



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. ■