité allocative, l'efficacité médicale et l'équité. Aujourd'hui, la politique qualité est menée dans les établissements de santé pour améliorer leur niveau de performance. Néanmoins, plusieurs facteurs limitent l'efficacité de la politique qualité à améliorer la performance, même si son influence positive a pu être démontrée sur presque toutes les composantes. C'est pourquoi le dynamisme de la politique qualité doit être régénéré par le renouvellement des leviers traditionnels de l'amélioration de la performance. Ainsi, l'approche processus s'affirme comme un moyen nouveau et complémentaire de l'amélioration de la performance, tant sa capacité à répondre aux objectifs de la recherche de performance semble efficace.

L'application pratique de cette approche théorique a abouti à l'optimisation concrète du processus de prise en charge des patients du service d'accueil des urgences au CHICB :

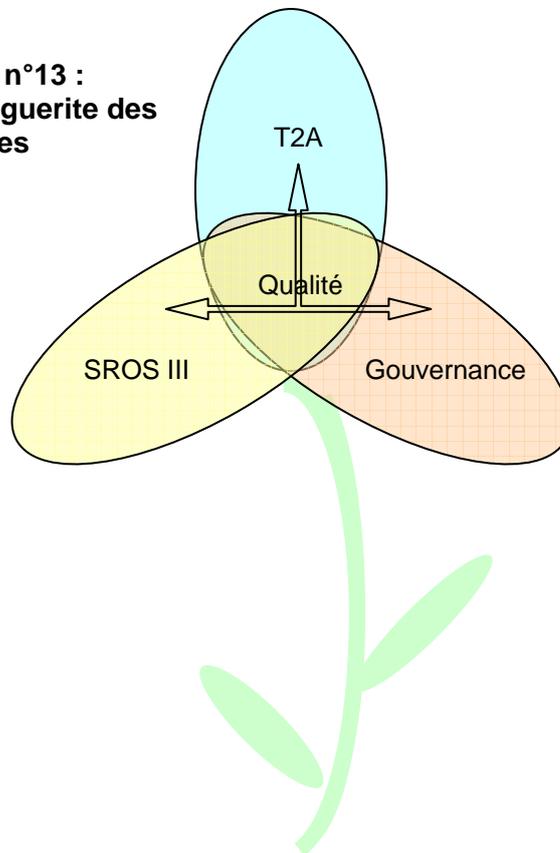
- l'efficacité médicale est renforcée par le recentrage du SAU sur son cœur de métier, et la prise en charge plus rapide de certaines pathologies par les spécialistes d'« organes »,
- l'efficacité productive et l'équité sont améliorées par la réduction du temps de passage des patients au SAU,
- l'efficacité allocative est optimisée par la mise en cohérence de la ressource médicale avec l'activité, en générant au passage une économie annuelle de l'ordre d'un ETP d'IDE.

La mise en œuvre pratique d'un management par les processus au CHICB a permis d'identifier quelques points restant perfectibles, notamment du point de vue institutionnel. Néanmoins, la démarche révèle tout son intérêt dans l'analyse d'un processus et de ses interactions avec un système complexe. Les outils d'analyse se sont révélés particulièrement pédagogiques, et ont parfois réussi à convaincre de farouches opposants. Les solutions envisagées découlent presque naturellement de l'analyse, si celle-ci est menée avec rigueur.

Enfin, pour répondre à la problématique soulevée en introduction, la recherche de performance par les établissements de santé trouve sa résolution par la combinaison des leviers de politique qualité traditionnelle, et des outils qu'offre le management par les processus. Pour cela, les échelons tactique et stratégique de la politique qualité doivent être plus intégrés, et ce, au plus haut niveau de l'établissement afin de développer le niveau de performance en s'affranchissant du maximum de freins. Ainsi, les effets de

cette politique qualité à deux visages se diffuseront par capillarité à l'ensemble des unités de l'hôpital. La célèbre « marguerite » des réformes perdra alors sa pétale « politique qualité ». De quatre, elle passe à trois pétales reliées et nourries par la « tige » politique qualité ; la politique qui légitime toutes les autres en leur garantissant une performance optimale.

**Graphique n°13 :
La nouvelle marguerite des réformes**



Si la citation a pu se vérifier par le passé³¹, ce n'est plus la solidarité qui constitue le prérequis des performances durables et honorables de l'hôpital, mais bien la performance atteinte grâce à une politique qualité au dynamisme renouvelé qui assurera sa pérennité à la solidarité qu'offrira l'hôpital de demain.

*

* *

³¹ Voir la citation de François Proust, page 1

Bibliographie

Ouvrages

RAWLS JOHN, *A Theory of Justice*, 1971, Harvard, HUP.

OSBORNE DAVID et GAEBLER TED, *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. New York, 1992 - Plume Book – ISBN : 978-0201523942.

MOUGIN YVON, *La cartographie des processus - Maîtriser les interfaces*, 2^è édition, Paris 2004 – ISBN : 2-7081-3106-0

Rapports

VOYER PIERRE; *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 1999. p.100.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC - Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux - disponible sur internet : www.msss.gouv.qc.ca - Bibliothèque nationale du Québec, 2000 - ISBN 2-550-36914-9

ANAES 2004, *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions*, La Documentation française - Paris, 2004 - ISBN : 2-914517-38-6

COULOMB ALAIN et BOUSQUET FREDERIC, Complément 'A' du Rapport n°66 du Conseil d'Analyse Economique par Dominique Bureau et Michel Mougeot, *Performance, incitations et gestion publique*. La Documentation française - Paris, 2007 - ISBN : 978-2-11-006636-7

ARTOIS ADELINE et Al., *Module Interprofessionnel de santé publique : Des événements indésirables dans le système de soins*, Rennes, 2007 disponible à l'EHESP

Articles et revues périodiques

KALDOR NICHOLAS, « Welfare Proposition of Economics and Interpersonal comparisons of Utility », 1939, *The Economic Journal*, vol. 49, pp 549-552;

HICKS JOHN, « The Foundations of Welfare Economics », 1939, *The Economic Journal*, vol. 49, pp 696-712

Mc GLYNN ELIZABETH A. et al., « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States », in *The New England Journal of Medicine*, 26 juin 2003 - Volume 348:2635-2645 – 26 Juin 2003 - Numéro 26.

Ressource web

LANNEAU REGIS, *Introduction de Thèse Analyse économique et analyse juridique du droit*, Centre de Théorie et d'Analyse du Droit, UMR 7074 Paris X – disponible sur Internet :

{www.u-paris10.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=7937 - } , p.10

<http://www.cae.gouv.fr/>

<http://fr.wikipedia.org/wiki/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.cnrtl.fr/>

<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/>

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

Conférences

COULOMB ALAIN, ancien Directeur Général de la HAS, *Évolution du référentiel v. II de la HAS et EPP dans le cadre de la nouvelle gouvernance*, 31 janvier 2007, Bayonne.

Conférence annuelle EHMA 2008, du 25 au 27 juin 2008, Athènes, notamment :

- WALSHE Kieran Pr., Manchester Business School : *The Politics of Change Management*
- BROMMELS Mat, Pr., Karolinska Institutet, Stockholm, *The Power of Health Buildings*

Divers

DUCQ Yves, Support de formation : *Modèle décisionnel global GRAI de pilotage*, formation GRAI, GRAISOFT

Liste des annexes

Annexe 1 : Modèle de fiche de mesure du temps de passage au SAU

Annexe 2 : Durées moyennes de passage au SAU

Annexe 3 : CREA 2008 du SAU

Annexe 4 : Liste des GHM à concertation renforcée

Annexe 5 : Hypothèses intermédiaires d'organisation des gardes au SAU

Annexe 1 : Mesure du temps de passage aux urgences

Etiquette	1 Motif d'admission :		
	2 Flux	<input type="checkbox"/>	Ambu
		<input type="checkbox"/>	Hospit
	3 Heure d'admission :	h	min
	4 Heure d'entrée dans le box : (prise en charge initiale)	h	min
	5 Fin de prise en charge : (appel au service d'aval)	h	min
	Entre l'entrée et la sortie du box (4 et 5), le patient a-t-il attendu à cause de : (<u>si besoin</u> , cocher la ou les cases correspondantes)		
	5.1	<input type="checkbox"/>	l'attente des résultats de biologie ?
	5.2	<input type="checkbox"/>	l'attente des résultats d'imagerie ?
	5.3	<input type="checkbox"/>	l'absence de personnel pour brancarder ?
	5.4	<input type="checkbox"/>	l'indisponibilité du médecin ?
	5.5	<input type="checkbox"/>	une autre raison ? à préciser :
	6 Sortie administrative du SAU :	h	min
	Entre la fin de prise en charge et la sortie des urgences (5 et 6), le patient a-t-il attendu à cause de : (<u>si besoin</u> , cocher la ou les cases correspondtes)		
	6.1	<input type="checkbox"/>	l'absence de personnel pour brancarder ?
	6.2	<input type="checkbox"/>	chambre non prête (ou lit d'aval indisponible...)
	6.3	<input type="checkbox"/>	une autre raison ? à préciser :

Annexe 2 : Durées moyennes de passage au SAU

TOTAL			
<u>TPS DE PASSAGE</u>	(en minutes)	(en H et min)	% du temps d'attente total
somme	35 691,00		
moyenne	157,92	2H38	100%
<u>NON PRECISE</u>			
somme	19 394,00		
moyenne	140,54	2H20	54,34%
<u>AVEC BIO</u>			
somme	9 095,00		
moyenne	245,81	4H06	25,48%
<u>AVEC IMAGERIE</u>			
somme	4 877,00		
moyenne	162,57	2H43	13,66%
<u>AVEC INDISPO BRANCARDIER</u>			
somme	4 810,00		
moyenne	229,05	3H45	13,48%
<u>AVEC INDISPO MEDECIN</u>			
somme	4 295,00		
moyenne	153,39	2H34	12,03%
<u>AVEC INDISPO LIT</u>			
somme	795,00		
moyenne	159,00	2H39	2,23%

<u>TPS DE PASSAGE</u>	TOTAL			A			H		
	(en minutes)	(en H et min)	% du temps d'attente total	(en minutes)	(en H et min)	% du temps d'attente total	(en minutes)	(en H et min)	% du temps d'attente total
somme	35 691,00	2H38		17 159,00	2H00		17 402,00	3h40	
moyenne	157,92			119,99			220,28		
<u>NON PRECISE</u>									
somme	19 394,00	2H20	54,34%	11917,00	1H57	33,39%	6422,00	3H14	17,99%
moyenne	140,54			116,83			194,61		
<u>AVEC BIO</u>									
somme	9 095,00	4H06	25,48%	510,00	2H50	1,43%	8 585,00	4H13	24,05%
moyenne	245,81			170,00			252,50		
<u>AVEC IMAGERIE</u>									
somme	4 877,00	2H43	13,66%	2 462,00	2H03	6,90%	2 340,00	4H20	6,56%
moyenne	162,57			123,10			260,00		
<u>AVEC INDISPO BRANCARDIER</u>									
somme	4 810,00	3H45	13,48%	1 360,00	2H31	3,81%	3 450,00	4H47	9,67%
moyenne	229,05			151,11			287,50		
<u>AVEC INDISPO MEDECIN</u>									
somme	4 295,00	2H34	12,03%	3 010,00	2H17	8,43%	1 285,00	3H34	3,60%
moyenne	153,39			136,82			214,17		
<u>AVEC INDISPO LIT</u>									
somme	795,00	2H39	2,23%	125,00	1H02	0,35%	670,00	3H43	1,88%
moyenne	159,00			62,50			223,33		

Annexe 3 : CREA du SAU

DEPENSES								
	2006	2007	Ecart 07/ 06	Ecart 07/ 06	% SER- VICE	% ENC	Ecart Dép/ENC	Indicateur PEPEC
(I) PERSONNEL	3 278	3 586	9,39%	307	64,43%	73,95%	1064,51%	6,05%
- Personnel Médical	1 178	1 392	18,16%	213	25,02%	51,39%	550,80%	4,54% 1
- PNM	2 099	2 193	4,47%	93	39,41%	22,56%	2234,64%	1,76% 2
(II) MEDICALES	358	394	9,81%	35	7,08%	8,45%	1019,34%	0,69%
- Produits pharmaceutiques	99	132	33,58%	33	2,39%	8,02%	297,78%	0,80% 5
- Produits sanguins	96	99	3,37%	3	1,80%	0,78%	2965,13%	0,06% 9
- Petit matériel	154	155	1,00%	1	2,80%	0,37%	9967,59%	0,03% 10
- Sous-traitance	0	0	0,00%	0	0,00%	-0,03%	-100,00%	0,00% 11
(III) HOT. ET G^{al}	3	2	-16,94%	0	0,05%		-590,40%	-0,01%
Hôt.& G ^{al}	3	2	-16,94%	0	0,05%		-5,90	-0,01% 20
(IV) AMORT.	95	131	38,57%	36	2,37%	8,82%	259,30%	0,91%
Amortissement	95	131	38,57%	36	2,37%	8,82%	259,30%	0,91% 4
(V)=I+II+III+IV CHARGES DIR.	3 735	4 114	10,16%	379	73,92%	91,09%	984,69%	7,51%
- Logist. Méd.	32	52	63,46%	20	0,94%	4,88%	157,57%	0,60% 6
- Laboratoire	0	0	0,00%	0	0,00%	0,00%	#DIV/0!	0,00% 11
- Bloc op.	38	0	0,00%	-38	0,00%	-9,29%	-100,00%	0,00% 11
- Anesth.	0	0	0,00%	0	0,00%	0,00%	#DIV/0!	0,00% 11
- Imagerie	3	0	0,00%	-3	0,00%	-0,79%	-100,00%	0,00% 11
- Explo. Fonc.	16	0	0,00%	-16	0,00%	-3,87%	-100,00%	0,00% 11
- Autres Médico-Techniques	0	0	0,00%	0	0,00%	-0,01%	-71648,66%	0,00% 11
- Restauration	40	47	17,11%	7	0,86%	13,18%	1867,22%	0,15% 8
- Blanchisserie	17	17	-0,14%	0	0,31%	2,99%	1930,83%	0,00% 19
- Logistique administrative	1 025	1 080	5,36%	54	19,41%	0,00%	#DIV/0!	1,04% 3
- Structure	240	253	5,18%	12	4,55%	8,91%	3811,54%	0,24% 7
(VI) CHARGES INDIR	1 414	1 451	0,03	37	26,08%	8,91%	3811,54%	0,68%
(VII)+V+VI TOTAL CHARGES	5 149	5 566	8,09%	416	100,00%	100,00%	1236,57%	

RECETTES à 50% et STC			
	2006	2007	Ecart 2007 / 2006
(I) RECETTES EXTERNES	1 372	1 151	-221
Actes et consultations	646	551	-95
DAC externes	528	393	-134
Ticket modérateur	197	206	8
(II) RECETTES HOSPITALISES	2 268	3 388	1 120
Recettes Hospitalisés	400	1 365	965
Ticket modérateur	4	3	-1
Forfait journalier	0	0	0,00
DAC Hospitalisés	0	0	0,00
DMI, molécules onéreuses	19	72	52
Dotation Mission intérêt général	0	00	0,00
Aide à la Contractualisation	388	424	35
Forfait annuel urgences	1 454	1 523	68
(III) RECETTES AUTRES	57	45	-11
Régime particulier	0,00	0,00	0,00
Activité libérale	0,00	0,00	0,00
Divers	57	45	-11
(IV) TOTAL RECETTES	3 697	4 585	887
Marge dévelop.projets institutionnels 1%	36	45	8
RESULTAT			
Total Recettes - marge	3 660	4 539	878
Total Dépenses	5 149	5 566	416
Résultat	-1 488	-1 026	462

Annexe 4 :

Liste des GHM à concertation renforcée

24M02Z	Commotions cérébrales : séjours de moins de 2 jours	Moins de 48h
24M31Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits : séjours de moins de 2 jours	
24M01Z	Convulsions, épilepsies et céphalées : séjours de moins de 2 jours	
24Z17Z	Ethylisme aigu : séjours de moins de 2 jours	
01M14W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA	AVC
01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	
04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	GHM médicaux
01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS	
24M11Z	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif : séjours de moins de 2 jours	
06M03W	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	
08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	GHM chirurgicaux
08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	
24C18Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08	
08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	

Annexe 5 : Hypothèses intermédiaires d'organisation des gardes au SAU

- Hypothèse 1 :

Principe : une garde et une astreinte opérationnelle, sur 40 ou 26 semaines, le mode d'organisation actuel étant maintenu les autres semaines.

	18h30	19h00	20h00-8h00	8h00
SENIOR 1			GARDE 12h	
SENIOR 2			ASTREINTE OPERATIONNELLE 12h	

		COUT/SEMAINE (en euros)	COUT/AN (en euros)		
			52 semaines	40 semaines	26 semaines
Actuellement : 2 seniors et 3,5 internes		6 515,95	338 829,40	-	-
HYPOTHESE 1	<u>AO sans déplacement</u> : Sem : 1 garde, 1 AO et 3,5 int WE : 2 gardes, 3,5 int	5 421,10	281 897,20	295 035,40	310 363,30
	Gain		56 932,20	43 794,00	28 466,10
	<u>AO avec 1 déplacement</u> : Sem : 1 garde, 1 AO et 3,5 int WE : 2 gardes, 3,5 int	5 743,00	298 636,00	307 911,40	318 732,70
	Gain		40 193,40	30 918,00	20 096,70
	<u>AO avec 2 déplacements</u> : Sem : 1 garde, 1 AO et 3,5 int. WE : 2 gardes, 3,5 int	6 105,80	317 501,60	322 423,40	328 165,50
Gain		21 327,80	16 406,00	10 663,90	
<u>1/2 plage additionnelle</u> : Sem : 1 garde, 1 AO et 3,5 int. WE : 2 gardes, 3,5 int	6 379,90	331 754,80	333 387,40	335 292,10	
Gain		7 074,60	5 442,00	3 537,30	

- Hypothèse 2 : scinder la ligne de garde, renforcer le soir par une demi-garde, la nuit par une demi-AO

	18h30	19h00 - 23h00	0h00 - 7h59	8h00
SENIOR 1			GARDE 12h	
SENIOR 2		1/2 GARDE 5h	1/2 AO	

		COUT/SEMAINE (en euros)	COUT/AN (en euros)		
			52 semaines	40 semaines	26 semaines
Actuellement : 2 seniors et 3,5 internes		6 515,95	338 829,40	-	-
HYPOTHESE 2	1/2Garde et 1/2AO sans déplacement : Sem : 1 garde,1/2 garde,1/2 AO, 3,5 int. WE : 2 gardes, 3,5 int	5 968,55	310 364,60	316 933,40	324 597,00
	Gain		28 464,80	21 896,00	14 232,40
	1/2 Garde et 1/2 AO + 1 déplacement : Sem : 1 garde,1/2 garde,1/2 AO, 3,5 int WE : 2 gardes, 3,5 int	6290,45	327 103,40	329 809,40	332 966,40
	Gain		11 726,00	9 020,00	5 863,00
	1/2 Garde et 1/2 AO + 2 déplacements : Sem : 1 garde,1/2 garde,1/2 AO, 3,5 int WE : 2 gardes, 3,5 int	6653,25	345 969,00	344 321,40	342 399,20
	Gain		-7 139,60	-5 492,00	-3 569,80