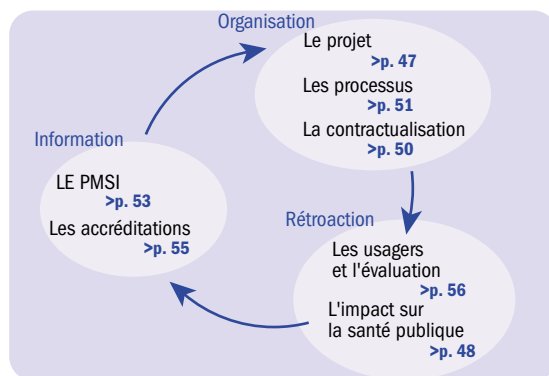


Les outils de l'organisation sanitaire



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.

La 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.

Comme 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 plus 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-