

# L'effet miroir

Le management socio-économique vise à réduire les coûts cachés d'une structure en régulant certains dysfonctionnements mis au jour. Exemple avec l'application de la méthode à une pharmacie hospitalière.

Par  
 Marc Frachette,  
 IAE de Lyon, université  
 Jean-Moulin, ISEOR,  
 Ratiba Haddad,  
 Anne-Gaëlle Caffin,  
 André Rieutord,  
 Hôpital Antoine-Béclère  
 (AP-HP),  
 pharmacie, Clamart.

La théorie socioéconomique a été développée par Henri Savall, fondateur de l'Institut de socio-économie des entreprises et des organisations (ISEOR) en 1975. Celle-ci permet d'observer l'interaction entre les structures de l'organisation (physiques, technologiques, organisationnelles, démographiques et mentales) et les comportements (individuels, de groupe, d'activité, d'affinité, catégoriels ou collectifs) de ses acteurs. Cette interaction représente les pulsations vitales de l'organisation et ses anomalies. Ces dernières génèrent des coûts cachés dans les systèmes comptables. L'ISEOR a élaboré une nomenclature répertoriant six thèmes sources de dysfonctionnements : conditions de travail, organisation du travail, gestion du temps, communication-coordination-concertation, formation intégrée et mise en œuvre stratégique. La qualité du management, impacte sur la qualité de fonctionnement de l'entreprise et se répercute *in fine* sur l'environnement externe : la qualité des produits et/ou des services. Le management socio-économique (MASE) consiste à concilier la performance économique de l'organisation et la valorisation de son potentiel humain. De ce point de vue, il s'adapte particulièrement à l'hôpital, organisation complexe qui vit une mutation rapide, plutôt brutale. Cette période de changement continu doit se faire avec un personnel ayant, dans la majorité des cas, le statut de fonctionnaire. Le manager se doit de

l'accompagner de manière responsable. A l'hôpital, les structures organisationnelles et mentales, les comportements de groupes ou catégoriels sont atrophiés et induisent des dysfonctionnements en cascade : faible mise en œuvre stratégique au cœur des instances, difficultés de coopération entre les services, cloisonnement, manque de vision transversale, communication défailtante et organisation du travail peu maîtrisée. Ces dysfonctionnements entraînent une forte production de coûts cachés. Le MASE s'appuie sur un processus en quatre temps : le diagnostic, le projet, la mise en œuvre et l'évaluation. Cet axe

A l'hôpital, les structures organisationnelles et mentales, les comportements de groupes ou catégoriels sont atrophiés et induisent des dysfonctionnement en cascade.

est complété par des outils de management afin de développer la collaboration entre les collaborateurs.

## L'exemple du circuit du médicament

Le MASE est une théorie intégrée, adaptée à la gestion collective du médicament. L'organisation hospitalière crée des dysfonctionnements que la mobilisation de cadres de gestion, comme la théorie socio-économique peuvent contribuer à traiter. La méthodologie retenue est la recherche-intervention socio-économique. La recherche-intervention de type qualimétrique (recherche-expérimentation), d'approche constructiviste, inclut la pro-

duction de connaissances génériques. La recherche-intervention qualimétrique extrait des données qualitatives, mais produit également des données quantitatives et financières dans le but de comprendre et transformer l'ensemble de l'organisation dans une démarche de co-construction participative.

Une recherche-intervention part avant tout d'une demande et d'un problème. Elle nécessite d'avoir du temps, de pouvoir circuler et échanger librement dans l'organisation et de mettre en place des structures de pilotage collectives. L'accès au terrain a été facilité par notre connaissance des établissements de santé et par l'intérêt de ses acteurs pour le management socio-économique : son approche scientifique et sa dimension sociale au service d'une performance demandée au système de santé conviennent bien à ses décideurs et à ses personnels.

**La méthode.** Le cœur de la méthode comprend une série d'entretiens qualitatifs semi-directifs, suivis de la présentation d'un effet miroir (retour factuel et précis des dysfonctionnements observés) aux personnes interviewées avant la rédaction d'un avis d'expert et le calcul des coûts cachés.

Le terrain d'observation était un hôpital appartenant à un CHU de 450 lits représentant 10000 séjours d'hospitalisation et une dépense d'environ 12 millions d'euros de médicaments par an. A la période de l'étude, il est à l'équilibre budgétaire. Cependant, le rapport de certification 2006 a émis des réserves sur le circuit du médicament et nécessite la remise à plat de certaines activités. Le projet de service de la pharmacie a retenu une approche de management par la valeur pour cartographier les processus et mieux formaliser le circuit du médicament. Le directeur de l'hôpital s'est associé à ce projet dont l'objectif a été défini comme suit : « valoriser l'activité médico-pharmaceutique de l'établissement en adaptant la gestion des médicaments à l'activité des services ». Le projet a été piloté avec les personnels de deux services de soins et de la pharmacie. Deux pilotes, un pharmacien praticien hospitalier et le cadre supérieur de santé de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ont été associés à la conduite du projet. Cette recherche s'ins-

crit dans le cadre général de l'observation des dysfonctionnements et dans celui du projet de service de cette pharmacie. Elle a été réalisée entre 2009 et 2010 avec pour objectif une prescription concrète et un suivi des transformations lors d'une phase projet prévue en 2011.

**Les résultats.** 62 personnes ont été interviewées au cours du premier semestre 2009 avec trente entretiens d'une heure quinze en moyenne, quinze auprès du service pharmacie, neuf auprès du service cardiologie, un auprès du service obstétrique, cinq auprès de la direction. Les entretiens qualitatifs semi-directifs se sont déroulés avec une prise de note exhaustive et anonyme des propos des personnes rencontrées. Ils ont permis d'isoler 352 phrases témoins exprimant clairement un dysfonctionnement classés selon les thèmes de dysfonctionnement de l'ISEOR. Pour assurer la continuité des soins, l'effet miroir a été présenté

plusieurs fois et successivement avec l'équipe de la pharmacie, l'équipe de la cardiologie et de la pharmacie, ainsi qu'à l'équipe de la direction. Le diagnostic complet correspond à la phase d'entretiens, à la restitution de l'effet miroir et à la rédaction d'un avis d'expert et de recommandations représentant au total 217 heures de travail. Les 352 phrases témoins ont été regroupées en 55 idées-clés (IC) ; une fréquence d'apparition des dysfonctionnements a pu être calculée selon la méthode qualimétrique. La fréquence d'apparition de l'idée clé est :

- toujours si plus de 90 % des personnes ont exprimé une phrase témoin correspondant à l'idée clé,
- très souvent pour 65 à 89 % des personnes interviewées,
- souvent pour 50 à 64 % des personnes,
- assez souvent pour 30 à 49 %,
- parfois pour 15 à 29 %,
- rarement pour 1 personne à 14 %.

Vingt-cinq idées clés centrales correspondent aux items « parfois, assez souvent, souvent, très souvent ». Notre analyse a été centrée sur ces 25 idées centrales identifiant un certain nombre de dysfonctionnements que nous avons

classés par ordre décroissant de fréquence. Pour illustrer, la pertinence de cette méthode, nous avons repris l'analyse détaillée sur deux thèmes et sous-thèmes de dysfonctionnements extraits du diagnostic qualitatif.

Au sein du thème n°4, gestion du temps, le sous-thème 403 sur les tâches mal assumées pointe très fortement la gestion des bons d'urgence (IC 35), le circuit du médicament (IC 37) et les différents modes de dotations. Exemple de phrase-témoin : « avec les bons, l'aide-soignant est la personne qui perd le plus de temps dans l'organisation » ; « c'est bête, on perd un temps fou avec la gestion des bons ». Les sous-thèmes 402

Le cœur de la méthode comprend une série d'entretiens qualitatifs semi-directifs, suivis de la présentation d'un effet miroir aux personnes interviewées avant la rédaction d'un avis d'expert et le calcul des coûts cachés.

sur la planification des activités de la pharmacie (IC 32) et 401 sur le respect des délais et des horaires de la pharmacie (IC 29) abordent l'organisation de la pharmacie et le service attendu par l'institution. Exemple de phrases-témoin : « l'organisation avec les services cliniques doit s'améliorer : il faut être plus ferme sur les horaires » ; « par rapport au patient, il n'a pas toujours son traitement en temps et heure ». Le point central du thème 4 est la gestion des bons d'urgence à mettre en relation avec le choix de la dotation de service et à son accompagnement par la pharmacie.

Au sein du thème n°3 (communication-coordination-concertation) se trouvent au même niveau d'importance le sous-thème 302 sur les relations avec les services environnants, notamment entre la pharmacie et les services cliniques (IC 26), le sous-thème 309 sur la transmission des informations, notamment le circuit de la prescription (IC 27) et le sous-thème 310 sur la communication verticale et la masse d'informations descendantes (IC 28).

Exemple de phrases-témoin : « la communication pharmacie-service est le principal dysfonctionnement » ; « il n'y a pas de réunion avec » ●●●▶

●●●► *les médecins* : « il y a un problème de communication pharmacien-préparateur ». Un point central du thème 3 est de mettre en place un système de communication-coordination-concertation reposant sur des référents à la mission redéfinie et reconnue.

### Analyse de l'effet miroir

Cette analyse est à la fois qualitative et quantitative. Elle permet d'identifier les dysfonctionnements en se concentrant sur le problème sans stigmatiser une personne. Le retour de réunion, extrêmement riche, a permis à chaque collaborateur d'être entendu et de reconnaître d'autres dysfonctionnements transverses qui nuisent à l'efficacité des processus et aussi de favoriser la vision de client interne. On peut faire quelques remarques d'ordre générique :

– le respect des collègues et le fort attachement à la notion de service public et de soins sont évidents, le sens de la mission collective est clair pour tous et engendre une fierté d'appartenance certaine, ceci étant, la mutation en profondeur de l'hôpital public et de l'institution engendre une perte de repères.

– les principales causes de malaises détectées concernent les impératifs de gestion imposés par des enveloppes budgétaires contraintes, surtout quand cela touche au domaine des ressources humaines ; au-delà des doutes sur l'avenir du système, la crainte de ne pas pouvoir exercer sa mission correctement par manque de moyens humains, d'organisation ou matériels est une préoccupation majeure.

– la cohésion des acteurs de l'établissement reste forte, chacun recherchant des solutions de chaque instant, avec un certain scepticisme sur les solutions venant des autorités de santé.

– la compréhension des impératifs et des contraintes existe, mais leur acceptation dans la durée nécessitera certainement un pilotage délicat.

Les « non-dits » autour du circuit du médicament concernent plus spécifiquement :

– le fonctionnement entre les services cliniques et médico-techniques est perçu comme une activité annexe peu valorisante ; au-delà de l'affichage sur la transversalité et des formations d'accompagnement (programmes sur le circuit du

médicament).

– la pharmacie reste prestataire d'un service de soins, même si des projets communs ambitieux et valorisés démarrent, comme l'éducation thérapeutique.

– la collaboration sur le circuit du médicament n'est pas ressentie comme une activité stratégique, le fait qu'elle soit vécue comme de l'intendance favorise l'apparition de dysfonctionnements, – la méconnaissance du métier de l'autre (notamment entre les fonctions de soins et médico-techniques) : une meilleure compréhension des missions et contraintes de chacun devrait permettre d'aider à dépasser les blocages ; ces lourdeurs sont souvent perçues comme de la mauvaise volonté de la part des autres métiers et services, alors que dès que les personnels communiquent des solutions concrètes affluent.

– l'absence de positionnement du circuit du médicament comme activité stratégique de l'organisation, le déficit de communication et de partage sur les pratiques médico-pharmaceutiques, tant au niveau des instances qu'entre les acteurs sont certainement les points principaux de notre observation.

Cet effet miroir a été complété d'une démarche de calcul de coûts cachés, centrée sur le calcul de surtemps d'activités à faible valeur ajoutée. Une enquête a été construite avec le personnel de la pharmacie destinée au management et aux personnels de la pharmacie et du service de cardiologie. Elle a été réalisée sur deux semaines ; vingt-deux personnes l'ont renseignée et retournée. Il en ressort que les activités à faible valeur ajoutée correspondent à l'équivalent de six mois de travail (valorisé à environ 30 000 euros en salaires chargés sur cette seule enquête). Les bons d'urgence représentent, à eux seuls, presque deux mois de travail à temps plein. Les surtemps induits par les dysfonctionnements de la gestion du médicament représentent un volume horaire conséquent (5,9 mois uniquement sur ce pilote).

### Constitution des groupes de travail

A l'issue de la démarche, l'avis d'expert a émis une série de cinq recommandations :

– donner une place centrale au circuit

du médicament, activité garante de la sécurité et de l'efficacité du dispositif médico-pharmaceutique,

– envisager de redéfinir l'approvisionnement des médicaments dans le service cardiologie,

– aborder la répartition des tâches au sein du service pharmacie,

– améliorer les moyens matériels,

– accompagner ces mises en place par un plan de communication et de formation.

Trois groupes projets ont été constitués pour répondre aux objectifs fixés par l'avis d'expert :

1. Activités pharmacie, avec pour objectifs de redessiner l'organigramme, reprendre les fiches de postes, instaurer les grilles de compétences et un processus d'autodiagnostic des compétences,

2. Communication: avec mise en place d'une plaquette sur le circuit du médicament et accompagnement du parcours des patients (notamment le circuit des chimiothérapies, l'hôpital de jour étant intéressé par la démarche),

3. Pilotage : réalisé grâce au suivi des indicateurs, comme les bons d'urgence comprenant des lignes de produit inclus dans la dotation.

A ce jour, les grilles de compétences du groupe 1 se mettent progressivement en place, l'organigramme fonctionnel des pilotes est opérationnel. Le groupe 2 met en place un suivi du circuit des chimiothérapies adapté au parcours des patients en collaboration avec le service clinique, afin d'optimiser le temps de parcours du patient sous chimiothérapie à l'hôpital de jour.

L'indicateur utilisé est la mesure du délai entre l'admission et le début de la première perfusion de chimiothérapie ; le délai de fabrication moyen est d'une heure (maximum 1 h30)

Le suivi des bons d'urgence a été mis en place par le groupe 3 avec une fréquence d'analyse mensuelle.

Ainsi, pour conclure, cette approche managériale nous a semblé particulièrement intéressante et performante pour conduire le changement en plaçant au cœur de l'action les individus. Elle donne du sens au travail en réallouant les ressources consommées par des dysfonctionnements à des tâches à valeur ajoutée. ■