CONGRES AIMS 2008

La part des initiatives managériales dans l'ajustement programmé des structures hospitalières françaises.

Christel BEAUCOURT

Maître de Conférences

Lille Economie Management

UMR CNRS 8179

IAE Lille

104 avenue du Peuple Belge

59043 Lille cedex

Tél : 03 20 12 34 76

christel.beaucourt@iae.univ-lille1.fr

Maria ZAFIROPOULOU

Doctorante

Lille Economie Management

UMR CNRS 8179

IAE Lille

104 avenue du Peuple Belge

59043 Lille cedex

Tél : 03 20 12 34 50

marozafir@yahoo.fr

Résumé :

Cette communication fait voir l'importance du management stratégique à l'intérieur des organisations hospitalières dans le contexte des récentes réformes françaises en matière de santé. Les enjeux de ces réformes sont d'introduire des éléments de concurrence et de partenariat entre établissements, tout en réduisant la suprématie médicale et en favorisant la responsabilité citoyenne (afin de prévenir le plus possible ce qu'il faudrait ensuite soigner). On y met aussi les services publics dans des rapports marchands, en atténuant le traditionnel primat de la solidarité ou du secours à autrui.

Les auteures se demandent à quel point et de quelle façon de telles réformes (et les politiques qu'elles sous-tendent) parviennent à modifier la pratique et les représentations de ceux qui œuvrent dans le secteur hospitalier. Car, sur le terrain, toutes sortes d'acteurs (professionnels, institutionnels, marchands, etc.) agissent et font des projets en décalage relatif avec les

objectifs des réformateurs nationaux (dont l'espace d'interprétation est forcément très général).

A partir d'études de cas commentés dans une perspective néo-institutionnelle, les auteures soulignent la co-construction de l'action publique – fruit conjoint des concepteurs centraux, des organisations locales et des usagers. Cette production désordonnée engendre divers paradoxes. Par exemple, des critères techniques de gestion construits pour sécuriser certains soins ont conduit, en fait, à supprimer des actes de service (« sortis » des exigences), en créant davantage d'insécurité dans certains territoires. Ou encore, des mises en œuvre attendues en matière de qualité se sont transformées en pratiques « fétichistes », car non traitées dans « l'esprit » mais « par la lettre », compte tenu des habitudes antérieures et des jeux d'acteurs.

En conclusion, les auteures regrettent que les réformes se soient traduites par de lourds dispositifs réglementaires, compte tenu des traditions françaises de penser d'en haut ce qu'il faudrait appliquer en bas. Comme souvent, cela s'est traduit par des ruptures ou des désordres d'application, alors que des incitations transversales plus ouvertes auraient pu mettre en éveil l'ensemble, en favorisant les initiatives locales. Une plus grande coordination du système de santé voudrait qu'on puisse « composer » avec la dynamique d'action qui en émerge, plutôt que de l'« ignorer » ou de la « combattre », comme s'il s'agissait d'un monstre d'incompétence à devoir dompter.

Mots clés : hôpital, stratégie, innovation, initiatives managériales, modèles de santé.

La part des initiatives managériales dans l'ajustement programmé des structures hospitalières françaises.

INTRODUCTION

En France, les réformes en matière de santé sont souvent programmées autour de dispositifs publics tenant compte des contraintes budgétaires et d'une évaluation des performances calculée selon des modèles le plus souvent issus de l'évaluation publique et de l'économie de la santé. En introduisant une logique d'analyse et de valorisation de l'activité par nature de produits ou de services, la T2A¹ devrait en principe inciter les établissements à modifier leur organisation interne et influencer leurs performances économiques, d'autant que ce dispositif s'accompagne d'une pression sur les ressources.

Tout un ensemble de mesures sont proposées pour permettre l'augmentation des recettes et des économies. C'est le cas des réformes récentes, qui introduisent davantage de réorganisations territoriales, ainsi que d'échanges ouverts entre les lieux fermés (hôpitaux, etc.) et les systèmes en réseaux qui élargissent l'action collective (en y introduisant d'autres acteurs, privés ou publics, individuels ou collectifs). Ces réformes à la fois poussent à la concurrence et demandent des concertations et des coopérations entre les mêmes acteurs (en particulier une constitution de partenariats et des regroupements de laboratoires).

Le but de cette communication est de montrer de quelle façon, là comme ailleurs, les incitations, le cadrage et les règles sont des ingrédients de stratégie, et que les organisations hospitalières ont toujours intérêt à produire un management stratégique actif, en dynamisant leurs ressources et leurs projets, plutôt que de s'adapter passivement aux exigences des réformes.

Nous y abordons cette perspective de changement managé de l'intérieur à partir de trois aspects complémentaires dont nous ferons les trois parties de notre présentation :

- sur le plan théorique (1.1), les politiques publiques sont un champ de stimulations et de contraintes actives, à travers lequel il est toujours possible de trouver des stratégies de mise en contexte. Pour y parvenir, on peut s'appuyer sur les théories de l'action.

¹ T2A (ou TAA) : tarification à l'activité

- l'organisation hospitalière n'est pas une forme idéale de concrétisation de la politique de santé. C'est un interlocuteur (1.2) de ces politiques, en partie dépendant (pour des raisons réglementaires et budgétaires), mais libre aussi en partie de ses choix, en tenant compte des champs de tension concrets à travers lesquels il déploie son action (institutionnels, économiques, relationnels, etc.)

- une organisation agit toujours dans un cadre de jeu donné (2), mais elle peut chercher à détourner le jeu et à proposer d'autres règles, en faisant état de ses caractéristiques d'activités, de besoins, de contexte. L'application réglementaire est donc aussi un rapport de force, un moyen de s'évader en partie du jeu imposé pour justifier de certaines innovations et préparer leur transposition institutionnelle. Il y a donc une stratégie de la justification (de la construction de représentations appropriées à ses besoins concrets) tout autant qu'une stratégie de l'adaptation ou de la performance (et même celle-ci requiert un discours en partie conflictuel sur les lieux de performance et les caractéristiques des critères d'évaluation).

- les ingrédients possibles du changement stratégique sont variés (3). Ils combinent des outils opérationnels, des structures de tâches, des configurations d'acteurs et de décision. C'est à travers ce faisceau d'actions et de transformations possibles que se constituent les postures stratégiques des établissements, dans des mises en œuvre qui, comme partout, sont pour partie délibérées, pour partie émergentes et parfois correspondent à des réactions d'opportunité dont on explicite et justifie après coup le bien-fondé.

Cette communication constitue une réflexion parallèle à des observations de terrain, à la fois sur la base d'une quinzaine d'études de cas réalisées par des professionnels inscrits dans un programme de formation (M2) et menées dans le cadre d'une thèse financée par l'EHESP, qui implique des contacts en cours assez nombreux avec des structures hospitalières aux prises avec les réformes françaises. Les différents cas ont été soumis à une procédure de confrontation pour en ressortir des faits en lien avec la problématique traitée dans cette communication. Une recherche documentaire sur les politiques publiques et des entretiens ont été réalisés avec des professionnels des organisations de santé afin d'appréhender la pratique professionnelle ainsi que la traduction des orientations publiques sur le terrain.

1. L'impact des politiques publiques dans l'évolution des organisations hospitalières, aujourd'hui, en France.

Les hôpitaux réagissent de manière différente aux réformes en cours. Tantôt ils résistent, tantôt ils se conforment, parfois ils cherchent à réagir en innovant. Mais d'abord précisons les principaux changements en cours :

- la mise en place de la tarification à l'activité (100% en 2008)
- la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles
- le nouveau cadre budgétaire et comptable (état prévisionnel des dépenses et moyens, plan global de financement pluriannuel)
- la réforme de la planification (schéma régional d'organisation sanitaire, contrat pluriannuel d'organisation sanitaire, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, agences régionales de santé)
- la certification
- le contrat de retour à l'équilibre financier (CERF)

1. 1. Les grandes lignes des politiques et outils de l'action publique en matière hospitalière

L'évolution de l'organisation des soins se base sur des politiques spécifiques ou sectorielles, qui se déclinent différemment selon les pathologies, les spécialités ou les territoires (par exemple en termes de réseaux, de plans, de programmes, etc.). Mais toutes respectent les principes d'un système de soins ambulatoires fondé sur la médecine libérale. On peut décrire les réformes en cours selon au moins cinq caractéristiques majeures :

- L'hôpital apparaît comme « *un lieu de pouvoir éclaté* » (Grossier, Jancourt, Nizard, 1996), reposant sur le rôle clé des professionnels soignants, notamment des médecins composant le centre opérationnel. Aujourd'hui, on voudrait que la santé ne soit plus le domaine réservé des médecins ou de l'hôpital, mais l'affaire de tous, dans le cadre d'une gouvernance qui inclut de nombreux acteurs. On s'achemine vers une politique publique de santé en remplacement des services de santé. Le séjour à l'hôpital ne se résume ni à un diagnostic, ni à des opérations chirurgicales, ni à de l'administration de médicaments. Les spécialistes, les médecins-patrons s'intègrent-ils facilement dans la chaîne des intervenants ? Est-ce que la mise en place des pôles signifie la fin des frontières et des doublons entre services et un redéploiement en

fonction de l'activité ? Comment faire de l'hôpital, fonction de production, une institution complexe qui combine des prestations de services diverses pouvant s'inscrire dans des réseaux de soins plus vastes (partenariats entre établissements, réseaux ville – hôpital) ? Peut-on attendre du président du conseil d'administration (le maire de la commune) la recherche de solutions intercommunales ?

- Le recours à des mécanismes concurrentiels entre établissements de soins, notamment depuis la réforme hospitalière de 1996, correspond à un objectif de réduction des dépenses de santé, qui étaient jusque-là gérées au moyen de leur planification et de leur rationalisation. En France, 83 000 lits d'hospitalisation complète ont été fermés entre 1992 et 2003. L'application des nouvelles règles pose la question de l'arbitrage entre le critère du prix et celui de la qualité. Les soins sont-ils devenus une marchandise comme les autres ? Les contraintes économiques et budgétaires en milieu hospitalier ne doivent-elles pas faire l'objet d'un véritable débat pour évaluer la portée et les conséquences des différentes stratégies disponibles pour améliorer le rapport coût/efficacité du système hospitalier, à la lumière des missions qui lui sont assignées ?

- A ce croisement des rationalités économique et médicale, on peut ajouter la nécessaire coexistence d'une logique de concurrence et d'une logique de partenariat. La gouvernance de proximité constitue la nouvelle recette managériale du système de santé. L'hôpital local semble être un acteur de première intention, notamment en matière de prévention et plus généralement de santé publique. La modélisation des trajectoires de patients en tant qu'outil d'aide à la planification sanitaire (SROS 3^{ème} génération) et la diversité des réseaux de santé reflètent la nouvelle image de « l'hôpital - satellite » en réseau avec un noyau dur et des atomes épars, où « l'important se concrétisera certes sur le noyau dur et les partenariats, mais aussi sur les relations entre ces unités » (Calmes, Segade & Lefranc, 1998). Le glissement sémantique des « réseaux de soins » aux « réseaux de santé » met en exergue cette logique de partenariat et de collaboration. La volonté du législateur de faire du réseau l'outil privilégié du rapprochement des secteurs sanitaire et social semble, en pratique, en contradiction avec la volonté des professionnels.

- La citoyenneté est inscrite dans les missions de la santé. Pour que cela puisse marcher, il faut qu'il y ait un rapport d'indépendance, voire d'insoumission, à l'ordre médical et à l'ordre administratif. On demande aux patients de devenir des consommateurs éclairés. La santé est

un devoir de responsabilisation sociale ouvert à tous, qui suppose au moins autant de prévention en amont que de soins en aval. Désormais, on pense que les problèmes de santé ne sont plus seulement médicaux, mais qu'ils ont été largement socialisés (Lascoumes, 2002). La reconnaissance d'un droit des malades et d'un droit des usagers ne garantit pas que le malade ou l'utilisateur agissent pour autant comme des consommateurs avertis. Ces derniers peuvent méconnaître la nature du marché et la nature des normes définies dans les référentiels qualité. Or l'accord sur la qualité d'un service est un préalable indispensable à l'échange économique dans la mesure où il permet de régler les litiges sur la qualité et d'anticiper les demandes des « clients ».

- Les personnels hospitaliers traversent une crise de reconnaissance qui a partie liée avec une réduction symbolique du prestige de l'hôpital. Comme le souligne Gadrey (1986), la société « servicielle » (celle qui est « au service d'autrui ») a du mal à se vivre pleinement comme une société de services (celle qui rend des « services » dont on peut mettre en valeur la qualité, voire le caractère marchand).

1. 2. Les conséquences observées en matière de pratiques et de représentations

Dans la communication présentée ici, ce qui nous intéresse, c'est d'analyser jusqu'où et comment le bel ensemble idéal des enjeux publics nourrit ou non les pratiques et les représentations des personnels hospitaliers.

Il n'est plus possible d'analyser l'hôpital seulement comme une organisation. Il faut tenir compte de sa dimension institutionnelle, à travers les déterminations économiques, sociales ou politiques qui l'entourent, le pressent et le guident au quotidien (Granovetter, 1992). Le monde politique, les organismes publics de tutelle, les professionnels de la santé, ainsi que le secteur marchand (sociétés pharmaceutiques, compagnies d'assurance, etc.) interviennent simultanément dans le système de soins avec des logiques différentes et parfois opposées (Contandriopoulos A.P., 2002). La diversité des parties prenantes et des enjeux ne facilitent pas la compréhension des évolutions en cours. Or on sait bien que les personnels hospitaliers s'engagent d'autant plus qu'ils attachent un sens subjectif à leur activité et qu'ils se sentent sujets des réformes en cours. Or tout se passe à l'hôpital comme si les dirigeants et les professionnels jouaient à assimiler tel un boa toutes les réformes qu'on leur impose, sans pour

autant les digérer vraiment. Par exemple, les institutionnalisations de certains dispositifs tels que les réseaux de santé ou la démarche qualité ont été perçues davantage comme un arrangement local ou une référence mythique véhiculée par le système de santé lui-même, que comme des modèles fondamentaux d'évolution. Pour régler la crise hospitalière, on a tenté de récupérer le concept de « réseau » et d'en faire un nouvel outil d'organisation des soins. Mais c'est resté trop formel pour transformer l'action collective en profondeur et s'intégrer vraiment dans le cadre des représentations des acteurs.

Pour prendre un autre exemple, la gouvernance publique hospitalière utilise des leviers d'ordre à la fois institutionnel et organisationnel, tels que les fusions des établissements de santé. Mais les accords de ce type résultent souvent d'un processus négocié à l'échelle politique, dans un cadre institutionnel qui n'a pas interagi avec les attentes locales des populations. On voit alors le président du conseil d'administration refuser la fermeture de services en sous-activité, la baisse des effectifs voire même le rapprochement avec un hôpital voisin, ce qui ne facilite pas l'adoption par l'hôpital d'une logique de redressement du déficit parfois conséquent.

Dans un contexte objectif de raréfaction des ressources, un ensemble de lois, de décrets ou de bases réglementaires sont produits par les acteurs publics. Il y a là une volonté affirmée d'assainir les situations financières des établissements et d'ajouter à la responsabilité pénale une responsabilité « comptable » puisque déjà des directeurs d'établissements ont été sanctionnés pour leur mauvaise gestion. Si les chefs d'établissement font des efforts d'économie, ils sont en même temps contraints d'absorber le coût de mesures nouvelles non financées par l'Etat : comme les plans nationaux de santé publique en faveur des personnes âgées, en prévention des risques sanitaires (grippe aviaire) ou encore ceux garantissant l'évolution des normes de sécurité (par exemple pour lutter contre les infections nosocomiales). Des messages contradictoires sont donc envoyés par les pouvoirs publics et créent une certaine confusion. On voit d'ailleurs encore aujourd'hui certains directeurs espérer bénéficier d'aides exceptionnelles pour couvrir leur déficit et ne pas s'engager dans un CREF² rigoureux.

² CREF : contrat de retour à l'équilibre financier

Néanmoins, on ne peut se satisfaire d'une lecture « verticale » de la conception et de la mise en œuvre de l'action publique, comme si sa dimension prescriptive entraînait (certes plus ou moins bien) des applications avant tout passives (relevant de l'obéissance institutionnelle et de l'ajustement local). Nous mettons l'accent sur l'importance d'une co-construction de ces instruments entre les concepteurs de l'action publique, les secteurs d'activité et les usagers.

Selon nous, la gestion des hôpitaux relève davantage d'un mix entre cinq niveaux de régulation :

- un niveau politique : là interviennent les représentants des usagers, les élus de la population, tant au niveau local que national.

Les français ont longtemps cru disposer du meilleur système de santé en Europe, à partir d'une médecine libérale et de financements collectifs. Néanmoins, de nombreuses questions de santé publique restent encore sans réponse ou ne bénéficient que de réponses partielles et inadaptées. En outre, l'amélioration de la connaissance des risques a entraîné une multiplication des attentes de la population à l'égard du système médical mais aussi du système de santé publique et des autorités sanitaires. On doit davantage tenir compte aujourd'hui des réactions juridiques croissantes des usagers, dès qu'ils soupçonnent des insuffisances ou des erreurs à leur encontre, avec une tendance à chercher « réparation » pour tout ce qui leur semble un défaut d'expertise, de vigilance ou de pertinence de soins. Selon certains observateurs, comme F. Housset, le soigné serait devenu un « soi-nié » alors même que les différentes réformes concernant les malades ont pour objectif affiché de rétablir cette singularité individuelle et ce respect des personnes, en dépit d'un parti pris général de restriction budgétaire.

- un niveau professionnel : où s'exprime une image de mandarinat, parfois le pouvoir charismatique de professeurs de médecine.

En France, la politique de santé est considérée avant tout comme l'affaire des médecins (eux-mêmes circonscrits aux normes d'un « ordre », etc.). Les transformations réglementaires tiennent encore compte, largement, de cet état des choses, même si des ouvertures commencent à se faire jour.

- un niveau administratif et réglementaire : où se mêlent des lois, de nouveaux principes de fonctionnement comme la création de directions de soins ou de pôles et qui ont fait de l'hôpital « un lieu de toutes les réunions et le lieu de la non décision » (Aubart, 2007).

- un niveau concurrentiel : où l'on porte une attention au contrôle financier, à l'affaiblissement du pouvoir des professionnels ; où l'on veille à la mise en concurrence pour l'obtention des ressources dont dépendent la gestion des activités médicales (comme l'organisation de plateaux techniques, la constitution de partenariats, le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation de semaine, l'organisation de la permanence des soins) ou la gestion des recettes (le développement d'activités existantes en lien avec le SROS ou la création d'activités nouvelles).

La mise en concurrence des établissements de santé, que l'on peut associer au benchmarking, doit permettre à terme aux patients de choisir leur établissement en fonction d'indicateurs rendus publics (comme c'est le cas déjà en Grande-Bretagne). Les budgets sont ensuite accordés aux établissements en fonction du nombre de patients qui y sont traités : l'argent des soins suit donc le patient.

- un niveau éthique : où sont questionnés les modèles de santé en lien avec l'environnement, les modes de vie et le pluralisme thérapeutique ; où l'horizon sanitaire est élargi à la population « saine » puisqu'elle est potentiellement à risque.

On voit bien que de nombreuses logiques coexistent et interagissent. Selon Robelet, Serré et Bourgueil, les logiques gestionnaires font référence aux « processus et aux stratégies portées par des acteurs « gestionnaires » participant aux instances de régulation du système de santé et qui visent à rationaliser l'organisation du travail, gagner en transparence et garantir à la fois qualité et coût des soins ». Tout en partant de cette dimension normative, nous allons plus loin en mettant l'accent sur la part des initiatives managériales dans l'ajustement programmé des politiques publiques.

Bien sûr, les instruments ou les dispositifs publics ont un fort pouvoir d'infléchissement et d'orientation des activités organisationnelles. Ce sont des instruments à la fois cognitifs, moraux et politiques qui interviennent sur les pratiques et les configurations d'acteurs en présence (Cantelli, 2005).

2. Les changements stratégiques obéissent aux règles sociologiques de l'innovation organisationnelle.

L'hôpital évolue vers une gestion responsabilisante et de nature stratégique (Valette, 1996). Cette orientation vers « *l'hôpital stratège* » (Souteyrans, Contandriopoulos, 1996) est l'aboutissement d'une prise en compte croissante de l'environnement, avec intégration des conséquences de ses transformations internes ou externes.

2. 1. Est-ce que l'hôpital change ?

Ce changement, s'il a lieu, s'effectue-t-il :

- à l'intérieur d'un cadre réglementaire donné (sans toucher à l'organisation technico-économique, aux représentations et aux types de pouvoirs) ?
- en aménageant le cadre réglementaire, plus ou moins profondément (soit en modifiant les règles, soit en modifiant les règles de production des règles) ?

Pour que les réformes soient effectives, encore faut-il qu'elles s'appuient sur des bases légales, morales, culturelles ou politiques qui paraissent claires et légitimes. Est-ce que la mise en conformité requise est fondée sur un sentiment d'obligation ou sur une compréhension commune des choses ? Concrètement, les décisions d'adoption des réformes dépendent de la manière dont on peut s'y conformer localement : par rapport aux normes existantes, au consensus local qu'on parvient ou non à construire, à des jugements sur ce qu'il semble approprié de faire, à l'imitation des autres ou, mieux encore, à un travail réflexif d'appropriation des nouveaux enjeux qui peut aller jusqu'à questionner l'efficacité ou l'efficacité des dispositifs envisagés. Car la maîtrise comptable et la maîtrise médicalisée ont un point commun, elles voient la santé comme un coût. Mais à cela il faut ajouter une réflexion éthique qui permet comme le souligne A. Sen de « réencastrier » l'économie dans la science morale. Les indicateurs de performance de l'hôpital ne peuvent être définis indépendamment des contextes culturel, psychologique et éthique de leur champ d'application (CNCE, 2008).

On peut résumer ce cadre d'analyse institutionnelle dans le tableau suivant (Scott, 2003) :

Tableau 1 : Quelle compréhension commune des politiques de santé ?

	Régulateur	Normatif	Culturel-cognitif
Base de respect	<i>Intérêts ou convenance</i>	<i>Obligation</i>	<i>Entendement commun</i>
Base de l'ordre	<i>Lois</i>	<i>Règles</i>	<i>Valeurs</i>
Mécanisme	<i>Coercitif</i>	<i>Normatif</i>	<i>Mimétique</i>
Logique	<i>Instrumentalité</i>	<i>Pertinence</i>	<i>Orthodoxie</i>
Moyens d'action	<i>Développer des mesures incitatives</i>	<i>Valorisation du jugement professionnel</i>	<i>Lever les ambiguïtés des évidences en matières de politique de santé</i>

A partir de ce tableau, nous pouvons illustrer les champs de force qui jouent dans l'élaboration des politiques de santé. Ce qui caractérise la gestion d'un établissement hospitalier c'est l'incertitude sur ce qu'il faut faire et sur ce qui va être fait. Pourtant des réglementations existent. Mais elles ont besoin d'être atténuées, d'être en quelque sorte adaptées pour leur donner une nature plus réelle, c'est-à-dire sociale. Des valeurs ou des normes sont proposées ; elles représentent ce qui est collectivement préférable ou désirable. Et on agit à partir de ces scénarii qui sont « socialement prescrits ». On permet ainsi aux visiteurs médicaux de poursuivre leur activité alors même que l'on sait qu'elle est pour partie responsable des coûts des médicaments et de l'inflation des ordonnances. Au fond on met les directeurs d'hôpitaux dans des injonctions contradictoires où santé et argent sont dans des formes d'enchevêtrement bien complexes. On demande alors aux directeurs des établissements de santé de jouer les rôles qu'on escompte d'eux, d'assumer leurs responsabilités en conformité avec les attentes de leur environnement normatif. Ils sont soumis à « des obligations sociales » et ont le devoir de s'y conformer. Le système de santé est alors le point de rencontre d'intérêts économiques et politiques. Parfois constatant que les questions de sens s'affaiblissent au profit des arbitrages de moyens, ces directeurs demandent que soient levées certaines ambiguïtés ou contradictions, voire même ils tentent de trouver des solutions locales alternatives. C'est là que des initiatives managériales se mettent en place

parfois relayées par les équipes soignantes. Elles vont même jusqu'à créer des ruptures de paradigme.

Comme contrepoids à ces mécanismes d'institutionnalisation, il y a les principes supérieurs éthiques dont s'emparent les différents acteurs (syndicats, médecins, infirmières...) et qui favorisent l'émergence de modèles d'action collectifs trans-professionnels et trans-organisationnels. Rappelons que, jusqu'alors, les infirmiers et les aides-soignantes avaient complètement intégré l'idée qu'ils devaient « se mettre au service des autres ». Ils se comportaient en « dévots ». Ce modèle a volé en éclat, notamment depuis le mouvement infirmier des années 80 dont on se souvient du slogan : « ni bonnes, ni connes, ni nonnes ». De son côté le patient ne veut plus être un assujetti, mais un sujet qui prend la parole ou même conteste devant les tribunaux. L'hôpital est certes une entreprise de soins mais il lui faut se comporter aussi en espace public de proximité, au service de la société civile. Le développement des réseaux de santé a traduit une volonté des professionnels de santé mais aussi d'acteurs associatifs de se doter d'outil pour promouvoir une vision de suivi des personnes dans toute leur globalité. Lutter contre l'obésité ne viendra pas d'un nouveau médicament (même si un laboratoire pharmaceutique cherche à le prouver) mais d'une modification de la relation à la nourriture et par le développement de l'activité physique. Là où des initiatives ont été prises dans ce sens, l'obésité est stabilisée³.

Les malades sont concernés au premier chef par les actions entreprises en leur nom, dans la mesure où ils sont censés en être les bénéficiaires et qu'ils en paient parfois les risques à travers leurs personnes (en mortalité, en morbidité accrue, en effets collatéraux). Les associations de malades agissent comme des groupes de pression qui oeuvrent pour défendre leurs intérêts auprès des autorités professionnelles et politiques. Ce faisant, les patients se trouvent dans un réseau d'influence des acteurs du système de santé qu'il ne maîtrisent ni ne connaissent vraiment. Sur ces questions, il existe une forte asymétrie d'informations qui s'opère au détriment du patient. On l'a vu lors du projet européen REACH. Il s'agissait d'agir sur les causes environnementales des maladies et notamment la pollution par des substances chimiques. Très vite l'industrie chimique a réagi, soutenue par les responsables politiques nationaux en mettant en avant des conséquences dramatiques en termes d'emploi⁴.

³ Opération pedibus, engagement de la ville de Fleurbaix Laventie dans le NPDC.

⁴ On retrouve là les mécanismes observés pour l'amiante et qu'on a pourtant dénoncés ex post.

2. 2. Est-ce que l'hôpital innove ?

L'hôpital est un terrain riche d'évolutions. L'innovation sera fonction de sa capacité à trouver des cohérences interprétatives et à sortir de ses présupposés en matière de santé. L'innovation ne pourra se construire à partir d'un modèle idéal unique. Mieux vaut admettre que les champs pratiques sont en partie disloqués et contradictoires. Pour les chefs d'établissement, il s'agira de voir large et de sortir des rôles qui leur sont prescrits. Y parvenir demande d'organiser la possibilité de vraies concertations tenant compte des diversités locales et utilisant les avantages de la proximité. D'ailleurs, selon le modèle de la traduction de Latour et de Callon « adopter une innovation c'est aussi l'adapter ». Il faut une négociation du projet préalable et une transformation, ce qu'Akrich, Callon et Latour appellent une « préparation collective de son succès ». Cette approche de l'innovation pose la question de la place des usagers et du territoire. Bien sûr, il ne s'agit pas de les « utiliser » pour ne pas avoir à changer et pour limiter les tensions internes à l'hôpital mais plutôt pour créer des ruptures ou valoriser ce qui doit l'être.

La loi du 4 mars 2002 porte sur les droits et l'information des usagers. Faisant suite au scandale du sang contaminé, elle est le résultat d'une pression exercée par les associations de malades (Aides, ActUp, AFM) ou de consommateurs sur le gouvernement. Cette loi a pour objectif d'améliorer le dialogue entre usagers et professionnels. Ce qui est surprenant, c'est que la relation entre le médecin et le patient était déjà réglementé par l'article 35 du code de déontologie médicale sans être toutefois réellement appliquée. Cet article précise notamment que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations de soin qu'il propose ». Depuis la réaffirmation des droits des patients, certains personnels hospitaliers admettent inscrire moins d'informations qu'auparavant sur le dossier médical du patient, ce qui rend les transmissions entre le personnel soignant moins bonnes et par conséquent conduit à certains risques. De son côté, Mino a mené un travail d'enquête auprès des médecins de ville pour mesurer l'impact de la loi du 4 mars 2002. Lorsqu'ils parlent aux malades, les praticiens se situent la plupart du temps dans une logique de conviction. Ils essaient de convaincre de l'utilité et de l'intérêt des traitements qu'ils proposent. Ensuite, ils cherchent à rassurer. Les médecins se situent assez rarement dans la logique de transparence préconisée par la loi, autrement dit d'explicitation des prestations, de leurs risques et de leurs bénéfices.

Dans le système de santé, l'offre devrait résulter d'un processus de négociation à travers lequel « des ressources puissent s'échanger contre d'autres ressources » (Valette, 1996). En fait, l'organisation de santé offre peu de renseignements directs sur son « offre de services ». En revanche, elle met l'accent sur les ressources qu'elle peut apporter, en se référant à l'idée de compétences. C'est ce que Valette (1996) appelle la « capacité d'offre ». Cette dernière est évidemment plus brouillée qu'une offre détaillant des prestations pratiques. Elle s'inscrit dans le pouvoir médical et son obligation de moyens (non de résultats).

Nous ne pouvons pas nier que l'hôpital essaie de s'adapter en adoptant une perspective de relation de service (interne et externe). Des nouveaux dispositifs se créent tel que les réseaux ville- hôpital et les activités ambulatoires. Des innovations concernant le contact et la relation avec l'utilisateur et son entourage, traduits par des indicateurs sociaux, existent. Néanmoins, aujourd'hui, la standardisation et surtout la forte réglementation tributaire d'une forte préoccupation financière du secteur sanitaire, conduit à une rigidité qui, en général, ne favorise pas l'innovation. Les intérêts et enjeux des différentes parties prenantes (utilisateur, professionnels, institutions, pouvoirs publics) ainsi que leurs valeurs ne sont pas totalement respectés et reconnus par les réformes du secteur en question. L'ajustement rationnel des dispositifs publics ne prend pas toujours en compte l'élément spatial, chronologique et relationnel, c'est pourquoi le bilan des acteurs du terrain se trouve mitigé.

Depuis les années 50, des formules alternatives à l'hospitalisation ont été inventées, mais leur mise en œuvre reste limitée. Réglementairement, l'article R.6121-4 du Code de la Santé Publique stipule que « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une durée limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ». Cependant, aucun plan de développement de l'HAD (« hospitalisation à domicile ») n'a été prévu afin de décentraliser les structures ou de favoriser la création de structures d'HAD polyvalentes. Sur un plan général, la culture hospitalière (en bâtiments concentrés) est fortement ancrée. Elle ne favorise pas la prise en charge lourde à domicile. Le vide réglementaire explique partiellement le ralentissement des innovations du système hospitalier. Mais la stagnation que connaît le développement des alternatives à l'hospitalisation témoigne aussi des réticences de certaines parties prenantes. La culture du « devoir de réserve » du

corps médical constitue un obstacle supplémentaire à la création d'innovation dans le système de santé français.

Tous ces dispositifs normatifs instaurant des règles de proximité et des instances représentatives basées sur le même principe tendent à transformer les mentalités et les comportements individuels et collectifs. L'existence ou non d'un cadre réglementaire ne suffit pas à expliquer les inerties du système hospitalier et sa difficulté à saisir le nouveau pour innover dans ses modes de prestation.

3. Les changements stratégiques se traduisent par une imbrication de niveaux dont il faut combiner la synergie en même temps que les efficacités particulières

3.1. Les articulations entre niveaux

Les injonctions publiques sont souvent tissées de réflexions économiques, juridiques et sociologiques, auxquelles viennent se combiner des contraintes technologiques. Ces dernières sont très lourdes dans les organisations hospitalières, car elles sont sources à la fois :

- d'expertise poussée (d'où des statuts de personnels souvent très contraignants) ;
- de conséquences vitales lourdes (elles influencent la santé, la vie et la mort) ;
- de coûts élevés.

Le plus souvent, on sous-estime les innovations organisationnelles et managériales, dont l'intérêt complexe est justement d'arranger ces contraintes multiples en dispositifs viables dont on cherche à optimiser les résultats, sans entraîner d'effets contre productifs (au sens d'Illich).

Les acteurs locaux sont dans des séquences d'action complexes appartenant à des systèmes spatio-temporels différents. A travers leurs actions, ils tentent de concilier des perspectives différentes. Comprendre la gestion au sein de l'hôpital, ce n'est pas s'intéresser uniquement aux gestionnaires du sommet stratégique, mais à tous les acteurs de l'organisation pour mieux dégager les processus à partir desquels elle se construit au quotidien (Giddens, 1987). On constate que le fonctionnement actuel du système de santé favorise peu le changement en

profondeur : « Pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable, il faut que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local (intégration systémique) » (Contandriopoulos, Denis et al., 2001). La superposition d'une logique de réseau à une logique de système mal adaptée peut compromettre la faisabilité.

Aujourd'hui, l'hôpital s'inscrit dans un marché « encadré » où les malades jouent à la fois un rôle d'activation de la recherche (par exemple, dans le cas des maladies orphelines) et d'évaluation des pratiques de soins (à travers des débats politiques et éthiques). De son côté, le territoire oriente les politiques de santé publique.

Nous constatons que les enjeux proposés à l'hôpital et aux systèmes de soins ne renvoient pas à une convergence permettant d'orienter les actions vers le changement. Or seuls les projets clairs, expliqués, et qui ont conquis l'adhésion des acteurs concernés, parviennent à atteindre leurs objectifs. Pour y parvenir, mieux vaut donner plus de pouvoir discrétionnaire aux chefs d'établissement pour qu'ils puissent, à partir des besoins locaux, mettre en œuvre les changements voulus.

3. 2. Le rôle globalisant des démarches qualité à l'hôpital

Dans les systèmes hospitaliers, l'idée de qualité reste enclose dans une sorte de pureté originelle (un « absolu » vers lequel tendre) mais elle n'est pas assez transformée et adaptée (dans les processus ou les fonctionnements concrets). On constate aujourd'hui, après deux vagues d'accréditation, que l'hôpital ne rend pas plus satisfaits les usagers et que les risques d'infection ne sont pas moins nombreux.

Les normes de qualité sont à la fois :

- des outils de rationalisation des organisations du travail ;
- des dispositifs de marché fournissant une information publique sur la qualité des services ;
- un moyen de justifier certaines restructurations ou fermetures de services.

Même si les démarches qualité à l'hôpital produisent d'indéniables effets sur les pratiques des professionnels, beaucoup constatent la tendance à fétichiser les démarches et à sacraliser les procédures. On retrouve cette fâcheuse habitude chez les techniciens de la HAS (Haute

Autorité en Santé) et dans les services, sans oublier les directions d'établissements. Cela pourrait conduire à d'inattendus effets pervers.

Le management de la qualité est censé produire à la fois à une certaine homogénéité du service rendu (« une garantie de qualité ») et une adaptation aux attentes du client. Mais ce dernier reste très abstrait et très largement « travaillé » par le producteur de services (Ohl, 2002). Le référentiel d'accréditation renforce la place des attributs industriels des prestations de santé (donc leur reproductibilité). Les efforts de formalisation portent sur l'information concernant le patient et les soins qui lui sont délivrés (informations dans le dossier du patient qui facilite la coordination entre professionnels), sur la sécurité des soins (vigilance sanitaire, surveillance des risques infectieux) et aussi sur l'accueil du patient.

Du fait des marges d'interprétation qu'ils rendent possibles, les dispositifs institutionnels de jugement de la qualité s'accompagnent souvent de l'émergence de démarches « locales » (Segrestin, 1996). Il s'agit pour les professionnels de « se mettre à l'abri de deux épées de Damoclès : la sanction du marché, d'une part, et le contrôle de l'Etat, d'autre part (Cochoy, 2001). C'est un moyen de s'inscrire dans une logique politique, tout en devançant la régulation des autorités de tutelle et la sanction du marché.

Le lien entre l'élaboration de normes et le contrôle des pratiques n'a rien d'univoque. Il y a loin de la standardisation des procédures à la standardisation des pratiques. Les normes qualité représentent un instrument potentiel de légitimation pour les acteurs qui les mettent en œuvre. Si elles entraînent la formalisation de certaines règles auxquelles ils doivent se conformer, elles leur permettent aussi d'attester de leur contribution et de limiter l'exercice de tout jugement discrétionnaire à leur encontre. Comme le montrent certains analystes, les normes qualité sont susceptibles de constituer une solution aux incertitudes auxquelles les acteurs sont confrontés dans leur travail. Quand elle est discutée entre acteurs, leur élaboration peut avoir pour conséquence un accroissement des connaissances partagées, ce qui facilite les coordinations.

A côté des normes de qualité, il ne faut pas oublier le rôle de la pression introduite par l'urgence qui conditionne l'activité hospitalière. Pour Sainsaulieu (1977), les individus peuvent être conditionnés par différentes pressions émanant des formes de l'organisation du travail. Au delà de l'information et de sa mise en forme, un autre élément intervient également

dans la satisfaction des usagers, c'est le degré de confiance obtenu. Il résulte à la fois de la prestation, telle qu'elle a été réalisée, et du lieu qui s'est construit entre les personnels en contacts et les patients (ou « clients ») (Mayaux & Flipo, 1999).

Il ne peut y avoir de réelle politique d'amélioration de la qualité à l'hôpital si l'on ne considère pas à la fois l'organisation des soins et la pratique individuelle des professionnels de santé. Or trop souvent la qualité ne concerne que l'organisation des soins. Une telle pratique qui ne retiendrait que « des critères paramétrables quantitativement et ne prendrait pas en compte les critères qualitatifs et cette dimension éthique ferait courir à l'hôpital un risque grave de déshumanisation, mais aussi finalement et pragmatiquement de surcoût induit » (CNVE, 2008).

3.3. Entre règles imposées et coordinations émergentes

Aujourd'hui, l'absence des synergies dans le système hospitalier se traduit par une litanie de textes normatifs imposant des règles plutôt que de susciter une coordination émergente. Paradoxalement, le législateur met l'accent sur le nouveau concept de proximité. Cette volonté législative est omniprésente dans les dispositifs touchant l'hospitalisation à domicile, la prise en charge des trajectoires des patients, la maille des réseaux tels que les hôpitaux locaux. Le plan hôpital 2012 s'inscrit dans la même logique de proximité. C'est la première fois que l'hôpital se préoccupe de son environnement.

Toutefois on peut regretter que cette ouverture s'arrête au niveau territorial, en ne prenant pas en compte les aspects institutionnels ou administratifs. La théorie de l'encastrement des entreprises marchandes met en exergue le caractère relationnel de l'action économique. C'est encore plus essentiel pour les entreprises sanitaires.

Les dispositifs doivent être mobiles afin d'assurer leur place dans la démocratie sanitaire. L'instabilité permanente de la proximité (compte tenu du renouvellement des acteurs, des besoins et des influences politiques) semble l'élément clé permettant de maintenir la dynamique au sein du système de santé. Encore faut-il que ce système soit autonome localement dans ses marges de manœuvres et pas mis sous contraintes par des dispositifs qui, au lieu de l'inciter à des stratégies locales, lui imposent des dépendances formelles et des

normes. Car celles-ci poussent plutôt à l'emploi de procédures, à la généralisation de routines et à la technicisation.

Conclusion

Pour qu'il soit plus facile d'opérationnaliser les politiques publiques de santé, le législateur favorise l'implantation de projets susceptibles d'impliquer un très grand nombre d'acteurs. Mais les applications sont alors mises en cause par une coordination difficile des institutions face aux enjeux qu'on leur propose, d'autant qu'il leur faut réarticuler différemment les professionnels et les usagers, tout en introduisant de nouvelles pratiques en matière de prévention ou de sécurité sanitaire.

Des crises sanitaires comme les affaires de « la vache folle » et de l'amiante ou comme la canicule de 2003 révèlent la nécessité de reconnaître des compétences (techniques et relationnelles). Ces savoirs d'application devraient être soutenus directement par les politiques publiques. Donner de la valeur aux acteurs de terrain, en rapport avec les missions d'ensemble, est une contrainte nécessaire de l'action organisée, dès lors qu'il faut faire face à des circonstances et des contextes régulièrement changeants.

C'est pourquoi les auteures regrettent que les réformes se soient traduites par de lourds dispositifs réglementaires, avec une pensée « d'en haut » qui s'attend à être appliquée « en bas ». Comme souvent, cela s'est traduit par des désordres d'application, alors que des incitations transversales plus ouvertes auraient pu mettre en éveil l'ensemble, en favorisant les initiatives locales. Une plus grande coordination du système de santé voudrait qu'on puisse « composer » avec la dynamique d'action qui en émerge, plutôt que de l'« ignorer » ou de la « combattre », comme s'il s'agissait d'un « grand corps malade » à qui imposer des prescriptions doctement et globalement diagnostiquées.

Bibliographie

Akrich M, Callon M, Latour B, (1988), « A quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : l'art de l'intéressement, Deuxième épisode : L'art de choisir les bons porte-parole », in *Annales des Mines*, 1988.

Aubart F., « Le pouvoir à l'hôpital », in *Comment rendre la santé publique ?*, Revue Cosmopolites, n°14, éd. Apogée, mars 2007.

Boltanski L., Thévenot L., (1987), *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris, Métailié.

Bonafini, P. (2001), « Quelques questions de recherche sur les réseaux... », *working paper, séminaire de recherche du RECEMAP "Santé Publique et Management"*, Rouen, France.

Calmes G., Segade J.-P. & Lefranc L. (1998), *Coopération hospitalière – L'épreuve de la vérité*, Objectifs en management hospitalier, Masson, Paris.

Cantelli F., (2005), « Pragmatique de l'action publique : Etat réflexif, subjectivité et délibération. Le cas de la prévention du VIH/sida en Belgique », *Thèse de Doctorat en sciences politiques*, Université libre de Bruxelles.

Carricaburu D., Ménoret M., (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, éd. A. Colin

Cochoy F., (2001), « Profession, participation, patient : trois enjeux pour la qualité des soins », *Sciences sociales et santé*, vol.19, n°2, juin.

CNCE 2008, (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé), *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Avis n°101.

Contandriopoulos A. P., Souteyrand, Y. (Coord.), *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins*, pp.3-18, Montrouge, John Libbey Eurotext.

Contandriopoulos A.P., Denis, J.-L., Touati, N., Rodriguez, R. (2001). *Intégration des soins : concepts et mise en œuvre*. Ruptures, vol. 8, no.2, pp. 38-52

Djellal F., Gallouj C., Gallouj F. (2004), « De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière », *RFAS*, n°1.

Gadrey J., (1994), « La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? », *Revue Française de Sociologie*, 1994, vol.35, n°2.

Housset F. (2002), « Soins, qualité de vie et bonheur », *Soins Cadres*, n°44, novembre.

Haute Autorité de Santé, Affections de longue durée, Liste et critères médicaux d'admission, Avis 2007.

Mayaux F., Flipo J.P. (1995), « Marketing des services : rien à faire sans la confiance », *Confiance, Entreprise et Société*, éd. Bidault F. Gomez P.Y. Marion G. Paris ESKA, 151-162

Pecquer B., Zimmermann J .B., (2004), *L'économie de proximités*, Hermes- Lavoisier, 264 p.

Robelet M., Serré M. et Bourgueil Y., La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, Groupe Image ENSP, Saint Maurice, Mai 2005.

Sainsaulieu I., (2007), *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, éd. Belin.

Sainsaulieu, (1977), « L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation », Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris.

Scott W. R. (2003), *Institutions and Organizations*, 2ème édition, Foundation for organizational science, Sage Publication

Segrestin D., (1997), « L'entreprise à l'épreuve des normes du marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie », *Revue Française de Sociologie*, n°3.

Tournay V., (2007), *La gouvernance des innovations médicales*, éd. PUF.

Valette A., (2006), *L'hôpital en restructuration- Regards croisés sur la France et le Québec*, éd. PU Montréal.