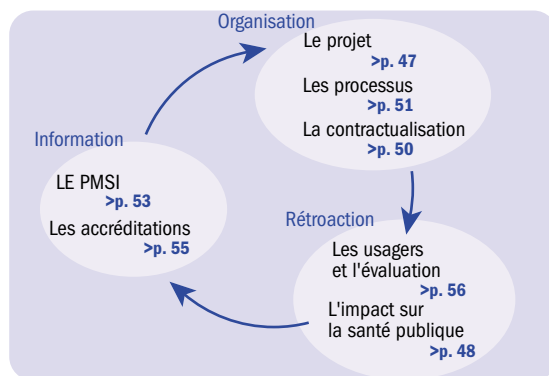


# Les outils de l'organisation sanitaire



Pour sa mise en œuvre, la politique sanitaire dispose d'un arsenal d'outils : PMSI, accréditation, projet, processus, contractualisation, évaluation. Sont-ils suffisants pour assurer un pilotage du système de soins garant de l'intérêt collectif ?

## La culture de projet dans un système de santé hiérarchique : un brouillage organisé ?

**Jean-Pierre Boutinet**  
Professeur à l'UCO  
d'Angers, chercheur  
associé à l'Université  
Paris X

Ces trente dernières années les institutions de santé n'ont pas échappé à la tendance observée dans les autres milieux professionnels, spécialement français. Ces milieux en charge d'assumer le virage vers la post-modernité ont élaboré une véritable culture du projet qui a fait intérioriser progressivement à leurs agents l'idée que l'on ne pouvait ni créer, ni gérer en dehors d'une démarche-projet concrétisée dans le domaine sanitaire par l'une ou l'autre variantes du projet suivantes : projet d'établissement, projet médical, projet de soins infirmiers, projet de service voire projet thérapeutique. Ces différentes figures nous sont maintenant devenues familières ; elles ont constitué et continuent de constituer le nouveau cadre à l'intérieur duquel se pense désormais toute forme de gestion se donnant les apparences de l'innovation. Quel bilan à l'orée des années deux mille pouvons-nous faire

de cette imposition de la culture du projet apparue voici deux ou trois décennies ?

Pour répondre à une telle question, voyons d'abord quelles sont les motivations composites qui ont présidé en milieu de santé à l'éclosion de cette nouvelle culture. Spontanément nous pouvons en identifier au moins quatre :

- il a paru indispensable d'aider les acteurs individuels et organisationnels à redonner sens à leur action face à l'inéluctable, face à l'absurde de la souffrance, face aussi à la montée en puissance d'une technique rationalisante sans perspective dans un milieu institutionnel qui a en charge le passage à la vie, sa réparation lorsqu'elle est malmenée et aussi le passage à la mort ;

- il a été souhaité d'impliquer le plus grand nombre d'acteurs professionnels dans des stratégies d'action sources de recomposition identitaire alors que ces acteurs, confinés bien souvent à d'interminables tâches thérapeutiques, ont l'impression d'être des laissés-pour-compte ;

- il a semblé nécessaire de conférer une meilleure lisibilité, plus de cohérence et d'efficacité à une institution sanitaire polymorphe et pléthorique dans le cadre d'une rationalisation des priorités et d'une économie de moyens ;

- il est enfin devenu opportun de profiler en tailles, en lieux d'implantation, en mises à distance satisfaisantes vis-à-vis des usagers, les institutions sanitaires



en vue d'une régulation plus appropriée des systèmes de soins et d'un service de meilleure qualité.

On peut considérer que ces motivations originelles constituent la base des cultures de projet dans les milieux sanitaires ; de portées et de significations différentes les unes des autres, elles ne peuvent toutefois engendrer qu'un paysage brouillé facilement saisissable dans les façons continuellement contrastées d'aborder les réalités hospitalières. À travers l'une ou l'autre forme de projets, ces réalités sont continuellement situées sur un double registre équivoque :

- soit en termes de santé (prévention), soit en termes de soins (projet de soins) ;
- soit en termes médicaux (projet médical), soit en termes soignants (projet soignant) ;
- soit en termes d'organisation d'offre de soins, soit en termes de projet d'établissement ;
- soit en termes d'analyse des besoins de santé, soit en termes de politique de soins.

Ce paysage brouillé caractéristique des institutions sanitaires, nous pouvons le mettre en juxtaposition avec le panorama dessiné par les entreprises industrielles. Voici à peu près autant d'années que ces dernières font un recours intensif aux pratiques de projet. Ces pratiques ont comme caractéristiques d'être porteuses d'un écrasement des niveaux hiérarchiques en lien avec une promotion de modèles de négociation générateurs de consensus ; elles tendent de ce fait à diffuser une culture de la transversalité et du changement horizontal, surtout lorsqu'elles sont associées à des pratiques de fonctionnement en réseaux. En milieu industriel les pluralités de projets managés selon une perspective matricielle sont fédérées, coordonnées par la direction de l'entreprise. Cette coordination des priorités que se donne la direction de l'entreprise est d'autant plus facile à réaliser qu'elle ne se heurte pas à l'existence d'un projet d'entreprise, par trop intégrateur, dispositif mort-né des années quatre-vingt.

En milieu sanitaire en revanche, le projet d'établissement reste incontournable, mais il joue difficilement le rôle de coordinateur, d'intégrateur de la variété de projets existants. À ce sujet, il semble y avoir davantage une déconnexion, voire une juxtaposition qu'une authentique coordination des différentes gammes de projets par la direction de l'établissement et son projet d'établissement. C'est ainsi que le projet médical fonctionne en parallèle du projet d'établissement bien qu'il soit dit de façon ambiguë que le projet médical est l'axe principal autour duquel se réalise le projet d'établissement ; une telle formulation fait d'ailleurs du projet d'établissement la peau de chagrin du projet médical ; ceci se confirme dans les faits chaque fois que le projet médical peut s'affirmer dans une relative unité et consistance. Quant au projet de soins infirmiers, il constitue bien souvent un ersatz du projet d'établissement posé en vis-à-vis déprimé du projet médical. Enfin, en ce qui concerne les différents projets de service, quand

ils existent de fait, ils s'instituent en autarcie par rapport aux précédents.

Ainsi c'est dans le cadre d'un paysage projectif déjà brouillé que vont survenir les nouveaux dispositifs de système de santé de la fin des années quatre-vingt-dix : agences régionales d'hospitalisation, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, carte sanitaire et schéma régional d'organisation, réseaux de soins. Par la force des choses ces dispositifs plus injonctifs, en se superposant aux précédents plus participatifs, ne peuvent générer que du brouillage

## La difficulté de mesurer l'impact du

**L'état de santé n'étant pas uniquement lié aux soins, il est difficile de connaître les effets du système de soins sur la santé des populations.**

**L**a progression de la précarité en France et ses effets sur la santé et plus généralement le constat d'inégalités sociales de santé montrent clairement que la santé n'est pas réductible aux soins. Pour autant, certaines des conséquences de la vulnérabilité sociale nécessiteraient des discriminations positives de la part du système de soins et une part non négligeable des inégalités de santé peut être rapportée à des morts, affections ou incapacités évitables relevant pour partie de dysfonctionnements du système de soins. Nous illustrerons brièvement ces deux points.

La santé n'est pas réductible aux soins, même accessibles et de qualité.

Nombre d'auteurs se sont interrogés sur l'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé de la population.

### Être ou ne pas être en bonne santé

Le lien soins — santé est d'autant plus lâche qu'on passe d'une conception de la santé biomédicale (absence de maladie ou « silence des organes ») à une conception plus ouverte comme celle de l'OMS envisageant le bien-être physique, mental et social. Cette dernière acception conduit à prendre en compte l'ensemble des facteurs qui contribuent au bien-être individuel et collectif. Elle amène à concevoir la santé non plus comme le sous-

**Pierre  
Lombrail**  
PUPH, CHU  
Nantes

supplémentaire, de l'injonction paradoxale voire contradictoire. Ainsi :

- comment faire cohabiter une agence régionale d'hospitalisation chargée de définir et de mettre en œuvre une politique régionale d'offre de soins avec un projet d'établissement à propos duquel tantôt l'établissement est conçu comme responsable de son propre développement, exécutant ses engagements de manière autonome, tantôt il est appelé à inscrire son action dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens et d'un schéma régional d'organisation à

partir duquel il lui revient de déduire une stratégie propre ?

- comment mettre en place des procédures d'évaluation et d'accréditation sans mettre à mal ce qui fait la singularité de chaque projet d'établissement ?

Finalement quatre équivoques pour le moins, parce qu'elles ne sont pas levées, semblent donner aux cultures du projet en milieu sanitaire son profil heurté et contradictoire face à des impératifs opposés à assumer :

- on fait cohabiter une logique de la négociation propre

## système de soins sur l'état de santé d'une population

produit de l'intervention médicale sur des individus le plus souvent passifs mais comme le fruit de la mobilisation des individus et des groupes pour préserver et entretenir leur capital santé.

Les pays signataires de la dernière déclaration mondiale sur la santé (Santé 21, mai 1998) déclarent : « Nous sommes attachés aux valeurs morales d'équité, de solidarité et de justice sociale, et à la prise en compte des spécificités de chaque sexe dans nos stratégies. Nous mettons l'accent sur l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé de l'ensemble de la population. »

Parmi ses trente-huit buts, l'OMS Europe en consacre cinq aux « modes de vie favorables à la santé » (en commençant par une « politique publique conforme aux impératifs de santé ») et huit à l'hygiène de l'environnement (y compris la « santé des travailleurs »). Si elle en consacre également sept aux « soins appropriés », elle commence par rappeler (but 26, « politique des services de santé ») la nécessité de garantir « un accès universel à des services de qualité ».

Certains dysfonctionnements du système de soins sont à l'origine de pertes de chances.

Même si des soins de qualité ne sont qu'un des éléments contribuant au maintien de la santé, leur potentiel de rattrapage de certaines inégalités de santé est sous-estimé. Il en résulte de nombreuses pertes de chances pour les usagers du système de soins, et notamment les plus vulnérables, ce qu'un auteur américain du Nord a qualifié de « *achievable benefits not achieved* », et que l'on pourrait traduire

par « pertes de chances » vu du côté des usagers ou « opportunités perdues d'intervention » vu du côté des professionnels.

Cette approche a été systématisée par un groupe de chercheurs nord-américains aux fins d'évaluation de réseaux de soins coordonnés (HMO). Ces derniers proposent de retenir comme cibles des affections ou situations où il est licite d'attendre des gains de santé par une amélioration de la qualité des soins. Leur algorithme de choix prend en compte les éléments suivants : le « poids » des maladies, l'efficacité potentielle des soins, le type et le volume de soins dispensés en routine, l'impact attendu d'une amélioration de l'existant et le coût de la mise en œuvre des améliorations. La liste à laquelle ils parvenaient au début des années quatre-vingt-dix était la suivante : prévention de l'hypotrophie fœtale, maladies infectieuses de l'enfance, traitement de l'otite moyenne, traitement de l'asthme de l'enfant, dépistage du cancer du sein, prévention de l'insuffisance coronarienne, traitement de l'infarctus du myocarde, traitement du diabète, prévention des accidents vasculaires cérébraux, traitement des fractures du col du fémur, prévention de la grippe, problèmes médicaux des personnes âgées fragiles, recours excessif à certaines procédures chirurgicales et prévention des complications.

Ces critères pouvant aider à sélectionner des priorités d'évaluation étant proposés, une étape ultérieure consiste à préciser les dimensions sur lesquelles devrait porter l'évaluation (et donc l'appréciation de l'impact des soins sur l'état de santé de la population). On peut se référer utilement aux modèles conceptuels de l'ac-

cès aux soins qui distinguent les facteurs liés à l'accès potentiel de ce qui est mesurable après un recours effectif. Parmi les premiers, on peut ranger des caractéristiques du système de soins (caractéristiques d'offre, comme disponibilité et organisation de divers types de services à l'échelle d'un territoire, et dispositions financières, introduisant ou visant à lever des obstacles à l'utilisation), des caractéristiques des usagers potentiels et de la collectivité. Parmi les caractéristiques individuelles et collectives, certaines préfigurent un niveau de besoin prévisible, qu'il s'agisse de caractéristiques démographiques ou épidémiologiques (prévalence de maladies ou de facteurs de risque). D'autres favorisent plus ou moins le recours aux soins : culture d'origine, protection sociale, éducation, etc. Il est possible de comparer des niveaux et des typologies d'utilisation des services de soins en essayant de tenir compte des principales caractéristiques des groupes comparés.

Après les facteurs d'accessibilité potentielle, il faut s'intéresser à l'utilisation effective des services et termes de qualité des pratiques et des résultats obtenus. En termes de pratiques, il est particulièrement important de se questionner à la fois sur la justification de leur utilisation comme sur celle de leur absence d'utilisation chez certains individus ou groupes. L'expérience enseigne que les personnes les moins favorisées se privent de soins utiles autant que de soins inutiles, ce qui rend l'évaluation de cette dimension particulièrement sensible en termes d'équité. ■



au projet d'établissement avec une logique hiérarchique caractéristique de l'agence régionale d'hospitalisation porteuse d'une carte sanitaire et d'un schéma régional d'organisation sanitaire ; dans ce contexte, n'est-

ce pas un abus de termes que de parler de *contrat* d'objectifs et de moyens pour caractériser les liens entre l'agence et l'établissement ?

- la figure du projet d'établissement est maintenue

## Mythes et réalités de la contractualisation Aperçu d'un directeur d'hôpital

### Bilan et limites d'une politique de gestion basée sur la contractualisation à l'hôpital Le Vinatier.

**C**omme le dit Yolaine de la Bigue, reprenant le titre d'un livre de Reiser, « on vit une époque formidable ».

- Formidable par le juriste s'il doit prouver la force du droit à l'épaisseur du *Journal officiel* et aux textes toujours multiples qui se surajoutent, mais qui découvre une nouvelle version de la puissance publique sous forme contractuelle.

- Formidable par l'économiste qui, face à la croissance répétée des dépenses de santé, voit dans le contrat, le moyen de régulation conciliant la liberté des acteurs et la contrainte budgétaire.

- Formidable pour l'hospitalier, qui voit dans le contrat à la fois un moyen d'associer le corps médical et soignant, et une réponse à la volonté de déconcentration des équipes médicales.

Les ordonnances de 1996 ont formalisé sur le plan externe et interne les principes créés par la loi de 1991 et la circulaire de juin 1995. A. Juppé ne fait que reprendre la circulaire de novembre 1989 de M. Rocard en plaçant la contractualisation comme intégrée à la dynamique du renouveau du service public.

La contractualisation est souvent présentée comme une solution face à la nécessité de réformer le service public de l'État, qu'en est-il dans la réalité ?

L'expérience menée au centre hospitalier Le Vinatier depuis 1995 en matière de contrat interne permet de dégager un premier bilan et de tirer trois perspectives.

La contractualisation interne bouscule le mode traditionnel d'organisa-

tion hospitalière et crée des espaces de liberté permettant de substituer, à un mode de régulation pyramidal et hiérarchique, un mode plus concentré et transversal. L'absence d'indicateurs d'activité validés rend le débat plus axé sur les moyens que sur les objectifs quantifiés d'activité.

Le recours aux « quatre vieilles » (file active, durée moyenne de séjour, taux d'occupation moyen et nombre d'entrées) n'est pas opérant et la médicalisation du système d'information doit être un des ponts parallèles de la contractualisation, en d'autres termes doit allier à la fois contrat, évaluation, et nouvelles règles du jeu. L'expérience menée au Centre hospitalier pose de réelles questions sur la capacité d'une institution à créer de nouvelles règles du jeu, comme à éclairer les choix réalisés.

En interne, la loi de Gresham selon laquelle « la mauvaise monnaie chasse la bonne » a son application en milieu hospitalier où les mauvaises règles chassent les bons comportements. Il importe de revenir à une des lois que Montesquieu avait décrites dans *De l'esprit des lois*, chapitre II, livre XIII : « la nature est juste envers les hommes, elle les récompense de leurs peines, les rend laborieux parce qu'à de plus grands travaux, elle attache de plus grandes récompenses. Mais si un pouvoir subsidiaire ôte les récompenses de la nature, on reprend le dégoût pour le travail et l'inaction paraît être le seul bien. L'effet de la richesse d'un pays, c'est de mettre de l'ambition dans tous les cœurs, l'effet de la pauvreté est d'y faire mettre le désespoir. La première s'oriente pour le travail, l'autre pour la paresse ».

La contractualisation permettrait donc de mettre du « dynamisme dans les cœurs » et de faire apparaître des

managers cachés, mais sous trois conditions.

- La première est de faire du contrat un outil intégré à une politique plus globale reposant sur la définition d'objectifs et de cahiers des charges. L'expérience n'est pas de mise, et l'incohérence est le danger qui frappe toute contractualisation sans définition d'objectifs préalables.

- La deuxième condition est de « purger » le débat sur l'équité et l'égalité. L'acte unilatéral est égalitaire, le contrat est équitable. La contractualisation porte en elle-même les interrogations sur l'unité de l'action administrative des règles applicables et la prise en compte des réalités et donc des différences. À défaut, le procédé contractuel ne serait qu'un seul habillage juridique de l'acte unilatéral.

- La troisième condition est celle de la responsabilité des acteurs, et donc de l'intéressement positif et négatif. Si les conventions, au sens de l'article 1134 du Code civil, « tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites », il importe de définir au préalable des règles du jeu, et les notions d'autorité et de responsabilité doivent être évoquées.

Le contrat, sous ces trois réserves, permet aux contractants d'être acteurs d'un projet, d'une évolution qu'ils ont voulue, sauf à imaginer comme Bosuet « que ce qui est hasard à l'égard des conseils incertains est en fait un dessein concerté dans un conseil certain ».

Le contrat doit concilier concertation et cohérence, transparence et lisibilité des règles du jeu, décloisonnement et unité. Mais, comme toute innovation, elle suppose pédagogie et expérimentation, et comme toute réforme, elle ne peut prétendre à elle seule réformer un monde hospitalier, complexe par définition. ■

**Jean-Paul Segade**  
Directeur CHS  
Le Vinatier

contre vents et marées dans un environnement hiérarchique, sans lui donner les moyens d'une organisation *ad hoc* par une structure matricielle qui permettrait de croiser le projet d'établissement avec les projets développés dans l'établissement et ainsi d'articuler verticalité de l'autorité du projet d'établissement, horizontalité de la négociation des projets médical et de soin ;

- faute d'encourager les logiques *bottom up* (projets de service) et *top down* (projet d'établissement), on ne confère pas aux premiers une véritable existence, articulée sur un dispositif d'ensemble ;

- en définitive on réduit la démarche du projet à une gestion de la banalité quotidienne alors qu'elle est d'abord ordonnée à gérer l'exceptionnel, celui de la crise, celui de l'innovation, celui d'un dysfonctionnement problématique, celui d'un changement conséquent à initier.

Lever ces équivoques par le recours à un mode d'organisation approprié, c'est diminuer le brouillage ambiant qui, par volonté ou hasard, cherche à mêler le froid et le chaud : le froid du maintien hiérarchique, le chaud lié à l'affirmation de la transversalité négociée, le froid de l'injonction et le chaud de la participation. Sortir de l'actuel brouillage, c'est donner aux actuelles cultures à projet en milieu sanitaire à travers un contour délibérément plus cohérent toutes leurs chances ; c'est aussi faire que les acteurs ne désespèrent pas de leur outil de travail. ■

## Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble

**Christophe Pascal**  
Maître  
de conférences  
en sciences  
de gestion,  
Université Lyon III,  
Lass-Graphos CNRS

Inquiet devant la concurrence qui ne cesse de s'amplifier, miné de l'intérieur par des crises identitaires, découragé devant l'ampleur des changements et des adaptations à effectuer, l'hospitalisation publique et privée traverse une crise multiforme, rampante et générale, au spectre large, qui présente, par-delà les particularismes liés à la taille, aux missions ou aux statuts, les caractéristiques d'une endémie : crise de légitimité mais aussi crise d'identité, crise financière mais également crise existentielle.

En amont des causes traditionnellement avancées — multiplicité des missions, injonctions contradictoires des tutelles qui demandent sans cesse plus d'efficacité et d'efficience tout en augmentant les contraintes sans augmenter les budgets, obligation d'accueillir tous les publics sans discrimination, pression des personnels médicaux et non médicaux, baronnies

locales... — cette crise apparaît surtout comme la conséquence de la difficulté de faire ensemble à l'intérieur des établissements, entre services et à l'intérieur des services, mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession.

Cette difficulté de faire ensemble trouve sa source dans la conjonction de trois phénomènes.

Elle est d'abord structurellement induite par l'irruption brutale et continue, depuis le début des années soixante-dix, de l'innovation technologique qui a profondément changé la nature de la pratique médicale dans le sens d'un éclatement des savoirs médicaux d'une part et d'une intensification et d'une complexification de la prise en charge médicale d'autre part [4]. *Toujours plus d'actes, toujours plus d'acteurs, toujours plus de contraintes, de moins en moins de temps*, telle est aujourd'hui l'équation d'un système dans lequel la réduction de la durée moyenne de séjour apparaît comme le facteur à la fois révélateur et aggravant de la difficulté de faire ensemble.

Ironiquement, cette révolution technologique a bouleversé la pratique de la médecine sans que pour autant l'hôpital, en tant que lieu d'exercice de la médecine, prenne conscience de ces bouleversements ou mette en œuvre des procédures permettant de les prendre en compte.

Organisation pluriséculaire dont une des premières fonctions a été de contenir la contagion, produit de l'université, l'hôpital demeure structuré par la notion de territoire et de savoirs qui reposait à l'origine sur l'adéquation entre nosologie, espace et organisation des savoirs.

Cette organisation en territoires morcelés autour de la discipline médicale, cette balkanisation des territoires, des savoirs et de l'espace multiplie les déplacements du patient autour des différents plateaux techniques, rendent difficile la concertation des différents spécialistes et compliquent singulièrement la prise en charge plurielle.

Faute d'avoir identifié le phénomène, l'État a cherché les remèdes dans les vieilles lunes de la planification, dans le contrôle tatillon, et dans la mise en place de normes de plus en plus nombreuses qui, loin de mettre les acteurs sous tension, leur ont permis au contraire des comportements d'évitement et leur ont donné les moyens de poursuivre d'autres intérêts que l'intérêt général. Ces fausses réponses données par l'État ont été aggravées par les modes de financement de l'hospitalisation déconnectés de tout système d'information, qui ont permis à celle-ci de s'affranchir des règles élémentaires de gestion, qu'il s'agisse du prix de journée, du paiement à l'acte, des forfaits salles d'opération ou du budget global.

Enfin, cette difficulté de faire ensemble est aggravée par des outils de gestion plus centrés sur le reporting que le diagnostic, l'aide à la décision et la recherche de leviers d'action, et qui, à défaut d'analyse des activités et des procédures nécessaires à la production de soins, fonctionnent à l'aveugle, en contrôlant les ressources sans s'attacher à comprendre et à modi-





fier les causes profondes des dysfonctionnements du système.

Dans ce contexte, le véritable défi auquel est confronté l'hôpital face à sa difficulté de faire ensemble est la maîtrise des modes de production, qui repose sur la cartographie — description, analyse critique —, puis la reconfiguration des processus de prise en charge.

Élaborée suivant une démarche *bottom-up* par des groupes pluridisciplinaires, la cartographie des processus constitue un objet transitionnel construit par les agents et dont ils peuvent se saisir pour comprendre, analyser et mesurer ce qu'ils font et ne font pas, ce qu'ils devraient faire et qu'ils n'ont pas fait, ce qu'ils auraient dû faire, ou ce qu'ils font et qu'ils ne devraient pas faire. Ainsi conçue, l'analyse des processus présente un double intérêt.

Elle permet d'abord de formaliser au moyen de procédures les modes de faire ensemble considérés comme optimaux, et par conséquent de passer des prises en charge actuelles, qui confinent le plus souvent à des processus « artistiques » si l'on se réfère à leur extrême variabilité en fonction des ressources disponibles, des compétences ou tout simplement des préférences ou de l'humeur des acteurs, à des processus de prise en charge plus stables, seuls à même de garantir la qualité et la sécurité que les patients appellent de leur vœux.

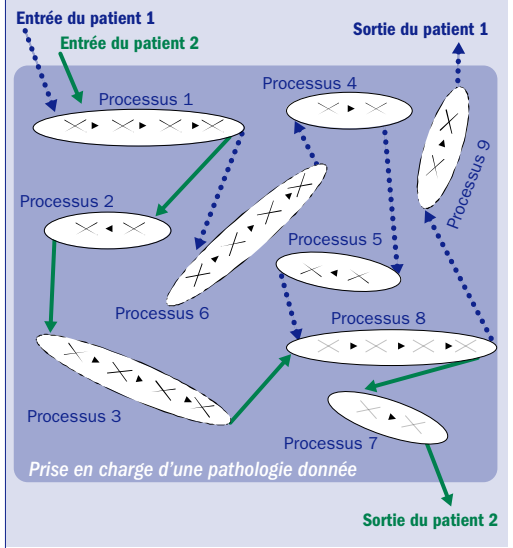
Cette approche qui vise à réduire la dispersion des pratiques, dans l'esprit des démarches de certification type ISO ou accréditation à la française, a souvent été reçue avec méfiance voire hostilité par le corps médical qui voit là la concrétisation des rêves prométhéens de nombreux dirigeants de tout contrôler au mépris des aléas, des adaptations et des variations qu'imposent le traitement d'êtres humains. En effet, compte tenu de la singularité des trajectoires individuelles des patients, il ne saurait être question de normaliser à la manière de Taylor, de façon pointilleuse et exhaustive, l'ensemble des activités participant à la prise en charge. Édictées à partir d'une analyse collective des pratiques, les procédures visent plus modestement à introduire quelques îlots d'ordre dans l'océan du désordre des prises en charge, en stabilisant quelques points clés, quelques passages obligés de toute prise en charge, quelles que soient la ou les pathologies traitées, pour contenir les processus de production de soins dans une bande passante, c'est-à-dire dans des limites acceptables en termes de performance (figure 1).

Au-delà de la seule perspective normative, l'analyse des processus constitue également le cadre propice à l'émergence de savoirs et de savoir-faire collectifs, c'est-à-dire à un apprentissage organisationnel qui s'opère au travers d'un double mouvement de déconstruction/construction :

- déconstruction au travers de l'explicitation des modes d'ajustements et des pratiques au sein du processus, qui permet la prise de conscience à la fois du rôle de l'autre (inspection) et, en contre-jour, de son propre rôle (introspection) dans le processus ;

figure 1

### La prise en charge comme combinatoire de processus



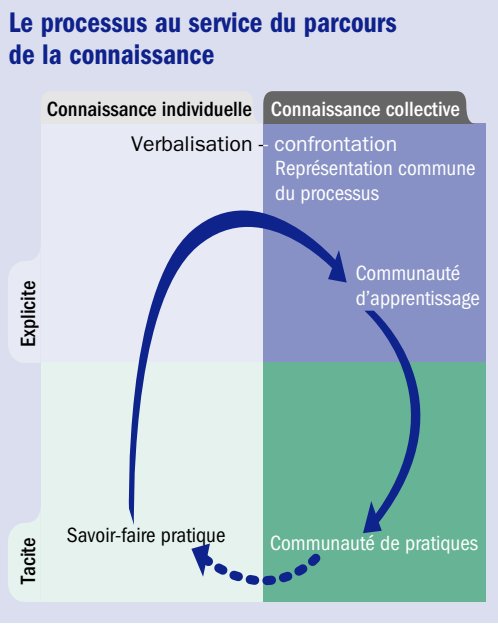
- reconstruction par le jeu de la confrontation/discussion/mise en perspective qui amène les acteurs à mener une lecture critique de leur pratique collective et, partant, à modifier leur façon de faire ensemble au travers de la représentation amendée, « reconfigurée », du processus étudié.

Le processus décrit et formalisé constitue un cadre intégrateur des différentes représentations individuelles des acteurs de la prise en charge, une communauté d'apprentissage [1] permettant de (re) construire, d'explicitier et de formaliser, à partir de la confrontation des différentes interprétations locales, une théorie d'action commune. Cette méta-interprétation, construite à partir d'une démarche d'explicitation formelle des savoirs, est progressivement intériorisée par tous les participants, créant par-là même une communauté de pratiques. La connaissance explicite, verbalisée et collectivisée par le biais du processus, devient tacite et collective comme le montre la matrice présentée figure 2 [1].

Dans cette perspective, le processus n'est plus considéré comme un outil de normalisation exogène qui figerait une fois pour toutes les pratiques dans un immobilisme fatal, mais comme un outil de gestion dynamique des savoirs. Savoir-faire individuels et collectifs, tacites et explicites, s'articulent selon une boucle récurrente sans fin, où le processus agit comme catalyseur de visions partagées, qui, une fois révélées, sont à nouveau intériorisées par les individus, métabolisées et modifiées par les interactions, avant d'être à nouveau explicitées et formalisées.

Bien entendu, le processus ne peut résoudre à lui seul l'ensemble des problèmes induits par la difficulté de faire ensemble. Au-delà des risques d'enlisement et de la

figure 2



lassitude concourante des acteurs qu'elle engendre, la mise en œuvre d'une gestion par les processus se heurte à la nécessité de *repenser les structures d'autorité* pour conjuguer structure verticale et structure horizontale. L'une ne peut pas fonctionner sans l'autre. La maîtrise des modes de production de soins reposera en grande partie sur la capacité des établissements à faire cohabiter l'autorité des chefs de service et l'autorité de véritables responsables de processus à même de faire travailler ensemble des corps de métier différents en dépit des intérêts corporatistes ou des luttes de territoires.

Néanmoins, malgré ces réserves, parce qu'elles se veulent une construction en prise avec l'organisation qui leur a donné naissance, parce qu'elles n'ont d'autre objet que de rendre compte d'une réalité qu'elles s'efforcent de rendre visible, accessible et compréhensible, l'analyse et la gestion des processus constituent une réponse à la difficulté de faire ensemble, une réponse certes partielle mais une réponse pertinente et opératoire, adaptée à la flexibilité et à la fluidité des organisations mises en place pour répondre aux exigences des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, qu'il s'agisse des filières ou des réseaux de soins.

Parce que les filières et les réseaux de soins dessinent des organisations à géométrie variable, tant dans les prises en charge qu'elles mettent en œuvre que dans les pathologies qu'elles traitent, les structures juridiques qu'elles se donnent ou les organigrammes émergents, l'analyse et la gestion des processus sont l'un des éléments pivots de la gestion de production que les établissements de santé, les filières et les réseaux se doivent d'inventer. ■

## PMSI

# Quelles comparaisons possibles et impossibles ?

**Cyrille Colin**  
Professeur de santé publique, Université Claude Bernard, Lyon I, Lass-Graphos CNRS

**Sandrine Couray-Targe**  
Assistante hospitalo-universitaire, département d'information médicale des hospices civils de Lyon

**Loïc Geoffroy**  
Directeur, agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté

**D**ans un contexte économique où l'optimisation des ressources affectées au système de soins est devenu un objectif essentiel, le monde hospitalier doit gérer une triple contrainte : d'une part, la réduction de la croissance de ses coûts dont il devient responsable, d'autre part, la nécessité de faire toujours mieux dans la qualité et la transparence des soins délivrés et enfin, l'exigence de satisfaction des patients. Cette nécessaire évolution, loin d'être contradictoire, survient dans un environnement très marqué par une logique de consumérisme largement relayée par les médias, au travers notamment des comparaisons interhospitalières de résultats des soins.

Ces comparaisons sont largement facilitées par la généralisation, dans les établissements de santé, du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui met à la disposition des décideurs, mais aussi des usagers, un outil d'analyse médicalisée de l'activité hospitalière. Cet article se propose de montrer que quels que soient les destinataires de cette information et leurs intentions — régulation et gestion du système pour les uns, qualité des soins et désir de transparence pour les autres — toutes les comparaisons basées sur cet outil nécessitent beaucoup de rigueur et une bonne connaissance de ses limites méthodologiques.

### Les comparaisons effectuées

#### *Dans la mesure de la qualité des soins*

Les indicateurs de qualité utilisés le plus souvent dans les comparaisons interhospitalières sont des indicateurs de résultat des soins [5] comme les taux de mortalité, d'événement sentinelle... Le choix et le recueil systématique de ces indicateurs destinés à décrire une situation sont très exigeants, ces indicateurs devant réunir un certain nombre de qualités : être quantifiables, fiables, sensibles, spécifiques et pertinents. Ils sont le plus souvent utilisés comme « révélateurs », c'est-à-dire que toute variation significative de leur niveau dans le temps ou dans l'espace est censée entraîner la recherche d'une explication. Parmi ceux-ci, le taux de mortalité est le plus connu pour établir des comparaisons entre hôpitaux. Un taux de mortalité attendu est déterminé pour un établissement donné et le taux de mortalité observé est comparé à ce taux attendu, l'objectif étant de pouvoir repérer des hôpitaux



dont le taux de mortalité réel est significativement supérieur au taux prévu pour une prise en charge bien codifiée (infarctus du myocarde, pneumopathie, cholécystectomie, prostatectomie...). Aux États-Unis, de nombreux programmes de développement et d'application d'indicateurs de la qualité des soins ont été mis en place. Ainsi, depuis 1986, des statistiques de mortalité des hôpitaux de Medicare sont publiées par la Health Care Financing Administration américaine. En France, ces expériences ont surtout été développées par les médias.

Bien que ces programmes permettent une approche globale du système de santé et malgré l'utilisation d'ajustements des taux sur des facteurs prédictifs par des analyses statistiques appropriées, ces comparaisons ont été largement critiquées [11]. En effet, de nombreux facteurs peuvent influencer le taux de mortalité global [7] : hétérogénéité de l'information, faiblesse des effectifs analysés, variétés des épisodes de soins ou des situations cliniques traceuses, absence ou recueil incomplet des variables d'ajustement possibles, caractéristiques hospitalières... Malgré toutes les précautions prises, l'interprétation des taux reste un exercice délicat et controversé : les hôpitaux « mal » classés délivrent-ils des soins de qualité inférieure ou bien soignent-ils des patients « différents » ?

À l'intérieur des hôpitaux, le PMSI peut être utilisé dans la mise en place de dispositifs de surveillance. Une liste d'événements sentinelles est définie : morts évitables, infections nosocomiales..., taux de transfert de nouveau-nés, taux de mortalité périnatale, taux de césariennes et taux de prématurité dans le cas du suivi des activités d'obstétrique. En fonction de l'événement en cause, le repérage peut s'effectuer à partir des résumés d'unité médicale. Chaque dossier est alors révisé pour identifier la cause de l'événement et susciter les mesures correctrices destinées à en prévenir la répétition ; c'est le principe des comités de décès. Mais il peut également s'effectuer sur la base d'une grille de critères préétablis qui permet de mesurer un écart à une référence historique ou géographique (tableaux de bord régionaux, par exemple). Dans ce cas, c'est le caractère statistiquement significatif de l'écart retrouvé qui déclenche l'analyse et l'action correctrice.

### **Dans la régulation et la gestion du système hospitalier**

Les groupes homogènes de malades (GHM) valorisés en nombre de points Isa au niveau national sont devenus un outil standardisé de mesure de la production hospitalière. Plusieurs indicateurs jugés plus pertinents que les habituelles statistiques administratives telles que les « taux d'occupation » et la « durée moyenne de séjour » sont maintenant directement accessibles au niveau externe [28]. Se sont ainsi développés plusieurs types d'analyses essentiellement destinés à réaliser des comparaisons interhospitalières permettant par exemple : de mettre en évidence des différences de ca-

pacité d'accueil (par l'analyse des durées de séjour de certains GHM ajustées sur l'âge et d'autres covariables), d'apprécier la répartition de l'offre de soins dans un objectif de planification (par l'analyse des segments d'activité des établissements tels les regroupements de GHM), d'estimer la proportion de séjour qui pourrait être en théorie effectuée en ambulatoire (par l'analyse des actes réalisés). L'utilisation la plus connue de ces indicateurs est la démarche d'allocation budgétaire basée sur un principe d'égalité simple : « à nature et volume d'activité identique, financement identique ». Cette démarche ne prend pas en compte les besoins en soins de la population, mais les écarts constatés entre dotations budgétaires réelle et théorique sont analysés au sein des agences régionales de l'hospitalisation au regard des spécificités et de l'environnement des établissements.

Les indicateurs d'activité que le PMSI fournit peuvent également être utilisés pour soutenir et compléter différents projets de gestion hospitalière médicalisée : l'élaboration du projet d'établissement, l'insertion dans les filières de soins, mais aussi l'articulation entre le financement externe et l'allocation interne des ressources. Cependant, ces différents travaux menés à partir du PMSI ne permettent pas, d'une part, de résoudre la question de la pertinence de l'organisation des activités mises en œuvre et, d'autre part, révèlent deux écueils : la difficulté de transposition du modèle en interne et l'absence d'indicateurs régionaux suffisamment précis pour se positionner au sein du marché local et régional de l'offre de soins qui permettrait un véritable pilotage stratégique des établissements.

### **Les précautions à prendre dans l'interprétation des résultats**

#### **Limites méthodologiques**

L'utilisation des indicateurs issus du PMSI à des fins de gestion et de mesure de la qualité des soins nécessite une bonne connaissance, d'une part, des erreurs susceptibles d'influer sur la fiabilité et la validité des données [10] et, d'autre part, de ses limites structurelles.

Ces limites structurelles sont essentiellement dues au fait que le PMSI développé en France, sur le modèle des *diagnosis related groups* (DRG's), n'est pas une application qualitative destinée à l'évaluation systématique des processus de soins et de leurs résultats, mais plutôt un système à visée tarifaire, dont l'objectif est de permettre d'allouer des ressources aux hôpitaux en tenant compte des besoins des patients... Ses faiblesses sont donc bien connues : aspect fragmentaire de la représentation du séjour hospitalier sans prise en compte de la trajectoire du patient, absence de critères de jugement sur l'adéquation d'une hospitalisation ou d'un acte, dispersion des coûts à l'intérieur de certains GHM inhérente à la variabilité des malades, aux pratiques des médecins et à la structure des établissements.



Parmi les risques d'erreurs, on peut citer : les erreurs liées au manque d'exhaustivité, les erreurs liées au recueil des informations médicales, notamment des comorbidités [15], et les erreurs liées à l'interprétation des indicateurs et à l'absence en routine des variables nécessaires à l'ajustement. Les variations des indicateurs (durée de séjour, coûts, taux de mortalité...) peuvent donc aussi bien être interprétées comme le reflet de variations des pratiques de prise en charge, mais aussi comme une variation de leur contenu.

#### Lacunes du système

Un certain nombre de champs ne peuvent être explorés par les indicateurs issus du PMSI, car ils ne sont tout simplement pas relevés. Leur connaissance est cependant importante puisqu'elle permet d'en pondérer l'interprétation. Ce sont les spécificités liées aux caractéristiques des établissements : taille, statut, activités d'enseignement, prise en charge de l'urgence, présence d'un service de réanimation, caractère programmé des hospitalisations et des actes, niveau de technicité, prise en compte des innovations technologiques, missions spécifiques confiées dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (pôles de référence...), intégration dans les filières de soins... Les caractéristiques des patients peuvent aussi affecter la nature des morbidités et influencer les soins et les résultats des soins [26] : âge, niveau socio-économique et de précarité, sévérité des cas [23].

Le PMSI présente donc un potentiel intéressant pour les analyses comparatives dans le domaine de la gestion et de l'évaluation de la qualité des soins. Son accès facile et le grand nombre de données qu'il contient sont des conditions favorables à son utilisation pour la mesure des écarts des établissements par rapport à un standard.

Néanmoins, les différentes méthodologies adoptées dans les comparaisons interhospitalières nécessitent plusieurs de prérequis et leur interprétation, une véritable rigueur professionnelle. En effet, les résultats obtenus doivent être analysés sous l'éclairage d'autres sources d'informations issues ou non du système d'information hospitalier : statistique d'activité des établissements, carte sanitaire et schéma régional d'organisation sanitaire, aspect démographique du bassin d'attraction, rapports de conformité, résultats de l'accréditation... La connaissance de l'information de santé publique est donc essentielle.

Sous la pression des différents acteurs du système de santé, le développement incontrôlé de méthodes non validées tant dans le domaine de la régulation du système de soins que dans l'évaluation de la qualité des soins par l'approche des résultats risque à terme de décrédibiliser l'outil PMSI lui-même, de répandre des informations erronées et de générer des inégalités de traitement entre établissements ou régions. Une réflexion globale et pluridisciplinaire sur cette problématique et le développement d'outils standardisés d'analyse s'avère donc nécessaire. ■

**Philippe Loirat**  
Président du Conseil  
scientifique de  
l'Anaes

## Accréditation Limites attendues et perspectives

**P**our interpréter les limites de l'accréditation, il faut considérer aussi ses points forts. Ceci concerne la procédure elle-même mais également les différents acteurs intervenant dans la procédure : le succès ou l'échec de l'entreprise passe par eux.

#### La procédure

L'accréditation est une procédure d'évaluation itérative des établissements de santé qui a pour objectif la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité. Elle est organisée par l'Anaes, créée par les ordonnances de 1996 et installée en octobre 1997. Elle est mise en œuvre par des professionnels de santé et se base sur un référentiel de bonnes pratiques, établi par l'Anaes, évaluant le fonctionnement global des établissements. La première version expérimentale du manuel d'accréditation a été testée à la fin du 2<sup>e</sup> semestre 1998. La première version stable est devenue disponible au 1<sup>er</sup> semestre 1999, les premières procédures d'accréditations ont commencé au 2<sup>e</sup> semestre. Le Collège d'accréditation a été installé en octobre 1999. Les premiers comptes-rendus sont parus au 1<sup>er</sup> semestre 2000.

#### Points forts

La qualité du manuel d'accréditation est reconnue de tous. Les référentiels, mis au point par des groupes de travail multidisciplinaires comprenant chaque fois que possible des usagers, sont bien acceptés par les professionnels comme par les usagers.

L'organisation mise en place s'avère satisfaisante. Les experts visiteurs, actuellement au nombre de 358, sont sélectionnés (3 200 personnes ont répondu aux appels à candidature), formés de façon rigoureuse, partagent et diffusent la culture de l'amélioration continue de la qualité.

Le démarrage de l'accréditation entraîne à lui seul une dynamique, source de progrès, avant même que les établissements soient effectivement rentrés dans la procédure.

#### Points faibles

L'engagement des établissements de santé a été lent. À l'automne 2000, 230 établissements se sont engagés, 75 visites auront été effectuées. Cette frilosité s'explique sans doute par le désir des établissements de corriger en grande partie leurs dysfonctionnements avant de se manifester. La loi oblige l'ensemble des 3 500 établissements de santé publics et privés à



s'inscrire dans la procédure avant avril 2001 et à être accrédité dans les cinq ans. Ceci modifiera les conditions d'engagement entre l'Anaes et les établissements, qui jusque-là laissaient une grande flexibilité dans le choix de la date de visite.

L'organisation de la procédure à l'échelle de la France est lourde. L'Anaes devra accréditer 500 établissements par an. Un rythme plus élevé nécessiterait une organisation et des moyens différents. Alors que, dans certains pays, on fait appel à des visiteurs professionnels,

qui n'exercent plus leur métier de base, le choix, judicieux, fait en France est de confier cette mission à des professionnels en exercice, soumis à des contraintes pour éviter les conflits d'intérêts. Les experts visiteurs devront être en nombre suffisant. L'organisation de leur formation et leur remplacement régulier représentent une lourde charge.

Enfin, le temps nécessaire à la réalisation d'un cycle d'accréditation est long, peu compressible. La phase d'auto-évaluation ne peut être inférieure à quelques mois.

## Le point de vue des usagers dans l'évaluation des hôpitaux

### Le degré de satisfaction des patients peut être un indicateur de la performance des établissements de santé.

Il existe actuellement un souci clairement affiché de mieux prendre en compte les attentes et besoins propres de l'utilisateur du système de soins et de recentrer l'organisation de ces structures autour du patient. Ceci s'est traduit par la publication de la charte du patient hospitalisé (1995), de certains décrets issus de la réforme hospitalière (1996), ainsi que par la diffusion récente de recommandations et guides destinés aux professionnels portant sur l'information et la satisfaction des patients ou sur l'organisation du recueil des plaintes des patients et de leur entourage [12]. Le manuel de « bonne pratique » élaboré par l'Anaes en 1999 pour l'accréditation des établissements de santé reprend largement dans son principe la notion de « place centrale du patient » dans l'organisation des établissements hospitaliers, mettant l'accent sur la coordination des soins et sur la nécessité de mettre en place des indicateurs capables de mesurer l'impact d'actions de réorganisation sur la satisfaction des patients.

Ces textes visent tous à renforcer les droits du patient (à l'information sur le diagnostic et les soins, à l'accès aux données médicales, à l'expression, à la confidentialité, représentation dans diverses commissions hospitalières...) et les devoirs des professionnels de santé envers ceux-ci (obligation de rechercher le consentement du patient, d'évaluer sa

satisfaction, de prendre en charge la douleur, d'organiser le recueil des réclamations et d'analyser les plaintes ...).

Si des considérations éthiques ont prévalu à ces changements, ils sont également la conséquence d'un phénomène social (amélioration des connaissances de la population par rapport à la santé), médical (place de plus en plus importante des pathologies chroniques nécessitant une participation active du patient à la prise en charge) et juridique (arrêts de la Cour de cassation relatif au renversement de la charge de la preuve de l'information du patient, par exemple).

D'autre part, des travaux scientifiques ont clairement montré que l'observance des traitements, la fidélité des patients aux structures de soins et par conséquent l'efficacité des thérapeutiques dépendent de la qualité de la relation entre le patient et l'équipe soignante, de son information, de l'état de santé psychologique du patient, de la prise en considération de ses attentes et du bénéfice subjectif qu'il ressent de ses soins [12, 13].

### Les outils pour mesurer la satisfaction des patients

Cependant, mesurer le point de vue du patient sur les soins qu'il reçoit revient à mesurer une notion subjective et complexe comportant plusieurs dimensions (ou domaines) relativement indépendantes et qui n'ont pas toutes le même poids sur le point de vue global de l'individu. Ainsi, il faut distinguer la satisfaction par rapport aux relations humaines avec les professionnels, à la qualité technique des soins (compétence des professionnels), à la continuité des soins, à l'environne-

ment physique (hôtellerie, calme...), par exemple.

Les études auprès des usagers et de leur entourage se sont donc généralisées dans les établissements hospitaliers français avec la mise en place de dispositifs permanents (distribution de questionnaires de sortie, mise en place de livrets d'accueil, analyse des plaintes adressées à l'hôpital par les patients ou leur entourage...) et la réalisation d'enquêtes ponctuelles de satisfaction.

L'objectif étant d'utiliser ces indicateurs (motifs des plaintes, scores de satisfaction, par exemple) comme des indicateurs de résultat de la qualité des soins.

Cependant, plusieurs conditions préalables sont indispensables pour considérer les résultats de ces enquêtes comme reflétant la « réalité » du patient et d'en déduire des actions correctives en mesure d'améliorer le point de vue de l'utilisateur sur le fonctionnement de l'hôpital [12, 13].

Tout d'abord, il importe d'utiliser des questionnaires fiables (les résultats sont stables quand les mesures sont effectuées dans des conditions différentes) et valides (des résultats différents traduisent des variations de l'indicateur et pas uniquement l'erreur de mesure).

Pour cela il faut utiliser des outils construits selon une méthodologie rigoureuse utilisant les méthodes propres aux mesures subjectives. Le processus de validation nécessite de réaliser des enquêtes *ad hoc*. Dans un premier temps, un pool initial de questions jugées pertinentes est constitué à partir de données de la littérature et d'entretien auprès de patients. Dans un second temps, le choix des items qui feront partie de l'outil dé-

Compte tenu des délais nécessaires à la réalisation du rapport des experts, à l'examen par le Collège des dossiers, à la rédaction des rapports d'accréditation et aux divers délais réglementaires (engagement, possibilité d'observations au rapport des experts et de contestation des conclusions du rapport d'accréditation), il se passe douze à quinze mois entre l'engagement de l'établissement et la parution du compte-rendu d'accréditation sur le site Internet de l'Anaes.

Les États-Unis d'Amérique et le Canada ont mis en

place l'accréditation depuis plusieurs décades. On peut s'attendre en France à ce que deux cycles (dix ans) soient au moins nécessaires pour voir une modification en profondeur du fonctionnement de l'ensemble des établissements de santé. Ces délais peuvent être jugés trop longs, bien qu'incompressibles, par les politiques (dont la durée de mandat est plus courte), les professionnels (la pérennité d'une dynamique est toujours difficile à assurer) et le public, soucieux de savoir vite où et par qui il sera le mieux soigné.

finitif est effectué en réalisant des analyses statistiques permettant de définir leur niveau d'informativité. D'autres critères de choix des questions sont également souvent retenus comme la pertinence clinique des items ou des priorités institutionnelles.

Il existe actuellement plusieurs questionnaires développés en France qui remplissent ces conditions et qui peuvent être facilement utilisés. Il s'agit d'outils généraux qui mesurent tous les aspects des soins [24] ou d'outils spécifiques n'abordant qu'un seul aspect comme l'information et les relations avec les soignants par exemple [27].

Seconde condition : choisir une méthodologie d'enquête permettant à la fois d'assurer la qualité des données (minimisation des biais) et la faisabilité des enquêtes (coût financier faible et organisation facile à mettre en œuvre).

Il importe de réaliser un échantillonnage des patients assurant la représentativité de la population sélectionnée, de définir des critères d'inclusion et de disposer d'effectifs suffisamment grands pour améliorer la précision de la mesure. Le recueil des données peut se faire pendant l'hospitalisation ou à distance. On peut utiliser des questionnaires auto-administrés, des questionnaires remplis par un tiers au cours d'une interview face à face ou téléphonique. Chacune de ces méthodes comporte des avantages et des inconvénients [12, 13, 16].

Interroger des patients sur leur lieu de soins génère en général des scores de satisfaction plus élevés que des enquêtes réalisées à distance. Seule une mesure après les soins permet d'évaluer la

sortie et le suivi. Il est également probable que les sujets portent un avis plus réfléchi et nuancé après les soins que pendant ceux-ci.

Les interviews ont pour avantage de permettre une bonne standardisation des conditions de remplissage. Elles permettent d'obtenir un faible taux de non-réponse et des informations sur les non-répondants. Cependant, la présence d'un observateur peut entraîner une sous-évaluation de l'insatisfaction. Il est alors essentiel que les interviews soient réalisées par des personnes non impliquées dans la structure de soins étudiée. Il est également impératif d'informer le patient des conditions d'enquête et du respect absolu de l'anonymat.

L'auto-questionnaire assure, au regard du patient, le meilleur anonymat, il permet également de standardiser les items (il n'y a aucune interprétation extérieure des questions). Ce type d'enquête est peu coûteux et peut être réalisé à grande échelle. Néanmoins, lorsque les auto-questionnaires sont remplis à domicile, il n'y a pas de contrôle des données manquantes et le taux de non-réponses est élevé (de l'ordre de 50 %) si on ne réalise pas de relance du patient. Cependant, les scores de satisfaction des répondants sans relance sont peu différents de ceux qui répondent après des relances.

Parallèlement aux enquêtes ponctuelles de satisfaction, les établissements sont tenus de mettre en place un dispositif permanent de recueil des plaintes orales et écrites. En pratique les hôpitaux doivent organiser des permanences et des commissions de conciliation, nommer un chargé de relation avec les usagers et un

médecin conciliateur, puis informer les patients de cette organisation. D'autre part, les hôpitaux sont tenus d'enregistrer toutes les plaintes, d'y répondre, de les analyser, d'informer les services concernés et de mettre en place, le cas échéant, des mesures correctrices [9]. Les plaintes représentent un événement rare et potentiellement grave qui peut être considéré comme un « indicateur sentinelle » dans le cadre d'une politique de gestion du risque puisque les plaintes peuvent aboutir à une démarche contentieuse.

Une analyse quantitative des plaintes est moins pertinente puisqu'un nombre bas de plaintes peut à la fois traduire l'absence de dysfonctionnements tout comme l'inefficacité (ou l'absence) du dispositif.

Au total, la satisfaction (ou l'insatisfaction) du patient représente un indicateur pertinent de la performance des établissements de santé dans la mesure où les outils utilisés, les méthodes et les organisations mises en place peuvent fournir des résultats fiables et induire des changements.

Parallèlement à ces enquêtes réalisées auprès de malades qui évaluent un épisode de soins spécifique, il serait intéressant d'évaluer plus généralement les besoins sanitaires de la population générale en utilisant des questionnaires de satisfaction adaptés. Ceci permettrait de disposer d'un nouvel indicateur de performance du système de soins et d'orienter une politique de réduction des inégalités (régionales, selon le profil sociodémographiques des sujets, par exemple) en tenant compte non seulement de la consommation de soins mais aussi des besoins et attentes des utilisateurs. ■



### Les tutelles

#### Points forts

L'accréditation bénéficie d'un soutien fort de l'État : c'est lui qui l'a voulue. L'ordonnance de 1996 qui la met en place s'inscrit dans le prolongement de la loi de 1991 qui réclamait l'organisation de l'évaluation dans les établissements de santé. Cette volonté traduit sans doute une triple nécessité.

Tout d'abord, l'État remplit son rôle de garant de la qualité et de la sécurité des soins, et met naturellement en place le dispositif qui lui paraît le plus apte à les assurer.

Ensuite, à une époque où la recherche d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé est de plus en plus ardente, le coût de la non-qualité est de plus en plus perçu comme prohibitif et l'accréditation, en réduisant la non-qualité, participe indirectement à cette maîtrise.

Enfin, dans la mesure où l'État et ses structures décentralisées s'engagent dans des restructurations sources de remous, et où les contraintes économiques sont au devant de la scène, il devient impératif pour l'État de disposer d'un garant extérieur « neutre » de la qualité. Confier aux professionnels la responsabilité de définir la qualité est certainement le meilleur moyen de limiter les conflits liés aux problèmes que posera la mise en place de démarches qualité dans un contexte de contraintes économiques.

#### Points faibles

Une des caractéristiques principales de l'accréditation est que cette évaluation des établissements de santé est pratiquée par des pairs. La responsabilité en est donc déléguée aux professionnels. Or l'État balance entre police et pédagogie. Certaines des agences récemment mises en place disposent de missions d'inspection et de pouvoirs de police (Afssaps, Afssa). D'autres tablent sur la responsabilisation des professionnels (Anaes, EFG). On pourrait craindre que le balancier, favorisant actuellement les professionnels, revienne vers plus d'inspection et de police, ce qui risquerait d'altérer le climat de confiance nécessaire à la réussite de la démarche. Il faut cependant noter que le concept d'évaluation et d'accréditation n'est pas marqué politiquement. Née d'une ordonnance publiée sous un gouvernement de droite, l'accréditation se développe sans infléchissement sous un gouvernement de gauche.

L'État peut considérer que la progression n'est pas assez rapide, ignorant qu'il demande au système d'évoluer en quelques années là où d'autres États ont accompli cette révolution culturelle en plusieurs décades.

L'État peut enfin considérer que l'accréditation ne l'aide pas suffisamment à prendre ses propres décisions. Le processus d'accréditation est par nécessité lent : il ne permet pas de répondre à une urgence ; il n'est pas conçu comme un outil de décision pour, par

exemple, prendre en urgence la décision de fermer un service ou un établissement dans lequel un dysfonctionnement majeur viendrait à être constaté.

### Les professionnels

#### Points forts

La procédure a rencontré le soutien unanime de toutes les fédérations d'établissements de santé et de l'ensemble des organisations représentant les professionnels impliqués, qui sont représentées au Conseil d'administration de l'Anaes.

Certains professionnels sont déjà acquis au concept d'évaluation, ou déjà formés aux démarches qualité : l'accréditation, pour eux, est une évolution normale qu'ils soutiendront naturellement.

D'autres verront l'intérêt de participer à une procédure dont la responsabilité leur est confiée. Ils seront favorables au processus.

D'autres, enfin, tireront bénéfice du processus participatif qu'impose l'accréditation et en particulier la phase d'auto-évaluation. Ils peuvent devenir d'ardents défenseurs du système.

#### Points faibles

Le risque le plus important est que certains professionnels considèrent l'accréditation comme une couche supplémentaire du gigantesque mille-feuille réglementaire auquel ils sont soumis. Considérant qu'il suffit de satisfaire des « normes », ils ne se mobiliseront pas vraiment pour mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité. La tentation peut être également de se contenter d'écrire des procédures, sans vraiment chercher à modifier les comportements, et d'alimenter ainsi un « terrorisme de l'écrit » qui peut avoir des effets pervers.

D'autres peuvent considérer que l'accréditation, qui pousse au participatif et à une culture collégiale, remet trop en cause certaines conceptions managériales. Dans les deux cas, le risque est de voir la procédure se dévoyer.

Enfin, certains trouveront que l'accréditation ne va pas assez loin, qu'elle apprécie trop globalement le fonctionnement d'un établissement et pas assez la spécificité de leur propre métier. Ils seront peu enclins à participer.

### Le public

Il est le bénéficiaire de la démarche. Sa compréhension du système et son adhésion sont donc essentiels.

#### Points forts

L'exigence de la population en matière de qualité ou de sécurité des soins ne fait qu'augmenter. L'accréditation, dont les comptes-rendus sont publics, satisfait les besoins de transparence et donne au citoyen la possibilité de s'exprimer sur les dysfonctionnements constatés.

### Points faibles

La demande du public risque de porter sur des points précis que n'aborderont pas forcément les comptes-rendus.

Le public est certainement plus sensible à la publication de résultats qu'à la notion que les procédures sont satisfaites. L'absence actuelle d'indicateurs de résultats, la volonté affichée de ne pas transformer les résultats de l'accréditation en « hit-parade » constituent des freins à la compréhension de l'intérêt du processus.

Il faudra au moins cinq ans pour que tous les établissements satisfassent la procédure. Ce délai, incompressible, est source de frustration. La demande d'information est si forte que les diverses enquêtes ou hit-parades publiés pourraient devenir, pour le public, le standard attendu.

### Perspectives

Compte tenu de ce bilan des points forts et des points faibles, il me paraît évident que l'accréditation, non seulement atteindra les objectifs actuels, mais verra sa place renforcée dans le système de soins. Il faut cependant laisser au système le temps de trouver sa place. Les divers acteurs doivent intégrer cette nouvelle donne dans leur propre système de valeurs : les tutelles trouver la place de l'accréditation dans leur processus de décision, les professionnels voir leurs préoccupations spécifiques prises en compte dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de leur établissement, le public s'habituer à recevoir des informations officielles, de qualité, mais de style différent de ce que lui offrent d'ordinaire les médias.

Laisser du temps ne veut pas dire ne pas progresser. L'accréditation devra, dans les années à venir, couvrir les champs prévus par la loi. L'extension aux réseaux de soins est déjà prévue. La procédure elle-même doit bénéficier d'un processus d'amélioration de la qualité. En fonction des constatations du Collège, le référentiel évoluera. Le travail mené à l'Anaes, avec les professionnels, devra d'une part déterminer les indicateurs fiables témoignant de la qualité des soins dans les établissements de santé, d'autre part mesurer l'impact de l'accréditation elle-même. La réponse à cette question, non résolue actuellement, pas plus en France qu'à l'étranger, est essentielle à la crédibilité et donc à la pérennité de la procédure.

Dans un système idéal, une dynamique d'amélioration continue de la qualité s'appliquant aux structures (établissements de soins, réseaux) et un système d'évaluation des pratiques de l'ensemble des professionnels de santé devraient aboutir à ce que l'accréditation ne soit plus ressentie comme une obligation réglementaire mais comme un besoin naturel. ■