



HAL
open science

Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation

Didier Vinot

► To cite this version:

Didier Vinot. Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation. Gestion et management. Université Jean Moulin - Lyon III, 1999. Français. NNT : . tel-00477692

HAL Id: tel-00477692

<https://theses.hal.science/tel-00477692>

Submitted on 29 Apr 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JEAN MOULIN — LYON 3

INSTITUT D'ADMINISTRATION
DES ENTREPRISES

PROGRAMME DOCTORAL
DE GESTION

FACULTE DE DROIT

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE
SUR LES ORGANISATIONS DE LA SANTE
ET LEURS RESEAUX

Le projet d'établissement à l'hôpital

De la formalisation du concept à son instrumentalisation

THESE DE DOCTORAT ES SCIENCES DE GESTION

DIDIER VINOT

JURY

M. JEAN-PIERRE CLAVERANNE, professeur à l'université Jean Moulin Lyon 3,
directeur de recherche,

M. JACQUES FAYETTE, professeur à l'université Jean Moulin Lyon 3,

M. GEORGES KEPENEKIAN, chirurgien urologue, président de la commission médicale
d'établissement de l'hôpital St Joseph et St Luc (Lyon).

M. ALAIN-CHARLES MARTINET, professeur à l'université Jean Moulin Lyon 3,

M. ROLAND PEREZ, professeur à l'université Paul Valéry Montpellier I, rapporteur,

M. GERARD DE POUVOURVILLE, directeur de recherche au CNRS, directeur scientifique
du groupe IMAGE de l'école nationale de la santé publique, rapporteur,

M. PIERRE-LOUIS REMY, inspecteur général des affaires sociales, délégué
interministériel à la famille,

19 JANVIER 1999

L'Université Jean Moulin Lyon 3 n'entend accorder aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

A Christelle,

Théophile,

... et les petites lumières à venir.

Au terme de ce travail, je tiens à remercier :

- M. Jean-Pierre Claveranne, directeur de cette recherche, pour son exigence, son soutien et son accompagnement sans faille ;
 - MM. Jacques Fayette, Georges Képénékian, Alain-Charles Martinet, Roland Perez, Gérard de Pourville et Pierre-Louis Rémy, qui m'ont fait l'honneur de bien vouloir constituer mon jury ;
 - M. Jean-Claude Cuzzi, secrétaire général de la FNEGE, et, par lui, l'action de la FNEGE, qui m'a fait confiance et a financé mes travaux pendant trois années ;
 - les professeurs et directeurs de recherche de l'UMR CNRS 5823, et particulièrement M. Jean-Paul Auray, son directeur, qui m'ont accueilli au sein de leur structure de recherche ;
 - M. Jean-Pierre Boutinet, professeur à l'université catholique d'Angers, dont les observations ont contribué au mûrissement de ce travail ;
 - M. Guy Mangin, compagnon de mes cheminements ;
 - les treize directeurs d'établissements qui m'ont accueilli, et plus particulièrement Mme Dominique Montégu et M. Jean Edouard Cecchet, qui m'ont permis d'enrichir ce travail par leurs observations ;
 - la centaine de professionnels de ces établissements, médecins, soignants et non soignants avec qui j'ai travaillé ;
 - M. Louis-René Geffroy, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté, dont les observations ont grandement contribué au choix de ce sujet, et qui m'a permis d'intervenir directement dans plusieurs établissements ;
 - M. Yves Matillon, directeur de l'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé, qui m'a amicalement ouvert les portes de son institution ;
 - M. Georges Mellier, professeur et praticien à l'hôpital Edouard Herriot, et son équipe de DOMINOS, dont les séances communes de travail sont toujours riches d'enseignements ;
 - MM. Cyril Colin, professeur, et René Ecochard, praticien hospitalier et biostatisticien et leur équipe du département d'information médicale des hospices civils de Lyon ;
 - les chercheurs, médecins et gestionnaires, du groupe PARACELSE, dont le séminaire a contribué à « décloisonner » mon approche de l'hôpital ;
 - M. Jean Riondet, directeur de l'institut international de formation des cadres supérieurs de santé des hospices civils de Lyon ;
 - la CRAM Rhône-Alpes, et en particulier M. Jacques Kiner et Mme Eliane Delorme, qui ont toujours amicalement accédé à mes demandes d'information ;
 - les médecins de l'échelon régional du service médical de l'assurance-maladie de la région Rhône-Alpes ;
 - MM. Armand Hatchuel, Dominique Tonneau et Frédéric Kletz, chercheurs au CGS de l'École Nationale des Mines de Paris, pour m'avoir accueilli amicalement à leur séminaire ;
 - M. Alban Chuniaud, pour ses relectures intraitables parce qu'amicales ;
 - les enseignants du DEA du programme doctoral de gestion de l'IAE de l'université Jean Moulin, qui m'ont initié à la recherche ;
 - Mmes Martine Conci, qui a ouvert la voie du projet dans les établissements de santé et Marie-France Callu, qui a bien voulu m'apporter son amicale et intransigeante rigueur ;
 - les chercheurs du GRAPHOS qui, par leurs conseils et leur relecture judicieuse ont permis l'enrichissement de ce travail ;
 - les étudiants de licence, maîtrise et DEA de l'IFROSS, dont j'ai suivi les travaux, et avec qui je partage des cheminements toujours enrichissants ;
 - la documentation centrale des hospices civils de Lyon, et plus particulièrement Mmes Françoise Vautenin et Florence Bouriot, pour leur disponibilité et leur compétence ;
- Enfin, mes remerciements s'adressent à Mmes Nicole Bikanda, Pascale Roger-Dalbert et Vanessa Frocione, qui gèrent au sein de l'IFROSS les perturbations quotidiennes liées aux activités des chercheurs.

SOMMAIRE

*Le projet d'établissement à l'hôpital :
de la formalisation du concept à son instrumentalisation*

Première Partie

La formalisation du concept : le projet d'établissement entre régulation sanitaire et gestion de l'hôpital

Les origines du concept : une lente gestation (1970-1995)

Chap. 1 : Le projet d'établissement, périmètre d'un concept

Chap. 2 : Projet d'établissement et régulation sanitaire : réponses partielles et perspectives

La dynamique du concept : la métabolisation de référentiels globaux par le projet d'établissement (depuis 1996)

Chap. 1 : Référentiels globaux et structuration du projet d'établissement

Chap. 2 : Contrat d'objectifs et légitimation du projet d'établissement

Seconde Partie

Du projet d'établissement au projet de l'établissement : analyses cliniques d'établissements et instrumentalisation managériales

Les cas cliniques ou l'inscription du projet dans les terrains

Chap. 1 : Un référentiel organisationnel en construction : les conditions de possibilités du projet

Chap. 2 : Le projet d'établissement expression de la « stratégie hospitalière »

Le déploiement du projet par les outils de gestion ou les mises en perspectives

Chap. 1 : Projet d'établissement et système d'information gestionnaire : des interactions dialogiques

Chap. 2 : Projet d'établissement et pilotage par les processus : la construction d'un référentiel entrepreneurial

Mon ouvrage comporte deux parties : celle qui est présentée ici, et tout le reste que je n'ai pas écrit.

Et c'est justement cette seconde partie qui importe.

Ludwig Wittgenstein, à propos du *Tractatus logico-philosophicus*, rapporté par R. JACCARD, *L'enquête de Wittgenstein*, Paris, P.U.F, 1998, 90 p.

Introduction général e

Problèmes et enjeux pour l'hôpital d'aujourd'hui

Les grandes révolutions qui réussissent,
faisant disparaître les causes qui les avaient
produites, deviennent ainsi
incompréhensibles par leur succès même.

A. de Tocqueville,

L'Ancien Régime et la Révolution.

Si l'actualité récente a mis sur le devant de la scène le contrôle des dépenses de santé comme une des priorités nationales, si les politiques de santé mises en œuvre suscitent tant de remous et divisent les professionnels de santé entre les tenants d'une maîtrise comptable et ceux qui prônent une maîtrise médicalisée, il ne faudrait pas croire pour autant que les gouvernements français sont confrontés à un phénomène nouveau. Depuis 1975, 20 crises ont fait l'objet d'autant de plans dessinant la problématique recettes / dépenses de santé.

Le fait majeur des dix dernières années est la prise de conscience par les décideurs que de telles politiques centrées sur la problématique recettes / dépenses n'ont été, au mieux, que des pis allers. La crise majeure à laquelle est confronté le système de soins implique une réforme en profondeur des structures, des modes de financement et des modes de prises en charge pour intégrer l'évolution des technologies et les demandes nouvelles de patients liées aux révolutions silencieuses que connaît notre société, qu'il s'agisse des révolutions démographique et scolaire ou de la place du travail dans notre société¹.

Au cœur de cette vague réformiste, et premier accusé, l'hôpital ou plutôt l'hospitalisation. En effet, la part de l'hospitalisation dans les dépenses de santé (50 % des dépenses) a fait prendre conscience à l'État de la nécessité de réfléchir sur la place de celui-ci dans le système de soins, sur ses modes d'action et de régulation.

Trois idées fortes ancrent notre propos.

La première est que les dépenses ne cesseront pas d'augmenter (même si dans un premier temps un travail sérieux de mise à plat des dépenses actuelles peut en diminuer le rythme).

La seconde est que le contrôle des dépenses passe par le contrôle, au sens anglo-saxon du terme, de l'appareil de production des soins.

La troisième subordonne le contrôle de l'appareil de production à la mise en évidence de leviers d'action, sans lesquels tout projet se fonde dans la seule intention.

Notre hypothèse centrale est qu'une réflexion managériale centrée sur le projet peut permettre à l'hôpital, public ou privé, de devenir acteur de son destin, de construire son avenir à partir d'une conduite finalisée. Le propos de cette thèse est de s'inscrire dans la conception et la formalisation de leviers d'action.

Initiée par la loi Evin du 31 juillet 1991, cette recherche de conduite finalisée dans le champ de l'hospitalisation a été amplifiée par les ordonnances Juppé du 24 avril 1996, et s'est trouvée confirmée par l'actuel gouvernement. La politique de santé s'inscrit dans un continuum : les gouvernements changent, le cap reste le même en matière de politique de santé. Seules les méthodes sont soumises à changement. En effet, dès 1990 sont présents formellement les instruments de 1996 : projet d'établissement, évaluation, contrat d'objectifs²... Ces instruments que le gouvernement Rocard pensait diffuser par la négociation n'ont pas été assimilés par la communauté hospitalière. En 1996, le « Plan Juppé », qui tente de les imposer aux acteurs du système de santé par la force des

¹ CLAVERANNE, J.-P., « Le système de santé face aux révolutions silencieuses », Colloque *Hôpital 2001*, Beaune, 26-27 sept. 1998, 12 p.

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, J.O. du 2 août 1991, pp. 10255 et suiv. Articles L.714-4, L.710-3, L.712.4 du Code de la santé publique.

ordonnances, subit à son tour un échec. Cette double impasse peut s'expliquer aujourd'hui par la non métabolisation de ces instruments par les acteurs — hôpitaux et financeurs — en leviers d'action : si les réformes ont tenté de remodeler les objectifs du système de soins, elles n'ont pas permis une instrumentalisation de ces objectifs.

Or, la pertinence des leviers d'action pour l'hôpital doit être appréhendée en dépassant le cadre hospitalier afin d'envisager une gestion de l'offre de soins régionale. En effet, la régulation sanitaire française s'articule désormais pour l'essentiel au niveau des régions, le problème du financeur (la « tutelle ») étant d'affecter les ressources sur un méta projet sanitaire qu'est le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). A l'interface d'une gestion privée et d'une gestion publique, le projet est objet de la confrontation des modes de gestion et sujet d'une réconciliation des antagonismes en place. Ainsi conçu, le projet profile une « équilibration » entre une offre et une demande qui se construit dans le temps.

C'est entre SROS et projet, entre région et hôpital que s'esquisse ce qui constitue pour nous la gestion renouvelée du champ sanitaire. Ainsi, la problématique hospitalière ne consiste plus à « faire tout, tout seul », mais à « faire avec d'autres », « ne plus faire ou faire faire ». De même, la politique hospitalière menée par la tutelle (État et assurance-maladie) implique de sortir de l'assujettissement passé des établissements de soins à l'allocation d'une enveloppe budgétaire uniforme et exige un dialogue pluriel où les contrats d'objectifs et de moyens passés avec chacun des établissements permettront à la tutelle de définir un projet global.

Soumis à des pressions internes et externes particulièrement fortes, modelé par son système technique, contraint de s'allier, l'hôpital d'aujourd'hui préfigure une organisation du XXI^e Siècle aux contours flous, aux espaces incertains, animée comme toutes les autres organisations par le réseau et le projet. Il reste à forger des outils renouvelés, à inventer de nouvelles structures, aux formes juridiques évolutives et centrées sur un environnement mouvant. C'est en cela, au-delà des débats idéologiques, que la loi de 1991 et les ordonnances de 1996 offrent au gestionnaire de nouveaux espaces d'investigations. Contrairement à ce que Paul Valéry écrivait en d'autres temps et d'autres contextes, « le temps du monde fini est derrière nous, le temps du monde ouvert commence. »

Avant d'examiner précisément les conditions de genèse et de formalisation du concept de projet d'établissement et ses possibles instrumentalisation gestionnaires, il nous semble nécessaire de préciser le champ de forces dans lequel se situe l'hôpital d'aujourd'hui.

Ce sera l'objet de cette introduction générale.

Dans un premier temps, nous aborderons les problèmes auxquels se heurte l'hôpital aujourd'hui.

Puis nous verrons dans un second temps les perspectives possibles en management, offertes ou à construire.

1. PROBLEMES POUR L'HOPITAL

S'il existe aujourd'hui un consensus général autour de la nécessité de contrôler les dépenses de santé et leur expansion dans la part de la richesse nationale, le consensus se transforme en conflit au sujet des outils de la régulation : syndicats, consommateurs, État, financeurs publics ou privés, médecins, corps soignants, industriels de la pharmacie n'ont jusqu'à présent pas fondé d'accord pérenne sur le contrôle des coûts des soins, devenu un élément essentiel des politiques de régulation économique. Ces problèmes multiples peuvent s'expliquer par quatre facteurs :

- les mutations du système de soins dans son ensemble ;
- les contraintes historiques, sociales et économiques du système de soins ;
- la crise de légitimité du système de soins ;
- la déficience des instruments de gestion en place.

1.1 LES MUTATIONS DU SYSTEME DE SOINS

Elles sont de trois ordres : une modification de l'environnement global des systèmes de soins, le rôle grandissant de la technologie et le changement de rôle du patient dans le système de soins.

1.1.1 Une modification de l'environnement global des systèmes de soins

La pression internationale liée à la déréglementation des échanges modifie indirectement la nature et le montant des prélèvements sociaux des entreprises occidentales ainsi que le mode de financement retenu pour la protection sociale. Elle se trouve renforcée par une vigilance accrue au sein même de l'Union européenne dans le contrôle des déficits budgétaires nationaux. L'obligation pour les gouvernements européens participant à la construction de l'euro de contrôler sévèrement la dette publique a des conséquences directes sur le financement des soins. Cela se traduit notamment par le refus de la part de l'État de prendre en charge le déficit chronique de la sécurité sociale, et donc, d'envisager sa limitation dans le cadre d'enveloppes budgétaires strictes. Les discours autour du déficit — structurel — de la sécurité sociale ne peuvent être pleinement compris que dans cette perspective.

Ainsi, pour J.-C. Sailly³, l'environnement global des systèmes de soins occidentaux se trouve modifié sous l'influence :

- des modifications démographiques majeures, tant sur un plan national que mondial, et ce, depuis 1945 ;
- des bouleversements économiques liés à l'interdépendance échanges, du passage d'une société industrielle à une société postindustrielle ;
- d'une refonte nécessaire des systèmes de protection sociale en raison d'une modification des flux économiques et des nouveaux problèmes sociaux ;
- de la montée de la précarité.

Trois réponses possibles se dessinent autour de l'organisation des soins :

³ SAILLY, J.-C., « La santé demain : contraintes et impératifs de la mondialisation », *Actes des Dixièmes Entretiens Jacques Cartier*, Lyon, 8-10 déc. 1997.

- une structuration de la prise en charge en réseau, contre des moments parcellaires dans la prise en charge ;
- une réponse globale, *a minima* médicale et sociale, contre une réponse technique toujours plus spécialisée ;
- une anticipation dans la préparation de l'accueil du patient.

Les outils de développement de ces réponses touchent notamment à l'intérêt porté à la qualité de vie, mais aussi à l'accueil dans les structures, à l'accréditation des établissements et aux financements de programmes de soins plus que de structures.

1.1.2 Le rôle grandissant de la technologie

Si au début des années 1970, J.-P. Dupuy et S. Karsenty démontrent « l'invasion pharmaceutique »⁴ dans la santé, dans un ouvrage resté célèbre, on peut dire que, parallèlement, dans les institutions sanitaires, c'est à une invasion technologique que l'on a assisté. Cette dernière, accompagnant la structuration d'un *savoir* fondé sur le *voir* anatomo-pathologique⁵, a permis une plus grande efficacité dans le diagnostic et le traitement de la maladie somatique.

Comme le note M. Krichen⁶, quatre mouvements impulsés par la technologie vont modifier progressivement la structure hospitalière :

- une continuité sur la concentration des équipements lourds, avec une localisation « centrale » du plateau technique ;
- une délocalisation parallèle au sein de certains services spécialisés des petits équipements (échographie, surveillance) ;
- une diffusion de la technologie vers des structures de suite (soins de suite, maisons de retraite) ;
- une émergence d'une technologie auprès du patient pour certaines prises en charges (chimiothérapie à domicile par exemple).

On peut ajouter également :

- une miniaturisation des appareils et une augmentation des capacités de traitement et de diffusion d'images (multiplication de la chirurgie peu ou non invasive, IRM, angiographie numérisée, télé-médecine...)
- le partage des équipements lourds entre structures de taille moyenne, qui transforme les relations entre ces structures, mais aussi avec les grands centres autrefois prestataires d'imagerie, et qui interviennent plus aujourd'hui en terme de conseils et d'avis sur les images produites.

Cette accessibilité toujours plus grande au matériel, dont la seule limite fut l'autorisation administrative, elle-même ramenée à des considérations budgétaires a conduit les établissements à assimiler leur « stratégie » à la requête-conquête de tout matériel, ce dernier étant considéré comme la « vitrine » de l'établissement.

Cette immersion de la technique dans la structure hospitalière⁷ a modifié profondément la forme et le rythme des processus de production de soins. Les réussites thérapeutiques considérables réalisées au cours des Trente Glorieuses, soutenues économiquement par une croissance forte, ont progressivement transformé le sens de l'action médicale en le faisant basculer d'une logique de moyens à une logique de résultat. Or, si la multiplication des technologies a permis une augmentation des ressources diagnostiques et thérapeutiques, elle a morcelé la prise en charge globale du patient : l'épisode de soins se traduit par une multitude

⁴ DUPUY, J.-P., KARSENTY, S. *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Le Seuil, 1975.

⁵ voir CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF Quadrige, 1994, 224 p. et FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF Quadrige, 1994, 215 p.

⁶ KRICHEN, M., « La rationalisation de la production de soins : champ des possibles et réseau de contraintes », *Actes des 2^e Journées de Projectique*, Bayonne-San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 269-288.

⁷ FOUCAULT, M., (dir.), *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Institut de l'Environnement, 1976, 241 p.

d'interventions enchaînées successivement au rythme des unités de l'organisation, en toute indépendance. Cette complexité nécessite un dispositif, un mode d'organisation permettant un pilotage du processus de prise en charge au niveau de la coordination des interventions et de la collaboration entre cotraitants⁸.

1.1.3 La formation du patient

Au cours des années 1960-1980, l'opinion publique, par la connaissance de l'explosion du développement scientifique et technologique, a été informée des progrès d'une médecine faisant reculer la maladie et donnant l'impression de repousser à l'infini le champ des possibles sur le corps. Dans ce climat de confort, période de médecine triomphante et d'assurance sur l'avenir, la généralisation de maladies prises en charge sur plusieurs années a rappelé que la médecine n'était pas sans échec. Par exemple, la prise en charge du SIDA a montré l'émergence d'un nouveau rôle pour le patient, expert de sa maladie, prônant une logique d'action et d'intervention qui ne s'apparente ni à une logique de consommateurs, ni à une logique de cotraitance⁹ : le SIDA a conduit en France à structurer un groupe nouveau d'experts, issus du monde associatif, ce qui a déplacé le centre de gravité du système, en touchant à l'organisation des soins, à la prévention, et à la formation des acteurs. Ces groupes d'experts se dessinent aujourd'hui autour de pathologies spécifiques (cancer, maladies rares, etc.)

Ce trois mutations en cours et à long terme se heurtent aux contraintes générées par le mode de fonctionnement des systèmes en place.

1.2 LES CONTRAINTES HISTORIQUES, SOCIALES ET ECONOMIQUES SUR LE SYSTEME DE SOINS

Institution pluri-centenaire, l'hôpital est traversé par des logiques d'hier et d'aujourd'hui, caritatives, économiques, syndicales, sociales, logiques souvent opaques sur lesquelles viennent buter les transferts d'outils importés sans adaptation de l'entreprise privée auxquels les acteurs n'accordent que peu d'importance, parce qu'ils les considèrent déconnectés de leur pratiques.

Comme espace hautement symbolique, l'hôpital est le lieu où l'on naît et où, le plus souvent, on meurt. Aucun discours politique, syndical ou gestionnaire, ne peut faire abstraction du fort contenu affectif attaché à l'institution, aucune intervention dans le milieu hospitalier ne peut ne pas le prendre en compte. Les acteurs de l'hôpital, qu'il s'agisse des professionnels du secteur ou des élus, ont un poids politique et médiatique sans commune mesure avec celui des acteurs d'autres grandes institutions publiques : l'hôpital est, depuis son origine, le lieu ultime de secours et de recours, vis-à-vis duquel se développent des exigences et des injonctions paradoxales, de projet de sécurité, d'excellence, en dehors de tout examen réel des conditions de production de soins¹⁰.

En outre, l'hôpital est un employeur important de main d'œuvre, souvent le premier de la ville où il est situé, et aussi un lieu où la tension sociale est particulièrement vive depuis quelques années. Le gestionnaire comme le politique ne peuvent faire abstraction des spécificités hospitalières sous peine de voir leurs propositions ou projets de réforme systématiquement disqualifiés par les acteurs de terrain.

En presque trente ans, depuis 1970, l'hôpital est passé d'un système pré-industriel à l'ère post-industrielle, où l'action conjointe de l'informatique, de la numérisation et de la

⁸ KRICHEN. M. art. cit., p. 275.

⁹ DEFERT, D., « L'Organisation des Patients et sa Place dans l'Intégration d'un Système de soins », *Dixième Entretien du Centre Jacques Cartier : La santé demain : vers un système de soins sans murs*, Lyon-Bron, 8-10 décembre 1997. M. D. Defert est président fondateur de AIDES.

¹⁰ CLAVERANNE, J.-P., « Les activités : un nouveau cadre d'analyse et d'organisation pour l'hôpital », *Entretiens Jacques Cartier*, Québec, déc. 1996, 17 p.

miniaturisation ont bouleversé les conditions de la production de soins. L'hôpital est devenu une organisation industrielle du fait des techniques et du capital qu'il met en œuvre, mais les professionnels y agissent toujours de façon individualisée et artisanale, cherchant dans l'ajustement mutuel à pallier les dysfonctionnements induits par l'utilisation désordonnée du plateau technique.

En outre, l'offre de soins française se trouve caractérisée aujourd'hui par :

- la surabondance dans certains secteurs : nombre de lits de court séjour, forte démographie médicale dans certaines spécialités ou zones géographiques ;
- une inégalité de répartition de cette offre, entraînant selon les cas une surconsommation ou un accès limité aux soins ;
- les difficultés de régulation de cette offre, liées à différents facteurs, comme l'inadaptation de la formation médicale à l'évolution des besoins de santé et des nouvelles modalités de prise en charge, le caractère incomplet de la planification sanitaire et une démographie médicale déséquilibrée en nombre et en spécialité.

S'ajoutent à cet état de fait le poids des relations interpersonnelles, qui restent déterminantes sur l'orientation des flux de malades et l'organisation de l'économie hospitalière mais également une organisation structurée sur une étiologie issue des savoirs médicaux hautement spécialisés complexifiant un mode de production des soins difficilement capable de permettre une prise en charge globale du malade.

La gestion du dispositif est rendue encore plus complexe par les facteurs suivants :

- la formation et la recherche, qui, fondant la valeur ajoutée de la médecine de demain, doivent s'aborder dans une perspective à long terme qu'il est délicat d'intégrer dans un dispositif sanitaire où la régulation à court terme est privilégiée. Il est d'autant plus difficile d'anticiper ces perspectives que les techniques elles-mêmes évoluent extrêmement rapidement ;
- le goût de l'hôpital pour la pathologie rare, les coûts importants de ces pathologies souvent mises en exergue comme expression de « l'excellence » d'une structure ;
- la prise en charge des maux que l'hôpital tente de soigner n'a cessé d'évoluer vers des formes plus complexes associant étroitement la médecine ambulatoire, voire des alternatives médico-sociales dans des réseaux complexes dessinant des formes juridiques originales de coopération.

Dès lors, il n'est pas surprenant de constater que le système de soins traverse aujourd'hui une crise de légitimité renforçant l'idée de la nécessité de changement.

1.3 UN SYSTEME DE SOINS EN CRISE DE LEGITIMITE

Sous la pression de surface de la maîtrise des dépenses, des lignes de fractures apparaissent¹¹.

Les conflits récurrents dans les années 1980 et 1990, avec leurs cohortes de grèves (d'infirmières, des internes, etc.) ont révélé un malaise certain au sein des professions de santé et dans le système social lui-même. Le déficit de la sécurité sociale, le financement des retraites, les fermetures de maternités, sont autant d'éléments appelant à la réforme du système. Cette crise de légitimité d'un système social, que d'autres voient comme une mutation vers une société post-industrielle à défaut d'être « post-moderne », a été largement analysée¹². Ses caractéristiques sont les suivantes :

- une mutation d'un système de production industriel vers une société informationnelle ;

¹¹ MORELLE, A., *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996, 390 p.

¹² Cf. GIDDENS, A., *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994, 192 p. (1re éd. 1990, Cambridge, Polity Press)

- la perte de l'idée de toute puissance de l'État sur la maîtrise de son environnement : comme le note F. Vedelago, l'État intervient aujourd'hui plus sur les règles du jeu que sur les contenus, sur les échéances que sur les programmes¹³.

Plus spécifiquement, la crise de légitimité de l'hôpital peut s'expliquer, notamment par :

- la socialisation des besoins de santé, qui a fait naître des besoins nouveaux. La consommation de soins par les ménages s'est ainsi accrue de 7,5 % par an au cours des Trente Glorieuses, la santé devenant le troisième poste des dépenses des ménages. En outre, non seulement ce domaine a progressé constamment, mais il ne s'est vu imposer aucune restriction jusqu'à la fin des années 1970. Dès lors, un souci politique d'encadrement et de maîtrise des dépenses de santé est toujours délicat à mettre en œuvre ; il est certain de joindre contre lui professionnels du soins et bénéficiaires de ces soins.

Ces exigences des citoyens se trouvent également renforcées par le progrès des technologies médicales et de leur médiatisation. De même, l'évolution des représentations sociales sur la mort¹⁴ ou sur la déchéance du corps rendent intolérable tout handicap à une santé parfaite¹⁵. Or, il n'est pas certain que ce « droit à la santé » pour tous, hors sa portée démagogique, brandi dans les discours militants de tous bords ne cache pas, déjà dans sa négation même, une remise en cause implicite d'un système en crise qu'on ne peut plus protéger que par les discours.

Ces questions « sacrilèges » en d'autres temps¹⁶, peu éloignées cependant, dont personne ne peut faire « l'économie » consistent en ces années 1990 à faire passer l'impératif d'une maîtrise économique des dépenses de santé.

Face à ce retour du politique, aux connotations fortement économiques dans la décision sanitaire, et dont les marges de manœuvre restent étroites, on ne pouvait que s'attendre à un retrait des professionnels, pris dans une situation de tension délicate entre les attentes du public et leurs propres aspirations.

1.3.1 Une profession médicale en mutation

Le prestige de la profession médicale a fortement décliné depuis 30 ans. D'un médecin dominant l'ensemble du système de santé, nous sommes passés à un médecin faillible aux yeux du public : par exemple, les procès intentés par les malades pour faute professionnelle se multiplient. De même, la vulgarisation des connaissances médicales de base auprès du public, l'automédication croissante confortent les individus dans l'idée qu'un choix leur est offert.

La « profession » médicale a longtemps protégé sa zone d'expertise¹⁷, son champ de savoir-pouvoir en isolant ses interventions sur le patient dans les murs de l'hôpital, sous le sceau du secret, et dans le cadre du *colloque singulier* entre patient et médecin. Cette autonomie de la profession médicale est renforcée par sa liberté de prescription, le libre choix du patient, et le statut traditionnellement libéral du praticien¹⁸, et le mode d'autorégulation de la profession par la déontologie médicale¹⁹.

Toutefois, l'autonomie traditionnelle de la profession médicale a été inscrite dans un mouvement de limitation qui se poursuit (augmentation du salariat dans la profession, conventions tripartites signées entre les associations de médecins, la caisse nationale

¹³ VEDELAGO, F., « Système de santé et crise de légitimation », *Sociologie Santé*, n° 5, 1991, pp. 141-155.

¹⁴ Cf. LE BRETON, D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1992, 264 p.

¹⁵ Cf. SFEZ, L., *La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Le Seuil, 1995, 398 p.

¹⁶ Cf. KERVASDOUE (de), J., *La santé rationnée (La fin d'un mirage)*, Paris, Economica, 1981, 240 p.

¹⁷ FREIDSON, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 500 p.

¹⁸ Ce n'est qu'en 1958 avec les ordonnances Debré qu'est apparu le statut de « plein temps hospitalier » pour les praticiens.

¹⁹ MORET-BAILLY, J., « Essai sur les déontologies en droit positif », *Thèse de doctorat en droit*, Saint-Étienne, nov. 1996.

d'assurance-maladie et l'État, une liberté de prescrire et d'exercer encadrée par des dispositions réglementaires).

D'une façon plus générale, la formation initiale dispensée aux étudiants de médecine est en décalage avec les pratiques médicales²⁰. Si un jeune spécialiste domine les techniques auxquelles il a été formé et peut intégrer rapidement une équipe, s'il poursuit son activité dans la recherche, le cursus est adéquat. Mais pour la majorité restante, spécialistes ou généralistes confrontés aux maladies courantes, la réponse est différente. Ainsi, la psychologie médicale, à la base de la relation de soins, ne comprend que 22 à 30 heures d'enseignement pour la durée totale des études médicales. L'enseignement d'une médecine technique, moins clinique et moins relationnelle n'est pas adapté à la réalité des pratiques ambulatoires²¹. L'amélioration de la qualité des soins en médecine ambulatoire passe aujourd'hui par la prise en charge de la prévention et la réforme de la formation continue en médecine.

Les infirmières poursuivent, quant à elles, leur quête de légitimation de leur métier qu'elles tendent à « professionnaliser », c'est-à-dire à transformer en statut de profession, tant par des compléments à leur formation de base, strictement technique, que la reconnaissance universitaire, le discours sur la recherche, le soutien par des revues à connotation de recherche ou à vocation professionnelle. La création du service infirmier, du dossier de soin — copie structurellement conforme au dossier médical — sont autant d'éléments significatifs de cette volonté de s'affirmer en corps autonome.

Ces rationalités différentes au sein d'un même espace social ont vécu des décennies durant en parfaite cohabitation parce qu'elles se partageaient l'espace, le savoir, le symbole, le pouvoir. A l'heure où l'institution hospitalière semble vaciller, perdre son sens, subir une contrainte forte qu'est la limitation des dépenses, ces rationalités semblent se heurter à la manière d'une tectonique des plaques, chacune empiétant sur le pré carré de l'autre. L'immersion de l'*eco-nomos* — la *gestion du domaine* dans sa pleine acception, physique et disciplinaire — dans l'institution hospitalière conduit ces rationalités, ces logiques d'action à trouver de nouveaux repères, de nouvelles procédures.

1.3.2 Une régulation institutionnelle et économique inopérante

La défaillance apparente des professionnels de santé n'explique pas tout. L'État n'est pas neutre dans les échecs des réformes. Dans la mesure où la médecine n'évolue pas dans un champ strictement libéral, l'État a la légitimité et les moyens de réagir. Une régulation parcellaire du financement de l'hôpital est d'ailleurs engagée depuis vingt ans²². Ainsi, la mise en place du budget global en 1983 dans les hôpitaux publics a été globalement efficace, mais localement injuste et aveugle. Cette faiblesse de l'État se traduit également dans la faiblesse des moyens de l'administration de la santé publique, tant quantitativement que qualitativement.

L'exercice de la tutelle de l'État s'opérait jusqu'en 1996, et, de fait, encore aujourd'hui, par un triple cloisonnement :

- le secteur privé à but lucratif se trouve sous la tutelle de l'assurance-maladie, tandis que l'hospitalisation publique et privée participant aux missions de service public dépendent des affaires sanitaires et sociales de l'État ;

- le contrôle est séparé par nature : les médecins inspecteurs de l'assurance maladie, et les médecins contrôleurs des DDASS²³ contrôlent essentiellement les réalisations des actes sur les patients tandis que les services de l'administration réalisent un contrôle budgétaire ;

- la partition administrative se répartit entre les échelons national (Ministère des affaires sociales, dont la Direction des Hôpitaux et l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Caisse nationale d'assurance maladie), régional (Agences Régionales de l'Hospitalisation

²⁰ MATTEI, J.-F., ETIENNE, J.-C., CHABOT, J.-M., *De la médecine à la santé*, Paris, Flammarion, 1997, 143 p.

²¹ *Id.*

²² Le Plan Barrot date de 1979.

²³ DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

depuis 1996, DRASS, CRAM, ERSM²⁴), local (DDASS, CPAM²⁵ et médecins de l'échelon local de l'assurance-maladie).

Cette séparation des organismes de contrôle des établissements s'explique notamment par l'histoire de l'administration française, comme le montre B. Marrot²⁶.

Autre défaillance, celle de la tentation libérale. Le déficit de légitimité de l'assurance-maladie, les difficultés à financer à l'équilibre le système de soins attisent les aspirations des assurances privées, qui, si elles dirigeaient la rationalisation du système sanitaire, pourraient réaliser cette dernière au détriment des patients et médecins comme l'expérience américaine le montre.

Dès 1979, J. Attali relevait que « faute d'une théorie économique de rentabilisation des dépenses publiques, faute d'une explication claire du rôle du spectacle des machines dans la croissance des coûts, on peut s'attendre à ce qu'au gré des rapports de forces et des institutions, les mesures les plus contradictoires soient prises pour limiter les dépenses... »²⁷. Or, la véracité de ces propos est renforcée par leur actualité : les plans successifs de redressement de la sécurité sociale, les tentatives de « maîtrise médicalisée des dépenses » ont pu avoir des effets conjoncturels mais n'ont guère porté, jusqu'à présent, sur des réformes du système lui-même.

Depuis 1970, la progression moyenne des dépenses de santé a été de 16 % par an en France, pour un accroissement du PIB inférieur à 6 %²⁸. Ce « dérapage contrôlé²⁹ » s'explique notamment par la non pertinence des indicateurs d'évaluation économique des établissements. En 1995, la France se trouve au deuxième rang européen derrière l'Allemagne pour sa part des dépenses de santé dans le PIB, mais au quatorzième seulement au regard de la prise en charge des dépenses³⁰ par les institutions publiques (hors mutualité). Face à ce qui est considéré maintenant comme un « dérapage » des dépenses de santé, mais qui est une situation avérée depuis 20 ans, le pouvoir exécutif a souhaité une réforme structurelle, qui entérine un changement de sens apprêté au rapport santé/soins. Cette réforme, initiée en 1991, a été fortement consolidée en 1996 et semble ne pas être remise en cause aujourd'hui et se fait au nom de la maîtrise des dépenses de santé.

Ce souci de la maîtrise des dépenses de santé ne peut s'expliquer que par leur ampleur et par les impératifs de rigueur budgétaire qui dépassent le cadre national. Les critères de convergence des dépenses publiques des pays de l'Union Européenne — et donc la limitation de la dette publique —, la réduction à la portion congrue des marges de manœuvre budgétaires sont autant d'éléments portant à considérer comme « nécessaire » cette « maîtrise » des dépenses. Mais dans le cadre de cette préoccupation macroscopique, l'outil n'est pas nécessairement apte à des adaptations locales : une maîtrise globale des dépenses peut cacher localement des disparités graves entre établissements, départements ou régions.

Plus précisément, en 1996, les dépenses courantes de santé s'élèvent à 801 milliards de francs, soit 13 800 F par habitant³¹, ou encore 10,2 % du PIB. En volume, cette consommation a décéléré progressivement, en passant de +5,5 % par an de 1980 à 1985 à 4,8 % par an de 1985 à 1990. En 1994, la progression en volume des dépenses de santé n'a augmenté que de 1,4 %, et a été pour la première fois inférieure à celle du PIB, mais a de nouveau progressé fortement en 1995.

²⁴ DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales ; CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie, ERSM : Échelon régional du Service Médical de l'assurance maladie.

²⁵ CPAM : Caisse primaire d'assurance-maladie.

²⁶ MARROT, B., *L'administration de la santé en France*, Paris, L'Harmattan, 1995, 489 p.

²⁷ ATTALI, J., *L'ordre cannibale*, Paris, Grasset, 1979.

²⁸ CREDES (1996).

²⁹ Dans le sens où le système était structurellement inflationniste.

³⁰ Base de Données Eco-santé OCDE 1997.

³¹ INFORMATIONS HOSPITALIÈRES, *L'hospitalisation en France*, n° spécial, n° 49, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, Paris, avril 1998, 95 p.

Le développement de l'offre de soins a joué un rôle essentiel : le nombre de médecins en secteur libéral a plus que doublé de 1972 à 1994 (+112 %) ³². Les créations d'emplois dans le secteur de la santé entre 1982 et 1992 se sont localisées presque pour moitié dans les hôpitaux (44 % des 280 000 emplois créés). Les investissements dans des matériels lourds, mais aussi l'élargissement de l'accès aux soins, et le développement d'assurances complémentaires ont leur importance dans l'explosion des dépenses de santé. Le facteur démographique — le vieillissement de la population n'est pas non plus négligeable —, représenterait 0,5 point par an dans la croissance des dépenses de santé selon l'OCDE.

Enfin, la structure intrinsèque du système n'incite pas à l'économie : paiement à l'acte, liberté totale de prescription et d'examen, libre accès au système de soins, peu de moyens de contrôle.

Si nous évoluons désormais dans un champ sanitaire où la pénurie de ressources serait la contrainte majeure, cette pénurie n'est qu'apparente. Car ce n'est pas tant la quantité des dépenses qui est en cause, que la question de leur efficacité et de leur efficacité qui se trouve posée.

Au cœur des mutations sont le fonctionnement de l'assurance-maladie lui-même, et le financement des actes médicaux, mais aussi la résistance à une évaluation des démarches de soins, à leur structuration dans le cadre d'une planification cohérente, qui se heurte aux changements démographiques et économiques d'une société où les actifs, toujours moins nombreux, financent des inactifs toujours plus nombreux.

Dès lors, l'idée de la santé publique s'est transformée face à une population, un État, des assureurs qui demandent des *comptes*. On ne peut plus penser la santé aujourd'hui hors de la place de la santé publique dans la société, et, d'une façon plus large, dans la mutation des modes de vie et des valeurs. Il n'est pas possible de penser la santé en dehors de ses modèles sociaux si on veut chercher à étayer les dispositifs de gestion sur des piliers durables.

L'accroissement asymptotique de la demande reflète, notamment, l'attente infinie d'amélioration individuelle. La santé s'impose comme une « valeur totalisante » ³³, ce qui implique des conséquences mais aussi des choix sur la consommation des *formes* de santé et sur leur *variété*. La santé parfaite s'impose aujourd'hui comme la nouvelle utopie mondiale majeure. Cette dernière puise son ferment dans l'imaginaire génétique. Les technologies et leur promesses renforcent les raisons d'espérer dans la conquête intérieure du corps.

1.3.3 Les structures de soins : l'hôpital en question

L'hôpital est le maillon essentiel du système de santé français. Aux principes historiques de la charité et de la bienfaisance ont succédé les principes d'égalité aux soins et de continuité de fonctionnement, d'un point de vue théorique. En 1996, l'hospitalisation a engagé 49,6 % des dépenses de consommation de biens et services médicaux ³⁴ pour 13 millions d'entrées en hospitalisation complète ³⁵.

Le secteur hospitalier emploie actuellement plus d'un million de personnes dans 3 788 établissements pour un budget de 347 milliards F ³⁶. Les dépenses de l'hôpital représentent donc la moitié des dépenses de santé en France.

Le taux de croissance longtemps illimité des dépenses (19 % par an jusqu'en 1982) a été ramené progressivement à 6,1 % par le taux directeur, pour atteindre 2,1 % en 1996.

La structure de financement de l'hôpital a également changé : les versements de la sécurité sociale, des mutuelles et des ménages sont passés de 82,7 % en 1975 à 90,4 % en 1994, et de

³² PAURICHE, P., « Vers une dépense des maîtrises de santé », in INSEE, *La société française*, Paris, INSEE, 1997.

³³ SFEZ, L., *La santé parfaite*, Paris, Le Seuil, 1995, 398 p.

³⁴ Comptes Nationaux de la Santé.

³⁵ En entrées totales incluant les mutations internes. INFORMATIONS HOSPITALIÈRES, *op. cit.*, p. 34.

³⁶ *Id.*, pp. 17 et 31.

0,8 % à 1,5 % de 1990 à 1994, et 6,9 % à 7,1 % pour les ménages. L'Etat et les collectivités territoriales se désengagent progressivement.

On compte, en 1993, 516 361 lits dans les établissements de santé français, dont les 2/3 dans le public et 1/3 dans le privé. La moitié des lits privés (56 000) sont intégrés à la mission de service public.

En dix ans, le secteur des établissements de soins a fortement évolué en terme de capacité d'accueil, d'activité, de durée de séjour et d'équipements.

Entre 1983 et 1993, les hôpitaux publics ont fermé 33 000 lits de court séjour (-16 %), 30 000 lits de psychiatrie (-34 %) et 3 000 lits de moyen séjour (-7,3 %)³⁷. Dans le secteur privé, les diminutions de capacité d'accueil ont été de 17 000 lits (-9 %). Depuis 1983, la part des différents secteurs a peu évolué, sauf en chirurgie et en lutte contre les maladies mentales, dont les chutes sont significatives. Le secteur privé à but lucratif a enregistré une forte hausse du nombre d'admissions (+65 % en médecine, +15 % en chirurgie), pour un nombre de journées stabilisé. Ce secteur est majoritaire en chirurgie (la moitié des entrées et des journées) et très présent en obstétrique (39 % des journées).

La baisse de la durée de séjour est significative dans toutes les disciplines : diminution de 50 % en 10 ans en médecine pour le privé, et de 30 % pour le public. De même, elle baisse de 50 % en psychiatrie, quel que soit le statut des établissements. Globalement, la durée de séjour moyenne de court séjour est légèrement inférieure à 6 jours³⁸.

Suite à la conjonction de ces diverses tendances, la répartition des coûts internes à l'hôpital s'est modifiée, comme l'illustre le tableau suivant :

Tableau 1 : Coût de gestion moyen d'un établissement public (1995) :

<i>Postes de dépenses</i>	<i>1990</i>	<i>1995</i>
Frais médicaux et pharmaceutiques	9,2 %	10,5 %
Hôtellerie	5,9 %	5,5 %
Frais de personnel	65,0 %	65,5 %
Frais financiers	2,0 %	1,5 %
Autres	17,9 %	17,0 %

Source : Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

Le poste en frais de personnel reste, de loin, le plus important, et conduit à limiter les marges de manœuvre des établissements dans leurs restructurations.

Ces difficultés sont renforcées par des instruments de gestion inadaptés.

1.4 DES INSTRUMENTS DE GESTION DEFICIENTS

Face à ces contextes et nouveaux enjeux, les seuls instruments de gestion dont disposent les directions d'hôpital se ramènent le plus souvent à des comptabilités analytiques incomplètes imposées par la tutelle et dont la fonction première n'est pas la gestion de l'établissement mais la comparaison inter établissement. Le modèle dominant repose sur des sections homogènes, les ratios, par lit, par service, par médecin et plus récemment par groupe homogène de malades.

Les instruments de gestion centrés sur le calcul des coûts, les hybridations du PMSI³⁹ et de la comptabilité analytique dont disposent les directions d'hôpital renforcent l'idée que les

³⁷ in « Hôpital : 10 ans d'activité », *Solidarité Santé*, n° 3, 1996, repris dans HAUT COMITÉ de la SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France 96*, Paris, La Documentation française, 1996, 285 p., p. 113 et suiv.

³⁸ Données 1995, à partir de chiffres tirés d'INFORMATIONS HOSPITALIÈRES, *op. cit.*, p. 34.

³⁹ Programme de Médicalisation du Système d'Information (hospitalier).

malades, les lits ou les personnels consomment des ressources. Construits non sur les activités réalisées, ces instruments constatent et affectent des consommations de ressources au fil des clés de répartition mises en œuvre sans pouvoir les expliquer, et par conséquent, agir sur elles.

C'est donc apparemment la quadrature du cercle que l'on demande aux responsables des administrations sociales, des caisses, des directeurs d'hôpitaux et des chefs de service de résoudre au quotidien tout en ne cessant de leur parler de la nécessité de limiter leurs dépenses⁴⁰.

En s'enfermant dans la logique de l'exploitation et du court terme, la régulation du système est essentiellement centrée sur une régulation comptable habillée d'un dispositif gestionnaire.

⁴⁰ CLAVERANNE, J.-P., art. cit.

2. PERSPECTIVES EN MANAGEMENT

La « crise » de l'hôpital s'exprime dans le passage d'une « cohérence perdue du compromis social entre la croissance et l'autonomie individuelle »⁴¹ à « l'invention d'un nouvel hôpital ». Ce nouvel hôpital s'inscrirait dans un « processus de convergence » entre gestion de ressources incertaines et patients manifestant des préférences, entre une concurrence organisée sur les coûts, la qualité et l'innovation et le partage d'objectifs explicites, entre une organisation centrée sur le patient et une organisation en réseau intégrant spécialisation et polyvalence.

En prise directe avec les nouveaux modes de production de soins, d'organisation et de division du travail, les espaces de prise en charge des malades, comme ceux dans lesquels s'inscrit l'environnement pertinent des établissements de soins, ont changé de nature pour devenir des espaces à géométrie variable soumis à des reconfigurations fréquentes sous l'effet de la technologie, des savoir-faire médicaux et des contraintes de tous ordres.

2.1 DE NOUVEAUX MODES DE COLLABORATION ET DE CONCURRENCE

Dans cette nouvelle dialectique, les modes de collaboration et de concurrence traditionnels des différentes organisations sanitaires et des différents acteurs se transmutent en de nouvelles formes de collaboration et de concurrence, qu'il s'agisse de réseaux formels ou informels, à l'intérieur comme à l'extérieur des organisations, d'alternatives à l'hospitalisation ou de nouvelles prises en charges. Ces modes de collaboration peuvent prendre la forme d'accords plus ou moins formels : coopérations ou conventions dans les domaines du recueil des données, de la recherche ou du soin, par la mise en place de plateaux techniques communs, de colloques, de collaboration à des programmes de recherche passés entre établissements.

Ces nouvelles formes se multiplient et se diversifient sans que ceux qui ont en charge la régulation du système aient mis en place des instruments de gestion permettant de prendre en compte ces changements, lisibles notamment dans :

- la dilution même de l'espace d'hospitalisation que l'on peut conjuguer en des formes multiples de jour, de semaine, ambulatoire... conçu comme une juxtaposition d'espaces et de temps au cours d'un même épisode de soins ;
- la nécessité de comprendre ces systèmes de soins comme des résultantes d'acteurs en réseaux, dialogiquement liés aux évolutions des prises en charges et aux changements technologiques.

Ce type d'approche qui cherche à structurer les modèles d'organisation autour des concepts de projets formels et informels, d'organisations cellulaires, de réseaux internes et externes se veut un moyen de relire, voire de renouveler les approches traditionnelles en matière d'organisation hospitalière.

Les « centres de soins » voient leur mission profondément renouvelée. Par exemple, en volume d'entrées, les principaux motifs d'hospitalisation ne sont plus la maladie mais l'accouchement et l'I.V.G. L'hébergement continu cède la place aux consultations externes. 90 % des personnes reçues en urgence le sont pour des troubles non urgents d'un point de

⁴¹ KLEIBER, C., « Organisation du changement à l'hôpital », *Papier de recherche*, Hôpitaux cantonaux de Genève, jan. 1997, 20 p.

vue médical, mais exigent le plus souvent une prise en charge sociale rapide et prolongée que l'hôpital ne sait pas fournir.

La coordination entre médecine hospitalière et médecine de ville passe aussi par l'engagement des établissements de santé dans des modes de prise en charge émergents favorisant les alternatives à l'hospitalisation.

L'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire en sont deux exemples pivot. L'hospitalisation à domicile ne représente aujourd'hui que 0,8 % de la capacité totale en hospitalisation complète, 0,9 % des journées et 0,3 % des admissions.

La chirurgie ambulatoire, dont le développement est exponentiel depuis 10 ans, se fonde sur le progrès de l'anesthésie et de la chirurgie. En 1990, elle représente 8 % des actes réalisés, pour atteindre 36 % en 1994. Le secteur privé concentre 77 % des places de chirurgie ambulatoire. Les conversions des lits classiques en chirurgie ambulatoire ont eu un effet restructurant important dans les établissements privés.

Toutefois, ce dispositif émergent, méconnu tant par les patients que les prescripteurs, reste expérimental. Une harmonisation des modes de prise en charge et des modes de financement semble un enjeu majeur dans le développement de cette offre, ainsi que la formalisation des modalités de coordination avec la médecine de ville, notamment dans la précision de son rôle et de sa responsabilité.

2.2 DE NOUVELLES METHODES D'ORGANISATION ET DE GESTION

La compréhension du système et son pilotage impliquent un renversement de la perspective verticale en place. L'efficacité de l'hôpital est conditionnée par l'existence d'un système d'information unique fondé, non seulement sur les seuls GHM, mais également sur les processus. Le système d'information doit donc être en prise directe avec les prises en charge telles qu'elles sont effectivement réalisées et décrites par les activités.

Les pistes actuelles du changement s'inscrivent à notre avis dans un triple objectif :

- décrire et finaliser les différents types de prises en charge de façon minutieuse, telles qu'elles sont et non telles qu'on voudrait qu'elles soient ;
- formaliser ces formes de prises en charge par des instrumentalisations gestionnaires, capables de prendre en compte et de rendre compte de ces nouvelles « formes de complexité ». Parmi ceux-ci nous privilégierons une approche focalisée sur le management par les processus de prises en charge ;
- repérer les formes d'organisation émergentes favorisées par ces instrumentalisations.

A partir de ces grandes lignes et des perspectives dessinées par le champ sanitaire en mutation, nous pensons que le projet d'établissement permet d'intégrer le pilotage du changement à l'hôpital.

C'est l'objet de notre problématique et de la méthodologie que nous avons adoptée.

Problématique

& Méthodologie

La méditation de l'objet par le sujet
prend toujours la forme du projet.

Gaston Bachelard,
Le nouvel esprit scientifique.

1. PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Après avoir exposé l'objet de notre recherche, nous présenterons la démarche que nous avons suivie et le cadre conceptuel sur lequel elle repose. Nous expliciterons ensuite notre posture épistémologique.

1.1 L'OBJET DE NOTRE RECHERCHE

Notre recherche consiste à montrer en quoi le concept de projet d'établissement peut structurer le pilotage d'un établissement sanitaire et quelles en sont les instrumentalisation managériales.

L'intérêt du sujet est double, pour les sciences de gestion et pour les acteurs du champ sanitaire. En effet, le projet est un concept qui a largement été utilisé en gestion, tant dans l'industrie et dans les services ; ses cheminements sont sources d'enseignement pour la conduite d'un projet à l'hôpital qui peut à son tour amener à enrichir le concept par les analyses qu'elle suscite. Le sujet intéressera aussi les acteurs de l'hôpital, dans la mesure où le projet d'établissement connaît aujourd'hui un renouveau certain dans le management hospitalier, notamment par les nouvelles formes de négociations introduites depuis 1996 conduisant à la contractualisation des moyens des hôpitaux avec les nouvelles agences régionales de l'hospitalisation.

Or la littérature spécialisée dans le management hospitalier découvre depuis peu la nécessité de construire des analyses critiques d'outils ou des perspectives méthodologiques qui dépassent le cadre instrumental. Notre travail se veut donc une réflexion gestionnaire issue d'une pratique continue du terrain depuis presque cinq ans comme chercheur au sein du GRAPHOS⁴².

Les controverses fusent au sein du champ, dominé par l'économie de la santé, pour retenir la pertinence de la mesure de l'utilité individuelle ou collective liée aux bénéfices et risques d'un programme de santé. Débat fondamental et passionnant pour les économistes, mais peu instructif pour les directions d'établissements, décideurs de l'État et de l'assurance-maladie, alors que les attentes vis-à-vis des chercheurs sont très fortes...

Or, la question de la transférabilité des savoirs, débat important en gestion, est au cœur de la problématique hospitalière. Quels rôles peuvent jouer des savoirs de gestion, dans un champ encore peu rodé à leur pratique ? Faut-il importer *ex abrupto* les savoirs développés dans les sphères industrielles, en expliquant les règles de l'art ? Ou développer un savoir propre à l'activité hospitalière, en tenant compte des pratiques spontanées des agents ? La « gestion » hospitalière peut tout à la fois revendiquer ses propres spécificités et une grande rigueur dans ses dispositifs. En pastichant P.-J. Benghozi⁴³ à propos des organisations culturelles, on pourra écrire que la diffusion des savoirs de gestion dans les milieux hospitaliers ne met pas simplement en jeu des questions d'efficacité et de rentabilité. Elle affecte très directement l'essence même de la production de soins. La formalisation des activités de gestion dans les institutions sanitaires influence à la fois les structures des établissements, la constitution des personnels, les équilibres entre acteurs, l'identité de l'organisation.

⁴² Groupe de Recherche Appliquée Pluridisciplinaire sur l'Hôpital et les Organisations de Santé, UMR CNRS 5823.

⁴³ BENGHOZI, P.-J., « Les sentiers de la gloire... », in CHARUE-DUBOC, F. (dir.), *Des savoirs en action — Contributions de la recherche en gestion*, Paris, L'Harmattan, 1995, 294 p., pp. 84-85.

1.2 LA DEMARCHE

Notre démarche procède en deux temps majeurs :

Le premier temps, correspondant à la première partie de notre thèse, retrace les fluctuations d'emploi du concept de projet d'établissement à l'hôpital et les caractéristiques de ces fluctuations touchant à la production de soins, en distinguant trois périodes majeures, synthétisées dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Les trois périodes du projet d'établissement à l'hôpital

	Acteur et logique clés	Mode de régulation	Système d'information	Outils	
				Outils de régulation	Outils d'évaluation
1970-1990	Le professionnel : FAIRE et FAIRE FAIRE	planification sanitaire quantitative = attribution d'équipements	Lettres clés, Prix de Journée., Budget Global...	Carte sanitaire Plan directeur	externes : comptables seuls contrôle du malade
1991-1995	Le directeur : DIRE et FAIRE	+ planification sanitaire qualitative = complémentarité des structures	+ PMSI ⁴⁴ + Points ISA	+ SROS et projet d'établissement	+ évaluation des résultats <i>et des pratiques</i>
1996-	Le « médecin manager » : DIRE, FAIRE, RENDRE COMPTE	+ contractualisation et plans de développement	+ Procédures + PMSI « privé »	+ négociation des objectifs et des moyens, réseaux finalisés	+ évaluation globale de <i>l'établissement</i> , « labellisation » (accréditation) de l'établissement

Par rapport au concept de projet d'établissement, on constate donc un triple mouvement.

La première période, de 1970 à 1990, correspond à l'immersion du projet à l'hôpital à partir, notamment, du projet d'entreprise et du programme d'établissement. Cette conjonction entre ces deux concepts originels correspond à des attentes et des contraintes spécifiques de l'époque, résultantes de la fin des « Trente Glorieuses » et de l'émergence des (parts de) marchés à *conquérir*. Ce premier temps, « idéologique », procède à des importations d'un concept issu du privé, nomade, à la mode, peu robuste, tout en tentant de le raccrocher ou de l'opposer aux démarches issues de la planification sanitaire (carte sanitaire, plan directeur, programme d'établissement).

La logique dominante est alors celle du *professionnel* : il s'agit de donner les moyens de *faire* aux acteurs, de développer la logistique autour de leur autonomie.

La perspective liée au projet est instrumentale : il s'agit de *faire et de faire faire*.

La deuxième période, de 1991 à 1995, est marquée par l'introduction du projet d'établissement dans le Code de la Santé Publique par la loi du 31 juillet 1991. Alors même que le « projet » se trouve affaibli dans le champ gestionnaire, au profit d'une approche plus globale du management, le « projet d'établissement » hospitalier s'inscrit alors dans une autre perspective, celle de la concurrence généralisée entre structures de soins et de la décentralisation. Couplé à d'autres réformes renforçant la planification et aux premiers outils d'évaluation des pratiques des établissements, le projet d'établissement s'institutionnalise. Dans ce qui demeure le cadre d'une logique de régulation budgétaire, le discours sur le projet se trouve réaffirmé.

La logique dominante est celle du *politique* : il s'agit de représenter l'établissement au niveau de la région, de l'inscrire dans les priorités définies dans des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

La légitimité de l'établissement par le projet consiste alors à *dire, puis faire*.

⁴⁴ Programme de Médicalisation du Système d'Information.

La troisième période débute en 1996 et se trouve marquée par les ordonnances du 24 avril 1996. Elle renforce le dispositif de planification sanitaire régionale avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Ces dernières contractualisent alors avec les hôpitaux sur la base de leur projet d'établissement et définissent des objectifs et une enveloppe budgétaire pluriannuels. Conjointement, les établissements doivent engager une procédure d'accréditation de leurs activités dans le cadre d'une évaluation externe de la qualité de leur prestation. Les principes de la régulation régionale consistent essentiellement à cadrer la politique régionale de santé autour du champ sanitaire, et d'une structure, l'hôpital. Ce cadrage est incarné dans les agences régionales de l'hospitalisation. Cette limite pose d'autant plus problème que l'hôpital est envisagé par les tutelles désormais comme maillon d'une chaîne de soins passant de la médecine de ville ou les urgences, aux soins de suite en structures de moyen et long séjour ou en hospitalisation à domicile. Or, ce troisième temps voit l'émergence du management à l'hôpital : la réforme de 1996 permet que le projet d'établissement, condition nécessaire au contrat, devienne indispensable pour justifier la survie ou la pérennité de l'établissement.

La logique émergente est alors celle du « médecin manager », qui consiste à intégrer les préoccupations liées à la production du soin et à son coût dans une finalité organisationnelle.

La légitimité du projet consiste alors à *dire, faire, rendre compte*.

Au cours de ces trois périodes, la régulation hospitalière s'est inscrite dans trois cadres tarifaires : un financement *a posteriori* appelé prix de journée dans un contexte de croissance, un financement forfaitaire (enveloppe globale) pour les établissements publics dans un contexte de stagnation, et une tarification à l'activité (points ISA⁴⁵) dans un contexte de restructuration, et touchant le secteur public puis le secteur privé.

Or, les logiques dominantes en œuvre dans la construction du projet d'établissement ne se sont pas substituées les unes aux autres, mais se sont *surimprimées*. Dès lors, on constate une prolifération des outils de régulation externes et d'évaluation, dont l'utilisation est disjointe, et les finalités sont, au mieux, non superposables, au pire, opposées les unes aux autres dans des jeux de négociation à très court terme.

Le deuxième temps de notre recherche, correspondant à notre seconde partie, consiste alors, dans une approche synchronique, à proposer, à partir de ce cadre renouvelé de l'action, la validation d'instrumentalisations managériales au sein de l'hôpital.

Notre démonstration s'appuie sur une idée principale : cette évolution relevée dans la première partie, quelles que soient ses phases fluctuantes, permet à un moment précis de donner du sens dans une organisation, c'est-à-dire de faire apparaître concrètement la possibilité du projet dans le sens où des acteurs se projettent et projettent un objet qui les dépasse individuellement, ou même « corporativement ». Il s'agira, fondamentalement, de montrer que, malgré la différence entre leurs mondes (au sens de L. Boltanski et L. Thévenot⁴⁶), ces acteurs sont capables, par un effort projectif de nature entrepreneuriale, de désigner et construire un objet collectif.

Cette capacité est rendue possible par une évolution touchant à la diffusion d'outils et de pratiques fortement inspirés du champ gestionnaire et au renforcement de la contrainte institutionnelle. Il semble qu'alors on puisse parler de notions d'entreprise, de management, et de stratégie, sans les considérer pour des leurres (telle que pouvait l'être la notion de projet à la première époque).

Partant de ce postulat, notre ambition a alors pour but de montrer en quoi des outils de gestion appropriés facilitent et permettent l'émergence et la consolidation de la notion *d'entreprise* et de son pilotage au sein de l'hôpital, entreprise entendue dans son acception la plus originelle⁴⁷.

⁴⁵ Indice Synthétique d'Activité.

⁴⁶ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L., *De la Justification, Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, 483 p.

⁴⁷ et symétriquement opposée à l'usage qui en a été fait dans les années 1980 au sujet du mythe de l'« hôpital entreprise ».

Cette instrumentalisation managériale repose sur trois outils interdépendants :

- la délibération stratégique, formalisée dans le projet d'établissement et instrumentalisée par...
- ...un contrôle de gestion médico-économique, formalisé à partir de systèmes d'information existants, mais parcellaires, qui peuvent être unifiés autour d'...
- ...un management par les processus, visant à qualifier les prises en charge des patients.

Ces trois outils interagissent les uns sur les autres et concourent conjointement à renforcer la pérennité de l'organisation, et, à ce titre, à permettre l'instrumentalisation de la notion de projet à l'hôpital, notion que nous préciserons dans le point suivant.

1.3 LE CADRE CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE

Notre cadre conceptuel s'est bâti à partir d'une approche intégratrice du projet d'établissement, et consiste à proposer un modèle de structuration des logiques d'action à l'hôpital par le projet.

1.3.1 A la recherche d'une approche intégratrice : l'émergence de la notion de projet à l'hôpital

Après avoir examiné en quoi le projet pouvait être appréhendé comme finalité de l'organisation, nous aborderons les modalités d'une analyse des interactions entre dispositif de gestion et projet d'établissement.

- Le projet comme finalité de l'organisation

Le projet d'établissement peut être vu au fil du temps, des contextes régionaux et des spécificités des établissements comme un argumentaire, un catalogue de prestations, un outil de conformité à la réglementation, un projet médical d'investissement matériel, un moyen de pression pour l'allocation budgétaire, ..., ou, plus précisément, un projet d'acteurs spécifiques *sur* un établissement, mais non pas *de* l'établissement dans son ensemble. Le mode de régulation hospitalière peut alors s'apparenter à un « garbage can »⁴⁸. Ainsi, seules des réponses locales, exclusives et parcellaires ont été apportées au cours des quinze dernières années.

Or la réforme de 1996 propose un nouveau « champ des possibles », notamment par le financement obligatoire des structures par des *contrats d'objectifs et de moyens* définis par un projet d'établissement. Dans cette perspective, la comparaison des activités des établissements entre eux, tous statuts confondus devient nécessaire et possible. Ces deux modalités issues de la réforme déterminent, selon nous, un rôle structurant pour les outils de management à l'hôpital.

Toutefois, parce que les référentiels de la régulation sanitaire sont à peine identifiés et ne sont pas encore stabilisés, certaines techniques importées et déjà appliquées par les nouvelles agences régionales de l'hospitalisation, comme le benchmarking, risquent selon nous de détourner le projet d'établissement de sa finalité spécifique, qui consiste à proposer une modélisation de la singularité d'un établissement dans une offre de soins locale et « ago-antagoniste ».

En outre, l'« entité » hospitalière ne va pas de soi. Si sa définition juridique est limpide, les domaines de responsabilité, les zones d'autonomie des professionnels (médecins notamment), la situation de dépendance du patient et les nouveaux modes de financement conduisent à réduire fortement l'idée de l'hôpital comme bureaucratie professionnelle⁴⁹ pour l'envisager comme lieu de passage intégré dans un maillage de soins plus ou moins structuré. Les premières réponses apportées par les établissements dans leur projet varient avec les

⁴⁸ in MARCH, J. G., *Décisions et organisations*, Paris, Editions d'organisation, 1988, 240 p.

⁴⁹ MINTZBERG, H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'organisation, 1982, 434 p.

statuts de ces derniers : on peut aisément reconnaître à sa forme un projet issu de l'hôpital public, d'un établissement privé à but non lucratif et d'un établissement privé à but lucratif.

Or, au cours de la troisième période citée, nous pouvons donc constater concrètement l'émergence d'une « managérialisation » de l'hôpital, dans *certaines* structures insérées dans des contextes particuliers, avec l'« apparition » d'un projet *de* l'établissement, c'est-à-dire la découverte à l'hôpital de la notion *d'entreprise*, dans le sens où l'interaction entre le corps social et l'institution de cette organisation singulière change de représentation : elle passe d'un rôle fonctionnel à un rôle projectif⁵⁰, elle tend alors, à moins réformer une situation passée et dépassée, et plus à projeter une innovation touchant à la fois à la nature (statut économique de la production de soins) et au sens de l'hôpital (statut de l'établissement hospitalier).

Précisons à ce sujet que par *institution*, et à la suite de A.-C. Martinet, nous entendons l'administration hospitalière, avec son directeur, dont la simple appellation suffit à illustrer le rôle fonctionnel (le « directeur » n'est pas « dirigeant »), simplement parce que les membres du corps social refusent de le voir comme tel. Le *corps social* est constitué des médecins, infirmières, personnel administratif, conseil d'administration, ... L'ensemble du corps social - institution se trouve baigné dans un contexte fait de la réglementation, des relations avec les tutelles, qui est plus ou moins contraignant et qu'il s'agit de percevoir finement afin d'en comprendre les règles. L'interaction institution - corps social peut être appelée *noyau stratégique*, composé d'un certain nombre d'acteurs à la légitimité reconnue et dont les finalités sont suffisamment *partagées* pour envisager un projet *commun*.

Si l'on admet que, grâce à l'action des acteurs du noyau stratégique et que, dans un certain nombre de conditions contextuelles, on arrive à faire émerger un projet commun (sans préjuger de sa stabilité ni de sa pertinence), on peut alors considérer que l'interaction est assez significative pour servir de base commune en terme projectif. C'est alors seulement qu'il semble possible de parler de notion *d'entreprise* — virtuelle —, c'est-à-dire d'une entité que des acteurs arrivent à façonner ensemble *comme projet*.

Notre démarche consiste alors à proposer une large définition *ex post* de ce dispositif, et ce d'au moins deux manières. La première consiste à préciser finement le contexte d'évolution de l'organisation, ainsi que la structuration des modes d'action en œuvre dans le champ sanitaire. La seconde consiste ensuite à considérer le dispositif concret de construction progressive du projet commun, et de comprendre les causes liées à cette *mise en projet* de l'organisation.

Nous formulons les hypothèses suivantes :

- le passage du projet d'établissement au projet *de* l'établissement ne peut se réaliser que sous une contrainte telle qu'elle est mise en jeu pour la survie de l'établissement. Cette contrainte n'est réelle que si elle est perçue comme telle par le noyau stratégique de l'établissement ;
- l'instrumentalisation du projet d'établissement — et sa légitimité — n'est possible que par la présence d'un noyau stratégique renouvelé composé à la fois de médecins et d'administratifs, porteurs du projet. L'adhésion immédiate ou forcée de l'ensemble du corps social n'est pas alors nécessaire au déploiement du projet. En revanche, la présence d'outils d'évaluation de la production de l'établissement permettant sa comparaison avec d'autres est tout à fait nécessaire pour permettre au noyau stratégique de « mesurer » la situation de l'organisation et de modéliser sa démarche de projet propre ;
- le projet d'établissement ne peut se déployer dans l'ensemble de l'organisation que si des dispositifs internes de co-construction et d'appropriation du fond du projet sont

⁵⁰ dans le sens énoncé par MARTINET, A.-C., *Management stratégique : organisation et politique*, Paris, Mc Graw Hill, 1984, 119 p., pp. 38-40. Les propos qui suivent doivent beaucoup à des entretiens auprès de M. A.-C. Martinet dans le cadre de notre travail.

instaurés. Ces dispositifs vont jusqu'à faire suggérer, progressivement, par le corps social les instruments avec lesquels il souhaite repérer et évaluer son activité.

- L'analyse des interactions entre dispositif de gestion et projet d'établissement : l'interdépendance du procédural et du substantif.

Notre propos consiste ainsi à comprendre en quoi des instruments et leurs usages concrétisent une attitude structurante des parties prenantes au projet, de façon à préciser les espaces sur lesquels ils peuvent intervenir au delà du discours servant le projet. Ces espaces peuvent être appréhendés par les instrumentalisation managériales du projet d'établissement que l'on analysera à travers :

- le processus de formulation stratégique de l'établissement, et la construction de sa position dans l'environnement sanitaire (qualité des soins, satisfaction des besoins d'une population, complémentarité de l'offre, place de coordinateur dans le processus de soins). Dans ce cadre aux « contraintes affichées »⁵¹ fortes, nous pensons qu'il existe des marges de manœuvre certaines pour les hôpitaux, qui passent notamment par le projet d'établissement, qui, de seule obligation légale, doit devenir un catalyseur des modes d'organisation à l'hôpital⁵². Dans le cas de la mise à l'épreuve de la singularité de l'entité hospitalière, le projet d'établissement pousse l'organisation par son discours spécifique, à un raisonnement stratégique, c'est-à-dire qu'il lui offre la possibilité de se distinguer, même si cette différenciation se trouve limitée⁵³ ;
- un système d'information de gestion interne (approche globale et coût des pathologies traitées) ;
- un mode d'organisation (processus de prises en charge des patients, dispositifs qualité).

L'enjeu consistera alors à démontrer qu'à partir d'un brassage de rationalité procédurale et d'une réglementation contraignante, peut émerger localement une forme de rationalité substantive, c'est-à-dire une construction plus intelligible de l'organisation par ses parties prenantes. Cette idée peut être illustrée en montrant en quoi un concept initialement flou permet l'émergence de la notion de projet délibéré dans une organisation, et dont le déclencheur serait un changement de régulation. L'hôpital pourrait ainsi se donner les moyens et conditions de réussir un projet d'établissement, là où l'entreprise a échoué avec le projet d'entreprise, faute d'une instrumentalisation suffisante et d'une idéologie trop marquée.

1.3.2 Pour un modèle structurant les logiques d'action

La notion de projet ou finalité joue un rôle déterminant dans la modélisation systémique d'un phénomène perçu comme complexe. J.-L. Le Moigne a ainsi proposé un modèle alternatif à la modélisation analytique, qui intègre tout à la fois modèle et modélisateur, tout et parties du tout, synchronicité et diachronicité⁵⁴. Le projet dans la modélisation d'un phénomène complexe pourra être assimilé au « réel voulu », dont le rôle est central : c'est sur la base de l'écart entre réel voulu et réel perçu qu'un processus de décision sera pris. Le réel voulu joue le rôle de « référent » auquel le réel perçu est comparé. Toutefois, même si ce réel

⁵¹ POUVOURVILLE (de), G. « Hôpitaux : la double contrainte », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-juillet-août 1996, pp. 72-79.

⁵² S'intéressant aux stratégies hospitalières d'avant 1996, A. Valette a ainsi montré que dans le cadre de cette contrainte généralisée, les marges de manœuvre des établissements, non seulement existaient, mais résidaient essentiellement dans les capacités à anticiper la disponibilité des ressources au niveau régional, la stratégie hospitalière étant étroitement associée à la provocation d'opportunités et à jouer avec le temps : VALETTE, A., « Une gestion stratégique à l'hôpital ? », *Revue Française de Gestion*, n° 109, pp. 92-99, juin-juillet-août 1996.

⁵³ A ce titre, la dialectique différenciation / intégration est caractéristique d'une posture stratégique, qui qualifie les formes de développement envisagées et prône la comparaison pour *montrer* en quoi une structure est « meilleure » que l'autre.

⁵⁴ LE MOIGNE, J.-L., *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*, Paris, P.U.F, 1977 (4^e éd. 1990), 330 p. et LE MOIGNE, J.-L., *La modélisation des systèmes complexes*, Paris, Dunod, 1990.

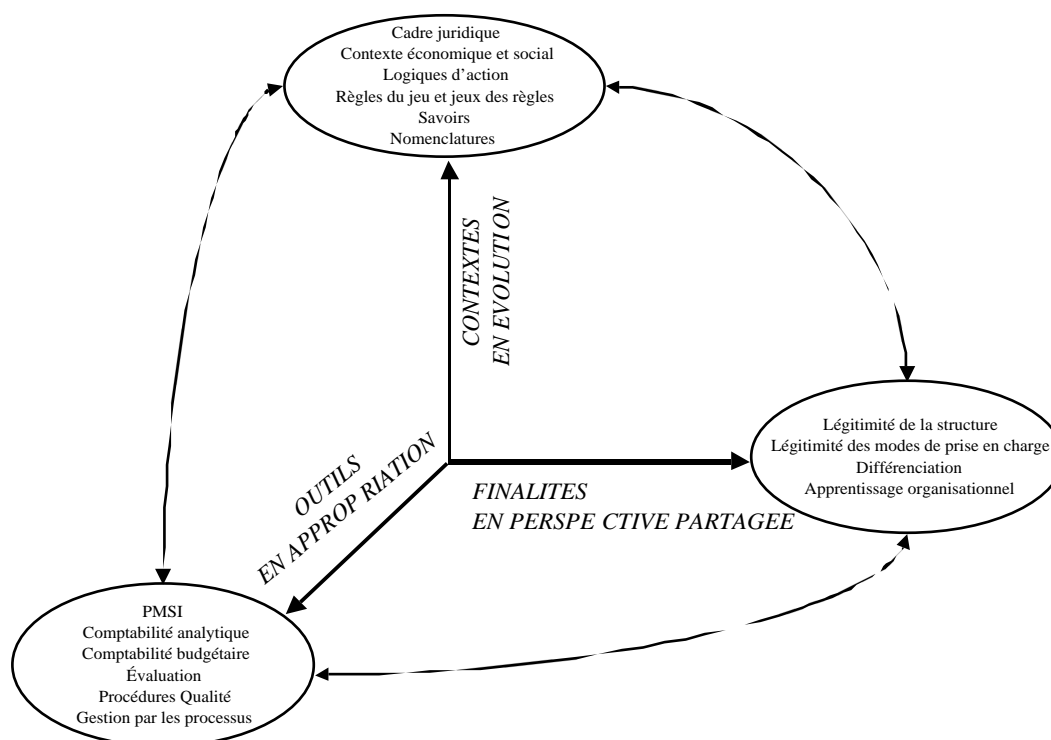
voulu est stable, il n'en reste pas moins évolutif : la *finalité* joue un rôle dans la *finalisation* du phénomène complexe. Le principe général fondamental sera pour nous le projet du modélisateur dans le processus de modélisation, qui reprend le principe de tiers inclus au modèle. Ce projet est nécessairement à l'origine et constitue le moteur du processus de construction du modèle. Le « système de modélisation » sera donc composé du couple récursif modélisateur-modèle.

Dans la continuité des travaux du GRASCE, F. Adret propose par exemple, le modèle « S/OID/F » (Système/Opération-Information-Décision/Finalisation) qui intègre donc le système de finalisation aux pôles classiques « décision, opération, information »⁵⁵.

Mais peut-on parler, dans notre cas strictement de « projet du système de modélisation » ? Pour le projet d'établissement, il semble que ce projet puisse être observé *a posteriori*, ou intégré lui-même comme une finalité, mais ne peut servir de « moteur » de l'action, lui-même étant en construction. De même, le fait de poser la finalité d'une façon (relativement) formalisée permet de valider les éléments du modèle par rapport au référent, mais ne facilite pas, selon nous, la construction d'un référent par les parties prenantes au projet. Ce modèle n'est efficient (par rapport à notre perspective pragmatique) que lorsqu'il y a unicité du modélisateur, et non lorsque le modélisateur est dans une situation d'apprentissage de lui-même, à partir d'un groupe dans un processus de constitution.

A partir de la définition du projet comme finalité de l'organisation et d'une préoccupation touchant à l'analyse des interactions entre le dispositif de gestion et le projet d'établissement, nous proposons un premier modèle de lecture de ces interactions.

Figure 1 : Cadre général d'analyse du projet d'établissement



Nous proposons un cadre d'analyse du projet d'établissement modélisé autour de trois pôles :

- un cadre de régulation, que l'on trouve instrumentalisé dans la loi et ses décrets d'application, dans les logiques professionnelles, dans des priorités définies par l'État... Ce cadre est matérialisé dans la planification sanitaire, les SROS, les ARH, l'accréditation...;
- des finalités d'acteurs, qui ne se rejoignent que ponctuellement, dans une dialogique où les institutions cherchent à allouer les ressources au plus près, et donc à évaluer les structures

⁵⁵ ADRET, F., « La modélisation systémique d'un phénomène complexe : une modélisation 'orientée projet' », Actes des 2^o Journées de Projectique, Bayonne — San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 33-46.

sur des bases comparables, tandis que les établissements, tant par leur directeur que leurs médecins cherchent à se distinguer, se singulariser pour justifier leur place. On est donc dans un processus de tension entre une volonté d'uniformisation régionale des pratiques et une volonté de singularisation locale de l'offre. Cette tension est d'autant plus délicate à qualifier que les différents acteurs utilisent les mêmes notions (complémentarité, réseaux, qualité...), qui, cependant, conduisent à des matérialisations symétriquement opposées autour de la volonté d'harmonisation des pratiques, de la recherche de la complémentarité et des innovations médicales ;

- des outils plus ou moins innovants pour le champ sanitaire « jouant » autour des finalités et des cadres de régulation : budget global, PMSI⁵⁶, contrat, certification, management par processus, par projet, gestion des savoirs... Ces outils ont des origines variées — institutionnelles, privées, constructions *ad hoc*, laboratoires de recherche... — et sont nécessairement « récupérés » par certains acteurs au fil du temps : le projet par l'État, le PMSI par les médecins, la certification par les agences nationales et régionales...

Si nous aurons l'occasion d'affiner l'exploitation de notre modèle « en construction » au cours de notre travail, il nous faut poser dès à présent l'idée que ces trois pôles renvoient à des espaces-temps distincts, selon qu'ils sont envisagés dans la structuration d'une pratique (action) ou d'un projet de connaissance (posture).

Notre posture épistémologique nous permettra de préciser les formes et modalités de cette distinction.

1.4 POSTURE EPISTEMOLOGIQUE : LA QUESTION DE LA DIALOGIQUE CONNAISSANCE – ACTION

Notre travail s'inscrit dans une épistémologie constructiviste, dont nous rappellerons très brièvement les principes⁵⁷ :

- représentabilité : la connaissance ne reflète pas une réalité ontologique objective, mais s'intéresse à l'organisation des représentations de nos expériences ;
- univers construit : la représentation du monde implique l'expression de l'intentionnalité du modélisateur ;
- interaction sujet-objet : la connaissance est représentation de la réalité que se construit un sujet, en conséquence, elle se trouve définie par le projet et les méthodes mises en œuvre par le sujet ;
- argumentation générale : toute forme de raisonnement intelligible peut être *a priori* utile à la représentation de la réalité, sa pertinence est évaluée *ex post* ;
- « action intelligente », décrivant l'élaboration raisonnée d'une correspondance « convenable » entre une situation perçue et un projet conçu par le système.

Ainsi, on rejoindra J.-L. Le Moigne, pour qui « la science de gestion se définit par son *projet*, qui est celui de la *représentation intelligible des interventions des acteurs* au sein des organisations. »⁵⁸

Nous voudrions insister sur trois points, dont l'influence sur notre méthodologie sera déterminante. Il s'agit des relations entre connaissance et action en sciences de gestion, et du passage de la *connaissance du projet* au *projet de connaissance*. Il conviendra également de s'interroger sur les conditions de possibilités d'une « projectique ».

⁵⁶ Programme de Médicalisation du Système d'Information.

⁵⁷ énoncés par LE MOIGNE, J.-L., « Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation », in MARTINET, A.-C. (coord.), *Epistémologie et sciences de gestion*, Paris, Economica, 1990, 252 p., pp. 81-141.

⁵⁸ Id., p. 116.

1.4.1 Connaissance et action en sciences de gestion

Dans un ouvrage particulièrement stimulant⁵⁹, F. Charue-Duboc reprend une question fondamentale dans l'épistémologie des sciences de gestion, qui consiste à s'interroger quant aux relations entre connaissance et action dans la gestion des organisations. Cette question se décline en trois points que nous proposons de retenir comme fils conducteurs de notre travail :

- comment mobilise-t-on les savoirs existants pour décider ?
- comment est évaluée la pertinence des savoirs dans les situations de gestion ?
- comment les organisations capitalisent-elles les savoirs ?

Dès lors, une des questions que doit se poser le chercheur en gestion est de « savoir si les connaissances... produites *sur* l'action sont elles-mêmes utiles *dans* l'action »⁶⁰, parce que, comme le souligne J. Girin, les acteurs observés ont des attentes légitimes d'utilité des résultats obtenus, mais aussi parce que les résultats obtenus offrent la possibilité d'une réfutabilité des constructions théoriques⁶¹. Cette question pourtant ne va pas de soi, dans un champ où l'intuition, le génie, le savoir-faire, sont évoqués comme moteurs de l'action, face à des outils « rationnels » relégués au rang de l'accessoire. La production de savoirs de gestion abonde dans ce sens, en donnant un statut central aux résultats observés et moins aux instruments, c'est-à-dire en mettant en évidence les caractères de *contingence*, de *relativité*, de *localité* des résultats. Dans les étapes de ruptures — conflits de savoirs — ou dans les ruptures entre savoir et action, l'innovation, y compris l'innovation de projet, peut, de façon privilégiée, ouvrir des perspectives de relégitimation des deux parties. Les connaissances produites ont, pour J. Girin, historiquement, été utiles dans les analyses *a posteriori* qu'elles fournissaient, mais non dans l'aide à l'action. Rôle essentiel toutefois, dont la pleine dimension s'épanouit dans le conseil, dans des prédictions négatives (ce qu'il ne faut pas faire), et dont l'utilité est loin d'être négligeable...

Mais symétriquement, la question de l'action comme moyen de connaissance est posée. En effet, en retour de l'interrogation du rôle de la connaissance dans l'action, il convient de s'intéresser, pour être plus complet, tant aux limites posées par les instruments ou dispositifs de gestion qu'à la part d'inventivité, d'adaptabilité de ces mêmes acteurs vis-à-vis de ces dispositifs.

Les rapports des savoirs à l'action peuvent en effet être modélisés à partir de quatre idéaux types⁶² :

- les savoirs dictent l'action : l'exemple du contrôle statistique, avec ses seuils liés à la prise de décision, montre comment le savoir *détermine* le comportement des équipes dans le cadre d'un *suivi qualité* ;
- les savoirs se heurtent aux processus de décision en place, car ils modifient les stratégies d'acteurs. C'est notamment le cas de l'hôpital comme entité organisationnelle, où l'on résiste à l'utilisation de nouveaux savoirs, mais où les instruments deviennent localement structurants...
- les savoirs sont contextualisés, « traduits » en objets symboliques, mis en acte dans la situation ;
- les savoirs sont mis en cause ou ignorés : le processus de mimétisme est utilisé pour minimiser le risque.

Ainsi, tout savoir ne structure pas nécessairement toutes les pratiques. Les processus de diffusion de nouvelles techniques de gestion sont donc à étudier scrupuleusement. C'est ce que nous souhaitons illustrer dans ce travail, en montrant en quoi la mobilisation de savoirs

⁵⁹ CHARUE-DUBOC, F. (dir.), *Des savoirs en action — Contributions de la recherche en gestion*, Paris, L'Harmattan, 1995, 294 p.

⁶⁰ GIRIN, J., *Avant-Propos* de CHARUE-DUBOC, F. (dir.), *Des savoirs en Action*, *op. cit.*, pp. 5-6.

⁶¹ En ce sens, J. Girin pose clairement comme principe de scientificité le critère de réfutabilité d'une affirmation émis par K. Popper, largement dominant aujourd'hui dans l'épistémologie contemporaine, ossature du paradigme dominant, au sens de T. Kühn.

⁶² Selon F. CHARUE-DUBOC, *in Des savoirs en Action*, *op. cit.*, *Introduction*, pp. 11-23.

innovants de gestion (au moins pour les intéressés) dans la conduite d'un projet d'établissement peut structurer et faire évoluer les pratiques.

Dans cette perspective, et par hypothèse, c'est aussi l'articulation entre savoir pratique et savoir scientifique qui se doit d'être posée⁶³.

Une hypothèse de travail, à mettre en rapport avec le *rôle* du chercheur, est que les mécanismes de mise en pratique et de diffusion des savoirs sont clairement distincts des processus de validation scientifique, parce qu'ils ne sont pas dans les mêmes temporalités. Nous en verrons la conséquence dans la présentation de notre méthodologie.

La forme même des savoirs qui structurent l'action se prête mal à une évaluation scientifique. De même, la pertinence et l'efficacité d'un mode de gestion sont étroitement corrélées au contexte dans lequel elles s'inscrivent.

En outre, l'influence du degré de validation sur les processus de diffusion dans le milieu des praticiens est faible : alors qu'ils sont plus ou moins validés, les outils peuvent se diffuser rapidement. Leur légitimité peut prendre sa source dans la théorie mathématique (outils statistiques), dans leur cohérence interne (modèle comptable)... mais aussi dans la perception par les acteurs d'une opportunité potentielle sur l'obtention de ressources.

Le chercheur n'est jamais neutre dans ces dynamiques. Sa fonction, celle de sa recherche, peut être d'explicitier, d'expérimenter des savoirs, de les évaluer, et, à ce titre, il se doit préalablement d'explicitier, de formaliser son projet de connaissance.

1.4.2 De la connaissance du projet au projet de connaissance

Pour J.-L. Le Moigne, et du point de vue des sciences de la conception, la connaissance peut avoir pour objet un projet⁶⁴. Mais si un projet fait l'objet d'un travail, d'un processus, cela ne suffit pas à faire de cet objet un objet de connaissance. Notre démarche sera donc nécessairement dialogique et interactive entre ces deux objets. La question qui se pose est donc en deux temps : il s'agit d'accompagner des acteurs dans une perspective opératoire — faire le projet — et de réfléchir sur ce processus de construction — comprendre la structuration du projet. C'est pourquoi notre démarche contient elle-même nécessairement deux projets en un : le premier consiste à mieux cerner le projet d'établissement à l'hôpital, le second vise à comprendre sa spécificité ou ses similitudes par rapport au projet d'une façon générale.

La première conséquence de ces deux positionnements de la part du chercheur est que la connaissance empirique du projet est insuffisante pour répondre à ce questionnement : il ne suffit pas de conduire un projet pour s'assurer de la connaissance du projet. Il s'agit en effet, pour le chercheur intéressé à cet objet, d'avoir le projet de constituer une connaissance du projet d'une autre nature que la connaissance empirique du projet. Cette spécificité et ce statut différents distingueront clairement, par exemple, la position du chercheur par rapport à celle du consultant, même si elle peut être endossée par la même personne : les moments, les méthodes, les destinataires du projet sont différents, pour un même terrain.

Et la gestion comme discipline ne peut selon nous se fonder sans ces deux appuis. Seulement académique, elle perdrait sa légitimité conquise au terrain ; seulement empirique, elle ne justifierait plus une réflexion ni un enseignement. La perspective d'une production de connaissance en gestion sur le projet se doit donc, selon nous, d'intégrer ces deux dimensions. Ainsi, dans le cas de la logique de production du projet d'établissement, l'évaluation du projet portera sur sa pertinence vis-à-vis des tutelles, sur ses capacités à assurer la pérennité de l'organisation et à piloter le changement préconisé. Le projet est alors jugé sur sa portée opérationnelle, tant sur le diagnostic initial porté que sur la vision prospective qu'il donne. Mais, dans le cas d'une logique visant à réfléchir sur la connaissance du projet, on s'intéressera non plus au seul résultat final et à sa mise en œuvre, on regardera également les processus et modalités par lesquels les acteurs de l'organisation ont cheminé pour aboutir à ce résultat. Les modes organisationnels et leurs agencements conduisant à la production du projet deviennent les objets ultimes du retour à la pratique.

⁶³ *Id.*

⁶⁴ LE MOIGNE, J.-L., *Théorie du système général*, op. cit.

Si, sur le terrain, processus et production du projet sont indissociables, nous pensons qu'une démarche de recherche doit, au moins en intention, par prudence méthodologique, opérer cette distinction et tenter autant que faire se peut de la réaliser : l'objet projet (comme objet finalisé) ne peut seul nous informer sur le projet qui lui a donné naissance⁶⁵.

Mais, dans le cas du projet d'établissement, projet immatériel s'il en est, (même s'il peut intégrer de fortes dimensions architecturales ou organisationnelles, elles ne constituent pas à proprement parler des finalités du projet), on ne peut partir, comme en architecture par exemple, d'une représentation dessinée du projet et suivre son cheminement avec, dès le départ, une idée relativement précise de l'objet à construire. Le projet d'établissement se joue en environnement et en perspective flous, et c'est pourquoi la réflexion sur le dispositif de formulation et de formalisation de projet est ici impérative : le résultat ne peut garantir à lui seul que c'est le projet de l'établissement qui est produit, et non pas un document standard préformaté. Tous les cas de figure sont donc permis : l'établissement peut partir d'un projet existant, être sans projet, et construire, quelle que soit la situation de départ, un projet appropriable et approprié par les acteurs.

La connaissance sur le projet, dans sa perspective scientifique, s'intéressera donc à la pertinence et la cohérence d'ensemble du dispositif élaboré progressivement. Ce regard sera multiple. Il portera sur la capacité, les potentialités du projet à se réaliser et sur ses modalités de réalisation concrète. Il portera en amont sur le processus émergent / mis en œuvre pour élaborer le projet, dans ses dimensions déterminées, contingentes à un contexte que l'organisation ne maîtrise pas, et, en aval, dans ses dimensions « volontaristes », ses zones perçues de liberté. Plus inscrit dans le registre de l'action que du langage, le projet apparaît alors comme une représentation opératoire d'un futur possible⁶⁶, et ce, dans la mouvance d'une théorisation de l'action à parfaire. Reste à examiner, dès lors, les conditions d'une production de connaissance qui pourrait être associée, dans le cadre d'un dispositif de généralisation, à une « projectique ».

Si la conception, la réalisation, le suivi, l'observation des projets sont largement pratiqués et généralisés aujourd'hui dans les rationalisations productives récentes, sachant qu'ils reposent sur une « mise en œuvre de déséquilibres efficaces », le passage à une « projectique » est, sinon théoriquement moins délicat, plus ambigu, comme le souligne A. d'Iribarne⁶⁷. Il semble que son unité réside plus dans son domaine que dans sa méthode, dans une démarche faisant appel à des approches plurielles sans *a priori*, plus que sur un concept unifié mais univoque. C'est dans ce sens que J.-P. Claveranne parle d'« un espace d'investigation à *n* dimensions que nous appelons projectique, qui se veut — conjecture risquée — un prisme particulier d'observation, une discipline intellectuelle lieu d'une globalité retrouvée plus qu'une discipline autonome et cloisonnée, un lieu de confluence de plusieurs branches de la connaissance... capable de fédérer des approches dispersées et parfois désorientées des chercheurs et des hommes d'action »⁶⁸. Mais « si la projectique peut être un creuset, un carrefour de plusieurs champs disciplinaires, ses fragilités », note-t-il plus loin, « résident dans les points suivants :

- le risque techniciste, réducteur à une forme de gestion des contraintes du temps ;
- le risque de se perdre dans la recherche d'une impossible alliance dans la construction d'un concept unificateur gommant les filiations ;
- le risque d'être un lieu temporaire de rencontres sans réel outillage méthodologique. »

⁶⁵ selon l'expression de BOUDON, P., « Projet architectural et projet architecturologique », in ROPS, *Le projet, un défi nécessaire face à une société sans projet*, Paris, L'Harmattan, 1992, 425 p., pp. 17-31.

⁶⁶ BOUTINET, J.-P., « Les conduites à projet, avatars d'une préoccupation », in ROPS, *Le projet, un défi nécessaire face à une société sans projet*, op. cit., pp. 91-106.

⁶⁷ IRIBARNE (d'), A., « Projectique et reconjonction des savoirs », préface à CLAVERANNE, J.-P., LARRASQUET, J.-M., JAYARATNA, N., *Projectique, à la recherche du sens perdu*, Paris, Economica, 1996, 407 p., pp. IX-XIV.

⁶⁸ CLAVERANNE, J.-P., « Projectique », in CLAVERANNE, J.-P., LARRASQUET, J.-M., JAYARATNA, N., *Projectique, à la recherche du sens perdu*, op. cit., pp. 2-3.

Ainsi, cette approche, semble-t-il plus qu'une discipline (ou alors dans son sens *d'attitude*), pourra être utilisée comme un catalyseur, un prisme jugeant de la pertinence d'un *dispositif* construit dans une discipline scientifique donnée, plus que comme un référentiel *a priori*. L'investigation exige effectivement *dans ce cas* des changements de perspective et de posture réguliers du chercheur, des phases incessantes d'approximation et de questionnement.

J. Girin rappelle ainsi que les chercheurs en gestion ont le rôle de produire des connaissances, « sachant que ces connaissances portent sur une classe particulière de phénomènes dont la première caractéristique est de mettre en jeu des actions »⁶⁹... tout en constatant également que la question se pose de savoir si les connaissances produites sur l'action sont utiles dans l'action, rejoignant ainsi G. de Pourville et E. Minvielle qui, dans le même ouvrage, s'interrogent sur les rapports entre le temps de la science et le temps de l'action.

C'est pourquoi, selon R. Prost, et du point de vue d'un architecte réfléchissant sur l'articulation connaissance/action, la difficulté, nécessaire et urgente toutefois, de repenser un cadre renouvelé de l'action réside dans les capacités :

- des « hommes de science » à effectuer un saut dans le prescriptif pour définir les orientations possibles de l'action, ainsi que leurs modalités procédurales et instrumentales ;
- des « hommes d'action » à construire des outils intellectuels capables de valider la pertinence de l'orientation des pratiques qu'ils adoptent⁷⁰ et de fiabiliser ces mêmes outils.

Cette double idée est présente aussi, mais de façon plus radicale et uniformisante chez D. Khouatra, pour qui on peut parler d'une certaine unité de méthodes *a priori* dans la projectique : « Parce qu'elle comporte à la fois une dimension descriptive et normative, la projectique a l'ambition de devenir une science de/pour l'action. Elle doit aider à une meilleure compréhension de nos sociétés et fournir des outils visant à agir au niveau de la transformation de celles-ci. »⁷¹ Toutefois, il est délicat en l'état actuel de savoir si cette discipline naissante aura les moyens de son ambition, seul le temps étant juge en la matière. En outre, il n'est pas sûr que cette perspective soit seule visée par la projectique ; la gestion, la sociologie semblent également répondre à ces critères, sans toutefois recourir aux mêmes outils.

La notion de projet n'est pas neuve dans de nombreuses disciplines, architecture, génie civil, construction navale, et fait l'objet d'une littérature abondante en gestion, sciences de l'éducation, anthropologie... Elle est devenue également un champ d'action tant pour l'État que pour les entreprises depuis une quinzaine d'années. Le projet s'impose en cette fin de XX^e Siècle comme une méthode de modélisation de la complexité, ainsi que comme un mode de pilotage dans un monde incertain. Cependant, cette unité apparente construite autour d'*un* prétendu problème (une société sans projet, un environnement indéterminé, une incertitude radicale...) masque une diversité issue de la mollesse du concept (qui est aussi une force d'adaptabilité, mais soumet ce dernier au risque de la fugacité) : le projet en effet prône, par objet, une recombinaison des connaissances, tant en nature qu'en statut, par la réarticulation des intentionnalités, des faisabilités, dans un champ de contraintes d'espace-temps, mais, en même temps, perturbe les cadres classiques de l'action, en adjuvant aux règles procédurales présentes des formes de logiques d'action.

Comment, dès lors, penser convenablement un modèle local, fragmentaire, dans une compréhension globale de l'action ?

Notre propos n'est pas ici d'apporter une réponse, mais d'intégrer cette question comme un axe dynamique de notre problématique, sorte de garde-fou du chercheur pour éviter l'un

⁶⁹ GIRIN, J., « Avant-propos », in CHARUE-DUBOC, F. (dir.), *Des savoirs en action*, op. cit.

⁷⁰ PROST, R., « Le contexte d'émergence de la notion de projet à la fin du XX^e Siècle », in CLAVERANNE, J.-P., LARRASQUET, J.-M., JAYARATNA, N., *Projectique, à la recherche du sens perdu*, op. cit., pp. 51-63. Pour une démonstration plus fouillée, on pourra consulter PROST, R. (dir.), *Concevoir, Inventer, Créer. Réflexions sur les pratiques*, Paris, L'Harmattan, 1995, 336 p.

⁷¹ KHOUATRA, D., « La projectique : réflexions épistémologiques », in CLAVERANNE, J.-P., LARRASQUET, J.-M., JAYARATNA, N., *Projectique, à la recherche du sens perdu*, op. cit., pp. 99-108.

ou l'autre écueil. Dès lors, c'est une autre logique en œuvre qui se dessine, en réponse, par un prisme déformant, une logique qui intègre celle du projet mais la dépasse et qui est celle de l'apprentissage organisationnel et de la gestion des savoirs dans l'organisation. Il s'agira alors d'étudier une forme de connaissance en observant / participant à la connaissance produite.

Nous sommes ainsi, par une approche traitant des « prolégomènes de l'action », davantage en mesure d'appréhender la finalité dans le projet, comme « finalité ultime » — non prédéfinie — ou comme « finalité intentionnelle » — et non référentielle —.

On ne peut alors que reprendre le projet de « sciences de l'artificiel » développé par H. Simon à la fin des années 1960, qui a ouvert les portes au constructivisme dans les sciences sociales. Depuis trente ans, les connaissances s'intéressant à l'action se déploient suivant des perspectives multiples où s'imbriquent descriptif et explicatif, prescriptif et normatif.

Cette réinterrogation du couple action-savoir peut se situer dans les postures paradigmatiques suivantes :

- passage d'une observation de situations brutes à un examen des processus et conditions de transformation des états ;
- redécouverte du local et des propriétés de la contextualité ;
- intégration de la rationalité procédurale à la rationalité substantive ;
- réintroduction du téléologique, et son corollaire, la confrontation objectivité/subjectivité de l'acteur ;
- réinstauration des questions relatives à la *praxis*, ou à la *technè*.

Ainsi, « l'acceptabilité et la faisabilité ne sont plus à considérer comme deux problèmes distincts en regard de l'action ; ils sont bien les deux faces inséparables de l'agir, deux faces qui imposent d'articuler le descriptif et le prescriptif, ainsi que le penser et le faire. »⁷² Et c'est justement dans cette dialectique qu'émerge la possibilité d'une production fructueuse en terme de *connaissance praticable*⁷³ par la notion de projet, aboutissant à un processus oscillant entre « modélisation procédurale chemin faisant » et « modèles substantifs ».

L'explicitation de cette modélisation passe par l'exposition de notre méthodologie et de notre terrain de recherche.

⁷² PROST, R., « Le contexte d'émergence de la notion de projet... », art. cit., pp. 54-55.

⁷³ l'expression est d'A. C. Martinet, in « Epistémologie et connaissance praticable ; exigences et vertus de l'indiscipline », Journée d'étude *Quels concepts fédérateurs pour les sciences de gestion ?*, Paris Dauphine, 31 mars 1998.

2. METHODOLOGIE ET TERRAIN DE RECHERCHE

Notre méthodologie repose sur une démarche de recherche-action, que nous expliciterons dans un premier point. Nous verrons ensuite en quoi notre question de recherche s'est articulée à nos terrains.

2.1 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE : POSTURE DE RECHERCHE-ACTION ET CONSEQUENCES POUR LE CADRE D'ANALYSE

Conséquence directe des lignes précédentes, la méthodologie que nous avons tenté d'élaborer ne prétend pas être plus qu'une construction, qu'un artefact modélisant la réalité à laquelle nous nous sommes confronté.

Chercher à préciser ses choix méthodologiques dans le cadre d'une recherche repose sur une préoccupation d'identification de « garde-fous » utiles au déroulement de la recherche. La formalisation d'une méthodologie est pour nous une manière de nous imposer des prises de recul régulières sur le terrain, la méthode d'observation et les résultats produits, afin d'« éviter que l'outil ne se substitue à l'observation, que l'analyse ne porte en elle la mythologie des phénomènes qui n'ont jamais eu lieu que dans l'imagination des chercheurs »⁷⁴.

Dans ce contexte, le cadre et les résultats de l'analyse sont certes primordiaux, mais se trouvent enrichis par les mises en perspective, les formes utilisées par le chercheur dans son travail de synthèse, dans sa prise de recul face à son objet de recherche. La production d'un outil de management est certes une finalité « essentielle » à la discipline de gestion, mais elle ne prend pleinement sa place dans la recherche qu'avec un regard posé sur les limites, les « contenants » de l'outil de management produit, ainsi que sur les interactions produites sur et par l'environnement de l'outil. Nous nous plaçons ainsi délibérément dans une **recherche-action** permanente.

Si pour M. Liu, la recherche-action a pour but de tester des hypothèses selon un protocole précisément explicité⁷⁵, pour M.-J. Avenier et I. Nourry « la finalité d'une action de recherche n'est pas tant de tester dans des situations concrètes des hypothèses constituées au préalable par des chercheurs... [que] de chercher à faire émerger des problématiques nouvelles, de créer des occurrences d'invention, susceptibles d'enrichir chemin faisant les réflexions menées conjointement ou séparément par les chercheurs et les praticiens en présence. »⁷⁶

Plus spécifiquement par rapport au champ des organisations sanitaires, si l'économie de la santé⁷⁷, très majoritaire dans le domaine, s'intéresse au champ hospitalier par des méthodes quasi exclusivement quantitatives, les gestionnaires ont développé des approches prônant le

⁷⁴ BAUMARD, P., *Les organisations déconcertées : la gestion stratégique de la connaissance*, Paris, Masson, 1996, 264 p.

⁷⁵ LIU, M., « Présentation de la recherche-action : définition, déroulement, et résultats », *Revue Internationale de Systémique*, vol.6, n° 4, pp. 293-311.

⁷⁶ AVENIER, M.-J. et NOURRY, I., « Connaissances engendrées dans une « recherche-intervention » : modalités de production et conditions de légitimation », *Actes du colloque Constructivisme et Sciences de gestion*, Lille, 23 oct. 1997, pp. 308-318.

⁷⁷ La domination du champ par des mathématiciens, des économistes ou des médecins statisticiens n'est pas innocente dans la structuration de cette discipline. Pour illustration, on pourra consulter SAILLY, J.-C. et LEBRUN, T. (coord.), *Dix ans d'avancées en économie de la santé*, *Actes des XIX^e Journées des Economistes de la Santé Français*, Paris, John Libbey Eurotext, 1997, 304 p.

pluralisme méthodologique et privilégiant la recherche-action (ou recherche-intervention), les études longitudinales et les études qualitatives. On ne sera donc pas surpris de retrouver, parmi les principaux centres de recherche s'intéressant à la gestion hospitalière, le Centre de Recherche en Gestion de l'École Polytechnique, le Centre de Gestion Scientifique de l'École Nationale des Mines, le Groupe IMAGE de l'École Nationale de la Santé Publique, et le GRAPHOS, du Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé.

Dans ce cadre gestionnaire donné, l'analyse d'une organisation peut privilégier alternativement deux voies. La première consiste à examiner la façon dont les acteurs exploitent leurs marges de libertés dans le cadre de règles du jeu et développent des stratégies, modèlent des systèmes de valeurs ou d'identités. La seconde s'intéresse aux origines et effets de méthodes formalisées destinées à inciter et évaluer le comportement des acteurs, ou à spécifier leurs tâches respectives et à les coordonner. Ces méthodes peuvent être regroupées sous le terme générique d'« instruments de gestion ». Les instruments de gestion recouvrent non seulement tableaux de bord, ratios de production, calculs de coûts et leurs conventions associées, mais aussi les outils de raisonnement stratégique, les modes de classification du personnel, les procédures de reporting, les démarches qualité, les démarches projet, etc.

Dans cette seconde perspective, le CGS de l'École des Mines, ou encore le CRG de l'École Polytechnique, ont exploré largement depuis plus de vingt ans les processus de détermination des comportements des acteurs par les instruments de gestion, en mettant notamment l'accent sur le champ de contraintes du système sur l'acteur, puis sur les systèmes d'évaluation mis en place.

Plus récemment, les travaux de recherche inscrits dans cette perspective ouvrent encore de nombreux champs méritant d'être explorés tant pour la production d'une connaissance que pour l'enrichissement des méthodes d'exploration construites. Les instruments de gestion, leur juxtaposition, leur superposition ont induit des logiques locales de comportement des acteurs qui aboutissent à des incohérences globales non prévues par les concepteurs et porteurs des outils. Si les comportements des acteurs peuvent être révélés par des interviews, le procédé resterait insuffisant pour découvrir les logiques implicites de comportement. Le rapport entre les ordres du discours, des règles et des pratiques manifestent leurs logiques dans l'apparition de résistances ou d'événements inattendus à l'introduction d'un changement dans le système. Le projet d'établissement et le programme de médicalisation du système d'information (PMSI), le développement de la formalisation des pratiques évaluatives peuvent être ainsi analysés comme des dispositifs de gestion qui ont influencé le comportement des acteurs du champ sanitaire français.

Dans le prolongement de cette perspective d'analyse où les changements de contextes modulent les régulations entre acteurs et ouvrent la voie à des innovations de gestion, un instrument de gestion ne peut être analysé sous le seul angle de régulateur des comportements. Il produit également l'émergence de nouvelles fonctions, de nouveaux savoirs et de nouveaux processus d'apprentissages. Il s'agit de rapprocher la production d'outils de gestion de la production des savoirs organisationnels dans leur contexte évolutif.

Ainsi, « cette approche dynamique de l'interaction entre les différents types de savoirs et les instruments de gestion qui structurent les relations entre acteurs dans l'organisation... permettent de retracer, depuis Taylor, des vagues successives de « rationalisation »... »⁷⁸ intégrant discours, règles, et systèmes de légitimité. La santé est un domaine qui présente une instrumentalisation de gestion avec de nombreuses lacunes et qui subit l'irruption de la formalisation ou de la mise en place de nouveaux acteurs chargés de créer et de gérer de nouvelles interfaces entre population, financeurs et prestataires de soins.

Ainsi, le concept de projet d'établissement et ses instrumentalisation peuvent être selon nous analysés sous l'angle des savoirs et des relations entre acteurs, comme le suggère A Hatchuel⁷⁹. Cette perspective dépasse l'explication des logiques d'acteurs par

⁷⁸ CENTRE DE GESTION SCIENTIFIQUE, *La problématique de la recherche*, document CGS/Ecoles des Mines, Paris, 1996, 20 p.

⁷⁹ HATCHUEL, A., « Coordination and Control », *International Encyclopedia of Management*, Thomson Business Press, 1996.

l'opportuniste et la maîtrise de l'information développée par M. Crozier⁸⁰ pour intégrer une « dynamique structurante des savoirs ».

Les choix des principes méthodologiques retenus, leur nature et la manière de les mobiliser constituent la réponse apportée à la question de recherche et permettent ainsi l'intégration des terrains de recherche. Ainsi, cette remarque fondamentale pour notre propos a deux conséquences directes sur le traitement du matériau de recherche.

La première est que, puisque la finalité de la recherche n'est pas superposable à celle du terrain, le contenu de l'objet produit sur le terrain doit être nécessairement contextualisé, et relativisé.

La seconde consiste à retravailler ce matériau par rapport à notre question de recherche. En conséquence, si au cours de nos démarches de terrain nous avons pu adopter une attitude normative car prescriptive, nous nous tenons rigoureusement dans ce travail à une posture descriptive des processus de structuration de l'action⁸¹ auxquels nous avons contribué, en un autre temps.

Cette démarche pourrait donc en apparence relever de l'inductivisme, au moins dans un premier temps. Il ne faudrait cependant pas s'y attarder : la pratique variée que nous avons pu acquérir dans le champ sanitaire a pu nous faire appréhender la richesse des modèles par un décadrage de l'observation *a priori* des situations et nous permettre d'en mieux comprendre l'étendue d'application ou leur pertinence. « Il n'y a pas de faits bruts et tous les faits sont porteurs de théorie. »⁸² Il s'est donc agi, pour tenter de répondre à notre projet de recherche de proposer un modèle de compréhension des logiques en œuvre autour du projet d'établissement, qui correspond à ce que J.-L. Le Moigne nomme « le projet du modélisateur ».

Nous nous positionnons dans une perspective constructiviste, reconnue en sciences de gestion, notamment en France. Suivant E. von Glasersfeld, les modèles et concepts produits sont des outils permettant d'élaborer, de faire évoluer des convictions, d'explicitier et de dialoguer sur les fondements de ces convictions, qu'elle soient issues des pratiques ou des concepts eux-mêmes⁸³. Notre démarche est donc de nature heuristique, ce qui nous a autorisé à avancer dans les lignes précédentes l'idée d'une recherche-action permanente.

F. Wacheux⁸⁴ résume les différentes possibilités d'observation systématique auxquelles nous avons tenté de nous conformer :

Tableau 3 : Les possibilités d'observation dans une démarche qualitative

L'observation	L'attention	Le motif
Prendre note des	Par une focalisation sur les	Pour comprendre le réseau social

⁸⁰ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977, 504 p.

⁸¹ donc également prescriptive, mais par rapport au projet de recherche, et non plus au projet d'intervention.

⁸² BLAUG, M., *La méthodologie économique*, Paris, Economica, 1982, 259 p., p. 14.

⁸³ GLASERSFELD (von), E., « Pour un constructivisme radical », in WATZLAWICK, P. (dir.), *L'invention de la réalité*, Paris, Le Seuil, 1988, 374 p. Pour un constructivisme appliqué aux sciences de gestion : MARTINET, A.-C., *Epistémologies et sciences de gestion*, op. cit.

⁸⁴ WACHEUX, F., « Intuition, Compréhension, Démonstration : La figuration d'un processus de recherche constructiviste », *Actes du colloque Constructivisme et Sciences de gestion*, Lille, 23 oct. 1997, pp. 282-294.

conversations	interactions	
Observer les événements	Par une attention soutenue et un regard empathique	Pour comprendre le contexte et les représentations
Provoquer des informations	En sollicitant les acteurs et en analysant les traces organisationnelles	Pour comprendre l'histoire, les formes idéelles de l'organisation
Être attentif à ses ressentis	Par une écoute des résonances internes aux événements vécus	Pour construire une représentation du contexte

L'analyse s'opère par la suite par une *triangulation* des données.

Pour A. Mucchielli⁸⁵, on peut énumérer cinq critères de validation, pour toute méthode « qualitative » :

- l'acceptation interne par les acteurs ou le groupe de l'organisation qui a participé à la recherche,
- la complétude, qui correspond à une présentation cohérente des résultats ;
- la saturation, qui apparaît au moment où les données recueillies semblent ne plus être nouvelles ;
- la cohérence interne, qui postule une cohérence des conduites et des pensées des hommes et des groupes ;
- la confirmation externe, qui concerne l'adhésion et la confirmation des résultats par la communauté scientifique.

Si les principes généraux énoncés ci-dessus semblent constituer une base intéressante, nous en nuancerons toutefois certains points pour notre propos. Ainsi, l'acceptation interne est tout à fait nécessaire par rapport à la finalité de la demande issue du terrain. L'accord de l'organisation doit être certes requis sur la présence des chercheurs, mais pas nécessairement sur l'ensemble des résultats produits dans la perspective de la recherche. De même, la saturation, qui semble *a priori* un critère acceptable, n'est pas sans poser de problème dans un dispositif de recherche-action. Enfin, la cohérence interne doit être relativisée par rapport à la *localité* et à la *variabilité* des acteurs en fonction de la spécificité de chaque situation, comme l'a montré l'analyse stratégique de M. Crozier et E. Friedberg⁸⁶.

En conséquence, la recherche doit s'appuyer et se fonder sur des demandes du terrain, mais doit aussi pouvoir les faire évoluer au fur et à mesure de sa progression, en remettant en cause les représentations initiales dans le cadre d'une démarche maïeutique⁸⁷. Elle dépasse donc les démarches d'audit ou d'expertise, pratiquées de façon conjoncturelle dans les organisations. L'intervention ne se prétend pas pour autant dotée d'un « regard neutre » mythique⁸⁸. Il s'agit, bien au contraire, d'explicitier le cadre théorique de chaque intervention réalisée. Car si rien ne peut être présupposé sur le contenu des résultats de la recherche, la construction permanente de l'objet de recherche peut s'appuyer sur des référents conceptuels visant à maintenir le chercheur dans une position de recul et de questionnement permanents. C'est ce que nous allons aborder dans le point suivant.

2.2 LE MATERIAU EN CONSTRUCTION : L'ARTICULATION DES TERRAINS ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Dans le cadre des mutations du projet d'établissement au cours de ces dix dernières années, le GRAPHOS s'est inscrit dans ces « vagues de rationalisation » du champ sanitaire

⁸⁵ MUCCHIELLI, A., *Les méthodes qualitatives*, Paris, P.U.F Que sais-je, 1991, pp. 111-118.

⁸⁶ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, op. cit., et FRIEDBERG, E., *Le pouvoir et la règle*, Paris, Le Seuil, 1993, 414 p.

⁸⁷ selon l'expression de M. BERRY, « Logique de la connaissance et logique de l'action », art. cit., p. 194.

⁸⁸ CENTRE DE GESTION SCIENTIFIQUE, *La problématique de la recherche*, op. cit.

dès ses débuts. Cela nous a permis de constituer un matériau original et riche en monographies, et ce, depuis 1990.

Notre démarche a consisté à suivre plusieurs projets d'établissement au cours des périodes définies précédemment pilotées dans le cadre du laboratoire. Ce suivi s'est fait de façon indirecte pour certains, sur la première période. Nous avons disposé du matériau de recherche collecté par notre laboratoire au cours de cette période. Ce matériau est présent sous la forme des projets eux-mêmes, mais aussi des comptes rendus de réunion, de grilles, etc. pour les supports écrits, ainsi que de la présence de chercheurs participant à la conduite de ces premiers projets, qui peuvent influencer la genèse des suivants, avec le risque toutefois bien connu de relecture des faits passés avec un regard du présent. Nous avons donc privilégié au cours de cette période les traces écrites des projets.

Le travail amont de documentation nous a amené à lire et synthétiser l'ensemble de la littérature professionnelle sanitaire française traitant des projets d'établissements sur ces quinze dernières années, ainsi que l'ensemble des textes de loi traitant précisément du sujet depuis 1970. Nous avons également analysé la méthodologie suivie dans plus de quarante projets d'établissements sanitaires de court et moyen séjour sur la période 1989-1998. La préparation de l'accompagnement des projets s'est également doublée d'une analyse approfondie des modes de régulation sanitaire nationaux et régionaux et de leur influence dans la construction du projet d'établissement. Nous avons poursuivi notre analyse dans l'examen des dispositifs et outils gestionnaires conditionnant la structuration d'un projet d'établissement.

Nous avons ensuite participé à quatre accompagnements complets de projets d'établissements et à six applications spécifiques « gestionnaires » du projet. Les travaux qui sont intégrés directement et de façon conséquente dans notre travail sont en grisé foncé, ceux dont une partie s'insère dans notre travail sont en grisé clair. Les autres sont cités car ils ont participé à la construction de notre compréhension de l'ensemble du champ sanitaire. Évidemment, les durées répertoriées n'indiquent pas une présence effective sur le site, mais la durée de l'étude elle-même. Ainsi, au cours de certaines périodes, nous avons privilégié alternativement certains terrains en fonction de leur rythme d'avancée, tout en suivant l'évolution des autres structures.

Tableau 4 : Expérimentations *in situ*

<i>Thèmes des interventions</i>	<i>Site</i>	<i>Date de début et Durée</i>	<i>Matériau obtenu</i>	<i>Perspective de recherche</i>	<i>Localisation</i>
Reconfiguration Projet d'établissement	Union des cliniques de St-Firmin* (Rhône-Alpes)	juin 1996 — 3 mois	Étude des représentations du projet par rapport aux indicateurs utilisés	Conditionnement de la représentation par l'outil	1re partie, 2e sous partie, chap. 2

Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation

Projet d'établissement — Contrat d'objectifs et de moyens	Hôpital Rive Gauche* (Rhône-Alpes)	1996-1997 — 18 mois	Projet d'établissement, Positionnement stratégique, groupes de travail, production d'un contrat d'objectifs et de moyens	Étude de l'influence de la contrainte extérieure et de la volonté des acteurs dans le pilotage du changement. Facteurs d'innovation	2e partie, 1re sous partie, chap. 2
Projet d'établissement	Clinique de la source* (Rhône-Alpes)	janv. 1998 — 8 mois	Projet d'établissement, Positionnement stratégique, groupes de travail, production d'un tableau de bord des activités par service	Étude de l'appropriation progressive du projet, Influence des processus gestionnaires dans les modes d'action des médecins et soignants	2e partie, 1re sous partie, chap. 2, 2e sous partie, chap. 1
Prolongement du Projet d'établissement : Étude gestion par processus	Centre Raoul Follereau* (Rhône-Alpes)	1996-1997 — 6 mois	Modélisation des prises en charge par les processus. Quantification des flux	Pilotage par les processus	2e partie, 2e sous partie, chap. 2
Analyse des processus	Clinique privée La Cochinchine* (Rhône-Alpes)	juil. 1997 — 8 mois	Modélisation des prises en charge par les processus dans un service de réanimation	Caractérisation de la production hospitalière, analyse du fonctionnement d'un service	2e partie, 1re sous partie, chap. 1, 2e sous partie, chap. 2
Gestion des consommables	Clinique privée Ste Paule* (Rhône-Alpes)	avril 1998 — 3 mois	Reconfiguration de la gestion des consommables médicaux, réduction des coûts du poste de 30 %	Processus de décentrement dans la conduite de la recherche	Méthodologie
Projet d'établissement	Centre hospitalier du Viognier* (Rhône-Alpes)	janv. 1996 — 4 mois	Projet d'établissement d'une structure en grande difficulté	Difficulté des acteurs à construire un projet commun, nature des relations "professionnelles", impasse d'un établissement sinistré	1re partie, 2e sous partie, chap. 2
Formalisation des prises en charge/qualité des soins	Hôpitaux cantonaux de Lausanne, CHU de Genève	nov. 1997 — 3 mois	Formalisation des processus de soins à partir de critères qualité en services de réanimation	Influence des outils sur l'évaluation, la comparaison et le changement des pratiques de soins dans des services	2e partie, 2e sous partie, chap. 2
Opérationnalisation du projet d'établissement	Clinique mutualiste Eugène André (Lyon)	jan 1996 — 3 mois	Modélisation des processus de prise en charge des cancers du sein et du colon	Théorisation d'une gestion anticipée de la production des soins, théorisation de la prise en charge globale	2e partie, 1re sous partie, chap. 1 et 2e sous partie, chap. 2
Étude gestion par processus	Établissement de soins de suite de Morancé (Rhône)	1994-1996 — 18 mois	Modélisation des prises en charge par les processus dans un centre de soins de suite	Application de la gestion par les processus à un établissement sanitaire. Limites des représentations	2e partie, 2e sous partie, chap. 2

* anonymisé.

Projet d'établissement Pilotage par les processus	Association des Hauts Pics* (Rhône-Alpes)	1997-1998 — 12 mois	Modélisation des prises en charges par les processus dans un centre de soins de suite, opérationnalisation, constitution de tableaux de bord, contractualisation en réseau	Application de la gestion par les processus à un établissement sanitaire. Construction d'indicateurs	2e partie, 1re sous partie chap. 1, 2e sous partie, chap. 2
Étude de fusion des deux centres	Centres hospitaliers de Belfort et Montbéliard (Franche- Comté)	juin 1997 — 1 mois	Analyse des conditions de rapprochement de deux centres hospitaliers d'un budget de 500 MF chacun	Analyse des logiques de fonctionnement institutionnelles et administratives	1re partie, 2e sous partie
Audit organisationnel	Centre hospitalier de Champagnac* (Franche- Comté)	nov. 1997 — 1 mois	Reconfiguration des activités et des modes d'organisation du site	Analyse d'un établissement en situation d'anomie dans un contexte pourtant favorable à son développement	1re partie, 2e sous partie

Les terrains présentés ici sont issus à la fois du secteur privé à but lucratif (Clinique La Cochinchine*, Clinique Ste-Paule*), du secteur public (Centre hospitalier du Viognier*, Hôpitaux cantonaux de Lausanne, CHU de Genève, Centres hospitaliers de Belfort et Montbéliard, Centre hospitalier de Champagnac*), et du secteur privé non lucratif participant aux missions de service public (Union des cliniques de St-Firmin*, Hôpital Rive gauche*, Clinique de la Source*, Centre Raoul Follereau*, Clinique mutualiste Eugène André, Établissement de Morancé, Association des Hauts Pics*). On voit donc que nos terrains sont dominés, quantitativement et qualitativement, par des structures privées à but non lucratif participant à la mission de service public hospitalier (PSPH). Ces structures sont donc sous la double contrainte d'une rentabilité économique (structures privées) et de la mission de service public (choix des activités réglementées, service minimal à assurer, allocations et contraintes budgétaires semblables au secteur public).

Notre attention particulière portée sur les établissements privés PSPH réside dans le fait que leurs spécificités leur donnent un caractère potentiellement révélateur, que nous considérons comme des « traceurs » à suivre qui nous semblent appropriés. Si un type d'établissement se présente comme un nœud gordien, un « champ de contradictions (entre termes de contraintes supérieures et/ou degrés de libertés supérieurs) » plus net que le public ou le privé, une analyse longitudinale de ces organismes se justifie par une certaine efficacité méthodologique, et ce d'autant plus qu'une organisation est davantage révélatrice de ces processus : le fait d'être sous la contrainte du privé et du public confère à ces établissements une situation singulière qui les a conduits à anticiper les nouvelles formes de régulation sanitaire. Cette double contrainte a donc été une sorte de catalyseur, permettant de renforcer la validité de nos matériaux et la pertinence de nos études par-delà une période relativement courte de suivi et d'observation.

Plus précisément, l'Hôpital Rive Gauche* et la Clinique de la Source*, qui sont les terrains les plus exploités dans ce travail, ont été suivis précisément dans la conduite de la formulation et de l'instrumentalisation du projet d'établissement. Les matériaux recueillis illustreront comment le projet d'établissement est en interrelation avec la stratégie de l'établissement, et notamment, comment des organisations défavorisées d'un point de vue budgétaire en région Rhône-Alpes ont pu se projeter, comme entités singulières, dans une place tout aussi singulière dans l'offre de soins et réussir la logique du projet jusqu'à la contractualisation (Rive Gauche*) ou jusque dans le pilotage de ses activités (La Source*). Dans le second cas, on verra notamment l'influence du système d'information médico-économique dans la structuration du projet d'établissement. Cette présentation sera illustrée *a*

* anonymisé

contrario par d'autres expériences réalisées en France dont nous avons entrepris l'analyse critique.

D'autres terrains ont été sollicités dans notre travail, mais de façon plus spécifique. Le Centre de réadaptation des Hauts Pics* est illustratif de la déclinaison du projet d'établissement en processus formalisés de prise en charge. La formalisation des processus de prise en charge a nécessité un cheminement préalable, une préparation qu'il nous a semblé utile de présenter ici : connaissance de la production hospitalière (Clinique La Cochin*), puis modélisation d'un processus de prise en charge (Clinique Eugène André, Centre Raoul Follereau*). On verra également en quoi les outils d'évaluation des prises en charge ne peuvent générer des effets structurants qu'accompagnés d'un processus d'évaluation des outils (Clinique de la Source*, Hôpitaux cantonaux de Lausanne et CHU de Genève).

D'autres études répertoriées précédemment nous ont permis d'identifier les logiques institutionnelles (Centre hospitalier du Viognier*, Centres hospitaliers de Belfort et Montbéliard, Centre hospitalier de Champagnac*) et leur influence sur le projet d'établissement (Union des Cliniques de St-Firmin*). Enfin, nous citons dans notre méthodologie notre étude à la Clinique Ste-Paule* en illustration du décentrement des investigations du chercheur par rapport à la demande initiale formulée par le terrain.

Après cette présentation des terrains est présenté le pilotage du dispositif de recherche.

2.2.1 Le pilotage du dispositif

Pour s'assurer le contrôle du dispositif de recherche-action, nous avons construit systématiquement, pour chaque terrain, deux groupes auxquels chercheurs et praticiens ont pu appartenir. Il s'agit du groupe de pilotage et du groupe recherche⁸⁹. Si ces deux groupes sont constitués d'un même « noyau dur » (souvent 3 chercheurs et 2 praticiens), la présence de chercheurs ou de praticiens n'est pas nécessairement liée à la finalité du groupe.

2.2.1.1 La définition de la recherche ou l'accord préalable

La négociation d'une recherche est d'autant plus délicate en recherche-action qu'elle s'inscrit, à la base, dans une demande du terrain. L'appel d'une organisation à un intervenant extérieur n'est pas « naturel ». Le plus souvent, la demande diverge du diagnostic initial posé par le demandeur, et le premier travail du chercheur est de reconsidérer et réexaminer le besoin au delà de la demande⁹⁰. Cette demande diverge du besoin pour des raisons liées au demandeur, gêné par le quotidien ou le problème apparent, mais surtout par *l'indicible* de sa demande qu'il convient d'interpréter.

Ainsi, dans le cadre de notre laboratoire d'accueil, nous sommes intervenu en 1997 à la demande du directeur d'une agence publique afin « de construire un guide d'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux locaux de la région », question on ne peut plus vaste et prêtant à confusion. Or, une des missions essentielles de cette agence consistait en l'allocation des budgets des structures de soins. En filigrane de la formulation de la demande était posée la question de l'efficacité des structures, mais ce discours ne pouvait être recevable au moment des réformes de ce secteur. Il s'est ainsi agi de recadrer la demande, en articulant la nécessité de la localité de l'offre (perçue comme un critère de qualité pour la population), un niveau minimal de sécurité pour la réalisation des soins (qualité minimale intrinsèque de la prestation), et un coût pour la région qui soit *acceptable* en intégrant les deux précédents critères : « C'est alors en débordant sa mission initiale, en

⁸⁹ La notion de groupe de pilotage n'est pas sans rappeler ce que J. Girin nomme « l'instance de gestion » et celle de groupe recherche « l'instance de contrôle » : GIRIN, J., « L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations », Communication à la Journée d'étude *La recherche-action en action et en question*, AFCET, Collège de systémique, Ecole Centrale de Paris, 10 mars 1989, 11 p.

⁹⁰ Cf. BENGHOZI, P.-J., « La négociation d'une recherche : une étape clé dans la méthodologie d'intervention », *Economies et Sociétés série Sciences de gestion*, n° 15, mai 1990, pp.195-209.

reformulant le problème de façon plus large qu'un intervenant extérieur peut être le plus utile et qu'il apprendra lui-même le plus de choses sur le fonctionnement de l'organisation. »⁹¹

De même, dans le cas d'une étude sur la gestion des consommables médicaux⁹², la demande initiale qui consistait à « trouver les causes des dérapages des consommables à partir des pratiques médicales » (dont le seul intitulé aurait suffi à nous bloquer immédiatement l'accès au terrain) a été transformée en une évaluation de la cohérence et de la pertinence du système d'information de gestion. L'observation élargie sur le site (alors que la demande initiale consistait à analyser les documents comptables) a permis rapidement de mettre en évidence un manque de coordination et d'anticipation organisationnelles, et le fait que le système d'information assurait la traçabilité de 5 % seulement des consommables. La recherche s'est donc recentrée sur la reconfiguration organisationnelle et informationnelle de la pharmacie, de la comptabilité achats et du bloc opératoire. Trois mois après l'étude, le poste « consommables » avait diminué de 30 % en valeur.

Toutefois, malgré l'accord préalable, la définition de la recherche s'articule dans une dialectique permanente entre finalité des praticiens et finalité des chercheurs, aux temporalités, rythmes et exigences différents, qu'il convient de préciser.

2.2.1.2 La constitution des groupes de pilotage et de recherche

- La constitution d'un groupe de pilotage : plus qu'une finalité organisationnelle

La demande d'intervention de l'organisation s'inscrit dans des échéances spécifiques qu'il est parfois délicat de vouloir tenir dans un dispositif de recherche. Le chercheur doit alors tenter d'« arbitrer » entre ses préoccupations et celles du terrain. L'accompagnement de la réalisation de projets d'établissement, s'il ne peut s'envisager dans une durée inférieure à trois mois, dépasse cependant rarement huit mois de collaboration intense. Il n'empêche qu'un suivi ponctuel et régulier peut être réalisé entre deux interventions, qui permet alors de fournir à la préoccupation de recherche les articulations nécessaires aux temps des interventions sur le terrain. Ainsi, pour trois établissements étudiés dans ce travail, les projets d'établissement initiaux qui dataient de 1992 et 1993 et que le laboratoire avait déjà accompagnés, ont été repris dans leurs prolongements ou diagnostic à mi-parcours, en 1996, 1997 et 1998. Un autre s'est réalisé au début de l'année 1997, et son opérationnalisation s'est poursuivie au cours du premier semestre 1998.

C'est pourquoi la constitution d'un groupe de pilotage offre au chercheur plus qu'une finalité opérationnelle. Un principe fort guide son fonctionnement, au-delà du suivi de la réalisation de la mission : l'explication de la méthode associée à la finalité de l'organisation. Le groupe a une vocation d'abord opérationnelle, qui, conjointement, vient renforcer la problématique initiale : il s'assure de l'organisation de la démarche, de sa planification, puis, comme garant des résultats produits, il peut conduire à repreciser la commande.

- La constitution du groupe recherche : sa finalité scientifique, sa composante institutionnelle

La demande des chercheurs n'est évidemment pas superposable à celle de l'organisation. Pour notre part, elle consiste à percevoir en quoi un concept-objet structuré au fil du temps, le projet d'établissement, pouvait servir de ferment à la structuration de l'action dans l'organisation, notamment à travers l'utilisation, la construction, l'appropriation d'outils gestionnaires. Notre questionnement s'insère donc dans une problématique plus large, qui est celle des interactions entre rationalité procédurale et rationalité substantive dans des organisations, où, historiquement et classiquement, peu de marges de liberté étaient censées exister.

⁹¹ BERRY, M., « Logique de la connaissance et logique de l'action, Réflexions à partir de l'expérience des recherches en gestion menées à l'Ecole des Mines de Paris et à l'Ecole polytechnique », in AUDET, M., MALOUIN, J.-L. (eds.), *La production des connaissances scientifiques de l'administration*, Laval, Presses de l'Université Laval, 1986, pp. 181-231, p. 193.

⁹² Clinique Sainte-Paule*.

Notre finalité de quête scientifique a toujours été clairement précisée aux directions des établissements impliqués.

La temporalité de la recherche est radicalement différente de celle de l'organisation. Nous avons ainsi pu suivre régulièrement et personnellement l'évolution de deux établissements pendant deux années, sachant que nous disposions de matériaux issus d'interventions de notre laboratoire pour ces mêmes terrains depuis 1992. De même, sur les quatre projets suivis exhaustivement, nous avons pu accompagner deux établissements dans la définition de leur projet, puis dans son opérationnalisation, soit par le contrat d'objectif, soit par la gestion des processus, sur une période allant de 6 mois à un an après la définition du projet d'établissement. Enfin, nous avons participé à la reformulation d'un projet à mi-parcours, projet qui avait été accompagné par notre laboratoire en 1994.

Toutefois, compte tenu de nos thèmes d'intervention (élaboration de projets d'établissement, de contrats d'objectifs, formalisation de la stratégie), une confidentialité minimale a dû être garantie, les périodes de recherches étant encore récentes. Nous présenterons donc, quand leur intérêt l'exige, des terrains et des noms anonymisés, sans toutefois en changer les lieux, ni les dates, ni les données originelles.

2.2.1.3 *Le contrôle de la démarche*

- La démarche générale : les « aller et retour » entre le terrain et le laboratoire

Toute recherche conduite a été systématiquement réalisée en immersion dans le terrain pendant une période donnée, à partir d'une étude documentaire fournie pour intégrer dès l'abord des faits les données de base (nombre de lits, spécialités, masses budgétaires...). L'accompagnement des projets d'établissement est scandé par des rythmes fluctuants selon les moments du projet. Au démarrage du projet, l'étude et la méthode sont présentées en assemblée plénière, des groupes de travail sont ensuite constitués et pilotés indépendamment les uns des autres. La phase de démarrage peut être plus ou moins longue et recourir à des dispositifs variés pour le lancement du projet, en fonction du climat organisationnel. Ainsi, pour un établissement déjà avancé et sensibilisé à la démarche, le chef du projet « Twingo » de Renault a été convié à une réunion du personnel d'un établissement, afin qu'il décrive le processus par lequel il a conduit la conception de cette voiture révolutionnaire. Pour un autre, en situation de blocage complet entre médecins et direction, et médecins et chirurgiens, nous avons procédé par le récit d'une tragédie cornélienne. Dans les deux cas, le « décadrement » par rapport au vécu ressenti était nécessaire, mais l'outil divergeait. En parallèle, des missions ponctuelles sont confiées à certains membres de l'organisation.

Afin de croiser les regards, nous pratiquons des enquêtes auprès de l'ensemble du personnel et d'un échantillon de patients. Nous rencontrons systématiquement les organismes de tutelle de l'établissement, ses prescripteurs principaux, et parfois ses concurrents quand cela est possible. Nous pratiquons également une visite détaillée des bâtiments, ainsi qu'une analyse de l'architecture. Nous suivons certains patients dans leurs trajectoires. Enfin, nous croisons les *a priori* issus du terrain avec les informations modélisant l'activité de la structure.

Cette démarche peut, dans sa présentation, sembler linéaire. Elle est en fait régulière, mais ponctuée par des mises en commun et des formalisations des données recueillies au laboratoire même. Ainsi, nous procédons, systématiquement après chaque visite à un processus de décentrement / recentrement permettant de contextualiser l'information collectée et de valider l'avancée de l'étude.

Dès lors, il est difficile de parler « d'information de seconde main », dans la mesure où nous sommes présents, dans le cadre de notre recherche, sur le terrain dès l'initiation de l'expérimentation, depuis les premiers contacts, la négociation du contrat jusqu'à l'accompagnement après la réalisation du projet. En revanche, nous avons eu recours à l'exploitation de documents antérieurs à nos interventions (projets d'établissement et leurs ébauches, par exemple) ou à des entretiens avec les chercheurs ayant réalisé d'anciens dispositifs de recherche dans ces structures *par rapport* à notre question présente. L'information finalisée issue du passé a pu être ainsi également relativisée et contextualisée.

- La démarche spécifique, ou la collecte du matériau de recherche

Dans l'accompagnement du projet d'établissement, notre méthodologie *a priori* n'est pas rigide, mais se trouve constituée d'un canevas adaptable « chemin faisant ». Nous aurons l'occasion plus loin d'en présenter un exemple.

Les dispositifs de collecte d'information sont composés d'entretiens libres (exploratoires), d'entretiens semi-directifs (degré de perception de l'environnement sanitaire et de l'organisation), de questionnaires auprès des malades et du personnel, d'observation participante aux réunions. Les entretiens peuvent être individuels ou collectifs.

Toute intervention est réalisée au moins en binôme, ce qui permet la retranscription systématique des réunions, tant sur leur forme que sur leur contenu. Nous n'enregistrons ni ne filmons pas, car nous avons pu constater le rôle inhibiteurs des appareils enregistreurs, même s'ils présentent l'avantage de restitutions plus complètes que la prise de note.

Les réunions font l'objet de deux types de comptes rendus écrits. Les premiers, synthétiques, reprennent les points de fond, les éléments traités et à traiter, l'échéancier du travail du groupe. Ils sont destinés au groupe de pilotage ou aux groupes de travail. Les seconds, destinés aux chercheurs, intègrent le fond des premiers auquel sont adjointes des remarques de forme, de climat, d'expressions utilisées, des non-dits...

- Questions de transferts et contre-transferts

Les images envoyées par les chercheurs et l'institution ne sont pas neutres dans le déroulement de la recherche, et, à défaut de pouvoir les neutraliser, les chercheurs doivent rester conscient de l'influence des intervenants dans la structuration du dispositif de recherche.

Nos recherches-action dans le cadre d'une unité mixte de recherche associée au CNRS ont présenté plusieurs avantages. Dans le milieu sanitaire, la caution scientifique des intervenants est un gage de désintéressement et de neutralité relatifs (même si ces derniers sont apparents, au mieux se limitent-ils à l'intérêt de la recherche). En outre, le fait d'associer les établissements à des questions de recherche d'actualité pour les acteurs du champ sanitaire (critères d'évaluation, d'accréditation des soins, d'efficacité de la structure) est un facteur valorisant à la fois pour la structure et pour le chercheur, tel l'accompagnement du premier contrat d'objectifs et de moyens réalisé dans la région Rhône-Alpes ou de la définition du Schéma d'organisation sanitaire de la région.

L'image de l'institution à laquelle appartient le chercheur est donc à prendre en compte, ainsi que l'image propre du chercheur⁹³. Le rôle de notre laboratoire dans l'élaboration de la planification sanitaire régionale a été également un point important dans la crédibilité des chercheurs au sujet de la présentation des enjeux.

Il faut prendre en compte également le fait que le chercheur puisse être lui-même influencé par les relations qu'il noue sur le terrain.⁹⁴ En effet, le fait d'accompagner une structure sur plusieurs mois, voire plusieurs années, peut conduire le chercheur, à terme, à voir les problèmes internes de l'organisation sous un angle peu renouvelé. Nous avons essayé de parer ce danger en procédant au renouvellement régulier d'un chercheur sur le terrain, en s'assurant ainsi de la présence régulière d'un « œil neuf ».

Plus généralement, nous avons pu constater que la théorie légitime l'intervention en situation d'exploration en fournissant des cadres d'interprétation de la réalité perçue et, réciproquement, la pratique du terrain légitime, dans le processus de restitution de l'information, la connaissance produite, en remettant souvent en cause les schémas et modèles initiaux.

Il s'agit d'aborder maintenant les limites du dispositif.

⁹³ BERRY, M., « Logique de la connaissance et logique de l'action... », art. cit., p. 201.

⁹⁴ Sur la question du contre-transfert : DEVEREUX, G., *De l'angoisse à la méthode*, Paris, Flammarion, 1980, 474 p.

2.2.2 Les limites du dispositif : les possibilités de généralisation

A partir du moment où notre recherche peut être qualifiée « d'intensive »⁹⁵, la connaissance produite permet de dégager des *profils* permettant la compréhension des logiques d'action dans *des organisations*⁹⁶.

Dès lors c'est la question de la généralisation de notre analyse qui mériterait de poursuivre ces travaux, et dont il convient de préciser dès à présent le champ des possibles. Cette généralisation peut être limitée par plusieurs facteurs, notamment :

- le champ sanitaire régional : nos terrains sont situés exclusivement dans deux régions (Rhône-Alpes et Franche-Comté, avec une prédominance très nette de Rhône-Alpes). Or, le rôle de la planification sanitaire en France est déterminant (et déterminé) principalement au niveau de chaque région, chacune d'elle décidant de ses priorités ;

- la nature des structures étudiées : nos terrains sont pour l'essentiel constitués de structures privées à but non lucratif rattachées au service public hospitalier. Toutefois, nous avons pu constater en quoi elles divergeaient de l'hôpital public, notamment dans leur capacité à appréhender leur environnement et dans leur rapidité de mobilisation ;

- la taille des terrains : nous avons privilégié des structures de taille moyenne. La variété des établissements de soins est notoire, et les études gestionnaires privilégient souvent de grosses structures (CHU⁹⁷) à l'inertie importante, et aux résultats moins convaincants ;

- la personnalité des acteurs des structures : certains de nos terrains ont bénéficié de personnalités originales dans le champ des professionnels de la santé, tant médecins que cadres infirmiers ou administratifs, qui ont eu une attitude double, à la fois médicale et gestionnaire. Ils ont pu influencer à leur manière le déroulement des projets.

Ces conditions expérimentales, toutefois, ne nous semblent pas réductrices du champ de notre travail. En effet, ce n'est pas tant le contenu de la contrainte sanitaire qui importe dans la régulation hospitalière, que la *manifestation* et le *dispositif* de construction et de déploiement des priorités sanitaires. A ce titre, notre intérêt porte sur le processus de construction de la cohérence du projet de l'établissement dans un dispositif global, transitif, constitutif de la (ré) appropriation du projet et sa mise en œuvre.

Sur la nature des structures étudiées, nous avons précédemment expliqué notre choix, privilégiant la multiplication des contraintes sur un type donné de structure en les considérant comme un catalyseur nécessaire à l'*expression* du projet. La taille des terrains se justifie également pour des questions d'efficacité méthodologique. En effet, nous n'avons pas pu encore rendre compte d'expérimentations à long terme (au moins dix ans), que nécessiteraient pourtant des structures importantes tels les CHU ou les grands groupes hospitaliers comme l'Assistance Publique de Paris, les Hospices Civils de Lyon, l'Assistance Publique de Marseille... En outre, nous ne sommes pas convaincu que la personnalité des acteurs ait eu un rôle structurant fondamental. Nous pensons que le contexte lié conjointement au champ sanitaire et à l'établissement a permis à ces personnalités de s'exprimer, de se saisir du projet naissant, puis de le porter, et que ces individualités, si elles ont su se saisir du projet, ont permis l'émergence du projet comme déclencheur du processus.

Enfin, nous pensons que si le dispositif n'était pas généralisable en termes de résultats ou de reproductibilité, le cadre d'analyse lui-même, la méthodologie d'accompagnement du terrain, la réflexion sur les interactions entre finalités, contextes et outils, la génération d'une rationalité substantive à partir de dispositifs procéduraux sont tout à fait transposables à tout type d'organisation.

⁹⁵ au sens de GRAWITZ, M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1996 (10^e éd.), 920 p.

⁹⁶ BRABET, J., « Faut-il encore parler d'approche qualitative et d'approche quantitative ? », *Recherche et Applications en marketing*, vol. 3, n° 1, 1988, pp. 75-89.

⁹⁷ Centre Hospitalo-Universitaire.

3. PLAN DE LA THESE

Notre travail est structuré en deux parties.

Dans la première partie, *La formalisation du concept : le projet d'établissement entre régulation sanitaire et gestion de l'hôpital*, nous retraçons les cheminements du concept, aux origines et sens multiples, et ses interactions avec les formes de régulation sanitaire. L'approche est résolument externe et propose une analyse du projet d'établissement avec son environnement institutionnel.

Cette partie est structurée en deux sous parties.

L'objectif de la première sous partie, *Les origines du concept : une lente gestation (1970-1995)*, est de montrer pourquoi et comment le concept de projet a investi progressivement le champ sanitaire et l'hôpital, puis comment il s'est progressivement formalisé, tout en notant que le dispositif de régulation est encore parcellaire.

Deux chapitres constituent cette première sous partie.

Le chapitre 1 analyse la littérature traitant des concepts de projet et de projet d'établissement. Il traite des interactions du projet avec d'autres concepts et d'autres champs.

Le chapitre 2 modélise les interactions entre régulation sanitaire (externe) et projet d'établissement. Après une approche historique touchant à la planification sanitaire, nous montrons les liaisons visibles, officielles entre planification sanitaire et projet d'établissement. Puis, dans un second temps, nous montrons en quoi et comment le projet d'établissement et le schéma d'organisation sanitaire (SROS) se co-construisent et se reconstruisent. Le chapitre s'achève sur une illustration d'une régulation partielle à partir des outils existants et des disjonctions entre les représentations autour d'un projet d'établissement.

La seconde sous partie, *La dynamique du concept : la métabolisation de référentiels globaux par le projet d'établissement (depuis 1996)*, est synchronique. Elle présente le projet d'établissement et les outils permettant son instrumentalisation. Son objectif est de montrer « la nouvelle donne », les nouvelles règles du jeu, et en quoi elles jouent avec le projet d'établissement.

En introduction est présenté le nouveau cadre de régulation, la réforme de 1996.

Deux chapitres constituent alors cette deuxième sous partie.

Le chapitre 1 traite de la possibilité de comparer les établissements par la généralisation de l'information. Il traite de la globalisation de l'information, par le programme de médicalisation du système d'information hospitalier, et de la formalisation d'une régulation qualitative de l'activité hospitalière par l'évaluation des pratiques et l'accréditation des établissements.

Le chapitre 2 traite des interactions entre le contrat d'objectifs et de moyens et le projet d'établissement et montre en quoi le contrat renouvelle et étaye le projet d'établissement.

La seconde partie de notre travail, *Du projet d'établissement au projet de l'établissement : analyses cliniques et instrumentalisation managériales*, se veut être un prolongement de la structuration du projet à partir du cadre présenté auparavant. En reflet de la première partie, celle-ci est résolument focalisée sur l'organisation interne et les interrelations entre l'objet

« projet d'établissement », l'organisation et les parties prenantes au projet. L'objectif est de montrer en quoi des dispositifs gestionnaires structurent le projet d'établissement, le pilotent, et permettent ainsi un rassemblement des parties prenantes à l'hôpital autour du projet, ce que nous entendons par le passage « du projet d'établissement au projet *de* l'établissement ».

La première sous partie, intitulée *Les cas cliniques ou l'inscription du projet par le terrain*, consiste à présenter les conditions de possibilités organisationnelles d'une structuration de l'hôpital par le projet d'établissement et son déploiement dans l'organisation. Elle est constituée de deux chapitres.

Le chapitre 1 fixe un certain nombre de prémisses aux démarches qui suivent. Le premier point consiste, notamment, à poser les invariants et leviers d'action spécifiques à la structure hospitalière et à la nature de la production de soins. Dans le second point, nous envisageons les dispositifs de gestion dans une logique d'apprentissage organisationnel dépassant une perspective de contrôle instrumental.

Le chapitre 2 traite des interactions entre le projet d'établissement et la formulation de la « stratégie hospitalière ». Ce chapitre est articulé autour de deux études cliniques. Dans la première, nous essayons de montrer le processus de construction d'une stratégie pour un établissement. Nous proposons notamment une analyse de l'évolution du discours stratégique et un modèle d'interprétation de la constitution de la stratégie de l'établissement. Dans la seconde étude clinique, nous montrons en quoi le contrat instrumentalise le projet à partir de leviers d'action précis. Nous verrons également les limites d'un tel dispositif.

La seconde sous partie, *Le déploiement du projet par les outils de gestion ou les mises en perspectives*, s'intéresse plus précisément aux appropriations des outils dans l'instrumentalisation du projet et à leurs limites.

Elle est composée de deux chapitres.

Dans le chapitre 1, nous montrons les limites des outils classiques, le renouveau apporté par le PMSI, mais aussi les dangers d'une utilisation détournée, illustrée par deux établissements, puis nous proposons l'ébauche d'un système d'information gestionnaire intégré au projet par le projet.

Le chapitre 2 est l'illustration du déploiement du projet par les processus. Il présente les possibilités d'une modélisation par les processus et ses conséquences sur les logiques d'action dans l'hôpital à partir de plusieurs cas. Il aborde ensuite le projet entre pilotage par les processus et management de la qualité, en décrivant les formes et limites du déploiement du projet.

Première Partie

**La formalisation du
concept :
Le projet d'établissement
entre régulation sanitaire
et gestion de l'hôpital**

Introduction

La planification sanitaire en question

Après trente ans de planification sanitaire à la française, l'offre de soins est globalement pléthorique, coûteuse et révèle de profondes inégalités en matière d'accessibilité aux soins ou de sécurité. Or, aujourd'hui, les agences régionales de l'hospitalisation disposent des outils classiques et d'outils nouveaux pour le champ sanitaire, oscillant entre l'application stricte d'un cadre réglementaire et la création de nouvelles règles du jeu dans un domaine où la politique locale, le facteur économique et la pression sociale et professionnelle pèsent sur la nécessité de restructurations⁹⁸.

Face à cette remise en question de l'offre de soins est posée la question de l'efficacité de la planification. En effet, en trente ans, cette dernière n'aura permis ni une stabilisation des coûts, ni une suppression des disparités. Elle n'aura pas permis non plus de mesurer de façon pertinente pour une réforme les résultats produits par les offreurs de soins. De plus, les relations particulières entretenues entre offre et demande⁹⁹ rendent son application délicate.

Tout le monde s'accorde aujourd'hui pour constater les incohérences de l'organisation du système de santé en France :

Les travaux du Commissariat général du Plan¹⁰⁰, le Rapport du Haut Comité de la Santé publique¹⁰¹, le rapport d'information de la commission des finances de l'Assemblée nationale¹⁰², le Livre blanc sur le système de santé¹⁰³, le rapport de la Cour des Comptes¹⁰⁴ affirment tous l'urgence d'une réforme profonde de l'offre de soins, et par là, mettent en cause les fondements traditionnels de la planification. Dès lors, la question de la compatibilité de la réforme de 1996 avec le cadre de la planification hospitalière de 1970 et de 1991 est posée. En effet, les ordonnances d'avril 1996 tentent de fournir une cohérence d'ensemble au système hospitalier à partir de trois outils : la planification (par les autorisations d'équipement), le financement à moyen terme (par les contrats d'objectifs) et l'accréditation des structures de soins. La planification dont les bases ont été posées en 1970, puis qui a été corrigée en 1991 se trouve aujourd'hui remise en cause.

De leur côté, les établissements sanitaires publics ou privés se trouvent pris dans des logiques de régulations opportunistes, relevant plus souvent de l'habitude, des logiques professionnelles privilégiant un développement quantitatif de l'offre dans un contexte où les

⁹⁸ CABANIS, J.-N., « Aménagement du territoire et santé publique », *Working Paper*, IUP Santé, Lyon, nov. 1997, 31 p.

⁹⁹ On parle classiquement en économie de la santé de « demande induite par l'offre », ce qui signifie que la détermination de l'offre à partir des besoins de la population est illusoire.

¹⁰⁰ SOUBIE, R. (prés.), *Santé 2010*, Paris, La Documentation Française, 1993, 151 p.

¹⁰¹ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France, Rapport général*, Paris, La Documentation française, 1994.

¹⁰² DELALANDE, J.-P., *Emploi, famille, santé, retraite, s'adapter ou régresser ?*, Paris, Assemblée Nationale, La Documentation française, 1995.

¹⁰³ SOUBIE, R., PORTOS ; J.-L., *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Paris, La Documentation française, 1994.

¹⁰⁴ Nov. 1997.

sources de financement se trouvent déconnectées de leurs activités. Malgré la contrainte affichée, nombre d'établissements a vécu sur des niches d'activités, dans une relative autonomie et sans contrôle réel de leur activité. Ainsi, dans la majorité des cas, les espoirs fondés sur le projet d'établissement défini dans la loi de 1991 n'ont pas porté leurs fruits. Dans le cadre de réformes parcellaires, certains établissements en situation extrême ont cependant pu construire par le projet, et non sans douleurs, une réponse cohérente et originale dans leurs environnements sanitaires respectifs.

La question qui se pose aujourd'hui est donc de comprendre en quoi est possible une forme de régulation sanitaire s'appuyant sur la restructuration hospitalière, permettant de conjuguer aménagement du territoire et santé publique. On essaiera de montrer, en reprenant des éléments du passé, que cette conjugaison passe nécessairement par une démarche allant au delà de la simple application des instruments classiques de la planification sanitaire pour intégrer des dispositifs gestionnaires allant jusqu'à la négociation de contrats, points d'articulation entre établissements et leurs projets et agences régionales de l'hospitalisation.

Le matériau portera donc sur les instruments juridiques, administratifs et sur les outils de gestion utilisés à l'hôpital, mais aussi sur les discours ayant traversé notre époque.

Cette première partie est structurée en deux sous parties.

La première, intitulée *Les origines du concept : une lente gestation (1970-1995)*, présente les évolutions du « projet d'établissement » dans un cadre historique. Elle consiste à s'intéresser à la genèse et aux les formes des interactions entre le projet d'établissement et la régulation sanitaire.

La seconde sous partie, intitulée *La dynamique du concept : la métabolisation de référentiels globaux par le projet d'établissement (depuis 1996)*, traite de la stabilisation du concept de projet d'établissement et de ses instrumentalisation possibles, à partir de la réforme de 1996. Elle vise à regarder, dans un premier temps, l'ensemble des référentiels disponibles et les conditions de leur articulation pour structurer le projet d'établissement, puis, dans un second temps, à préciser l'instrumentalisation du projet d'établissement entre l'hôpital et sa tutelle par l'intermédiaire du contrat d'objectifs et de moyens.

Première Sous Partie

**Les origines du concept :
une lente gestation (1970-
1995)**

Introduction

Jalons pour le projet

Cette première sous partie pose des jalons historiques visant à comprendre l'évolution du concept de projet d'établissement dans les hôpitaux de court séjour français. Elle est constituée de deux chapitres.

Le chapitre premier, *Le projet d'établissement, périmètre d'un concept*, présente les sources multiples et les formalisations successives du projet dans le champ hospitalier. Cette évolution peut être appréhendée par une analyse des origines du concept, dans laquelle nous essaierons d'embrasser les différentes dimensions du projet dans le champ sanitaire en pistant les notions à partir desquelles ce dernier va s'ancrer dans l'organisation hospitalière.

Elle peut être appréhendée également dans l'analyse des relations entre l'objet-projet d'établissement et les formes de la régulation sanitaire française. C'est l'objet du chapitre 2, *Projet d'établissement et régulation sanitaire : réponses partielles et perspectives*.

La conclusion de cette sous partie s'ouvrira sur les nouvelles formes de régulation possibles (le cadre, ses règles, le champ de possibilités qu'ils ouvrent) entre planification sanitaire et projet d'établissement.

CHAPITRE 1

LE PROJET D'ETABLISSEMENT, PERIMETRE D'UN CONCEPT

Le sens commun conviendra avec nous
[...] que l'être dit libre est celui qui peut
réaliser ses projets.

J.-P. Sartre,

L'être et le Néant.

Introduction

Tenter de circonscrire le périmètre d'un concept qui a fortement évolué au fil du temps serait une gageure si ce dernier n'avait pas abouti à des formes stabilisées de l'action.

L'objectif de ce chapitre est double.

Nous tenterons dans la première section, *Notion de projet*, de fixer des jalons autour du projet, de chercher à la fois dans ses sens multiples et dans ses instrumentalisation dans les organisations des repères qui permettront, croyons-nous, de canaliser le cadre d'analyse de nos recherche-actions.

Dans la seconde section, *La démarche de projet dans le champ sanitaire*, nous nous attacherons, par une approche historique, à chercher les éléments qui ont pu être à la genèse du concept de projet d'établissement dans le champ sanitaire.

Notre conclusion reprendra les points fondamentaux qui conduisent, au début des années 1990, à formuler un constat mitigé sur le pouvoir structurant de l'action par le projet d'établissement.

1. NOTION DE PROJET

Pour aborder et circonscrire le projet, nous avons suivi une démarche qui, dans un premier temps, aborde les sens sémantiques et historiques de la notion, puis montre que le projet peut être fortement associé à la société postindustrielle. Le recours aux pratiques discursives pourra être fructueux pour expliquer les circonvolutions et évolutions du projet. Enfin, nous aborderons les relations entre projet et gestion des organisations. En conclusion de cette section, nous reprendrons les points essentiels à la compréhension du déploiement du projet dans le champ sanitaire.

1.1 APPROCHE SEMANTIQUE ET HISTORIQUE

Dans le sens commun, un projet est « ce qu'on se propose de faire. *Concevoir, exécuter un projet.* »¹⁰⁵ Ainsi, la définition commune du projet semble ne prendre sens que dans la réalisation de ce dernier, immédiatement associé à un verbe.

« Avoir un projet » c'est d'abord dans l'acception moderne du mot, associer *un but*, au sens de dessein, à *des objectifs* par essence plus concrets et normatifs. Conduire sa vie, diriger un groupe ou une entreprise implique la notion de projet quand on envisage celui-ci comme une recherche de *sens*, un effort d'anticipation, un souci d'*autonomie*.

Dans l'usage courant, comme dans la littérature managériale professionnelle, *projet* est parfois purement et simplement réduit à la notion même de *but*.

Dans le foisonnement des initiatives locales, collectives ou individuelles, on pourra reconnaître la mise en projet :

- à la volonté première d'exprimer une *intention* pour chacune des initiatives ;
- à la volonté d'expliquer la *valeur* qu'on attribue à leur mise en œuvre.

En conséquence, l'initiative prend de plus en plus de sens dans la formulation de l'intention et de la valeur accordée au résultat de l'action. Parce que le projet oblige à rechercher du sens (intention et valeur), il appartient à la catégorie des *conduites finalisées*. Ainsi, « déménager » commence à devenir un projet quand on exprime une intention (trouver un meilleur cadre de vie, par exemple) et qu'on lui attribue une valeur (donner la priorité à la qualité de l'environnement et à la diminution des contraintes matérielles d'espace et d'accessibilité).

Pour l'*Encyclopædia Universalis*, les différents sens du projet sont les suivants :

- dessein, intention ;
- première rédaction, premier essai ;
- ébauche d'un plan de construction ;
- projet d'action à un moment déterminé.

La dimension inachevée, l'infinitude de tout projet semble donc être un invariant. En ce qui concerne le verbe « projeter », on peut lire :

1. jeter, propulser, lancer ;
2. faire apparaître sur un écran ;
3. prévoir, préméditer ;
4. représentation d'une figure par projection ;
5. faire sortir de soi ;

¹⁰⁵ Dictionnaire Hachette du français, 1992.

6. concevoir, préparer une action pour un moment déterminé.

Le projet contient donc l'idée d'une intention jetée en avant ou sortie de son esprit, d'une projection dans l'avenir, mais également d'une projection au sens reprographique : tout projet nécessite des représentations, des modélisations, qui sont projetées sur un écran. Représentation, formalisation de l'idée donc, mais aussi éclairage, mise en lumière de cette idée : le projet est *médiatisé* et ne peut pas ne pas être diffusé.

Une exigence propre au projet est celle de rendre compte d'une transformation ou d'un progrès, c'est-à-dire de fournir son explication, sa raison *d'être*. Fonder l'idée de projet avant tout sur la recherche de sens nous oblige donc à insister sur la nature par essence *transitoire et en devenir* de tout projet. Le projet est un *travail*, un *trajet* vers quelque chose qui se construit ; c'est un mouvement, une dynamique guidée par un sens en gestation permanente.

Les Grecs et les Latins ignoraient dans leur vocabulaire ce qui correspond au sens actuel de projet : « le terme de projet apparaît, semble-t-il, de façon régulière dans le courant du XVe Siècle sous les deux formes de *pourjet* et de *project*. Il a alors des connotations d'aménagement spatial en lien avec l'étymologie latine du verbe *projicio* (projeter, expulser). »¹⁰⁶ Le *pourjet* est à l'origine ce qui est jeté à l'avant d'un édifice, puis, en se transformant en un acte mental, prend le sens de « jeter une idée en avant ». *Projicere* est le symétrique latin du verbe grec *proballein* (jeter en avant), d'où jeter une question en avant. On retrouve toute cette parenté ambiguë dans la méthodologie de projet, où l'idée projetée est souvent émise pour répondre à un problème et provoque dans sa réalisation une série de problèmes qu'il faudra dépasser.

J.-P. Boutinet constate que la notion de projet subit quatre métamorphoses fondatrices au cours de l'histoire, correspondant à quatre piliers conceptuels du projet¹⁰⁷. Le premier sens donné au projet est donc le projet architectural, à la Renaissance, après la période gothique. Il correspond également aux premières apparitions de la division du travail entre conception et réalisation...

Le deuxième sens apparaît au XVIII^e Siècle. Dans le cadre de la philosophie des Lumières, le projet prend le sens de *conquête*. Par conquête, il faut entendre conquête interne, conquête de sa propre autonomie. Et par conquête externe, la maîtrise de la nature. De là proviennent le projet sociétal (et la colonisation occidentale), le projet éducatif (*L'Émile* de Rousseau...) qui privilégient les valeurs et les finalités. Il s'agit ici de l'emprise de l'homme sur son environnement et son destin : l'homme est tout à la fois raison *et* action.

Au XIX^e et au XX^e Siècles, avec le développement de la phénoménologie et l'existentialisme apparaît le troisième sens. Le *projet existentiel* devient le moteur de l'individu. C'est l'intentionnalité qui inscrit l'individu dans son environnement : *l'existence précède l'essence*, selon la célèbre phrase de J.-P. Sartre, l'individu donne un sens à son existence par ses actes.

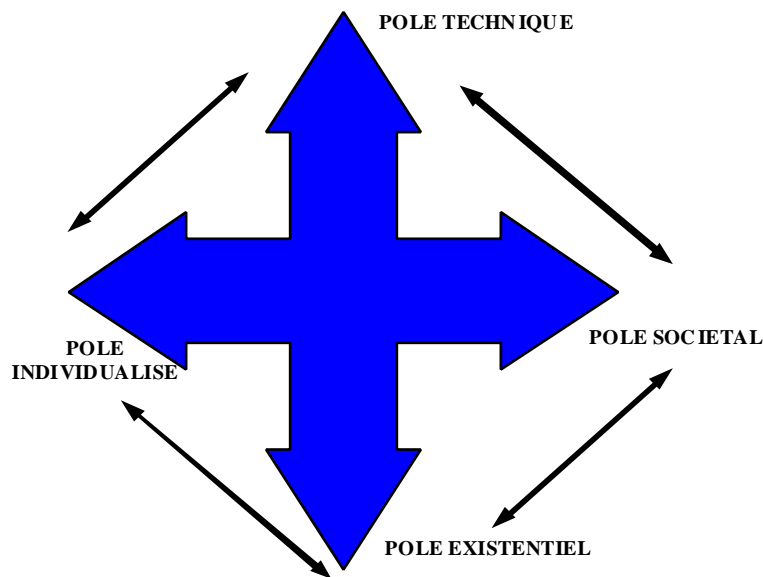
A partir de 1975, avec la crise de l'État providence, il y a crise des valeurs de progrès et d'autonomie. En se démocratisant et par la remise en cause des valeurs ayant accompagné la prospérité d'une société, le projet s'individualise. On débouche alors sur des projets fonctionnels, qui doivent répondre aux urgences de l'immédiat...

Ces quatre étapes fondatrices peuvent être schématisées par quatre pôles d'attraction autour de deux dimensions conceptuelles : le degré d'inscription dans l'espace (vertical) et le degré d'agrégation sociétale (horizontal).

¹⁰⁶ BOUTINET, J.-P., *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, 1991, 280 p.

¹⁰⁷ *Id.*

Figure 2 : les quatre pôles d'attraction du projet



Ces quatre pôles d'attraction, inhérents à tout projet, montre les différentes inscriptions possibles dans les représentations et modes d'actions touchant au projet, caractéristiques de la société postindustrielle.

1.2 LE PROJET, IMAGE DE LA SOCIETE POSTINDUSTRIELLE

J.-P. Boutinet¹⁰⁸ repère deux métamorphoses historiques au cours de ces vingt dernières années. La première est un nouveau contexte, qui mute les référentiels d'un statut d'étalon à une perspective, puis de la perspective au référentiel comme problème.

Ainsi, la société postindustrielle :

- favoriserait de nouvelles expériences autour de « l'impératif communicationnel » ;
- amènerait l'individu à vivre de plus en plus de situations limites.

La seconde métamorphose est issue de ce contexte : l'émergence du projet d'établissement peut s'analyser alors dans la mutation du programme en projet, puis du projet à la question, problématique, de la place présente et à venir de l'organisation dans son environnement, et enfin, à la construction de sa légitimité. Ce nouveau contexte s'accompagne d'une nouvelle donne, qui est celle d'une culture toujours plus renforcée de l'immatériel, accompagnée d'un processus de saturation de l'information, d'une crise de l'action, où l'activisme s'oppose mécaniquement à l'inactivité et à la valorisation de l'éphémère¹⁰⁹.

1.2.1 Le projet, reflet d'une civilisation progressivement dématérialisée

Les années 1960 ont vu ainsi la montée du phénomène technique, dans le cadre d'une société industrielle de forte croissance. L'individu vit alors en interdépendance avec des dispositifs techniques évolutifs dans une logique d'adaptation. Avec la fin des années 1960, production et structures sont insuffisantes pour assurer la pérennité d'une société par la seule idéologie industrielle¹¹⁰ : amont et aval de la production doivent désormais être intégrés. Dans

¹⁰⁸ BOUTINET, J.-P., *L'immaturation de la vie adulte*, Paris, PUF, 1998, 267 p.

¹⁰⁹ LIPOVETSKI, G., *L'ère du vide, essai sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 1983, 246 p.

¹¹⁰ rejoignant ainsi les préoccupations des économistes du Club de Rome.

ce cadre, les années 1970 voient apparaître un nouvel espace salvateur, le changement, qui devient le principe organisateur majeur des comportements, instrumentalisé par la planification.

Une mutation de perspective s'opère alors dans la première moitié des années 1970 : les chocs pétroliers font prendre conscience de ressources limitées et d'une crise des grands systèmes régulateurs. Le projet remplace alors la prévision, accompagnant la crise des valeurs de progrès scientifique et social. Cela s'accompagne du développement de nouvelles perspectives autour de la capacité à devenir acteur, l'importance de l'incertitude et de la complexité, le primat de la communication sur la production¹¹¹, la valeur du local et du singulier : « les grands destins sont substitués aux petits projets ». ¹¹² On passe donc d'un programme et ses contraintes au projet avec ses dérégulations. Les années 1970 voient donc l'avènement de l'acteur, qui s'accompagne d'un questionnement sur l'identité. J.P. Boutinet perçoit ainsi dans *L'identité au travail*¹¹³, *a contrario* de R. Sainsaulieu, la fin de l'identité professionnelle¹¹⁴. Cette période se vit alors comme un temps transitoire entre les projets-conquêtes (notamment de soi) et une interrogation sur la pertinence de la gestion du changement.

Les années 1980 apparaissent alors avec une prolifération toujours plus grande des *media* et de la communication, s'inscrivant dans une sorte d'illusion généralisée de la transparence¹¹⁵. Ce temps du développement des projets d'entreprise ou d'établissement est celui de la construction d'objets, avec la finalité de mêler culture et stratégie, qui affirme la « transparence du pouvoir... ». Car « cette transparence intéressée, souhaitée avec avidité par l'entreprise n'est pas souvent à usage interne, elle a aussi une destinée externe avec le recours généralisé au logotype... »¹¹⁶. Transparence de l'action, également avec la mise en place d'une sophistique élaborée faite, au plus simple de principes¹¹⁷, au plus complexe de diagnostics, d'audits, de bilans, d'évaluations, dans le cadre du zéro défaut, renouvelé dans la qualité totale. On parle même de « qualité universelle faite d'une absence totale de défauts »¹¹⁸. Cette « emprise » de la qualité s'accompagne d'une prolifération de règles formelles, touchant à la qualité, la sécurité et la maîtrise des aléas¹¹⁹. Transparence, enfin, vis-à-vis de sa propre histoire personnelle. Relevons que cette affiche de la transparence ne signifie pas pour autant sa recherche, et qu'il est la figure symétriquement inverse du culte de la complexité et du paradigme de système.

Les années 1990 voient s'imposer « la civilisation de l'immatériel dans un environnement communicationnel »¹²⁰. « La logique de la dématérialisation façonne un nouveau paysage aux contours flous, nouveau paysage pour lequel le défi devient la surcapacité des dispositifs à générer de l'information, l'abondance des données produites et des objets qui les génèrent, alors que ces dernières occupent un espace de plus en plus réduit. »¹²¹

Cette sphère toujours plus grande de l'immatériel a plusieurs conséquences : la prolifération des projets, la mise en forme ou en relation problématique d'informations hétérogènes, l'accroissement de l'écart entre local et mondial, avec coexistence paradoxale et non plus

¹¹¹ Est-ce un hasard si *L'acteur et le système* de M. CROZIER et E. FRIEDBERG paraît en 1977, de même que le premier tome de *La complexité* d'E. MORIN, ou *La réalité de la réalité* de P. WATZLAWICK l'année suivante, même si un rapprochement entre ces auteurs est délicat ?

¹¹² DONZELOT, J., « Face à l'exclusion », *Esprit*, 1991.

¹¹³ SAINSAULIEU, R., *L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1988 (3^e éd.), 476 p.

¹¹⁴ BOUTINET, J.-P., *L'immaturité de la vie adulte*, *op. cit.*, p. 69.

¹¹⁵ BAUDRILLARD, J., *La transparence du mal*, Paris, Galilée, 1990, 180 p.

¹¹⁶ BOUTINET, J.-P., *L'immaturité de la vie adulte*, *op. cit.*, pp. 70-71.

¹¹⁷ illustrés dans le best-seller de PETERS, T., et WATERMAN, R., *Le prix de l'excellence*, Paris, InterEditions, 1983, 359 p.

¹¹⁸ Selon l'expression marquée de STORA, G. et MONTAIGNE, J., *La qualité totale*, Paris, Éditions d'Organisation, 1986.

¹¹⁹ dont la critique a été faite dans AUBERT, N., GAULEJAC (de), V., *Le coût de l'excellence*, Paris, 1991, 334 p. et PAGES, BONETTI, GAULEJAC (de), DESCENDRE, *L'emprise de l'organisation*, Paris, PUF, 1992.

¹²⁰ BOUTINET, J.-P., *L'immaturité de la vie adulte*, *op. cit.*, p. 77.

¹²¹ *Id.*, p. 91.

contradictoire de ces deux logiques : nous passons du « temps des tribus »¹²² au *global village*.

Dans ce cadre de suspicion par rapport à l'action, J.-P. Boutinet propose une relecture de l'action par rapport à la culture postindustrielle. Un premier signe est son engouement pour l'approche systémique et la complexité, modélisant des ensembles organisés pratiquant des échanges finalisés et ouverts avec leurs environnements. Ainsi, dans ce cadre, l'acteur décide, met en œuvre, mais aussi modélise... jusqu'au moment où le contexte se précarise par la crise et vient percuter l'idée de l'acteur seul responsable de ses actes, idée affaiblie encore par une domination plus grande de la communication face à la production. L'action devient donc incertaine, orpheline du cadre idéologique industriel qui l'aidait à penser des stratégies de changement, seule face à elle-même et ses indéterminations. Il s'agit de « marquer de notre empreinte l'environnement que nous tentons de nous approprier. »¹²³ J. Habermas¹²⁴ met en évidence cette mutation de l'action en distinguant trois types de relations entre l'individu et le monde :

- l'agir téléologique, de type stratégique ;
- l'agir normatif, renvoyant à l'éthique ;
- l'agir dramaturgique, image du symbolique ;

auxquels il oppose l'agir communicationnel, devenu selon lui dominant. Ainsi, par ce type d'action, l'acteur se fait locuteur et auditeur en cherchant à valoriser une logique d'intercompréhension. Toutefois, cette logique optimiste est mise à bas par J.-P. Boutinet qui s'interroge sur la raison d'être de cet optimisme dans une raison fabricante d'échanges et de consensus : l'acteur n'est-il pas *agi* dans la structure communicationnelle mise en place ? Peut-elle seule compenser le déficit des trois premières ? Il répond : « La montée en puissance des conduites à projet constitue de son côté un autre signe d'une crise de l'action ; elle exprime en effet un vide, une absence lancinante concrétisée dans la multitude en nos petits projets, elle traduit à travers l'éphémère de nos intentions et de nos réalisations une impuissance, une sorte de quasi impossibilité de produire du nouveau, de l'inédit, transformant bien souvent nos projets d'action en conduites de dénégations qui affirment dans le même temps notre désir de créer et notre impuissance à le faire. »¹²⁵

Paradoxe supplémentaire, donc, de la société postindustrielle, où, au moment où se raréfie l'action, les discours sur les acteurs se multiplient dans un recours incantatoire. Mais cette crise de l'action est accompagnée également d'une crise du travail, tant sur le plan de l'identité professionnelle que dans l'activisme par le travail. Dès lors, le faire se substitue à l'agir, l'action devient strictement instrumentale : il faut atteindre ses objectifs sans même ne plus penser à les redéfinir, le risque se limitant confortablement au choix des moyens, situation fragile de micro-actions juxtaposées auxquelles se heurte une pratique d'ensemble en quête de sens.

La pratique médicale, et le lieu dominant de son exercice, l'hôpital, n'ont pas échappé à cette décomposition des savoirs et de l'action. La crise d'identité vécue par la profession infirmière, mais qui traverse également la profession médicale (sous des couverts d'uniformité apparente) dans les clivages public/privé, libéral/salarié, généraliste/spécialiste, médecin/chirurgien en sont des symptômes conséquents. De même, la parcellisation des prises en charge des patients, ou sa réduction à la réalisation du geste technique, à la résolution de la maladie sans prise en compte du malade conduisent à des dérives de l'action thérapeutique, qui, pour avoir gagné en technicité dans la réparation des corps, a perdu dans le traitement des sujets.

Ces paradoxes sont apparemment véhiculés par la notion de projet, qui se trouve prise dans une tension dialectique entre problème, programme, et prospective.

¹²² Selon MAFFESOLI, M., *Le temps des tribus*, Paris, LGF, 1991, 288 p.

¹²³ BOUTINET, J.-P., *L'immaturation de la vie adulte*, op. cit., p. 112.

¹²⁴ HABERMAS, J., *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard, 2 tomes, 1987, 460 et 480 p.

¹²⁵ BOUTINET, J.-P., *L'immaturation de la vie adulte*, op. cit., p. 113.

1.2.2 Le projet en tension entre programme, problème et prospective

Dans le cadre de la société moderne et industrielle, l'action a pris des formes de légitimité inscrite dans la planification : le plan constitue alors un noyau central autour duquel gravitent diverses mises en œuvre du changement¹²⁶. Tombé en désuétude au début des années 1980 avec les notions de progrès et de « modernité »¹²⁷, le plan a cédé la place au projet, concept plus mou correspondant aux recherches d'une société plus en transition que « post-moderne ». Le plan et ses « anticipations de la détermination »¹²⁸ ont été substitués au projet, « anticipation du flou »¹²⁹.

Ces « glissements sémantiques » ne sont évidemment pas neutres.

Le projet d'établissement des hôpitaux correspond, si l'on se réfère à la typologie de J.-P. Boutinet au « projet-programme », qui renvoie à « une injonction programmatique, celle pour un acteur individuel ou organisationnel de devoir répondre sur mode d'un projet à une commande sociale... injonction quelque peu contradictoire de devoir créer dans une situation de contrainte. Il s'agira alors pour l'acteur de tenter pour le mieux de desserrer les contraintes en transformant l'injonction contradictoire, par définition stérilisante, en injonction paradoxale »¹³⁰ correspondant pour l'acteur à une forme inédite pour lui d'interrogation et de traitement de la demande sociale à laquelle il se trouve soumis. C'est donc à partir du champ de contraintes que l'acteur du projet pourra donc mettre en perspective le projet pour déterminer l'espace et le temps de sa singularité dans le cadre d'un programme institutionnel

Mais c'est alors que le projet devient problématique (et plus seulement programmatique), dans les interprétations et légitimations de l'organisation par son projet, dans son environnement. Le projet, au moins dans sa genèse, est problème pour les acteurs qui le portent : il s'agit non plus seulement d'apporter *une* réponse à la demande institutionnelle, mais de construire, en deçà de la demande, une construction visionnaire d'une réalité dans laquelle l'organisation *doit* avoir sa place : le projet devient alors normatif, et stratégique : il s'agit pour l'établissement de se positionner en se *disant* dans le champ sanitaire.

Le projet se distinguera de la prospective dans le sens où cette dernière vise la construction de scénarios alternatifs pour l'avenir, tandis que le projet tente d'indiquer un cap. Rien n'empêche cependant la prospective d'être un outil heuristique utilisable dans le processus de formalisation du projet.

1.2.3 Le projet entre universalité et singularité

La société industrielle a puisé un de ses principes de légitimité dans la similitude (universalisation, production de masse, structures bureaucratiques). L'hôpital n'a pas échappé à ce mouvement, avec retard toutefois. Avec le lézardement d'une organisation traditionnelle construite historiquement autour de la charité et de la religion, l'hôpital a rejoint au cours des années 1970 la société industrielle en s'organisant autour d'un espace bureaucratique. La rationalité en œuvre est alors plus administrative que gestionnaire.

La crise des années 1970 et l'avènement d'une société « postindustrielle » ont permis une redécouverte du local, notamment par la montée des systèmes communicationnels.

Ainsi, au moment où la culture administrative stabilisait ses principes normalisateurs et universels à l'hôpital (l'offre de soins équitable pour tous, avec son corollaire, des indicateurs d'activité applicables à toute structure), elle se trouvait de plain-pied balayée par la montée en puissance d'une culture postindustrielle cherchant à développer le local, les projets personnels. Nouvel affrontement, donc, entre la règle bureaucratique et ce souci de constitution d'espace

¹²⁶ Cf. par exemple LORINO, P., *L'économiste et le manager*, Paris, La Découverte, 1989, 228 p.

¹²⁷ GIDDENS, A., *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994, 192 p.

¹²⁸ BOUTINET, J.-P., « Programme, Problème, Projet, Prospective : convergences méthodologiques et ruptures », *Actes des 3^e Journées de Projectique*, Bayonne — San Sebastian, 11-12 déc. 1997, pp. 371-380.

¹²⁹ BOUTINET, J.-P., « Programme, Problème... », art. cit. Les propos qui suivent sont largement inspirés de l'article en référence.

¹³⁰ *Id.*, p. 373.

singulier pour affirmer sa légitimité locale. Les premiers projets d'établissement, issus de la volonté de quelques dirigeants de structures hospitalières, répondaient à ce souci de rendre compte de la légitimité de sa place et de sa mission, en opposant à la légitimité administrative la légitimité sociale.

Désormais, ce principe de localité s'articule dans un mouvement de mondialisation. Dans cette perspective, le nœud identitaire de la société postindustrielle est alors le couple « permanence par rapport à soi-même/différenciation par rapport aux autres ». Le projet d'établissement à l'hôpital peut être situé dans cette approche : tout établissement hospitalier doit faire un projet d'établissement, mais, pour qu'il y ait projet de l'établissement, ce chemin emprunté doit être différencié. Ainsi, ce qui a pu passer pour un effet de mode à un moment donné — il était de bon ton d'être dans son temps en faisant *un* projet d'établissement — est devenu un *outil de la distinction* permettant d'instrumentaliser *le* projet *de* l'établissement, et peut être interprété dès lors, au moins partiellement, dans le cadre de pratiques discursives d'une époque donnée.

1.3 LE PROJET PAR LES PRATIQUES DISCURSIVES

La « place » du projet dans l'organisation peut être appréhendée par une augmentation croissante de son évocation dans la mise en place de nouvelles structures dans les organisations, tant dans le secteur industriel (par exemple l'automobile) que dans les services (conseil, hôpitaux).

On pourrait assimiler l'émergence du projet dans le discours organisationnel comme un effet de mode, une annonce d'effet, rejoignant un phénomène connu des gestionnaires¹³¹. Mais il peut aussi être l'épiphénomène d'un mouvement plus profond qui a traversé les organisations, leurs pratiques et leurs modes de représentations, s'immisçant dans les interstices des discours « stratégiques », des outils d'évaluation des pratiques.

Pour M. Foucault il existe un niveau singulier parmi tous ceux qui permettent d'analyser les systèmes de pensée : celui des pratiques discursives¹³², qui se caractérisent par « la découpe d'un champ d'objets, par la définition d'une perspective légitime pour le sujet de connaissance, par la fixation de normes pour l'élaboration des concepts et des théories. » Chacune d'entre elles suppose donc un jeu de prescriptions qui régissent des exclusions et des choix¹³³.

Cependant, « les pratiques discursives ne sont pas purement et simplement des modes de fabrication du discours. Elles prennent corps dans des ensembles techniques, dans des institutions, dans des schémas de comportement, dans des types de transmission et de diffusion, dans des formes pédagogiques qui à la fois les imposent et les maintiennent. »¹³⁴ Aussi une pratique discursive rassemble-t-elle souvent plusieurs disciplines ou sciences et échappe à son auteur pour s'inscrire dans une mouvance plus large, elle est issue d'« une volonté de savoir anonyme et polymorphe »¹³⁵.

La façon dont une pratique discursive se modifie peut s'opérer par deux canaux : par l'externe (formes de production du discours, rapports sociaux, institutions politiques) ou par l'interne (techniques de détermination des objets, affinement et ajustement des concepts, cumul de l'information...), ou en parallèle à d'autres pratiques discursives.

L'hypothèse centrale formulée par M. Foucault sur les formations discursives est que le mode de production des discours révèle les modes d'exercice et de formulation des rapports de pouvoir. Ainsi, les modes de formulation des projets dans les organisations peuvent être

¹³¹ THEVENET, M., « L'écot de la mode », *Revue Française de Gestion*, sept.-déc. 1985 ; MIDLER, C., « Logique de la mode managériale », *Gérer et comprendre*, juin 1986, pp. 74-85.

¹³² Les concepts présentés ici ont été développés par M. FOUCAULT, dans *L'ordre du discours — Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, Paris, Gallimard, 1971 et dans le *Résumé des cours 1970-1982*, Conférences, essais et leçons du Collège de France, Julliard, Paris, 1989.

¹³³ FOUCAULT, M., *L'ordre du discours...*, op. cit., pp. 9-11.

¹³⁴ *Id.*

¹³⁵ *Id.*

analysés comme des procédures mettant en jeu de nouvelles formes de pouvoir, qui ne sont pas nécessairement celles qui sont explicites.

Pour restituer au discours son caractère d'événement, pour « lever la souveraineté du signifiant », M. Foucault propose quatre principes :

- le renversement des propositions formulées par la tradition ou la discipline ; là où la tradition croit reconnaître la source du discours, le principe de son foisonnement et de sa continuité, il faut plutôt reconnaître le jeu négatif d'une découpe, d'une raréfaction du discours ;

- la discontinuité : les discours sont des pratiques discontinues qui se croisent, se jouxtent, mais aussi bien s'ignorent ou s'excluent ;

- la spécificité : le discours est une violence que nous faisons aux choses ;

- l'extériorité : chercher les conditions externes de possibilité du discours, ce qui donne lieu à la série aléatoire de ces événements et qui en fixe les bornes.¹³⁶

Le projet est un concept qui a largement pu être investi dans les organisations, pour « soutenir des processus de changement », pour répondre à de « nouvelles logiques de production », à de « nouvelles formes structurelles... » et il a, à ce titre, été le support, le médiateur pas toujours conscient de phénomènes de redistribution des zones de pouvoir et de transformation des modes de légitimation de l'action dans l'organisation. Le projet comme pratique discursive est une (re) quête de légitimité à travers les discours sur le(s) projet(s) dans l'organisation : changement de la structure, changement de la mission, changement du mode de répartition des ressources... Cette vision du projet rejoint l'approche de N. Giroux, pour qui l'organisation peut être vue comme une « construction discursive »¹³⁷, ou encore D. Knights et G. Morgan, qui, dans le cadre de l'école critique anglo-saxonne, développent une analyse du discours stratégique comme forme fondamentale de savoir-pouvoir¹³⁸.

Le pouvoir fondateur du projet, au delà des structures, s'enracine dans les processus de légitimation utilisés ; les arguments retenus pour « persuader et convaincre », là où le seul argument dominant les organisations se fonde sur la rationalité économique, accrochent leur prise de pouvoir, leur quête de légitimité dans un champ argumentaire plus complexe. Ce champ peut être analysé dans les interactions entre projet et gestion des organisations, qui sont examinées dans le point suivant.

1.4 LE PROJET DANS LA GESTION DES ORGANISATIONS

La gestion par projets est selon toute vraisemblance née aux États-Unis aux cours des années 1940-1950 dans l'industrie de l'armement et dans l'aérospatiale. La première expérience de *project-management* correspond au « *Manhattan Project* », demandé par le Président F. Roosevelt et visant la réalisation de la première bombe atomique. Suivront plus tard les projets Appolo, Polaris de la NASA. A ses débuts, elle s'est confondue avec la démarche dite de « Recherche Développement ».

Dans le domaine du management, le terme projet prend au moins trois sens :

- Il désigne la fonction de *pilotage* de tout ou partie de la réalisation d'un ouvrage ;
- Il signifie *programme* proprement dit de réalisation ;

¹³⁶ *Id.* p. 55

¹³⁷ GIROUX, N., « La construction discursive de l'organisation », *Actes du Colloque Constructivisme et Sciences de gestion*, Lille, 23 oct. 1997, pp. 373-386.

¹³⁸ KNIGHTS, D., MORGAN, G., « Corporate Strategy, Organizations, and Subjectivity : A Critique », *Organisation Studies*, vol. 12, n° 2, 1991, pp. 251-273.

- Il représente à lui seul *l'objet final* de la réalisation ;

d'où la multiplication des risques de confusion si l'on ne précise pas le point duquel on se place pour observer le projet ou le piloter. Ce souci est donc une préoccupation tant du chercheur que du praticien.

Selon J.-P. Boutinet, le concept de projet est soumis à deux formes d'ensembles qui ont cherché à accaparer la figure du projet¹³⁹ :

- les sciences humaines, qui se sont efforcées de penser un projet humain aidant groupes et individus à orienter leurs aspirations, en étant pour eux un vecteur de sens. Ce projet aura pu être appelé projet existentiel, projet sociétal, projet de référence...

- les sciences de l'ingénierie, l'architecture, et, dans une moindre mesure les gestionnaires, articulés sur les précédentes, ont cherché à situer leurs objets techniques dans une démarche de pilotage et de mise en œuvre d'un objet concret à réaliser à partir d'un modèle. Cette démarche s'articule dans le *project management*, les projets d'aménagement, etc.

Mais, loin de s'opposer systématiquement, projet humain et projet technique se retrouvent sur la question de la maîtrise de la nature par l'homme. C'est donc la question de la technique, de son cadre comme de son contenu qui est au centre d'une problématique projet, que ce dernier soit de société ou architectural, concept engendrant des dispositifs techniques sophistiqués, mais tentant de maintenir dans ces dispositifs une place pour l'homme. Peut-on ainsi parler d'une certaine uniformité des systèmes de valeurs des projets, engrammés dans ceux de la société ? Uniformité dans la diversité. Ce concept nomade, errant en toutes formes entre ces deux pôles, renvoie finalement aux rapports multiples de l'homme à l'action, aux sens d'une *praxis* inscrite dans le temps. Ce n'est donc pas dans les contenus qu'il faut rechercher une certaine unicité du projet, mais dans la démarche générale, cadre de fond, à l'intérieur duquel les champs des possibles et combinaisons restent infinis. C'est certainement ce cadre que l'on peut qualifier alors de projet anthropologique¹⁴⁰.

Mais plus précisément, l'utilisation de plus en plus fréquente pour devenir habituelle de la notion de projet dans le champ de la gestion est acquise depuis une dizaine d'années. Il ne s'agit pas de dire que la notion soit nouvelle (ce n'est pas le lieu d'envisager une consanguinité entre humanité et projet), mais de constater que la notion de projet prend depuis le début des années 1980 une ampleur et des formes renouvelées. Il semble que, dans l'industrie au moins, on ne puisse plus parler d'effet de mode. La littérature a abordé largement le sujet dans l'entreprise. Elle est en revanche beaucoup moins riche dans le champ du management public, et très spécifique dans le champ sanitaire.

1.4.1 Les origines industrielles : la gestion des projets objets

L'argument majeur qui apparaît dans la littérature pour justifier le déploiement de la gestion de projet est un changement de l'environnement de l'entreprise. Ainsi, pour M. Joly et J.-L. Muller¹⁴¹, la gestion de projet se justifierait par trois éléments issus de l'environnement : la récession, depuis le premier choc pétrolier de 1973, l'accélération, l'internationalisation. La gestion de projet apporterait alors une réponse globale aux problèmes posés par la crise en articulant l'ensemble de l'action des acteurs de l'entreprise autour des critères coût, qualité, délai. Ce dispositif se rapproche des démarches qualité qui ont fleuri au cours de la même période.

Pour le groupe ECOSIP¹⁴², l'intérêt pour la notion de projet procède de l'évolution de deux phénomènes : la crise du modèle standard de la gestion de projet, y compris dans le secteur industriel où elle était en œuvre depuis longtemps (ingénierie des grands programmes), datant de la fin des années 1970, et le développement massif de pratiques de gestion par projet, dans

¹³⁹ BOUTINET, J.-P., « La problématique du projet : 'faire exister l'homme à l'ère sociotechnique' », in ROPS, *Le projet, un défi nécessaire face à une société sans projet*, Paris, L'Harmattan, 1992, 425 p., pp. 9-13.

¹⁴⁰ en référence au titre de l'ouvrage majeur de J.-P. BOUTINET, *Anthropologie du projet*, op. cit.

¹⁴¹ JOLY, M., MULLER, J.-L., *De la gestion de projet au management par projet*, Paris, AFNOR Éditions, 1994, 213 p.

¹⁴² GIARD, V. et MIDLER, C. (coord.), *Pilotages de projets et entreprises : diversités et convergences*, Paris, Economica, 1993, 327 p.

des secteurs où elle était inconnue, et en premier l'industrie de masse. Le second argument est l'inadaptation des modèles classiques d'organisation à cet environnement. Ainsi, P. Zarifian¹⁴³ remarque que les industries de production de biens de grandes quantités ont basculé vers un mode de production plus flexible. Cette flexibilité permet d'intégrer trois formes de compétition, que sont la compétition par la variété, la compétition par le temps et la compétition par l'innovation.

- Les caractéristiques du projet objet

L'AFITEP-AFNOR définit le projet comme « une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir » et ajoute qu'« un projet est défini et mis en œuvre pour répondre au besoin d'un client [...] et implique un objectif et des besoins à entreprendre avec des ressources données. »¹⁴⁴ Plusieurs remarques sont nécessaires à la suite de cette définition. Le projet dans ce cadre est « délibéré », formalisé, et donc formalisable. La possibilité d'un projet émergent, même partiellement, n'est pas envisagé : le projet est considéré comme une sorte de résultante, issue de « besoins de clients », tous deux parfaitement identifiés et stables. On n'envisage pas donc que ces besoins et ces clients soient évolutifs et flous. Dans ce cadre, le projet est une réponse, un mode d'organisation pour réaliser un objectif, il ne participe pas à la construction de l'objectif ou la construction d'un référentiel partagé par les parties prenantes au projet.

Pour V. Giard et C. Midler¹⁴⁵, un projet se définit par 6 caractéristiques :

- une démarche finalisée par un but et fortement contrainte. Cette finalité se décline dans la formalisation du projet par des objectifs de performance fonctionnelle et de spécification technique, le respect d'un délai, et un objectif économique exprimé sous forme de coût et/ou de rentabilité ;

- une prise en compte de la singularité de la situation ;

- une intégration de différentes logiques, aucun expert ne détenant seul la clé du produit du projet. Le projet est donc une négociation d'objectifs et de ressources (en temps, en savoir, en moyens humains et financiers) ;

- un processus d'apprentissage dans l'incertitude. La gestion de l'incertitude est au cœur du management de projet : sans incertitude, on serait alors dans un univers probabilisable, et le projet pourrait être réductible au programme. Le projet intègre conjointement le processus de définition de l'objectif final et l'exploration d'une réponse satisfaisant à cet objectif ;

- une convergence dans une temporalité irréversible. Cette dynamique irréversible est, selon C. Midler¹⁴⁶, liée à une loi de proportion inverse entre évolution de la connaissance et des degrés de liberté d'un projet ;

- un espace ouvert et fluctuant : il est impossible, toujours selon V. Giard et C. Midler, d'assigner des frontières *a priori* nettes et stables aux projets.

On note ici une définition complexe du projet, dépassant le cadre instrumental de l'AFITEP-AFNOR pour considérer le projet comme un objet complet de management. La démarche heuristique, montrant que le projet est un processus de construction de ses objectifs, est mise en avant, couplée à ce qu'on peut nommer l'apprentissage organisationnel. De même, l'incertitude comme facteur fondamental de la mise en projet est présente : le projet est processus de construction de réponses à des problèmes identifiés pour lesquels on n'a pas d'équivalent exact. De même, la notion de frontière organisationnelle — tant en interne qu'en externe — se trouve, sinon remise en cause, au moins fortement nuancée. On peut appartenir à un projet de l'organisation sans appartenir à l'organisation, et réciproquement. Ainsi, si

¹⁴³ *Id.*

¹⁴⁴ AFITEP-AFNOR, *Dictionnaire de management de projet (norme AFNOR NF X50-107)*, 2e éd., Paris, AFNOR, 1992.

¹⁴⁵ GIARD, V. et MIDLER, C., « Management et gestion de projet : bilan et perspectives », *Working Paper n° 1996.11*, GREGOR, Paris 1, 1996, 17 p.

¹⁴⁶ MIDLER, C., *L'auto qui n'existait pas — Management des projets et transformation de l'entreprise*, Paris, InterEditions, 1993, 215 p.

l'inscription spatiale d'un projet est évidemment nécessaire, ne serait-ce pour sa formalisation, elle n'est pas déterminante des finalités et des acteurs du projet.

- Les méthodes recensées

La gestion de projet s'est autonomisée par ses méthodes au moment de la réalisation des programmes militaires et spatiaux américains de l'immédiate après-guerre, notamment par les initiatives du *Project Management Institute*¹⁴⁷. Ce modèle dominant est essentiellement instrumental : il définit un cadre organisationnel autour d'un tripode maître d'ouvrage (propriétaire), maître d'œuvre (ensemblier) et responsable de lots de travaux (réalisation des tâches élémentaires de l'ensemble). L'ingénierie développée alors s'intéresse à la décomposition du projet, à sa planification et au contrôle des coûts. On le retrouve dans les grands travaux au cours des années 1970 et 1980. Mais le concept de projet va suivre un cheminement parallèle au cours de la même période dans les industries de grande série.

Jusqu'en 1970, le projet peut être identifié et localisé dans des services spécialisés, structurés fonctionnellement, en recherche/développement. Mais on ne peut parler de démarche projet formalisée à proprement parler : le projet chemine d'un service à l'autre. Le développement de la notion de gestion de projet dans les industries de grande série se réalise à partir de 1970, quand le nombre et la complexité des projets imposent une meilleure coordination. On voit alors émerger des « chefs de projets » utilisant la démarche vue précédemment. Le modèle connaît alors une seconde mutation à la fin des années 1980, face à la concurrence asiatique, et dans un contexte concurrentiel où la qualité et le renouvellement fréquent des gammes de produits sont mis en avant. Le chef de projet devient alors « directeur de projet ».

C. Navarre résume cette rupture perçue de la façon suivante¹⁴⁸ :

Tableau 5 : Les mutations engendrées par la gestion de projet

	<i>Modèle standard</i>	<i>Direction de projet</i>
Fonctionnement	Manuel de procédures	Directives générales
Vision	Détaillée	Globale
Phasage de l'action	Linéaire	Simultané
Communications	Séquentielles	Concourantes
Direction	Directeur de projet	Entrepreneur de projet
Emphase	Sur les règles, les contrats	Sur les hommes
Système	Fermé	Ouvert
Démarche	Isomorphe	Syncrétique
Culture	Homogène	Hétérogène
Structure	Axée sur spécialisation	Intégration-coopération

Si cette classification a le mérite de détacher les caractéristiques des deux tendances « projet », il faut noter son caractère dichotomique, presque caricatural, qui fait oublier toutes les formes intermédiaires entre ces deux idéaux types. Retenons que le premier modèle est un modèle procédural, tandis que le second est un guide heuristique.

Si l'histoire a montré des origines variées pour la genèse de la gestion de projet, V. Giard et C. Midler voient quatre tendances se dessiner aujourd'hui en matière d'organisation de projet¹⁴⁹ :

¹⁴⁷ PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE, *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK)*, PMI, 1994, cit. par GIARD, V. et MIDLER, art. cit.

¹⁴⁸ NAVARRE, C., in GIARD, V. et MIDLER, C. (coord.), *Pilotages de projets et entreprises*, op. cit.

- un renforcement de la fonction projet : ce renforcement se voit dans le développement de structures projets matricielles, avec des configurations particulières ;
- le développement de méthodologies concourantes permettant d'évaluer les différentes options apparaissant en début de projet, méthodes d'explicitation des risques, de simulation...
- l'apport d'outils de communication à distance : les nouveaux outils télématiques facilitent la désynchronisation des échanges ;
- le rôle de nouvelles formes de contractualisation double, avec d'une part des contrats internes formalisés entre services d'une même entreprise et d'autre part une intégration organisationnelle des contributeurs externes en participant au suivi des projets.

- Les structures organisationnelles associées à la gestion de projet

K. Clark, R. Hayes et S. Wheelwright¹⁵⁰ proposent quatre configurations par projet, que l'on retrouve par ailleurs dans la littérature technique, sous d'autres appellations :

* le projet en structure fonctionnelle ne confère aucune responsabilité globale à un individu, ce sont les responsables hiérarchiques fonctionnels qui assurent l'allocation et la coordination des ressources ; on le dénomme parfois « projet par facilitateur ». Ce dernier est chargé de jouer le rôle de courroie de transmission en particulier pour la circulation des informations, l'échange des suggestions et le suivi du projet. Il n'est pas décideur et agit sur la demande de son supérieur. Il ne contrôle pas non plus les ressources.

* le projet par coordinateur (*lightweight project manager*), qui est responsable de la coordination des activités, et consolide les informations fournies par les hiérarchiques ou correspondants. Le coordinateur joue un rôle fonctionnel vis-à-vis du projet tout en étant rattaché à la direction générale. Donc sans responsabilité hiérarchique sur les équipiers, mais avec une responsabilité concernant la bonne marche du projet, notamment son suivi (ressources, délais, conformité technique...), il n'a pas le contrôle de la décision, mais il a un rôle transversal sans forte responsabilité.

* la direction de projet (*heavyweight project manager*) est une configuration qui s'inscrit dans le même schéma fonctionnel, mais le directeur de projet en est pleinement responsable et est rattaché à la direction générale. Elle correspond le plus à ce qu'on a appelé la « structure matricielle ». Le directeur de projet est un arbitre en cas de conflit, son équipe dépend de lui.

C'est la version la plus aboutie du management par projets, qui, comme structure « traversière », bouscule l'ordonnancement des relations classiques et introduit un certain désordre en cherchant à mieux solliciter les compétences et les partages d'expérience. Elle oblige à une vigilance nouvelle concernant la bonne répartition des pouvoirs et des responsabilités, car les frontières sont plus floues.

* le « projet sorti » (*tiger team organization*) constitue une équipe projet autonome (qu'on trouve parfois sous le nom de *task force* ou équipe commando) détachée des fonctions d'origine pour une durée déterminée. Ce principe organisationnel original emprunte horizontalement des compétences pour créer une structure indépendante autonome, temporairement hiérarchisée. Ainsi le projet est « satellisé » sous la direction d'un responsable qui joue un rôle hiérarchique vis-à-vis d'équipiers détachés. Ce « commando » répond à un besoin ou une demande précis pour une mission ponctuelle bien identifiée avec des objectifs clairs.

Le point commun entre ces structures tient à la volonté de privilégier la latéralité, la *transversalité* au sein de l'organisation. Ainsi, la gestion par projet pourra être appréhendée comme l'intégration de la flexibilité et de la stabilité, en permettant ce que P.-J. Benghozi appelle la « routinisation de l'innovation »¹⁵¹ dans sa capacité à se restructurer périodiquement. On ne peut donc pas spécifiquement parler de structure « organique » pour la gestion par

¹⁴⁹ GIARD, V. et MIDLER, C., « Management et gestion de projet : bilan et perspectives », *Working Paper* n° 1996.11, GREGOR, Paris 1, 1996, 17 p.

¹⁵⁰ HAYES, R. H., WHEELRIGHT, S. C., CLARK, K. B., *Dynamic Manufacturing*, New York, Free Press, 1992.

¹⁵¹ BENGHOZI, P.-J., « Managing Innovation : from ad hoc to routine in French Telecom », *Organization Studies*, vol. 11, n° 4, 1990.

projet. Les structures projets sont justifiées par leurs partisans comme la concrétisation de la volonté de rompre avec le processus pyramidal et vertical afin de neutraliser le poids des hiérarchies successives et stratifiées. Il s'agirait de renforcer l'autonomie des équipes par le projet et de faciliter l'innovation en libérant l'opérationnalité des équipes du joug traditionnel de l'autorité « en râteau », exclusivement descendante. Nous serons plus réservé sur les résultats effectifs de ces structures. Notons, et c'est leur effet fondamental, qu'elles redistribuent partiellement les pouvoirs dans l'organisation, et, par ce biais, forcent les membres de l'organisation à remettre en cause au moins partiellement leurs modes d'action et leurs modes de conception de leurs pratiques. La gestion de projet dérange plus par les structures qu'elle remet en cause que par celles qu'elle crée. Dès lors, c'est la question du projet collectif qui mérite d'être posée.

1.4.2 Le projet collectif : le projet sujet

Le « projet » comme source de motivation dans l'entreprise a fait recette dans les organisations dans les années 1980. Les discours intégrant la notion de projet ont pu pulluler, sans toutefois recouvrir parfaitement les mêmes idées ou les mêmes objectifs, et, pour le moins, la rigueur de la tendance industrielle. L'émergence du concept dans les grilles de lecture et procédures de changement des organisations conduit alors à s'interroger sur les conditions qui ont favorisé l'implantation de ce concept.

En management, deux problèmes conjoints et contradictoires, à l'origine des deux « tendances » de la discipline, se côtoient : l'efficacité de l'entreprise et la motivation des individus qui la composent. L'ambiguïté du projet réside donc dans ce jeu contradictoire. Les utilisations du projet dans les organisations recouvrent ces deux approches : la gestion par projet (project management) a une préoccupation essentiellement technique et est présentée comme une réponse *efficace* aux structures verticales ou bureaucratiques. C'est donc un essai de combinaison de ressources humaines et de paramètres techniques associés dans une organisation construite temporairement.

- Une illustration « de mauvais conseil » pour le projet d'établissement : les méandres du projet d'entreprise

A l'opposé du projet technique, le projet d'entreprise fut l'illustration de la tentative de valoriser le facteur humain dans l'organisation. Il s'est intéressé aux causes de la motivation des individus pour une organisation, et, en ce sens, a pu être rapproché du projet d'établissement éducatif et du projet d'établissement sanitaire. C'est pourquoi nous nous attarderons sur ce « concept » fugace, aujourd'hui disparu, mais dont les cheminements peuvent être riches d'enseignement pour comprendre l'évolution de la notion de projet d'établissement dans le champ sanitaire.

Pour L. Boyer et N. Equilbey¹⁵², le projet d'entreprise est l'expression d'une volonté partagée comprenant quatre composantes :

- une vision du futur, un dessein ;
- une volonté d'atteindre la fin fixée ;
- un système de valeurs partagées ;
- des priorités pour l'action.

Le projet d'entreprise s'inscrit dans la mouvance de l'école dite des ressources humaines, issue des travaux de E. Mayo¹⁵³ qui ont par la suite inspiré D. Mc Gregor¹⁵⁴ et sa théorie Y,

¹⁵² BOYER, L., EQUILBEY, N., *Le projet d'entreprise*, Paris, Éditions d'Organisation, 1986, 135 p.

¹⁵³ ROETHLISBERGER, W. J. et DICKSON, F. J., *Management and the Worker*, Boston, Harvard University Press, 1939.

¹⁵⁴ MC GREGOR, D., *The Human Side of Enterprise*, 1960, trad. française : *La dimension humaine de l'entreprise*, Paris, Gauthier-Villars, 1974.

formalisée par R. Likert¹⁵⁵. Ce mouvement s'inscrit dans la recherche de compréhension des actes de chacun dans un mouvement qui peut les dépasser.

Dans une perspective pragmatique, on peut trouver dans les notions de direction participative par objectifs et dans les cercles de qualité des éléments précurseurs du projet d'entreprise. Mais la direction par objectifs reste une méthode impliquant simplement la mise en œuvre d'objectifs externes à un groupe ou une organisation. *A contrario*, les cercles de qualité, s'ils ont pu favoriser la réflexion de groupe, sont morts faute d'opérationnalisation et de volonté des directions générales suffisantes.

Dans cette mouvance, l'idée de l'organisation comme lieu de conflits est abandonnée au profit du lieu de construction du consensus. F. Gondrand voit ainsi le projet d'entreprise comme « un moyen de développer le consensus interne » à partir des valeurs fondatrices de l'entreprise.¹⁵⁶

Rattaché à la mouvance des ressources humaines, le projet d'entreprise a pu être vu comme un outil du déploiement de la culture d'entreprise. Par culture d'entreprise, on pourra, dans ce cadre, entendre un ensemble d'idées, d'actions et de modes de faire partagés en grand nombre par les individus de l'entreprise. Or, l'articulation du projet et de la culture d'entreprise est conceptuellement très délicate. En effet, le projet ne se définit que par rapport à un avenir qu'il modélise et projette, tandis que la « culture d'entreprise » est le reflet d'habitudes tirées du passé. Si les habitudes de l'organisation sont des éléments à intégrer dans le positionnement du projet, dans son ancrage, elles ne peuvent être motrices dans la réalisation de ce projet, c'est-à-dire assimilées à des objectifs. Ainsi, si le projet peut être un catalyseur de la révélation de certains éléments de cette culture, il ambitionne de rassembler l'ensemble des sous-cultures et des groupes de l'entreprise autour d'un objet partagé. Selon le mot de J.-P. Boutinet, le projet est tout à la fois « émergence de la culture d'entreprise en même temps que volonté de rupture par rapport à cette culture »¹⁵⁷, il chemine entre deux modèles, l'un autogestionnaire et l'autre autoritaire.

Opérant un bilan global sur les projets d'entreprise, N. d'Almeida et A. Nutkowicz¹⁵⁸ présentent des résultats très mitigés des projets d'entreprise, qu'ils expliquent par une crédibilité engagée sur la présence ou non de « la concrétisation d'objectifs dans le lointain », et qui apparaissent à des moments où l'identité de l'entreprise doit être réaffirmée, ce qui revient donc à positionner le projet d'entreprise sur la culture...

Développant un point de vue plus radical, M. Léauté, conseiller à l'ANPE, dénonce la tyrannie du projet dans le milieu professionnel qui oblige tout un chacun à avoir un projet¹⁵⁹, ce qui empêche l'épanouissement personnel de chaque individu.

Plus critique et plus convaincant, et dès 1987, P. Lorino voit le projet d'entreprise comme le reflet du repli du projet de société des années 1980, notamment à cause de la défaite des idéologies, dont le marxisme¹⁶⁰. D'autres voient même le projet d'entreprise comme un outil de construction de l'entreprise « entité mystique » pour renforcer le dévouement exclusif de ses employés à celle-ci¹⁶¹ ou comme un leurre idéologique dangereux formalisant le décalage existant entre discours et action¹⁶². Le projet d'entreprise, dans ce cadre, ne fait alors que prendre part à l'autorité centralisée définie dans le modèle taylorien et renforce ce qu'il est censé dénoncer, suivant ainsi un chemin analogue aux démarches de certification qualité¹⁶³. D'un point de vue plus technique et gestionnaire, l'analyse des mécanismes mis en œuvre dans le projet d'entreprise relève selon V. Dégot d'« une sorte de processus tautologique : le projet

¹⁵⁵ LIKERT, R., *New Patterns of Management*, 1961, trad. française : *Le gouvernement participatif de l'entreprise*, Paris, Gauthier-Villars, 1974.

¹⁵⁶ GONDRAND, F., « Un projet d'entreprise : pour quoi faire ? », *CNPF-Patronat*, n° 490, mai 1987, repris intégralement in *Problèmes économiques*, n° 2066, 16 mars 1988, pp. 24-30.

¹⁵⁷ BOUTINET, J.-P., *Anthropologie du projet*, op. cit., p. 215.

¹⁵⁸ ALMEIDA (d'), N. et NUTKOWICZ, A., *Les projets d'entreprise dans la tourmente*, Paris, Liaisons, 1993, 267 p.

¹⁵⁹ LEAUTE, M., « Le terrorisme du projet », *Éducation permanente*, n° 109-110, 1991, pp. 71-77.

¹⁶⁰ LORINO, P., (sous le nom de Philippe MESSINE), *Les Saturniens*, Paris, La Découverte ; 1987.

¹⁶¹ HAYMANN, E., « Des projets de société aux projets d'entreprise », *Autrement*, n° 100, sept. 1988, pp. 16-21.

¹⁶² FICHTER, J.-L., « Non au projet d'entreprise ! », *Revue Française de Gestion*, mars-avril-mai 1988, pp. 85-88.

¹⁶³ Cf. MISPELBLUM, F., *Au delà de la qualité*, Paris, Syros, 1996, 256 p.

s'appuie sur des croyances qui sont culturellement répandues dans la société (et entretenues par les *media*, divers « idéologues », etc.) pour viser un but qui est la reconnaissance de ces mêmes croyances sous forme de valeurs au sein de l'entreprise. »¹⁶⁴

La vague des projets d'entreprise a connu son apogée entre 1985 et 1990, pour retomber rapidement et disparaître de façon quasi définitive en 1992-1993. Cette vague a touché tant les organisations du secteur privé que du secteur public, confortée par une offre structurée de la part des cabinets de conseil. G. Minguet note en sociologue que cette vague des projets n'a pas eu d'équivalent aux États-Unis, au Japon, en Allemagne¹⁶⁵.

Le projet d'entreprise comme pratique sociale peut désormais assurément être classé dans ce qu'on a pu qualifier de « mode managériale »¹⁶⁶. Celle-ci implique l'idée d'un dispositif cohérent mû par des acteurs, et dont la thématique insistante portait sur la motivation du personnel et sa nécessaire adhésion à la culture, aux valeurs de l'entreprise, discours ambigu s'il en est. Les individus de l'organisation se trouvent dès lors pris dans une contradiction où on les sollicite activement à adhérer à une communauté et à contracter sur la base d'une charte écrite et / ou orale construite sur la base du consensus ou du compromis. Les intérêts propres aux acteurs et leur rationalité spécifique sont donc écartés.

Une construction de projet d'entreprise peut d'une certaine manière être interprétée comme une forme de réponse politique de l'organisation dans un univers mal maîtrisé : le projet a pu permettre de « réactiver l'instinct communautaire »¹⁶⁷. Si l'effort collectif porte sur des réalités tangibles, appropriables par les acteurs de l'organisation au quotidien, et non pas sur les valeurs, on retrouve localement des formes organisationnelles adhocratiques au sens de H. Mintzberg¹⁶⁸.

Il faudra donc examiner en quoi un projet d'établissement à l'hôpital, favorisant une telle configuration, peut être partiellement contradictoire avec un mode de fonctionnement plutôt apparenté à une bureaucratie professionnelle. Le projet d'établissement, non pas dans son contenu, mais dans son dispositif, peut permettre la recomposition, sous certaines conditions, du noyau stratégique de l'organisation à partir d'acteurs non forcément intégrés initialement ou traditionnellement dans ce « noyau dur ».

Ainsi, si le projet d'entreprise a pu être envisagé comme une mode, il a correspondu à une réponse à un moment donné dont les dirigeants d'organisation se sont saisis face à une nécessité, elle bien réelle. Ses expérimentations, réussites et échecs ont pu conduire aux constats suivants¹⁶⁹ :

- le projet d'entreprise s'est inscrit comme une pratique paradoxale, naviguant entre pratique centralisée de gestion des ressources humaines et expérimentation collective d'une méthode de résolution de problème ;
- le projet a achoppé sur le trop grand écart entre discours proclamé et pratique ;
- les salariés — et surtout les cadres — ont découvert empiriquement qu'une action expérimentale et volontaire ne suffit pas seule à changer les structures ;
- il n'y a pas eu de modèle permettant de pérenniser les objectifs locaux dans un cadre d'ensemble.

En conséquence, le projet d'entreprise n'a pas surmonté son ambiguïté fondatrice : initié par des dirigeants, dans un champ de contraintes, il est modèle imposé, et, dans le même temps, est approprié par une demande sociale en quête de réponse organisationnelle pertinente. Projet et pouvoir sont en interdépendance forte, sur laquelle il convient de s'attarder.

¹⁶⁴ DEGOT, V., « Projet d'entreprise : évaluation d'un instrument de changement », *Revue Française de Gestion*, mars-avril-mai 1988, pp. 74-84.

¹⁶⁵ MINGUET, G., « Le projet d'entreprise : une mode française (ou la carotte sans le bâton) », in ROPS, *Le projet, un défi nécessaire face à une société sans projet*, op. cit., pp. 279-294.

¹⁶⁶ MIDLER, C., « Logique de la mode managériale », *Gérer et comprendre*, juin 1986, pp. 74-85.

¹⁶⁷ MINGUET, G., art. cit., p. 284.

¹⁶⁸ MINTZBERG, H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1982, 434 p.

¹⁶⁹ MINGUET, G., « Le sens du projet d'entreprise : un examen de la littérature », *Éducation Permanente*, n° 87, 1987.

- Pouvoirs du projet, projet et pouvoir

Une analyse du concept de projet ne peut faire abstraction de la place des acteurs le côtoyant, tant par sa mise en place, son suivi que par les conséquences organisationnelles qu'il suscite. Toute réflexion sur le projet doit tenir compte des modifications, jeux et enjeux de pouvoir qu'il suscite. Le projet n'est pas neutre face au pouvoir, il sert et dessert des stratégies d'acteurs, comme tout instrument de changement dans l'organisation¹⁷⁰.

Pour M. Crozier et E. Friedberg¹⁷¹, le concept d'acteur, nécessairement lié au pouvoir, a les caractéristiques suivantes :

- agit sous rationalité limitée et contextuelle ;
- a des objectifs très concrets à court terme ;
- possède toujours une marge de manœuvre et de liberté face à la contrainte.

Plus généralement, et à un niveau plus global, les discours sur les projets remettent en cause plus ou moins explicitement les « professionnels » fonctionnels pour valoriser des managers pilotes, polyvalents, pluridisciplinaires, des gestionnaires d'intersections. Le pouvoir formel est remis en cause dans ses formes traditionnelles : face à la ligne hiérarchique fonctionnelle, ou divisionnalisée, l'argument des structures par projet, « injectrices de transversalité », fait front.

Pour P. Lorino¹⁷², dans les modèles organisationnels traditionnels, c'est-à-dire dans le cadre de l'axiomatique taylorienne, le temps est un temps de répétition et de stabilité. Dans ce cadre, le projet n'a aucune raison d'être, puisque tout est planifiable, transposable de t_0 à t_1 sans grand aléa possible : l'incertitude est contrôlable. Avec un environnement de plus en plus complexe, mouvant, perturbé, l'incertitude devient radicale¹⁷³ ; le projet puise sa légitimité dans la réduction de l'incertitude environnementale : par nature, il intègre la construction de l'environnement, il projette, imagine une mission de l'organisation dans l'avenir. Le temps n'est plus une donnée exogène, il fait partie intégrante du modèle, de la représentation et de l'action¹⁷⁴.

Le projet apporte une nouvelle source de légitimité des acteurs dans l'organisation. Avec la crise des structures tayloriennes — et de leur système de normes, quoique la critique reste plus de l'ordre de la syntaxe que de la remise en cause réelle du fond — le projet peut être perçu comme une nouvelle régulation sociale de l'organisation : il n'y a plus de consensus généralisé donné à la légitimité de l'action. Cette dernière doit s'ancrer sur de multiples identifiants, liés tant à la région, qu'au produit, ou à la place de l'organisation dans la société. Ce n'est plus la société qui donne le sens, c'est l'organisation qui trouve son sens dans la société. La légitimité de l'action n'est plus fixée *a priori*, elle devient enjeu essentiel de l'action.

Toutefois, ce serait une erreur de négliger le rôle du contexte global dans lequel évoluent les acteurs, et qui structure partiellement leur pensée et leur mode d'action, notamment dans le champ sanitaire. C'est donc plus d'une structuration¹⁷⁵ des comportements qu'il faut parler,

¹⁷⁰ A la suite de M. FOUCAULT, des auteurs anglo-saxons rassemblés autour de la « théorie critique » ont tenté d'appliquer au management les relations de savoir-pouvoir à l'étude des organisations : cf. BURRELL, G., « Normal Science, Paradigms, Metaphors, Discourses and Genealogies of Analysis », in CLEGG, S. R., HARDY, C., NORD, W. R. (eds), *Handbook of Organization Studies*, Londres, SAGE, 1996, pp. 643-658 et ALVESSON, M. WILLMOTT, H. (eds.), *Critical Management Studies*, Londres, SAGE, 1992, 224 p.

¹⁷¹ CROZIER, M., et FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, op. cit. On pourra se référer également à l'ouvrage de E. FRIEDBERG, *Le Pouvoir et la Règle*, Le Seuil, Paris, 1993, 414 p.

¹⁷² LORINO, Ph., *L'Économiste et le Manager*, op. cit., pp. 44, 143, 180.

¹⁷³ Nous l'entendons ici au sens de KNIGHT, F., *Risk, Uncertainty and Profit*, Houghton Mifflin Company, 1921.

¹⁷⁴ On peut rappeler ici la critique de l'institution du temps posée progressivement en altérité donnée face à un premier milieu — l'espace in CASTORIADIS, C., *L'Institution imaginaire de la société*, Le Seuil, Paris, 1975, pp. 259-260, 266.

¹⁷⁵ développée par GIDDENS, A., *La constitution de la société, Eléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF, 1987, 474 p. et GIDDENS, A., *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994, 192 p.

dans un jeu abandonnant holisme *versus* individualisme pour privilégier, une fois de plus, une perspective interactionniste¹⁷⁶.

En conclusion de cette section, il semblerait que le projet soit donc fruit de l'ère postindustrielle. A ce titre, ses méandres et circonvolutions sont le reflet d'une société en évolution, de plus en plus focalisée sur la communication et sur la construction de l'identité qui n'est plus donnée. La gestion de projet n'a pas échappé aux évolutions sémantiques, idéologiques et pratiques. Il convient dès lors de parler de « management par le projet », le projet étant à la fois sujet et objet d'une pratique et d'un discours gestionnaire. Mais à vouloir trop embrasser, le management par le projet doit intégrer les risques de son ambition. S'il touche aux seuls discours, il ne changera rien aux pratiques et échouera. S'il prétend contrôler, et canaliser les pratiques par souci d'efficacité, il retombera dans une perspective instrumentale. Le management par projet est donc un exercice maniant la complexité, dont la préoccupation majeure ne doit pas être la seule réalisation du projet, mais l'apprentissage global des parties prenantes au projet. Nous développerons ce point au début de la seconde partie de ce travail. Plus spécifiquement, nous aborderons dans la section suivante la notion de projet dans le champ sanitaire et ses évolutions.

¹⁷⁶ synthétisée dans ERALY, A., *La structuration de l'entreprise, la rationalité en action*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1988, 256 p.

2. LA DEMARCHE DE PROJET DANS LE CHAMP SANITAIRE

A l'origine, le projet d'établissement est présent dans le monde éducatif. Mais cette origine est récente, à la fin des années 1970 en France¹⁷⁷. De ce projet pédagogique, on peut retenir plusieurs aspects : le souci d'innovation, un caractère confus, une polysémie, un caractère souvent immatériel. Le projet d'établissement est alors sous l'influence d'une triple confusion : confusion de langage, confusion de signification attribuée à l'action porteuse de projet, et confusion des motivations en présence¹⁷⁸.

M.-H. Broch et F. Cros soulignent dans leur manuel¹⁷⁹ la recherche de cohérence dans le projet d'établissement qu'ils situent entre les différentes parties prenantes et niveaux de mise en œuvre d'un projet d'établissement, tout en soulignant la difficile signification à trouver dans la cohérence d'un projet tourné vers la prospective, l'inattendu, l'incongru. Ils ajoutent : « le projet n'est pas seulement un document écrit, c'est surtout un énoncé performatif qui contient une pré-vision, une pré-diction ; en tant que tel, il vise à faire advenir ce qu'il dénonce et il participe déjà à la réalité du changement. »¹⁸⁰ Gestion paradoxale, donc, que la conduite d'un projet, située à la fois dans une logique discursive et dans une logique de l'action, avec les inévitables contradictions qui en découlent. De même, les auteurs assignent dans le cadre du projet d'établissement un rôle nouveau pour le chef d'établissement, « clef de voûte du projet ». Pour être légitimé par l'organisation, le projet d'établissement est donc nécessairement négocié (à condition d'être négociable, c'est-à-dire d'être inscrit dans un processus d'échanges et de construction progressive), et s'appuie sur un consensus minimal. Il est l'objet d'un processus collectif d'apprentissage. Si ces dispositifs ne sont pas présents, le projet d'établissement n'aura de projet que le nom et ne s'inscrira dans aucune perspective de changement.

Pour le champ sanitaire, l'histoire de l'apparition et du développement des notions de projet d'établissement, projet médical et projet de service prend ses racines dans les années 1970. Son analyse est particulièrement intéressante et nécessaire, selon nous, car elle illustre l'émergence d'un concept — sous contrainte des événements — et son évolution, jusqu'à une inversion par les acteurs de l'importance donnée à ces concepts dans les textes, parce que ces derniers se les sont appropriés¹⁸¹. Les concepts de carte sanitaire, plan directeur, programme d'établissement, en construction, rencontreront alors, dans les années 1980, années où l'hôpital s'ouvre aux techniques de gestion d'entreprise, un nouveau concept, le projet d'entreprise. L'assimilation progressive par l'hôpital de ces différents éléments donnera naissance, dans la loi portant réforme hospitalière de 1991, au projet d'établissement. C'est ce que nous traitons dans le premier point. Le second point renvoie en filigrane aux éléments que nous aurons posés précédemment et propose un examen de la littérature professionnelle de l'époque, en la considérant comme prisme des pratiques hospitalières du moment.

¹⁷⁷ avec notamment la création des PACTE (projets d'activité éducative et culturelle) par une circulaire du 11 sept. 1979 et leur transformation élargie en PAE (Projets d'action éducative) à la rentrée 1981.

¹⁷⁸ BOUTINET, J.-P., *Anthropologie du projet*, op. cit.

¹⁷⁹ BROCH, M.-H., et CROS, F., *Comment faire un projet d'établissement* (écoles, collèges, lycées, L.P.), Lyon, Chronique Sociale, 1991 (3^e éd.), 211 p.

¹⁸⁰ Id., p. 41.

¹⁸¹ Idée développée dans CLAVERANNE, J.-P., *Guide d'évaluation du Projet médical*, ANDEM/GRAFIC, URA CNRS 1257, 1994, 20 p.

2.1 LA GENESE ET LES MEANDRES DU CONCEPT DE PROJET D'ETABLISSEMENT

On peut rechercher, à la suite de J.-P. Claveranne¹⁸², les éléments fondateurs du projet d'établissement dans trois sources : la première correspond à la « gestation administrative », de 1970 à 1991, la seconde s'inspire du courant managérial, la troisième de la modernisation du service public. Ces trois sources nourricières se matérialisent dans deux champs, qui sont la planification sanitaire et le champ juridique.

Nous chercherons donc, dans un premier point, les origines du projet d'établissement à travers les formes initiales de la planification sanitaire à la française, puis nous analyserons la formalisation du projet d'établissement par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

2.1.1 La planification sanitaire ou le projet d'établissement en gestation

La planification sanitaire peut être approchée comme une dialectique entre deux modèles, l'approche populationnelle et l'approche organisationnelle¹⁸³. L'optique populationnelle appréhende les besoins de la population par des études géographiques, démographiques, sociologiques et épidémiologiques. Il s'agit alors de déterminer *a priori* la population à prendre en charge, les services dont elle a besoin, et comment adapter les ressources à ces besoins. L'approche organisationnelle placera au contraire l'établissement de soins au cœur du dispositif. A partir d'un diagnostic portant sur le positionnement en termes de forces / faiblesses de l'établissement, l'organisation cherche à s'adapter au marché. Classiquement, la planification sanitaire française est populationnelle. Ses indicateurs ne retiennent pas les structures pour intégrer seulement des données en termes d'équipements en lits et de matériel lourd. La loi de 1991 a recentré la planification autour des établissements, en introduisant l'adéquation des ressources aux besoins de la population comme objectif, ainsi que le projet d'établissement. Enfin, les ordonnances de 1996 renforcent la perspective organisationnelle en structurant l'offre de soins à partir d'une logique d'enveloppe contre un niveau de prestation, de réseaux et d'une logique de contractualisation agence-établissement.

Instituée en 1970 dans un souci de répartition égale sur le territoire des équipements sanitaires, la carte sanitaire, instrument principal de la planification sanitaire à la française, a été rapidement « détournée » au cours des années 1970 pour tenter de surmonter une contrainte émergente à l'époque : la maîtrise des dépenses de santé. Dès lors, les outils mis en place, instruments quantitatifs généraux nécessaires et suffisants à une planification nationale indicative, se sont révélés rapidement insuffisants et inopérants face à cet impératif nouveau.

- La planification sanitaire, repères théoriques

Les définitions au sujet de la planification foisonnent et apportent chacune un élément intéressant pour approcher la notion de planification.

Pour le Larousse, la planification est *l'action de planifier, d'organiser selon un plan*, mais aussi *l'encadrement par les pouvoirs publics du développement économique d'une nation*. Cette définition appliquée au champ sanitaire met en évidence deux axes classiques dans la littérature :

- une planification externe à l'hôpital, émanant de l'État, que l'on peut qualifier de planification descendante ; les concepts utilisés dans cette planification seront issus

¹⁸² CLAVERANNE, J.-P., « Le projet d'établissement à l'hôpital, Objet de négociation et d'articulation établissement-région », in CLAVERANNE, J.-P., LARRASQUET, J.-M., JAYARATNA, N., *Projectique, à la recherche du sens perdu*, Paris, Economica, 1996, 407 p., pp. 283-300.

¹⁸³ TURENNE (de), I., « Un renouveau de la planification sanitaire en France avec la loi de juillet 1991 — Premières réflexions sur la démarche engagée en Rhône-Alpes », *Mémoire de DEA « Méthodes d'analyse des systèmes de santé »*, Université Claude Bernard Lyon 1, sept. 1993, 101 p.

principalement de la loi. Cette planification correspond globalement au concept de « planification sanitaire » matérialisée dans la carte sanitaire et les indications du Plan ;

- une planification interne à l'hôpital, spécifique à la répartition des ressources dans la structure. Elle s'inspirera d'outils développés dans la loi, mais aussi, de façon émergente, d'outils issus de la gestion des entreprises. Cette planification pourrait correspondre à des embryons de planification stratégique et se matérialise dans le programme d'établissement et dans les expériences réalisées autour du « projet d'entreprise ».

Pour R. Pineault et C. Daveluy¹⁸⁴, qui présentent l'effort de synthèse le plus abouti, toute démarche planificatrice s'intéresse à l'avenir, et, à ce titre, comporte un volet prospectif qui s'opérationnalise selon différents modèles. Le deuxième élément touchant à la planification est le postulat d'une nécessaire relation causale entre l'action entreprise et les résultats escomptés. La troisième caractéristique de la planification est l'action comme finalité, même si un plan ne débouche pas toujours sur une programmation opérationnelle. Enfin, la planification est un processus continu et dynamique de nature multidisciplinaire, ce qui peut conduire à des confusions de sens. R. Pineault et C. Daveluy notent en outre l'influence de l'environnement sociopolitique sur la planification, notamment dans le champ de la santé, ainsi que des acteurs et de leurs intérêts respectifs. Un synonyme restrictif de la planification est la programmation. Le but de la démarche est d'aboutir alors à une mécanique d'enchaînements d'activités détaillées, qui, si elle peut s'appliquer dans certains processus industriels, convient peu au champ sanitaire. A la suite de P. Nutt, R. Pineault et C. Daveluy pensent que « si la planification doit être fonctionnellement reliée aux processus décisionnels, il est préférable... de la traiter de façon indépendante et de lui accorder un statut... relativement autonome à l'égard des processus de gestion. »¹⁸⁵ Ainsi, la planification sera un processus méthodique de prévision de ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, à partir de plusieurs alternatives. La planification est donc axée strictement sur le contenu et non sur le contenant, ce qui pourra la distinguer du projet, comme on le verra plus loin.

Le droit général de la planification et de l'aménagement du territoire distingue les techniques d'éclairage prospectif global et les techniques de programmation des investissements publics, les secondes ayant pour objet la mise en œuvre des premières dans le secteur public. Les instruments applicables au public et au privé sont le Plan de la nation et la carte sanitaire. Même si nous ne traiterons pas du Plan ici, on peut noter que leurs points communs résident dans leur mode de construction – la concertation – et dans le fait d'être imposés de l'extérieur aux établissements hospitaliers. Les principes sont identiques pour les planifications complémentaires (carte des services médicaux d'urgence, carte psychiatrique, cardiologie, transplantations). Or, les champs d'application ont été très ambigus : le secteur public n'a jamais été traité comme le secteur privé.

- Les instruments de la planification sanitaire à la française

Lorsque la loi n° 70-1 318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière¹⁸⁶ est présentée, le Parlement fait œuvre d'innovation puisque pour la première fois, en France, la question hospitalière venait en discussion devant le Parlement. Jusque là, seuls des ordonnances ou décrets avaient infléchi la physionomie de l'hospitalisation. Le projet, complexe et ambitieux, a provoqué des réactions nombreuses dans les milieux médicaux. Mais il est présenté comme une solution possible face à la courbe déjà ascendante des dépenses de santé et à ses conséquences sur l'économie. Dans ce contexte, et après avoir affirmé l'existence d'un véritable « service public hospitalier » national, le législateur va prendre une série de mesures tendant, en particulier, à endiguer l'augmentation des dépenses de santé, et ce, en recourant à un outil déjà rôdé en France, la planification.

¹⁸⁴ PINEAULT, R. et DAVELUY, C., *La planification de la santé — concepts, méthodes, stratégies*, Ottawa, Éditions Nouvelles AMS, 1995 (éd. revue et corrigée), 480 p., paragraphe 1.5.

¹⁸⁵ *op. cit.*, p. 34 d'après NUTT, P. C., *Planning Methods for Health and Related Organizations*, John Wiley & Sons, New York, 1984.

¹⁸⁶ J.O. du 3 janvier 1971, p. 67.

L'exposé des motifs de la loi n° 70-1 318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière sont les fondements de la planification hospitalière à la française. Elle repose sur deux principes fondamentaux : l'autorisation préalable à toute opération d'équipement hospitalier et l'appréciation des besoins de la population. Sa finalité correspond à une « mise en place d'un véritable service public d'hospitalisation » afin de couvrir progressivement les besoins sanitaires du pays.

Les outils associés à cette planification sanitaire furent les suivants :

- Carte sanitaire et plan directeur

La notion de plan directeur (art. 22) relevant de la compétence du nouveau conseil d'administration des établissements hospitaliers publics (art. 21, en remplacement de la commission administrative) est introduite dans la loi de 1970 : « le conseil d'administration délibère sur :...

5° — le plan directeur ainsi que sur les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ».

Le plan directeur, dont le contenu sera ensuite précisé¹⁸⁷, constitué en dossier, poursuit un double objectif :

- établir un plan d'urbanisme hospitalier permettant le développement cohérent des investissements ;
- élaborer un schéma fonctionnel utilisable au cours des étapes de réalisation.

Il comporte des analyses détaillées sur l'état présent de l'établissement ainsi que sur l'organisation des fonctions afin de définir des buts à poursuivre. Il définit les étapes nécessaires à l'atteinte de ces buts en séquences cohérentes ainsi que les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

Le plan directeur est ainsi tant une réflexion générale à mener sur l'investissement que sur les objectifs généraux de développement des actions et de leur organisation. Il est quasiment assimilable à une Direction par objectifs. Il intègre ainsi des éléments basiques, mais présents, du contexte économique général, ainsi que la structure financière de l'établissement. Le plan directeur est également nourri par des outils de gestion présents dans l'établissement, utilisés au niveau des services des méthodes ou de l'analyse de gestion. Il est un instrument de planification des moyens dont on présume alors qu'il se décline à partir de la « stratégie » de l'établissement...

La carte sanitaire constitue un schéma directeur de l'organisation du réseau *hospitalier* français¹⁸⁸ (et non du réseau de l'offre de soins dans son ensemble). La carte sanitaire est découpée en plusieurs cartes par nature d'hospitalisation (et non de population, par exemple) : Médecine Chirurgie Obstétrique, Équipement, Psychiatrie, etc. Elle est complétée par des indicateurs quantitatifs portant sur l'offre : nombre de lits / population, activité caractérisée par la moyenne des lits occupés...

Établie à partir de l'importance de l'équipement public et privé, elle s'appuie également sur l'évolution démographique et sur l'évolution des techniques médicales. En outre, elle présente une dimension évolutive : elle est actualisée à chaque nouveau plan de développement économique et social, révisée partiellement à l'initiative du ministre chargé des affaires sociales ou du préfet de région, et modifiée en matière d'indices de besoins par voie d'arrêté.

Un début d'articulation carte sanitaire/établissement peut être lu dans les articles 44 et suivants de la loi de 1970 : « la carte sanitaire sert de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service public hospitalier... », travaux qui devront être approuvés par une commission *ad hoc*.

L'une des caractéristiques de cette loi est l'association plus étroite du corps médical aux dépenses de santé et l'ébauche d'une norme commune de gestion. Mais ce texte ne mentionne

¹⁸⁷ Articles n° 4 et n° 5 du décret du 17 mai 1974.

¹⁸⁸ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, articles 5 et 44 à 48.

pas encore expressément l'existence de projet ou programme d'établissement. Il en jette les bases comme simple complément au plan directeur, document essentiel bien que non défini par la loi.

- Le programme d'établissement

L'émergence de la notion de programme d'établissement sera le fruit du décret n° 74-569 du 17 mai 1974¹⁸⁹, qui fixe les phases, obligatoires, de la planification sanitaire :

- le programme d'établissement ;
- le plan directeur d'ensemble ;
- le plan directeur particulier.

C'est à propos de la fixation des conditions d'approbation des opérations d'équipement sanitaire que le ministère va détailler les phases d'études relevant de l'examen des commissions nationales et régionales. C'est ainsi que l'on trouve en premier le programme d'établissement, suivi par le plan directeur (d'ensemble ou détaillé) :

« art. 4 : le programme d'établissement définit les besoins que l'établissement doit satisfaire. Il énumère les différents services, sections ou unités le composant. En ce qui concerne les établissements sanitaires, les besoins sont définis dans le cadre des données de la carte sanitaire.

art. 5 : le plan directeur d'ensemble répartit les différents éléments du programme d'établissement entre les terrains dont l'établissement est propriétaire ou locataire en vertu du bail de longue durée ou dont il escompte obtenir la disposition.

art. 6 : le plan directeur particulier prévoit l'implantation, sur un terrain donné, des éléments du programme d'établissement affecté à ce terrain par le plan directeur d'ensemble. »

L'intérêt de ce texte réside dans le fait qu'il donne forme et contenu à ce nouveau concept qu'est le programme d'établissement. Il le positionne par rapport au plan directeur et le situe dans un ensemble. Notons qu'à ce moment, le programme d'établissement n'est encore qu'un outil technique, qu'un aspect d'une gestion de travaux, sans véritable dimension humaine ou stratégique. La terminologie est, en outre, cohérente, puisque l'on parle de programme et non de projet. Le programme d'établissement, au sens du décret de 1974, définit l'ensemble des besoins auxquels un établissement doit répondre, tandis que les programmes internes à moyen terme, poursuivent un objectif plus concret. Au cours de cette période préalable à la constitution du projet d'établissement, le programme d'établissement est son prédécesseur formel. Il est constitué d'un document qui définit les objectifs de l'établissement de soins par rapport à l'analyse de l'activité passée au cours des cinq dernières années.

Le diagnostic porte :

- par discipline et filière de soins ;
- en termes de buts diagnostic et thérapeutique ;

1. en terme d'enseignement et de recherche.

Ces documents sont théoriquement des techniques de programmation des investissements publics. Toutefois, leur rôle fut de fait plus complexe. Les lois de décentralisation et l'application de la dotation globale instituée par la loi du 19 janvier 1983¹⁹⁰ remettent en cause l'organisation projetée par la loi-cadre de 1970. Ces nouveaux facteurs redonnent une dynamique à l'idée de service national de la santé mais, cette fois-ci, fondé sur « la recherche d'une responsabilité régionale dans la maîtrise des dépenses de santé ».¹⁹¹ Par ricochet, le système hospitalier se trouve alors confronté à la notion de « rapport qualité-prix » des prestations offertes par l'hôpital. Initialement conçu comme une description limitée aux

¹⁸⁹ J.O. du 28 mai 1974, p. 5830.

¹⁹⁰ Loi n° du 19 janvier 1983.

¹⁹¹ Rapports du Sénat : rapport Jean Chérioux, n° 51, Sénat, 1983.

capacités d'hébergement, le programme d'établissement est devenu au cours des années 1980 l'instrument d'une planification à moyens constants¹⁹².

Il faudra attendre la circulaire n° 87-224 du 7 décembre 1987 pour que le contenu du programme d'établissement prenne une toute autre dimension : « Le programme d'établissement... constitue l'un des documents de référence de la planification sanitaire. C'est à la fois l'instrument principal de la politique hospitalière dans le cadre de la carte sanitaire et l'expression des missions et des objectifs d'un établissement ». Cette circulaire importante précise alors, en les repositionnant et en les coordonnant, trois facteurs entrés dans les mœurs hospitalières mais qui n'avaient pas été vraiment compris, le programme d'établissement, le plan directeur et la carte sanitaire.

- Les critiques des outils

La critique principale émise vis-à-vis des programmes d'établissement fut leur dimension politique, dont on a pu attribuer la cause à la présence du maire de la commune de l'établissement, président le conseil d'administration, et enclin « naturellement » à favoriser l'équipement de l'hôpital. A cela s'ajoute le mode de fonctionnement du budget global, favorisant les investissements et les établissements endettés¹⁹³, et enfin, le pouvoir de décision de la tutelle située au niveau départemental : la décision d'acceptation ou de refus au niveau des DDASS se situe plus au niveau des opérations d'extensions ponctuelles qu'au niveau de programmes globaux : le critère de jugement n'est pas la carte régionale, et ce, notamment parce que les programmes d'établissements et la carte sanitaire ne sont pas liés juridiquement.

Dès lors, le programme d'établissement se trouve déconnecté de la carte sanitaire et des programmes techniques à moyen terme, qui ne sont pas articulés sur le budget global de l'établissement¹⁹⁴, qui privilégie le court terme face à des besoins en prévisions permettant de programmer l'équipement en lits, l'évolution des plateaux techniques et la gestion du personnel. Enfin, le PMSI, mis en place de façon expérimentale, ne peut encore servir au cours des années 1980 à une allocation de ressources.

La carte sanitaire fit également l'objet au cours des années 1970 et 1980 de vives critiques. On la considère comme un outil rudimentaire et dépassé. En premier lieu parce qu'elle est incomplète quantitativement : elle ne traite que des établissements, et sur des disciplines très générales – médecine, chirurgie, obstétrique, et ne prend en compte que des équipements en lits alors qu'elle se fonde sur des indices de population. L'équipement hospitalier n'est pas évalué sur la base du plateau technique, alors que son influence, tant dans le recrutement que dans le budget de l'établissement, est croissante. En outre, la notion de lit est strictement quantitative et assimile un lit de médecine générale d'un hôpital local à un lit de médecine spécialisée de CHU.

Par ailleurs, les prévisions des besoins sanitaires de la population sont encore très imprécises. Si on examine les indicateurs d'équipements en matériels lourds, l'objet de la carte sanitaire est tout aussi imprécis et limité.

Ainsi l'insuffisance majeure de la planification hospitalière résida dans son retard conceptuel, confondant classiquement orientation et programmation. L'autre insuffisance est que la planification ne touche plus l'établissement comme entité mais est devenue une planification sectorielle (cardiologie, dialyses...).

Enfin, traditionnellement, la carte sanitaire a été pratiquée comme un outil défensif face à la croissance du secteur privé. Or, si les cliniques privées sont soumises à la carte sanitaire, les honoraires médicaux relèvent d'un contrôle de la part de l'assurance maladie¹⁹⁵. Dès lors, tous les actes réalisés à l'intérieur d'une clinique et ne nécessitant pas l'usage d'un équipement

¹⁹² Loi du 31 décembre 1970, article n° 22 ; article n° 4 du décret du 17 mai 1974 modifiés par la circulaire DH/4B n° 87-224 du 7 décembre 1987.

¹⁹³ En effet, le taux directeur appliqué à l'augmentation du budget porte sur les ressources de l'hôpital dans leur ensemble : l'endettement joue alors un effet de levier sur l'augmentation des recettes propres de l'établissement.

¹⁹⁴ Il faut relever ce paradoxe, sachant que les programmes techniques étaient censés estimer les besoins en prévisions en termes de programmation des lits, des plateaux techniques, et de la gestion du personnel. L'outil reste politique.

¹⁹⁵ à partir du « bordereau n° 615 ».

lourd échappent à la carte sanitaire, ce qui n'a pas permis de freiner la croissance des structures privées.

C'est dans ce contexte de sentiment d'insuffisance de la carte sanitaire qu'a été élaboré le rapport Étienne¹⁹⁶, qui inspirera la loi de 1991. Le rapport Étienne préconisait en particulier une définition plus précise de la politique hospitalière par l'élaboration de schémas régionaux et de planification hospitalière applicables au public et au privé sur la base d'un financement par le budget global et d'éléments d'informations prévus par le PMSI. Ces schémas auraient encouragé également les coopérations public-privé, et enfin, la planification aurait reposé sur les notions de discipline médicale et de filière de soins.

2.1.2 La formalisation du projet d'établissement : la loi du 31 juillet 1991

- Le contenu de la loi

Le projet d'établissement, par la loi du 31 juillet 1991, s'impose aux établissements de santé publics et aux établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier.

L'article n° L.714-11 du Code de la santé publique définit le projet d'établissement de façon très large : « Le projet d'établissement définit notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

La loi présente donc le projet d'établissement comme la résultante de quatre sous-projets, que sont :

- le projet médical ;
- le projet des services ;
- le projet de soins infirmiers ;
- le projet social.

La loi est peu explicite sur les contenus de ces projets. Son discours sur le projet médical est à ce titre exemplaire : « La commission médicale d'établissement :

1° Prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ;

2° Prépare avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, conformément à la section 3 du présent chapitre ;

3° Émet un avis sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, ... »¹⁹⁷ La seule contrainte de ce projet médical, mais qui n'est pas moindre, est donc son adéquation au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Le projet de service ou de département est défini à l'article n° L.714-23 du Code de la santé publique, qui énonce : « Le chef de service ou de département élabore avec le conseil de service ou de département un projet de service ou de département qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Tous les deux ans, un rapport d'activité et d'évaluation établi dans les mêmes conditions précise l'état d'avancement du projet et comporte une évaluation de la qualité des soins... »

¹⁹⁶ ETIENNE, J., CHANTEREAU, S., CADIER, S., *Planification hospitalière, Rapport au Ministre d'État, Ministre de l'Économie, des Finances et de la Privatisation, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi*, Paris, La Documentation française, 1986.

¹⁹⁷ Art. n°L.714-16 C.S.P.

Quant au projet de soins infirmiers, il est prévu par l'article n° L.714-26 du Code de la santé publique : « Une commission, présidée par le directeur du service des soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. Elle est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur... l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers... ».

Aucune précision n'est donnée sur le projet social.

- Le rôle des acteurs dans la loi

La loi hospitalière de 1991 précise les rôles de chacun dans la réalisation du projet :

« Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur... le projet d'établissement, y compris le projet médical, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement, ainsi que le contrat pluriannuel visé à l'article n° L. 712-4... »¹⁹⁸

Au niveau immédiatement inférieur, la Commission Médicale d'Établissement (CME) peut délibérer sur les choix médicaux de l'année à venir : elle « prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, émet un avis sur le projet d'établissement, émet un avis sur le projet de soins infirmiers. »¹⁹⁹

Le directeur prépare avec la commission médicale d'établissement le projet médical. Il présente chaque année au conseil d'administration un rapport sur les prévisions d'activité pour l'année suivante et sur l'adaptation des moyens nécessaires à la réalisation du projet d'établissement.

Le Comité Technique d'Établissement (CTE) « est obligatoirement consulté sur le projet d'établissement et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds. »²⁰⁰

La démarche générale est la suivante : le projet d'établissement, établi notamment sur les bases du projet médical est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration après avis de la CME, de la commission de soins infirmiers, et du comité technique d'établissement. Le conseil d'administration délibère alors sur le projet d'établissement dans son ensemble après avoir entendu le président de la CME.

A partir des projets de service, chaque chef de service ou de département élabore un projet qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre dans le cadre du développement de la qualité et de l'évaluation des soins. Enfin, au projet médical est adjoint un projet infirmier, dirigé par l'infirmier général et travaillé à partir d'un groupe exclusivement infirmier.

Ces projets réunis dans le projet d'établissement sont ensuite soumis à l'approbation de l'État. Celui-ci peut requérir l'avis de la commission régionale de l'évaluation médicale des établissements sur les projets médicaux, de même que les établissements peuvent lui demander un avis technique.

La loi fixe la durée du projet à 5 ans maximum et rend le projet d'établissement obligatoire pour les structures publiques et privées rattachées à la mission de service public hospitalier.

- Les marges de manœuvre

Si la loi fait du projet médical l'axe principal autour duquel se réalise le projet d'établissement, elle laisse entière liberté aux établissements pour organiser leur démarche projet et formaliser le projet d'établissement.

¹⁹⁸ Art. n°L.714-4 C.S.P.

¹⁹⁹ Art. n°L.714-16 C.S.P.

²⁰⁰ Art. n°L.714-18 C.S.P.

En effet, le projet est imposé dès 1991 comme le socle du système de régulation des structures sanitaires, sans que son contenu ni son mode d'élaboration ne soient définis dans la loi. Seuls les domaines généraux sont précisés dans un canevas très souple : domaine médical, domaine infirmier, politique sociale, plans de formation, gestion, système d'information. Structurellement, le projet d'établissement se trouve, dans la loi, être la *résultante* de quatre sous-projets, le projet médical, le projet de service, le projet de soins infirmiers, le projet social.

Ces quatre grands chapeaux, qui voulaient inscrire un espace de liberté ont pu être des pièges, car, même s'ils restent très généraux, ils présentent un canevas qui peut nuire à la *construction* d'une cohérence d'ensemble et qui est donc potentiellement une entrave à la construction du projet de l'établissement, puisque ce dernier apparaît être la somme des projets qui le composent. Or, il manque un « liant » d'ensemble général, qui peut être certes trouvé partiellement dans les projets de service et le projet de gestion, mais qui risque de faire défaut dans un établissement soucieux de se conformer strictement à la règle. Mais cet établissement ne sera pas alors dans une démarche de projet, il réalisera simplement un document nommé « projet d'établissement » en bonne conformité : le projet ne peut se limiter à la seule conformité.

C'est en effet dans l'espace de liberté que se joue la légitimité et la pérennité du projet d'établissement.

Plus précisément, J.-P. Claveranne note que « la démarche stratégique, qui ne peut être réduite à une sommation de microprojets médicaux ou ramenée à une démarche médicale *stricto sensu*, ne peut être, non plus, exclusivement centrée sur le seul développement ou la seule expansion des services. »²⁰¹ Ainsi, il s'agit, à partir d'un objet médiat commun aux acteurs de la structure de construire un projet de l'établissement autour duquel les acteurs du projet se retrouvent. Ce peut être un projet de qualité, d'amélioration de l'organisation, de la prise en charge, des filières de soins.

2.2 LES CHEMINEMENTS DU PROJET D'ETABLISSEMENT ARTICULES AUX PRATIQUES

Si la loi formalise à un moment donné un certain nombre de paramètres du projet, elle ne dit rien sur les façons dont les acteurs du champ sanitaire hospitalier ont pu se saisir du concept et le modeler, avant sa fixation légale, mais aussi après celle-ci. Une perspective complémentaire permettant d'aborder l'évolution du concept de projet d'établissement est de regarder la surface et les interfaces²⁰² des discours professionnels de l'époque.

Nous avons retenu deux formes possibles d'incarnation de ces discours : la littérature professionnelle et ses évolutions sur une période de 10 ans (1987-1996), et l'analyse synchronique de 34 projets d'établissements réalisés immédiatement avant et après la réforme de 1991.

2.2.1 L'examen de la littérature professionnelle ou le prisme des pratiques fluctuantes d'une époque

L'analyse de la littérature professionnelle sur le projet d'établissement permet de distinguer quatre périodes sur la genèse du concept. Ces quatre périodes ne correspondent pas nécessairement à l'évolution intrinsèque du concept (que nous avons présentée en trois temps), mais à l'évolution des *perceptions professionnelles* portant sur les usages concrets du projet d'établissement.

La première, de 1987 à 1991 comprend les sources du projet d'établissement, avec de nombreuses références au projet d'entreprise. La deuxième, de 1992 à 1994, montre les différentes expériences réalisées, avec une prolifération des outils et des méthodes. Du projet référence, idéologique, on passe à un projet plus instrumental, qui puise ses référentiels dans la stratégie. De 1994 à 1996, on constate un tassement de la littérature sur le sujet, le concept

²⁰¹ « Le projet d'établissement à l'hôpital... », art. cit., pp. 298-299.

²⁰² en allusion à DAGOGNET, F., *Face, surfaces, interfaces*, Vrin, 1982.

semblant stabilisé. Puis on constate un renouveau certain, une réexploration du concept depuis 1996, visant à articuler le projet à la réforme Juppé. La littérature présentée ici provient quasiment exclusivement du champ sanitaire. Il s'agit de percevoir la perméabilité du concept au fil du temps et des contraintes qui pèsent sur le secteur.

- De 1987 à 1991, la malléabilité d'un concept protéiforme

Les premiers éléments de la littérature professionnelle portant sur le projet d'établissement s'inscrivent dans des réflexions théoriques plus ou moins élaborées inscrites dans le courant de la planification, visant à raccrocher au plan directeur²⁰³ ou au programme d'établissement²⁰⁴ un concept issu du secteur privé, rattaché à des formes de planification stratégique. Le projet d'établissement est perçu à ce moment comme le volet complémentaire des deux outils instrumentaux qui le précèdent.

Une autre tendance supplante rapidement cette dernière pour présenter sa légitimité dans le « partage de valeurs », dans la « philosophie partagée » par les acteurs de l'établissement, le plus célèbre étant le projet d'établissement du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, dont la devise était de devenir « l'hôpital le plus accueillant de France ». Cette intention était alors justifiée par « l'amélioration de la qualité globale de la prestation servie aux malades en mobilisant tous les personnels de l'hôpital autour d'un projet commun, en renforçant la cohésion interne, en créant de façon durable une dynamique de progrès ». Aidé par le cabinet Bossard Consultants, le CHRU de Limoges a ainsi élaboré une démarche de mobilisation des hommes qui se présentait sous le slogan suivant : « Une ENTREPRISE pour la VIE, un PROJET pour l'AVENIR, et une STRATÉGIE pour réussir »²⁰⁵. Les principes collectifs ayant guidé cette démarche étaient les suivants : « Toute l'entreprise doit être animée par le projet... résultante des micro projets locaux... ; pour qu'il y ait projet, il faut que l'entreprise se dote d'un projet, il faut que les salariés se mobilisent, il faut que les gens s'impliquent. »²⁰⁶

Il serait aisé d'ironiser sur ces propos avec le temps du recul de notre place. Il s'agit de comprendre, au delà du concept pauvre de sens ou tautologique, la volonté des directeurs de l'époque de tenter de construire une légitimité renouvelée de leur structure à un moment où la vocation de l'hôpital ne va plus de soi, où les contraintes budgétaires commencent à peser, et où il est de bon ton de montrer qu'un « hôpital moderne » est un « hôpital entreprise », au temps de l'entreprise triomphante. Trois ans après, le directeur de l'établissement, faisant un bilan, expliquera avec incantation que « le Projet d'entreprise à l'hôpital Public n'a rien d'utopique. Au CHU de LIMOGES, c'est une réalité. »²⁰⁷ en montrant l'ensemble des dispositifs mis en œuvre autour des prises de rendez-vous, des comptes rendus opératoires, d'ateliers organisés en « PME ». Toutefois, si les éléments de transformation concrets sont incontestables, on perçoit très difficilement en quoi ils découlent du slogan initial. A travers cet exemple, il est aisé de voir comment à partir d'un concept relativement creux ou manipulateur se sont réalisés, cependant, un ensemble de changements des modes de travail et des relations du personnel, qui ont été structurants²⁰⁸. Le projet est alors « contexte » ou « prétexte » à la mise en place d'outils de gestion transverses.

²⁰³ CHR de TOULOUSE, *Du projet d'établissement au plan directeur face aux années 1990*, Toulouse, CHR, juin 1989, 128 p.

²⁰⁴ GROUPE D'ETUDE ET DE REFLEXION DES HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES, *Le projet médical d'établissement : du projet au programme*, Actes des Journées du GERHNU, Villepinte, 8 déc. 1987 ; et d'un des animateurs de la Journée précédente, MISLER, A., « Le P... médical d'établissement : du projet au programme », *La médecine hospitalière*, n° 4, 1988, p. 83.

²⁰⁵ CHRU de Limoges, *Le projet d'entreprise à l'hôpital, séminaire de formation*, Limoges, 19-20 oct. 1989, 255 p.

²⁰⁶ FAUVET, J.-C., « Gouverner les hommes par le projet », in CHRU de Limoges, *Le projet d'entreprise à l'hôpital, séminaire de formation*, Limoges, 19-20 oct. 1989, p. 25.

²⁰⁷ FONTARENKY, S., « Un projet d'entreprise à l'hôpital public : 'devenir l'hôpital le plus accueillant de France' », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 10, n° 5-6, 1990, pp. 347-352.

²⁰⁸ Ce processus peut être rapproché de l'engouement à la même époque dans les entreprises pour la « réflexivité professionnelle » : Cf. ERALY, A., « L'usage de la psychologie dans le management : l'inflation de la 'réflexivité professionnelle' », in BOUILLOU, J.-P., LECUYER, B.-P. (dir.), *L'invention de la gestion, Histoire et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 1994, 326 p., pp. 135-159, et notamment les pp. 143-146.

Le projet est alors perçu comme un outil permettant à l'organisation, en réponse à ses « problèmes d'identité », de se donner « un grand dessein »²⁰⁹.

Il est perçu également ailleurs comme un outil de motivation du personnel autour du corps médical²¹⁰. Dans ce contexte, « projet d'entreprise », « projet d'établissement », « projet médical », « projet médical d'établissement » sont synonymes. C'est Le plus souvent le médecin président de CME²¹¹ qui pilote le projet.

On voit, en outre, émerger des projets d'établissement « stratégiques »²¹² ou axés sur la qualité²¹³. Quelques travaux issus de mémoires d'élèves directeurs de l'ENSP²¹⁴ proposent des méthodologies de conduite de projet d'établissement²¹⁵. Tous ont pour point commun de proposer des éléments favorisant l'intégration collective à partir des facteurs de motivation des acteurs de l'hôpital et s'inscrivent donc comme une déclinaison de ce que J.-P. Boutinet nommera *projet de référence*. D'autres méthodologies présentées sont instrumentales et s'inscrivent dans la logique diagnostic / mise en œuvre²¹⁶.

Ainsi, au moment où le projet d'établissement passe des initiatives locales à l'obligation légale, les hôpitaux construisent des méthodologies de conduite de projet plus ou moins sophistiquées à l'aide de cabinets conseil. Ces méthodologies ont conduit à des publications d'ouvrages dont les deux plus célèbres sont *L'hôpital et son projet d'entreprise, Vers l'œuvre de santé*, par B. Honoré et *Le projet d'entreprise à l'hôpital*, par T. Mulsant²¹⁷. Ces deux ouvrages ont fait référence d'abord par leur auteur. Formateur, psychiatre et psychosociologue, le premier s'intéresse au sens dans la démarche projet dans l'hôpital, tandis que le second, médecin épidémiologiste, était consultant dans le cabinet Andersen Consulting. Ils ont été également largement diffusés car ils adhéraient aux démarches consensuelles de l'époque.

- De 1992 à 1994, le déploiement des méthodologies instrumentales

Les années 1992 et 1993 furent certainement les plus riches dans la production d'ouvrages et articles sur le projet d'établissement. Elles correspondent aux points suivants :

- *une phase de réflexion et de stabilisation autour du concept*²¹⁸

²⁰⁹ Cf. TOME, J.-F., « Le projet d'entreprise à l'hôpital », *Mémoire de fin d'assistantat*, Rennes, ENSP, 1987, 220 p.

²¹⁰ cf. notamment les travaux réguliers de l'UNION HOSPITALIÈRE DU SUD OUEST : « Le projet médical d'établissement », *Revue Hospitalière de France*, n° 414, oct. 1988, p. 829 et « Le projet médical d'établissement et le rapport d'activité médicale », *Revue Hospitalière de France*, n° 424, oct. 1989, p. 707.

²¹¹ Commission Médicale d'Établissement.

²¹² BROUN, G., « Projet médical : réflexions sur la stratégie d'établissement », *Gestions Hospitalières*, n° 309, oct. 1991, pp. 672-676.

²¹³ au CH de Laon : PAUL, J.-P., « Du projet global d'établissement au projet d'établissement qualité totale », *Gestions Hospitalières*, n° 307, juil. 1991, pp. 481-485 ou différents articles sur le même centre hospitalier in *Qualité Santé*, n° 9, fév. 1991.

²¹⁴ Ecole Nationale de la Santé Publique.

²¹⁵ GARITO, R., « L'élaboration du projet d'établissement de la Croix Rousse : méthodologie et analyse », *Mémoire d'élève directeur de 3^e classe*, Rennes, ENSP, 1991, 78 p. + Annexes ; DUFRAISSE, J., « L'élaboration du projet d'établissement du centre hospitalier de Fontainebleau », *Mémoire d'élève directeur de 3^e classe*, Rennes, ENSP, 1991, 83 p. + Annexes.

²¹⁶ Une présentation très sommaire et peu opératoire pour une méthodologie est présentée dans GUILHEMSANS, G., « Comment réaliser un projet d'établissement », *Techniques hospitalières*, n° 546, mars 1991, pp. 23-26 ; plus rigoureux et complet est le travail de BLOCH-LEMOINE, M., « Méthode d'élaboration d'un projet d'établissement », *Techniques hospitalières*, n° 555, déc. 1991, pp. 71-107.

²¹⁷ HONORE, B., *L'hôpital et son projet d'entreprise, vers l'œuvre de santé*, Toulouse, Privat, 1990, et MULSANT, T., *Le projet d'entreprise à l'hôpital*, Paris, Berger-Levrault, 1991, 144 p.

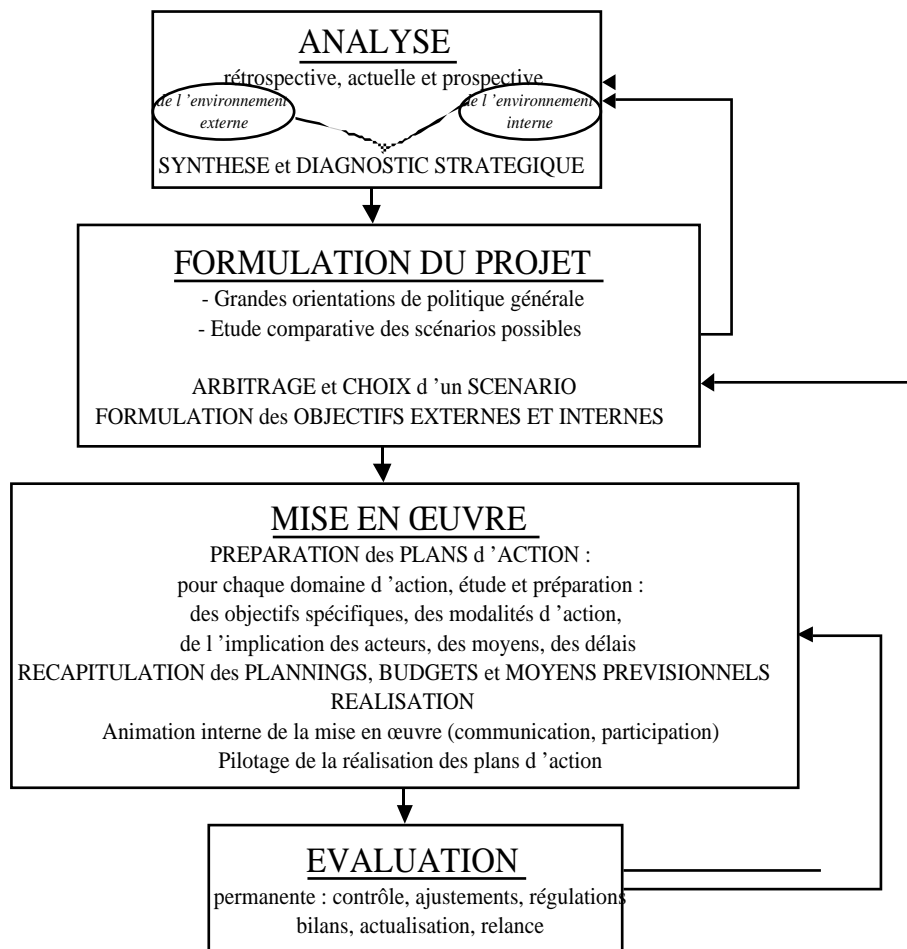
²¹⁸ HOSPICES CIVILS DE LYON (Direction de la stratégie), *Essai de définition du projet d'établissement, du projet médical, du programme d'établissement, et du plan directeur*, Lyon, document interne HCL, 1992, n.p. ; cf. aussi d'une manière plus générale BARTOLI, A., LOCOMTE-BOUCHARDY, I., TROUILLER, G., *Synthèse de l'étude sur les projets d'établissement*, Paris, Direction des Hôpitaux, mars 1992, 30 p. ; CLÉMENT, J.-M., « Le projet d'établissement », *Cahiers hospitaliers*, juil. 1992, pp. 7-11.

Elle met en avant l'idée d'une présentation d'une stratégie de l'établissement pour les 5 ans à venir, étayée par un diagnostic interne et externe, affirmant le primat d'une direction autonome responsable de la définition et de la réussite des objectifs de l'établissement.

- *des réflexions méthodologiques* dans le prolongement de cette stabilisation du concept,

Elles sont menées souvent avec l'aide de consultants ou d'universitaires, issues tant des établissements que de la Direction des hôpitaux du Ministère ou d'organismes publics²¹⁹. Ainsi, la Direction des hôpitaux précise que le projet d'établissement est « avant tout une démarche reposant sur une vision prospective et stratégique, [dont l']approche est globale et cohérente, s'appuyant sur un processus d'implication des acteurs de l'hôpital... en tous cas il ne saurait se limiter à la formalisation d'une simple « charte » d'objectifs... » en notant plus loin la nécessité d'une « logique participative canalisée »²²⁰ clairement encadrée. La démarche proposée par le ministère est la suivante :

Figure 3 : La démarche projet proposée par la Direction des Hôpitaux



²¹⁹ JALLU, J.-L., « Du concept à l'outil : le projet d'établissement au CHRU d'Amiens », *Techniques hospitalières*, n° 560, mai 1992, pp. 23-28 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ (DIRECTION DES HÔPITAUX) « Bâtir un projet d'établissement : éléments méthodologiques », *Informations hospitalières*, n° 38, nov. 1992, 72 p. Document réalisé à partir des travaux du CERIM d'octobre 1991 à février 1992 ; HODDE, R., « La qualité du projet d'établissement : questions de méthodes », *Hospitalisation nouvelle*, nov. 1993, pp. 20-23. Pour une analyse de l'appropriation d'une méthodologie externe par un hôpital, on pourra voir JAILLET, J.-Y., « Élaboration et suivi du projet d'établissement au Centre Hospitalier de Versailles : méthodologie et analyse », *Mémoire d'élève directeur de 3^e classe*, Rennes, ENSP, 1993, 97 p.

²²⁰ « Bâtir un projet d'établissement... », art. cit., p. 15.

La méthodologie proposée ressemble ainsi, ce que ses détails confortent, à un diagnostic stratégique bien connu dans la littérature managériale, diagnostic s'inspirant de la tendance « formulation / mise en œuvre », dont un des exemples est l'ouvrage de M. Crémaez, *Le Management stratégique hospitalier*²²¹ inspiré de l'école stratégique d'HEC²²².

D'une façon plus générale, le projet d'établissement apparaît comme un outil permettant de gérer la complexité à l'hôpital²²³, de donner des éléments de transparence sur ce qui est perçu, tant en interne qu'en externe comme une « boîte noire » à ouvrir.

- L'introduction d'une évaluation²²⁴ plus systématique dans le projet :

Notons que l'évaluation est un thème particulièrement développé dans le champ sanitaire à partir des années 1990. Si l'évaluation était déjà présente dans la méthodologie proposée par la Direction des Hôpitaux, elle se trouve confirmée et formalisée par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), créée en 1991, dont l'objet fut, notamment, de produire des référentiels en matière de pratiques thérapeutiques. L'ANDEM a participé ainsi à la réflexion en proposant un guide d'évaluation²²⁵ des projets d'établissement.

- On constate également, en parallèle, une réminiscence des discours rappelant des projets de la fin des années 1980, privilégiant la *motivation collective*²²⁶, la gestion des ressources humaines²²⁷, la culture d'entreprise²²⁸ ou la communication²²⁹. On note également des réflexions portant sur l'engagement des hospitaliers en terme de responsabilité dans le projet d'établissement²³⁰.

- Quelques travaux ponctuels portent sur l'analyse financière²³¹ et le projet d'établissement, ou encore la *stratégie* (très voisins des articles se revendiquant en « méthodologies »)²³².

En outre, les premières critiques²³³ sur les méthodes employées apparaissent et discutent le bien-fondé du projet d'établissement. Ces dernières portent sur le caractère technocratique des

²²¹ CREMADEZ, M. GRATEAU, F. (coll.), *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterEditions, 1992 et 1997 (2e éd.), 448 p.

²²² STRATEGOR, *Stratégie, Structure, Décision, Identité*, Paris, InterEditions, 1988, 500 p.

²²³ LEONARD, J.-L., « Gérer la complexité à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 321, déc. 1992, pp. 787-791.

²²⁴ PINSON, J., « L'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital Louis Mourier : un projet d'établissement », *Mémoire d'élève directeur de 3^e classe*, Rennes, ENSP, 1992, 80 p. + Annexes ; BOITEUX, A., « L'évaluation appliquée à la santé. Le management à l'hôpital : du projet d'établissement au programme d'assurance qualité », *Décision santé*, fév. 1993, pp. 33-36.

²²⁵ ANDEM, *Le projet d'établissement, Évaluation et formulation d'un guide d'évaluation*, Paris, 1993, 62 p. Document présent également en version préparatoire dans CLAVERANNE, J.-P., « Évaluation du projet », Working Paper, Lyon, GRAFIC, URA CNRS 1257, 1993, 62 p.

²²⁶ LACOTTE, D., « Table ronde de l'ENSP : le projet d'établissement, la concertation au nom des soins », *Horizon clinique*, n° 27, jan. 1992 ; BANDELIER-WITZ, O., « Projet d'établissement : les clés de l'avenir » ; *Clinic International*, n° 45, sept. 1992, pp. 24-26 ; COLLECTIF, « Le projet d'établissement est-il un moyen privilégié pour insuffler une dynamique de changement dans le monde hospitalier public ? », *Document ENSP (séminaire interprofessionnel)*, Rennes, ENSP, 1994, 15 p. + Annexes.

²²⁷ DUVAL, D., « Le rôle de l'infirmière générale dans la conduite du projet d'établissement », *Mémoire de fin de formation des infirmiers généraux*, Rennes, 1992, 57 p.

²²⁸ FOULQUIER, T., GREFFIER, C., « Projet d'établissement : révolution culturelle annoncée », *Gestions hospitalières*, n° 319, oct. 1992, pp. 638-642.

²²⁹ RAIKOVIC, M., DUSSOL, A., « La communication, starter du projet d'établissement. L'expérience du CHG de Montauban », *Décision santé*, n° 43, juin 1993 ; GUILLOT, D., CABANIS, J.-N., *et alii*, « Communication et projet d'établissement », *Informations hospitalières*, n° spécial, oct. 1993, pp. 9-30.

²³⁰ HONORE, B., SAMSON, G., *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Toulouse, Privat, 1994, 254 p., ouvrage synthétisant les séminaires de l'ENSP qui regroupèrent en 1992 les directeurs, présidents de CME, directeurs de soins infirmiers.

²³¹ RENIER, M. « Analyse financière et financement du projet d'établissement au Centre hospitalier de La Rochelle ou le passage d'une logique budgétaire annuelle à une logique financière pluriannuelle », *Mémoire d'élève directeur de 3^e classe*, Rennes, ENSP, 1994, 97 p. + Annexes ; NEZONDET, O., BERNARD, M., SEGADE, J.-P., « Les finances et le projet d'établissement ou une nouvelle version de la cigale et la fourmi », *Techniques hospitalières*, déc. 1993, pp. 90-91.

²³² CREMADEZ, M., *op. cit.*

projets, privilégiant l'analyse des forces et faiblesses de l'établissement dans sa situation dans l'offre générale de soins au détriment d'une analyse des besoins de santé qui pourrait passer par la notion de réseau entre structures, et donc en terme de complémentarité de l'offre.

- De 1994 à 1996, l'évidence du concept

Cette période est relativement calme dans la littérature professionnelle.

On associe encore, mais avec moins de verve, le projet d'établissement aux questions de culture²³⁴ ou de ressources humaines²³⁵ apparentées au projet de référence de la première époque²³⁶. Une critique des projets bâtis sur « le consensus mou » apparaît : l'hôpital ne peut pas, ne doit pas construire un projet sur « une illusion des compromis », artifice d'une « non-réalité » où les discours sont plus normatifs qu'opérationnels, mais sur « la dynamique de l'équilibre des pouvoirs »²³⁷ passant par une reconnaissance de l'autorité et des compétences de chacun et son corollaire, la responsabilisation. Notons que cette critique s'arme d'un concept montant en puissance alors dans le champ sanitaire, qui est celui de la responsabilité (médicale, du directeur, de l'État vis-à-vis des patients et des contribuables).

- Depuis 1996, la régénération du projet d'établissement

On constate depuis 1996 une prolifération renouvelée de la production d'articles qui abordent la question du projet d'établissement sous des problématiques spécifiques²³⁸.

Ils abordent également les relations entre le projet et la contractualisation²³⁹ d'une façon théorique ou à partir d'une expérience délicate menée à l'hôpital de Maison Blanche, les indicateurs de pilotage et d'évaluation²⁴⁰, le système d'information²⁴¹... Toutefois, presque rien n'est dit sur la tendance « ressources humaines » des années précédentes²⁴². D'une certaine manière, le projet d'établissement s'est stabilisé et est perçu comme un *outil* de

²³³ ABONNEL, C., « Projet médical d'établissement : un projet médico-administratif ? », *Ressources hospitalières*, jan. 1993, pp.14-15 ; TANGUY, A., CHAMBAUD, L., MARTIN, C., « Projet médical d'établissement : une autre logique ? », *Gestions hospitalières*, n° 329, oct. 1993.

²³⁴ LEONARD, J.-L. « Projet d'établissement, un choc culturel », *Gestions hospitalières*, avril 1995, pp. 309-312.

²³⁵ CHEVANCE, C., « L'amélioration des conditions de travail comme instrument et élément de la stratégie au CHU de Bicêtre : le rôle des cadres dans la mobilisation du personnel autour du projet d'établissement », *Mémoire d'élève directeur de 3^e classe*, Rennes, ENSP, 1994, 100 p. + Annexes ; VAUCONSANT, C., « La politique de management des cadres infirmiers. Contribution à l'élaboration de nouvelles organisations de travail dans le cadre du projet d'établissement de Ville-Evrard », *Mémoire d'élève directeur de 3^e classe*, Rennes, ENSP, 1995, 99 p.

²³⁶ TOUSSAINT-CHASTAGNOL, N., « Le projet d'établissement hospitalier », *Objectif soins*, n° 39, jan. 1996, pp. 25-27 et n° 40, fév. 1996, pp. 25-27. Extrait d'un mémoire de maîtrise réalisé en 1994.

²³⁷ SEGADE, J.-P., et ROMATET, J.-J., « Un nouveau paradigme », *Gestions hospitalières*, avril 1995, pp. 313-316.

²³⁸ COLLECTIF, « Le projet d'établissement », *Hospitalisation nouvelle*, n° 255, fév. 1998, pp. 16-36.

²³⁹ COLLECTIF, « Les projets d'établissement après avril 1996 », *Technologie santé*, n° 29, juin 1997, pp. 3-92, et notamment ESPER, C., « Les effets des ordonnances du 24 avril 1996 sur les projets d'établissement », pp. 4-6 ; MORDELET, P., BATARD, J.-P., « Projet d'établissement et contrats d'objectifs au service d'une restructuration des coûts », *Technologie santé*, n° 30, sept. 1997, pp. 58-63.

²⁴⁰ SPINNWIN, D., « Indicateurs de suivi et d'évaluation des projets d'établissement », *Inter Bloc*, n° 4, 1997, pp. 80-81.

²⁴¹ LABROUSSE, M., « Système d'information et projet d'établissement », *Entreprise santé*, n° 3, juin 1996, pp. 33-34 ; NISAND, G., ROESLIN, N., CASTEL, P., KRENCKER, C., COUTY, E., « PMSI et projet d'établissement. Méthodes d'estimation du nombre de lits et places », *Gestions hospitalières*, avril 1997, pp. 293-297. Notons que le sujet avait été traité plus en profondeur cinq ans auparavant dans MOUNIC, V., POUVOURVILLE (de), G., NAIDITCH, M., « Le PMSI : un outil pour le projet médical d'établissement », *Gestions hospitalières*, n° 312, jan. 1992, pp. 59-69/

²⁴² sauf peut-être dans EYMARD-SIMONIAN, C., « Projets professionnels et projets de services », *Gestions hospitalières*, avril 1998, pp. 279-282, qui adopte cependant un propos nuancé sur les « projets idéologiques » sans instrumentation.

management²⁴³ pour l'hôpital, l'objet est passé d'une phase idéologique à une phase d'instrumentalisation. Les thèmes qui se greffent alors dans les discours portent sur le « management stratégique », mais aussi sur les modes d'organisation des structures en réseaux formalisés, sur la contractualisation interne et externe. Certaines critiques sont d'ailleurs émises face à cette « technicisation du projet d'établissement »²⁴⁴ et prônent un retour au « projet humain ».

Afin de compléter cette analyse par la littérature professionnelle, il convient de recourir à une autre source d'information sur la structuration du concept de projet d'établissement, et qui porte sur l'analyse d'un échantillon de documents collectés auprès des structures de soins.

2.2.2 L'analyse des projets d'établissements d'une région ou les formes de légitimation des discours

Notre laboratoire de recherche a conduit une étude sur les projets d'établissement de la région Rhône-Alpes²⁴⁵, dont l'objet a consisté à établir une cartographie des projets d'établissement de structures ayant accepté d'être incluses dans l'échantillon, soit 34 établissements. Nous avons reconstitué le matériau originel collecté et l'avons interrogé par rapport à notre question de recherche. Les documents analysés portent sur des projets d'établissement écrits entre 1990 et 1994 : certains ont été réalisés avant la parution de la loi portant réforme hospitalière, d'autres après l'approbation de la nouvelle carte sanitaire et de l'avant-projet de SROS. Ces documents ont été réalisés soit par des établissements pionniers, soit par des structures s'inscrivant dans la mouvance de la réforme. En outre, les contenus des projets ne sont pas équivalents : certains projets sont appelés « projet médical », voire « projet médical stratégique », tandis que d'autres recouvrent l'ensemble des champs prévus pour le projet d'établissement. D'autres enfin sont figés au stade d'avant-projet.

La moitié des projets d'établissement analysés montre la présence d'une définition claire de la politique de l'établissement que nous avons recherchée dans :

- l'expression de priorités économiques et sociales ;
- sa formulation émise par le conseil d'administration ou la direction ;
- une construction à partir d'un diagnostic interne et d'un diagnostic externe portant sur l'offre générale de soins.

En revanche, les points suivants sont très peu intégrés dans la démarche stratégique :

- les réflexions de la commission médicale d'établissement ou des autres instances représentatives ;
- le rappel de la vocation de l'établissement, de ses missions ;
- les axes de la politique de santé, nationale et régionale, à travers les priorités de l'État et du SROS.

La présence d'une **méthode de conduite de projet** a été évaluée dans les documents par la recherche d'une explicitation et d'une justification d'une méthode de travail.

La moitié des établissements exposent une méthode. Les méthodes retenues reposent sur l'appui de consultants externes dans la moitié des cas. Le mode de désignation de ce consultant n'est alors pas précisé et la commande faite est en général d'ordre strictement technique. La mise en place de structures projet internes adaptées à la conduite du projet d'établissement (de type « groupe de pilotage », équipes projet) est encore moins fréquente. Dans le cas d'une présence d'une telle structure, les participants sont les médecins et les représentants de l'administration. Les représentants des tutelles et des financeurs sont exceptionnellement mentionnés, de même que le personnel soignant. La méthode utilisée,

²⁴³ CAILLET, R., « Tendances actuelles du management à l'hôpital », *Soins formation*, n° 15, 3° trim. 1995, pp. 31-39 ; BARBEROUSSE, P., SOULIE, P. « Hôpital national de Saint-Maurice : le projet d'établissement comme outil de management d'un hôpital de rééducation », *Technologie santé*, juin 1997, pp. 62-65.

²⁴⁴ HONORE, B., *La santé en projet*, Paris, InterEditions, mars 1996, 221 p.

²⁴⁵ GRAFIC, « Du SROS au Projet et réciproquement », *Rapport au COTER*, Lyon, URA CNRS 1257, sept. 1994, 35 p.

quand elle est décrite, est le plus souvent linéaire et combine des critères quantitatifs et qualitatifs : quatre projets seulement formulent une méthode reposant sur une démarche itérative.

Le point suivant de l'analyse a consisté à examiner l'existence d'un **diagnostic global**, dont la première composante est la *prise en compte de l'environnement*. Elle peut porter sur l'étude du profil des patients, sur l'offre de soins et les partenaires du champ sanitaire et social. Les données les plus fréquentes au sujet des patients portent sur l'origine géographique, présentée sous forme de zone d'attraction de l'établissement, et sur des données démographiques d'âge et de sexe. Mais il manque systématiquement des informations de type « flux de clientèle » qui se dirigeraient ailleurs que dans l'établissement, des informations d'épidémiologie locale et des informations sociales et économiques.

Le recensement sur *l'offre de soins concurrente* est présent une fois sur deux, mais est limité à des statistiques grossières (nombre de médecins, nombre de lits (parfois), sans distinction des différentes natures d'activité).

Les projets étudiés ne décrivent pas de relations, de prises de contact ou de discussion avec des organismes susceptibles d'être partenaires, issus du champ sanitaire et social, comme les collectivités territoriales, les tutelles, les organismes de financement, les ordres professionnels, les syndicats...

La seconde composante du diagnostic global est la présence d'un *diagnostic interne*. La moitié des projets d'établissement recense les compétences disponibles au sein de l'établissement, éventuellement sous forme de métiers exercés et maîtrisés. De même, l'activité déployée par l'établissement est citée dans un peu moins de la moitié des cas, et se trouve éventuellement déclinée par service ou centre de responsabilité. Cette activité est décrite exclusivement d'un point de vue quantitatif. Il n'y a pas, ou sporadiquement, d'informations sur :

- la typologie des corps médical et paramédical (pyramide des âges, formation initiale et permanente) ;
- les équipements structurants (description du parc, niveau d'utilisation) ;
- les moyens financiers disponibles, le mode de gestion, les modalités de choix et de priorisation des allocations de ressources ;
- les systèmes d'information, et leur utilisation dans l'élaboration du projet.

Aucun des projets étudiés ne portait de **volet prospectif** faisant état de deux ou trois scénarios alternatifs, tant sur l'avenir de l'établissement que sur celui de son environnement.

Le souci de **cohérence**, de flexibilité et de modularité est analysé dans les modifications ou infléchissements présentés dans le projet sans remettre en cause son architecture globale. La moitié des projets étudiés a fait état d'une cohérence interne, en présentant un souci d'adaptation des orientations au projet politique, aux ressources internes, au profil des patients accueillis. La moitié des projets également mentionne un souci de cohérence externe, présent sous la forme d'intentions de complémentarités avec les structures innovantes, hospitalières ou, plus rarement, ambulatoires. En revanche, un seul projet d'établissement propose un projet par scénarios alternatifs ou modulaires, permettant de composer un projet évolutif.

Nous avons repéré ensuite les **instrumentalisations financières** du projet d'établissement. Si la moitié des projets mentionne la nécessité d'investissements supplémentaires (en bâtiments ou gros matériel) et de demandes de postes (médicaux et paramédicaux), deux seulement font figurer explicitement le total estimé des surcoûts engendrés.

Enfin, aucun projet d'établissement ne fait référence à la mise en place d'une structure d'**évaluation interne** et de suivi de la réalisation du projet.

Ce panorama rapide suffit à montrer comment les premiers projets d'établissement ont pu manquer, non de vision ou d'intention, mais d'instruments d'évaluation, de positionnement, de pilotage des projets définis. Ces projets restaient incantatoires, imaginant le pouvoir de leur discours suffisant pour s'autoréaliser.

Conclusion du chapitre

Au milieu des années 1990, le projet d'établissement rentre alors dans le cadre de ce que J.-P. Boutinet nomme les « organisations à projet », par différenciation avec « les activités et les objets à projet »²⁴⁶. Il montre notamment que la quête des organisations à se doter d'un projet s'étaye sur une volonté de rendre l'action plus cohérente... mais en jouant simultanément sur des registres différents du concept.

En premier lieu vient le projet de référence, sorte de charte inspiratrice de l'action. Cette charte de référence est le registre d'un certain nombre de valeurs et de finalités sur lesquelles le consensus peut (ou doit) se faire. La formalisation du projet apparaît dès lors quand les finalités de l'organisation sont incertaines ou que le consensus entre principaux acteurs n'est pas réalisé : il s'agit de formaliser la légitimité de l'organisation... qui se trouve donc remise en cause. Le projet d'entreprise, et les premiers projets d'établissement de certains hôpitaux, n'ont pas échappé à cette mouvance idéologique. Cette forme de projet est donc paradoxale, puisqu'elle est censée révéler les valeurs de l'organisation à ses membres — preuve de leur faiblesse ! — tout en les formalisant dans un document, c'est-à-dire en les figeant. Mais elle s'inscrit d'une façon plus générale dans un processus de légitimation de l'organisation qui ne peut se positionner par le seul échange marchand. Dans une société postindustrielle, marquée par les échanges des biens, les organisations focalisées sur les échanges de services, et/ou les organisations à but non lucratif (qui s'inscrivent le plus souvent dans les précédentes) recourent au projet de référence pour (r) asseoir leur légitimité. Le projet sera donc dans ce cadre le révélateur, le mode d'expression de la *culture* de l'organisation... ou de la vision de ses seuls dirigeants : formalisation — certes commode, mais peu efficace — du discours stratégique des dirigeants de l'organisation. L'impasse majeure de ce genre de projet réside dans l'absence de facette opératoire, qui conduit alors le projet à un ensemble de vœux pieux jamais réalisés.

Ainsi, au cours des années 1980, le projet d'établissement, dans sa genèse, aura été une forme de production d'un discours conduisant à la rédaction d'une charte de valeurs visant à formaliser les missions et finalités de l'organisation. Cette réponse à une quête de sens peut être lue comme le glas sonnante la fin du mythe hôpital, où la tragédie de la vie se jouait dans une unité de lieu, de temps et d'action. L'impasse dans laquelle s'est située ce projet de référence est le brassage par nécessité large et consensuel à partir duquel « émergent » les « valeurs de l'hôpital », suffisamment larges pour que chacun puisse s'y retrouver : par exemple, « le projet d'établissement pourrait être la mise en forme, à un moment de son histoire, de la démarche entreprise pour faire partager son destin par l'ensemble du personnel avec le développement du sentiment d'appartenance à une communauté pour laquelle chacun dans sa spécificité de métier, est solidaire des autres. »²⁴⁷ Le projet d'établissement est vu dans cette perspective comme une opportunité pour « une stratégie véritable... » « une réponse à ce problème existentiel en invitant à définir un dessein auquel pourraient adhérer tous les acteurs d'un établissement, et à nommer un ensemble de valeurs dans lesquelles tous se reconnaîtraient »²⁴⁸. Ainsi, le projet d'établissement servira « l'émergence de valeurs comme recherche du sens de la santé ».²⁴⁹

Impasse similaire au projet d'entreprise, réduisant l'organisation à une simple variable à ajuster en fonction de la finalité ultime de l'organisation, c'est-à-dire de ses dirigeants pour l'entreprise, de son directeur, de son médecin leader ou de l'État pour l'hôpital. Impasse pour

²⁴⁶ *Anthropologie du projet, op. cit.*, p. 115.

²⁴⁷ HONORE, B., *L'hôpital et son projet d'entreprise, op. cit.*, p. 141.

²⁴⁸ Id., p. 143.

²⁴⁹ Id., p. 155.

un « projet » totalitaire produisant un système de normes conduisant à l'autojustification : dès lors, soit le projet se limite au discours incantatoire d'origine, soit il fige dans son énoncé les processus d'innovation qui ont contribué à sa production²⁵⁰.

La seconde forme d'organisation à projet distinguée par J.-P. Boutinet est le projet expérimental et participatif²⁵¹.

Dans ce cadre, le projet est destiné à mobiliser les énergies d'une organisation autour d'un enjeu. Cet enjeu acquiert à la fois une valeur symbolique et une valeur opératoire, dans la mesure où il promeut une action concrète. L'organisation se perçoit alors comme expérimentale et innovante. Il s'agit donc d'opérer *a priori* une distinction claire, alors que le flou est présent au quotidien : la gestion par projet dans une organisation se distingue du projet de l'organisation. Si la gestion par projet est un mode d'organisation limité à un secteur particulier de l'organisation, le projet de l'organisation se veut global. Mais alors, « le changement porté par le projet se heurte à une barrière de complexité. Ce qui fait que le projet d'entreprise qui se voulait expérimental à l'origine se transforme inévitablement en projet de référence ; celui-ci en vient à produire un système de normes, une orthodoxie de pensée en même temps qu'un système d'autojustification... seule la gestion par projet permet de passer au delà de cette barrière de complexité... pour inscrire l'innovation dans les faits. »²⁵² En conséquence, tout projet d'organisation, tout projet d'établissement pour l'hôpital ne *peut* fonctionner que s'il s'inscrit dans une démarche de gestion *par* projet. Le risque de confondre objet et méthode est alors encore plus grand, mais la conjonction des deux sera toutefois nécessaire.

A partir de ces repères, il convient désormais d'examiner les logiques en œuvre dans la régulation sanitaire et leur juxtaposition pour comprendre un champ de forces dans lequel s'inscrit le projet d'établissement hospitalier, et qu'il contribue lui-même à structurer. Nous abordons cette question dans le chapitre suivant.

²⁵⁰ CHANDERNAGOR, P. KRICHEN, M., « La conspiration projective... », art. cit., p. 117.

²⁵¹ J.-P. Boutinet distingue également une troisième forme de projet qu'il qualifie d'« hybride », qu'il associe aux partis politiques.

²⁵² *Anthropologie du projet*, p. 117.

CHAPITRE 2

PROJET D'ETABLISSEMENT ET REGULATION SANITAIRE : REponses PARTIELLES ET PERSPECTIVES

Ils dirent : Allons ! Bâtissons-nous une ville et une tour dont le sommet touche au ciel, et faisons nous un nom, afin que nous ne soyons pas dispersés sur la face de la terre.

L'Éternel descendit pour voir la ville et la tour que bâtissaient les fils des hommes.

Et l'Éternel dit : Voici, ils forment un seul peuple et ont tous la même langue et c'est là ce qu'ils ont entrepris ; maintenant, rien ne les empêchera de faire tout ce qu'ils auraient projeté. Descendons, et là confondons leur langage, pour qu'ils n'entendent plus le langage les uns et les autres. Alors l'Éternel les dispersa sur la surface de toute la terre, et ils cessèrent de bâtir la ville.

Genèse, 11, 4-8.

Introduction

Après avoir tenté de cerner les pourtours des concepts de projet et de projet d'établissement, nous aborderons dans ce chapitre les logiques d'interaction entre les projets d'établissement et les outils de planification régionale, dont le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Dans la première section, *Les interactions entre projets d'établissement et SROS : une problématique commune dans un paysage en (re) construction*, nous verrons en quoi ces interactions ont pu être fructueuses en termes d'apprentissage de construction d'une offre de soins régionale cohérente et concertée, et en quoi les projets d'établissement co construisent la cohérence de l'offre.

Toutefois, si cet apprentissage de nouvelles relations entre les établissements et les représentants locaux et régionaux de l'État a permis de repenser la régulation sanitaire, ce dernier aura été incomplet. La régulation sanitaire a pu changer de nature, mais elle est restée parcellaire et a partiellement raté la maîtrise de l'offre hospitalière.

La seconde section, *Une illustration des conséquences d'une régulation partielle : les disjonctions des représentations autour d'un projet*, en sera une illustration concrète à partir d'une reconfiguration d'un projet d'établissement.

Son objet est de montrer, au delà des *a priori*, la diversité des représentations autour d'un projet d'établissement, que cette diversité se retrouve tant au niveau des établissements mêmes que des tutelles. Nous montrerons également que l'uniformité du message affiché n'est qu'une façade, et que cette diversité est liée à l'usage des outils d'appréhension de l'activité des établissements .

En conclusion, nous aborderons les perspectives offertes en matière de régulation sanitaire par la structuration des nouveaux schémas directeurs d'organisation sanitaire, et leur conséquence sur les projets d'établissements.

1. LES INTERACTIONS ENTRE PROJETS D'ETABLISSEMENT ET SROS : UNE PROBLEMATIQUE COMMUNE DANS UN PAYSAGE EN (RE) CONSTRUCTION

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 attribue à tous les établissements de santé, quels que soient leurs statuts, privé ou public, avec ou sans hébergement, des missions communes. Un recentrage sur les compétences techniques et une ouverture sur les réseaux de soins sont proposés afin de partager entre les établissements les équipements lourds. L'assouplissement de la tutelle de l'État s'accompagne cependant d'une exigence accrue sur la production d'information de l'hôpital public à des fins d'évaluation et de gestion des activités.

Plusieurs expériences préparatoires ont été réalisées dans le renouvellement de la planification sanitaire française.

La Basse-Normandie, la Bretagne, la Lorraine, la région Midi-Pyrénées et les Pays de la Loire avaient été chargés depuis 1983 d'exploiter les voies d'une planification concertée et décentralisée.²⁵³ C'est l'expérimentation réalisée en Basse-Normandie qui servira de base à la genèse du concept de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). A la suite d'une révision de la carte sanitaire conduisant à un blocage, la DRASS de Basse-Normandie expérimenta un processus de concertation de 1983 à 1986 en dépassant la logique indiciaire pure, en posant une réorganisation de l'offre sanitaire à partir de principes politiques généraux (cohérence avec les habitudes de vie des populations, missions des établissements plutôt que leur capacité en lits, désignation d'un établissement pivot par secteur, accessibilité aux équipements dans un temps de 30 minutes). On notera que ces indicateurs généraux ne relèvent ni d'une logique d'offre médicale, ni d'une logique de santé publique, mais de principes d'organisation. Cette région fut la seule à proposer une approche globale, les autres se focalisant sur des points d'analyse précis.

A partir de ces expérimentations, les piliers de la démarche d'élaboration du SROS sont alors construits. Ce sont :

- une approche des pathologies traceuses ;
- une réflexion sur les plateaux techniques ;
- l'appel à la géographie ;
- l'approche par les projets d'établissement, l'idée étant d'harmoniser les programmes d'établissement afin d'obtenir un véritable réseau coordonné de soins. Cette approche a été développée par les Pays de Loire, et a eu le mérite de poser une méthodologie claire reposant sur une dialogique entre bilan de l'existant et approche prévisionnelle de l'offre.

Dans un premier temps, nous présenterons le cadre régional dans lequel se structure le projet d'établissement et ses renouvellements. Nous examinerons en quoi la régulation sanitaire régionale s'inspire de la démarche projet et conditionne les initiatives des établissements. Suite à ce cadrage, nous analyserons la dynamique spécifique aux interactions

²⁵³ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ (Direction des Hôpitaux), *Étude d'élaboration d'un SROS*, Paris, 1991, non paginé et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE, *Études d'élaboration d'un SROS, Deuxième Rapport d'Étapes*, Paris, 1992.

entre le schéma régional d'organisation sanitaire et les projets d'établissements. Nous verrons, notamment, en quoi cette dynamique est incomplète.

1.1 LE CADRE : UNE STATIQUE RENOUVELEE

La démarche générale de la réforme de 1991 repose sur l'idée que l'offre de soins française répond aux besoins d'un point de vue quantitatif, et qu'un réaménagement des moyens existants permettrait d'atteindre un meilleur résultat en terme de qualité des soins. La réforme porte sur le statut des établissements hospitaliers, la planification hospitalière, les autorisations administratives de création et de transformation des établissements hospitaliers et le financement de l'hospitalisation privée.

Or, la carte sanitaire instaurée en 1970 a été un instrument de régulation quantitative de l'offre de soins et se trouve couplée en 1991 à un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). L'intérêt principal de la loi réside dans son aspect incitatif : elle fixe des objectifs généraux, mais laisse toute latitude quant aux moyens à employer pour construire le SROS²⁵⁴.

1.1.1 Quatre objectifs

Le premier objectif de la loi réside dans l'actualisation des structures hospitalières définies pour l'essentiel depuis 1970.

Le deuxième objectif concerne la maîtrise des dépenses de santé en optimisant les coûts par une rationalisation de l'offre publique et privée. Cette optimisation s'articule sur un instrument de mesure de la production hospitalière, le PMSI²⁵⁵ et sur la création d'outils juridiques favorisant les coopérations entre structures. Cette problématique de réseaux de soins coordonnés à une logique d'aménagement du territoire marquera la volonté de concentrer certains services hospitaliers, comme les équipements lourds, et une diffusion de l'offre de proximité.

Le troisième objectif vise à garantir la qualité des soins par le développement de l'évaluation. L'évaluation médicale en sera un appui légitime, mais restreint. L'architecture du système évaluatif repose sur l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). A l'échelon régional, une Commission Régionale de l'Évaluation Médicale des Établissement (CREME) est instaurée par la loi et peut se prononcer sur tout thème touchant au secteur sanitaire : projets d'établissement, méthodologies mises en œuvre... Dès lors, la planification sanitaire se greffe sur l'évaluation médicale mais aussi, indirectement, sur l'évaluation de la production de soins.

Le quatrième objectif, politique, porte sur le développement des partenariats dans la gestion des systèmes de soins entre « l'État qui décide et l'assurance-maladie qui finance ». Cet objectif ne sera que partiellement atteint.

Deux idées forces appuient alors ces objectifs :

- ancrer la rationalisation de l'offre de soins sur le territoire régionale en donnant au préfet de région la mission de l'organiser, de la gérer et de la faire évoluer sur son territoire ;
- faire de chaque établissement de santé un acteur de sa propre évolution et un partenaire actif dans la réforme des soins.

²⁵⁴ CLAVERANNE, J.-P., « Le management par projet à l'hôpital », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-juil.-août 1996.

²⁵⁵ Programme de Médicalisation du Système d'Information.

C'est pourquoi la loi de 1991 autorise plus qu'elle n'interdit, ouvre plus de champs qu'elle n'en ferme, et articule sa cohérence globale autour des relations SROS / projet d'établissement²⁵⁶.

Les instruments existant alors à l'époque sont de deux natures :

- les instruments macroéconomiques, carte sanitaire et SROS, profilent le territoire régional quantitativement et qualitativement en définissant les grandes orientations de la politique sanitaire régionale ;

- les instruments microéconomiques, projet d'établissement et projet médical sont des moyens pour les établissements d'affirmer leur spécificité et de formuler leur stratégie compte tenu des orientations de la politique sanitaire régionale et de l'offre de soins dans laquelle ils se trouvent inscrits.

En conséquences, les ajustements SROS / Projet d'établissement sont possibles notamment par :

- la mise en œuvre d'autorisations limitées dans le temps ;
- l'approbation des projets d'établissements ;
- la possibilité de modifier le SROS de façon régulière ;
- la possibilité de réaliser des contrats tripartites entre l'État, l'Assurance-maladie, et les établissements de soins ;
- la possibilité d'évaluer l'activité des établissements à l'échelle nationale et régionale.

Parallèlement à ces confrontations se profile l'évaluation des établissements, mais aussi des relations qu'ils établissent entre eux, des pratiques, tant en termes d'efficacité et d'efficacités que de pertinence et d'utilité. Les établissements se trouvent ainsi évalués dans un SROS également révisable.

Cette généralisation progressive des pratiques et des modes d'évaluation a été conditionnée par un renouvellement des outils de la planification régionale.

1.1.2 Un renouvellement des outils de planification

- Une planification régionale enrichie

La carte sanitaire se trouve enrichie et renouvelée. Elle porte une analyse sur la conformité des équipements installés et autorisés aux normes d'équipement dans des secteurs sanitaires définis. Le régime d'autorisations d'équipement est alors fortement rénové : évaluation avant reconduction d'une autorisation, regroupement des demandes et mise en concurrence des propositions, auxquels s'ajoutent des indices et découpages de la carte révisables et opposables aux établissements.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) vient compléter la carte sanitaire par sa dimension qualitative. Son objet est de favoriser la restructuration du système hospitalier par une meilleure répartition des moyens, une gradation des missions assignées aux établissements, une complémentarité renforcée entre établissements et médecine de ville. Il détermine la répartition géographique des installations en fonction des populations et des contraintes médicales, à partir de priorités régionales. Le SROS est opposable juridiquement aux établissements. Chaque schéma se trouve assorti d'annexes indicatives en 1991 indiquant nominativement les créations, regroupements, transformations, suppressions d'installations.

Aucune directive méthodologique précise n'est donnée par la loi, sinon que les SROS doivent intégrer :

- l'évaluation des activités existantes ;

²⁵⁶ DRASS Rhône-Alpes, *Schéma régional d'organisation sanitaire et projet d'établissement, relations réciproques, Recommandations du COTER*, Lyon, déc. 1994, 109 p.

- une visée prospective pour amener aux restructurations nécessaires.

Les cartes sanitaires et SROS ont été élaborés au plus tard en 1994 pour une durée de 5 ans. Dès lors, les « SROS de 2^e génération » sont en cours de préparation au cours de l'année 1998 et seront publiés au premier semestre 1999. Depuis 1991, l'élaboration des SROS est fondée sur le principe de la concertation.

- La planification régionale, comme instrument de concertation

Le pouvoir décisionnel du préfet de région se trouve accru : toutes les compétences des préfets de département remontent à la région, et certaines autorisations d'équipement relevant du ministère sont déconcentrées. Seuls quelques équipements lourds restent de la compétence du ministre. Le préfet de région se trouve désormais également compétent pour tous les établissements d'hospitalisation. Il arrête le SROS et la carte sanitaire après avis du CROSS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale) et des CSS (Conférences Sanitaires de Secteur).

La Commission Régionale d'Évaluation Médicale des Établissements (CREME) est une instance d'expertise donnant son avis sur les aspects médico-techniques des SROS, sur l'évaluation médicale et les systèmes d'information développés par les établissements. La CREME peut évaluer les projets médicaux des établissements de santé.

Les Conférences Sanitaires de Secteur (CSS) sont les lieux de représentation des établissements hospitaliers publics ou privés participant au service public hospitalier (PSPH). Tous les établissements sont représentés selon leur importance, mais avec deux représentants au minimum, ce qui conduit à surreprésenter les structures privées, plus nombreuses mais plus petites. Les conférences sanitaires de secteur sont consultées au cours de l'élaboration de la carte sanitaire et du SROS.

La volonté de concertation s'est traduite par la multiplication des dispositifs de rencontre, d'échanges et de décision. Toutefois, cette prolifération institutionnelle a pu nuire à la construction d'un schéma cohérent qui devait satisfaire toutes les instances.

- Les limites du dispositif

La planification sanitaire à la française a dû affronter de nombreuses critiques : on a écrit d'elle, d'une part qu'elle avait échoué dans le contrôle de l'offre de soins, et d'autre part qu'elle avait échoué à prendre en compte la réalité des besoins des populations.

Dès lors, peut-être a-t-on conclu un peu trop hâtivement qu'aucun progrès sérieux n'avait été réalisé... et ce, dès la sortie des premiers schémas d'organisation sanitaire. Si des analyses de fond ont porté sur les contenus des schémas, une seule analyse critique systématique des méthodes adoptées a été vraiment réalisée²⁵⁷. Cette analyse fut d'autant plus précieuse qu'une grande latitude était donnée aux DRASS pour conduire leur schéma. Nous nous en inspirons dans les lignes qui suivent.

L'analyse rétrospective de sept démarches issues de différentes expériences régionales (Auvergne, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Haute-Normandie, Lorraine, Provence-Alpes-Côte d'Azur) permet de percevoir la variété des pratiques et méthodes utilisées, reflet de la liberté dont disposaient les régions pour réaliser le dispositif de planification. Le choix de la méthode de planification sanitaire n'a pas toujours été explicite et global face à l'ambition affichée du projet. La plupart des méthodologies ont relevé de tâtonnements, dont il ne faut pas négliger l'effet de parasitage, mais aussi et surtout la capacité à faire mûrir les représentations des acteurs autour d'un projet commun.

²⁵⁷ dans BASSET, B. et LOPEZ, A., *Planification sanitaire — méthodes et enjeux*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 1997, 180 p.

On peut noter que les régions qui avaient choisi une démarche fortement structurée dès le départ ont poursuivi, logiquement, dans leur optique originelle, en reproduisant les avantages et limites de la méthode retenue. La planification montre un processus complexe fort éloigné des démarches préconisées dans les manuels, et dont les jeux d'acteurs et les interactions et enjeux sont nombreux et variés en intensité. On note également que le processus de concertation n'influence pas nécessairement le résultat final approuvé par le préfet de région.

Trois méthodes générales semblent s'être dégagées :

- la méthode globale, inspirée d'un cahier des charges général englobant l'ensemble du système hospitalier ;

- la méthode de structuration, postulant que les activités se regroupent autour de quelques grands sujets structurants et transversaux. On choisira alors la réanimation et l'urgence, par exemple, puisqu'une urgence de qualité réunit des conditions touchant à la médecine, la radiologie, etc. ;

- la méthode traceuse repose sur l'idée que quelques pathologies isolées révèlent le mode de fonctionnement d'une discipline, et, plus globalement, que l'analyse clinique de ces pathologies permet de comprendre la logique du système.

Enfin, les pratiques de pilotage et d'évaluation de la mise en œuvre du SROS et de son suivi n'ont pas été définies, à l'exception de l'Auvergne, et si certains SROS comportent des indicateurs de suivi, aucun calendrier de réalisation n'a été élaboré.

Quelles que furent les méthodes utilisées, chaque SROS avait pour objectif de définir une politique régionale globale pour le dispositif hospitalier : logique de maîtrise quantitative de l'offre en Provence - Alpes - Côte d'Azur où l'offre était surdimensionnée, logique de développement concerté en Haute-Normandie, région largement sous-équipée.

La démarche générale s'est accompagnée d'outils inhabituels dans le champ de la planification sanitaire : il s'agissait de forger des représentations locales, ajustées à la politique régionale de santé, et non d'opérer des comparaisons valables à l'échelle de la France. La force conjoncturelle des outils a ainsi permis une acceptation plus facile des schémas. L'administration centrale a toutefois été présente, mais par des indicateurs estimatifs généraux, des référentiels techniques portant sur les urgences ou la réanimation. La démarche a permis en outre un premier rapprochement entre les services de l'État (DRASS/DDASS), l'Assurance-maladie (CRAM et Échelon médical) et les établissements de soins publics et privés, forçant ainsi une logique de conjonction alors que dominait auparavant une logique d'exclusion des champs de compétences. Ce ferment aura pu être précieux pour les nouvelles agences régionales de l'hospitalisation.

Enfin, et surtout, la construction du SROS a permis de situer les établissements sanitaires les uns par rapport aux autres au delà des statuts, en terme de nature de l'offre. Ainsi, tous les SROS ont abouti à la définition d'une gradation de l'offre par établissement où chaque établissement pouvait trouver une place légitime sans être poussé à une logique de conquête d'équipement lourd. La notion de complémentarité entre structures devait s'accompagner d'une réflexion intégrant des données qualitatives.

1.2 LES INTERACTIONS SROS – PROJETS D'ETABLISSEMENT : UNE DYNAMIQUE INCOMPLETE

En interaction dialogique avec le SROS, le projet d'établissement est un dispositif formalisé dans un document qui doit orienter obligatoirement le fonctionnement des établissements publics ou PSPH, et qui est facultatif pour les établissements privés. La loi

pousse ainsi, par une apparente injonction paradoxale, les établissements à affirmer leur identité et leur spécificité.

En interne, le projet d'établissement vise, en ces début des années 1990, à mobiliser les acteurs d'une bureaucratie professionnelle sur des valeurs communes, et, en externe, à formaliser une démarche d'analyse stratégique par rapport à l'ensemble de l'offre de soins, à ses points forts et à ses points faibles. Le projet d'établissement doit être conforme à la carte sanitaire et au SROS, qu'il nourrit réciproquement.

En amont du projet d'établissement se situe, dans la loi au moins, le projet médical de l'hôpital. Élaboré par le directeur et la commission médicale d'établissement, le projet médical étudie les domaines de prises en charge à développer, limiter ou abandonner. Enfin, le programme d'investissement en déduit l'organisation et les moyens nécessaires à ces orientations en nombre de lits, équipements, etc. L'hôpital doit enfin chiffrer l'incidence sur cinq ans des actions qu'il estime devoir mener pour la réalisation de son projet.

Le projet d'établissement donne donc la possibilité à l'hôpital, à un moment donné de son évolution, de réfléchir sur le réseau de soins dans lequel il s'inscrit et de s'y positionner.²⁵⁸

1.2.1 Les articulations entre cohérences internes au projet et cohérence projet/SROS : proposition d'un modèle d'interprétation

Dans le cadre de la co-construction des projets, régional et d'établissement, les pôles structurants des « objets » projets peuvent être déterminés autour de finalités, de ressources et de cadres généraux variables dans le temps et l'espace.

Les entités concernées peuvent être les DRASS (ou les ARH à partir de 1996), les établissements de santé, des professionnels réfléchissant autour d'une filière de prise en charge, etc. Chacune de ces entités ou groupes d'acteurs s'estiment investis de plusieurs finalités, formelles ou informelles :

- optimiser l'offre de soins dans un rapport coût économique/utilité sociale ;
- soigner le malade ;
- développer ses connaissances scientifiques ou médicales ;
- accroître son autonomie ;
- maîtriser l'environnement ;
- accompagner l'utilisateur...

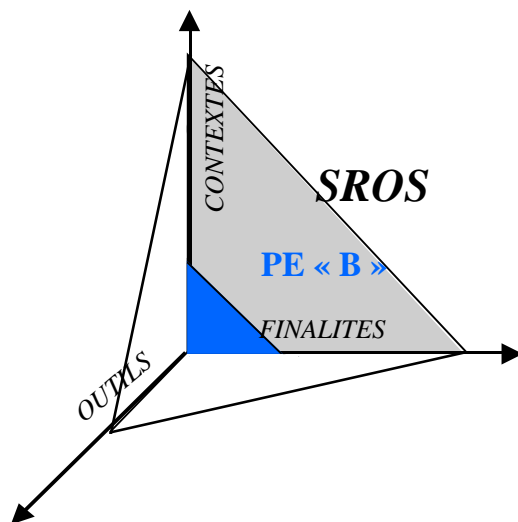
Ces finalités se trouvent assorties de ressources, humaines, énergétiques, financières, imaginaires... disponibles en fonction de chaque entité.

Enfin, elles s'inscrivent dans un cadre de contraintes et de possibilités qui permet un certain nombre d'activités, en nature et intensité. Le statut public d'un établissement n'offrira ainsi pas les mêmes marges de manœuvre dans la régulation et le choix des activités que le statut des cliniques privées à but lucratif.

A partir du modèle d'analyse présenté dans notre problématique, on peut intégrer le SROS comme donnée dans ce modèle, ce qui permet d'analyser les cohérences SROS/Projet :

²⁵⁸ C'est pourquoi il n'est pas surprenant de voir sa *forme* rappeler les outils du positionnement stratégique développé dans la discipline gestionnaire. Nous l'aborderons dans notre seconde partie.

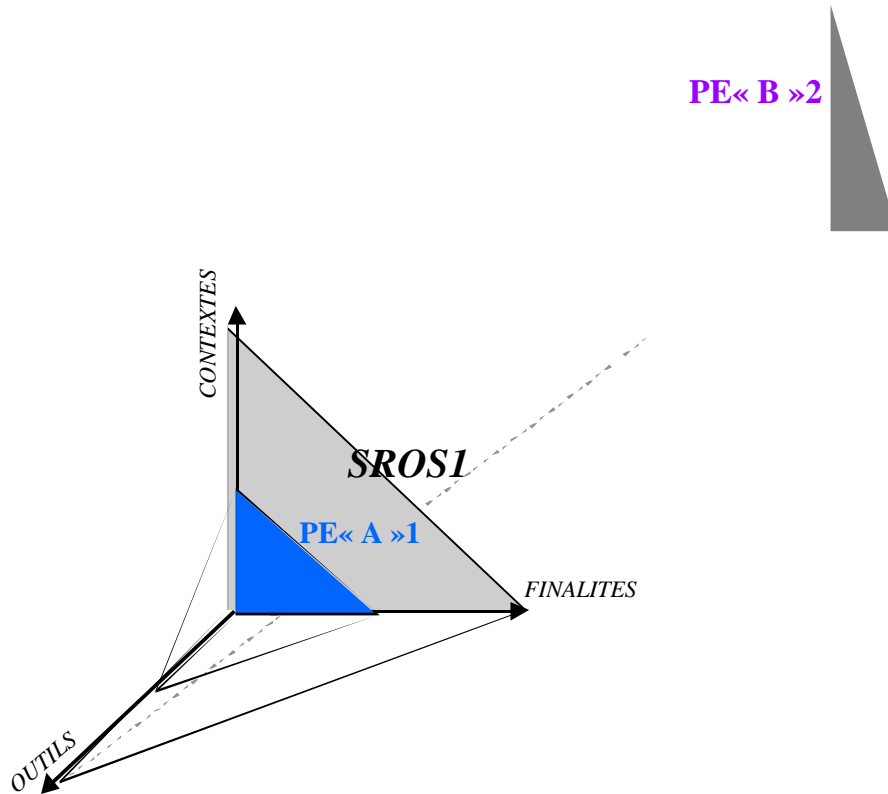
Figure 4 : Les cohérences entre SROS et projets d'établissements



²⁵⁹ 2e Partie, 2e Sous Partie, chap. 1.

²⁶⁰ inspiré très librement de DRASS Rhône-Alpes, *Schéma régional...*, *op. cit.*, et GRAFIC, « Du SROS au Projet et réciproquement », *Rapport au COTER*, Lyon, URA CNRS 1257, sept. 1994, 35 p.

Figure 5 : Évolution des interactions SROS et projets d'établissement



Ce schéma illustre l'évolution d'une configuration entre SROS et projets d'établissements. Notons que cette évolution est tout à la fois la résultante des interactions entre projets et SROS que de changements issus de l'introduction d'outils nouveaux ou d'un changement du contexte par une régulation externe. Le schéma montre notamment que le projet d'établissement « B » a subi un influence de son contexte spécifique qui dépasse largement les contextes pris en compte dans le SROS. Ce peut être le cas, par exemple, d'une clinique appartenant à un groupe financier international, ou un centre anticancéreux dont la politique doit s'harmoniser à une démarche issue de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, ou encore l'intégration de l'établissement dans une démarche issue de la mutualité.

SROS et projets en interactions sont donc tout à la fois moyens et buts, visant à partir d'un état présent un état final... sans cesse remodelé et générant ses propres modifications.

Cette recherche de congruence de la part de la tutelle régionale entre SROS et projets d'établissement implique un nouveau mode de relations :

- entre les établissements d'une même zone géographique, qui se trouvent dès lors amenés à définir ensemble leur place respective dans le système de soins pour optimiser des prises en charge de malades dépassant les frontières organisationnelles ;

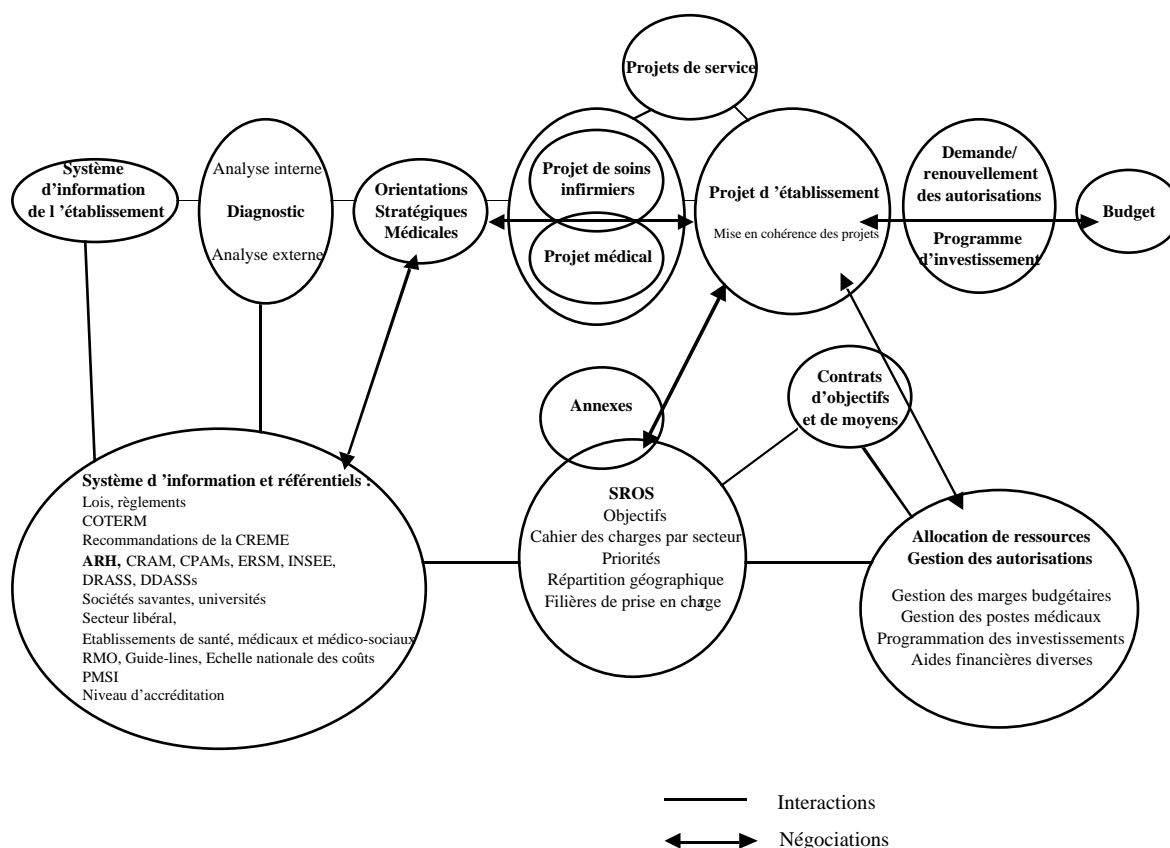
- entre ces établissements et les tutelles, qui sont amenées à porter un regard global sur l'offre de soins et à définir des priorités fortes à partir desquelles seront financés les programmes de prises en charge (et non plus les seules structures).

La force, et tout à la fois la faiblesse, de la régulation par l'interaction SROS - Projets d'établissement est que ces deux dispositifs s'ajoutent plus qu'ils ne se substituent aux outils traditionnels de tarification, la dotation globale et le prix de journée. Toutefois, ces modes de tarification se trouvent relativisés par la généralisation d'autres outils (le PMSI), d'une modalité (le contrat d'objectifs et de moyens), et d'une unification de la décision (par les agences régionales de l'hospitalisation). Ainsi, l'ensemble de ces outils, leurs modalités de mise en œuvre et les finalités des parties prenantes dessinent une réalité complexe, avec prédominance à tour de rôle de certaines variables.

1.2.2 *La négociation, l'outil majeur de l'interaction*

Le schéma suivant, adapté librement par nous des travaux du COTER Rhône-Alpes²⁶¹ appréhende les interrelations SROS-Projets d'établissement en mettant en avant les relations favorisant la négociation :

Figure 6 : Les interrelations SROS — projet d'établissement



Le haut du schéma reprend les grandes lignes de la démarche de projet, tandis que le bas fait apparaître la planification régionale. Les deux démarches sont présentées dans le cadre de relations en interactions (co-construction des informations) et sous forme de négociations.

²⁶¹ Id., p. 17, d'après Groupe « micro-macro », « Sros et projet d'établissement — relations réciproques », COTER Rhône-Alpes, février 1994, et GRAFIC, J.-P., « Du SROS au Projet et réciproquement », art. cit.

Le processus interactif d'élaboration du projet d'établissement s'articule autour du système d'information interne, du diagnostic de l'existant réalisé, des projets médical, infirmier et des services. Le processus d'élaboration du SROS se réalise notamment à partir du système d'information régional, des référentiels existants, du montant et du mode d'allocation de ressources et des autorisations en œuvre.

Les processus de négociation interviennent à plusieurs niveaux. En interne à l'établissement, outre l'arbitrage budgétaire sur les investissements, le projet d'établissement tente de faire converger les orientations stratégiques médicales, déclinées dans le projet médical et le projet de soins, avec les moyens de l'établissement et les priorités définies dans le SROS. La négociation se réalise donc dans une récursivité à deux niveaux :

- les orientations stratégiques médicales participent au référentiel régional et alimentent le SROS... tout en devant s'inscrire dans un projet d'établissement cohérent. De même, la somme des projets d'établissement contribue à enrichir le SROS, dans la définition de l'offre de soins régionale ;

- le SROS, notamment via ses annexes, impose des priorités aux établissements, qui doivent intégrer ces dernières dans leur projet d'établissement conjointement à l'offre médicale de l'établissement.

Il reste, pour finaliser et systématiser le dispositif, à recourir aux contrats d'objectifs et de moyens entre établissements et région. Toutefois, ces contrats resteront inusités à la suite de la loi de 1991. Il faudra attendre les ordonnances de 1996 et leur caractère impératif pour aboutir à la logique de régulation ébauchée au début des années 1990.

Le modèle d'analyse présenté ci-dessus amène à poser, pour chaque acteur, un certain nombre de questions au regard des prises en charge des patients :

- la question de l'espace de transformation : est-ce un service, un département, le domicile, le lieu de consultation, la zone commune à une clinique et un hôpital, le bassin de population, les moyens de transport permettant de parcourir cet espace ?

- la question du temps de la transformation : le temps structurant la prise en charge sera-t-il le temps médical (temps diagnostic et thérapeutique à court et moyen termes), le temps de l'État (temps démographique à moyen et long termes, temps budgétaire annuel), le temps de l'organisation (temps du séjour à court terme) ;

- la question des informations et outils nécessaires à la transformation (données démographiques régionales, nombre de consultations de la clinique voisine, revenu moyen, âge moyen, point ISA²⁶² régional, coût du K-FSO²⁶³...)

- la question du financement de la transformation (par enveloppes « projet » supplémentaires régionales, par redéploiement de l'offre, par les fonds propres à l'établissement, par dons...).

Nous proposons ci-après une illustration de cette mise en cohérence, du point de vue de l'établissement, dans la réalisation d'un projet de prise en charge réalisé en région Rhône-Alpes²⁶⁴. L'exemple retenu est la prise en charge des malades en cancérologie.

Exemple : améliorer la prise en charge en cancérologie.

Au sein de l'établissement, le projet est jugé prioritaire par le corps médical au cours de réflexions issues de la préparation du projet médical. L'établissement est unique tête de secteur, dans un secteur de 350 000 habitants. Il dispose de 800 lits actifs, d'un plateau technique développé (scanner, médecine nucléaire, radiothérapie au cobalt, biochimie, anatomopathologie intégrée). Il a plusieurs services de médecine, dont 10 lits d'oncologie

²⁶² Indice Synthétique d'Activité

²⁶³ Lettre clé évaluant le montant du forfait des salles d'opérations des établissements privés non rattachés à la mission de service public hospitalier.

²⁶⁴ d'après Groupe « micro-macro », art. cit.

médicale, de chirurgie et de spécialités. Plusieurs services composent une fédération de services d'oncologie multidisciplinaire (revues de dossiers, protocoles thérapeutiques...).

Le projet affiche deux sous-objectifs : la création d'un hôpital de jour de 8 lits et la mise en place d'une préparation centralisée des antimétopiques.

Nous présentons ci-dessous le premier sous-objectif :

Tableau 6 : Déclinaison en objectifs d'un projet d'amélioration de la prise en charge en cancérologie

Création d'un hôpital de jour de 8 lits	Commentaires
<i>Cohérences verticales :</i> SROS CARTE SANITAIRE AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE FILIÈRE CONTRAT D'OBJECTIF	Dans le SROS, l'établissement est reconnu comme établissement de référence (niveau 2) pour la cancérologie Le secteur est excédentaire en lits de médecine, mais l'établissement peut transformer des lits d'hospitalisation complète en lits de jour sans objet Le projet est important pour améliorer la filière régionale de cancérologie sans objet
<i>Cohérences horizontales :</i> OFFRE CONCURRENTÉ FILIÈRE FLUX DE POPULATION BASSIN DE POPULATION <i>Cohérences internes :</i> AUTRES OBJECTIFS INTERNES RESSOURCES FINANCIÈRES RESSOURCES HUMAINES ORGANISATION	faible La création de l'hôpital de jour vise à développer la filière sur le plan local et départemental par une structuration de l'hospitalisation plus adaptée sans objet important (130 000 habitants) Ce projet est en cohérence avec les autres projets de l'établissement. Il est jugé prioritaire par la CME dans le projet médical. Les moyens nécessaires à la mise en place de la structure sont fournis par redéploiement interne. Nécessité d'affecter à la structure un médecin à temps partiel. Le poste est à créer. Les praticiens traitant de cancers dans différentes disciplines adresseront leurs malades à l'hôpital de jour pour les traitements, tout en conservant la responsabilité du malade.
<i>Cohérence globale</i>	Bilan positif. Le projet s'inscrit dans une cohérence globale SROS-Projet médical pour une satisfaction des besoins de la population.

Cette volonté de mise en congruence des objectifs des établissements et le SROS implique la recherche d'une difficile triple cohérence :

- une cohérence verticale (de type « up-bottom » et « bottom-up ») dans le sens SROS-Projet et Projet-SROS autour des grands principes de la planification sanitaire régionale ;
- une cohérence latérale entre projets d'établissement d'un même secteur ou d'une région sanitaire, dont les services ont des activités identiques ou complémentaires ;
- une cohérence interne entre le projet d'établissement et les différents projets internes qui le composent : projet médical, projets de services, projet de soins infirmiers, projet social, projet de gestion...

Or, cette cohérence est loin d'être aisée à réaliser et contient en elle, par sa finalité même, les limites du dispositif.

1.2.3 Les limites : des réponses partielles, et une préparation aux réformes

L'interaction entre projets d'établissement et SROS a pris différentes formes en fonction des méthodes retenues dans les régions²⁶⁵.

En Pays de la Loire, les établissements hospitaliers ont élaboré leur projet d'établissement dans le même temps où les planificateurs de la DRASS commençaient leurs analyses préparatoires au SROS. La confrontation des projets au dispositif régional aboutissait au SROS définitif. En Auvergne, les services de l'État ont d'abord fixé des objectifs et un cadre général *a priori*. Les établissements hospitaliers répondaient ensuite à une procédure d'appel d'offres inscrite dans le cadre général. En Rhône-Alpes et Haute-Normandie, les projets ne pouvaient théoriquement être approuvés qu'après la publication du SROS. Toutefois, les aménagements ont été possibles, la connaissance des grands principes du SROS étant diffusée plusieurs mois avant sa publication.

Ces trois attitudes générales révèlent la dialogique de l'interaction entre SROS et projets d'établissement : inscription du projet d'établissement dans un cadre cohérent déterminant la règle, mais à partir d'un processus de concertation fort, avec le risque d'une technocratisation du projet (Rhône-Alpes, Haute-Normandie), ou définition du SROS à partir de la multiplicité des projets, avec la concertation comme moteur du dispositif mais le risque d'un schéma régional incohérent (Pays de la Loire). Enfin, une voie moyenne a été adoptée par la région Auvergne, où la publication des orientations donnent le cadre général du SROS que les établissements sont invités à opérationnaliser, mais avec le risque d'une politique sanitaire régionale amollie.

Supposer le SROS comme résultante exclusive de ces interpellations conduirait à considérer le processus d'élaboration du SROS comme un « ajustement mutuel » à court terme généralisé. Cette situation a pu localement, pour des projets précis, être observée. Il convient donc d'envisager le SROS comme un cadre, aux dimensions malléables mais solides, évolutif délibérément, mais aux principes relativement étanches. Par exemple, à partir du moment où la qualité des soins à moindre coût est affichée comme principe fort du SROS, tout projet d'établissement s'accrochant à ce principe a les chances d'aboutir, tout en ayant de fortes marges de manœuvre pour sa réalisation.

Plus généralement, et au delà des divergences entre régions, la mise en cohérence de ces finalités est délicate.

Tout d'abord, parce qu'un projet d'établissement, par construction, s'inscrit dans une démarche de valorisation de la singularité d'une structure alors que la planification sanitaire s'intéresse à une répartition égalitaire des moyens. Un établissement, au nom de l'offre

²⁶⁵ à partir de données retraitées tirées de BASSET, B. et LOPEZ, A., *Planification sanitaire — méthodes et enjeux*, *op. cit.*

maximale possible pour l'utilisateur, refusera presque systématiquement l'abandon d'une partie de son activité quand il est en sous-activité et réclamera plus de moyens quand il présente un pôle fort. La tutelle, également sur la base d'une offre égalitaire, tentera de redistribuer les moyens et les structures dans une visée de complémentarité.

Ensuite, la recherche de cohérence entre projets et SROS oblige les parties prenantes au projet et au SROS à considérer chacun des éléments à mettre en œuvre de façon globale, mais également en interrelation avec d'autres éléments internes et externes. Ainsi, elle n'est structurante selon nous que si elle dépasse une nature strictement fonctionnelle, sorte d'accord par défaut, pour construire une finalité partagée entre parties prenantes autour de quelques idées fortes touchant à la santé publique.

Par exemple, la cohérence pour une pathologie donnée entre la finalité de l'établissement et celle du SROS n'est que partielle — ou fonctionnelle — si n'est pas prise en compte la cohérence de l'action avec celles des autres établissements et les possibilités financières de l'établissement. La cohérence globale du processus SROS-projet d'établissement implique une prise en considération simultanée de cette double contrainte. De même, la recherche de cohérence entre deux ou plusieurs services d'un même établissement ne peut faire l'impasse sur les objectifs du SROS ou de l'offre concurrente globale : l'objectif de réalisation d'un hôpital de jour implique, hormis la prise en compte de la concurrence, la mise en œuvre d'un projet organisationnel global de l'établissement dépassant les intérêts des services ou des disciplines ; la réalisation en commun de projets complémentaires par des établissements autonomes peut conduire à des adaptations du SROS dans ses principes, objectifs, réalisations.

Or, le contexte institutionnel du début des années 1990 n'a pas favorisé le développement de cette finalité partagée. En quelque sorte, il fallait donner le temps aux parties prenantes d'apprendre à pratiquer le débat, à se forger des outils d'étalonnage. Mais surtout, il fallait encore renforcer les principes impératifs du SROS, et dans le cadre de l'application de ces principes, donner la possibilité aux établissements de construire leur projet.

Ce contexte malléable est illustré dans la section suivante.

2. UNE ILLUSTRATION DES CONSEQUENCES D'UNE REGULATION PARTIELLE : LES DISJONCTIONS DES REPRESENTATIONS AUTOUR D'UN PROJET

Nous souhaitons illustrer dans cette section une situation relativement fréquente dans les établissements sanitaires avant la mise en œuvre de la réforme de 1996, qui met en exergue l'absence de la prise en compte du patient et une régulation aux indicateurs déconnectés de la réalité qu'ils sont censés modéliser.

Nous voudrions montrer ici comment un projet d'établissement peut être appréhendé de façon multiple par les parties prenantes au projet, externes et internes à l'établissement. On verra notamment le rôle joué par les outils et leurs insuffisances dans le cadre d'une utilisation non finalisée.

Le projet d'établissement apparaît comme un outil mésoéconomique de régulation de l'activité hospitalière. Son ambivalence apparente réside dans le fait qu'il est quinquennal, obligatoire, et doit s'inscrire dans le schéma régional d'organisation sanitaire ; toutefois, les marges de manœuvres des établissements sont grandes pour la réalisation du projet. Il « est en même temps l'expression d'un double compromis :

— entre l'expression d'une logique d'organisation (celle de l'établissement de soins) et la logique administrative régionale qui prétend prendre en compte les besoins collectifs au travers de la planification sanitaire ;

— entre la logique d'une volonté affirmée d'un positionnement stratégique de l'organisation hôpital et les velléités entropiques de ses composantes professionnelles »²⁶⁶.

Dans le cas présenté ici, deux ans après la définition du projet d'établissement en 1994, un processus de réévaluation du projet nous est demandé. A partir de ce contexte et de ce matériau, notre propos est ici²⁶⁷ de rendre brièvement compte des logiques d'acteurs²⁶⁸ en œuvre, des représentations du projet qui y sont associées et de leurs articulations avec les outils d'évaluation de l'activité en présence. Nous montrerons en quoi les différentes représentations des acteurs sur un même objet — deux cliniques mutualistes rassemblées dans un futur site commun — peuvent diverger et converger.

Après un rapide état des lieux permettant de cadrer le lieu d'action, nous présenterons les points de vue des acteurs en jeu autour des activités des deux cliniques, puis, nous montrerons les limites imposées par les outils d'évaluation existants.

²⁶⁶ CLAVERANNE, J.-P., « Le management par projet à l'hôpital », art. cit., p. 106.

²⁶⁷ Le cas présenté dans les pages qui suivent a fait l'objet d'une publication qui a largement inspiré cette section : VINOT, D., « Le rôle des indicateurs de gestion dans la reconfiguration d'un projet d'établissement : le cas de la fusion de deux cliniques », *Actes des Deuxièmes Journées de Projectique*, Bayonne/San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 325-346.

²⁶⁸ Nous entendons par acteurs le concept développé par M. CROZIER et E. FRIEDBERG, dans *L'acteur et le système*, op. cit., et relativisé par J.-D. REYNAUD, *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin, 1989, 306 p.

- L'Union des cliniques de St-Firmin : État des lieux

L'Union des cliniques de St-Firmin chapeaute trois cliniques et est une structure mutualiste, historiquement et culturellement fortement implantée depuis un siècle dans une ville de taille moyenne, située dans la région Rhône-Alpes. Les établissements sont des cliniques privées à but non lucratif, participant à la mission de service public hospitalier (PSPH). Par leur statut, leur financement relève du budget global. La révision du budget se fait à partir d'un indice d'évolution, indexé sur l'année précédente, et appelé « taux directeur ». Les conséquences d'un tel mécanisme sont simples : la dotation ne touche pas à la structure et aux activités des établissements. Ainsi, si elle permet de contrôler relativement les dépenses à une échelle macroéconomique, les disparités locales se trouvent « officialisées », sans correction majeure possible d'une sur- ou d'une sous-dotation. En conséquence, les établissements dépensiers verront leur dotation augmenter, tandis que les économes, ou peu endettés, verront leur développement limité.²⁶⁹

La structure est composée à l'origine de 3 établissements, de taille moyenne, et aux activités variées : un pôle chirurgical spécialisé en chirurgie digestive et viscérale, chirurgie orthopédique (prothèses du genou, de la hanche) et chirurgie vasculaire. Le pôle médical traite essentiellement de la cancérologie. Des activités secondaires, comme l'urologie, la gynécologie, l'ophtalmologie, l'O.R.L. sont également pratiquées.

- Le projet d'établissement initial

Le projet d'établissement adopté le 17 décembre 1994 reposait sur trois objectifs majeurs²⁷⁰ :

- consolider le pôle chirurgical mutualiste dans le cadre du service public hospitalier en regroupant ses moyens dispersés au sein de deux cliniques en un seul établissement de soins, nouveau, plus fonctionnel et mieux adapté pour l'accueil et le traitement des patients... ;
- créer en partenariat avec le CHU de la ville, notamment dans les domaines de la cancérologie et de la rééducation fonctionnelle, des institutions communes permettant d'améliorer la qualité des prises en charge médicales des patients ;
- répondre à des besoins de santé publique insuffisamment satisfaits dans le domaine de l'alcoologie, en promouvant un centre de traitement de la dépendance alcoolologique, et dans celui de l'accueil des personnes handicapées, en mettant en œuvre une résidence pour des adultes présentant une déficience du comportement. La création de ces centres s'inscrit dans une restructuration du personnel libre suite à la fusion des établissements.

Le projet d'établissement a été conduit sous la contrainte d'une triple exigence²⁷¹ :

- conformité aux objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire en veillant à ne promouvoir que des objectifs conformes à ce dernier en termes d'adéquation de la réponse apportée à la demande de soins existante... ;
- réalisme économique en veillant à ne pas promouvoir une politique anormalement consommatrice de ressources dont il connaît la rareté relative ;
- exigence sociale de maintien de l'emploi.

Le projet est censé se matérialiser dans la réalisation d'un ensemble tripolaire d'établissements distincts comprenant un pôle chirurgical — le projet Centre Hospitalier Mutualiste — un pôle de coopération avec le CHU de la ville, et un pôle d'établissements

²⁶⁹ Cette mécanique est expliquée dans CAUVIN, C., COYAUD, C., *Gestion Hospitalière : Finance et Contrôle de Gestion*, Paris, Economica, 1990, 286 p. Elle est illustrée de façon générale dans COCA, E., *Les inégalités entre hôpitaux*, Paris, Berger-Levrault, 1995 (rééd. 1998), 479 p.

²⁷⁰ Projet d'établissement, 1995-1999, p. 10.

²⁷¹ Projet d'établissement, op. cit., 1995-1999, p. 11.

nouveaux en alcoologie et pour l'accueil des handicapés. Deux ans après la définition du projet, au moment d'un changement de contexte global (récentes ordonnances de 1996) et local (rachats de cliniques par le privé commercial), le conseil d'administration de l'Union s'interroge sur la pertinence du projet, compte tenu des investissements à déployer pour le réaliser. Dans ce cadre, notre interrogation de recherche portera sur les divergences des représentations des acteurs autour du projet.

2.1 LES DISCOURS AUTOUR DU PROJET

Pour analyser les représentations des acteurs autour du projet, nous avons collecté des informations issues d'entretiens avec les acteurs, dans et autour de l'organisation, les outils qu'ils utilisent pour étayer leur point de vue et les décisions prises et des processus argumentaires et discursifs auxquels ils ont recours.

Notre cadre d'analyse de la situation repose sur les éléments suivants :

- la polysémie des outils utilisés dans les *images* du projet traduit une non appropriation du projet (même si elle permet son *acceptation* par les différents acteurs) ;
- les divergences d'évaluation des acteurs proviennent de l'utilisation d'outils de gestion macroéconomiques non pertinents localement, et biaisant l'appréciation de l'environnement sanitaire et des capacités de l'organisation ;
- les outils « contiennent » les représentations du projet de l'établissement en ce sens qu'ils les limitent ;
- les représentations des acteurs dans leur discours autour du projet peuvent se modifier par l'introduction de nouveaux indicateurs de gestion ou de nouvelles interprétations que celles utilisées dans les négociations habituelles.

A cet effet, nous avons conduit une série d'entretiens auprès des différents acteurs, en essayant de connaître leur point de vue sur le projet de l'établissement, et notamment la fusion des deux cliniques, leur position au moment de la constitution du projet initial datant de 1994 et les raisons légitimant le changement ou non de leur avis depuis deux ans.

Nous avons rencontré, notamment :

- le directeur de la DDASS du département ;
- le médecin chef de l'échelon local de l'assurance maladie ;
- un médecin inspecteur de l'échelon local de l'assurance maladie ;
- le directeur de la clinique privée à but lucratif de la ville, principal concurrent et délégué local d'un syndicat d'établissements privés ;
- la commission médicale d'établissement des cliniques ainsi que le bureau de la CME ;
- trois médecins intervenant à temps partiel dans le groupe ;
- les directeurs des trois établissements actuels ;
- la direction générale de l'Union des cliniques de St-Firmin ;
- ainsi qu'un expert indépendant, participant au pilotage de la planification sanitaire de la région (SROS).

Pour comprendre la genèse du projet et son évolution jusqu'à juin 1996, nous avons également consulté pour les années 1993-1994-1995 l'ensemble des documents à la disposition des trois établissements concernant les budgets, le PMSI ainsi que les différents rapports d'activité, les courriers échangés entre l'Union des cliniques de St-Firmin, les services de L'État, et l'assurance maladie, concernant le projet d'établissement, et évidemment le projet d'établissement lui-même.

2.1.1 Résultats obtenus : les différentes représentations d'une même réalité

Nous présentons ci-après de façon synthétique les points de vue des acteurs intervenant dans la reconfiguration du projet. Nous avons retenu comme objet de discussion les activités des cliniques actuelles et celles du futur centre hospitalier mutualiste qui fusionnera les deux établissements. Les représentations ont été analysées à partir du discours produit par les acteurs, en cherchant à décrypter les finalités des acteurs au delà des attitudes de rigueur. Ce tableau reprend les systèmes argumentaires en œuvre à un moment donné, et non les contenus comme « vérités ».

Tableau 7 : Les représentations des acteurs externes à l'organisation

<i>Objets</i>	<i>État (DDASS)</i>	<i>Assurance maladie</i>	<i>Secteur privé local</i>	<i>Secteur pub</i>
<i>Activité globale</i>	Approbation : intégration dans le SROS Ne perçoit aucune stratégie de la part de la Mutualité Réserves sur l'aspect financier Chirurgie ambulatoire perfectible	Favorise globalement l'activité, surtout face au privé. Discours ambigu sur la complémentarité public/privé	Constitution d'un pôle unifié consolidé en 96. Taille équivalente à la Mutualité.	Hésitant, sans 1 En passe de su de ses sites. St question
<i>Chirurgie digestive/thoracique</i>		Très favorable	Reconnaît la position de leader de la Mutualité	Très moyen : l d'excellence es Mutualité
<i>Chirurgie vasculaire/cardiologie</i>	Accord pour une activité cardiaque légère, toutefois ce type de prise en charge reste très contraignant.	Dossier très flou. Les autorisations ne correspondent pas exactement aux pratiques	Tente de s'approprier une partie de la coronarographie du CHU Cherche à se développer	Activité décupl la personnalité service
<i>Cancérologie</i>	Très bon, mais traitements très coûteux, à l'origine du déficit d'un des établissements	Même avis que l'État	Voudrait s'implanter en chimiothérapie, et dans le cadre d'une collaboration avec le privé régional	Rival principal La collaborati initialement est enterrée ; très p question d'un c en commun.
<i>Urologie</i>	Activité déjà présente sur la ville. Contre son développement dans la nouvelle structure	à privilégier, même si on reste sur un échec provisoire de recrutement	Très présent, mais subit la concurrence du CHU	Relations confl privé
<i>O.R.L.</i>	Mauvais	Médiocre	Très grosse activité	Excellent
<i>Nouvel établissement</i>	Rationalisera la complémentarité de l'offre de soins, mais montage financier douteux	Excellent emplacement. Favorable.	Avantage évident pour la Mutualité	-
<i>Centre de handicapés</i>	Intéressant	Favorable	Attaché à une mission de service public	-
<i>Centre d'alcoologie</i>	Intéressant	Favorable	Attaché à une mission de service public	-

Tableau 8 : Les représentations des acteurs internes

<i>Objets</i>	<i>Direction Générale</i>	<i>Directions des établissements</i>	<i>Commission Médicale d'établissement (bureau).</i>	<i>Chirurgie</i>
<i>Activité globale</i>	Développer quelques activités de pointe contre une structure médiocre et polyvalente Isolement/établissements Pas d'hospitalisation de jour envisagée	Pas de pouvoir de gestion réelle : décision centralisée. Hospitalisation de jour un peu pratiquée dans la structure de cancérologie	Développer l'activité autour des axes forts. Conscient de son prestige technique dans la profession. Idée de service public forte. Volonté de prise en charge totale, quelle que soit la durée de séjour	Un clan de techniciens Fort soutien technique Ignorance totale du jour
<i>Chirurgie digestive/thoracique</i>	Pôle d'excellence	Point d'attraction principal	Joue la carte du digestif	Pôle très fort
<i>Chirurgie vasculaire/cardiologie</i>	Pôle majeur de prise en charge	Point d'attraction fort	Défavorable si son développement se fait en défaveur du digestif et de la cancérologie	Souhaitent l'angioplastie dilatation coûteuse et peu isolée.
<i>Cancérologie</i>		Point d'attraction principal	Joue la « distinction ». Pôle d'excellence	Bonne collaboration
<i>Urologie</i>	Soutien, puis abandon car échec sur recrutement	A garder si la Mutualité trouve un 2e urologue	Favorable à un 2e urologue	Favorable
<i>O.R.L.</i>	Supprimé	Hésitantes sur la position à tenir	Hésitante	Hostiles
<i>Nouvel établissement</i>	Vu comme structure d'excellence nécessaire	Très volontaire, mais pas préparés à la fusion : pas de mise en commun des procédures	Voit les choses en grand, tant pour les services que le bloc ou la réanimation. Ne voit pas les contraintes structurelles ou financières. Peu conscient de la réalité institutionnelle	Soutient le projet... et les ambitions financières
<i>Centre de handicapés</i>	Complément des activités majeures	Favorable	Favorable	-
<i>Centre d'alcoologie</i>	Complément des activités majeures	Favorable	Favorable	-

Tableau 9 : L'utilisation des indicateurs de gestion dans les représentations du p

<i>Objets</i>	<i>Direction Générale</i>	<i>Directions des établissements</i>	<i>Commission Médicale d'établissement</i>	<i>Chirur</i>	<i>Médecins</i>	<i>État</i>	<i>Assce maladie</i>
<i>Données générales propres à la prise de décision / organisations des soins</i>	M, m, t, V, R, C, Cg, pmsi, s, S	QLT pour 1 établisst, V, C, Cg, pmsi +-, s	M, qlt, T, V, pmsi +-, s	M, qlt, T, V, pmsi-	M, qlt, T, V,	M, V, R, C, s	M, qlt, V, R, pmsi
<i>Projet de fusion des cliniques</i>	M, m, T, V, s, S	pas d'Indicateurs communs, sauf pmsi	M, qlt,	M, qlt	M, qlt	M, R, C, s	M, qlt, R

Légende : Indicateur ou information utilisée de type :

M : Macroéconomique, *m* : microéconomique, *qlt* : Qualité des soins, des processus, non formali information transversale intuitive, *T* : information transversale élaborée, *V* : information verticale, *R* : inf *C* : comptable, budgétaire, *Cg* : Contrôle de gestion, *pmsi* : utilisation du Programme de médicalisati réglementaire, *PMSI* : utilisation exhaustive du PMSI, dans le cadre d'une gestion stratégique des activités, acteurs agissant autour de l'organisation, *S* : information recueillie dans le cadre d'une stratégie à long te.

2.1.2 Analyse : le jeu des indicateurs et leur influence sur la (dé) structuration du projet d'établissement

Notre analyse s'articule en trois points : les types d'indicateurs utilisés, les logiques liées au contexte et les informations spécifiques au projet d'établissement.

- Types d'indicateurs utilisés

Le dernier tableau met en évidence comment les différents acteurs à l'œuvre dans la configuration du projet d'établissement utilisent les indicateurs de gestion dans leur analyse de la situation.

Nous avons classé les différents indicateurs étayant le projet à partir de la typologie suivante :

M reprend les indicateurs macroéconomiques à visée institutionnelle. Cette catégorie comporte la description de l'offre régionale et locale de soins en nombre de lits, de médecins par spécialité, le nombre de journées traitées, les profils démographiques et pathogènes de la population ; m reprend la plupart de ces indicateurs à l'échelle de l'établissement, avec, en outre, le nombre de « K » par médecin (évaluation quantitative des actes effectués en termes de « technicité »)²⁷². QLT indique la présence formalisée de processus de qualité des soins, assimilable à une démarche qualité. En minuscule, la démarche est locale et non formalisée. T représente un système d'information transversal formel, élaboré, systématique mis en place dans l'organisation. Ce système peut toucher tant les procédures de gestion que les pratiques professionnelles ; t représentera un système d'information non systématique. V symbolise un système d'information verticale ; R indiquera que le système d'information dominant sera d'ordre réglementaire, juridique ; C privilégiera un système d'information comptable ou budgétaire. Cg indique la présence d'un contrôle de gestion interne élaboré ; pmsi montre l'utilisation régulière du Programme de Médicalisation de l'Information Médicale, mais strictement dans le cadre réglementaire, tandis que PMSI indique une utilisation exhaustive et à des fins stratégiques du système d'information. S touche à l'information stratégique recueillie dans une perspective de développement de l'activité à long terme, tandis que s montre la présence d'une veille face aux stratégies d'acteurs en place et aux conflits locaux entre acteurs.

- Les logiques liées au contexte :

Le mécanisme d'allocation des budgets a fortement influé sur les indicateurs de gestion de l'hôpital. Un de nos principaux constats est que les indicateurs utilisés consistent plus à étayer des arguments de négociation budgétaire avec les tutelles de l'État qu'à rechercher une évaluation et un pilotage performant de l'organisation dans le cadre de l'orientation sanitaire régionale : les outils de gestion utilisés dans les organisations de soins ne sont que partiellement pertinents, mais ne sont pas le reflet de la réalité hospitalière, ce qui confirme un point de vue exprimé d'une façon plus générale au niveau français : « Les seuls indicateurs de performance sont le nombre d'entrées, le taux d'occupation des services (TO), la durée moyenne de séjour (DMS) et le prix de revient de la journée par grande spécialité. »²⁷³

Si on regarde les données générales propres à la prise de décision, on constate que l'acteur qui multiplie les indicateurs est sans conteste le secteur privé, qui a recours à tout type d'information pour percevoir son environnement. Il est celui qui domine le mieux les

²⁷² Cette évaluation est issue de la nomenclature des actes médicaux, répertoriée dans l'arrêté du 27 mars 1972 + Annexe. Les actes sont découpés selon l'ordonnancement suivant, qui reprend la structure des grands champs disciplinaires médicaux et paramédicaux, comme par exemple C pour consultation au cabinet pour un médecin, Cs pour consultation au cabinet pour un médecin spécialiste, K, Kc représenteront des actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par les médecins. A la lettre s'ajoute un coefficient qui est « un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel ». Par exemple, la consultation et la visite du médecin sont affectées du coefficient 1.

²⁷³ POUVOURVILLE (de), G., « Hôpitaux : la double contrainte », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-juillet-août 1996, pp. 72-79, p. 75.

dynamiques du secteur, et il utilise dans une stratégie essentiellement à court terme les données médico-économiques tirées du PMSI ou des institutions. Sa vision s'inscrit dans une perspective de survie économique à court terme. Il montre la mise en place d'un contrôle de gestion articulé autour des activités médicales, visant à exploiter le plus rentable (chimiothérapie, cardio-vasculaire), c'est-à-dire le plus coûteux, puisque son financement ne relève pas du budget global.

Au sein de l'Union des cliniques, la direction générale possède sensiblement les mêmes indicateurs de gestion que le secteur privé, avec, en plus, une vision stratégique à long terme forte. Cependant, elle manque d'indicateurs de gestion précis sur les établissements. Son éloignement se fait ressentir, il y a peu d'indicateurs qualitatifs de proximité.

Ces indicateurs se retrouvent localement dans les directions d'établissement, et ce, de façon variable. Les indicateurs de qualité sont plus ou moins formalisés, comme le PMSI. Il y a peu d'indicateurs communs réels, ce qui signifie qu'une comparaison qualitative locale entre deux établissements d'une même institution est impossible à réaliser de façon complète.

Les médecins et chirurgiens des établissements possèdent des indicateurs techniques, liés à leurs spécialités et leurs services, mais ne possèdent aucun indicateur de gestion réel. Ils ne voient pas les articulations entre les mécanismes budgétaires et leurs activités. Pour eux, la stratégie médicale se définit *a priori*, à partir des seules considérations sanitaires, puis les mécanismes budgétaires « n'ont qu'à s'adapter... ». Les seuls indicateurs macroéconomiques qu'ils possèdent sont des indicateurs sanitaires spécialisés.

Le secteur public, représenté par le CHU, vit sur son passé, son prestige lié à son statut et à quelques personnalités fortes qui jouent sur le réseau professionnel. Les indicateurs relèvent de l'ordre médical : en autarcie, l'organisation se trouve être en perte de vitesse face aux autres acteurs. Si les services locaux de l'assurance maladie privilégient fortement une régulation macroéconomique, ils sont sensibles aux démarches qualité locales, aux mesures d'ordre sanitaire. Toutefois, les critères financiers n'entrent pas en compte de façon pertinente ; on en reste à des propos généraux et peu argumentés. L'avis touche essentiellement à la faisabilité technique. L'usage du PMSI n'est pas réalisé dans l'optique d'un audit des activités, mais dans le cadre institutionnel.

Les services déconcentrés de l'État (DDASS) jouent sur la régulation macroéconomique de l'activité et sur les critères financiers du projet. Les mécanismes de base semblent ne pas être intégrés : les établissements privés à but lucratif et à but non lucratif semblent être traités de la même manière, alors qu'ils répondent à des statuts et des modes de financement différents. Ainsi, seules les activités réalisées sont comparées (en nombre de Kc produits, par exemple), sans être ramenées aux budgets alloués : le critère d'évaluation est l'activité produite, et non l'efficacité de l'organisation.

Afin de disposer de données approchant l'efficacité de l'organisation, nous avons construit le tableau suivant qui présente les résultats synthétiques de l'activité médicale d'une des cliniques. Son intérêt et sa spécificité résident dans le fait qu'il reprend dans les dernières colonnes la moyenne réalisée sur d'autres établissements *de même type de la région*, ce qui n'est pas pratiqué habituellement. Au mieux, et encore, de façon non systématique, étaient relevées à l'époque des comparaisons par grande spécialité (MCO), et plus rarement par discipline. L'assurance-maladie avait, de son côté, développé des outils légèrement plus sophistiqués dans le contrôle des activités des praticiens.

Tableau 10 : L'activité médicale d'une clinique²⁷⁴

<i>Discipline (Données 1995)</i>	<i>Nbre intervention s</i>	<i>Nombre de KC/ETP</i>	<i>K moyen</i>	<i>Moyenne régiona le KC/ETP</i>	<i>Moyenne régiona le K moyen</i>
1 Urologie	905	55 956	64,47	30 000	50
2 Digestifs secteur 1	1 189	64 900	109,19	40 000	50
1 Digestif secteur 2 (Dr B. ²⁷⁵)	84	11 647	138,65	40 000	50

²⁷⁴ Notre analyse ne prend pas en compte l'activité des vacataires.

2 Orthopédistes	14 074	81 110	115,30	40 000	40
1 Vasculaire	707	110 351	156,08	60 000	100
1/2 Gynécologue	411	71 500	86,73	40 000	50
1 Ophtalmologiste	498	63 148	126,8	35 000	50
1 Chirurgie générale	514	47 467	92,35	35 000	40
1 O.R.L.	371	23 987	64,65	30 000	40

Les indicateurs retenus sont définis par les institutions. Ils permettent une certaine mesure de l'activité médicale (nombre d'interventions, ensemble des KC) et le niveau moyen de leur technicité (K moyen). Le tableau montre clairement une haute technicité et une capacité de production des praticiens qui est remarquable, comparées aux moyennes régionales. Toutefois, personne parmi les acteurs intervenant dans le projet ne parvient à les relativiser régionalement, par rapport à des structures équivalentes. Ainsi, si on le compare avec les autres établissements publics ou PSPH de la région Rhône-Alpes, on constate qu'il est largement supérieur à celui des établissements inclus dans le service public, toutes structures confondues.

Ainsi, si notre analyse se restreignait à l'établissement — en suivant l'analyse des tutelles — on ne pourrait pas constater que certains médecins travaillent deux fois plus que d'autres. Mais ces derniers, ramenés à la moyenne régionale du secteur, se positionnent honorablement ; c'est-à-dire que les moins performants en termes d'activité dans l'établissement ont une activité « normale » régionalement. Rappelons que dans cette structure, les médecins sont salariés, et ne sont donc pas rémunérés en fonction de leur activité, ce qui signifie que la prise en charge des patients dans ce type d'établissement est en fait deux fois moins coûteuse que dans un établissement standard, même si cette même organisation montre des problèmes apparents de déficit structurel lié au mode de financement.

- Informations spécifiques au projet d'établissement

Seul le secteur privé parvient à synthétiser l'information utilisée couramment dans sa prise de décision pour l'intégrer dans son analyse du projet de l'organisation. La direction générale de la mutualité fait du projet « idéologique », missionnaire, sans toujours articuler sa vision avec les indicateurs existants. Les cliniques n'ont aucun indicateur commun pour préparer le projet de fusion : c'est un projet qui s'opère par regroupement des activités, ni plus, ni moins. Les médecins et les chirurgiens suivent cette perspective. Pour eux, le projet n'est qu'une mise à disposition de nouveau matériel ; ils n'ont pas pris pleinement conscience du changement de mode d'organisation et des mentalités à opérer pour réaliser le projet défini depuis déjà deux ans.

L'État et l'assurance-maladie ne regardent le projet que sous l'angle réglementaire (sanitaire) ou financier. Leur intervention se limite à une approbation plus qu'à une participation réelle au projet d'établissement.

Ainsi, au seul regard de cette brève analyse, il apparaît que, paradoxalement, l'acteur possédant le plus d'indicateurs sur l'inscription du projet dans le champ sanitaire se trouve être... le principal rival du projet, le secteur privé. Certes, il ne possède pas de façon précise l'information nécessaire au projet de fusion, mais c'est lui qui, par la variété en genre et en nombre, conçoit l'ancrage le plus pertinent du projet dans son environnement. Son point de vue reste cependant biaisé par le fait qu'il se trouve incapable d'intégrer la mission à long terme que se donne l'organisation : le service public est, du point de vue du secteur lucratif, envisagé comme un inconvénient ; pour l'organisation mutualiste, il agit comme principe vital.

²⁷⁵ Les chiffres disponibles par ce praticien sont difficilement utilisables, du fait de son arrivée dans l'établissement en 1995. Notons, toutefois, que, sur la fin de l'année 1995, ce praticien réalise un K moyen de 138,65.

2.2. LES LEÇONS A RETENIR POUR L'ACCOMPAGNEMENT DU PROJET

Dans le cas présenté ci-dessus, notre démarche a consisté à rompre la cohérence globale d'un corps d'indicateurs par rapport au sens que leur donnaient les tutelles de l'État (positionnement budgétaire urbain par rapport à des normes nationales) pour privilégier une pertinence locale (complémentarité et comparaison des activités sur la région) : d'externe, le sens du projet s'est forgé dans l'organisation, qui s'est appropriée progressivement les indicateurs. Il s'est agi également d'imprimer les indicateurs financiers dans les représentations des médecins et chirurgiens, qui perçoivent mal la contrainte financière dans laquelle se trouve enfermée l'organisation. Le rattachement des activités médicales aux autres activités, leur évaluation dans le cadre du PMSI a permis d'impliquer (encore partiellement) le corps médical dans la configuration structurelle du projet de fusion des établissements.

La configuration du projet a été ainsi modifiée par les perspectives et les orientations des acteurs en ce qui concerne :

- les institutions : l'activité réelle des médecins a été relativisée à une échelle régionale, le financement des bâtiments a été corrélé à l'activité produite plus qu'au budget alloué ;
- les médecins : les capacités en lits des services ont été modifiées. Les structures classiques de services par étage et spécialité ont été abandonnées au profit de plateaux multi-fonctionnels et interchangeables à long terme ;
- la direction de la mutualité : le principe de budgets décentralisés, la mise en place d'un contrôle de gestion sur les activités, la recherche d'un système d'information commun aux établissements ont été envisagés.

Dès lors, le premier travail à réaliser dans l'accompagnement d'un projet d'établissement consiste à casser les *a priori* liés aux représentations parcellaires de chaque partie prenante au projet. Ce phénomène de rupture passe par une remise en cause des outils d'appréhension des activités de l'établissement. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer seulement que les indicateurs utilisés conditionnent *a priori* les représentations autour du projet, sans ajouter que ces indicateurs servent les stratégies d'acteurs. De même, les cadres conceptuels sur lesquels reposent les différentes représentations, fortement marqués idéologiquement, ne sont pas convergents. Il s'agit donc de travailler dans deux directions complémentaires pour « objectiver » les indicateurs, c'est-à-dire les raccrocher à l'objet-projet : la première direction vise à relativiser les indicateurs existants, en montrant en quoi ils s'inscrivent dans une évaluation institutionnelle non pertinente pour le projet d'établissement. Ces indicateurs peuvent être relativisés en les situant dans un environnement plus large, la région, par exemple. La seconde direction pousse l'exploitation des indicateurs dans le sens de la mission conférée au projet, et à forger de nouveaux indicateurs qui peuvent compléter les représentations existantes.

Conclusion du chapitre

L'accompagnement d'un projet d'établissement passe donc, dans une démarche heuristique, par un processus de décalage des indicateurs de gestion par rapport à leur rôle initial pour leur forger une pleine place dans le projet : un projet articulé autour d'outils externes ne peut être sereinement mené, et revient à un dispositif de planification. Toutefois, ce décalage nécessite des instruments d'appréhension de l'activité hospitalière dont le champ sanitaire n'a pas toujours disposé.

L'apparition de nouveaux²⁷⁶ référentiels, tel le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), ouvre de plus larges perspectives aux outils de pilotage du projet d'établissement, mais ces outils seuls ne sont pas suffisants et doivent être intégrés autour de trois dimensions motrices :

- un objet trans-disciplinaire : le processus de prise en charge des patients scindé en activités ;
- une cellule opérationnelle de base : le département ;
- des personnes ressources : le chef de service et le cadre soignant.

Ainsi, il convient de multiplier les indicateurs, tant par leur nombre que par leur genre, de quitter les seules recherches de cohérence globale pour privilégier *en complément* des indicateurs privilégiant une pertinence locale pour l'organisation support du projet.

Le renouvellement de la planification sanitaire et des modes de régulation entre les établissements et leurs tutelles devrait y contribuer.

²⁷⁶ « nouveaux » en ce qu'ils sont généralisés et systématisés dans les analyses.

Conclusion de la Première Sous Partie

Une planification sanitaire renouvelée, périmètre du déploiement du projet d'établissement

L'articulation du SROS et des projets d'établissement est encore une question totalement ouverte en 1991. Une incomplétude importante de la loi de 1991 est que cette dernière porte de façon quasi exclusive sur les hôpitaux publics, tout comme les réformes des années 1980 touchant à la mise en place du budget global ou du PMSI. Ce sont les ordonnances de 1996 qui opéreront une première tentative de rapprochement entre structures de soins par les agences régionales de l'hospitalisation et la généralisation du PMSI au secteur privé en 1997.

Après les premières générations de projets et de SROS, on peut dire que de plus en plus de projets d'établissement se voient refusés par les tutelles²⁷⁷, qui durcissent le rôle joué par le SROS, dont les annexes sont désormais également opposables. Mais surtout, le financement des activités réalisées par les établissements s'élaborant sur la base de contrats d'objectifs et de moyens avec les nouvelles agences régionales de l'hospitalisation oblige les tutelles à une plus grande vigilance : le nouveau projet d'établissement n'est plus seulement déclaratif, politique, nourricier d'une planification régionale, il est le support du déploiement de nouvelles activités pour les structures.

La conclusion de cette première sous partie se veut donc ouverte. Nous présenterons en deux points les éléments fondamentaux du renouvellement de la planification sanitaire : la généralisation du dispositif à la région et une illustration de ce dispositif en présentant le cas de la région Rhône-Alpes.

- Les « SROS de 2^e Génération » : une régionalisation de la planification « sanitaire et sociale »

En octobre 1997, le gouvernement décide d'accélérer le processus d'élaboration des SROS de deuxième génération. A ce titre, un comité de pilotage est créé, sous la présidence de Mme D. Polton, directeur du CREDES, afin que les agences régionales fournissent dès la fin de l'année 1998 le cadre stratégique permettant d'orienter les allocations budgétaires 1999.

Si les SROS de première génération ont donné lieu à un foisonnement de méthodologies et à la construction d'un premier socle, comme on l'a vu précédemment, il s'agit dans cette deuxième phase de renforcer et d'uniformiser le pouvoir de décision régional, et ce, par des leviers d'actions nouveaux (financements, contrats d'objectifs). Ainsi, la légitimité des nouveaux SROS reposera sur « une approche transversale, incluant l'ensemble des segments de l'offre de soins, notamment la médecine de ville et le secteur médico-social... » à partir d'une concertation régionale large. La dimension opératoire des SROS est également soulignée, afin d'« éviter l'écueil d'une ambition planificatrice trop vaste conduisant à un détail de prescriptions devenant, par-là même, inopérantes, ou celui d'objectifs généraux considérés comme des vœux pieux. »²⁷⁸

Le gouvernement a souhaité mettre en place le dispositif de définition des SROS de deuxième génération rapidement. La circulaire²⁷⁹ issue du rapport Polton donne environ 8

²⁷⁷ A défaut de refus, on peut constater le développement d'un accompagnement de la tutelle dans la réalisation du projet d'établissement, qui permet d'aboutir à un projet négocié, et donc acceptable pour la tutelle.

²⁷⁸ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, *Lettre de mission* de Mme M. AUBRY et M. B. KOUCHNER à Mme D. POLTON, Paris, 9 octobre 1997.

²⁷⁹ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, DIRECTION DES HÔPITAUX (Sous Direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalière), Circulaire DH/EO/98 n°192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

mois aux directeurs des ARH pour élaborer le SROS afin qu'il puisse servir de référent à la campagne budgétaire 1999. Le message essentiel de la ministre consiste à signifier que les SROS dont le contenu non exhaustif puisse être un cadre fixant les axes de santé prioritaires, en complémentarité avec le champ social. En outre, il renforce le caractère opposable du SROS par rapport aux indicateurs et aux axes déterminés, mais laisse les établissements libres des moyens à utiliser pour y parvenir : « le SROS s'adresse à des établissements autonomes... Il conviendra donc, dans toute la mesure du possible,..., de privilégier une planification plus contractuelle »²⁸⁰. Il insiste également sur l'intégration obligatoire des organisations syndicales, de la population et de ses représentants, afin de renforcer sa « légitimité démocratique et professionnelle », et permet d'ouvrir le champ, pré carré traditionnel de lutte entre tutelle et médecins, à une régulation plus ouverte.

Cette mission remet paradoxalement en question l'utilité des SROS telle qu'on peut la lire dans les ordonnances de 1996, qui sont venues modifier et compléter le dispositif réglementaire et législatif de 1991 en en précisant le contenu et en rendant ses annexes opposables. La question qui se pose, en effet, est de savoir quelle est la place à accorder au dispositif parmi l'ensemble des instruments de régulation. Elle se pose notamment à partir de l'expérience à demi réussie des premiers SROS, mais aussi à partir des nouveaux outils de régulation désormais présents, comme les enveloppes régionales d'allocation de ressources, la contractualisation, les réseaux entre offreurs de soins, le renforcement de la réglementation sur la sécurité.

Le système est en effet aujourd'hui, d'une certaine manière, paradoxal : d'un côté, une planification de plus en plus coercitive vis-à-vis des acteurs locaux — hôpitaux et cliniques — notamment grâce au verrouillage des autorisations d'équipements et d'installations ; de l'autre, un système prônant l'incitation, la contractualisation, le projet, avec des financements spécifiques. Nous en proposons dans les lignes qui suivent une illustration.

- Une illustration : le dispositif en construction de la région Rhône-Alpes

La problématique qui préside à la mise en œuvre du SROS de deuxième génération en région Rhône-Alpes consiste à partir non plus des structures mais des patients dans leur processus de santé pour améliorer leur trajectoire de soins au sein du système²⁸¹. Elle se définit par rapport à un enjeu qui dépasse largement la question de l'harmonisation entre structures de soins (jeu sur l'offre) pour intégrer une dimension polymorphe : « L'enjeu majeur... est d'organiser, par des professionnels, la prise en charge la plus efficace et la plus efficiente des patients lors d'un épisode de soins sur un territoire donné, en un temps donné et au coût le plus faible. »²⁸²

Le dispositif de construction des SROS se trouve alors renouvelé, comme on peut le voir dans le tableau suivant²⁸³ :

²⁸⁰ *Id.*, p. 7. Notons que la version initiale de la circulaire (sous forme de document de travail) n'intégrait pas la notion « d'autonomie », de même que le mot « dysfonctionnement » a systématiquement été gommé pour être substitué respectivement par « sujet important », « optimisation de l'organisation hospitalière », « recomposition de l'organisation du tissu hospitalier », « forces et faiblesses »...

²⁸¹ ARH RHÔNE-ALPES, *Le schéma régional d'organisation sanitaire en Rhône-Alpes, Méthode et processus*, Lyon, jan. 1998, 23 p.

²⁸² CLAVERANNE, J.-P., « Réflexions sur les orientations du SROS de 2e génération », *Rapport au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes et soumis aux Conférences sanitaires de secteur*, Lyon, UMR CNRS 5823, 23 oct. 1998, 48 p.

²⁸³ D'après des données tirées de ARH Rhône-Alpes, (Comité de pilotage sur la révision du SROS), Rapport, tome I, Lyon, novembre 1997, 43 p. ; ARH Rhône-Alpes, Bilan du SROS1, Lyon, 1998, 65 p. ; ARH Rhône-Alpes, Évolution de la carte sanitaire entre 1993 et 1997, Lyon, avril 1998, 33 p. ; CLAVERANNE, J.-P., « Réflexions sur les orientations... », art. cit.

Tableau 11 : Évolution du Mode de construction des SROS en région Rhône-Alpes

	SROS 1	SROS 2
FINALITÉS	Améliorer les prises en charge du patient Optimiser l'offre de soins Maîtriser les dépenses de santé	Idem
PERSPECTIVE	Cadre de référence	Vigie stratégique
MÉTHODE	Objectifs	Projet
DÉMARCHE	Recherche de l'exhaustivité Analyse centrée sur les structures de soins Formulation d'objectifs	Choix de priorités Formulation d'objectifs restreints Analyse centrée sur les trajectoires de soins Formulation de leviers d'action
PROBLÉMATIQUE	Le système hôpital	L'hôpital dans le système de soins
ORGANISATION DES SOINS	Concentration des plateaux techniques Structuration de l'organisation en réseaux gradués Diversité des référentiels	Recentrage sur l'autonomie et l'incitation des acteurs Subsidiarité Partage de l'information
RÔLE DE LA TUTELLE	Mise en œuvre d'une planification administrative	Formulation d'une stratégie et mise en œuvre d'une planification contractuelle
LÉGITIMITÉ	Professionnelle et administrative	Professionnelle et démocratique
LEVIERS	Autorisations Normes Approbation des projets d'établissement Contrat d'adhésion	Projets Contrats d'objectifs Réseaux et filières Cahier des charges Allocation de ressources Évaluation
ARTICULATION GLOBAL/LOCAL	Découpage en secteurs sanitaires	Maillage géographique, organisationnel et professionnel d'activités

La contractualisation des objectifs et des moyens entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les établissements est l'outil majeur de l'instrumentalisation du SROS de 2e génération. Trait d'union opérationnel entre le local et le global, levier par lequel l'agence peut infléchir la stratégie d'un établissement, l'amener à développer des coopérations avec d'autres établissements pour améliorer la qualité d'une prise en charge, supprimer les doublons ou partager des ressources, le contrat d'objectif a pour objet de fédérer les objectifs de chaque établissement autour des objectifs prioritaires définis par le SROS. Le contrat d'objectif permet à l'établissement de façon contractuelle d'être assuré de ses ressources pendant la période du contrat.

Cet exercice implique de conjuguer trois composantes : le temps de la transformation et les temps intermédiaires, l'espace de la transformation, et les ressources disponibles au niveau de la région. Dès lors, schéma et projet procèdent de la même démarche, concourent aux mêmes objectifs. La satisfaction des demandes de santé de façon efficiente est tout à la fois les objectifs du schéma et des différents projets des établissements.

En conséquence, l'adéquation des objectifs et des moyens implique la recherche puis la mise en œuvre d'une cohérence globale entre le SROS d'une part et les différents projets d'autre part, c'est à dire la réalisation d'un ensemble dont tous les éléments se tiennent, s'harmonisent, et s'organisent logiquement de façon interactive.

Cette cohérence verticale « SROS — Projets » et « Projets — SROS » se double de cohérences latérales entre projets d'établissements appartenant à un même secteur voire à un groupe de secteurs, enfin de cohérences internes entre un projet d'établissement et les différents projets qui le structurent. Cette recherche de cohérences internes latérales et verticales oblige chacun des acteurs à considérer chacun des éléments à mettre en œuvre

d'une façon globale mais également en interrelation avec d'autres éléments internes et externes.

Ainsi, la cohérence pour une pathologie donnée entre l'objectif de l'établissement et les objectifs du SROS n'est que partielle si en même temps n'est pas prise en compte la cohérence de l'action mise en œuvre avec celle des autres établissements ou avec les possibilités financières de l'établissement. La cohérence globale implique la prise en charge simultanée de ces contraintes. De même la recherche de cohérence entre deux ou plusieurs services d'un même établissement ne peut pas faire l'impasse sur les objectifs du SROS en la matière ou de l'offre concurrente. Autre exemple, l'objectif de réaliser un hôpital de jour implique, outre la prise en compte d'éléments concurrentiels, la mise en œuvre d'un projet organisationnel global de l'établissement. Enfin, la réalisation en commun par des établissements autonomes de projets ou parties de projets complémentaires, peut conduire à des adaptations du SROS dans ses principes, objectifs ou réalisations.

La méthodologie développée par l'agence régionale de l'hospitalisation consiste alors à proposer un diagnostic obligeant chacun des acteurs au projet de SROS à prendre en compte simultanément toutes les dimensions d'un objectif, à les mettre en perspective, à les confronter avec d'autres dimensions avancées par d'autres acteurs. A partir de ce diagnostic ont élaborés les axes d'orientation du SROS de 2^e génération de la région Rhône-Alpes, qui, au moment de la clôture de ce travail se trouvent en discussion. Nous présentons dans les lignes qui suivent ces orientations en cours de formalisation.

Les mesures d'accompagnement du SROS résident essentiellement dans la mise en place au sein de l'agence d'une structure d'accompagnement et d'évaluation.

Or, nous avons traité dans cette sous-partie :

- du cadre général du projet ;
- des contextes présents et prévisibles structurant la construction du projet d'établissement dans une région sanitaire ;
- des orientations qui détermineront le cadre des projets d'établissements pour les cinq ans à venir par les SROS de 2e génération.

Il reste donc à examiner le rôle des référentiels présents et à venir dans la régulation sanitaire, et leur influence sur le projet d'établissement.

L'analyse de ces référentiels en rapport avec le projet d'établissement est fondamentale dans la mesure où ils constituent à la fois les traductions des projets dans l'espace et la politique sanitaires et les leviers d'action par lesquels les projets d'établissement s'inscriront dans ce même espace.

C'est l'objet de la sous partie suivante.

Tableau 12 : Quelle stratégie pour le SROS de Rhône-Alpes ?

DIAGNOSTIC	ORIENTATIONS	MOYE
3 CHU qui s'ignorent et qui pèsent 50 % des dépenses hospitalières publiques	Consolider et affirmer le potentiel CHU de Rhône-Alpes pour le valoriser au plan régional et national	Constitu Mise en Sortir le
Un moyen séjour mal inventorié, dont la distribution spatiale ne correspond plus aux attentes de la population, mal articulé avec les autres acteurs du système.	Mettre le moyen séjour au niveau du court séjour	Favorise Dévelop Dévelop séjour Moderni familial
Une cancérologie organisée en structure oligopolistique avec franges et « pas à la hauteur » de la morbidité Rhône Alpes	Constituer un pôle d'excellence régional dédié à cette pathologie	Conférer Conférer Mise en Évaluati
Cloisonnement de l'offre entre le public et le privé qui est néfaste à la disponibilité du soin et au libre choix du patient	Améliorer l'intégration de la chaîne des soins quel que soit le statut de l'opérateur	Mise en coopérat HAD ²⁸⁵ .
Prise en charge de la douleur balkanisée et pas toujours considérée comme une priorité	La prise en charge de la douleur devient une priorité	Organise Financer
Hôpital et santé publique : deux mondes qui s'ignorent	Intégrer les problématiques de santé publique dans les stratégies hospitalières	Créer un de la dét
Personnes âgées Inadéquation entre la prise en charge médicalement segmentée et les tableaux polyopathologiques de la Personne Agée Insuffisance des alternatives à l'hospitalisation	Éviter les hospitalisations inutiles	Organise Favorise l'hôpital

²⁸⁴ Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie.

²⁸⁵ Hospitalisation A Domicile.

Seconde Sous Partie

**La dynamique du concept :
la métabolisation de
référentiels globaux par le
projet d'établissement
(depuis 1996)**

Introduction

Un nouveau cadre de régulation : la réforme de 1996

Les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, plus connues sous le diminutif de « réforme Juppé » renouvellent la régulation sanitaire française en intégrant des référentiels quantitatifs (évaluation médico-économique) et qualitatifs (évaluation des prestations). Ces derniers se cristalliseront dans le projet d'établissement, qui se trouve désormais couplé à un contrat d'objectifs et de moyens négocié avec la tutelle. La connaissance de ces référentiels et de leur mécanisme est donc tout à fait nécessaire à l'instrumentalisation du projet d'établissement.

Or, la réforme Juppé, qui a été élaborée au nom de la maîtrise des dépenses de santé, alors que cette même maîtrise était déjà enclenchée, a permis d'accélérer et de généraliser le processus pour faire prendre conscience partiellement ce problème de régulation.

Les outils de régulation sanitaire mis en place depuis 30 ans peuvent aujourd'hui s'inscrire dans une dynamique d'ensemble. Les deux outils permettant la convergence et l'ancrage entre les institutions de santé régionales et les établissements sont le SROS et le contrat d'objectifs et de moyens. Le consensus est possible sur un mode de régulation contractuelle fondée sur des engagements réciproques entre agences régionales et établissements. Cela passe, notamment, par la substitution des mécanismes d'autorisation actuels, fondés sur des indices, par des appels d'offre construits sur des objectifs à atteindre et des indicateurs d'évaluation des résultats. Cette mutation a pour conséquence également un changement des formes de connaissances dans la régulation du système sanitaire : l'indice, inscrit dans une logique déterministe de rapport entre offre et demande de soins (principe d'optimisation et d'universalité), est substitué par le contrat, qui s'inscrit dans une logique de négociation entre entités (principe de satisfaction déterminé sur des objectifs *a priori* et de localité) au résultat partiellement imprévisible.

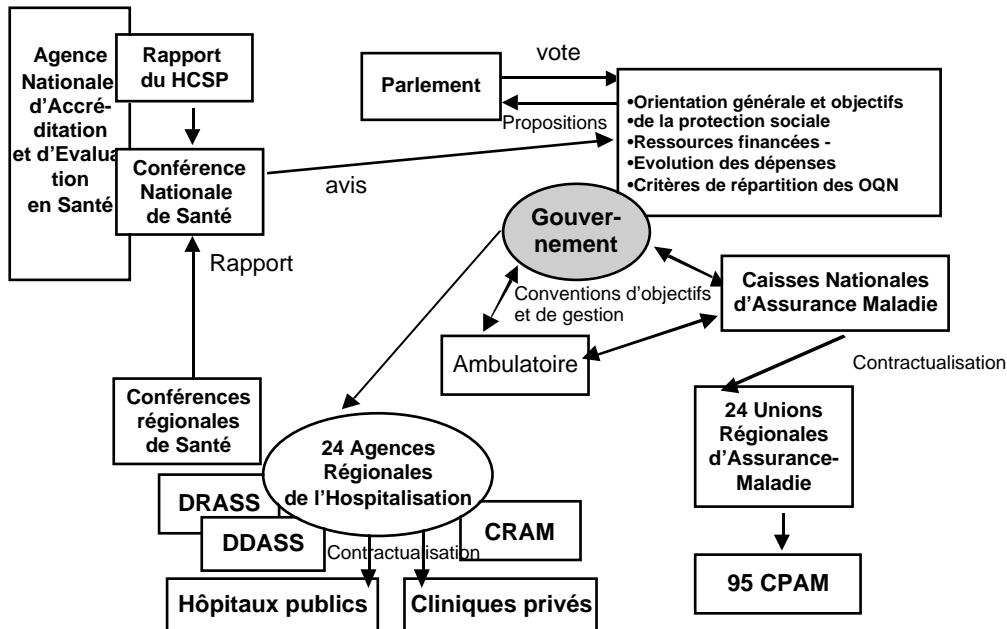
Après avoir abordé les grandes lignes de la réforme, nous verrons quelles dynamiques elle peut engendrer dans la régulation de l'offre de soins.

Un cadre juridique rénové

La loi constitutionnelle adoptée le 19 février 1996 et les trois ordonnances du 24 avril 1996 sur l'organisation de la sécurité sociale, la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et la réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurent une nouvelle architecture de l'offre de soins en France. Cette architecture essaie de s'articuler sur un triple niveau, national, régional et pour chaque établissement.

Nous résumons dans le schéma ci-après les grandes lignes de la réforme :

Figure 7 : la réforme de 1996



La conférence nationale et les conférences régionales de santé sont chargées désormais de l'analyse des besoins de santé de la population et de déterminer les priorités de santé publique aux niveaux régionaux et national. Sur la base des travaux de la conférence nationale de santé, le Parlement fixe dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie, permettant un encadrement *a priori* de l'offre globale de soins. Dans sa conception large, ce processus s'inscrit pleinement dans une perspective de santé publique et redonne un pouvoir de décision au politique. Ensuite, le vote du Parlement s'inscrit dans un processus discursif où les acteurs de terrain sont invités à s'exprimer et à contribuer à la politique de santé publique. Ce vote légitime toute restructuration de l'offre.

Pour l'hospitalisation, un taux d'évolution national des dépenses est déterminé, ainsi qu'un Objectif Quantifié National (OQN) par un accord avec l'assurance maladie et les fédérations des établissements privés à but lucratif. Chaque région se voit ensuite attribuer une dotation globale pour les établissements publics et PSPH, et un objectif quantifié régional pour le privé à but lucratif.

La médecine de ville voit ses objectifs d'évolution des dépenses repris dans des conventions pluriannuelles conclues entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale.

Cette régulation en cascade vise donc à déterminer globalement l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population, puis à décliner cette offre par secteur d'activité, et, pour le secteur hospitalier, à fixer les mécanismes de répartition des ressources entre les régions. Ainsi, si les ordonnances de 1996 permettent un rééquilibrage entre régions, le partage encore fort entre hospitalisation et ambulatoire risque de nuire à la prise en charge de la population.

Plus spécifiquement, chaque ordonnance réforme le système de soins en réorganisant la sécurité sociale, en s'attachant à la maîtrise médicalisée des dépenses, et en réformant l'hospitalisation.

- L'ordonnance relative à l'organisation de la sécurité sociale²⁸⁶

Cette ordonnance vise à réformer l'organisation de la sécurité sociale afin de relever les défis économiques, sociaux et sanitaires. Des « conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale » sont prévues. Dans la branche maladie, ces conventions « fixent l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville, déterminé en fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie voté par le Parlement ». Elles comportent également « les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale et du médicament. » La mise en œuvre des conventions est assurée localement par des contrats pluriannuels passés entre les caisses nationales et les caisses locales, excepté le régime agricole. Les Unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM) définissent au niveau de la région une politique commune de gestion du risque, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, ainsi que des conventions d'objectifs et de gestion, notamment dans les soins de ville. Elles mènent, conjointement avec les syndicats de médecins libéraux des études sur l'évaluation des besoins médicaux, des pratiques professionnelles et de la régulation du système de santé.

Ainsi, l'ordonnance relative à l'organisation de la sécurité sociale vise à mettre en place au niveau des organismes d'assurance maladie des dispositions d'harmonisation de l'offre de soins à la répartition des ressources, sur un niveau national et un niveau local.

- L'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses²⁸⁷

Son objectif est de sauvegarder les principes de la sécurité sociale et d'assurer à tous l'accès aux soins à partir de divers dispositifs :

- une analyse des besoins de santé de la population par la conférence nationale de santé et les conférences régionales ;
- un ensemble de mesures sur le contrôle de la quantité des actes (codage, carnet de santé, références professionnelles opposables) ;
- l'avis de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) pour inscrire les actes et prestations sur liste de remboursement ;
- la réforme de la formation continue de la profession médicale.

Dans ce cadre, le carnet de santé a pour objet de réduire le nomadisme médical. De même, les filières et réseaux peuvent tendre à restreindre la liberté d'installation du praticien.

Cette ordonnance fixe des évolutions sectorielles des dépenses. Elle s'inscrit dans la maîtrise quantitative et qualitative des soins.

- L'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée²⁸⁸

Son objectif consiste à assurer l'accès de tous les malades à des soins hospitaliers de qualité et de sécurité, dans le respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement.

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) mettent en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers. Elles peuvent délivrer les autorisations, retraits d'autorisation, modifications de l'autorisation, elles déterminent les modifications des secteurs sanitaires, les schémas régionaux d'organisation sanitaire, etc., ainsi que les orientations des allocations de ressources aux établissements de santé.

²⁸⁶ Ordonnance n° 96-343 du 24 avril 1996, J.O. du 25 avril 1996.

²⁸⁷ Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996, J.O. du 25 avril 1996.

²⁸⁸ Ordonnance n° 96-345 portant réforme hospitalière, du 24 avril 1996, J.O. du 25 avril 1996.

Un contrat d'objectifs et de moyens est passé entre les établissements de santé et les agences.

Elles sont composées de la commission exécutive de l'agence et de son directeur. La commission est composée d'un président et, à parité, de représentants de l'État désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de représentants médicaux et administratifs des organismes d'assurance maladie. Nommé par décret, le directeur d'agence préside la commission, qui délibère sur les autorisations d'activité des établissements, les orientations qui président à l'allocation des ressources aux établissements, les contrats pluriannuels passés avec les établissements. Le directeur fixe les limites des secteurs sanitaires en psychiatrie, arrête la nature et l'importance des activités de soins en terme d'installations, arrête le SROS et son annexe, crée les établissements publics de santé, autres que nationaux, approuve les délibérations des établissements publics de santé. Les directeurs d'agence ont donc tout pouvoir sur les établissements de soins d'une région. Ils sont chargés de coordonner les missions des CRAM, DDASS et DRASS.

Dans la perspective d'amélioration des soins, une procédure d'accréditation est mise en place pour tous les établissements de santé. Elle s'appuie sur l'ANAES, chargée par ailleurs de l'évaluation en santé touchant aux soins de ville et de l'hôpital. L'agence régionale est destinataire du rapport d'accréditation. Par ailleurs, les coopérations entre établissements publics et privés sont rendues obligatoires d'ici l'an 2000, afin de renforcer la participation des établissements à la construction d'une réponse globale à la population. De même, les établissements de santé sont incités à créer des réseaux de soins avec les professionnels libéraux.

L'ordonnance unifie les lieux de décision en matière d'organisation de l'offre de soins et d'allocation de ressources à l'échelle régionale.

Suite à cette description des grandes lignes de la réforme de 1996, son analyse montre une dynamique renouvelée de la régulation sanitaire dont le principal levier touche à l'offre de soins.

Une dynamique renouvelée par une adaptation de l'offre de soins

Cette adaptation de l'offre de soins peut se décliner sous trois volets, quantitatif, qualitatif et organisationnel.

- Une adaptation quantitative de l'offre

L'offre réalisée dans le cadre des établissements de soins est régulée par les agences régionales de l'hospitalisation. Deux mesures sont prévues pour limiter la démographie libérale : le fonds de réorientation et l'incitation à la cessation anticipée d'activité.

Un fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale est ainsi créé. En fait, la situation de sureffectifs médicaux cache de grandes disparités entre régions et entre

spécialités. Ainsi, un surnombre de médecins libéraux pourra coïncider avec une pénurie des mêmes médecins en secteur hospitalier. De même, certaines disciplines sont globalement déficitaires, comme les anesthésistes-réanimateurs et les gynécologues-obstétriciens. Le fonds de réorientation vise à faciliter la reconversion ou la cessation anticipée d'activité des médecins exerçant à titre libéral. Toutefois, on peut constater une première tendance, montrant que ce ne sont pas nécessairement les spécialités en surnombre qui profitent du fonds, mais celles qui sont déjà en état de pénurie. Ainsi, un anesthésiste de 55 ans, surchargé de travail et épuisé sera plus tenté de prendre sa retraite anticipée qu'un médecin dont l'activité est équivalente à un mi-temps. Arrêté en septembre 1998, le fonds a provoqué — partiellement — l'effet inverse de celui escompté.

- Une adaptation qualitative de l'offre

Elle touche à la formation initiale du médecin généraliste, à la formation médicale continue, aux références professionnelles opposables à la réglementation des actes et des prescriptions.

Le médecin généraliste doit désormais effectuer un stage de six mois en cabinet médical afin d'être rapidement opérationnel.

L'obligation de formation continue pour tous les médecins exerçant à titre libéral devrait permettre une actualisation des connaissances et techniques d'une discipline très évolutive.

Enfin, jusqu'à présent, les références opposables se limitaient à quelques professions et se trouvaient mises en place pour les seuls médecins exerçant à titre libéral. Elles sont désormais étendues aux chirurgiens-dentistes et sages-femmes, aux auxiliaires médicaux. Elles sont également mises en œuvre dans les consultations externes des hôpitaux publics et PSPH. Elles consistent à interdire les soins ou médicaments inutiles ou dangereux. Ce sont l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé et l'Agence du Médicament qui élaborent les références.

Enfin, l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses prévoit la subordination du remboursement des actes et prestations à leur inscription sur liste par l'ANAES, qui se prononce sur l'efficacité et l'utilité des actes. Cela débouche sur la question de la réforme de la nomenclature.

- Une adaptation organisationnelle de l'offre

Elle touche aux notions de « continuité des soins » et de « coordination des soins ». On la retrouve dans le carnet de santé, dans les expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins ainsi que dans l'accréditation des établissements.

La parcellisation des soins et leur technicisation ont conduit à introduire des dispositifs visant à coordonner les soins. Le carnet de santé est généralisé à tous les bénéficiaires de l'assurance-maladie. Il doit être transposé au 1er janvier 1999 sur une « carte électronique inter-régimes » (la carte SESAME-VITAL), sur laquelle devrait figurer des informations sur le suivi de la santé de la personne. Plus complet dans les projets d'ordonnance, le carnet de santé ne reprend que les informations essentielles et non confidentielles. Il permet surtout un traitement direct des données entre praticiens, caisses d'assurance-maladie et patients.

L'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses prévoit des actions de rationalisation de l'accès au système de soins, tant dans le domaine médical que social.

Le premier dispositif envisagé est la filière de soins, organisée à partir du généraliste. Le second dispositif consiste en l'organisation de réseaux de soins, dont l'objet est la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. Les réseaux peuvent être développés entre libéraux, mais intégrer également les institutions médico-sociales, comme les services de soins à domicile. Ces dispositifs semblent adaptés à certains

types de prise en charge, comme les maladies chroniques, la dépendance ; ils suscitent le décloisonnement entre disciplines, notamment médicales, soignantes et sociales, et s'appuient par essence sur l'évaluation.

L'accréditation des établissements de santé publics et privés est une procédure externe d'évaluation de l'établissement. Elle cherche l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle touche à l'examen des conditions médicales et techniques de fonctionnement de l'hôpital, ainsi qu'à l'organisation générale de la structure. Les établissements devront être engagés dans la procédure d'ici 2001. L'accréditation à la française vise à mesurer dans chaque établissement le niveau de réalisation des référentiels et indicateurs définis par l'ANAES. Sur la base d'un rapport de visite, le collège de l'accréditation accrédite ou non l'établissement. Le rapport, indicatif, est transmis à l'ARH.

Deux ans après la mise en place de la réforme, certains points faibles peuvent déjà être mis en avant.

Le premier est la limitation de la coordination régionale des soins à l'hospitalisation. Pour prolonger la logique de complémentarité des soins, de réseaux de prises en charge, les établissements de soins et le secteur ambulatoire sont amenés à travailler de façon plus systématique. Or, il n'existe pas aujourd'hui d'instance de coordination permettant de favoriser concrètement ces rapprochements. Dans le même ordre d'idée, les agences régionales de l'hospitalisation ne traitent que du champ sanitaire, et le problème de l'articulation entre le sanitaire et le social, tant sur la dispensation des soins que sur leur financement est toujours posé, à un moment où le nombre de personnes nécessitant cette prise en charge globale augmente (les personnes âgées notamment). En outre, les nouveaux directeurs des agences régionales, s'ils ont beaucoup de marges de manœuvre dans leurs décisions théoriquement, ont dû se confronter aux coalitions locales sans pouvoir toujours proposer une offre harmonisée des soins à un niveau régional. Notons également dans ce point les difficultés pour un directeur d'agence à faire cohabiter dans une structure des agents de l'État (DDASS et DRASS) et des agents de l'assurance-maladie (CRAM, Echelons régionaux et locaux du service médical de l'assurance-maladie), ainsi qu'à redistribuer les missions autrefois clairement réparties et gardées (DDASS contre DRASS, par exemple).

Le second touche aux référentiels. La généralisation des référentiels disponibles implique, de droit ou de fait, leur publication, et donc un certain étalonnage des établissements, tant du point de vue du calcul de l'efficience (par le PMSI) que de la qualité fournie (accréditation). Plus spécifiquement, la procédure d'accréditation pilotée par l'ANAES a pris du retard, et, en septembre 1998, seul un guide provisoire a été diffusé de façon assez restreinte, alors que les établissements doivent avoir entamé une procédure d'accréditation au 24 avril 2001.

Ainsi, si la régulation mise en place est originale, elle reste très fragile. Elle repose sur une double logique à laquelle se heurtent les formes traditionnelles d'action dans le champ sanitaire :

- une logique d'enveloppe comptable compensatoire entre le public et le privé ;
- une logique d'optimisation locale de la dépense : l'allocation des ressources n'est plus attribuée en fonction des services, mais de la nature et du nombre de pathologies traitées dans les établissements.

Ces deux logiques peuvent être incompatibles, mais tout à fait complémentaires dans certains contextes. Elles se traduisent par l'accréditation des établissements de soins, la coordination des actions de planification sanitaire régionale. Leur complémentarité repose sur une nécessaire appréhension instrumentée des activités de soins, et donc, sur le redéploiement de référentiels médico-économiques.

En conséquence des grandes lignes de la réforme que nous venons de présenter, cette seconde sous partie est structurée en deux chapitres.

Dans le premier chapitre, *Référentiels globaux et structuration du projet d'établissement*, nous traitons des interactions entre les indicateurs d'évaluation généraux existants dans le champ sanitaire et le projet d'établissement.

Le second chapitre, *Contrat d'objectifs et légitimation du projet d'établissement*, s'intéresse à l'influence du contrat d'objectifs et de moyens sur le nouveau statut conféré au projet d'établissement dans la régulation sanitaire régionale.

CHAPITRE 1

REFERENTIELS GLOBAUX ET STRUCTURATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Il est plus facile de renoncer à un
sentiment que de perdre une habitude.

Marcel Proust,

*A la recherche du temps perdu, La
fugitive.*

Introduction

Pour G. de Pouvourville et E. Minvielle²⁸⁹, la crise du financement des systèmes de santé occidentaux a conduit la plupart des états à développer l'évaluation²⁹⁰ comme pratique essentielle de rationalisation de l'activité médicale et d'allocation des ressources. Avec la création de l'ANDEM et l'inscription de l'évaluation dans la loi hospitalière de 1991, ce concept est devenu un principe moteur dans la construction des outils de gestion hospitaliers, tant dans le champ administratif, que dans les champ médical, soignant ou organisationnel.

Or, le domaine de l'évaluation dans la santé touche principalement aux méthodes nouvelles de diagnostic, méthodes intégrant tant les techniques que les modalités de prise en charge. De nombreuses études anglo-saxonnes²⁹¹ ont suggéré que beaucoup d'innovations en santé n'ont pas fait la preuve de leur utilité avant leur diffusion. Or le financement collectif des dépenses de soins en Europe ne passe pas par la sanction du marché. C'est pourquoi l'intervention de la tutelle de l'État se justifie dans la régulation de l'offre, et notamment pour éviter un gaspillage des ressources.

A partir du moment où les ordonnances de 1996 proposent une régulation de l'offre de soins, il est légitime de penser qu'il faille remettre en cause, ou au moins relativiser, les outils classiques de description de l'offre de soins, conçus il y a trente ans, et peu adaptés au contexte actuel. Ainsi, la frontière entre médecine et chirurgie est plus floue que par le passé, notamment avec l'apparition de l'endoscopie interventionnelle. Cette même intervention sera classée en médecine pour des ablations de polypes (gastro-entérologie), mais en chirurgie pour une intervention basée sur la même technique pratiquée sur la vessie. De même, le traitement des cardiopathies peut être réalisé en chirurgie ou en médecine interventionnelle, sans qu'on puisse distinguer clairement une frontière claire dans l'organisation de la prise en charge²⁹².

Cette distinction qui conduit à séparer les disciplines est essentiellement liée à l'étiologie médicale, à la formation, et donc n'a pas de lien direct avec la définition des besoins. Ainsi, une naissance sera prise en charge en obstétrique, une cardiopathie pourra nécessiter au cours d'un épisode aigu un service d'accueil des urgences, une unité de soins intensifs, un plateau technique disposant d'une angiographie numérisée, et un bloc en chirurgie cardiaque. Or, ces éléments d'une même filière relèvent de schémas d'organisation différents, certains relevant de la responsabilité régionale, et d'autres de celle du ministre. Dès lors, les instruments de mesure classiques de l'offre en matière d'équipement ne permettent pas de porter un jugement global sur l'adaptation réelle de l'offre.

De même, les notions de lit, de durée de séjour, de journée, sont peu pertinentes en soi. En chirurgie, le développement de l'ambulatoire, la variabilité des durées de séjour et celle de la gravité des cas font que le nombre de lits n'est plus un critère satisfaisant pour estimer la capacité de prise en charge des patients par un établissement. La salle d'opération ou la salle d'obstétrique sont à ce titre plus représentatives de l'offre.

²⁸⁹ POUVOURVILLE (de), G., MINVIELLE, E., « Connaissances scientifiques et aide à la décision : la diffusion des innovations en santé », in CHARUE-DUBOC, F. (dir.), *Des savoirs en Action — Contributions de la recherche en gestion*, Paris, L'Harmattan, 1995, 294 p., pp. 89-137.

²⁹⁰ Sur l'évaluation médicale, on pourra se référer à MATILLON, Y., DURIEUX, B., *L'évaluation médicale, du concept à la pratique*, Paris, Flammarion, 141 p.

²⁹¹ Notamment DRUMMOND, M., *Economic Appraisal of Health Technology in the European Community*, Oxford, Oxford University Press, 1987, cit. par POUVOURVILLE (de), G., et MINVIELLE, E., art. cit.

²⁹² En revanche, on peut noter une différence d'attitude vis à vis de la maladie entre médecin et chirurgien.

Face à cette perception des insuffisances des outils classiques d'évaluation des activités hospitalière, l'utilisation d'un système d'information médico-économique, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), est donc devenue fondamentale, tant pour les services de l'État dans l'allocation des budgets hospitaliers, que pour les établissements dans une construction de leur efficience.

Le PMSI s'inscrit donc comme un outil, qui non seulement permet une partie de la formulation du projet d'établissement, notamment par le positionnement de l'établissement dans la région en matière de coûts, mais qui nourrit aussi le diagnostic de l'activité de l'établissement. C'est que nous montrerons dans la première section, *Vers la globalisation de l'information : le PMSI*.

De même, la généralisation des pratiques d'évaluation des soins a permis de sensibiliser les professionnels hospitaliers, médecins et infirmières, à la modélisation, et à la mesure des écarts de leurs pratiques.

Cette évaluation se matérialise, ponctuellement encore aujourd'hui, puis d'une façon généralisée demain par des processus d'accréditation des structures, de certification, de politiques qualité diverses. Toutefois, les limites conceptuelles et pratiques de ces outils sont incontestables et il convient de les souligner. C'est l'objet de la seconde section, *Vers une régulation qualitative des hôpitaux : de l'évaluation à l'accréditation*.

1. VERS LA GLOBALISATION DE L'INFORMATION : LE PMSI

Le PMSI est un outil aujourd'hui généralisé aux hôpitaux publics de court séjour²⁹³. Il est présent au sein du service, et les données collectées à la source vont se trouver analysées au niveau de l'établissement, mais aussi au niveau de la région, et au niveau national. Dans cette présente section, notre propos est d'essayer de comprendre la genèse et l'évolution depuis 15 ans de cet outil de gestion. Nous aborderons dans la deuxième partie les appropriations internes du PMSI, les discours, pratiques, jeux et enjeux d'acteurs et leurs articulations touchant à l'outil.

Sa caractéristique fondamentale consiste à proposer, pour la première fois dans l'histoire moderne de l'hôpital, une formalisation quantitative médico-économique de la production hospitalière.

Si l'on admet que la connaissance de la fonction de production de l'hôpital est nécessaire à la connaissance et à la maîtrise des coûts, deux conceptions peuvent s'imposer. La première s'inspire des méthodes cliniques d'évaluation des soins, dont l'objectif est la recherche de la meilleure stratégie de traitement face à un cas clinique donné. Il s'agit, en fait, de définir des catégories homogènes de malades en fonction des traitements appliqués et de leur efficacité. La seconde, illustrée par les *Diagnosis-Related Groups* (DRG) américains et le PMSI français, s'appuie sur deux référents : la connaissance de la fonction de production pour connaître la fonction de coûts et la connaissance d'une référence externe visant à positionner l'organisation face à la concurrence. L'idée sous-jacente présuppose que la connaissance des références externes soit imposée aux établissements, puisque les professionnels hospitaliers ne souhaitent pas confronter leurs méthodes entre eux. La méthode de construction de l'information sera dans ce cas issue des statistiques descriptives, dont l'objet est la construction de standards *a posteriori*. La démarche est pragmatique et approximative.

Une hypothèse de notre réflexion est de poser que si le PMSI a pu surmonter — au moins dans les discours et dans sa mise en place — la contradiction affichée entre l'économique et le médical, c'est notamment parce que son ossature épistémologique reprend dans son processus de diagnostic les formes de l'étiologie médicale. Ainsi, nous avançons l'idée que si le PMSI a réussi à s'implanter dans les établissements médicaux, c'est parce qu'il correspondait au schéma dominant de décision médicale.

Mais ce qui fut sa force hier dessine aujourd'hui ses limites : face à des exigences de prise en charge globale, de réseaux de soins, le PMSI fournit une image *médicalisée* des établissements, mais ne dit rien sur les conditions nécessaires et pratiques pour le faire approprier par l'organisation en place. Nous sommes donc conduit à nous demander si le PMSI ne fait pas trop hâtivement l'hypothèse d'une certaine cohérence globale *a priori* des processus internes et externes, des filières de prises en charge qu'il modélise. Cette interrogation est d'autant plus fondamentale qu'on a vu que le projet d'établissement construisait son ossature autour du projet médical, qui, lui-même se fonde sur un diagnostic des activités de l'établissement. En conséquence, les acteurs du projet auront tendance, dans sa structuration, à se saisir des outils existants, tant par les résultats qu'ils fournissent que par la structure dans laquelle ils ont été construits. Autrement dit, la cohérence interne autour des groupes de pathologies proposées par le PMSI est tout à fait pertinente par rapport à la finalité externe pour laquelle il a été conçu, mais elle devient discutable à partir du moment où l'on cherche à l'exploiter dans une perspective de pilotage interne de l'établissement.

Notre propos est donc ici de rendre compte de deux éléments :

²⁹³ Le rappel du PMSI et de sa construction est peu utile pour les spécialistes et aurait pu faire l'objet d'une annexe ; il est cependant nécessaire pour les lecteurs non avisés afin de comprendre la suite de notre propos.

- les cheminements du PMSI, d'une régulation économique régionale à sa diffusion interne, et ses effets mécaniques structurants à l'intérieur des établissements sanitaires ; nous montrerons notamment comment l'outil s'est implanté et s'est diffusé dans le milieu sanitaire français. Nous verrons également en quoi la structure même de l'outil, construite à partir de l'étiologie médicale, « contient » les possibilités de gestion des établissements sanitaires ;

- les nouvelles conditions de possibilité que l'implantation du PMSI offre pour la régulation interne des établissements, et notamment la *formulation* du projet d'établissement par l'existence d'une mesure possible de l'activité de soins. Toutefois, ces mêmes conditions ne peuvent être structurantes que si le PMSI n'est pas utilisé à des fins strictement instrumentales. On verra notamment en quoi la seule perspective de régulation des budgets des établissements peut scléroser le *déploiement* du projet par une réingénierie des processus de prise en charge si elle n'est pas relativisée dans une démarche d'organisation des soins dépassant les frontières des établissements.

Cette section est structurée par quatre paragraphes.

Le premier est une présentation du contexte préalable à la construction de l'outil. Il rappelle les éléments essentiels ayant conditionné l'implantation du PMSI, tant d'un point de vue économique, que politique. Le deuxième paragraphe présente la démarche générale, le troisième les principes opératoires qui permettront à l'outil de revêtir toute sa dimension concrète. Le quatrième paragraphe présente les limites du PMSI, que l'on peut aborder tant d'un point de vue conceptuel que du point de vue des finalités initiales attribuées par les acteurs de l'introduction de l'outil dans le champ sanitaire.

1.1 LE CONTEXTE PREALABLE A LA CONSTRUCTION DE L'OUTIL

La situation légitimant la mise en place du PMSI trouve son ancrage dans la volonté de contrôler l'augmentation des dépenses de santé à un niveau macroéconomique. Les arguments repris par J. Dubois et E. Coca sont illustratifs : « augmentation généralisée de la demande de soins, développement du consumérisme, mutation technologique... »²⁹⁴ et sont étayés par des données sanitaires nationales, à partir des pourcentages des dépenses du PIB, de la part de la sécurité sociale dans les dépenses de santé, des prélèvements obligatoires... Le contexte argumentaire est donc avant tout global. Il ne s'agit pas d'agir directement sur la gestion des établissements, même si le budget global a progressivement déconnecté les ressources de l'établissement de ses activités. Cependant, le budget global, expérimenté depuis 1979 et généralisé depuis 1983, n'est qu'un élément d'un contexte sanitaire, changeant et singulier depuis le début des années 1980.

Le changement de majorité en 1981 se traduit dans le domaine de la santé par la mise en œuvre de réformes de fond. Certaines étaient déjà initiées par la majorité précédente — réforme des 3e cycles médicaux, expérimentation du budget global et du prix de journée éclaté...

Des courants de fond traversent ces projets de réforme²⁹⁵ :

- la décentralisation ;
- la modernisation de la gestion hospitalière ;
- la volonté exprimée du ralentissement des dépenses hospitalières à partir de septembre 1982.

Ce programme de changement global est engagé dans un contexte hostile de la part du corps médical. Le PMSI naît dans un contexte politique houleux²⁹⁶, et est présenté comme un

²⁹⁴ DUBOIS-LEFRERE, J., COCA, E., *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*, Paris, Berger-Levrault, 1992, 351 p., chap. 1.

²⁹⁵ POUVOURVILLE (de), G., JEUNEMAITRE, A., *La naissance d'un instrument de gestion hospitalière : le groupe homogène de malade, Contrat de recherche externe INSERM*, Paris, CRG, École Polytechnique, jan. 1988, 64 p., p. 37.

outil de contrôle technocratique de la pratique médicale. Ce contexte délicat se trouve être d'autant plus explosif qu'il s'insère traditionnellement dans un jeu à trois où l'État, l'assurance maladie et les établissements de soins fondent leur accord au coup par coup en fonction des opportunités à court terme.

Après avoir rappelé la démarche générale qui a conduit à la médicalisation du système d'information sanitaire de court séjour, nous en examinerons les principes opératoires et l'utilisation du PMSI pour la régulation sanitaire. Enfin, nous présenterons les limites de l'outil utilisé dans cette perspective.

1.2 LA DEMARCHE GENERALE

La compréhension de la démarche générale mise en œuvre passe par deux aspects fondamentaux selon nous : la nature de la demande initiale et les sources américaines de l'outil.

1.2.1 La demande initiale

A l'origine, le PMSI en France peut être interprété comme la rencontre d'une opportunité et d'une personne²⁹⁷ : fin 1981, J. de Kervasdoué, chercheur au CRG et membre de la direction du plan de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, est nommé par P. Mauroy Directeur des Hôpitaux. Par d'anciens contacts personnels, et à la suite d'une première visite à l'université de Yale en 1979, puis d'une seconde visite en avril 1982, il lance le PMSI en juin 1982 dans un souci d'efficacité immédiate. Toutefois, l'obstacle majeur à l'implantation à grande échelle d'un tel outil réside dans l'absence totale de données médico-économiques généralisables : « Un besoin réel, une offre domestique inexistante : un marché rêvé pour un exportateur »²⁹⁸ résumant G. de Pourville et A. Jeunemaître dans leur présentation du contexte sanitaire français du début des années 1980. Or, quels peuvent être les points de rapprochement entre les situations américaine et française de l'époque pour comprendre cette exportation des DRG en France ? La maîtrise des dépenses de santé est dans les deux cas une préoccupation majeure. L'instrument a le mérite d'avoir été expérimenté largement. En outre, il n'existe pas en France de base nationale de données médicales permettant le développement interne de ce type d'outil. Les recherches de l'époque se limitent à des analyses de populations données, ponctuelles et *ad hoc*, ou à des études de consommations de ressources sans pont réel entre les deux champs. La tentation de recourir à un outil existant pour produire une information hospitalière médicalisée est alors trop forte. Ainsi, même si l'approche américaine fait l'objet de critiques notables et connues, elle semble s'imposer de fait à la Direction des Hôpitaux de l'époque.

1.2.2 L'origine du PMSI : les DRG du Pr. Fetter

Le PMSI français repose sur une classification en Groupes Homogènes de Malades (GHM), fortement inspirée de la classification en « Diagnosis-Related Groups » (DRG). La démarche de l'équipe Fetter, largement diffusée dans le champ sanitaire, peut être résumée dans les points suivants :

²⁹⁶ *Id.*

²⁹⁷ *Id.*, p. 40.

²⁹⁸ *Id.*, p. 35.

- un postulat résidant dans la possibilité de construire des groupes de malades qui consomment, globalement au cours de leur séjour, les mêmes ressources, et qui gardent une certaine cohérence clinique²⁹⁹ ;

- une méthode utilisée reposant sur une analyse de la variance qui conduit à la construction de 24 catégories majeures de diagnostics, regroupant elles-mêmes 500 DRG environ ;

- une correspondance entre chaque catégorie majeure de diagnostic et un organe ou un système (système respiratoire, circulatoire) ou une étiologie (infection, tumeur), dans lesquelles on reconnaît les spécialités médicales occidentales. Les catégories sont exclusives et exhaustives à partir d'un critère de classement exclusivement médical : des catégories différentes peuvent avoir la même structure de consommation de ressources. Chaque catégorie se trouve ensuite divisée en groupes discriminants à partir de variables *a priori* considérées comme indépendantes. Les critères de classification sont là encore médicaux et statistiques, ce qui signifie que les variables explicatives (ou indépendantes) ne sont pas identiques pour chaque catégorie. Or, cette remarque est fondamentale dans une mise en perspective face à une comptabilité analytique par service regroupant plusieurs groupes de malades, que nous aurons l'occasion de traiter dans notre seconde partie.

Trois points fondamentaux de la démarche américaine doivent alors être soulignés³⁰⁰ :

- la constitution de groupes homogènes de malades n'est pas une nomenclature de production véritable, mais constitue un substitut à celle-ci. Elle s'appuie sur une discrimination de la durée de séjour, et le concept d'homogénéité y est ambigu³⁰¹ ;

- la logique d'utilisation est celle d'un pseudo-marché avec sanction économique réelle, dont la conséquence est la recherche de la productivité et de la spécialisation. Dans ce contexte, les faiblesses de la nomenclature de production ont peu d'importance.

- le problème de la qualité des soins est laissé au fonctionnement traditionnel des hôpitaux.

Dans le contexte français, il s'agissait, dès lors, de produire un outil qui soit acceptable par les acteurs français. Une de ces conditions d'acceptabilité résidait dans la construction d'une nomenclature « francisée » des pathologies. Le travail de transfert du modèle a donc essentiellement consisté à conserver les mêmes principes méthodologiques, et les mêmes techniques, mais à reconstituer des groupes homogènes de malades à partir de groupes de travail français : le dispositif était alors adaptable rapidement, la construction du consensus ne reposant que sur des problèmes de traduction ou d'agrégation des pathologies.

1.3 LES PRINCIPES OPERATOIRES

Nous décrivons dans ce paragraphe les éléments techniques constituant le PMSI à partir des données du ministère³⁰².

Ils portent sur les éléments de constitution du système d'information, sur le PMSI comme instrumente de la planification régionale, et sur l'extension progressive du champ d'activité couvert par le PMSI.

²⁹⁹ FETTER, R. B., « DRG, PMSI, expérience DRG dans le monde », *Journal d'Économie Médicale*, 1986, t. 4, n° 5.

³⁰⁰ tiré de HATCHUEL, A., MOISDON, J.-C., POIRSON, A., *Budget global et coûts par type de malades — logique d'utilisation et compatibilité de deux outils de la gestion hospitalière*, Rapport d'études de la convention 25-82-13 passée entre le Ministère de la Santé et Armines, Paris, Centre de Gestion Scientifique, avril 1983, 53 p. + Annexes.

³⁰¹ Dans l'étude de Fetter, la variable « durée de séjour » est celle qui se trouve être le mieux corrélée au coût du séjour... Toutefois, les travaux de calcul des coûts retenus pour étayer cette idée avaient choisi d'imputer les dépenses globales non repérables directement (hôtelières et soignantes) à partir d'une clé d'allocation unique... la durée de séjour. On ne s'étonnera pas, dès lors, de la retrouver corrélée principalement aux coûts...

³⁰² MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, DIRECTION DES HÔPITAUX, « Le PMSI, Analyse médico-économique de l'activité hospitalière », *La Lettre d'Informations Hospitalières*, numéro spécial, mai 1996, 71 p.

1.3.1 Les éléments de constitution du système d'information

Le système d'information est constitué d'informations de bases, d'un mode de retraitement comptable spécifique, d'une procédure particulière de constitution des coûts complets par groupe de malade, et du calcul d'un coût de référence d'un groupe de malade.

- La base de l'information

Les éléments servant à la constitution du PMSI sont le résumé de sortie standardisé, le catalogue des actes médicaux, et la construction des coûts par groupe homogène de malades.

L'unité informative de base du PMSI est le Résumé de Sortie Standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs Résumés d'Unité Médicale (RUM). Une unité médicale est une unité fonctionnelle, comme un service, un département... Dans le cas où un malade n'a fréquenté qu'une unité médicale, cas du « mono-séjour », le RSS équivaut au RUM produit par le médecin responsable du service. Dans le cas d'un multi-séjour, le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits par les médecins. Le Résumé d'Unité Médicale, contient un certain nombre de rubriques, comme les modes d'entrée et de sortie dans l'unité, le diagnostic principal et les diagnostics associés, les actes médicaux...

Le codage des RUM s'effectue à partir de la Classification Internationale des Maladies — CIM³⁰³, pour les diagnostics, et à partir du Catalogue des Actes Médicaux — CdAM pour les actes réalisés. Tout Résumé de Sortie Standardisé est classé dans un et un seul Groupe Homogène de Malades. 462 GHM plus 50 groupes autres (46 groupes ambulatoires et 4 groupes erreurs ou inclassables) constituent l'ensemble des GHM.

Le classement des séjours en Groupes Homogènes de Malades (GHM) est automatisé par un logiciel du Département d'Information Médicale (DIM). Les données médicales recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel. Le DIM qui organise le recueil, la circulation, et le traitement des données médicales est placé sous l'autorité médicale.

Suite aux RSS, la transmission d'informations médicales à la direction de l'établissement ou aux tutelles se fait sous la forme de Résumés de Sortie Anonymes (RSA), qui constituent toujours un enregistrement unique par séjour. Le fichier de RSA est remis à la DRASS tous les semestres.

- Le retraitement comptable

Comme le PMSI ne porte que sur les activités d'hospitalisation de court séjour, les charges correspondant aux activités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) doivent être distinguées des autres activités.

Toutes les charges MCO sont ventilées dans des sections d'analyse à l'exception des dépenses de « structure » (amortissement des bâtiments, frais financiers, dotations aux provisions). Au niveau du budget de l'établissement, les charges liées aux activités du budget annexe ne sont pas intégrées au PMSI. Au niveau du budget général, les établissements doivent séparer les activités MCO des soins de suite et réadaptation, psychiatrie, écoles, etc. Les dépenses médico-techniques, hôtelières, logistiques et de gestion sont réparties sur la base de clés de répartition simples.

Les données comptables et les clés d'allocation sont validées par la DDASS.

La détermination des dépenses de court séjour MCO s'effectue en deux étapes :

- affectation de toutes les charges directes dans les sections d'imputation ;
- calcul des coûts issus des activités après ventilation des charges des services médico-techniques, des prestations hôtelières et des dépenses de logistique et de gestion.

L'affectation des charges directes dans les sections se réalise sur les sections d'imputation qui suivent :

1 : « Court séjour MCO » (unités d'hospitalisation, urgences, consultations externes, bloc opératoire, bloc obstétrical et anesthésiologie et radiothérapie).

³⁰³ La 10^e version de la CIM (ou CIM10) a été publiée par l'OMS en 1993.

2 : « Autres activités » : (SAMU, HAD, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, écoles, P.M.I., planning familial, soins ambulatoires en milieu carcéral, transfusions sanguines, dispensaires, prévention, centres de dépistages...).

3 : « Structure » (charges d'amortissements des immeubles, dépenses de location des immeubles, frais financiers, impôts, assurances, dotations aux provisions et créances irrécouvrables).

4 : « Blanchisserie — Restauration » : toutes dépenses directes liées à ces activités, y compris l'amortissement, la location et la maintenance des matériels.

5 : « Gestion générale et logistique » (services administratifs, documentation, dépenses d'électricité, chauffage, ...). Ces dépenses sont ventilées au prorata des charges nettes constatées sur les activités court séjour MCO et hors champ.

6 : « Activités médico-techniques » : la section est divisée en sous-sections fonctionnelles (laboratoires, imagerie, explorations fonctionnelles, radiothérapie, SMUR). Les dépenses de ces sous-sections sont déversées sur les activités de court séjour au prorata des unités d'œuvre consommées.

- La constitution des coûts complets

Le coût complet est obtenu en ventilant sur chaque activité hors MCO l'ensemble des unités d'œuvre qu'elle a consommées :

- Indice de Coût Relatif (ICR) pour le médico-technique ;
- journée pour les dépenses hôtelières ;
- francs de charges directes nettes pour la logistique et la gestion générale.

On obtient alors le tableau de synthèse suivant :

Tableau 13 : Le coût complet d'un G.H.M.

Total dépenses court séjour — séjour MCO	
Total dépenses des autres activités	
Total dépenses de structure	
Coût des médicaments inclus dans la dotation globale et distribués gratuitement à l'extérieur	
Total général	

- Le calcul du coût de référence d'un G.H.M.

La circulaire du 28 février 1992 de la Direction des Hôpitaux décide de la construction d'une base nationale de coûts par séjour constituée sur la base d'un échantillon d'établissements hospitaliers publics et PSPH volontaires.

L'échelle de coûts par GHM est construite à partir du coût médian observé dans la base de données constituée pour chaque GHM. 449 010 séjours et séances ont été collectés après retraitement comptable des données. Par convention, le GHM 540 — accouchement par voie basse sans complication — reçoit un poids de 1 500 points ISA (Indice synthétique d'activité), et tous les autres GHM se positionnent par rapport à ce GHM étalon. à partir d'une simple règle de trois :

Nombre de points du GHM X = Coût médian du GHM X / Coût médian du GHM 540 * 1 000

En 1995, les valeurs prises par les GHM s'étendent de 89 points ISA pour le GHM 682 (séance de radiothérapie) à 18 697 points pour le GHM 151 (transplantation cardiaque). L'échelle nationale des coûts est actualisée chaque année en tenant compte de l'évolution de la classification des GHM, ce qui signifie que toute comparaison d'activité d'une année à l'autre est particulièrement délicate, voire impossible à réaliser.

Le tableau ci-dessous reprend, à titre d'exemple, des données réelles tirées du PMSI d'un établissement hospitalier de la région Rhône-Alpes, et qui classe les activités de l'établissement par G.H.M. :

Tableau 14 : Activité d'un établissement par G.H.M. et points ISA

<i>G. H. M.</i>	<i>Nbr e de RSS</i>	<i>%</i>	<i>Cumu l</i>	<i>% Points ISA</i>
Interventions sur le cristallin	460	7,07	7,07	4,16
Interventions majeures sur les articulations	447	6,87	13,95	16,93
Ligatures de veines/éveinage	359	5,52	19,47	2,94
Hosp < 24 heures trauma appareil musculo-squelettique	203	3,12	22,59	0,62
Cure de hernie inguinale < 70 ans	133	2,05	24,63	1,51
Cholecystectomies totales < 70 ans	127	1,95	26,59	1,85
Tumeurs des reins et voies urinaires > 69 ans	124	1,91	28,49	1,41
Hosp < 24 heures et affections sys nerveux	116	1,78	30,28	0,42
...				

Ce classement permet donc, à partir des données PMSI, de classer les types de malades en quantité de pathologies traitées (nombre de RSS) par groupe de malade (GHM), mais aussi en nombre de points ISA produits, ce qui permet de dégager le profil de l'établissement (qu'on nomme « case-mix »). Ces données sont aujourd'hui fondamentales dans la construction d'un projet d'établissement, et servent d'articulation entre l'établissement et les tutelles (en termes de valeur du point ISA), mais aussi entre le directeur et les départements (nombre de RSS, profils des GHM).

Ainsi, quelles que soient les limites de l'outil — nous les verrons plus loin — la « valeur » des soins se trouve désormais quantifiée, mesurée, rattachée à des données économiques : l'intangibilité du soin est tombée dans le piège de la mesure.

Le PMSI peut dès lors devenir pleinement un instrument de la planification régionale.

1.3.2 *Le PMSI, instrument de la planification régionale*

Une des finalités du PMSI est de fixer le montant de l'allocation budgétaire des établissements de court séjour par les tutelles à partir d'une comparaison de leur production. Le dispositif a été expérimenté dans le cadre de l'expérimentation « Languedoc-Roussillon » réalisée en 1994, et la généralisation du dispositif a été décidée dès la campagne budgétaire 1996³⁰⁴.

Après avoir présenté le dispositif technique, nous examinerons l'information produite au niveau de la région.

- Le dispositif technique

La comparaison des dotations budgétaires des établissements s'effectue à partir des éléments suivants :

- calcul de la somme régionale des dotations budgétaires réelles en court séjour MCO par soustraction après retraitement comptable des budgets affectés aux autres activités ;

³⁰⁴ Une synthèse du dispositif est présentée dans la circulaire DH/DSS n° 95-25 du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique expérimenté en Languedoc-Roussillon, de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'État, à l'aide des informations provenant du système d'information médicalisé, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et de la Ville, Paris, 1995.

- calcul de la valeur régionale du point d'activité MCO à partir du rapport : somme régionale des dotations budgétaires réelles en soins de court séjour/somme régionale des points d'activité ;

- calcul de la dotation budgétaire théorique MCO de chaque établissement par produit valeur régionale du point d'activité par le total des points d'activité de l'établissement.

L'évaluation des sommes allouées pour la réalisation des missions de service public d'enseignement et recherche est réalisée pour l'instant sous la forme d'un forfait représentant 13 % du budget des CHU.

Les finalités et limites de ce système sont inscrites dans une régulation intra régionale, quantitative (quantité de maladies traitées), et se focalisent exclusivement sur une base budgétaire.

- L'information construite :

Outre le calcul du taux d'exhaustivité des données que nous ne présenterons pas ici, l'information construite réside dans une valeur du séjour moyen global, dans la valeur régionale du point ISA et sa structure, et dans les valeurs des points ISA de chaque établissement.

La valeur du séjour moyen global :

Cette donnée reflète au premier degré le « poids » de l'activité, mais aussi la manière dont l'activité a été relevée. Ainsi, un RSA faible peut refléter effectivement une prise en charge peu coûteuse, mais aussi être la résultante d'une absence de prise en compte des pathologies associées... Plusieurs ratios peuvent être calculés. Ainsi, en 1995 pour la région Rhône-Alpes, le RSA moyen rapportait 999,79 points ISA, les RSA d'hospitalisation représentant 1 219,51 points et les RSA d'hospitalisation de jour 342,79 points ISA³⁰⁵.

La valeur régionale du point ISA :

Le calcul de la valeur régionale du point ISA conduit, à titre illustratif, au tableau et graphique suivants :

Tableau 15 : Calcul de la valeur régionale du point

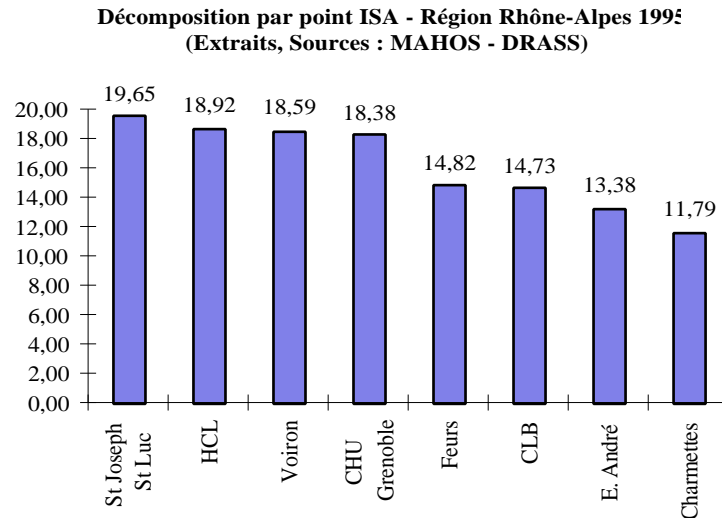
DRASS Rhône-Alpes		Exercice 1995 calcul de la valeur du point sans réintégration des RSA manquants										
Ets	Total ISA court séjour	ISA consult	Total ISA	Nb RSA	Nb séjours manquant	Compte adm. année n-1	Dotation théorique	Ecart en F.	Niveau dotation en %	Valeur du point	Redéploiement 96 au titre de 95	Valeur point après réintégration
St Joseph St Luc	21 706 167	3 020 423	24 726 590	17 131	14	468 041 447	369 848 917	98 192 530	26,55%	18,93		18,93
HCL	222 522 596	25 521 624	248 044 220	233 305	10 125	4 414 822 438	3 710 130 919	704 691 519	18,99%	17,80		17,80
Charmettes	3 259 406	179 456	3 438 862	2 896	566	59 066 920	51 431 525	7 635 395	14,85%	17,18		17,18
CHU Grenoble	78 735 262	8 214 438	86 949 700	70 746	3 044	1 439 773 876	1 300 553 467	139 220 409	10,70%	16,56		16,56
Voirion	8 854 476	684 805	9 539 281	10 092	-	127 600 573	142 684 161	- 15 083 588	-10,57%	13,38		13,38
Feurs	7 334 028	536 725	7 870 753	6 900	-	92 888 098	117 727 089	- 24 838 991	-21,10%	11,80	980 000	11,93
...												
REGION	793 817 050	80 285 194	874 102 244	786 897	36 391	13 623 092 120	13 074 417 786	548 674 334		15,59	29 280 000	15,62
Médiane									Médiane	13,66		13,66

au 30/10/1996

Valeur régionale du point ISA sans réintégration

³⁰⁵ DRASS Rhône-Alpes, *PMSI, Mesures de l'activité hospitalière (MAHOS)*, Lyon, nov. 1996, 29 p., p. 10.

Figure 8 : Classement des établissements par la valeur de leur point ISA



Ce tableau présente de façon visuelle le positionnement des établissements par rapport à leur point ISA. Ainsi, l'hôpital Saint-Joseph Saint-Luc, avec un point ISA à près de 20 F est 68 % plus élevé que celui de la clinique Eugène André... euphémisme signifiant qu'à activité équivalente, le premier est 68 % plus cher que le second.

Structure de la valeur du point ISA :

Après retraitement, le compte administratif ventile les dépenses de l'exercice sur 6 sections d'imputation : court séjour, activités hors PMSI, structure, blanchisserie-restauration, logistique et gestion générale et activités médico-technique. On obtient alors le tableau suivant³⁰⁶ :

Tableau 16 : Structure de la valeur du point ISA

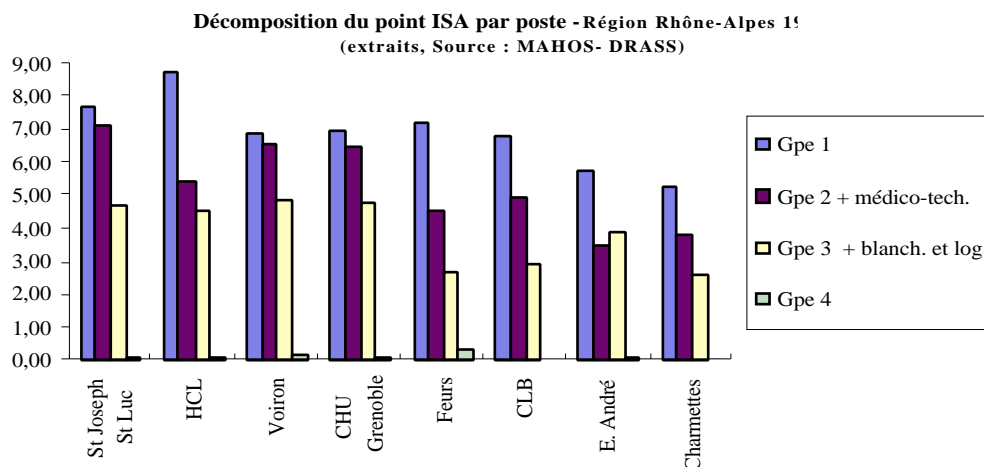
DRASS Rhône-Alpes - Structure de la valeur du point 1995 (après réintégration des manquants)

VALEUR du POINT	Gpe 1 (personnel)	Gpe 2 (méd et pharma)	Gpe 3 (autres charges)	Gpe 4 (Ch financières)	Produits déductibles	Dépenses médico-techniques	Blanchisserie restauration	Logistique gestion gale	Total charges
St Joseph St Luc	8,80	1,24	0,06	0,10	0,06	4,20	0,75	3,83	18,92
HCL	7,70	1,98	0,07	0,15	0,49	5,12	0,72	4,40	19,65
Charmettes	6,82	0,74	0,07	0,02	0,29	4,21	0,89	2,27	14,73
CHU Grenoble	6,94	1,41	0,00	0,08	0,34	5,14	0,72	4,43	18,38
Voiron	5,81	0,49	0,01	0,14	0,09	3,03	0,39	3,60	13,38
Feurs	5,27	1,32	0,02	0,05	0,10	2,55	0,42	2,26	11,79
CLB	6,93	2,17	0,12	0,22	0,68	4,42	0,58	4,83	18,59
E. André	7,20	0,80	0,03	0,35	0,12	3,82	0,88	1,86	14,82
...									

Dans une perspective de construction d'un tableau de bord à coûts partiels, on consolidera le groupe 2 avec les dépenses médico-techniques, et le groupe 3 avec la blanchisserie, restauration et la logistique. On obtient alors, par exemple, le graphique suivant :

³⁰⁶ L'écart des données présentées dans ce tableau avec le tableau précédant s'explique par deux causes : dans le cas présent, la valeur du point est calculée après réintégration des séjours manquants et avant abattement de 13% pour les CHU et le CLB (activités d'enseignement et de recherche). Toutefois, cet écart n'ote rien à la cohérence de la logique présentée de la décomposition du point.

Figure 9 : Tableau de bord régional à partir de la décomposition du point ISA



Ce graphique permet d'affiner les divergences entre établissements. Ainsi, l'hôpital Saint-Joseph-Saint Luc a les dépenses médicales et médico-techniques les plus importantes, eu égard à son activité, tandis que les Hospices Civils de Lyon ont un point ISA gonflé principalement par leurs charges de personnel. Mais il ne faut pas se tromper sur le sens de cet indicateur descriptif : chaque établissement pourra revendiquer une spécificité qui lui permet d'expliquer sa différence : St Joseph St Luc dira qu'il a une activité équivalente techniquement à un CHU, les HCL justifieront la valeur élevée de leur point par le fait qu'ils sont justement universitaires, Voiron est isolé, le centre anticancéreux Léon Bérard a des coûts de médicaments associés à la chimiothérapie qui sont importants...

Peu importe le processus argumentaire, le PMSI est un outil, qui appliqué d'une façon non instrumentale, permet à l'établissement et ses financeurs de mesurer et d'évaluer la production de court séjour, et ce, au delà des idées reçues et des relations interpersonnelles. Notons que ce dispositif ne fonctionne que s'il est largement diffusé, communiqué. Or, il est encore difficile aujourd'hui, pour une personne ne dirigeant pas un hôpital de se fournir ces données, qui sont pourtant publiques.

L'outil a été recomposé à destination des établissements de soins par le ministère, qui propose des tableaux de bord de comparaison entre une base nationale des coûts et chaque structure³⁰⁷.

1.3.3 L'extension du champ d'activité couvert par le PMSI

Le PMSI couvre aujourd'hui uniquement les activités de court séjour des établissements de soins. Il est étendu aux établissements privés depuis le 1er juillet 1997, ce qui le rendra opératoire dans le cadre d'une comparaison inter-établissements en 1998, en supposant que les établissements privés soient tous équipés du PMSI et présentent un taux d'exhaustivité de la saisie conséquent. Deux expérimentations ont été conduites en 1992 et 1994 conjointement par l'État, l'assurance maladie, les fédérations de cliniques privées et les représentants des médecins.

Il reste cependant tout un pan de l'activité hospitalière qui n'est pas encore concerné opérationnellement par le dispositif : l'ambulatoire (consultations, hospitalisation de jour...), les soins de suite ou de réadaptation (moyen et long séjours), la psychiatrie, pour lesquels des outils spécifiques sont jugés nécessaires. Des expérimentations — notamment en moyen séjour et en psychiatrie³⁰⁸ — sont en cours et devraient aboutir au cours de l'année 1999.

³⁰⁷ Nous développerons cet aspect dans le chapitre 1, 2^e sous partie, deuxième partie de notre travail.

³⁰⁸ Cf. OUVRY, O., et RINEAU, M., « Quelles orientations pour le PMSI en psychiatrie ? », et DIRECTION DES HÔPITAUX, « Extension du PMSI à la psychiatrie : état d'avancement des travaux », *Notes de travail*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai 1997, n. p.

1.4 LES LIMITES DU PMSI

D'une façon générale, deux grandes catégories de limites ont été mises en évidence³⁰⁹ :

- des limites propres aux GHM. Les groupes semblent hétérogènes. En fait, ces groupes sont homogènes du point de vue de la corrélation entre la durée de séjour et les ressources consommées. Les groupes sont constitués à partir de pathologies, et non de traitements ;
- des limites propres à la comptabilité analytique hospitalière et aux conventions multiples liées à la ventilation des charges.

Toutefois, les limites liées aux jeux d'acteurs avec l'outil n'ont guère été étudiées. Nous proposons ici une synthèse des jeux observés ou possibles dans les établissements après une présentation des limites propres à l'outil et à son contexte d'implantation.

Ces limites sont essentiellement de deux ordres : des limites *a priori* liées au modèle et soulignées par ses concepteurs, des limites pratiques, et des limites conceptuelles propres à l'outil.

1.4.1 Les limites formulées par les concepteurs de l'outil : les règles du jeu

- Des critiques formulées sur les DRG... dès 1979

Les critiques liées à l'expérience américaine ont été intégrées par les chercheurs chargés d'implanter le PMSI en France. Toutefois, les praticiens n'ont pas forcément connaissance de ces frontières spécifiques à l'outil. On a pu relever notamment :

- la constitution de groupes homogènes de malades à partir de variables discriminantes dépend de l'échantillon retenu, mais aussi de la possibilité pour l'utilisateur de choisir les variables « pertinentes » de regroupement, ce qui rend le logiciel de tri très souple, mais instable la classification de la population³¹⁰ ;

- l'utilisation d'une démarche statistique descriptive pour fonder un système incitatif de remboursement n'est pas nécessairement pertinente : un DRG représente une pratique clinique constatée à un moment donné, mais ne dit rien sur la pertinence de la prise en charge ni sur le niveau de qualité réel ;

- un tel système réduit la prise en charge à l'hospitalisation, voire à l'hospitalisation complète, en donnant un poids certain à la durée du séjour. A l'heure de la construction de réseaux de prise en charge dépassant les structures, le PMSI ne favorise guère les mises en place de tels dispositifs. De même, la gravité n'est pas toujours prise en compte à sa juste mesure ;

- la qualité de la classification elle-même a été critiquée à cause de la non prise en compte de variables *a priori* importantes dans la génération des coûts et de la prise en charge : mode d'admission (urgence/programmé), état critique ou non du malade, degré d'évolution de sa maladie... Ces critiques mettent en cause indirectement la durée de séjour comme indicateur majeur du niveau de ressources utilisées pour soigner un malade ;

- la fiabilité des données codées est également mise en cause dès 1977 par l'Institute of Medicine³¹¹.

- Les limites propres de l'outil : une approche « macro-médico-économique »

Ces limites sont inhérentes aux finalités multiples et variables des acteurs ayant prôné la mise en place de l'outil au début des années 1980. Elles peuvent porter :

³⁰⁹ DELANDE, G., NEGRE, M., « Les coûts hospitaliers : résultats d'études empiriques », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, vol. 32, n° 4, pp. 281-304, oct.-déc. 1992.

³¹⁰ YOUNG, W.W., SWENKOLA, R.B., HUTTON, M.A., « Assessment of the AUTOGRP Patient Classification System », *Medical Care*, vol. 18, n° 228, 1980, cit. par DE POUVOURVILLE, G. et JEUNEMAÎTRE, A., *op. cit.*

³¹¹ NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, Institut of Medicine, Reliability of National Hospital Discharge Survey Data, Pub. n°IOM-77-01, Washington D.C., fév. 1977.

- sur les objectifs : un outil peut-il à la fois servir des objectifs internes et externes en restant performant ? Si on se place d'un point de vue technique ou comptable la réponse est assurément négative. Mais si l'objet du PMSI a été de fournir des éléments communs de construction de l'accord entre médecins et administratifs, la réponse est moins catégorique. Le problème de l'articulation de l'analyse des écarts entre micro et macro est ici posé : comment analyser les écarts d'un hôpital donné par rapport à l'échantillon national ? Comment interpréter ces écarts en termes normatifs ?

- sur le champ : le séjour n'est pas forcément une unité d'approche pertinente... l'expérience contredit cette approche, et même dans cette perspective, les GHM ne sont pas toujours homogènes du point de vue de la durée de séjour, notamment en médecine. Or, si le PMSI est conçu sur ce principe, de nombreux travaux³¹² ont montré les limites empiriques de l'outil ;

- sur le calcul des coûts : on peut discuter les modalités de calcul des ICR ou des IPSI³¹³, et, plus globalement, sur les imputations de charges d'une façon générale³¹⁴. Le système de tarification au séjour conduit à un morcellement difficile à concilier avec la notion de prise en charge globale, de réseau de soins, etc. Il conduit à l'externalisation des charges sur l'ambulatoire ;

- sur la réalisation : le PMSI nécessite un système d'information conséquent et difficile à mettre en place ;

- la comparaison public/privé est difficile : on ne sait pas clairement distinguer les obligations du service public (urgence, enseignement, recherche) face aux activités privées. On prend en compte pour le privé des *tarifs*, objets de négociations entre parties, que l'on compare dans le public à des *coûts de production*, sujets à caution, et traités de telle sorte que leur moyenne devient un tarif de référence. En outre, la comparaison se fait sur la base d'une moyenne régionale ou nationale, dont rien ne dit qu'elles correspondent à des niveaux d'agrégation pertinents.

1.4.2 Les limites pratiques : les jeux de la règle

On reprendra les constats que nous avons relevés dans divers établissements pour le calcul des points ISA³¹⁵. Ils touchent notamment à une utilisation interne difficile, des erreurs prétendues ou non de codage, un jeu possible sur l'exhaustivité des données, un jeu sur l'activité non concernée par le PMSI, la possibilité d'une sélection des activités et l'utilisation des séjours multiples.

- Une utilisation interne délicate

La difficulté conceptuelle d'utiliser le PMSI en interne soulève des problèmes importants³¹⁶, notamment :

- la nécessité de disposer d'une comptabilité analytique développée, ce qui est le cas de très peu d'établissements ;
- le manque de pertinence de l'outil GHM pour décrire l'activité médicale des services ;
- l'impossibilité d'importer la méthodologie correctement dans le cadre de la détermination du budget de l'établissement.

³¹² QUANTIN, C., METRAL, P., DUSSERRE, L., « PMSI et contractualisation hospitalière : apport d'une méthode de justification clinique des séjours coûteux d'un GHM », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 13, n° 6, oct. 1995, pp. 337-339.

³¹³ Indices de Coûts Relatifs et Indices de Pondération des Soins Infirmiers.

³¹⁴ HALGAND, N., « Pour une ingénierie contingente du contrôle, l'exemple de l'hôpital français », *Thèse de doctorat ès Sciences de gestion*, Université de Montpellier II, 28 jan. 1993, 426 p., chap. 3, section 1.

³¹⁵ Ces limites ont été reprises dans VINOT, D., « De l'usage interne des points ISA : pertinence locale *versus* cohérence globale », *Gestions hospitalières*, oct. 1998.

³¹⁶ WATTRELOS, E., *Utilisation interne du PMSI : limites et indications*, mémoire de DESS « Information médicale à l'hôpital », Faculté de médecine, Montpellier, nov. 1994, 62 p. + Annexes. E. WATTRELOS est actuellement chargée de mission à la mission PMSI de la Direction des Hôpitaux du Ministère de la santé.

La limite essentielle au déploiement interne du PMSI réside donc essentiellement dans l'impossibilité conceptuelle de déployer les GHM dans les services, centres de responsabilité de base de l'hôpital : « La classification GHM, adaptée à une description globale de l'activité hospitalière, ne permet pas de repérer l'ensemble des services ayant pris part à un même séjour hospitalier, mais apprécie globalement l'activité médicale de court séjour. »³¹⁷

- Les « erreurs » de codage

Outre les erreurs classiques de saisie ou de la qualité de l'information administrative, une des erreurs fréquemment rencontrées dans la réalisation de la base de données médico-économique réside dans l'erreur d'orientation du diagnostic principal considéré comme cause du séjour dans l'unité médicale. Dans des cas litigieux (un nouveau né présentant des vomissements doit-il être orienté en néonatalogie ou en gastro-entérologie ?), grande est la tentation de choisir le GHM rapportant le plus de points ISA...

La difficulté ne réside pas tant dans le choix du codage approprié des actes, mais dans leur hiérarchisation : les diagnostics secondaires, les actes associés « non classants » sont autant d'éléments qui peuvent biaiser la qualité de l'information du RSS, qui peut conduire à une sous-évaluation en points ISA de la production de l'hôpital. Ainsi, une étude réalisée à la Timone (Marseille)³¹⁸ a montré une perte de 3,6 % en points ISA sur un échantillon de RSS à cause de défaut de renseignements des feuilles de sortie.

- Le jeu sur « l'exhaustivité »

La tutelle compare *in fine* les établissements sur des données redressées — c'est-à-dire qu'elle fait comme si le taux d'exhaustivité était de 100 %. En conséquence, les comparaisons inter-établissements se trouvent lissées par les moyennes, ce qui minimise les écarts. Un établissement pourra donc chercher à « oublier » la saisie des GHM les moins coûteux, pour valoriser les plus producteurs de points, et augmenter ainsi sa moyenne. Il pourra aussi saisir en doublon les multi-séjours, et oublier de définir une activité diagnostic principale, ce qui, pour les plus maladroits, peut faire apparaître un taux d'exhaustivité supérieur à 100 %. Il pourra aussi, en combinant les deux effets, accentuer le jeu sur la production des GHM sans que la tutelle ait les moyens de les vérifier, le seul indicateur d'alerte de la qualité de l'information étant le taux d'exhaustivité...

- Le jeu sur le « hors MCO »

Comme le PMSI est pour l'instant affecté de façon généralisée uniquement au court séjour, un établissement qui possède une filière de soins court et moyen séjour peut affecter une partie des charges indirectes — notamment des postes de personnel — sur le moyen séjour, alors que l'activité réelle de ce personnel se trouve pour le secteur d'hospitalisation de court séjour. La traçabilité de ce personnel est d'autant plus délicate que ce dernier n'exerce pas d'activité soignante (secrétariat, accueil...).

L'utilisation de certaines activités intégrées au GHM qui se trouvent rattachées aux soins externes, notamment pour des actes médico-techniques est également assez fréquente, car l'interprétation de la codification de certains actes ou le savoir-faire technique des praticiens dans cette même codification joue un rôle non négligeable. De même, la sous valorisation de l'hospitalisation de jour conduit certains établissements, à attribuer à des GHM « de jour » les points des GHM correspondant en hospitalisation normale (notamment pour la chimiothérapie et la surveillance, GHM 681).

³¹⁷ *Id.*, p. 31.

³¹⁸ JIMENO, M.T., EYNAUD BO, L., DI FALCO, S., GIUSIANO, B., « Contrôle de qualité : la chasse aux « erreurs » de codage », *Journal d'Économie Médicale*, t. 13, n° 6, 1995, pp. 315-321.

- La sélection des activités

En pratique interdite, la sélection d'activités coûteuses insuffisamment valorisées en points ISA peut conduire à évacuer les malades concernés vers des centres voisins... Les tutelles expriment leur vigilance sur ce point, mais n'ont cependant guère les moyens de tracer les trajectoires des malades.

- L'utilisation des séjours multiples

On l'a vu précédemment, une personne effectuant un multi-séjour dans un établissement peut se voir affecter plusieurs fois les points ISA correspondant à un GHM donné, ce qui équivaut notamment à comptabiliser deux fois (ou plus) les charges indirectes, mais aussi toute l'activité directe non spécifiquement soignante (administrative). Cette pratique est aisément identifiable dans l'exploitation des données PMSI et appartient désormais au passé. Toutefois, on peut imaginer, sinon dans les faits, au moins dans les RSS, la sortie d'un patient et sa réhospitalisation un ou deux jours plus tard (dans le cadre d'un week-end par exemple, où des malades hospitalisés longuement peuvent rentrer dans leurs familles ponctuellement). Ce processus est plus difficilement identifiable, mais une nouvelle version prochaine du PMSI devrait interdire toute double comptabilisation d'un malade réhospitalisé moins d'un mois après sa sortie.

1.4.3 Les limites conceptuelles : le jeu dans la règle

Les limites conceptuelles du PMSI reposent sur un choix de calcul par coûts complets qui est ambigu, mais surtout sur un outil qui reste plus « médical » que soignant, et dont la portée sur l'organisation est donc limitée.

- Un choix de calcul des coûts par GHM ambigu

A l'origine de l'implantation du PMSI en France, la Direction des Hôpitaux confie au Centre de Gestion Scientifique de l'École des Mines une étude sur l'adaptabilité du modèle de Fetter au contexte français. Le ministère était alors favorable à l'imputation de l'ensemble des dépenses d'un hôpital sur les GHM de façon à aboutir à des prix de revient complets. Ce prix de revient complet semblait être seul type d'indicateur permettant de faire apparaître synthétiquement des disparités dans l'allocation de ressources des établissements. Or, le souci du directeur des hôpitaux était de répartir de façon plus équitable les moyens entre hôpitaux. En outre, le projet était par lui-même si ambitieux qu'il était difficilement concevable de renoncer à un calcul des coûts par GHM. Dès lors, la question de la méthode était posée.

Or, les chercheurs du Centre de Gestion Scientifique suggérèrent un modèle de coûts partiels, en proposant de n'imputer aux GHM que les dépenses directes variables liées aux soins des malades. Les autres dépenses, considérées comme frais de structure, auraient fait l'objet d'une négociation séparée entre tutelle et établissements. En outre, le modèle américain supposait un grand nombre de conventions pour le calcul des coûts complets qui risquait de nuire à l'analyse des écarts³¹⁹. Malgré ces réserves, le principe de retenir un calcul en coût complet fut choisi dans le contexte d'urgence et de pragmatisme décrit précédemment. Il suffisait que le logiciel GROUPEUR sorte des résultats *vraisemblables* de classement des malades, ce qui ne signifiait pas pour autant que le modèle fût valide : il suffisait qu'il fût légitime.

Le PMSI est donc né — et a pu croître — sur la base d'une ambiguïté délibérée de la part du ministère : il s'agissait de « produire un discours sur les objectifs de l'expérience, qui soit tout à la fois suffisamment attractif pour permettre à certains hôpitaux de se porter

³¹⁹ HATCHUEL, A., MOISDON, J.-C., POIRSON, A., *Budget global et coûts par type de malades — logique d'utilisation et compatibilité de deux outils de la gestion hospitalière, op. cit.*

opportunément candidat comme site expérimental et suffisamment ambigu pour qu'il n'y ait pas de franche hostilité de la part des médecins »³²⁰. C'est ainsi que les finalités attribuées au PMSI sont multiples, et parfois même contradictoires : « tendre vers la meilleure adéquation des moyens aux missions... afin d'améliorer le fonctionnement interne, les évaluations d'activité et les prévisions pluriannuelles »³²¹, « fournir une idée de l'épidémiologie hospitalière », « conduire au calcul d'enveloppes budgétaires »³²², « une bonne voie d'accès à l'informatisation cohérente et progressive des unités de soins »³²³...

L'instauration au début des années 1990 du principe des points ISA allait rapidement clarifier cet outil polymorphe pour mettre en avant l'allocation de ressources à partir de la production hospitalière.

- Un outil plus « médical » que « soignant »

Le défaut conceptuel majeur du PMSI est sa structuration autour de l'étiologie médicale, qui ne reflète pas nécessairement l'importance de la charge d'activité d'un établissement de soins³²⁴. Un malade à pathologie récurrente peut ne pas susciter un intérêt médical important tout en engageant une dépense d'activité organisationnelle conséquente. Or, le PMSI fait l'hypothèse implicite d'une structuration des activités des établissements de soins de court séjour autour de l'étiologie médicale, ce qui est vrai pour le découpage en unités fonctionnelles des établissements, mais n'est plus pertinent pour une analyse de la consommation des ressources organisationnelles. Sa construction autour du découpage du savoir médical aurait-elle eu comme intérêt principal de faire adhérer le corps professionnel des médecins à l'outil ?

Un détour par la façon dont le savoir médical se structure et se développe semble ici indispensable. « L'information médicalisée pour être codée, s'appuie en partie sur des classifications médicales. Or, les classifications dans le langage de la médecine n'existent que pour mieux servir de point d'appui à une remise en question des principes qui les ont fait naître... Cette fuite des praticiens devant l'emprise normative des nosologies à seule fin de purifier le regard clinique a été, semble-t-il l'une des conditions historiques de l'émergence d'une médecine positiviste. »³²⁵

Ainsi, l'étiologie médicale se justifie dans la recherche toujours plus fine du cas singulier dans la création de nouvelles classes³²⁶, dans une dialectique entre observation du cas et son rattachement à une connaissance classante nécessairement toujours renouvelable... Le classement PMSI porte sur le rassemblement de diagnostics homogènes, qui présuppose donc une corrélation quasi absolue en diagnostic et thérapeutique, entre pathologie et traitement. Ce qui induit que pour chaque maladie type correspondrait un traitement type générant une consommation idéale de ressources.

Comme le souligne M. Brémond, la démarche expérimentale PMSI s'est construite dès 1982 autour du mythe de la réconciliation entre culture médicale et culture gestionnaire³²⁷. Cette volonté de réorganisation des modalités de comparaison des activités des hôpitaux s'ancrait dans le constat général de la non pertinence du budget global dans la juste allocation

³²⁰ *Id.*, p. 44.

³²¹ Circulaire n° 303, 24 juil. 1989.

³²² BARRAULT, Y., « Le PMSI outil de gestion interne des hôpitaux », *Informations hospitalières*, mai-juin 1986, n° spécial.

³²³ LOTH, A., « L'informatique hospitalière et le PMSI », *Informations hospitalières*, n° 27, avril 1990.

³²⁴ Ce qu'ont pu montrer les anesthésistes-réanimateurs au sujet de leur spécialité à propos de l'indicateur de gravité, plus reflet de l'importance de la charge médicale que de l'importance de la charge soignante et technique.

³²⁵ BREMOND, M., « Peut-on faire naître l'hôpital organisation à coup d'instrument de gestion : le cas du PMSI ? », *Informatique et Santé « La Revue »*, n° 20, 1er trim. 1995, p. 46

³²⁶ Cf. BICHAT, F.X., *Traité des membranes*, 1827, et FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.

³²⁷ BREMOND, M., « Peut-on faire naître l'hôpital organisation à coup d'instrument de gestion... ? », art. cit.

des moyens aux établissements publics. On parlait alors de rétablir la « transparence » dans la description des prestations fournies par les établissements : « Il faut donner une légitimité médicale à l'action de l'État »³²⁸. En se limitant à une interrogation de l'institution hospitalière sur ses ressources, le contrôle social de la tutelle de l'État sur l'hôpital évacue la question de la pertinence de l'organisation dans le dispositif de soins, sur sa légitimité, sur sa capacité à négocier son utilité sociale.

Il faut dès lors admettre que l'État s'en remet — au moins partiellement — au langage médical pour définir ce qu'il attend en termes de résultats de l'institution hospitalière. Comment dès lors construire un instrument d'évaluation de l'activité hospitalière, par nature suffisamment stable dans le temps, pour allouer des ressources, alors que l'étiologie médicale sur laquelle il repose est, par nature également, évolutive et changeante ? L'instrument du gestionnaire aura alors toujours un temps de retard sur le savoir clinique. De plus, synthétique par construction, il ne satisfera jamais le référentiel médical, fondé sur une recherche toujours plus approfondie du détail dans le classement des pathologies. Une illustration en est la révision annuelle des GHM et l'intégration de nouvelles catégories majeures de diagnostic, avec la prise en compte des pathologies associées au SIDA ou aux polytraumatismes graves.

En conséquence, le PMSI n'a de sens que si la politique de santé tend vers une harmonisation des prises en charge de malades, ce qui, d'un point de vue économique devrait se traduire par des gains de productivité. En soi, par ses limites conceptuelles, le PMSI « contient » comme solution le principe des économies d'échelle. On entre alors dans la recherche d'une production de soins de masse. Les critères de formalisation de la qualité ne sont dans ce cadre que l'aboutissement de cette rationalisation des tâches.

Si la classification des maladies a pu offrir aux financeurs dans un passé récent l'ossature d'une structure comptable, et si elle permet aujourd'hui de rendre compte d'une quantité de prestations *médicales* fournies aux malades, elle ne dit rien cependant sur la pertinence et l'efficacité du système de *soins*, ce qui peut mettre à bas rapidement la légitimité de l'outil de gestion dans la tentative de maîtrise des dépenses de soins.

En conclusion de cette section, on peut dire que le PMSI a permis une première formalisation de l'activité hospitalière, et que cette formalisation, au delà des limites pratiques et conceptuelles qu'il faut intégrer, a permis au corps médical d'admettre la possibilité d'une quantification des soins réalisés. Cet outil, tant par les résultats produits que par la modélisation de l'activité qu'il propose, est un outil en interaction avec le projet d'établissement. A la base du projet, il permet une approche des activités réalisées et de leur efficacité globale. Il permet surtout de fournir des éléments de comparaison des établissements de court séjour d'une même région. A la suite de ces comparaisons, un processus discursif devient légitime pour justifier l'activité, sa singularité, et construire un projet pour les acteurs de l'établissement. Les données fournies par la collecte initiale de l'information, si elles sont retraitées dans une perspective interne, peuvent également nourrir le déploiement du projet d'établissement. Toutefois, le danger réside dans le détournement interne des *résultats* produits par l'outil, qui peut conduire à des aberrations.

Mais si la logique clinique a poussé jusqu'à son terme la structuration hospitalière, il convient alors de repenser l'hôpital non plus autour du champ de l'expertise médicale mais par rapport à l'organisation des soins dans son ensemble. Dès lors, les seuls critères quantitatifs ne suffisent plus, l'évaluation de l'organisation, de ses processus et la formalisation de la qualité des soins deviennent nécessaires pour compléter le dispositif.

C'est l'objet de la section suivante.

³²⁸ KERVASDOUE (de), J., « Le PMSI pourquoi ? », *Informations hospitalières*, mai-juin 1986, n° spécial.

2. VERS UNE REGULATION QUALITATIVE DES HOPITAUX : DE L'EVALUATION A L'ACCREDITATION

Une critique majeure du PMSI résidait dans sa logique strictement comptable, quantitative, ne permettant pas de valoriser la « qualité » des actes et prestations. L'évaluation de la qualité des soins est donc le pendant « qualitatif » du PMSI et a conduit, par les ordonnances du 24 avril 1996, à un dispositif d'accréditation des établissements. Ce dispositif s'inscrit dans la même mouvance que le PMSI : la formalisation des activités à l'hôpital. Toutefois, ce dispositif n'est pas né *ex abrupto*, il s'inscrit dans un mouvement de généralisation des pratiques d'évaluation, et puise ses outils dans les expériences étrangères.

Accréditer est étymologiquement *donner du crédit*. Cela implique donc directement et indirectement donner de la reconnaissance, ce qui présuppose une connaissance *a priori*, un accrochage à un référentiel, à des normes. *Donner du crédit* peut également signifier plus pragmatiquement, pour les établissements financiers, dispenser des ressources financières. L'accréditation est un terme issu directement des pratiques d'accréditation des établissements hospitaliers aux États-Unis. Dans cette perspective, on se rapproche d'une démarche de certification, semblable à celle du milieu industriel. Les Canadiens ont préféré le terme d'agrément, en se rapprochant ainsi de la démarche de labellisation : l'établissement se prépare à une visite, et voit sa pratique agréée.

Par la notion d'obligation qu'elle recouvre, par les enjeux liés à une labellisation, l'accréditation est donc un enjeu majeur pour les acteurs des établissements sanitaires.

Elle implique donc un « changement de donne », redistribue les zones d'incertitude dans l'organisation, mais peut également jouer un des éléments opératoires des référentiels ou principes supérieurs communs aux acteurs hospitaliers. Là encore, l'enjeu est donc majeur pour les établissements. Le dispositif s'inscrit pleinement dans le projet d'établissement. Comme acquis, l'établissement montrera qu'il réalise ce que les institutions considèrent comme des prestations de qualité. Comme objectif, il exprimera sa bonne volonté. L'accréditation dans le projet est donc d'abord rhétorique. Mais elle fournit également des instruments permettant d'évaluer, de qualifier, de modéliser les activités autrement que sous les modes comptable et médical. Au delà de ses limites, elle fournit un référentiel organisationnel, et pour l'hôpital, dont les processus de production sont encore relativement méconnus, ce dispositif peut s'avérer salvateur s'il est maîtrisé.

Toutefois, le débat a été nourri de la façon dont l'accréditation se réaliserait, notamment par service ou par établissement, par fonction ou par processus. Si l'accréditation des services a été abandonnée (elle aurait suivi encore une logique de découpage médical sans s'intéresser aux dispositifs transversaux), l'accréditation par processus, qui semble la plus riche, n'est pas encore définitivement acquise. Cependant, l'option retenue sera fondamentale dans les dispositifs d'apprentissage et de modélisation mis en œuvre dans les structures hospitalières, dispositifs que l'on retrouvera dans le projet d'établissement, tant dans la phase de diagnostic que dans la phase de projection des activités.

Après avoir posé les origines de l'accréditation en France, nous verrons les points clés des expériences fondatrices de l'accréditation. Nous verrons ensuite les grandes lignes de la méthodologie, puis les limites du dispositif.

2.1 AUX ORIGINES DE L'ACCREDITATION, L'EVALUATION MEDICALE

Concept aujourd'hui largement diffusé dans le champ sanitaire, l'évaluation est née aux États-Unis avec la définition des premières normes pour les hôpitaux par l'American College of Surgeons en 1912. Cette évaluation s'est structurée dès 1951 avec la création de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Cette dernière réalise un contrôle, volontaire jusqu'en 1972, des hôpitaux afin de délivrer un certificat d'accréditation et promeut le développement de programmes d'assurance qualité sur la base de démarches d'amélioration continue.

Dans la langue quotidienne, le terme évaluer est utilisé tour à tour comme synonyme ou équivalent des termes suivants : apprécier, auditer, considérer comme, contrôler, déterminer, donner un avis, essayer, estimer, jauger, juger, représenter, situer, statuer, trancher, vérifier.

La pratique de l'activité évaluative ainsi que l'examen de la littérature qui lui est consacrée³²⁹, font émerger trois termes tout à la fois constitutifs de sa nature, caractéristiques de son essence et de son exercice et qui en élargissent et restreignent le sens : contrôler, situer, juger.

Les fonctions de l'évaluation :

La première et principale fonction d'une évaluation est de rendre compte à la fois :

- d'une réalité organisationnelle de plus en plus complexe que le simple bon sens ou les instruments de contrôle traditionnels ne suffisent plus à appréhender,
- de l'adéquation entre cette réalité organisationnelle, la stratégie et l'environnement,
- éventuellement, de propositions de modifications des instruments retenus.

La deuxième fonction de l'évaluation est de permettre la transparence sur les objectifs quantitatifs et qualitatifs explicites et implicites de l'organisation, sur les processus mis en œuvre, en plaçant ceux-ci au cœur du débat.

L'évaluation se distingue du contrôle dans la mesure où, comme processus continu, elle s'inscrit plutôt dans une démarche interprétative, tandis que le contrôle fait appel à la notion de vérification.

L'évaluation en France s'est formalisée par la création en 1991 de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), dont l'objet est de promouvoir l'évaluation dans le champ sanitaire, par la production de méthodes et de standards de bonnes pratiques. Toutefois, la portée de l'ANDEM s'est limitée à un rôle consultatif, dont les méthodes d'analyses ont été essentiellement calquées sur les pratiques de soins et les pratiques médicales, mais non sur l'évaluation des structures hospitalières dans leur globalité comme entités. La « valeur ajoutée » propre à l'organisation est encore peu intégrée dans le concept d'évaluation médicale, qui a longtemps privilégié l'audit clinique.

On pourra pour s'en convaincre consulter la publication de référence³³⁰ de l'ANDEM, et notamment le chapitre 1 pour la notion d'évaluation, et les chapitres 15 à 22 pour constater la structure « médicalisée » des pratiques d'évaluation. Plus précisément, l'analyse des publications de l'ANDEM (puis ANAES) est illustrative : en 1997, on peut trouver dans la listes des publications de l'ANDEM :

- 9 guides méthodologiques traitant des conférences de consensus, de l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire et dans les établissements de santé, des recommandations pour la pratique clinique, de la tenue du dossier de soins... et dont un seul traite de la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un

³²⁹ Cf. CLAVERANNE, J.-P., « L'évaluation, nature et formalisation d'un concept mou », *Cahiers Lyonnais de Recherche en Gestion*, n° 15, Lyon, IAE, avril 1994, pp. 232-246.

³³⁰ MATILLON, Y., DURIEUX, P. (dir.), *L'évaluation médicale*, op. cit.

établissement³³¹. Notons que ce document est tardif par rapport à la création de l'ANDEM (1991) : il date d'octobre 1996, et, inspiré des démarches qualité issues de l'industrie et des États-Unis, il propose une démarche qualité intéressante à partir des processus organisationnels ;

- 30 études d'évaluation technologiques, spécifiques aux pratiques médicales (évaluation des méthodes coelioscopiques en chirurgie digestive, par exemple) ;
- 34 rapports de conférences de consensus traitant des recommandations diagnostiques et thérapeutiques dans certaines pathologies (indications sur la transplantation hépatique, décontamination digestive sélective en réanimation...) ;
- 12 recommandations pour la pratique clinique ;
- les recommandations et références médicales en médecine, en massokinésithérapie, en soins dentaires ;
- 3 guides d'évaluation hospitalière, traitant des pratiques professionnelles, de la tenue du dossier du malade et des références médicales applicables à l'hôpital ;
- enfin, 3 guides de formation et une documentation générale sont disponibles.

Les projets de publications en 1998 s'inscrivent dans les mêmes champs, hormis la sortie d'un guide de l'accréditation, sur lequel nous reviendrons.

Mais cette attitude de l'Agence Nationale (qui, de *l'Évaluation Médicale* est passée à *l'Accréditation et l'Évaluation en Santé*) est loin d'être blâmable, bien au contraire. La sensibilisation des professionnels aux dispositifs de formalisation passait par une démarche qui fut d'abord professionnelle, et donc d'inspiration médicale. La légitimité de l'agence était à ce prix. On remarquera d'ailleurs la qualité formelle des documents, le souci de montrer la légitimité des recommandations en s'entourant des meilleurs spécialistes sur la question traitée. Le travail de l'ANDEM aura été remarquable, tant dans les thèmes choisis, qui par la quantité de cas traités ou les enjeux sanitaires qu'ils représentaient étaient fondamentaux, que dans sa démarche consistant à décrire un idéal de prise en charge qui ne correspondait pas à un maximum diagnostique et thérapeutique.

C'est seulement une fois connue et reconnue que cette dernière pouvait commencer le déploiement des référentiels sur l'organisation hospitalière. Il reste que, pour le moment, son image reste orientée sur les pratiques médicales.

On peut alors constater les premiers changements dans ce qu'on perçoit aujourd'hui comme la « qualité des soins » : on passe d'un principe ontologique — la valeur intrinsèque soins — à l'immersion de la mesure dans le champ sanitaire : le principe est admis que l'on puisse « rendre compte » de la qualité en matière de santé, et en apprécier la valeur qualitative et économique.

Le passage d'une évaluation à une labellisation est alors possible, et le dispositif français s'inspirera largement des expériences étrangères, et notamment canadienne.

³³¹ ANDEM, *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, principes méthodologiques*, Paris, ANDEM, oct. 1996, 79 p.

2.2 LES EXPERIENCES FONDATRICES DE L'ACCREDITATION

Elles ont des origines issues d'expériences étrangères et d'initiatives individuelles. Elles s'inspirent essentiellement des modèles britannique, américains, canadiens, et d'expériences localisées dans certains établissements.

2.2.1 Les expériences étrangères

Les États-Unis ont développé un système d'accréditation des établissements de soins depuis 1917, le Canada depuis 1958, les Pays-Bas depuis 1979, l'Espagne (Catalogne) depuis 1981 et le Royaume-Uni depuis 1989. L'expérience étrangère est donc loin d'être anodine et artisanale. Nous en présentons les caractéristiques essentielles à partir des modèles britannique, américain, et canadien.

- Le modèle britannique

Le manuel d'accréditation du *King's Fund Organisational Audit*³³² est composé de deux volumes comportant en tout 316 pages.

Les sections abordées sont les suivantes :

- droits et besoins spécifiques du patient, composée de deux standards (droits reconnus et garantis par le personnel en charge des soins sans discrimination, réponse aux besoins spécifiques, notamment enfants et soins palliatifs) ;
- gestion de l'établissement, composée de 16 standards (objectifs clairs contenus dans un guide de la planification, contractualisation avec les prescripteurs extra-hospitaliers, ressources efficacement utilisées, modélisation et utilisation pertinentes du système d'information hospitalier, existence de politiques et de procédures écrites sur les activités, sécurité, infections, stratégie qualité...);
- standards généraux et critères spécifiques pour les services cliniques et non cliniques ;
- contenu du dossier médical.

Malgré l'engouement britannique pour le dispositif, il semble que la démarche, qui n'aboutit pas à un « certificat d'accréditation » mais seulement à une attestation actant de la démarche de l'établissement, soit par là incomplète et hésite entre une attitude de conseil ou d'audit³³³.

- Les États-Unis

Le manuel d'accréditation, de plus de 700 pages, est élaboré par la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*³³⁴.

Il est orienté sur les processus et les activités fonctionnelles. La démarche s'assimile à une démarche d'assurance-qualité orientée davantage vers l'évaluation des structures et des procédures que vers les résultats ou les processus de prise en charge³³⁵. L'accréditation a clairement pour objectifs de mesurer la conformité des établissements à des normes afin de garantir la qualité des soins. Le volontariat des établissements est un point fondamental de la démarche d'accréditation. Dans ce dispositif, le rôle des associations professionnelles est prépondérant : elles ont été à l'origine de la démarche. Enfin, les données recueillies et les recommandations restent confidentielles.

³³² KING'S FUND ORGANISATIONAL AUDIT, *Hospital Accreditation Programme. Organisational Standards and Criteria*, London, KFOA, 1994, 2 vol.

³³³ BAPTISTE, V., « L'accréditation : les périmètres d'un concept, des expériences étrangères vers une accréditation à la française », *Mémoire de DEA MASS*, Lyon1-Lyon3, sept. 1996, 88 p. + Annexes.

³³⁴ JCAHO, *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*, Oakbrook Terrace, JCAHO, 1996.

³³⁵ avec toutefois un infléchissement vers l'évaluation des résultats à partir de 1996.

Toutefois, dans les faits, la procédure est devenue quasi obligatoire pour tout établissement de soins. Mais la critique majeure que l'on peut faire au dispositif est la formalisation à outrance de ses normes. Les singularités et spécificités des établissements ne sont pas intégrables. Mais surtout, la procédure renforce une vision parcellaire du système de soins sans se focaliser sur l'organisation des soins dans un dispositif global.

- L'expérience canadienne

Le manuel³³⁶ de normes à l'intention des établissements de courte durée du Conseil Canadien d'Agrement des Services de Santé est composé d'un volume de 500 pages, divisé en 20 sections et d'un glossaire, dont, par exemple, « administration du programme et directives liées à la visite d'agrément », « chirurgie », « gestion de l'information », « gestion des ressources humaines », « gestion de l'environnement »,...

Les « visiteurs » qui pratiquent la démarche en équipes pluridisciplinaires sont des professionnels en activité qui sont désignés dans l'esprit d'une évaluation par les pairs.

Toutefois, la démarche ne met pas en œuvre une évaluation des résultats : le processus permet seulement d'identifier les écarts entre le service effectivement rendu, le service conçu et le service attendu³³⁷. Elle ne qualifie pas non plus la valeur professionnelle des personnels hospitaliers : l'équipe de visiteurs analyse la capacité des professionnels à travailler ensemble et la capacité collective de l'établissement. Enfin, la visite n'est pas un outil de contrôle et de régulation des établissements. Elle ne favorise en rien l'établissement par rapport à des autorisations ou des allocations de ressources. En fait, ce programme d'agrément est un processus d'autoévaluation régénéré de façon régulière qui s'intéresse à la capacité relationnelle des acteurs des établissements. On relève que la participation ou non au programme du CCAES est un facteur qui influence les instances de contrôle issues de l'Etat et les « consommateurs » de soins³³⁸.

2.2.2 Les expériences issues d'initiatives individuelles

Un élément est à prendre en compte dans la diffusion et la préparation à l'accréditation en France : ce sont les initiatives des établissements eux-mêmes, qui ont cherché à devancer le dispositif en initiant des démarches qualité inspirées du secteur privé. Ces initiatives ont pu toucher des établissements hospitaliers publics, des établissements privés, à but lucratif ou non, mais aussi des fédérations ou des groupes d'hôpitaux.

Ainsi, pour certains, l'accréditation correspond parfaitement à une démarche d'assurance qualité : dans un cadre de normalisation, la référence « naturelle » sera la norme ISO, selon laquelle la qualité est « l'ensemble des caractéristiques qui confèrent [au produit ou au service] l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. » Cela concerne tant les aspects relationnels, le confort, l'ambiance, que les délais... ou le produit lui-même.

Il s'agit d'opérer toutefois une distinction fine entre qualité réelle et qualité perçue, surtout dans un champ spécialisé et technique comme l'hôpital.

Le tableau suivant présente un exemple d'indicateurs qualité appliqués à l'hôpital :

³³⁶ CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE, *Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée. Une approche centrée sur le client*, Ottawa, CCASS, 1995.

³³⁷ BAPTISTE, V. *op. cit.*, p. 20.

³³⁸ CAUSSE, D., KOVESS, V., « L'accréditation : regards sur la réalité canadienne », *Revue Hospitalière de France*, n° 2, mars-avril 1995, pp. 166-171.

Tableau 17 : Exemples d'indicateurs qualité pour l'hôpital

	Mesure de la qualité offerte	Appréciation de la qualité perçue
Soins	Taux d'infections nosocomiales Charge en soins Nombre de radiographies de correction Effectif/Malade	Plus malade qu'à l'entrée... Personnel pressé Trop de radios Manque d'attention
Hébergement	Nombre de lits/Chambre Nombre de T.V. Mesures acoustiques Nombre de places de parkings Nombre de panneaux de signalisation Nombre de chambres neuves	Intimité Isolement Service bruyant Accès difficile Repérage peu clair Confort acceptable
Logistique	Nombre de mutations Taux de renouvellement des matériels Nombre de plats proposés Température des plats	Déplacements trop nombreux Hôpital vétuste Hôpital en retard Repas non variés, repas tièdes
Communication Sécurité	Délai de rendez-vous Nombre d'hôtesse Nombre de formations à l'accueil Nombre de vols/malade Nombre de chutes/malades Nombre de contacts/médecin	Attente trop longue Manque d'accueil Malade bien ou mal accueilli Hôpital plus ou moins sûr Sécurité respectée Malade informé sur sa santé

D'après BONHOMME, D. *et alii*, « Pour une dynamique de la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 334, mars 1994, p. 177, cité par Leteurtrre *et alii*, *L'accréditation...*, *op. cit.*, p. 19.

Pour H. Leteurtrre *et alii*, membres de l'équipe de direction du CHU de Nice, la qualité est « l'ensemble des caractéristiques qui confèrent au processus de production du produit final ou de prestation de service final l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites du bénéficiaire et qui satisfont effectivement le consommateur. »³³⁹

Dans cette optique, c'est la notion de processus de prestation de services, et la notion de qualité perçue qui importeront. L'équipe niçoise s'est fortement impliquée dans le dispositif en proposant parmi les premières un guide d'autoévaluation des pratiques. Toutefois, ce dernier reste fortement morcelé, sans cohérence d'ensemble, et fait plus la part belle aux grilles de relevé s'inspirant de la démarche américaine ou de la norme ISO 9 000 que d'une évaluation des processus en œuvre dans l'établissement.

L'Union Nationale Hospitalière Privée de la Cancérologie (UNHPC) a mis en place au début de l'année 1996 un comité de pilotage³⁴⁰ destiné à réfléchir aux modalités d'accréditation des structures avant la publication des ordonnances. Cette démarche s'est inscrite dans le prolongement des démarches de certification qualité de certains établissements de cette union.

L'Assistance Publique de Paris³⁴¹ a travaillé également depuis 1990 au développement d'un programme d'appréciation de la qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital. Les tentatives d'application des normes ISO 9 000 à l'AP-HP³⁴², notamment à l'hôpital Louis Mourier, Henri Mondor et Robert Debré³⁴³ ont conduit à abandonner la démarche initiale pour adopter une démarche par thème transversal.

³³⁹ LETEURTRRE, H., VANDENMERSCH, V., BLONDIAU, M.-F., *L'accréditation hospitalière, Gestion et services de soins*, Paris, Berger-Levrault, 1996, 320 p., p. 55.

³⁴⁰ ANONYME, « Les centres privés de cancérologie veulent développer l'accréditation », *Le Quotidien du médecin*, n° 5815, 20 mars 1996, p. 4.

³⁴¹ STEPHAN, J.-C., FOURCADE, A., « Évaluation et gestion de la qualité : l'accréditation à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 326, mai 1993, pp. 381-390.

³⁴² Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

³⁴³ FOURCADE, A., RICOUR, L., LEGLISE, J., LADOUCETTE, M., DRESKI, J., SAXCE (de), A. M., « Démarche d'assurance de qualité à l'hôpital : l'expérience de l'hôpital Robert Debré », *Gestions hospitalières*, n° 332, jan. 1994, pp. 57-66.

L'hospitalisation privée, fédérée autour du syndicat UHP³⁴⁴, a également proposé des accompagnements de mise en œuvre de démarches qualité, l'élaboration de critères et standards, l'expérimentation de procédures d'assurance qualité, notamment par la création d'une structure associative, le bureau de l'assurance de qualité de l'hospitalisation privée.

Une des démarches les plus abouties dans le domaine est certainement celle conduite par la Fédération des Centres de Lutte Contre le Cancer³⁴⁵, établissements sanitaires privés PSPH³⁴⁶ spécialisés dans la cancérologie³⁴⁷. Cette démarche expérimentale, s'est initiée autour d'une double préoccupation issue tant des professionnels (médecins et infirmières) que de l'institution. La démarche est donc une réponse discursive à deux attentes. Elle a conduit à la réalisation d'un prototype de manuel d'accréditation en cancérologie, qui croise une logique verticale par discipline, et une logique transversale, par processus.

L'ensemble de ces expériences fondatrices a été le creuset de la méthodologie de l'accréditation initiée en France au cours de l'année 1998. Nous en présentons les grandes lignes dans le point suivant.

2.3 LA METHODOLOGIE

Après avoir présenté la définition de l'accréditation, nous en aborderons les modes opératoires.

2.3.1 Définition de l'accréditation

L'article 2 du Titre II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée définit l'accréditation comme « une procédure externe d'évaluation... visant à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement. » L'accréditation n'est donc ni la qualité, ni l'évaluation, mais y est étroitement attachée.

L'accréditation est donc une évaluation *a priori*. Alors que l'évaluation s'inscrit traditionnellement dans une logique de résultat à partir d'une observation *ex post*, l'accréditation vise à reconnaître *a priori* la satisfaction de certains critères par l'organisation (le service/le processus) afin de garantir un certain niveau de qualité du service rendu. Elle ne porte donc pas sur le produit lui-même, mais sur le processus de chaîne de production³⁴⁸. L'accréditation s'attachera donc à vérifier l'existence de la procédure, l'application de la procédure, la pertinence de l'application de la procédure.

Une première approche peut s'apparenter, dans le champ sanitaire, à une vérification de l'existence de protocoles et ne pose guère de difficultés. On est alors dans le guide des bonnes pratiques, sa connaissance et son accès à tous. Une deuxième suppose une observation des comportements, le plus souvent par sondage, et s'apparente aux techniques de contrôle. Une troisième approche suppose un croisement de facteurs rattachés à des notions de santé publique et de comparabilité des établissements sur un sujet donné.³⁴⁹

Ainsi, l'accréditation doit reposer sur des évaluations *a priori*, qui doivent être fondées sur un consensus ou un accord généralisé à quelque niveau que ce soit (national, régional, par établissement, par corps professionnel, par pathologie...) pourvu qu'il soit explicité.

³⁴⁴ Union Hospitalière Privée.

³⁴⁵ GUIGAZ, M., « Les Centres de lutte contre le cancer : une contribution originale dans la démarche d'accréditation », Actes du colloque *L'accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, IUP Santé, 28 nov. 1997, 119 p., pp. 82-97.

³⁴⁶ Participant à la mission de Service Public Hospitalier.

³⁴⁷ Les centres de lutte contre le cancer, créés en 1945, réunissent 20 établissements en France, et 14 000 personnes dont 1000 médecins.

³⁴⁸ CLAVERANNE, J.-P., « Pour une accréditation à la française », *Note à M. Le Ministre de la Santé*, Document GRAPHOS, Lyon, 5 sept. 1996, 3 p.

³⁴⁹ Idée développée dans : REMY, P.-L., « Quel apport pour la santé des Français ? », Actes du colloque *L'accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, IUP Santé, 28 nov. 1997, 119 p., pp. 38-50, p. 40.

En conséquence, l'accréditation est une approche nécessairement globale. S'il est possible de certifier une simple procédure, un processus, une chaîne d'activités, l'accréditation suppose un compromis, une mesure d'efficacité globale entre la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé, objectif sous-jacent et permanent des instances tutélaires.

2.3.2 Les modes opératoires

Avec les ordonnances du 24 avril 1996, la réforme Juppé complète à l'échelle nationale le dispositif d'évaluation en introduisant la notion d'accréditation des établissements. Le changement conceptuel est plus profond qu'il n'y paraît. En effet, on ne se contente plus de proposer des évaluations médicales, mais on parle avec l'accréditation d'autorisation d'exercer certaines activités pour les établissements de soins. La dimension coercitive que ne revêtait pas l'évaluation est désormais présente. Mais surtout, on passe d'indicateurs médico-économiques évaluateurs des pratiques de soins à une démarche d'analyse de l'établissement dans son ensemble : le « fait » organisationnel est dès lors reconnu, et, par là même, l'idée que l'on puisse améliorer la valeur des soins en touchant à la seule organisation.

L'article 2 du Titre II de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, prévoit qu'« afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. Cette procédure, conduite par l'Agence nationale d'accréditation et de l'évaluation en santé (l'ANAES), vise à porter une appréciation indépendante³⁵⁰ sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères ou de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités des établissements »³⁵¹. Notons que la procédure est engagée à l'initiative de l'établissement, mais obligatoirement avant 2001.

Le champ de l'accréditation porte sur tous les établissements de santé publics ou privés ainsi que leurs réseaux et les structures de coopération entre établissements. La procédure d'accréditation portera notamment³⁵² sur les pratiques cliniques, les références médicales et professionnelles, l'organisation des établissements, l'hygiène hospitalière, la satisfaction des patients, la qualité de l'accueil, et la qualité de l'hôtellerie. Le rapport des visiteurs³⁵³ est transmis au collège de l'accréditation, qui précise ses recommandations et les transmet à l'établissement et au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Une partie du rapport sera rendue publique³⁵⁴.

Les conséquences de la procédure d'accréditation ne porteront pas sur la fermeture ou non d'un établissement mais sur sa labellisation. Elle se rapproche en ce sens de la certification ISO 9000 : sa possession, si elle est connue du public, peut être assimilée à un avantage concurrentiel.

- la démarche générale :

Ses étapes peuvent être résumées dans le schéma suivant³⁵⁵ :

³⁵⁰ La question de l'indépendance de l'agence qui a été longuement discutée peut être illustrée dans le fait que l'ANAES est la seule agence publique de l'État où ce dernier est minoritaire, selon CAYZAC, D., « Une législation française originale », Actes du colloque *L'accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, IUP Santé, 28 nov. 1997, 119 p., pp. 24-37, p. 26.

³⁵¹ art. n° L. 710-5 C.S.P.

³⁵² Cf. ANAES, *L'accréditation en 10 Questions*, Paris, ANAES, 1997, 10 p.

³⁵³ A ce titre, les membres de l'ANAES insistent sur le terme de visite et de visiteurs d'accréditation, et non de contrôle : par exemple, MATILLON, Y., « De l'évaluation à l'accréditation : historique, sémantique, et objectifs », Actes du colloque *L'accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, IUP Santé, 28 nov. 1997, 119 p., pp. 8-20.

³⁵⁴ Sur le mode de fonctionnement de l'ANAES, voir MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Décret n° 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé instituée à l'article n° L.791-1 du code de la santé publique, J.O. 8 avril 1997, pp. 5328-5335.

³⁵⁵ ANAES, *L'accréditation en 10 Questions*, op. cit., p. 8.

Demande d'entrée dans le processus d'accréditation par l'établissement avec un dossier type
Envoi d'un manuel d'accréditation par l'ANAES à l'établissement pour procéder à l'autoévaluation
Résultats de l'autoévaluation adressés au directeur général de l'ANAES
Analyse de l'établissement à partir du manuel d'accréditation par une équipe d'experts visiteurs
Élaboration du rapport de visite à partir du rapport des experts-visiteurs et du rapport d'autoévaluation élaboré par l'établissement
Envoi du rapport dans les 2 mois à l'établissement
Possibilité pour l'établissement d'émettre des observations dans un délai de 1 mois
Documents transmis au collège d'accréditation
Vérification du respect de la procédure, validation du rapport, détermination de recommandations, fixations des modalités de suivi des recommandations, fixation du délai de réengagement de procédure par l'établissement par le collège d'accréditation
Communication du rapport du collège par le directeur général de l'ANAES à l'établissement et au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation
Rédaction d'un compte rendu de la procédure d'accréditation par le directeur général de l'ANAES, publiable auprès du public et des professionnels de santé

- l'expérimentation du manuel d'accréditation

Le manuel d'accréditation³⁵⁶ de l'ANAES a été élaboré dans un cadre large de concertation : 165 professionnels constitués en 11 groupes pluridisciplinaires ont élaboré le guide, 31 relecteurs l'ont corrigé. Le guide est un document de 136 pages, composé pour moitié d'une méthodologie précise et de critères et référentiels pluriels. La rédaction du guide a pris 6 mois.

La méthode d'élaboration des référentiels a consisté en une première analyse de la littérature professionnelle (essentiellement la littérature canadienne), des textes réglementaires et des référentiels élaborés par des établissements ou sociétés savantes français. Le manuel s'inspire largement des guides canadien et britannique.

Le choix des domaines a été ensuite validé par des enquêtes auprès des professionnels de santé et d'usagers d'établissements. Les référentiels ont été ensuite élaborés par groupe de travail, puis relus à quatre reprises. Enfin, douze établissements volontaires tous statuts confondus ont testé les référentiels en mai 1998,

L'intérêt du dispositif réside avant tout dans la formulation affirmative des critères, par exemple :

« *GFL.4.b : La séparation du linge propre et du linge sale est assurée tant pendant le transport que dans les secteurs d'activité.* »

Mais surtout, l'établissement ne peut se contenter de confirmer l'affirmation, il doit être capable de prouver la véracité de son propos. Ainsi, pour chaque critère il est énoncé que « l'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état. »³⁵⁷ Dès lors, ce n'est pas aux visiteurs de chercher à observer si le critère est respecté, mais à l'établissement de mettre en œuvre des dispositifs s'assurant de l'application du référentiel. Par cet exemple, on constate aussi à quel point la qualité et la profondeur de l'accréditation dépend de l'attitude et de la posture des visiteurs de l'établissement.

Les critères sont relativement transversaux et organisationnels. Ils restent suffisamment généraux pour être applicables d'une structure à l'autre. Enfin, ils sont classés en critères

³⁵⁶ ANAES, *Manuel d'accréditation (version expérimentale)*, Paris, ANAES, juil. 1998, 136 p.

³⁵⁷ *Id.*

« hautement souhaitables » et « souhaitables ». Leur appréciation se fait sur une échelle à quatre niveaux.

Les référentiels sont décomposés en trois grands chapitres :

- le patient et sa prise en charge : droits et information du patient, dossier du patient, organisation des soins et coordination des prestations médico-techniques, prise en charge hôtelière ;

- management, gestion et logistique : management de l'établissement et des secteurs d'activité, gestion des ressources humaines, gestion des fonctions logistiques, gestion du système d'information ;

- qualité et prévention : gestion de la qualité et prévention des risques, vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle, surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux.

Les référentiels élaborés s'attachent à décrire les éléments en place pour une exigence de qualité minimale, en ce sens, le fait d'être accrédité pour un établissement constitue selon nous une sorte de prérequis qui peut difficilement être substituable à un « supplément de qualité ». L'analyse des critères présents dans le guide laisse donc penser que l'accréditation n'est donc pas un facteur de différenciation à long terme pour un établissement, dans la mesure où les critères retenus peuvent être considérés comme des prérequis.

En revanche, le souci porté non sur les seuls éléments mais sur les parcours de prise en charge, sur les trajectoires des patients, sur les ajustements et collaborations nécessaires entre professionnels (inter et intra établissement) instaure une dynamique tout à fait intéressante dans la formalisation des processus de prise en charge et dans la description des activités à l'hôpital. A titre d'exemple, on peut lire les critères suivants dans la rubrique « Le patient et sa prise en charge » :

« OST.9.a Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, per, et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés, assurent, à chaque étape, une transmission écrite des informations le concernant... »

*OST.13.a Les différents modes de sortie sont organisés avec le patient et son entourage... »*³⁵⁸

A ce titre, le dispositif d'accréditation renforce l'idée d'une nécessaire connaissance globale de l'entité hospitalière et de ses relations. Mais une observation plus détaillée laisse apparaître que les relations évaluées restent cloisonnées, par exemple entre le dispositif de soins et le dispositif hôtelier, entre le dispositif de soins et la logistique, ce qui conforte d'une certaine manière la dichotomie soins/logistique et ne renforce pas l'idée d'une évaluation globale d'une prise en charge *organisationnelle*. Mais plus généralement, le dispositif d'accréditation émergent ne doit pas laisser croire que la qualité des soins se limite à des formalisations dont l'objet serait la seule *conformation* à une norme figée.

2.4 LES LIMITES DU DISPOSITIF : « AU DELA DE LA QUALITE »

Les limites des dispositifs qualité sont relativement bien connues aujourd'hui dans le milieu industriel. La qualité, qu'on a présentée à ses origines comme un dispositif « antitaylorien » permettant de redonner la parole aux personnes du terrain (notamment par feu les cercles de qualité, mais aussi par les dispositifs de conception et de surveillance des processus), s'est avérée, par sa formalisation à outrance, un renforcement des modes de contrôle déjà en place. Ainsi, la certification ISO 9 000 a pu devenir une fin en soi, un label à acquérir pour être crédible vis-à-vis de son client, sans que, pour autant, les dispositifs écrits dans les manuels reflètent la réalité organisationnelle. Toute démarche formalisée peut subir le « risque ontologique », prendre les résultats de l'outil soit pour la réalité organisationnelle, soit pour la représentation conform(é)e de la qualité dans une organisation. Ainsi, pour

³⁵⁸ *Id.*, pp. 68-70.

F. Mispelblom, les démarches qualité ont fait l'objet de détournements idéologiques qu'il rapproche de la manipulation³⁵⁹.

La perspective avec laquelle la démarche d'accréditation sera abordée, tant par l'ANAES que les établissements, conditionnera la survie de l'outil et le sens qu'on lui attribuera.

Si l'accréditation est envisagée comme un dispositif de normes à vérifier, cette dernière ne peut résister au temps que si les savoirs médicaux et organisationnels sont constitués et stabilisés, comme peuvent l'être les processus industriels. Or, ce n'est pas le cas à l'hôpital, où les savoirs, techniques peuvent évoluer et se substituer les uns les autres rapidement. Pour reprendre le mot de P.-L. Rémy, « si la norme est constamment fluctuante, elle est fragile »³⁶⁰. Là où dans le champ de la santé, la norme a la possibilité d'être efficace, c'est dans le champ financier. Une norme financière, tel le budget global ou une budgétisation à partir des points ISA, sera nécessaire dans la mesure où elle exercera une pression. Toutefois, elle n'est pas suffisante : elle doit s'accompagner de dispositifs permettant aux établissements d'évoluer.

L'accréditation à la française a été envisagée plutôt comme un ensemble de « référentiels de procédures »³⁶¹, qui sont intéressants dans la mesure où ils permettent de s'arrêter sur l'organisation et ses processus, sur les interactions entre unités. Toutefois, le danger de cet outil structurant est de substituer la fin aux moyens, comme on a pu le voir pour la certification qualité dans l'industrie. La démarche se résumerait alors à une simple « mise en scène »³⁶², qui en soit, relèverait strictement de la rhétorique. Toutefois, cette mise en scène semble nécessaire au déclenchement du processus de restructuration des pratiques. Un élément permettant alors de pallier éventuellement cette dérive de la norme est la mise en avant des compétences partagées et de l'apprentissage organisationnel, qui ne peut être atteinte par les seuls cahiers de procédures. La question de l'utilité de la norme, de son articulation dans un processus de soin, et de la mise en œuvre de compétences organisationnelles peut trouver des éléments de réponse, un méta référentiel dans le projet d'établissement.

³⁵⁹ MISPELBLOM, F., *Au delà de la qualité*, Paris, Syros, 1996, 256 p.

³⁶⁰ REMY, P.-L., « Quel apport pour la santé des Français ? », art. cit., p. 40.

³⁶¹ *Id.*, p. 40.

³⁶² en rapprochement de la discussion suscitée par E. Minvielle à propos des démarches qualité : MINVIELLE, E., « A propos des démarches qualité : outil de gestion et outil de mise en scène ? », *Gestions hospitalières*, oct. 1997, pp. 625-627.

Conclusion du chapitre

Le déploiement des référentiels tels qu'on a pu les décrire est conjoint à un phénomène plus large qui tend à formaliser les activités des professionnels du champ sanitaire, et donc, à ébrécher, même partiellement, leur autonomie. Ce phénomène est lié à la conjoncture économique et aux tensions croissantes issues du milieu professionnel, qui se présente comme étant de moins en moins uniforme.

La conjoncture économique appuie sur le champ sanitaire par l'expression de deux forces³⁶³ : la rationalisation de l'offre de soins, qui passe par la rationalisation de la planification sanitaire et donc des autorisations d'activité, et la maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie, dont le désengagement progressif dans la couverture du risque, et son corollaire, la participation croissante³⁶⁴ des ménages aux soins.

Le milieu professionnel se trouve de son côté traversé par de multiples courants qui l'affaiblissent : un secteur lucratif condamné à s'étendre pour survivre dans un marché désormais fermé, des crises d'identité des soignants et médecins dans les structures, l'endossement de responsabilités pour les libéraux dans le contrôle des dépenses qui dépasse le champ habituel de leurs interventions. La médecine, devenue efficace, s'est obligée à des contraintes de résultats qui, aujourd'hui, ne peuvent plus être améliorés par une augmentation des ressources économiques.

La conjonction de ces deux mouvements fait que les usagers, financeurs mutualistes ou privés, tutelles du système de soins, se posent des questions légitimées par une participation plus grande au financement du système : comment choisir dans un système opaque ? comment avoir accès à des soins de qualité, dans des conditions de temps et d'espace satisfaisantes ?

A ces questions, le PMSI et l'accréditation constituent des éléments de réponse dont les acteurs du champ sanitaire, financeurs, professionnels, associations d'usagers, commencent à se saisir. Ils s'inscrivent clairement dans une « dynamique [qui] se construit au travers d'une remise en question des champs de force qui réglaient jusqu'alors les rapports entre les différents acteurs du système. »³⁶⁵ En conséquence, la diffusion de ces outils médiats entre les établissements et les institutions passe par leur publicité et leur communication. Ce sont donc des outils primordiaux qui nourriront le processus de construction du projet d'établissement.

Toutefois, même si ces outils présents *ex ante* et *ex post* au projet sont tout à fait nécessaires à la phase de diagnostic et à son incarnation dans la réalité sanitaire locale, une pièce demeure manquante dans l'articulation du projet d'établissement. Cette pièce qui permettra son instrumentalisation est le contrat d'objectifs et de moyens, que nous traitons dans le chapitre suivant.

³⁶³ LOMBRAIL, P., « Présentation du domaine étudié », in *L'accréditation en France : comment ?*, Actes du séminaire des 6 et 7 octobre 1993 à Saint-Maurice — Groupe IMAGE, Rennes, ENSP, 1994, 54 p., pp. 15-29, p. 24.

³⁶⁴ qu'elle soit directe, par le ticket modérateur, ou indirecte, par les mutuelles, qui se retrouvent alors également dans une logique d'efficience des fonds engagés.

³⁶⁵ BREMOND, M., « L'accréditation : un nouveau champ de forces pour travailler à la transformation de notre système d'offre de soins ? », in *L'accréditation en France : comment ?*, *op. cit.*, pp. 49-53, p. 50.

CHAPITRE 2

CONTRAT D'OBJECTIFS ET LEGITIMATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

C'est une prévoyance très nécessaire de
sentir qu'on ne peut tout prévoir.

Rousseau,
Du contrat social.

Introduction

Une première lecture des ordonnances de 1996 aurait pu faire penser à l'enterrement du projet d'établissement, puisque ce dernier n'est presque pas mentionné dans celles-ci. Or, le premier alinéa de l'article n° L.710-16-1 du nouveau Code de la santé publique indique que les contrats conclus « déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte du schéma d'orientation sanitaire, et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé ». Ainsi, aux stratégies régionales définies dans leurs principes dans les SROS devront répondre des stratégies locales que seuls les contrats ne peuvent refléter : le projet d'établissement est dans cette perspective un outil privilégié, que l'établissement soit public ou privé³⁶⁶. Une illustration peut en être trouvée dans le décret n° 97-372 du 18 avril 1997 relatif aux établissements de santé privés modifiant le Code de la santé publique, et substitue aux « conventions » instituées entre parties (État, assurance-maladie, établissements) les « contrats » d'objectifs et de moyens³⁶⁷. Dans le mode de relations entretenues avec la tutelle, on note une triple articulation entre projet d'établissement, contrat et SROS, le projet d'établissement étant à la charnière des relations externes et internes de l'établissement.

Dans ce cadre, le contrat d'objectifs et de moyens signé à partir du projet d'établissement, est appelé à devenir la pierre angulaire du nouveau mode de régulation entre les établissements et l'agence régionale. Ce contrat peut être considéré comme la traduction financière de la stratégie affichée par un établissement et acceptée par la tutelle.

Il reste que la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens, qui peuvent être fortement structurants, pose un certain nombre de problèmes inédits pour les établissements et la tutelle :

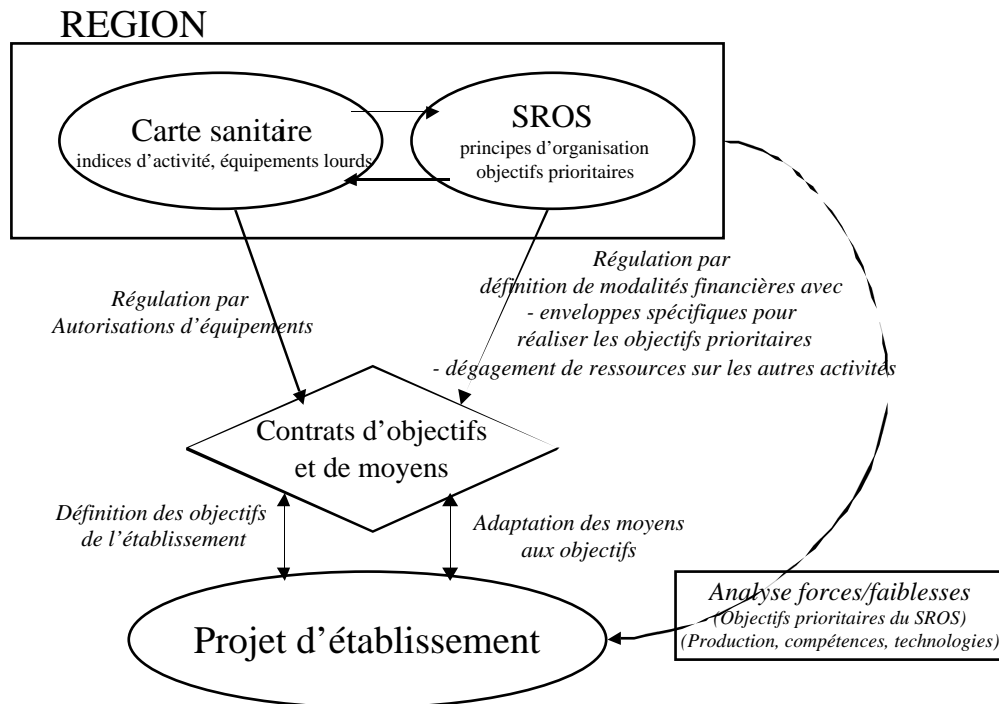
- l'acculturation des établissements à la contractualisation ;
- la coexistence de trois outils de régulation issus de la législation — contrat, allocation budgétaire et autorisations — et ce, sans prééminence d'aucun d'entre eux, ni de lien spécifié. Leur mise en cohérence ne peut donc qu'être assurée par à-coups en fonction de chaque politique régionale ;
- la couverture non systématique de l'activité d'un établissement dans un contrat ;
- le problème du financement de prises en charge chevauchant le champ sanitaire, et le champ médico-social, alors que ceux-ci sont régulés par des dispositifs autonomes (agences régionales et conseils généraux) sans réelle perméabilité.

Les interactions contrat d'objectifs / projet d'établissement peuvent être modélisées dans le schéma suivant :

³⁶⁶ ce que les défenseurs du secteur privé à but lucratif défendent : cf. HADORN, P., et POUTOUT, G., « Faux pièges et vrais défis du projet d'établissement, projets d'établissements de santé privés, schémas régionaux d'organisation sanitaire et contrats d'objectifs et de moyens », *Hospitalisation nouvelle*, n° 255, fév. 1998, pp. 21-31.

³⁶⁷ Décret n° 97-372 du 18 avril 1997 relatif aux établissements de santé privés, pris pour l'application de l'article n° L710-16-2 du Code de la santé publique et modifiant le Code de la santé publique ainsi que le Code de la sécurité sociale (Deuxième partie : Décrets en Conseil d'État), J.O. du 20 avril 1998 : art. n° R162-30, CSS, art. n° R710-10 CSP)

Figure 10 : Les interactions contrat d'objectifs / projet d'établissement



Les contrats d'objectifs et de moyens renforcent la logique financière dans la régulation sanitaire régionale. Ils introduisent des référentiels clairs permettant de renforcer la lisibilité de l'environnement des établissements sanitaires. Les contrats pérennisent les activités s'inscrivant dans les objectifs prioritaires du SROS, et mettent en question éventuellement les autres activités.

A partir de ce cadre renouvelé et de l'introduction de ce nouvel outil pour le champ sanitaire, le projet d'établissement — et son processus de formulation — devient le lieu (ou l'objet) privilégié permettant de concourir à la réalisation des objectifs du SROS tout en partant du positionnement de l'établissement. Ce processus est relativement nouveau dans la mesure où la formalisation des activités et des finalités d'un établissement sont loin d'être des pratiques systématisées, surtout dans le secteur public.

Cette logique contractuelle peut être poussée au delà de l'obligation légale à deux niveaux :

- en interne, en imaginant des passations de contrats entre services (ou départements) et la direction, à la condition que les services soient suffisamment autonomes dans leur refondation ;
- en externe, par la création de réseaux de soins formalisés.

Les réseaux de soins ne sont pas nouveaux et la loi hospitalière de 1991 leur avait déjà consacré une place importante, notamment dans l'article n° L.712-3-2 du Code de la santé publique qui donne un cadre juridique au réseau de soins et dans l'article n° L.162-31-1 du Code de la sécurité sociale permettant de promouvoir les filières de soins autour du médecin généraliste. Toutefois, nous sommes loin d'assister aujourd'hui à une généralisation de ce dispositif. Cela est dû, jusqu'en 1998, à la faiblesse des incitatifs :

- absence d'un système de financement adapté, avec des enveloppes spécifiques ;
- absence de mécanismes de valorisation de ces activités, tant pour les médecins de ville, que pour les praticiens hospitaliers.

Mais surtout, l'intérêt économique immédiat des structures de soins s'oppose à la création des réseaux. Cette activité n'est pas comptabilisée en points ISA pour les

établissements publics, et cette activité n'est pas répertoriée — et donc rémunérée — pour les établissements privés.

Le réseau peut être redynamisé s'il est inscrit comme priorité dans le SROS, mais également, condition nécessaire et non suffisante, si ce dernier définit les grandes règles communes de prise en charge des patients, la place de chaque partenaire et une enveloppe budgétaire spécifique incitative. Il s'agit donc pour les agences régionales de favoriser les émergences des réseaux sans s'y substituer. Ainsi, l'agence régionale de l'hospitalisation peut accompagner contractuellement la création, le suivi et l'évaluation des réseaux de soins, non seulement entre établissements sanitaires, mais aussi entre établissements sanitaires et organismes médico-sociaux, sociaux, professionnels libéraux... Le réseau se trouve organisé par une convention constitutive entre établissements membres, agréée par l'agence et présente dans chaque contrat d'objectifs et de moyens des établissements membres. Ces établissements peuvent constituer des filières de soins avec des professionnels (para) médicaux libéraux.

Ces deux prolongements de la contractualisation ne doivent pas évidemment échapper aux acteurs des projets d'établissements, notamment, parce qu'elles poussent justement les acteurs du projet à penser la prise en charge hors de leurs murs, et, *in fine*, à déterminer plus justement les moments de cette prise en charge des patients qu'ils estiment pouvoir construire dans et autour de leur structure hospitalière. En remettant en cause l'immutabilité des frontières et l'unité de lieu pour la prise en charge, tant pour la direction, que pour les soignants et les patients, la structuration d'une prise en charge en filière et son financement par des contrats spécifiques permettent, là encore, un renouvellement du projet d'établissement.

Ce chapitre est structuré en deux sections.

Dans la première section, *Du concept de contrat au contrat d'objectifs et de moyens*, nous abordons les origines et la formalisation du contrat d'objectifs et de moyens. Ces origines sont essentiellement juridiques et économiques et influenceront le contenu du contrat.

La seconde section, *Les méthodes de contractualisation proposées par les tutelles et leurs limites*, présente et analyse les guides proposés par différentes agences régionales de l'hospitalisation.

1. DU CONCEPT DE CONTRAT AU CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Le champ sanitaire se trouve investi depuis les années 1990 d'un concept qui se trouve aujourd'hui de plus en plus instrumentalisé, le contrat. Les contrats d'objectifs et de moyens entre un établissement et la tutelle sont théoriquement possibles depuis 1991. Mais leur aspect facultatif a limité les expériences. Les ordonnances du 24 avril 1996 rendent obligatoire la signature de ces contrats entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les établissements sanitaires, afin de déterminer l'enveloppe et les activités de ces établissements, tous statuts confondus. Le contrat d'objectifs et de moyens est vu comme la déclinaison chiffrée du projet d'établissement approuvé par la tutelle.

La nouveauté du concept pour le champ sanitaire conduit à s'interroger sur ses fondements, qui sont d'ordres juridique et économique. On examinera ensuite le contenu des contrats d'objectifs et de moyens.

1.1 LE CONTRAT : DES FONDEMENTS JURIDIQUES

Il est intéressant pour notre propos de s'intéresser aux fondements juridiques du contrat d'objectifs et de moyens dans la mesure où ce dernier engage les signataires par un ensemble de droits et d'obligations réciproques, qui modifieront la nature des relations entre l'agence régionale d'hospitalisation et les entités hospitalières publiques et privées pour deux causes.

La première cause de modification est issue de l'objet du contrat, qui engage l'établissement sur ses activités et ses ressources pour une période durable — cinq ans — et rend donc ce dernier déterminant dans ses orientations stratégiques.

La seconde cause provient du processus de négociation qui entre désormais en jeu et qui est nouveau pour le champ sanitaire : auparavant, l'*application* automatique d'un taux directeur pour les établissements publics ou le *calcul* d'un prix de journée pour les établissements privés réduisait l'espace de la négociation à la portion congrue ; désormais, le financement des établissements peut se faire au cas par cas. Mais ce qui est présenté par les agences comme une arme de régulation particulièrement efficace engage également ces dernières par une série d'obligations et d'engagements à long terme : la signature d'un contrat engage les ressources allouées par l'agence pour une durée de cinq ans. Dès lors, c'est plus dans le processus de négociation du contrat qu'apparaissent les marges de manœuvre des cocontractants que dans le suivi du contrat lui-même. Or, le contrat est bâti à partir du projet d'établissement approuvé de l'hôpital. On peut s'attendre à ce que le pouvoir de refus ou d'acceptation des projets soit aujourd'hui renforcé et couplé à un processus de concertation et de suivi du projet dans son élaboration.

Contracter, c'est étymologiquement *cum-tractare*, traiter avec quelqu'un. La conclusion d'un contrat implique au moins deux parties³⁶⁸. Juridiquement, le contrat est l'une des sources possibles des droits subjectifs, c'est-à-dire « le pouvoir accordé à une personne d'user d'une chose ou d'exiger d'un autre individu l'exécution d'une prestation. »³⁶⁹ Le contrat fait partie des *conventions* particulières, dont l'objet est d'engendrer des obligations réciproques.

³⁶⁸ même pour le contrat unilatéral qui suppose l'accord de deux ou plusieurs volontés bien qu'un seul contractant assume des obligations à l'égard de l'autre : STARCK, B., ROLAND, H., BOYER, L., *Introduction au droit*, Paris, Litec, 1996 (4^e éd.), p. 548.

³⁶⁹ *Id.*, p. 1.

L'un des principes fondamentaux du contractant est la liberté contractuelle, reposant sur l'autonomie de la volonté dont on peut trouver des exemples dans la liberté de contracter, la liberté de discuter les conditions du contrat, la liberté du choix des prix, la liberté d'expression³⁷⁰.

Les liens créateurs de droit ou d'obligation peuvent être, par exemple, des obligations de faire ou de ne pas faire, des obligations de résultat ou de moyens. Ainsi, un médecin ne s'engage pas à guérir un malade, mais à utiliser tous les moyens dont il dispose pour le soigner. En revanche, on peut envisager un établissement s'engageant, pour un prix donné, à un certain niveau de résultat, en points ISA, en nombre de malades traités, à un minimum de prestations...

A partir de ces éléments, on peut considérer que le contrat d'objectifs et de moyens entre une agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de soins peut être considéré comme un contrat au sens juridique s'il engendre des obligations mutuelles entre l'agence et l'établissement, et s'il est l'expression de la volonté des cocontractants.

Deux exemples extrêmes pourront cependant en illustrer les limites. On imagine difficilement une agence régionale de l'hospitalisation refuser de contractualiser avec un CHU représentant un tiers de l'allocation totale régionale exprimée en plusieurs milliards de francs et embauchant plus de 10 000 personnes, qui, de toute évidence, se trouve en position de force face à l'agence. De même, un petit établissement urbain, fortement surdoté (par exemple à hauteur de 20 % au dessus de la moyenne régionale pour des prestations standard) et dans une zone d'offre sanitaire abondante pourra difficilement refuser un contrat d'objectifs intégrant à la baisse ses activités. Ces exemples, loin de représenter la majorité des cas des établissements, n'en sont pas moins tirés de la réalité. Notons que, entre le refus ou l'acceptation stricts d'un contrat en l'état, existe une panoplie riche de variations permettant d'aboutir, à terme, à un accord sur la durée.

Mais si la forme du contrat d'objectifs et de moyens pourra jouer un rôle déterminant, sa finalité est tout aussi fondamentale, s'articulant à la fois dans une politique de santé illustrée au niveau de la région par les schémas régionaux d'orientation sanitaire, et dans une préoccupation économique soucieuse de l'efficacité des structures. Il nous faut donc creuser cette seconde source du contrat d'objectifs et de moyens.

1.2 LE CONTRAT : DES ORIGINES ECONOMIQUES... INCONGRUES POUR LE CHAMP SANITAIRE

La théorie économique de la firme s'est trouvée profondément renouvelée grâce aux travaux fondateurs de R. Coase³⁷¹ et ses prolongements par O. Williamson³⁷², qui a intégré

³⁷⁰ Toutefois, ces libertés peuvent se trouver restreintes. Par exemple, un contrat d'adhésion est un contrat préparé à l'avance à accepter ou refuser, tels les contrats de transports, d'assurance, au téléphone, etc.

³⁷¹ COASE, R. H., « The nature of the firm », *Journal of Economics*, vol. 4, 1937, pp. 386-405.

³⁷² WILLIAMSON, O. E., *The Economic Institutions of Capitalism*, New York, Free Press, 1985. Pour une synthèse des différentes approches sur l'économie de la firme, voir GOMEZ, P.-Y., *Le gouvernement de l'entreprise*, Paris,

la notion de contrat dans les échanges économiques, limités dans la théorie néoclassique à un lieu, le marché. Williamson justifie l'existence de la firme et du principe associé de hiérarchie, forme particulière d'organisation, dans la perspective de limiter les coûts de transaction liés aux phénomènes opportunistes, aux asymétries informationnelles³⁷³, à la rationalité limitée des acteurs³⁷⁴... Ainsi, les contrats renverraient à l'idée d'une forme hybride entre marché et hiérarchie. Ils précisent les conditions d'engagement des cocontractants, la durée de l'engagement, sans déterminer tous les actes des protagonistes mais fixant un certain nombre de résultats, ainsi que les procédures de suivi et l'évaluation du déroulement de la transaction. Les contrats peuvent évidemment être internes (contrats de travail) ou externes (contrats de coopération entre firmes).

Notamment à partir du principe de la rationalité limitée emprunté à H. Simon, les contrats se trouvent inévitablement incomplets et ne peuvent définir à l'avance l'ensemble des obligations des partenaires. De ce fait, ce sont les *conditions* du déroulement *ex post* d'une relation contractuelle qui acquièrent une importance très grande dans la viabilité du contrat. De même, O. Williamson distingue deux formes d'opportunismes intervenant dans l'incomplétude des contrats. L'opportunisme *ex ante* se présente en cas de tricherie (informations tronquées, asymétrie d'information), qui conduit à la sélection adverse, ayant pour conséquence la limitation des transactions aux produits de mauvaise qualité. L'opportunisme *ex post* se présente quand la tricherie a lieu pendant la réalisation du contrat, et conduit à la question problématique du risque moral³⁷⁵.

Dans l'analyse des différents types de transactions, O. Williamson distingue trois invariants, que sont la spécificité des actifs, l'incertitude et la fréquence.

Un actif sera spécifique quand un investissement durable doit être entrepris pour supporter une transaction particulière et que cet investissement n'est pas redéployable. Les actifs peuvent être spécifiques à un site, au matériel, aux hommes, l'idée étant que cette spécificité change la nature des relations entre agents : la transaction ne peut plus être anonyme ou standardisée, ou instantanée, il se crée un lien de dépendance personnelle durable entre les parties débouchant sur le mode de constitution des règles. L'incertitude est issue pour l'essentielle de l'incertitude comportementale, c'est-à-dire de la capacité stratégique de l'acteur³⁷⁶. La fréquence intervient dès que la transaction requiert un investissement spécifique, dont le coût élevé ne se justifie que si la transaction est importante et doit se répéter.

Par rapport à l'économie de la firme, l'économie de la santé a surtout développé deux notions, l'asymétrie informationnelle et la théorie de l'agence³⁷⁷... qui restent encore très proches de l'approche néoclassique. Ces approches sont relativement récentes : les premières applications de la théorie de l'agence date de 1986, introduites par M. Mougeot³⁷⁸ et L. Rochaix³⁷⁹.

L'économie de la santé s'est ainsi plutôt récemment intéressée à la théorie des conventions³⁸⁰, sans réel pouvoir prescriptif dans ses résultats pour l'instant³⁸¹. Il s'agit

InterEditions, 1996, 200 p. ou encore CORIAT, B., et WEINSTEIN, *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Librairie Générale Française, 1995, 218 p.

³⁷³ Voir AKERLOF, G., « The Market for Lemons : Quality Uncertainty and the Market Mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, 1970, pp. 488-500.

³⁷⁴ SIMON, H. A., *Models of Bounded Rationality : Economics Analysis and Public Policy*, vol. 1, Cambridge, MIT Press, 1982, 389 p.

³⁷⁵ Il y a risque moral (*moral hazard*) quand un agent ne peut pas respecter ses engagements et qu'il est impossible ou coûteux pour son partenaire dans la transaction de le savoir.

³⁷⁶ au sens de CROZIER, M. et FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système*, *op. cit.*

³⁷⁷ Cf. les classiques BERESNIAK, A. et DURU, G., *Initiation à l'économie de la santé*, Paris, Masson, 1995 (rééd.), 320 p. et PHELPS, C., *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union, 1995, 324 p.

³⁷⁸ MOUGEOT, M., *Le système de santé*, Paris, Economica, 1986.

³⁷⁹ ROCHAIX, L. *Asymétries informationnelles et comportement médical*, *Thèse de doctorat en économie*, Rennes I, 1996.

³⁸⁰ BATIFOULIER, P., *Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé*, *Thèse de doctorat en économie*, Paris X, 1990.

alors de développer l'idée selon laquelle les règles sanitaires, à la différence des contrats qui procèdent de volontés individuelles et de comportements intentionnels, ont un caractère obligatoire et autoritaire et que la coordination entre individus nécessite l'existence de repères communs. De notre point de vue, ce cadre conceptuel a une force explicative de la régulation du champ sanitaire jusqu'à la fin des années 1980. Il est pertinent du point de vue de l'économiste qui cherche à dégager des lois générales, et, en ce sens, ce modèle est encore dominant. Mais l'économie des conventions n'intègre pas les outils de régulation émergents et le nouveau positionnement adopté par les établissements les plus réactifs. L'accréditation des établissements, fondée sur une évaluation de la qualité et de la sécurité, la contractualisation avec les agences, sont autant d'éléments permettant de penser que, de façon émergente, et donc prédictive, mais encore marginale, l'économie des coûts de transaction est peut-être plus adaptée.

Pour J.-C. Moisson, l'amélioration de ces dispositifs contractuels n'aboutit pas à une optimisation (illusoire), mais passe par le développement d'une dynamique collective axée sur la production de nouvelles connaissances concernant l'activité de soins elle-même³⁸². D'une façon générale, la notion de contrat n'est pas totalement inconnue du champ de la santé, notamment au niveau des relations entre la tutelle et l'hôpital, à commencer par la négociation des budgets sur la base des prix de journée, qui ont régulé leurs relations depuis l'après-guerre jusqu'en 1983. Ainsi, note J.-C. Moisson, ce n'est pas tant la non existence de contrat qui a pu justifier les dysfonctionnements de la régulation sanitaire, mais la non efficacité de ces contrats pour la tutelle : « le management hospitalier, ayant peu de possibilités de construire des arbitrages internes légitimes, a pour stratégie essentielle celle d'acquisition de ressources à l'extérieur, c'est-à-dire auprès de la tutelle, à partir d'argumentaires succincts et faisant jouer à plein les quelques paramètres du jugement en place (les quatre « vieux » : le nombre de journées, d'admissions, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation). Des diminutions de moyens sont estimées *a contrario* quasiment impossibles, du fait que la plupart des coûts, et notamment ceux du personnel (représentant à peu près 70 % du budget) sont considérés comme fixes. L'inflation concomitante des ressources permet un développement généralisé porteur de paix interne, mais d'une opacité telle que rien n'assure par exemple d'une bonne coordination de l'offre au niveau local, ni d'une répartition harmonieuse de cette offre sur le territoire. La gestion interne est quasiment inexistante, et l'hôpital apparaît comme l'archétype des organisations publiques s'intéressant vivement aux techniques gestionnaires développées ailleurs, mais strictement incapables de les importer véritablement. »³⁸³ De son côté, la tutelle se trouve accaparée par la réalisation d'un contrôle tatillon mais inefficace, faute de disposer d'outils de mesure adéquats, et se trouve en outre confrontée aux réseaux d'influence locaux n'hésitant pas à régler les problèmes directement avec le ministère. Ainsi, le passage du prix de journée au budget global, s'il a légèrement freiné l'inflation des dépenses hospitalières, n'a rien apporté en termes de lisibilité de l'organisation ; bien au contraire, en déconnectant le budget des indices d'activité, il a rendu toute mesure d'efficacité économique impossible.

Le PMSI et la modélisation en points ISA de la production hospitalière, quels que soient leurs défauts, ont le mérite d'avoir « forcé » ce barrage. Couplés à la régionalisation des budgets hospitaliers, ils offrent des perspectives instrumentalisées renouvelées pour la régulation sanitaire. Les points ISA, appliqués automatiquement, reviendraient à formaliser un contrat entre tutelle et établissements sanitaires qui pourrait être assimilé à un tarif régional par prestation forfaitaire par catégorie de malades.

³⁸¹ BEJEAN, S., « Les nouvelles approches théoriques en économie de la santé : fondements épistémologiques, divergences et convergences », et BATIFOULIER, P., « Le statut des règles dans le système de soins : une interprétation en termes de conventions » in SAILLY, J.-C., et LEBRUN, T. (coord.), *Dix ans d'avancées en économie de la santé, Actes des XIX^e Journées des Economistes de la Santé Français*, Paris, John Libbey Eurotext, 1997, 304 p., pp. 3-30.

³⁸² MOISSON, J.-C., « Les contrats dans le nouveau système hospitalier : naissance d'une instrumentation », *Droit social*, n° 9-10, sept.-oct. 1997, pp. 872-876.

³⁸³ MOISSON, J.-C., « Les contrats dans le nouveau système hospitalier... », art. cit., p. 873.

Toutefois, la culture française³⁸⁴, mais surtout les limites fortes du modèle empêchent une application à la lettre de l'outil. Il nous semble par ailleurs que ces faiblesses de l'outil sont aussi paradoxalement sa chance : en permettant ainsi une dose d'interprétation à la marge sur la production des données, l'outil permet une négociation réelle entre la tutelle et les établissements, et donne à la contractualisation toute sa force, des marges de manœuvre étant possibles. Il permet aussi à l'établissement d'exprimer sa singularité dans son projet d'établissement, ce qui peut être stimulant pour ses parties prenantes, avec la réserve, apparemment paradoxale, qu'un établissement strictement *moyen* — c'est-à-dire conforme à la moyenne régionale — n'aurait aucun intérêt *a priori* à s'améliorer. Notons à ce titre que la publication du positionnement respectif de chaque établissement au sein de la région est particulièrement stimulante, les établissements « sous-dotés » cherchant à compléter leur offre, les établissements surdotés cherchant à jouer sur l'aspect qualitatif des prestations. Dans tous les cas, l'émulation est possible. L'extension des points ISA à l'ensemble du court séjour hospitalier et au secteur psychiatrique devrait renforcer ce mouvement. Il est ainsi tout à fait envisageable de penser des contrats entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'établissement, engageant l'établissement sur un certain niveau d'activité et sur certaines activités en échange d'un complément ou d'une baisse de sa dotation à partir des résultats fournis par les points ISA. Le contrat est alors avant tout une obligation de résultat pour l'établissement.

La question émergente qui se pose dès lors réside dans la capacité du management de l'établissement à réaliser ces contrats. Et cette capacité, si elle passe par une mobilisation classique des ressources humaines de l'organisation, passe également par un système d'information capable de *rendre compte*, dans sa double acception, de l'activité de l'organisation. Or, les établissements hospitaliers sont généralement pauvres en outils de gestion et connaissent très mal l'activité de leurs services et les causes d'un recrutement défaillant ou de l'efficacité d'un laboratoire. Cette opacité partielle constitue un obstacle à court terme à l'efficacité des contrats mis en place. On verra dans les monographies présentées dans notre seconde partie en quoi un tel système d'information est tout à la fois original pour une organisation sanitaire, et nécessaire tant pour la formulation du projet d'établissement que pour le suivi des activités de l'établissement.

1.3 LE CONTENU DES CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière instaure la contractualisation, tant sur le plan externe que sur un plan interne aux établissements sanitaires. Pourtant, cet outil était déjà présent dans la loi de 1991 (article n° L.712-4 C.S.P., abrogé). La contractualisation interne permet ainsi à un directeur d'établissement public de signer un engagement avec chaque chef de service permettant d'atteindre les objectifs dans un cadre budgétaire donné. La contractualisation externe est passée entre l'établissement et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Ce contrat a une durée de 3 à 5 ans, et son contenu, sa forme et son élaboration sont précisés dans une circulaire³⁸⁵.

³⁸⁴ Qui serait intéressé par une explication culturaliste pourra se référer aux travaux de P. D'IRIBARNE, *La logique de l'honneur*, Paris, Le Seuil, 1989, 300 p., montrant, notamment, comment la logique « française » fondée sur l'honneur peut s'opposer à la logique « anglo-saxonne », fondée sur des relations de nature contractuelle. Pour une critique de ces travaux, voir FRIEDBERG, E., *Le pouvoir et la règle*, op. cit.

³⁸⁵ Circ. n° 97-22 du 13 janvier 1997.

Après avoir abordé le cadre juridique du contrat d'objectifs et de moyens, nous examinerons son contenu et sa forme, puis son processus d'élaboration et le choix des indicateurs de suivi.

1.3.1 Le cadre juridique

A l'origine, la loi de 1991 sur la réforme hospitalière avait déjà intégré la notion possible, mais non obligatoire, de contrat et prévoyait dans l'article n° L.712-4 du Code de la santé publique que « des contrats pluriannuels, conclus entre les établissements de santé, public ou privés, les organismes d'assurance-maladie, le représentant de l'État, et, le cas échéant, des collectivités locales, permettent la réalisation des objectifs retenus par le schéma régional d'organisation sanitaire. Ces contrats fixent les obligations des établissements et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis ». Trois ans après la réforme de 1991, la mission interministérielle sur les hôpitaux notait que « les contrats d'objectifs... constituent mieux que les annexes du SROS, la traduction concrète du SROS ». Elle recommandait alors que les contrats soient « élaborés sur la base des projets d'établissement, [qu']ils comportent des objectifs, définissant sur une période de 3 à 5 ans, les axes de développement de l'établissement, ses priorités en matière de qualité, ses projets d'acquisition, mais aussi l'évolution prévisionnelle des moyens et de la masse salariale, assortis de fermetures, reconversions et regroupements de services envisagés. »³⁸⁶

Mais une fois de plus, ce que *permettait* la loi de 1991 n'a pas ou peu été expérimenté. A la base de tout contrat est la rencontre d'au moins deux volontés. Ni les DRASS, ni les CRAM, ni les établissements ne se sont à l'évidence rencontrés.

En conséquence, les *indications* de 1991 se sont transformées en *obligations* en 1996 : le contrat d'objectifs devient impératif pour l'allocation budgétaire des établissements. Le cadre juridique actuel des contrats d'objectifs et de moyens repose sur trois textes importants :

- le Code de la santé publique, modifié par les ordonnances du 24 avril 1996, articles n° L.710-16, L.710-16-1 et L.710-16-2 ;
- le décret n° 97-372 du 18 avril 1997 ;
- la circulaire DH/EO/97 n° 22 du 13 janvier 1997.

Deux formes de contrats d'objectifs sont distinguées, selon que l'établissement est rattaché ou non à la mission de service public hospitalier³⁸⁷ :

Contrat public : art. L710-16-1	Contrat privé : art. L710-16-2
Les contrats mentionnés à l'article n° L.710-16 conclus avec les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés aux articles n° L.715-6 et L.715-13 déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé. A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses	Les contrats mentionnés à l'article n° L.710-16 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article n° L.710-16-1 déterminent par discipline les tarifs de prestation d'hospitalisation. Ils sont conclus dans le respect des dispositions des articles n° L.162-22-1 et n° L.162-22-2 du code de la sécurité sociale et compte tenu des objectifs mentionnés à l'alinéa ci-dessous.

³⁸⁶ MISSION INTERMINISTÉRIELLE SUR LES HÔPITAUX (IGAS, IGF, IGA), *Rapport*, Paris, juil. 1994.

³⁸⁷ Adapté de ARH Rhône-Alpes (CRAM), *Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens des établissements privés non participant au service public hospitalier*, Lyon, 1998, 26 p., pp. 6-8.

modes de coopération.	
Ils définissent en outre des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins	Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins
ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article n° L.767.	ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article n° L.767.
Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article n° L.710-5.	Ils prévoient les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article n° L.710-5.
Ils favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé mentionnés aux articles n° L.712-3-2 et L.712-3-3 ainsi que les actions de coopération prévues au présent titre.	Les contrats peuvent, en outre, favoriser la constitution des réseaux de soins mentionnés à l'article n° L.712-3-2 et les actions de coopération prévues au présent titre.
Ils précisent les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires pour la réalisation des objectifs. Ils fixent les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en œuvre et prévoient pour l'établissement cocontractant le cas échéant et compte tenu de son activité, les objectifs pluriannuels de réduction des inégalités de ressources mentionnées à l'article n° L.174-1-1 du code de la sécurité sociale. Ils précisent également les critères en fonction desquels le budget de l'établissement peut évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés.	Les contrats sont conformes à un contrat type annexé au contrat tripartite national visé à l'article n° L.162-22-1 du code de la sécurité sociale. La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse huit mois avant l'échéance, les contrats sont réputés renouvelés par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.
En cas d'inexécution du contrat, le directeur de l'agence peut, après mise en demeure restée sans effet, mettre en œuvre les sanctions, notamment à caractère financier, prévues au contrat ;	Sans préjudice des dispositions du contrat tripartite national visé à l'article n° L.162-22-1 du code de la sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas ci-dessus en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues. Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles.
En l'absence de conclusion du contrat prévu au présent article, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en tient compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires.	Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.

1.3.2 Le contenu

Le contrat d'objectifs « est construit à partir des orientations stratégiques de l'établissement et s'inscrit dans une politique d'adaptation du dispositif de l'offre hospitalière à travers les opérations de restructuration et de correction des inégalités de ressources entre les établissements ». Il résulte « de la confrontation entre l'approche planificatrice dont le SROS est la traduction et les objectifs de chaque établissement de santé exprimés dans leur projet d'établissement ».³⁸⁸ Il exprime donc dialectiquement les objectifs de l'hôpital précisés dans le projet d'établissement et les orientations du SROS.

Les grandes lignes du contrat sont précisées, sans qu'il y ait pour autant un contrat type. Elles reprennent :

- les orientations stratégiques de l'établissement, avec notamment les urgences et leur mise en réseau, la sécurité de la naissance, la réorganisation des plateaux techniques, la conversion des activités vers le secteur médico-social, la restructuration de la psychiatrie, l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée. Par rapport à ces thèmes, il est précisé que chaque établissement doit réfléchir à une optimisation de ses moyens, en ne

³⁸⁸ Circ. n° 97-22 du 13 janvier 1997.

conservant que ses activités non excédentaires, et en fusionnant ou complétant les autres par une mise en réseau avec d'autres établissements. La circulaire est donc doublement restrictive par rapport aux logiques classiques de développement, synonymes d'« orientations stratégiques » pour les établissements : le choix des thèmes prioritaires est défini... avec l'idée que les thèmes non retenus sont peut-être plus importants que ceux qui sont affichés. On pensera notamment à la chirurgie (neuronale et cardio-vasculaire). La seconde restriction porte sur l'impossibilité d'acquérir des moyens pour développer une activité nouvelle, même prioritaire : la mise en réseau devient impérative pour construire une offre de soins complète ;

- la qualité et la sécurité des soins. L'idée intéressante est que chaque établissement doit fournir sa propre définition de la qualité de soins, en termes de sécurité, d'efficacité, d'utilisation des recommandations professionnelles, de continuité et de satisfaction du patient. Le contrat retiendra en outre des indicateurs mesurables permettant un suivi dans le temps et une comparaison entre établissements. Les interactions entre contrat, projet d'établissement et accréditation de l'établissement se trouvent formalisées dans ce paragraphe. En effet, au moment où l'ANAES se met en place et où le guide d'accréditation des établissements est quasiment achevé, on peut s'attendre à une mobilisation des acteurs des établissements autour des procédures qualité et sécurité. Mais si la procédure d'accréditation se fonde sur des critères et des indicateurs identiques pour les établissements, le contrat, au contraire, s'inscrit dans un processus de négociation et de progression. A ce titre, le contrat peut servir la mise en œuvre locale des dispositions normatives ayant trait à la sécurité et aux normes nationales en matière de qualité des soins ;

- la mise en œuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé. Le contrat pourra s'inspirer d'actions nationales ciblées sur les populations (personnes défavorisées), sur des pathologies (SIDA, cancérologie), des comportements d'addiction (toxicomanie, alcoolisme) ou des risques spécifiques déclinés dans chaque région ;

- le délai de mise en œuvre de la procédure d'accréditation est fixé au 24 avril 2001, soit 5 ans après l'ordonnance de 1996. Le contrat précisera le programme d'accréditation sur lequel s'engage l'établissement ;

- la participation aux réseaux de soins. Le contrat doit faire état des projets de réseaux de soins dans lesquels l'établissement souhaite s'engager, en mentionnant les thèmes et partenaires du réseau, ainsi que sa faisabilité, les moyens à y consacrer et les délais de réalisation ;

- les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines porteront sur une meilleure répartition des personnes, sur leur redéploiement ou leur reconversion par la qualification ;

- les éléments financiers du contrat. Le contrat doit prévoir le programme d'accompagnement financier sur sa durée. Les moyens financiers seront octroyés à l'établissement notamment sur la base de la valeur des points ISA de l'établissement. L'agence et la direction de l'établissement conviennent de l'évolution des budgets annuels en fonction des objectifs du contrat et des spécificités de chaque établissement. Le contrat précisera notamment les mécanismes d'évolution des budgets, tenant compte du respect des engagements de l'établissement par nature de dépense, tant en exploitation qu'en investissement. La conformité des budgets annuels aux objectifs du contrat sera analysée dans le cadre du rapport annuel d'étape rédigé par le directeur et transmis à l'agence régionale. Le contrat devra prévoir les clauses spécifiques de réajustement financier pouvant intervenir en fonction de l'avancée de la mise en œuvre des objectifs du contrat.

1.3.3 La forme du contrat

L'annexe III à la circulaire du 13 janvier 1997 précise le plan du contrat d'objectifs et de moyens :

- préambule : forces et faiblesses de l'établissement à partir d'une analyse interne, analyse de l'environnement, cohérence entre objectifs du projet d'établissement et du SROS ;

- développement des objectifs du contrat, en précisant une analyse de l'existant, des objectifs clairs et chiffrés, des considérants financiers « réalistes », des délais de réalisation, des indicateurs de mesure et un plan de financement. Les actions intéressant des tiers (universités, médecins libéraux, autres établissements...) doivent être précisées et contresignées par ces tiers ;
- les modalités de suivi, de coordination et d'évaluation doivent être mentionnées : rôle et mode de fonctionnement du comité de pilotage, modalités de l'évaluation, indicateurs de suivi et d'ajustement, rapports intermédiaires et final ;
- les dispositions relatives à l'évaluation du contrat doivent figurer, notamment les clauses de révision des éléments financiers ;
- les clauses de résiliation et de sanction doivent être indiquées.

1.3.4 Le processus d'élaboration

L'initiative du contrat d'objectifs peut relever tant de l'agence régionale de l'hospitalisation que de la direction de l'établissement de santé. La circulaire note la priorité à accorder aux établissements largement surdotés et aux établissements peu adaptés au SROS.

Seuls les établissements publics ayant un projet d'établissement approuvé par la tutelle pourront contracter avec l'agence. Ainsi, le refus d'un projet d'établissement est déjà un dispositif sélectif par l'agence. Dans cette perspective, le contrat devient une instrumentalisation du projet, moyen nécessaire mais non suffisante du dispositif de contractualisation. Certains cas spécifiques, dont la restructuration est urgente, peuvent cependant faire l'objet d'un contrat prévisionnel.

La concertation, tant en interne qu'en externe, est mise en avant. En interne, l'établissement est tenu d'impliquer les personnels dans la définition des objectifs et des moyens. Les différentes commissions (commission de soins infirmiers, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement) doivent être consultées. Enfin, le conseil d'administration délibère sur le contrat proposé à l'agence. En externe, l'agence délibère également sur le contrat, après avis de l'assurance-maladie, qui, cependant, intervient déjà dans le processus de délibération³⁸⁹.

Enfin, la signature du contrat d'objectifs et de moyens est réalisée par les directeurs de l'agence et de l'établissement.

Toutefois, afin que les contrats soient opérationnels et structurants, la tutelle devra s'assurer d'un minimum de transparence dans la rédaction du contrat : la confrontation entre les objectifs régionaux et les objectifs spécifiques des établissements ne pourra aboutir à un accord que si les stratégies affichées des parties prenantes sont maîtrisées et discutées par les acteurs. Le contrat devra être d'une grande clarté sur les modalités du financement pluriannuel, puisque les moyens se trouvent alloués non plus uniquement en fonction du passé ou des résultats d'activité, mais aussi en fonction des objectifs fixés en commun. Cette explicitation des règles du jeu a pour enjeu de créer les conditions d'existence d'une singularisation dans nature des relations entre des acteurs qui deviennent co-contractants et négociateurs : pour *discuter* le contrat, sa forme même doit être « discutable », c'est-à-dire inachevée, propre à une rencontre sur le fond.

1.3.5 Le choix d'indicateurs de suivi

Un des aspects novateurs des contrats d'objectifs et de moyens est la constitution d'une batterie d'indicateurs permettant d'évaluer le suivi de la démarche. A cet effet, le Ministère

³⁸⁹ Relevé dans ANONYME, « Les contrats d'objectifs et de moyens », *Cahiers hospitaliers*, n° 124, mai 1997, p. 11.

de l'Emploi et de la Solidarité a compilé une série d'indicateurs reconnus³⁹⁰, qu'il n'est pas inutile d'analyser ici.

En effet, les établissements et les tutelles étant peu habitués à cette pratique, on peut penser que, dans un premier temps au moins, ils s'inspireront de ces référentiels dans la construction des projets et des contrats. Le degré d'avancement des établissements concernant le suivi de la sécurité et de la qualité des soins est très hétérogène, allant des établissements sans dispositif d'évaluation qualitative de leurs activités jusqu'aux structures intégrant des démarches de politique qualité, de certification, de généralisation de l'évaluation. En outre, en cas de contestation sur le choix des indicateurs, l'avis du ministère sera considéré comme référent. Ainsi, le ministère note l'importance de disposer d'indicateurs quantifiables, permettant la mesure d'écart entre situations de départ et terme du contrat. Il préconise l'utilisation alternative de valeurs cibles ou de pourcentages de variation de l'indicateur. Ces préconisations sont pour le moins inhabituelles dans le champ sanitaire français. En effet, on décrit plus la méthode de construction de l'indicateur que l'indicateur lui-même. Et ensuite, à partir du moment où l'établissement travaille sur des indicateurs en valeur relative par rapport à sa propre activité, il n'est pas possible de le comparer sur le contenu même de l'indicateur, mais sur sa capacité à atteindre ses objectifs, et à progresser : « augmenter de 30 % le taux de satisfaction des patients en 2 ans à partir du questionnaire de sortie » est un indicateur interne mesurant une progression de l'établissement par rapport à lui-même. En conséquence, une évaluation sur le suivi des indicateurs entre établissements portera plus sur la procédure, la capacité à produire et suivre des référentiels que sur la collecte des résultats produits par ces référentiels pour la statistique nationale. Cet exemple conforte l'idée selon laquelle l'hôpital public passe d'un mode d'administration à un mode de gestion, où il s'agit de substituer au discours la mesure.

Cette démarche rejoint les travaux réalisés depuis 1991 par l'ANDEM devenue ANAES dans la constitution de référentiels transversaux, par exemple une méthode de notation de la tenue des dossiers des patients, mesurée au niveau des services.

Si les indicateurs peuvent être définis d'une façon générale, leur mode d'utilisation et la finalité spécifique dans laquelle ils s'inscrivent doivent être systématiquement rappelés, si l'on souhaite limiter le risque de contresens dans l'interprétation des données inter-établissements. L'exemple du pistage des infections nosocomiales peut être illustratif. Un établissement n'ayant pas mis en place un recueil systématique du nombre de patients atteints d'une infection nosocomiale pourra définir un objectif à la hausse, traduisant indirectement une volonté d'exhaustivité dans le recueil de l'information. En revanche, un établissement sûr de son système de collecte d'information pourra établir un objectif à la baisse du taux d'infections nosocomiales. Ce même indicateur s'inscrit donc dans un référentiel radicalement différent (cadre informationnel ou cadre hygiéniste) et dans des perspectives temporelles variables (à court terme pour le premier, à moyen ou long terme pour le second).

Un élément novateur important est le caractère systématiquement transversal des thèmes desquels sont issus les indicateurs. Ce sont :

- le dossier médical ;
- la sécurité transfusionnelle ;
- la sécurité anesthésique ;
- la sécurité du circuit du médicament ;
- la gestion des risques iatrogènes ;
- la lutte contre les infections nosocomiales ;
- la satisfaction des patients ;
- la prise en charge de la douleur ;

³⁹⁰ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (Direction des Hôpitaux, Sous Direction de l'Évaluation et Organisation hospitalières, Bureau EO1), *Proposition d'indicateurs pour le suivi des volets « Qualité et Sécurité » des contrats d'objectifs et de moyens*, Paris, déc. 1997, 54 p.

- la politique d'évaluation.

Au-delà de la méthode définie dans la loi ou énoncée par le ministère, chaque agence régionale s'est appropriée les outils de la contractualisation pour proposer des guides qui conditionneront l'évaluation des projets d'établissement. Il convient donc d'analyser ces modes d'appropriation. Nous aborderons dans la section suivante les méthodes de contractualisation proposées sur le terrain et les limites que nous avons perçues.

2. LES METHODES DE CONTRACTUALISATION PROPOSEES PAR LES TUTELLES ET LEURS LIMITES

Après avoir présenté un état des lieux des méthodes que nous avons recensées, nous montrerons trois formes d'interactions entre projets d'établissement et contrats d'objectifs. La première est duale et propose une élaboration conjointe des deux outils ; la seconde favorise une contractualisation généralisée où le projet « suit » le contrat ; la troisième prône une régulation sanitaire par la concertation, où le contrat n'est que la conséquence logique et instrumentale du projet, qui est au cœur du dispositif.

2.1 ÉTAT DES LIEUX

Il semble que trois politiques puissent se distinguer au sein des différentes ARH.

La première orientation consiste à faire exemple pour la région à partir d'un projet d'établissement déjà élaboré, considéré comme novateur, et qui consiste à « faire école » pour les autres établissements. C'est le cas du premier contrat d'objectifs signé en région Rhône-Alpes, entre l'agence régionale et l'hôpital Rive gauche*, que nous présentons dans notre seconde partie.

La seconde orientation consiste à privilégier une contractualisation plus systématique, d'abord avec les établissements de soins privés, plus acculturés à la pratique contractuelle, puis peu après avec les établissements publics. Le problème qui se pose alors est un problème d'évaluation de l'activité produite : le PMSI commence seulement à fournir les premiers résultats en points ISA pour l'hospitalisation privée à but lucratif. De plus, les établissements privés à but lucratif ont un mode de financement double, la structure étant financée sur la base d'un prix de journée, composé de différents forfaits, et les médecins étant rémunérés sous forme libérale, à l'acte, directement par le patient. En l'occurrence, il est encore délicat aujourd'hui de procéder à des consolidations financières permettant de comparer un budget fictif d'un établissement privé à but lucratif et un budget d'un établissement public ou assimilé. En outre, la plupart des établissements privés à but lucratif n'a pas réalisé de projet d'établissement, obligatoire dans le public. Il semble donc délicat de s'appuyer sur ce document pour définir les orientations stratégiques du contrat d'objectifs... Cette seconde orientation consiste donc à substituer, par commodité et pour limiter la prolifération des outils, le mode de calcul des enveloppes des structures privées par la contractualisation.

La troisième orientation consiste à élaborer conjointement contrats d'objectifs et projets d'établissement. Ce dispositif, plus long, a le mérite toutefois d'imposer une cohérence entre les deux dispositifs dans le cadre des orientations de l'ARH. C'est le cas des régions Franche-Comté et Pays de Loire. Toutefois, à partir de cette démarche, il semble possible de penser que l'un ou l'autre des outils est redondant. Et, dans ce cas précis, il s'agira pour l'agence d'indiquer sa préférence en matière d'outil.

Ces préférences sont de trois ordres : une élaboration conjointe, une régulation par le contrat ou une régulation par le projet.

2.2 LA DUALITE DES OUTILS : L'ELABORATION CONJOINTE DES CONTRATS ET DES PROJETS

L'agence régionale de l'hospitalisation de Franche-Comté se démarque quelque peu des autres structures, dans le sens où elle construit conjointement le SROS de deuxième

génération avec les contrats d'objectifs et de moyens des établissements sanitaires. La procédure n'est donc pas systématique, mais ponctuelle. Chaque contrat se trouve dès lors personnalisé, et se substitue en quelque sorte au projet d'établissement dans l'expression de la singularité de la structure. Aussi le projet d'établissement s'impose-t-il moins dans les interactions tutelle-établissement que dans les autres régions. Son volet stratégique n'est plus déterminant, il est l'outil de déploiement interne d'une stratégie inscrite dans le contrat.

Cette perspective est possible ici dans la mesure où le SROS de première génération n'était qu'une carte sanitaire agrégée des différentes demandes des départements, et où les projets d'établissements réalisés étaient calés sur des perspectives strictement réglementaires et non structurantes. En outre, la région, par sa taille et sa géographie, ne présente ni d'enjeu de restructuration majeure liée à une surdotation budgétaire (elle est même sous-dotée), ni d'inertie liée à de forts lobbies ou des structures imposantes (le CHU de Besançon a un budget « d'à peine » un milliard de francs...). Ainsi, la contrainte majeure de l'agence régionale réside dans la création d'une dynamique régionale déclinée à l'échelon local, plus que dans des choix de fermetures de structures, ce qui n'est ni plus ni moins difficile évidemment, mais relève d'une autre nature de régulation sanitaire.

A la différence du « sur mesure » franc-comtois, la région des Pays de Loire a proposé deux guides complémentaires, l'un pour l'accompagnement des projets d'établissements³⁹¹, et l'autre pour une méthodologie de la contractualisation³⁹², et dont l'originalité réside, à la différence de la Franche-Comté, dans la présence d'une méthode formalisée partagée pour l'élaboration des deux dispositifs, présentée comme un « cadrage » entre processus d'élaboration et d'approbation du projet d'établissement, contractualisation et construction du SROS de 2^e génération³⁹³.

Une approche plus radicale consiste à miser l'ensemble du dispositif de régulation sur la contractualisation, comme nous le verrons dans le point suivant.

2.3 LA CONTRACTUALISATION GENERALISEE : LE PROJET « SUIT » LE CONTRAT

En région Nord Pas-de-Calais, l'approche retenue a été commune aux structures, qu'elles soient publiques ou privées³⁹⁴. La primauté affichée est la rapidité avec laquelle les premiers contrats doivent être signés, ces contrats étant considérés comme des « galops d'essai » aux contrats à venir. L'agence les oriente délibérément sur des objectifs d'amélioration de la qualité des dispositifs de soins à ressources égales, avec une clause relative à l'évaluation. De même, l'ARH, sur la base de la contractualisation, introduit l'idée d'économie de gestion acquise à l'établissement si ce dernier n'est pas surdoté.

Le plan du contrat d'objectifs s'inspire largement de la circulaire DH/EO/97-22 citée précédemment.

Si une large part est faite aux outils d'analyse et de diagnostic de l'établissement dans son environnement général (structuré autour de la notion de bassin de vie), aucun point de la méthodologie n'aborde des éléments de nature prospective, ou anticipatrice. De même, rien n'est dit sur le processus de formulation des objectifs, sur la nature des indicateurs de mesure, ni sur les unités d'œuvre retenues dans la mesure. Autrement dit, la méthodologie permet un diagnostic fin et dynamique de l'établissement, mais ne lui fournit aucun élément d'aide sur la formulation de ses objectifs — et donc, en corollaire, sur sa capacité à exprimer son autonomie.

³⁹¹ ARH des PAYS DE LOIRE, *Cahier des préconisations pour l'élaboration d'un projet d'établissement*, Nantes, fév. 1998, 54 p.

³⁹² ARH des PAYS DE LOIRE, *Guide méthodologique de la contractualisation entre l'A.R.H. et les établissements de santé des pays de la Loire*, Nantes, mars 1998, 47 p.

³⁹³ *Id.*, p. 15.

³⁹⁴ ARH NORD-PAS-DE-CALAIS, *Les contrats d'objectifs et de moyens, Guide de mise en œuvre à l'usage des membres de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et des établissements de santé*, Lille, 29 août 1997, 30 p.

L'agence régionale de Picardie a fortement insisté également sur une régulation des activités des établissements sanitaires par le contrat, mais la spécificité de sa démarche réside essentiellement dans la construction d'une méthodologie commune aux établissements publics et privés³⁹⁵. Si cette démarche est intéressante par cet aspect, le détail du plan d'action montre un déploiement de la méthode par département, ce qui, d'après nous, confie le pilotage du dispositif aux DDASS et peut nuire à la fois à une démarche d'ensemble cohérente au niveau de la région et réduire à une approche technicienne la régulation sanitaire, dont l'aspect « stratégique » avait été fortement mis en avant par le ministère.

Dans ce cadre, le projet est réduit à la portion congrue et ne peut guère contribuer à une participation active à la régulation sanitaire régionale.

D'autres régions ont choisi l'optique symétriquement opposée, en faisant du projet l'outil principal de la négociation entre l'agence régionale et les établissements, les contrats d'objectifs étant les déclinaisons chiffrées des projets. Nous l'illustrons dans le point suivant.

2.4 LA REGULATION PAR LA CONCERTATION : LE CONTRAT « SUIT » LE PROJET

L'ARH Rhône-Alpes a proposé deux guides méthodologiques³⁹⁶ pour l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens, en fonction du statut des établissements (participant ou non au service public hospitalier), qui se justifient notamment par le fait que la participation au service public hospitalier oblige une organisation à construire un projet d'établissement et le faire approuver par l'agence.

Le 1er août 1998 a été fixé comme date butoir pour les établissements privés, avec un test réalisé au préalable sur 20 établissements.

Pour les établissements publics, aucune date butoir n'a été fixée. La commission exécutive de l'ARH a retenu toutefois des établissements prioritaires à partir d'un critère, la valeur du point ISA : la priorité est donnée aux établissements dont la valeur du point ISA est supérieure à la moyenne régionale, ainsi qu'aux établissements dont le point ISA est inférieur de plus de 15 % à la moyenne.

Dans ce cadre, l'ARH a constitué des équipes projet composées de représentants de l'État et de l'assurance-maladie, ainsi qu'un groupe de travail travaillant en partenariat, en 1997, avec des professionnels de l'hospitalisation publique et privée afin de produire une méthodologie d'élaboration des contrats.

Ce dispositif général appelle plusieurs remarques.

Premièrement, la valeur du point ISA est le seul critère de priorité déterminé dans l'élaboration des contrats. L'objectif économique du contrat est donc clairement affiché et lève toute ambiguïté, même formelle, à ce sujet. Deuxièmement, l'ARH a pu légitimement profiter de ce thème transversal pour constituer un groupe projet réunissant l'État et l'assurance-maladie, habitués à travailler avec leurs propres méthodes sur leurs propres champs. La symbiose attendue du groupe projet est toute relative, puisqu'elle a conduit à la production de deux documents disjoints destinés aux établissements contrôlés par l'État (participant à la mission de service public) ou aux établissements privés à but lucratifs, contrôlés par la CRAM. En outre, le style spécifique des deux entités, le manque d'uniformité même des deux documents, jusque dans leurs en-tête ne fait guère de doute sur les résultats effectifs de la symbiose attendue. Troisièmement, le souci de l'agence de produire une méthodologie consensuelle et des indicateurs reconnus par les professionnels

³⁹⁵ ARH de PICARDIE, *Mise en place des contrats d'objectifs et de moyens dans les établissements de santé*, Amiens, mai 1998, 73 p.

³⁹⁶ ARH RHÔNE-ALPES, *Guide à destination des équipes projet des établissements pour la préparation des contrats d'objectifs et de moyens*, Lyon, 1998, 42 p. et ARH RHÔNE-ALPES, *Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens des établissements privés non participant au service public hospitalier*, Lyon, 1998, 26 p.

est le signe d'une mutation intéressante, inscrite dans le prolongement des modes de travail constitués dans l'élaboration du SROS. Il semble que l'État ou ses représentants, dans ce dispositif local pour le moins, favorise le déploiement d'instruments d'évaluation issus de la concertation, et non plus, comme par le passé, d'instruments généraux et quantitatifs.

Nous aborderons successivement les contrats d'objectifs destinés aux établissements publics et les contrats d'objectifs destinés aux établissements privés non PSPH.

- Le contrat d'objectifs destiné aux établissements publics :

Pour les établissements publics et PSPH, la question principale qui se pose est l'articulation du contrat d'objectifs et du projet d'établissement, puisque seuls les établissements titulaires d'un projet d'établissement approuvé peuvent signer un contrat d'objectifs avec l'agence³⁹⁷. Le groupe de l'ARH précise que « le contrat ne peut pas être le financement du projet d'établissement, [et] la question de la validité des projets d'établissement approuvés... [est posée] compte tenu notamment de l'ancienneté des projets ou de la fréquence des réserves émises lors de leur approbation. Il s'avère que peu d'établissements disposent actuellement d'un projet permettant d'engager une négociation contractuelle. Le travail demandé pour le contrat ne fera donc pas double emploi avec le travail fourni lors de l'élaboration du projet d'établissement. Un projet récemment approuvé pourra dispenser d'une partie de ce travail »³⁹⁸. Par ces propos, il semble donc clair que le contrat d'objectifs est un moyen de repenser le projet d'établissement d'une manière plus structurée et dans une perspective de pilotage. Il semble également qu'il puisse y avoir redondance entre projet et contrat d'objectifs si la réflexion sur le projet d'établissement a été correctement menée, notamment dans le diagnostic de l'existant. En tout état de cause, la priorité est donnée au contrat sur le projet.

Très brièvement, les thèmes préconisés traitent de l'environnement, de l'activité de l'établissement, des moyens, de la sécurité et de la qualité des soins.

Par exemple, l'environnement sera décliné de la façon suivante :

- les tendances de l'environnement (environnement géo-sanitaire, médico-social et social, environnement réglementaire et administratif — SROS, conférences de santé —, environnement socio-économique et financier, environnement psychosociologique — indicateurs socioculturels, modes d'adressage —) ;

- les besoins³⁹⁹ (la demande exprimée en besoins et attentes, taux de fuite..., l'offre, sous forme de menaces et opportunités — partenaires et concurrents, alliances, offre excédentaire, offre spécifique —, réponse aux besoins, comme les filières et réseaux, conventions, perspectives de fusion) ;

- la position de l'établissement par rapport à l'analyse externe exprimée en points faibles et points forts ;

- une synthèse.

L'activité est décrite essentiellement à partir du projet médical décliné en objectifs, de contenu, d'actions mises en œuvre, d'évolution. Elle doit présenter également les modalités d'organisation de la continuité médicale, de l'accueil et de la prise en charge des urgences. Elle reprend ensuite une description classique des services et du plateau technique.

Les moyens et la sécurité et la qualité des soins restent soit cantonnés à des descriptions classiques d'équipements et de possibilités en personnels, soit à l'existence d'une politique qualité dans l'établissement.

³⁹⁷ art. n° L710-16-1 C.S.P.

³⁹⁸ ARH RHÔNE-ALPES, *Guide à destination des équipes projet...*, *op. cit.*, pp. 10-11.

³⁹⁹ Dans la version primitive, le terme de « besoins » est substitué à celui de « marché » : Cf. ARH RHÔNE-ALPES, Groupe de travail « Contrats d'objectifs et de moyens », Sous-Groupe n° 1 « Analyse de l'environnement », Proposition de grille « Analyse de l'environnement », 8 décembre 1997, n. p., attestant à quel point le champ sanitaire peut encore être sensible à des analogies trop visibles au champ économique.

La présentation d'un tel document montre un progrès certain par rapport aux évaluations traditionnelles en œuvre dans le secteur. Outre les thèmes attendus dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens (activité, moyens), on constate la volonté de positionner délibérément l'établissement dans son environnement (géographique et concurrentiel) et par rapport à une thématique transversale que sont la sécurité et la qualité des soins.

L'environnement n'est plus vu seulement sous un angle démographique (projections de population) ou réglementaire (inscription dans le SROS), il intègre également la spécificité de l'économie locale, du taux de chômage et du taux d'exclusion. De même, une recherche des pratiques au sujet du recours de soins (nomadisme, adressage spécifique) est effectuée. La demande n'est plus atomisée, mais *localisée*. De même, la tutelle n'hésite plus à présenter l'établissement dans un environnement structuré par des « menaces/opportunités », des « stratégies d'acteurs », des « concurrents ». Le diagnostic porté sur le positionnement de l'établissement est réalisé systématiquement en termes de forces / faiblesses avec une synthèse forçant à présenter l'essentiel : la pertinence est mise en avant face à l'exhaustivité. La liberté conférée à l'établissement se situe bien dans cet interstice : il ne s'agit plus de choisir le mode de développement, il s'agit de choisir les activités prioritaires en cours. Dès lors, on ne peut pas vraiment dire que l'autonomie des établissements a été réduite, elle s'est décalée.

Mais plus intéressant encore est l'intérêt porté, dans tous les thèmes, à la structure et au mode d'organisation de l'établissement. En effet, traditionnellement, les indicateurs d'activité se sont limités à mesurer les grands flux de patients, considérant en quelque sorte l'hôpital comme une boîte noire. L'item « organisation » est présent pas moins de dix fois. On s'intéresse à la réponse organisationnelle, aux modes de prise en charge, et non plus aux seules ressources déployées. En ce sens, le contrat s'inscrit dans la continuité du projet d'établissement puisqu'il caractérise la singularité de l'établissement.

La méthodologie mêle ainsi des données quantitatives et une caractérisation des modes de prise en charge, tant au niveau de l'établissement qu'au sein de chaque service. On notera également la présence originale d'indicateurs d'activité de recherche en nombre de publications et de protocoles thérapeutiques, d'activité d'enseignement (universitaire, formation médicale continue, formation interne), d'activité de prévention (programmes de prévention). Les indicateurs d'activité médicale peuvent être recherchés dans le pourcentage des actes à coefficient fort, signe de technicité relative du praticien ce qui n'était pas intégré dans les calculs traditionnels de l'État.

Plusieurs constats s'imposent dès lors : des critères d'évaluation de l'activité non médicale des médecins se trouvent officialisés, et peuvent désormais être recoupés avec l'activité médicale effective. C'est donc un véritable contrôle formalisé de l'activité du corps professionnel médical qui apparaît. De plus, on confère à l'établissement et à ses responsables une mission dépassant le curatif pour intégrer les soins préventifs, la formation.

Toutefois, il reste des limites encore fortes au dispositif.

La plupart des indicateurs retenus sont des indicateurs quantitatifs de moyens. L'activité, si elle est décrite, n'est pas mesurée en termes d'indicateurs de flux par exemple. De même, l'utilisation du PMSI n'est pas exploitée à fond, notamment dans l'évaluation des activités médico-techniques. En allant plus loin, on peut constater que les investigations de l'agence sur le système d'information interne de l'établissement sont faibles, et ne portent pas sur le contrôle de la fiabilité de l'information fournie. De plus, aucun pont entre système d'information et modes de prise en charge n'est favorisé (car non envisagé), ce qui ne va pas sans poser de problèmes dans une méthodologie visant à forcer la boîte noire hospitalière.

Enfin, et surtout, aucune définition rigoureuse et précise ne porte sur les objectifs de l'établissement. En effet, il ne suffit pas de prôner des indicateurs de mesure précis dans l'évaluation de l'activité, encore faut-il s'en forger dans la formulation des objectifs. Or, rien n'est dit à ce sujet, et on peut craindre, au moins dans les premières versions des contrats, que les objectifs ne soient ni quantifiés ni inscrits dans une échéance temporelle précise, ce qui nuirait à toute efficacité de l'évaluation de l'avancée du projet. Il semble donc que la méthodologie, malgré les efforts importants entrepris, en reste à une dimension

synchronique, sans opérer pour l'instant une modélisation des interactions entre activités et moyens (par le système d'information), ni des interactions entre activités et objectifs, dans une perspective de pilotage.

- Le contrat d'objectifs des établissements privés non PSPH

La démarche de contractualisation est relativement différente par la forme de la précédente, même si l'état d'esprit est relativement similaire.

Pour les établissements privés, la démarche contractuelle s'inscrit dans un cadre national, sur la base d'un accord passé entre les représentants de la profession, l'État et l'assurance-maladie. La contractualisation est cependant fondamentale au niveau régional, dans la mesure où elle remplace les anciennes conventions de financement.

Le socle de la contractualisation est constitué des démarches qualité entreprises par les établissements ou l'assurance-maladie, voire par des projets d'établissement facultatifs réalisés.

Pour les établissements privés, le contenu du contrat comporte les tarifs de prestation par discipline, les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, les modalités de participation de l'établissement aux actions de santé adoptées par la conférence régionale de santé, les actions de coopération, les modalités de transmission des informations liées à l'activité de l'établissement, le délai retenu pour la procédure d'accréditation, et les pénalités applicables en cas d'inexécution⁴⁰⁰.

Le guide méthodologique précise clairement les enjeux liés au contrat d'objectifs et de moyens : « Personne n'est jamais obligé de passer un contrat. Son absence entraînerait pour les établissements concernés, cependant, l'application de tarifs de responsabilité, sans tiers payant. »⁴⁰¹ Ainsi, tout refus de contracter de la part de la tutelle conduirait un établissement à fonctionner sans prise en charge de la part de l'assurance-maladie, ce qui l'amènerait rapidement à la faillite (sauf sur quelques créneaux spécifiques, comme la chirurgie esthétique, par exemple, mais qui restent évidemment très marginaux).

L'assurance-maladie définit les liens entre contrat d'objectifs et projet d'établissement (quand il existe). Le projet d'établissement peut servir d'appui à la « carte de visite » annonçant le contrat, qui reprend la stratégie médicale de l'établissement et son positionnement par rapport à l'offre sanitaire, son métier, ses pôles d'excellence de et ses points faibles, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical et les projets structurants dans le proche avenir.

On constate que la formalisation de la stratégie dans le secteur privé, telle qu'elle est attendue par l'assurance maladie, est très ciblée par rapport à l'offre de soins :

- rien n'est dit sur des critères de santé publique, sur l'analyse des bassins de population, sur l'épidémiologie, tout est déterminé exclusivement par rapport à l'offre ;
- en corollaire, rien n'est dit sur la complémentarité entre structures, tous statuts confondus et sur les perspectives de coopération ;
- le volet économique est absent, or, il est le cœur de la contractualisation, à la base de la tarification pour les établissements privés ;
- l'insertion de l'établissement dans un champ médico-social dépassant le cadre sanitaire n'est pas prise en compte, alors que la priorité régionale affichée est la complémentarité entre les champs sanitaire et social ;
- l'organisation est occultée, seul le projet médical est mis en avant, alors que d'après les textes de référence, le contrat doit s'articuler sur les notions de qualité et de sécurité, difficilement évaluables sans analyse de l'organisation elle-même... Ces notions se retrouvent, certes, obligatoirement en annexe au contrat, mais leur aspect structurant

⁴⁰⁰ Décret n° 97-372 du 18 avril 1997 (J.O. du 20 avril 1997).

⁴⁰¹ ARH RHÔNE-ALPES, *Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens des établissements privés...*, op. cit., p. 16.

implique qu'il n'est pas envisageable de ne pas les intégrer dans la stratégie affichée de l'établissement.

Le plan proposé par l'assurancemaladie pour la rédaction des annexes relatives à la qualité et la sécurité des soins est strictement réglementaire et touche aux décrets et arrêtés sur la sécurité sanitaire. Comme dans le processus de contractualisation avec les établissements publics, la demande de moyens supplémentaires se trouve strictement encadrée.

Dès lors, c'est à la fois comme enjeu et comme problème qu'il faut envisager les interactions entre contrat et projet d'établissement. Ce sera l'objet de la conclusion de ce chapitre.

Conclusion du chapitre

Si la contractualisation sur la base du projet entre les établissements sanitaires et l'agence régionale de l'hospitalisation est un enjeu fondamental dans la régulation du champ de la santé aujourd'hui, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de problèmes ne semblent pas résolus, et peuvent faire surgir certaines contradictions dans le dispositif de régulation.

Nous avons d'abord cité le fait, précédemment, que les trois outils de régulation sanitaire présents — projet d'établissement, SROS et contrat d'objectifs — ne sont pas hiérarchisés. En outre, rien n'est défini *a priori* pour déceler l'expression d'une cohérence d'ensemble, même au niveau d'une agence régionale de l'hospitalisation. En effet, les marges de manœuvre se situant dans la négociation, aucune des parties n'a apparemment intérêt à restreindre le champ des possibles que lui offre cette juxtaposition des outils.

En effet, même si le SROS désigne les priorités régionales en matière de restructuration de l'offre de soins et de l'intégration dans des filières sanitaires/sociales ou domicile/hospitalisation, rien n'empêche une agence de contractualiser avec un établissement sur la base d'objectifs non inscrits dans le SROS : ce dernier est opposable aux volontés des établissements, mais pas à l'agence... A partir de ce moment, des contrats locaux peuvent être envisagés en fonction de situations spécifiques, de particularités géographiques ou socio-économiques qui risquent, vis-à-vis des autres structures de créer un précédent.

Du point de vue opposé, un établissement peut tout à fait légitimer son projet d'établissement sur le SROS et voir le contrat d'objectifs qu'il propose refusé par l'agence. Toutefois, ce cas semble plus improbable que le précédent, d'autant plus que dans les années à venir contrat et projet — pour son volet environnement — seront élaborés conjointement.

Enfin, les principes énoncés par les agences régionales de l'hospitalisation au sujet de l'élaboration des contrats d'objectifs peuvent se trouver partiellement antinomiques, ou, plus simplement, ne pas se recouper, ce qui confère dans ce cas autant de possibilités de négociation de la part des établissements. Si par exemple, l'amélioration de la sécurité des soins est fixée comme priorité au sein de la région, qu'on la retrouve comme axe stratégique au sein du projet d'établissement, mais qu'aucun indicateur de suivi de la sécurité et de mesure d'une progression n'est présent dans le contrat d'objectifs, il semble difficile d'envisager une réelle démarche de progrès sur cet axe. De la même façon, on peut prôner au niveau régional les coopérations entre établissements, et l'inscrire dans le projet d'établissement (d'autant plus que le thème est à la mode), et seulement intégrer dans le contrat d'objectifs des perspectives vagues d'alliances : le contrat engage l'établissement et l'agence, et non deux établissements entre eux⁴⁰².

Mais surtout, le contrat repose à la fois sur « un diagnostic médico-administratif et sur une prospective loco-régionale »⁴⁰³, tandis que le projet d'établissement, fondé sur le projet médical, reflète la prospective locale et que le schéma régional définit les critères régionaux de la planification. Cette harmonisation entre outils est possible si les indicateurs « diagnostics » s'inspirent du référent régional et si le cadre de la prospective du projet est

⁴⁰² sauf dans le cas théorique, mais pouvant se préciser dans les mois à venir sur des financements par filières de soins dans lesquelles interviennent un ou plusieurs établissements et des professionnels libéraux. Dans ce cadre, le financement serait certainement octroyé à une structure « pilote » ou coordinatrice, responsable de la gestion des fonds financiers sans pour autant pouvoir en disposer. Ce cas n'est à ce jour et à notre connaissance pas encore mis en pratique.

⁴⁰³ POUTOUT, G., « Comment se préparer à la réforme hospitalière », *Working Paper*, Paris, CRAM Ile-de-France, Direction de la gestion du risque hospitalier, 20 juin 1996, 8 p., p. 2.

inscrit dans la prospective du contrat, autrement dit, s'il existe une vision au moins partagée de l'avenir et de la mission de l'établissement dans l'espace régional.

Ces problèmes de non recoupement ou de contradictions partielles entre projets d'établissement, SROS et contrats d'objectifs peuvent s'expliquer, notamment par la jeunesse du dispositif qui doit subir l'épreuve des faits, mais aussi par l'absence d'un système commun d'information.

L'agence régionale de l'hospitalisation se trouve donc confrontée au dilemme suivant :

- il existe un système d'information économique, cohérent au niveau régional, permettant de comparer les activités de court séjour des établissements sanitaires publics et privés, mais unidirectionnel, focalisé sur l'efficacité économique des structures ;

- on peut construire un système d'information régional qualitatif, permettant de nuancer le précédent système d'information. Toutefois, grands sont les risques d'inadéquation des critères entre les deux systèmes d'information, qui risquent de paralyser la décision régionale. En outre, que devient la pertinence d'un tel système au niveau local, alors que sont prônés dans les méthodologies des contrats d'objectifs la construction d'indicateurs sur mesure, permettant à l'établissement de se mesurer lui-même dans le temps ?

En conséquence, si le contrat d'objectifs et de moyens est perçu généralement comme un outil puissant de régulation pour les agences régionales de l'hospitalisation, nous pensons que ce n'est pas tant l'outil, mais son usage, c'est-à-dire le *processus de contractualisation* qui permettra une régulation du champ sanitaire. Or, ce processus est dépendant de l'agence. Il faut le voir comme la possibilité d'une négociation, d'une convention au cas par cas entre l'agence et les établissements. Si cette convention est une obligation pour les établissements, à partir de sa signature, elle devient également un droit pour ces derniers, qui « s'assurent » des ressources stables pour une durée de cinq ans. La généralisation de la contractualisation limitera les marges de manœuvre des agences, non pas à la distribution annuelle des ressources, mais au processus de négociation quinquennal avec les établissements publics et privés. Or, les intervenants publics du champ sanitaire (établissements et tutelle) sont-ils exercés à une telle négociation ?

De son côté, dans le cadre de l'élaboration de son projet d'établissement, qui, *in fine* conditionne ses ressources à moyen terme, l'hôpital dispose théoriquement des mêmes outils d'appréhension de l'offre régionale que l'agence. Toutefois, ni sa finalité, ni sa pratique de ces outils ne rejoignent celles de l'agence. A travers l'outil, et dans le projet, l'établissement cherchera à exprimer sa singularité dans l'offre de soins, tandis que l'agence jouera sur l'équilibration de l'offre : cette tension inconfortable pour chacun des acteurs nous fait dire qu'il existe aujourd'hui des champs des possibles agrandis pour l'élaboration et la conduite des projets des établissements sanitaires.

Conclusion de la Première Partie

Vers une régulation sanitaire globale

La période actuelle se trouve marquée par une profusion d'outils juridiques de régulation du système sanitaire, outils traditionnels issus de la planification (autorisations d'équipement), et outils contractuels, novateurs pour le secteur. Cet instant présent, charnière, peut se vivre comme un temps où les outils de régulation traditionnels sont encore nécessaires, tout en sachant que seuls les outils contractuels peuvent assurer la pérennité du système.

Avec le PMSI, les institutions disposent d'une base de données suffisante pour achever le dernier pan d'une réforme menée depuis plus de 20 ans. Les ordonnances du 24 avril 1996 complètent à l'échelle nationale le dispositif d'évaluation en introduisant la notion d'accréditation des établissements. Le changement conceptuel est plus profond qu'il n'y paraît : la dimension coercitive que ne revêtait pas l'évaluation est désormais présente. Mais surtout, on passe d'indicateurs médico-économiques évaluateurs des pratiques de soins à une démarche d'analyse de l'établissement dans son ensemble : le « fait » organisationnel est dès lors reconnu, et, par là même, l'idée que l'on puisse améliorer la valeur des soins en touchant à la seule organisation.

Toutefois, l'exploitation du PMSI et des points ISA ne dit rien sur la pertinence des activités réalisées. Elle permet de relever un certain niveau de consommation de ressources. A partir de cette base, la possibilité pour l'établissement de dégager de nouvelles marges de manœuvre consiste à justifier d'éventuelles surconsommations, dont l'argument principal s'appuiera sur la qualité de la production des soins, qui sont, dès lors, évaluables et mesurables pour les établissements. C'est pourquoi, tant les directions d'établissements que les directeurs d'agence se trouvent sensibilisés par l'utilisation d'un nouvel outil pour le champ sanitaire, la gestion par activités et ses avatars, comme le reengineering ou le benchmarking : la « valeur des soins » doit être explicitée, formalisée, étalonnée, inscrite dans un processus global de soins.

La régionalisation du contrôle des établissements est renforcée avec la création des agences régionales de l'hospitalisation, qui chapeautent l'ensemble des institutions de tutelle, qui, jusqu'à présent n'avaient pratiquement jamais harmonisé leurs méthodes et pratiques, puisque chacune agissait sur son pré carré. Le directeur d'agence régionale a tout pouvoir sur les établissements par le principe de la contractualisation. Les enveloppes public/privé se trouvent fongibles, les budgets ne sont plus indicés sur un taux directeur, mais élaborés en fonction de contrats d'objectifs et de niveaux d'activité. L'agence régionale de l'hospitalisation se doit de maintenir une contrainte structurante, à travers la planification et la logique d'enveloppe financière⁴⁰⁴. Dès lors, un renversement de perspective peut s'opérer, grâce à la contractualisation des établissements avec l'ARH, le management peut devenir la clé de voûte de la gestion hospitalière. Face à ce nouveau contexte, et vu la complémentarité exigible entre les établissements, la « barrière » du service public perd son emblème, et il

⁴⁰⁴ La démarche prônée par le ministère s'inscrit dans une perspective de stratégie délibérée, allant jusqu'à oublier les effets (dé) structurants de l'environnement et des outils sur les organisations. Ainsi, le comité de pilotage sur la révision des SROS explique au ministre que « des *choix stratégiques* régionaux sans ambiguïté, accompagnés de mécanismes de financement et d'évaluation tout aussi précis,... ne constituent que **l'un des déterminants** d'une politique de basculement vers de nouveaux modes de régulation. Il faut en effet pouvoir *organiser* simultanément **le dépérissement des anciens modèles...** » (nous soulignons en italique), *op. cit.*, p. 42.

s'agit de se doter pour les établissements d'instruments de gestion permettant de « rendre compte » de leur activité aux tutelles.

Les instruments de régulation mis à disposition de l'ARH pour définir une stratégie régionale de soins relèvent essentiellement de la négociation et de la concertation : contrats d'objectifs et de moyens, négociations des projets d'établissement, incitations financières, agrément de réseaux sont les instruments privilégiés de la mise en œuvre de la politique régionale.

Par exemple, à partir d'un dysfonctionnement répertorié dans la région comme problème prioritaire, une série d'objectifs et de contrats peuvent être passés ; le diagnostic d'une prise en charge de la périnatalité insuffisamment coordonnée peut conduire à l'objectif suivant : organiser l'ensemble des maternités de la région au sein des réseaux au sein desquels chaque établissement est relié à des établissements complémentaires afin d'orienter systématiquement les patientes vers l'environnement médico-technique le mieux adapté aux risques encourus. L'objectif peut ensuite être décliné en plan d'actions : cahier des charges des réseaux dans chaque secteur sanitaire. Notons que ce cahier des charges a une structure matricielle croisée entre activités et secteurs. Enfin, les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements concernés comporteront un volet de mise en œuvre de l'objectif, avec dégagement éventuel de financements complémentaires.

Dans cette perspective, la formulation et la formalisation du SROS deviennent un cadre structurant de l'action pour les projets d'établissement. Ainsi, selon le comité de pilotage sur la révision des SROS, « le projet d'établissement doit dégager des orientations stratégiques permettant de concourir à la réalisation des objectifs du SROS tout en partant de l'analyse objective du positionnement de l'établissement, de ses forces et de ses faiblesses. »⁴⁰⁵ Cette citation appelle deux remarques. La première est l'affichage clair de la congruence des objectifs régionaux du SROS et de ceux de l'établissement, rappelant en quelque sorte le principe de l'hologramme⁴⁰⁶. La seconde est l'outil prôné servant au dégagement des orientations stratégique : il s'agit clairement de la technique du positionnement stratégique, relevant de ce que H. Mintzberg qualifie de « stratégie délibérée ». Notons que la pratique de cet outil, loin d'être généralisée à tous les établissements publics, est perçue comme une sorte d'optimum technique...

Mais à ce stade des relations Projet d'établissement — Planification sanitaire intervient un troisième élément, avec sa logique propre, qui bouscule les relations établies au moment de la première phase : le contrat d'objectifs et de moyens. En effet, la mise en œuvre du contrat établi entre l'agence et l'établissement suppose une relation équilibrée entre les deux acteurs. Autrement dit, tout contrat au bénéfice de l'agence conduirait à terme la logique de contractualisation — et donc de responsabilisation — à l'échec. Cela signifie donc que les établissements doivent être capables, par les modalités du contrat, de s'approprier collectivement les objectifs prévus dans le contrat, c'est-à-dire être notamment capables de se répartir les moyens pour atteindre globalement les objectifs, ce qui est loin d'être une technique acquise.

Dès lors, si un SROS de deuxième génération ambitionne de recadrer les projets d'établissement vers des objectifs à la fois plus réalistes et dans le champ de la politique régionale, ce dernier doit leur fournir des repères politiques et financiers lisibles.

Par exemple⁴⁰⁷, un objectif défini par le SROS pourra être :

« Imposer le strict respect des normes de sécurité dans tous les secteurs opératoires (anesthésie, bloc, réanimation, etc.) et favoriser les établissements engageant une démarche qualité »

Le moyen associé, pour les établissements publics, étant :

« Jouer sur le mode d'allocation budgétaire »

Et pour les établissements privés :

⁴⁰⁵ *op. cit.*, p. 22.

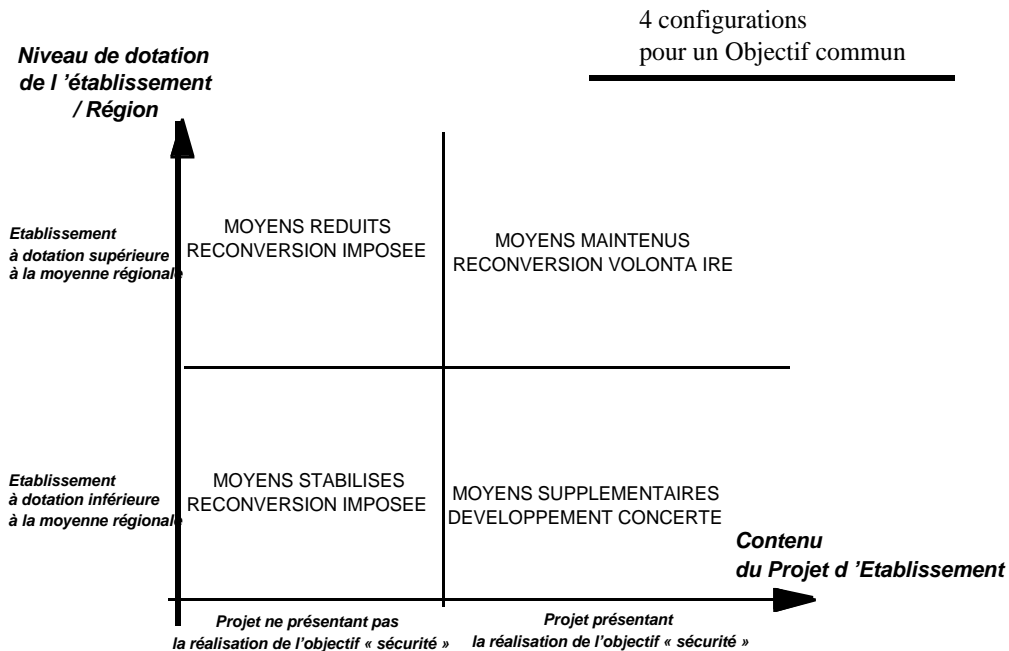
⁴⁰⁶ au sens de E. MORIN, in *La méthode*, *op. cit.*, t. 1.

⁴⁰⁷ adapté librement par nous du *Rapport du Comité de pilotage sur la révision des SROS*, *op. cit.*, p. 21.

« Jouer sur les enveloppes régionales par discipline, notamment en stabilisant l'OQR⁴⁰⁸ de chirurgie afin de dégager des marges affectables à des établissements engagés dans des démarches qualité ».

On aboutit alors à une matrice classique de positionnement des établissements définissant quatre configurations pour cet objectif :

Figure 11 : Positionnement des établissements



De cet exemple peuvent être tirés deux constats. Le premier est la force structurante des axes retenus à partir de l'objectif. Ainsi, le positionnement de l'établissement se fera plus ou moins systématiquement par rapport à son intention de s'inscrire dans l'objectif défini comme prioritaire dans le SROS et par rapport à sa dotation, évaluée notamment à partir de la valeur du point ISA et sa comparaison à la valeur régionale.

Ainsi, pour un même établissement, il s'agira d'envisager autant de positionnements par rapport aux objectifs régionaux. Toutefois, comme la valeur du point ISA est globale, l'établissement ne verra sa position évoluer en fonction des objectifs régionaux que par rapport à l'axe horizontal. Il est aisé de constater que les établissements disposant des plus grandes marges de manœuvre dans la négociation d'enveloppes avec la tutelle sont les établissements sous-dotés, leur développement s'opérant par financement externe. En revanche, pour les établissements surdotés, les marges de manœuvre ne peuvent être qu'internes en jouant sur le redéploiement. Or, la situation se complique d'autant plus que la majorité des établissements surdotés sont des établissements urbains de grande taille, dont l'inertie et la résistance au changement sont grandes.

Mais si la démarche est structurante, elle n'est pas sans poser de problèmes.

Le premier est conceptuel et touche à la question de la congruence généralisée des objectifs régionaux et des objectifs des établissements. Le projet d'établissement se trouve en effet être un élément de la singularisation d'une organisation, la traduction de sa spécificité, tant dans son offre de soins que dans ses finalités. Que devient un projet d'établissement si tous les établissements d'une même région s'inscrivent dans les mêmes objectifs ? La singularité se limite alors aux modes de prise en charges, aux formes, au style de l'organisation, mais non plus sur le contenu de l'offre elle-même.

⁴⁰⁸ Objectif Quantifié Régional, correspondant à l'enveloppe budgétaire régionale allouée aux établissements privés à but lucratif.

Le second est technique et touche au positionnement de l'établissement par rapport aux points ISA. En effet, le point ISA permet de situer une structure dans une région dans un rapport quantitatif entre activité réalisée et le budget de l'établissement. Or, la matrice précédente positionne les établissements par rapport à des natures de prise en charge spécifiques, et non par rapport à des offres d'établissement. Autrement dit, il n'existe pas aujourd'hui d'outil permettant de déterminer le coût d'une prise en charge sur une filière de soins. Il conviendrait, par exemple, de déterminer un point ISA « chirurgie »⁴⁰⁹, ce qui, au delà des problèmes techniques d'éclatement du point, est particulièrement délicat dans la mesure où, dans le domaine, la valeur d'un plateau technique en terme de qualité et de sécurité se trouve déterminée par sa valeur économique (un plateau technique aux normes de sécurité est moderne et coûteux). De même, cette matrice ne relève ni les différences de performance des plateaux techniques, ni les spécificités liées à une offre de proximité en zone rurale ou de montagne, par exemple.

Enfin, si l'on part de l'idée que la finalité, déclinée en quelques missions difficilement contestables et contestées, de l'hôpital, peut aller encore de soi — soigner, guérir, savoir, enseigner — c'est alors sur son objet, son mode d'organisation que s'opèrent les recouvrements et contradictions. Le problème inhérent au projet hospitalier n'est pas dans son orientation générale, mais dans ses modes d'organisation. Il se décline autour :

- de la réflexion stratégique de l'établissement (le couple interactif structure — stratégie ne peut s'armer que sur une organisation lisible) ;
- des processus de prise en charge, de leur formalisation, et des règles organisationnelles qui en découlent, et ce, en-deçà des « frontières » hospitalières ;
- du système d'information en place, conditionnant les modes d'évaluation des pratiques, tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique ou sécuritaire.

Pris dans cette tension plus dialogique que dialectique, les établissements peuvent développer alors de façon autonome une stratégie issue de leur projet d'établissement, en réalisant les objectifs internes concourant à la réalisation des objectifs du SROS. Les leviers d'action d'un établissement passent ainsi d'une capacité à maîtriser son environnement local se manifestant dans une logique d'expansion territoriale (par jeux d'influence, tant issus du corps médical que du conseil d'administration), à la reconception d'outils finalisés, participant à la définition d'une mission et d'un mode d'organisation, dans un cadre de ressources fixé.

Nous touchons là des éléments qui permettent de penser le projet d'établissement comme le projet *de* l'établissement.

C'est l'objet de notre seconde partie.

⁴⁰⁹ Dans l'exemple présent, une comparaison entre valeurs d'ICR (Indices de Coûts Relatifs) de plateaux techniques serait envisageable et séduisante pour la tutelle. Toutefois se poserait le problème du mode de calcul interne de l'ICR, ce dernier étant relatif à chaque établissement, puisqu'il n'incorpore que les charges variables des plateaux techniques. On risquerait alors d'encourir le danger d'une comparaison inter établissements sur la base d'un indicateur homogène par son nom, mais non par sa construction, connaissable (éventuellement) des seuls contrôleurs de gestion internes aux établissements... Cf. ENGEL, F. KLETZ, F., MOISDON, J.-C., « L'ICR ou les différents usages d'un outil de gestion », *La Lettre d'Informations Hospitalières*, n° 22, sept. 1995, pp. 1-5.

Seconde Partie

**Du projet d'établissement
au projet *de* l'établissement :
analyses cliniques
d'établissements et
instrumentalisations
managériales**

Introduction

Quelles conditions de possibilité pour un projet d'établissement managérial ?

Les années 1990 sont indéniablement marquées, pour le champ sanitaire, par les discours institutionnels et les outils de contrôle traitant de la rationalisation de l'activité hospitalière. Médicalisation du système d'information, planification stratégique, développement d'outils de contrôle budgétaire externe... sont autant de dispositifs de gestion mis en place pour réguler la pratique et l'organisation sanitaire. Ainsi, même s'ils sont récents, les outils d'évaluation et de contrôle ne manquent pas. Au delà de leur diversité, ils s'intéressent tous, directement ou indirectement, à l'appréhension de l'activité hospitalière en rentrant dans l'organisation et sa dynamique. L'hôpital n'est ainsi plus, par le prisme de ces outils, un « point », une « boîte noire » sur laquelle on mesurait des inputs et des outputs, mais une « unité active »⁴¹⁰.

Car au delà de l'existence d'outils de modélisation ou de mesure de l'activité, c'est bel et bien la (*re*) *connaissance* du phénomène organisationnel « hôpital » qui importe désormais, qui donne une légitimité à ces outils. Mais les utilisateurs et constructeurs de ces outils, gestionnaires d'établissement, n'ont pas été quittes : l'introduction d'une possible comparaison — dont la grande force s'exprime, paradoxalement, dans les nombreuses précautions oratoires sur leurs limites par leurs concepteurs mêmes — n'a plus été suffisante, elle a procuré du même coup, au delà du détournement des finalités des outils, la possibilité pour les gestionnaires d'exprimer la singularité de leur organisation. Dès lors, chaque entité *peut* ne plus se considérer comme simple prestataire, machine logistique au service des professionnels médicaux, mais comme une organisation développant une réponse d'ensemble propre, cohérente, finalisée.

Nous n'illustrons ici, d'une certaine manière, que quelques dispositifs confortant et construisant cette légitimité de l'entité hospitalière, et non plus seulement « l'offre de soins ».

Dans les perspectives énoncées dans sa thèse, D. Tonneau considère que les conditions de possibilité d'une gestion interne à l'hôpital passent par l'affirmation d'un service public à la recherche de l'efficacité, par la nécessité d'un système d'information mieux relié à l'activité médicale, par une rénovation des modalités de travail des personnels soignants et médicaux⁴¹¹. L'ensemble de ces leviers d'action s'inscrit dans un déploiement des outils de gestion à l'hôpital s'intéressant sur la redéfinition de la mission de chaque entité.

A partir du moment où la valeur des soins est devenue socialement chiffrable (c'est-à-dire que l'on admet que l'on puisse *rendre compte* de la santé), cette valeur des soins, à terme, se doit de dépasser le seul cadre médical pour englober la prestation d'ensemble de l'organisation : la « valeur » des soins, intrinsèque, en se chiffrant, s'est « matérialisée ».

Dès lors, la légitimité de l'action est passée des *statuts* des professionnels à la *négociation* de moyens et d'objectifs entre parties. La formalisation de l'activité, l'obligation consistant à rendre

⁴¹⁰ Au sens de F. PERROUX.

⁴¹¹ TONNEAU, D., « Les outils de gestion et l'hôpital, Bilan d'une greffe sur un service public à soigner », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Paris, Ecole Nationales des Mines de Paris, CGS, 1994, 433 p.

des comptes aux instances de tutelle a bouleversé les pratiques et le regard porté sur la prise en charge du patient. Plus précisément, pour H. de Chergé, ce malaise des professionnels peut s'expliquer par une rationalisation de leur action autour de deux pôles antagonistes, les situations de gestion et les situations de service⁴¹².

Aussi n'est-il pas surprenant de voir se multiplier les indicateurs de mesure de l'activité afin de pouvoir « rendre compte » de son activité et de justifier l'allocation de son budget, perçus comme autant de moyens d'ingérence dans leur action au quotidien.

Ce sentiment d'ingérence est d'autant plus mal vécu que les indicateurs d'évaluation de l'activité des professionnels relèvent d'un paradigme économique, alors que ces derniers s'inscrivent dans un cadre soignant. La mesure de l'activité hospitalière est souvent synonyme d'évaluation économique externe, de « maîtrise comptable des dépenses hospitalières ». On peut voir derrière cette expression, devenue aujourd'hui la notion cristallisant le débat et la polémique autour du champ sanitaire, la manifestation de l'impuissance de la volonté de changement face aux faits. Les outils déployés ne sont, logiquement, « que » comptables, puisque, justement, il s'est agi jusqu'à présent de « rendre compte » exclusivement des dépenses hospitalières, c'est-à-dire de proposer des modélisations chiffrées, conventionnelles, suffisamment larges pour permettre des agrégats au moins régionaux, sinon nationaux.

Les outils se sont historiquement focalisés sur les ressources, les « inputs » de la boîte noire hospitalière sans nécessairement s'intéresser à la **production** de soins. La rationalisation des dépenses considèrerait intrinsèquement qu'une augmentation de la productivité hospitalière passerait par une limitation des ressources face à une production au moins équivalente en quantité. Dernier élément de l'approche comptable, le cadre de l'entité hospitalière, qui, de fait, considère la prise en charge et la réalisation des soins dans **ou** hors de l'hôpital. Ainsi, la rationalisation des structures sanitaires s'est trouvée structurellement limitée à une maîtrise externe, comptable des dépenses : on parle de maîtrise de la production de soins et on pense à la consommation de ressources, on parle de gestion et on comptabilise, on parle sur les réseaux transversaux aux structures et sur les filières, et on limite le champ de l'évaluation aux structures elles-mêmes.

Derrière le « malaise hospitalier », ce sont certes le « manque de moyens », les « mauvaises conditions de travail des personnels », le stress des médecins face une immersion croissante du système pénal, mais c'est aussi le manque de formation, de compétences face à une mutation de la prise en charge qui intègre désormais l'organisation, qui n'est plus une simple ressource logistique mais qui impose ses modes de structuration.

Ce sont toutes ces limites « contenant » un cadre conceptuel de régulation qui ont suscité la « mise en problème » de notre question de recherche.

Tout comme on ne peut plus penser le soin dans la seule structure hospitalière, on ne peut envisager la prise en charge du patient dans le seul cadre du service. Il s'est agi pour nous d'intégrer dans notre réflexion sur le projet des formes de prises en charge transversales autour des processus.

Cela conduit à proposer de nouvelles configurations de prises en charge, tant d'un point de vue structurel que d'encadrement, ou du système d'information. Dans ces conditions, il nous a fallu procéder à une relecture des outils en place par rapport aux enjeux suscités par la santé, puis proposer certains outils de gestion, peu familiers du monde hospitalier, qui nous ont semblé intéressants à déployer. Ce sont, notamment, la gestion par les processus, les dispositifs qualité, les tableaux de bord médico-gestionnaires. A partir des expériences déjà menées, nous avons fait l'hypothèse que ces outils pouvaient être structurants à la condition de proposer une modélisation des activités autour des processus de prises en charge.

Mais ces outils et ce nouveau cadre de régulation n'auraient pu se greffer sans l'expression d'une volonté. Il nous fallait nous intéresser plus profondément sur les raisons d'une possible

⁴¹² CHERGE (de), H., « Comment les professionnels de la prise en charge apprennent-ils à rendre des comptes ? », *Thèse de doctorat de l'École Polytechnique*, Paris, fév. 1992.

mise en projet de l'organisation, partielle, limitée, mais suffisamment présente pour rassembler, intégrer puis dépasser des finalités d'acteurs autour de l'hôpital. Ces raisons sont pour nous des *conjonctions*, entre la perception d'une contrainte forte, l'accord entre le projet d'un groupe d'acteurs et les projets individuels de ces acteurs, et la présence d'outils modélisant l'organisation et son environnement, permettant la cristallisation des enjeux perçus.

Le projet d'établissement était le carrefour de ces *conjonctions*. Les études de cas présentées ici essaient de rendre compte des conditions de possibilité de construction du projet *de* l'établissement par le projet d'établissement. Or, l'analyse de ces conditions est complexe, au delà du jeu sémantique.

Le projet d'établissement étant un objet, il ne se substitue pas au management de projet ou au management par projet. On peut ainsi tout à fait concevoir un projet d'établissement sans nécessairement faire de management de projet : un projet d'établissement rédigé par un consultant externe, par le directeur, par un médecin, peut, de façon absolue, ne pas avoir été conduit dans le cadre d'une gestion de projet. En revanche, si l'on souhaite constituer une forme de gestion de projet ou de management par projet dans l'hôpital, l'objet « projet d'établissement » est un support tout à fait intéressant, car transversal et inscrit dans le temps. Ainsi, une forme intégrée du déploiement du projet d'établissement pourrait être réalisée sur la base d'un management par projet. Mais, quoi qu'il en soit, la structure fonctionnelle classique ne déperirait pas. Objet d'abord réglementaire, le projet d'établissement peut devenir, si les acteurs clés de l'organisation s'en saisissent, un objet stratégique — un projet *de* l'établissement — et ses dispositifs des outils de management.

La question qui se pose est alors celle des conditions de possibilité d'un projet d'établissement, qui dépasse la simple obligation pour intégrer une conduite finalisée de l'action.

Ces conditions de possibilité se dessinent autour :

- d'un champ socio-économique en mutation, avec pour corollaire un changement des formes de régulation du champ sanitaire et donc de l'hôpital ;
- d'une modification des perceptions des marges de manœuvre par les acteurs hospitaliers, tant en interne qu'en externe ;
- d'un ensemble d'outils d'évaluation des pratiques et des structures autour des mots clés de qualité des soins, cohérence de prise en charge, efficacité économique des structures.

A partir de ce champ de possibilité, nous rendons compte ici du comportement de certains acteurs et structures qu'on peut considérer comme anticipateurs par rapport à la tendance générale, notamment parce qu'ils ont intégré plus rapidement, pour des raisons locales, ces modifications dans leurs perceptions du champ sanitaire. On pourra l'expliquer par le caractère éclairé ou visionnaire d'un médecin leader ou d'un directeur plus manager qu'administrateur, mais surtout, par la perception claire d'une remise en cause de la pérennité de la structure à court terme et du rôle spécifique que cette structure peut jouer.

C'est pourquoi le champ sanitaire privé, régulé par la contrainte économique, ne s'est pas saisi du projet pour opérer des mutations (parfois brutales) au cours des années 1970. En effet, dans le secteur à but lucratif, la structure est perçue par les professionnels actionnaires comme une logistique interchangeable : la valeur de l'établissement est théoriquement nulle, seule la valeur médicale importe. De même, les hôpitaux publics perçoivent pleinement seulement aujourd'hui la contrainte qui s'opère dans le secteur sanitaire, condamné à une stabilisation de ses ressources.

Les structures qui ont perçu le changement de régulation sanitaire et se sont saisies du projet comme obligation pour le transformer en projet de l'organisation sont les structures qui, au début des années 1970, étaient les plus fragilisées : les hôpitaux privés participant à la mission de service public (PSPH). Ces hôpitaux, obligatoirement à but non lucratif, ont subi une double contrainte : la contrainte du budget global du public et la contrainte d'une rentabilité économique minimale, permettant d'assurer la pérennité de la structure. C'est pourquoi nos terrains sont

ancrés dans ce type de structures, innovantes malgré elles, et pourtant, aujourd'hui, les mieux préparées selon nous à la réforme du champ sanitaire.

Nous verrons également en quoi les dispositifs présentés ici, s'ils ont pu faciliter la construction du projet, en ont également exprimé les limites. Limites de l'organisation aveuglée par ses outils, qui, « assurée » de ses activités, croit en sa pérennité. Limites de la conjonction des projets individuels et du projet collectif, où un groupe vécu comme le « sauveur » de l'organisation, se trouve, une fois le projet déployé, trop confondu à ce dernier pour ne pas être exclu, considéré comme dangereux par le corps social. Limites, enfin, des outils, dont l'ambition affichée pouvait faire croire en une gestion salvatrice du mal hospitalier... Toute solution univoque est, par construction, dangereuse.

Cette seconde partie est structurée en deux sous parties.

Après une présentation des fondamentaux de l'organisation hospitalière et de notre modèle de pilotage par le projet, la première sous partie, *Les cas cliniques ou l'inscription du projet dans les terrains*, traite des interactions génératrices d'un possible « hôpital projet » à partir du processus de construction du projet d'établissement dans un ensemble de contextes et d'outils donnés. Elle consiste à illustrer la construction progressive d'une finalité organisationnelle à partir des finalités des parties prenantes au projet par le processus d'élaboration du projet d'établissement.

Dans la seconde sous partie, *Le déploiement du projet par les outils de gestion*, nous partons de la construction du projet d'établissement et de son pilotage pour examiner l'appropriation et de l'utilisation des outils de pilotage dans le projet. Elle consiste à examiner dans un premier temps le rôle joué par les outils de gestion dans la structuration des modes d'action et comment ces outils peuvent (des) servir le projet. Elle aborde dans un second temps les possibilités d'un pilotage de l'entité hospitalière à partir des processus de prises en charge, conduisant à étayer progressivement les modalités et l'idée d'un *hôpital projet*.

Première Sous Partie

**Les cas cliniques
ou l'inscription du projet
dans les terrains**

Introduction

De la représentation du projet au pilotage par le projet

Cette première sous partie est construite à partir de deux préoccupations.

La première est celle de proposer un modèle de lecture de l'organisation par le projet.

La seconde consiste à soumettre le modèle à l'épreuve des faits. Ce processus de validation du modèle s'articule autour d'une présentation détaillée de deux cas cliniques, puis de leur analyse afin de décliner notre modèle de lecture en cadres de pilotage du projet.

L'inscription du concept de projet dans les terrains consiste à le nourrir de l'action, mais avec la préoccupation toujours présente d'éviter toute « récupération » du projet par l'action, c'est-à-dire d'éviter de laisser croire que, soit ces cas cliniques puissent être des idéaux types pour le chercheur, soit qu'ils puissent dessiner des formes d'exemplarité pour les autres établissements sanitaires. La construction d'un projet est strictement singulière et ne doit pas suggérer la possibilité de sa reproductibilité, et dans le temps pour une même organisation, et dans l'espace, pour un groupe d'hôpitaux similaires.

Ce n'est donc pas dans les résultats produits, dans le fond du « projet objet » que notre préoccupation de chercheur pourra être satisfaite. Notre souci sera de rendre compte de modèles de compréhension et de pilotage, de jauger leur interaction avec la réalité de la construction du projet, mais surtout, d'analyser les méthodes en construction et les processus de structuration des projets, seuls éléments généralisables susceptibles d'être correctement transmissibles en d'autres lieux et d'autres moments.

Le plan de cette première sous partie cherche à rendre compte de cette préoccupation.

Le chapitre premier, *Un référentiel organisationnel en construction : les conditions de possibilité du projet*, présente les « fondamentaux » de la structure et des activités hospitalières, ainsi que notre modèle de pilotage par le projet.

Dans le second chapitre, *Le projet d'établissement, expression de la « stratégie hospitalière »*, nous montrons, à partir de deux monographies, en quoi et comment peut se constituer le projet de l'établissement, puis quelles sont les perspectives possibles et les limites des cas étudiés.

CHAPITRE 1

UN REFERENTIEL ORGANISATIONNEL EN CONSTRUCTION : LES CONDITIONS DE POSSIBILITE DU PROJET

Ce qui est fixé nous abuse, et ce qui est fait pour être regardé change d'allure, s'ennoblit.

C'est mouvantes, irrésolues, encore à la merci d'un moment, que les opérations de l'esprit vont pouvoir nous servir, avant qu'on les ait appelées divertissement ou loi, théorème ou chose d'art, et qu'elles se soient éloignées, en s'achevant, de leur ressemblance.

Paul Valéry,

Introduction à la méthode de Léonard de Vinci.

Rêve contre rêve.

Platon.

Introduction

Contrairement à l'industrie où la rationalité dominante est économique, différentes logiques s'affrontent à l'hôpital sans hiérarchie claire : aucune logique n'est plus légitime qu'une autre et ne s'impose, entre le souci des tutelles de répondre aux besoins sanitaires de la population, au directeur qui cherche à augmenter son enveloppe budgétaire, aux médecins et chirurgiens, dont les spécialités se complètent plus qu'elles ne s'opposent... A l'hôpital, tous les acteurs, tant médecins, que soignants, représentants des tutelles, politiques et même gestionnaires ont une attitude ambiguë voire contradictoire. L'opposition des logiques et des rationalités dans le cadre des organisations sanitaires publiques n'est pas limitée aux conflits individuels ou professionnels, elle est inscrite dans le processus de prise en charge classique du patient, où, traditionnellement, réalisation des soins et financement des soins sont fortement dissociés, rattachés seulement à une clé arbitraire, plus objet de négociation tarifaire que mode d'évaluation de l'activité hospitalière. Cette absence de rationalité dominante est une des caractéristiques du secteur : la charge de la preuve revient traditionnellement aux gestionnaires, qui doivent construire la légitimité de leur action.

Or, les « traces » de gestion remettent en cause, tant dans les pratiques que dans les représentations, ce modèle de liberté hégémonique du médecin dans la prise en charge du malade. Le développement du management à l'hôpital ne vise pas la simple diffusion de techniques, il suppose « la généralisation de l'efficacité en tant que notion opératoire, structurante, à partir de laquelle les agents rapportent, *volens nolens*, toutes leurs décisions de nature organisationnelle... »⁴¹³

L'enjeu d'une gestion par le projet à l'hôpital est donc bien un enjeu de management dans la construction et la déclinaison d'une finalité organisationnelle. C'est alors la généralisation des préoccupations de gestion à l'ensemble de l'organisation qui marque le changement de « nature » de l'organisation : la systématisation d'indicateurs de gestion — certes peut-être connus et pratiqués auparavant — comme critères d'évaluation et d'attribution d'enveloppes budgétaires, les efforts de réorganisation au nom de la rationalité économique (sous la condition d'un niveau de soins au moins équivalent) modifie l'organisation hospitalière dans son fonctionnement, mais aussi dans son identité.

La double hiérarchie apparente administrative/médicale est en effet beaucoup moins évidente quand on s'attarde sur le processus de production de soins. Une attention portée sur la maîtrise du processus de prise en charge permet d'affirmer que les opérationnels soignants et administratifs ont, certes, une lourde responsabilité dans l'intervention, l'organisation, et la modélisation de la prise en charge, mais qu'ils doivent également participer pleinement à son pilotage.

Cette apparente concurrence est notamment liée au fait que l'organisation du travail repose sur des coopérations et des collaborations particulières : malgré la modélisation *a priori* des prises en charge, chaque patient nécessite au moins un diagnostic unique, une configuration minimale personnalisée de sa prise en charge. En l'absence de structure formalisée permettant une instrumentalisation, une coordination et une concertation entre partenaires, chacun négocie de son côté en court-circuitant la hiérarchie formelle.

⁴¹³ BENGHOZI, P.-J., « Les sentiers de la gloire... », art. cit., p. 60.

Dès lors, il nous semble fondamental de préciser la nature et les caractéristiques de la production hospitalière, qui déterminent partiellement le projet d'établissement, tant dans son contenu que dans son processus d'élaboration, et qui sont présentées dans la première section, *La production hospitalière : caractéristiques et perspectives pour le projet d'établissement*.

Nous présenterons ensuite dans la seconde section, *Pour un pilotage gestionnaire de l'hôpital : du projet d'établissement au projet de l'établissement*, les traits fondamentaux qui nous semblent caractériser un pilotage gestionnaire de l'hôpital, et en quoi, sous certaines conditions, il *peut* modifier *radicalement* la finalité d'une structure hospitalière.

1. LA PRODUCTION HOSPITALIERE : CARACTERISTIQUES ET PERSPECTIVES POUR LE PROJET D'ETABLISSEMENT

L'examen des caractéristiques de la production hospitalière nous semble nécessaire pour définir une perspective d'instrumentalisation du projet d'établissement. Le projet ne peut être construit et approprié par les acteurs de l'hôpital que s'il reflète un tant soit peu leurs activités quotidiennes qu'il s'agit de remettre en perspective par rapport aux missions générales de l'organisation. Pour fixer les points principaux des activités hospitalières, nous aborderons dans un premier temps la structure hospitalière et ses logiques, puis nous verrons quelles peuvent être les différentes dimensions de la « production hospitalière ». Nous verrons notamment en quoi la notion de prise en charge peut être structurante pour le projet d'établissement.

1.1 L'HOPITAL : UNE STRUCTURE PROFESSIONNELLE EBRECHÉE

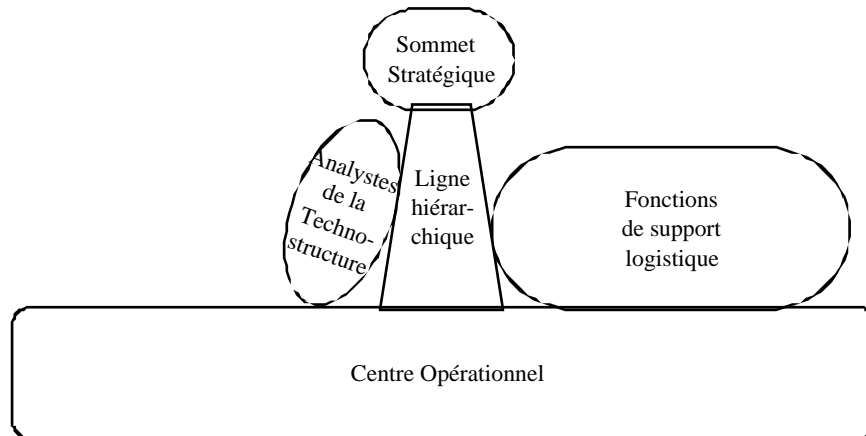
Si l'hôpital est classiquement abordé comme une bureaucratie professionnelle, ce modèle est selon nous insuffisant pour rendre compte de l'ensemble des logiques en œuvre dans la structure. Le conflit de légitimité entre médecins et gestionnaires doit être examiné. Mais surtout, l'hôpital peut être vu d'abord comme un lieu de pouvoir, de différenciation, d'intégration/exclusion avant d'être envisageable comme un ensemble d'activités juxtaposées, générant chacune leurs propres contraintes, et ce, sans pilotage performant de l'ensemble des processus de prise en charge. Selon l'expression de F. Steudler, l'hôpital est un « enjeu technique et un lieu de production, de diffusion et d'application du savoir. »⁴¹⁴

⁴¹⁴ STEUDLER, F., « Vers une nouvelle stratégie hospitalière », *Journal d'Économie Médicale*, n° 3, 1988, pp. 231-243.

1.1.1 Le socle de base : la bureaucratie professionnelle

Le modèle structurel généralement retenu dans la littérature pour appréhender l'hôpital s'appuie sur les configurations organisationnelles de H. Mintzberg, et notamment sur la bureaucratie professionnelle⁴¹⁵, dont nous présentons l'idéal type ci-dessous :

Figure 12 : La bureaucratie professionnelle, socle de la structure hospitalière



D'après H. Mintzberg, les caractéristiques de la bureaucratie professionnelle sont les suivantes :

- primauté du centre opérationnel, avec un grand nombre d'unités élémentaires (services) relativement indépendantes ; les relations sont directes avec son environnement client ;
- prépondérance du relationnel : peu de mécanismes de coordination formels sont présents. Ils sont remplacés par l'ajustement mutuel et la standardisation des qualifications (par formation et socialisation). Cette caractéristique favorise la coordination et le travail à court terme au sein des unités élémentaires de l'organisation, mais complique la gestion de l'avenir de l'hôpital comme entité ;
- faiblesses de la technostructure : très légère, elle est compensée par la standardisation des qualifications, qui s'oppose et se substitue aux formes courantes d'autres types d'organisation (standardisation par les résultats ou par les procédés...) ;
- importance de la logistique : les fonctions logistiques sont très développées et placées sous le contrôle des membres de la technostructure. Ces fonctions sont diversifiées et représentent une part importante des coûts générés. Ses formes de coordination sont différentes de celles du centre opérationnel : elles se formalisent dans une standardisation par les résultats et/ou les procédés et coordination hiérarchique interne. Cette forme de coordination se heurte souvent avec les modes de coordination des services, et peut expliquer partiellement les insuffisances de la qualité des services rendus ;
- ambiguïté du sommet stratégique : il est essentiellement voué à assurer les relations de l'organisation avec son environnement réglementaire (tutelle) et financier (assurance maladie). « En France, le poste de directeur d'hôpital cristallise toutes les ambiguïtés de l'organisation —

⁴¹⁵ MINTZBERG, H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Economica, 1982, 434 p. L'application du modèle de *bureaucratie professionnelle* à l'hôpital est développée, notamment, par CREMADEZ, M., GRATEAU, F. (coll.) : *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterEditions, 1992, chap. 1, pp. 18-22, et par CONCI-CLAVERANNE, M., « L'hôpital à la croisée des chemins, des diagnostics à la thérapeutique », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, IAE, Université Jean Moulin Lyon 3, 20 jan. 1992, 535 p., chapitre préliminaire de la deuxième partie, pp. 212-252.

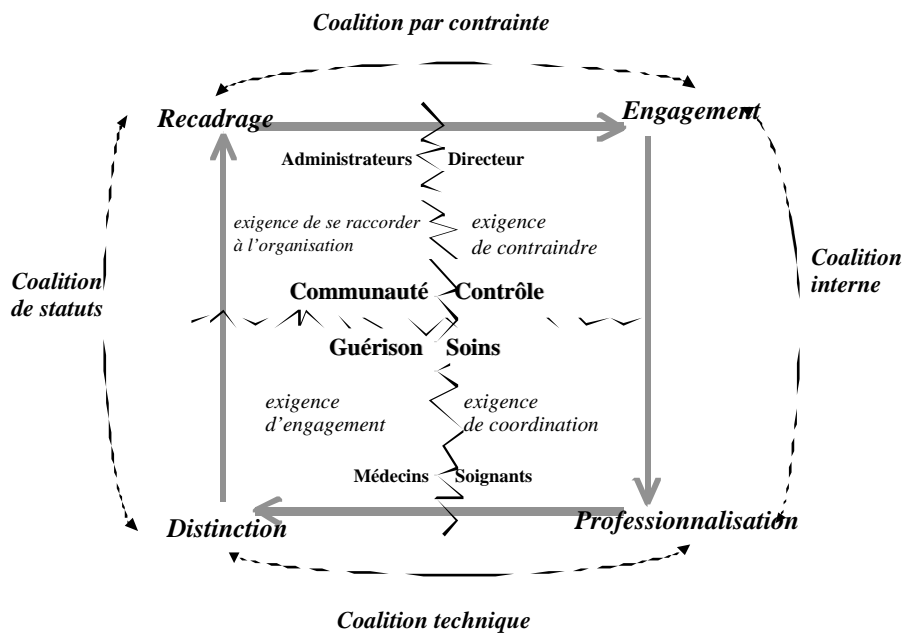
la position statutaire elle-même, nommée par le ministre de la Santé et responsable de sa gestion devant un conseil d'administration local, en est l'illustration. »⁴¹⁶ Le directeur joue donc le rôle délicat d'interface, contournée parfois, entre les centres opérationnels et la tutelle. Sa légitimité est traditionnellement issue de sa capacité à préserver le centre opérationnel des perturbations issues des tutelles, des changements politiques...

- absence de ligne hiérarchique, qui est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel : le directeur n'a ni les possibilités ni les compétences pour diriger les chefs de service médicaux. L'action du directeur se focalise donc sur l'administration directe des services fonctionnels et de la technostructure, et sur la concertation au sein des instances de l'hôpital, comme la commission médicale d'établissement, la commission technique d'établissement, etc. On constate ainsi une multiplication des systèmes parallèles de concertation, de manipulation, et d'influence. La multiplication des réunions a une vocation discursive, mais pas nécessairement délibératoire.

L'hôpital est donc une organisation professionnelle, avec son double système d'autorité, dont la combinaison est une source de tension⁴¹⁷.

Toutefois, le modèle de la bureaucratie professionnelle a plus été appliqué à l'hôpital par ses lecteurs que par H. Mintzberg lui-même. Jugeant ce modèle limité⁴¹⁸, H. Mintzberg a proposé un cadre conceptuel reposant sur les « quatre mondes »⁴¹⁹ ou « quatre C »⁴²⁰ (*care, cure, control and community*), dont nous présentons ci-dessous une version adaptée (traduite et adaptée par nous) :

Figure 13 : Les "quatre mondes" hospitaliers de S. Glouberman et H. Mintzberg



⁴¹⁶ CREMADEZ, M. GRATEAU, F. (coll.), *op. cit.*, p. 21.

⁴¹⁷ STEUDLER, F., art. cit., p. 239.

⁴¹⁸ Ces limites étant selon nous liées au modèle même de la configuration, avec ses frontières relativement figées.

⁴¹⁹ GLOUBERMAN, S., MINTZBERG, H., « Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part 1 : Four Worlds », *Working Paper*, Montréal, Mc Gill, oct. 1992, 34 p.

⁴²⁰ dont une analogie avec les fameux « 5 P » serait équivoque, puisque ces derniers expriment une typologie, alors que les « 4 C » modélisent une tension dans une organisation particulière.

La « communauté » et son exigence de se raccorder à l'organisation représente le monde des administrateurs, un « monde communautaire » avec son conseil d'administration, qui surplombe l'organisation, qui cherche à s'ancrer dans l'organisation, à étendre son influence par un réseau de relations. Le monde du « contrôle » et son exigence de contraindre est celui des « administratifs » avec ses composantes hiérarchiques, qui tend à exercer et renforcer son autorité de contrôle. Le monde de la guérison est celui des « professionnels médicaux », des médecins qui interviennent pour guérir et qui ont besoin de s'investir pleinement dans les actes qu'ils réalisent et prodiguent. Leur engagement est avant tout une production d'actes, de cas. Enfin, le monde des « soins » est celui du personnel soignant, qui prodigue les soins. Il est caractérisé par un enchaînement des tâches et marqué par une exigence perpétuelle de coordination.

Ces quatre mondes sont en interaction les uns les autres et tendent chacun, à leur manière (et à leur tour), de maîtriser le système.

L'administrateur tentera de se substituer à l'administratif, le directeur, en recadrant ou déplaçant les rôles de chacun, mais une coalition par contrainte peut tout à fait être présente entre ces deux mondes, notamment pour obliger les deux autres mondes à fonctionner différemment.

En France, l'attitude de l'administrateur variera en fonction de la nature de l'établissement : en clinique privée à but lucratif, il peut se confondre avec une partie du corps médical ou de la direction et se positionne clairement en décideur. Si la clinique appartient à un groupe financier, l'administrateur et la direction retrouveront une forme de coalition par contrainte régie par des dispositifs économiques et une logique de groupe. Pour les établissements rattachés à la mission de service public, l'administrateur jouera un rôle différent selon que l'établissement est public ou privé à but non lucratif. Pour le public, le pouvoir de l'administrateur se limite à des interventions ponctuelles liées à des opportunités : le maire de la ville, président du conseil d'administration joue à ce titre plusieurs rôles, tant au niveau local, que national, qui dépassent les seuls intérêts de l'hôpital pour intégrer une logique de développement local. Les administrateurs des établissements privés à but non lucratif sont le plus souvent des représentants d'associations (mutualistes), dont les intérêts se situent à la fois dans la préservation de la structure (et donc sa pérennité économique) et dans la panoplie de l'offre hospitalière pour les mutualistes, « propriétaires » diffus de l'établissement.

L'engagement du directeur pourra se focaliser sur les services, en tentant à son tour de déplacer son rôle et de régler les problèmes internes aux services, notamment en instaurant une coalition interne, encore ponctuelle, entre le corps infirmier et lui. Le directeur se trouve en position de conflit avec le corps médical, toutes structures confondues. Toutefois, une coalition d'ensemble peut se constituer quand la nécessité de se présenter de façon unifiée s'impose pour maintenir sa position (en terme d'offre ou de budget) dans l'environnement. Le principe d'opposition traditionnelle dans cet antagonisme médecins-directeurs s'exprime dans une disqualification mutuelle matérialisée dans les « compétences » respectives, qu'un statut de médecin-directeur (en privé par exemple) ne résout pas. Le point d'accord peut se construire dans la conjonction des projets professionnels médicaux (individuels, par discipline, médical dans son ensemble) et du projet organisationnel, à condition que ce dernier ne soit pas perçu par les professionnels comme une réponse seulement logistique.

De leur côté, les infirmières essaient de « professionnaliser » leur métier dans une démarche de mimétisme par rapport à la profession médicale et créent une coalition opérationnelle et technique avec les médecins. Toutefois, elles peuvent se rapprocher de la direction dans le cadre d'un ajustement de leur travail (travail de nuit, par exemple). Il ne faudrait cependant pas voir une uniformité simple dans le corps soignant. Le personnel soignant se trouve en fait divisé dans son rapport à la technique. On rapprochera ainsi les attitudes de soignants du bloc opératoire de ceux des services de réanimation, tandis que les soignants de médecine ou cancérologie se rapprocheront de ceux de gériatrie. Le comportement soignant est, apparemment, construit dans une dichotomie entre « technique » et « relationnel ».

Enfin, les médecins tentent de se « distinguer » de la structure, mais aussi de leurs confrères, et de jouer avec les administrateurs, proches par leur statut social, mais dont la place est convoitée.

Classiquement, le processus de distinction s'appuie sur l'acquisition et l'utilisation de la technologie dans le cadre du déploiement des techniques médicales.

On constate ainsi que la technologie est à la fois un pôle de tension et de réconciliation entre les quatre mondes hospitaliers par rapport à leur environnement commun qui est la tutelle. Pôle de réconciliation quand les parties prenantes s'associent pour l'acquisition de nouveaux matériels : les médecins renforcent la différenciation de leurs prestations, les soignants, au mieux, valorisent leurs activités cristallisées sur le matériel, au pire, actent de l'emprise croissante de la technique sur le relationnel, le directeur montre ses capacités à négocier des crédits et autorisations supplémentaires avec la tutelle, l'administrateur appuie l'action du directeur en contournant le pouvoir de la tutelle par une négociation jouée à un niveau politique.

Toutefois, cette vision focalisée sur les relations au quotidien et sur les stratégies des acteurs en place, qui a le mérite d'être dynamique, n'est cependant pas explicative des forces de fond légitimant les raisons de l'action : il convient également d'intégrer les différentes formes de légitimité en présence à l'hôpital.

1.1.2 La structure hospitalière : « légitimité » médicale et « impertinence » gestionnaire

La structure hospitalière, au delà d'une description fonctionnelle, peut également s'expliquer, plus profondément, par un découpage organisationnel suivant, non pas une logique de prise en charge du patient, mais les formes de spécialisation du savoir médical.

L'hôpital, historiquement asile et « hospitalier » des indigents, est devenu progressivement le lieu du déploiement d'une technologie de l'image⁴²¹, sorte de « machine à guérir » couplée elle-même à la logique de diffusion du savoir médical⁴²². Or, si l'on observe le découpage disciplinaire de la médecine, on constate que la structure professionnelle hospitalière a embrassé les spécialisations médicales successivement, au rythme de leur développement. Le médecin, détenteur du savoir officiel sur la maladie et ses modes de guérison, est, comme tout professionnel, légitimé par le savoir⁴²³. P. Chandernagor et M. Krichen, dans une perspective foucauldienne, parlent ainsi d'un « ordre discipliné » constitué autour du savoir et de sa diffusion, c'est-à-dire que la reconnaissance d'un praticien se fera plus par son nombre de publications que par sa capacité à soigner⁴²⁴. S'il convient de nuancer ce propos, qui est valable pour les centres hospitaliers universitaires, il faut cependant bien constater que l'hôpital est structuré aujourd'hui plus autour de l'étiologie médicale, c'est-à-dire par une articulation du savoir médical, que par une gestion de la production de soins. Cette structure s'est définitivement stabilisée dans sa logique en 1958 par la création des Centres hospitaliers universitaires et les statuts de médecins temps plein hospitaliers.

En conséquence, à l'hôpital, si les « savoirs classiques » de gestion, le modèle « rationnel » de l'administration weberienne ne sont pas spontanément légitimes, tant pour les professionnels,

⁴²¹ FOUCAULT, M., *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Institut de l'environnement, 1976, 241 p.

⁴²² Cf. : FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, et CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF 1966 (rééd. 1994 coll. « Quadrige »), 264 p.

⁴²³ auquel s'ajoute le *savoir-faire* spécifique au chirurgien, le *faire* étant réservé aux infirmières. Sur la sociologie des professions : DUBAR, C., TRIPIER, P., *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, 1998, 256 p. Sur ces processus de légitimation des professions autour et par le *savoir*, voir FREIDSON, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 500 p. Sur le pouvoir du savoir officiel sur le savoir profane, voir NATHAN, T., STENGERS, I., *Médecins et sorciers*, Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond, 1995, 162 p.

⁴²⁴ CHANDERNAGOR, P., KRICHEN, M., « La conspiration projective et ses injonctions paradoxales. L'inscription de la conduite de projet dans le champ sanitaire », in CLAVERANNE, J.-P., LARRASQUET, J.-M., JAYARATNA, N., *Projective, à la recherche du sens perdu, op. cit.*, pp. 109-122, p. 113.

que pour les patients⁴²⁵, la décision médicale peut être perçue par les administratifs comme une décision touchant à la seule relation médecin patient, hors de tout contexte social et économique : ces deux logiques, qui se superposent aujourd'hui sous la contrainte du contrôle des dépenses de santé, et donc s'opposent partiellement, se sont construits pendant cinquante ans de façon autonome, développant leurs outils et finalités propres en indépendance l'une de l'autre. Plus que de simples oppositions, les rapports entre acteurs sont complexes ; l'attitude des professionnels est loin d'être homogène, tant à l'intérieur d'une même structure qu'à l'extérieur, au niveau des communautés médicales et soignantes. On pourra pister, par exemple, cette hétérogénéité dans le comportement d'un même médecin, exerçant un mi-temps à l'hôpital le matin, puis l'après-midi dans une clinique dont il est actionnaire.

Dès lors, comment organiser l'activité de professionnels, qui touchent à l'objet le plus sacré de notre civilisation — le corps⁴²⁶ — et pour qui toute contrainte économique ou bureaucratique est vue comme une intrusion dans le libre exercice de leur pratique, dans la relation singulière entretenue avec le malade (nommé traditionnellement « colloque singulier », mais que nous qualifierions plutôt de « face à face »), dans le cadre d'une activité revendiquée comme libérale⁴²⁷ ? En période de ressources croissantes, accident de dix ans dans l'histoire millénaire de l'hôpital⁴²⁸, la question ne se posait pas : la rationalisation de l'organisation hospitalière, de l'offre de soins, collait à une logique de production, et suivait rigoureusement un développement architectural calqué sur le développement des spécialités médicales. La stabilisation de la croissance, les restrictions budgétaires, et le besoin toujours croissant d'équipements de pointe très coûteux, le regroupement des patients en associations, le mouvement mutualiste ou assurantiel toujours plus puissants, ont instauré le contrôle des ressources comme un fait social nécessaire.

Crise ontologique ou conséquence de la conjonction de phénomènes, comme les facteurs structurels, comportementaux et organisationnels, dépassant largement le cadre du financement, la gestion des hommes apparaît comme un problème singulier dans les structures hospitalières, dans lesquelles les budgets de personnel représentent de 70 à 80 % du budget courant de l'établissement, et dont les conventions collectives très favorables empêchent toute marge de manœuvre significative. Mais il ne s'agit pas de se méprendre : les modes de protection et de promotion du personnel médical et non médical, s'ils ne reposent pas sur les mêmes logiques, sont tous deux issus d'une conjonction entre un développement favorable aux structures qui a duré plus de vingt ans, et à la réglementation de droit public qui régit les établissements, et donne à ses employés le statut de fonctionnaire. Globalement, l'organisation de la charge en personnel de l'établissement de soins ne répond pas à une volonté de prise en charge du « patient »⁴²⁹, mais à l'inscription du médecin à l'hôpital public. Son arrivée dans la structure au début du XIX^e Siècle pour diffuser l'apprentissage aux pieds du malade⁴³⁰, la multiplicité des sites d'intervention, (hôpital, clinique, cabinet de ville), la généralisation tardive du plein temps hospitalier⁴³¹ (Loi Debré de 1958) sont autant de contextes historiques et sociologiques qui font que la charge de travail à l'hôpital est focalisée sur le matin, de 7 heures à 13 heures, autour de la

⁴²⁵ Sur la notion de légitimité, on pourra se reporter à LAUFER, R., *L'entreprise face aux risques majeurs — A propos de l'incertitude des normes sociales*, Paris, L'Harmattan, 1993, 320 p., notamment les pp. 39-112.

⁴²⁶ Cf. LE BRETON, D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1992, 264 p.

⁴²⁷ Notons que le paiement à l'acte, symbole de la rémunération libérale du praticien, et présenté comme immuable, était vécu comme « une humiliation pour la profession » au moment de son instauration à la fin du siècle dernier : cf. FAURE, O., *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Dunod, 1986, 226 p.

⁴²⁸ De 1970 à 1979. Historiquement, l'hôpital est en quête permanente de ressources à court terme : IMBERT, J., *Histoire de l'hôpital*, Toulouse, Privat, 1982, 512 p.

⁴²⁹ Il est intéressant de noter que, il y a encore cinq ans, quand nous avons commencé nos interventions dans le champ sanitaire, l'utilisation du mot « client » suscitait alors les polémiques les plus vives dans les structures publiques, alors que le terme ne pose presque plus problème aujourd'hui.

⁴³⁰ Cf. LÉONARD, J., *La France médicale au XIX^e Siècle*, Paris, Gallimard/Julliard, 1978, 287 p.

⁴³¹ Cf. ROCHAIX, M., *Histoire de l'hôpital de l'Ancien Régime à nos jours*, Paris, Berger-Levrault, 1997 (rééd.).

visite médicale, et que le reste du temps est assimilé dans les services à de « l'administration », la réalisation ponctuelle de soins, la surveillance.

Dès lors, le « malaise hospitalier », qu'il ne s'agit pas de contester, se trouve être plus le reflet d'une organisation en crise que d'une crise d'identité des personnels qui y travaillent. Le point de vue voulant que la crise d'identité qui traverse l'hôpital traduise un problème de légitimité dans les valeurs qui guident l'action au quotidien, même s'il est classiquement avancé, est insuffisant en tant que tel. Tout d'abord, parce que la multiplicité des identités est présente dans d'autres structures sanitaires, privées à but lucratif, sans que cette crise se manifeste sous les mêmes formes. Ensuite, parce que ces identités ont coexisté ensemble pendant près d'un siècle. Or, à partir du moment où le savoir a investi la technique, l'hôpital n'échappant pas à ce mouvement, on constate un clivage entre des personnels qui se trouvent rattachés au plateau technique de l'hôpital, et qui s'exonèrent du patient pour se focaliser sur le traitement des pathologies, et les personnels associés au *nursing*, à l'hôtellerie, et au nettoyage, aux techniques limitées, et dont la relation continue avec le patient est la gestion de la douleur et de l'angoisse. La crise en cours est plus une crise attachée à la rencontre ago-antagoniste de ces postures dans le processus de production et des rationalités associées, à leur chevauchement causé par une contrainte externe plus pressante. Enfin, les mutations technologiques et sociales ont accompagné d'une façon à peu près également homogène les différents métiers. Ainsi, la crise de légitimité qui traverse aujourd'hui l'hôpital n'est pas tant identitaire que professionnelle, elle touche plus profondément l'idée que les professionnels et le public se font du service public, de l'accès aux soins, face à un financement de plus en plus important et à des remboursements de moins en moins importants.

Il n'empêche que cette crise présente est un élément parmi d'autres qui impliquent de placer le système de production au cœur de l'analyse, absent des approches gestionnaires ou médicales traditionnelles.

Pourtant, malgré les différences de logiques d'action évoquées, les problèmes rencontrés dans le champ sanitaire ne sont pas éloignés de ceux de l'industrie, comme l'absence de critères de gestion unanimement reconnus, la présence de logiques contradictoires dans un contexte finalisé, la difficile mesure de l'activité... A partir de ces constats, on observe un double mouvement pouvant s'étayer sur la gestion : la recherche de généralisation des prises en charges, par l'importation de techniques déjà employées dans l'industrie, et l'invention de modes d'organisation originaux.

Face aux différentes rationalités en œuvre à l'hôpital, et ce, dans un cadre relativement étanche, le projet peut apparaître comme un concept subversif bousculant les rationalités présentes, et salvateur à la seule condition qu'il présente, à défaut d'une alternative générale, un modèle intégrateur de ces rationalités.

1.1.3 L'organisation hospitalière ou la juxtaposition des contraintes

L'organisation hospitalière est problématique autour de deux concepts : la gestion « impossible » du temps (du point de vue des acteurs) et la difficulté pour l'hôpital à forger des coordinations et des règles communes entre chaque service pour concilier finalités médicale, infirmière, organisationnelle et du malade. Ces difficultés s'illustrent notamment par les spécificités de l'activité hospitalière — singularité de toute activité de soin, absence de référent incontestable quant au résultat produit —, mais aussi par le mode d'organisation du travail dans les services — écart fort entre travail prescrit et travail réel⁴³² — et présentent à elles seules l'intérêt et la nécessité d'une démarche globale d'organisation autour du patient.

Afin de qualifier ces points, nous rendrons compte dans les lignes qui suivent d'une expérimentation que nous avons conduite dans le service de réanimation de la clinique *La*

⁴³² TONNEAU, D., « Organisation, logiques professionnelles et instruments de gestion », *IX^e Entretiens Jacques Cartier*, Montréal, 2 oct. 1996, 18 p.

*Cochinchine**. Son objet consistait à caractériser les étapes de la prise en charge du patient et les modes d'organisation associés dans un service de réanimation polyvalente d'une clinique lyonnaise. L'expérimentation dans le service a duré 6 mois. Nous avons conduit cinquante entretiens visant à exprimer puis décrire les activités des personnes du service. Ces entretiens ont servi de base à l'élaboration de chroniques de services, puis à la modélisation du processus de prise en charge du patient en réanimation. Nous avons couplé à ces entretiens une phase d'observation du service, étalée sur plusieurs jours, où nous avons relevé les modes d'ajustements et les rythmes du service. Chaque phase de l'expérimentation et chaque production a été validée par le personnel concerné. Suite à cette expérimentation, nous avons appliqué le modèle à d'autres services afin de tester sa transférabilité. Nous avons alors pu montrer que l'effet « structure » (taille du service, type d'établissement : CH ou CHU) et que l'effet « statut » (public/privé) ne jouaient qu'un rôle secondaire dans l'organisation opérationnelle de la prise en charge. Ces points ont été jusqu'à présent confirmés à chacune de nos interventions en établissements sanitaires. Ils touchent principalement à la gestion du temps et à la finalisation du service de soins.

1.1.3.1 Le faux problème de la gestion du temps

Le malaise de l'hôpital peut se révéler autour des perceptions temporelles dans l'organisation.

A voir l'agitation à heures périodiques dans les services, on peut se demander dans quelle mesure les acteurs ne vivent pas dans un environnement essentiellement synchronique, rythmé par trois temps forts : les examens, les visites et les repas. Deux contraintes fortes sont présentes à l'hôpital : d'un côté, la réduction du temps de travail, de l'autre la réduction du temps de présence des patients. Ainsi, on constate un décalage croissant entre les rotations du personnel et les temps de présence des patients ; et, à l'inverse, le patient n'a pas la capacité de s'exprimer rapidement sur les soins qu'il va recevoir, et notamment dans les pathologies lourdes, chroniques et difficiles. De même, la rationalisation des équipements a conduit à un chevauchement des rythmes du plateau technique (amplitude horaire, plages disponibles par heure, possibilité d'accès en urgence) et des rythmes propres du service. Plus précisément, le rythme du plateau technique n'est pas uniforme non plus : le bloc opératoire aura une activité poussée de 9 heures à 14 heures avec des écarts notoires, tandis que la radiologie fonctionnera de façon autonome de 8 heures à 16 h 30 sans grande possibilité, du point de vue de son organisation propre, d'étendre cette plage horaire. Enfin, le laboratoire en biologie rythmera les séquences du service par rapport aux horaires de passage et de ramassage des examens et au délai de transmission des résultats.

La vision du temps oscille entre synchronisme et polychronisme, où toutes les opérations semblent indépendantes et semblent se jouer aux mêmes instants. Si l'administration des soins au quotidien relève du synchronisme et de l'adaptation permanente déclenchée par la boucle présence/non présence ou arrivée/non arrivée du malade, certaines zones bénéficient d'un déroulement correct des prestations. C'est notamment le cas des laboratoires, où les personnels anticipent le nombre et le genre des examens à pratiquer. En logique avec le référent précédent, le système a pu s'organiser peut-être précisément parce qu'il est déconnecté de la trajectoire du malade.

L'activité du bloc opératoire est relativement ordonnancée également. On le présente comme une entité stable, autonome et organisée indépendamment des autres services. L'intervention chirurgicale est une activité hautement technique, réglée, programmée. Le processus est facilement identifiable et précis ; il comporte une suite de gestes successifs dans le cadre d'un protocole, de procédures parfaitement rodées et qui sert de référent commun aux différents intervenants.

Il faut donc s'interroger sur la pertinence et les possibilités d'une organisation généralisée par anticipation à l'hôpital. On constate déjà quelques îlots d'organisation par processus dans le cadre de moments de prises en charge très précis, dans le cas de risques immédiats, aux urgences par exemple ou dans les unités de réanimation, c'est-à-dire dans des niches où la technique prend le pied sur l'intangible.

Nous pensons que la contrainte économique actuelle ne permet pas de dégager suffisamment de ressources (essentiellement humaines) pour envisager l'ajout de dispositifs relationnels supplémentaires favorisant effectivement la coordination. La multiplication des réunions d'ajustement, par exemple, a pour effet de renforcer l'absence du personnel soignant auprès du patient sans pour autant susciter une plus-value sensible dans sa prise en charge. Les ajustements relationnels à la marge étayent un système fragilisé plus qu'ils ne le repensent. Ce n'est pas donc en terme de suppléments d'ajustements permettant des rencontres « soignants-médecins-administratifs » qu'il faut envisager la possibilité d'une organisation par anticipation, mais en terme de processus de prise en charge globale des patients, touchant donc à la reconfiguration des modes d'organisation à l'hôpital, affectant certes, les tâches quotidiennes, mais, plus fondamentalement, permettant d'interroger le service et sa mission *dans* l'hôpital. A partir de ce dispositif matérialisant la relation entre acteurs de la prise en charge, il nous semble alors possible de pouvoir parler de coordination des acteurs dans la prise en charge, permettant la formalisation d'une relation oscillant entre ajustement réactif et règle désincarnée.

1.1.3.2 Jeux et contradictions de la finalisation du service

Dans le cadre de l'organisation classique des établissements hospitaliers, on devrait supposer que les économies interindividuelles ont déjà été réalisées : chacun ferait, selon sa logique professionnelle ce qu'il estime être le mieux. En outre, les progrès scientifiques sont de plus en plus limités et de plus en plus coûteux dans le secteur curatif. Le principe de l'acte médical identifiable par nature à une production de soins⁴³³ se trouve aujourd'hui remis en cause : il ne suffit pas de réaliser et réussir un acte pour considérer qu'il ait une valeur intrinsèque. « Le miracle n'est pas de l'ordre de la production de guérison, mais de l'ordre de l'organisation. Comment une organisation aussi peu structurée, aussi pauvre en terme de sécurité, peut-elle survivre ? A quel coût humain ? »⁴³⁴ écrit P. Chandernagor, en pensant tant au personnel infirmier qu'à la souffrance des médecins.

L'organisation est dans ce cadre essentiellement réactive et ne porte aucun germe d'anticipation : rien n'est modélisé avant l'arrivée du patient, facteur déclencheur de l'action. La ressource n'est pas structurée, elle est en veille. Dans ce cadre, la saturation face à l'afflux non contrôlé des patients est fréquente et conduit à rallonger les listes d'attentes dans les examens et les prises en charge, et, d'une façon plus générale, dans la durée de séjour du patient. La mise en relation entre les différents intervenants dans le soin devient le facteur de risque, celui de tous les efforts et de toutes les tensions.

C'est donc dans les agencements et dans les interstices entre activités que se situent les potentiels de création et d'amélioration de la valeur du soin, c'est-à-dire que cette dernière intègre une dimension organisationnelle.

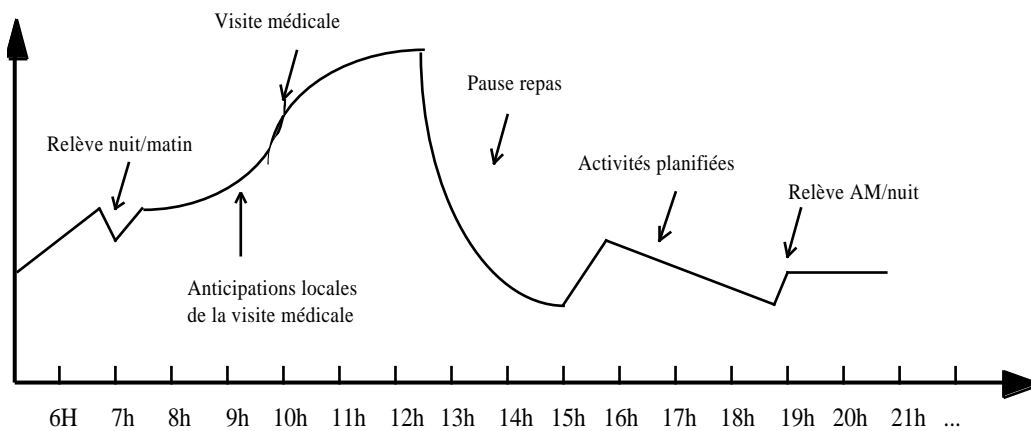
Le schéma suivant tente de représenter le rythme des activités au cours d'une journée dans un service de soins.

⁴³³ Cf. HERZLICH, C. (1995) : « De la médecine triomphante à l'ère des doutes », *La Recherche*, supplément 'La santé et ses métamorphoses', 281 : 32-34.

⁴³⁴ CHANDERNAGOR, P., « La santé : une production et des professions », in ISEOR, *Management innovant de l'hôpital et des organisations sociales*, Paris, Economica, 1995, 354 p., pp. 143-156.

Figure 14 : Charge de travail globale sur une journée dans un service de soins

Charge de travail globale



La courbe montre une organisation focalisée non autour de la prise en charge des patients, mais autour de l'événement conditionnant la prise en charge de la journée, c'est-à-dire la visite générale du matin. Il s'agit donc, globalement, d'anticiper les tâches à réaliser avant cette dernière, puis de "récupérer" la montée en charge du matin par une période assez conséquente de repos, et enfin, de finir les activités de la journée de façon plus planifiée. Ainsi, l'organisation du processus de prise en charge s'effectue non autour du malade, mais autour du groupe médical : la finalité de cette organisation n'est pas le soin au malade en tant que tel, mais le diagnostic médical. Cette visite étant elle-même peu formalisée, l'organisation qui en résulte est nécessairement réalisée *ad hoc* par ajustement mutuel : les activités s'organisent autour de l'événement médical quotidien, mais non autour d'objectifs de soins à moyen ou long terme, ni autour de leur planification.

Le degré de non formalisation des tâches ne nuit pas forcément à leur réalisation, il est même nécessaire dans un tel contexte pour des questions d'ajustements quotidiens. L'anticipation est ponctuelle et locale, ramenée à l'initiative de chacun, ce qui explique la pertinence locale et bornée de l'action, à un moment donné mais le manque de cohérence globale de l'ensemble, lorsqu'on le resitue dans un processus plus vaste. Cela explique notamment pourquoi les activités les plus indépendantes de la visite médicale du matin sont également les plus formalisées. Le degré de formalisation des tâches n'est pas corrélé avec le degré de complexité ou avec la nature des activités, mais avec la maîtrise des zones d'incertitude autour des activités intervenant dans la prise en charge.

Certains modes parcellaires d'organisation réalisés dans l'unité de soins peuvent faire penser, à la marge, au taylorisme, comme :

- la séparation entre conception de la stratégie thérapeutique (médicale) et l'exécution des soins ;
- la programmation de certaines tâches élémentaires grâce à des indicateurs de charge en soins ;
- la répartition individuelle de la réalisation des tâches.

Or, cette spécification des tâches est elle-même nuancée par la régulation du système au point qu'elle n'est pas organisatrice du système : l'ajustement mutuel est le principal mode relationnel dans la continuité des soins, les rites de passage des consignes entre soignants et entre soignants et médecins. La répartition des tâches quotidiennes dans les binômes d'infirmières ou

infirmières-aides-soignantes se réalise autant par la spécification du rôle de chacun que dans les préférences personnelles, la charge de travail du moment, le profil des malades. Ainsi, on ne peut pas parler le matin de « processus standardisé » de réalisation des toilettes des patients. L'organisation s'ajuste chaque matin et, d'une certaine manière, se réinvente chaque jour, localement.

De même, P. Zarifian⁴³⁵ note que la spécificité de Taylor réside moins dans l'automatisation des tâches que dans la dissociation entre conception et exécution de la production, par une prédétermination « scientifique » du meilleur mode d'organisation.

Les principes tayloriens peuvent être présentés en cinq points :

- définition de méthodes de rationalisation des achats, du stockage, des temps de travail ;
- élaboration d'un système de contrôle de la production reposant sur des spécialistes de la planification ;
- division fonctionnelle du travail ;
- chronométrage des tâches ;
- rémunération au rendement.

Or, si la conception est séparée assez clairement de l'exécution des tâches à l'hôpital, il n'existe pas dans ce dernier un équivalent de « bureau des méthodes »⁴³⁶. Surtout, il n'existe pas, de manière formalisée, une définition des temps de travail optimaux. Et pourtant, à observer le comportement des acteurs de l'hôpital, on constate une certaine régularité autour de certaines formes/familles de prises en charge.

Les règles informelles sont les plus déterminantes : elles régissent l'organisation plus que les procédures ; les procédures s'attachent plus au soutien logistique qu'à la réalisation de la prise en charge proprement dite. La confusion réalisée entre « protocoles » de soins et « procédures » de soins explicite l'amalgame entre le « dire » et le « faire », et confirme cette régulation informelle autour de quelques grandes notions véhiculées dans les services de soins. Ces notions relèvent tant de l'idéal humaniste (sauver à tout prix, se battre contre la mort à tout prix, privilégier le contact avec le patient) que du référent techniciste (perfectionnement des techniques de soins, recherche du matériel le plus performant, entretien de ce matériel) ou scientifique (primeur de l'observation clinique). Si la coexistence entre ces trois « mondes »⁴³⁷ ne pose guère de problèmes d'un point de vue « idéo-logique », elle n'est structurante que dans les cas d'urgences, ou les cas particuliers dans lesquels une nouvelle modalité de prise en charge est nécessaire : le service est opérant dans l'innovation, dans la création. Son corollaire est le fait que « chaque patient est unique » et que chaque acte de soins contient sa propre finalité.

Cette position réactive de l'organisation face à l'arrivée de chaque patient peut être perçue tant par les professionnels que par les patients dans le fait qu'une organisation est « inventée » pour chaque individu, que la dévotion et l'énergie passées dans la recherche de coordination sont autant d'images « qualité » de surface, particulièrement coûteuses, offrant peu de sécurité et de stabilité pour le personnel : la valeur des soins n'a dans ce contexte qu'une dimension subjective et implicite. Elle sera ainsi évaluée non seulement sur le niveau technique de la prestation, mais aussi dans l'obstination à préserver la vie pour chaque cas désespéré ou dans la capacité à innover face à de nouveaux cas. La référence à la valeur des soins ne fait en aucun cas allusion à l'organisation elle-même, qui n'est perçue que comme support logistique : il y a, dans cette représentation de la prise en charge, non pas de processus, mais une juxtaposition de prestations

⁴³⁵ ZARIFIAN, P., *La nouvelle productivité*, Paris, L'Harmattan, 1990, 212 p.

⁴³⁶ Encore que l'on voit de plus en plus se développer des « thesaurus » correspondant à des guides de bonnes pratiques médicales définissant les protocoles médicaux de prises en charge.

⁴³⁷ au sens de BOLTANSKI, L., THEVENOT, L., *De la Justification, Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, 483 p.

médicales, soignantes et logistiques. L'activité structurante reste de nature libérale dans la réalité des tâches et des missions des personnes.

Pourtant, la plupart des pathologies d'un même service sont relativement standard, et les professionnels perçoivent intuitivement le prochain type de patient accueilli. Il est donc possible d'anticiper la venue du patient avant même de connaître son nom. Mais le quotidien de l'organisation, la routine, les événements répétitifs sont ignorés. Il existe donc un terrain vierge libre pour une modélisation acceptable par le corps social autour de processus et activités standard, qui représentent cependant l'essentiel du temps médical et soignant dans la production de soins. La rationalisation du processus de prise en charge des patients s'intéressera alors aux modes d'actions qui supporteront d'être partiellement standardisés, planifiés *a priori*, et qui correspondraient à un modèle de gestion par les processus finalisé par les missions définies dans le projet d'établissement.

1.2 LA COMPLEXITE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT OU LES DIFFERENTES DIMENSIONS DE LA « PRODUCTION » HOSPITALIERE

Les différents constats et limites relevés précédemment ne doivent pas faire céder à un défaitisme face à la structuration de l'action à l'hôpital. Ces difficultés pointées ci-dessus sont autant d'indices illustrant le fait que les acteurs de l'hôpital se sont historiquement peu intéressés à la nature de la production hospitalière. Or, nous pensons qu'une construction de l'organisation hospitalière autour des processus de prises en charge est non seulement possible, mais permet, sous certaines conditions, des gains d'efficience et d'efficacité pour l'entité hospitalière. Ces processus de prises en charge déterminent (et sont à la fois orientés par) le projet d'établissement : ils déterminent, conditionnent le projet pendant son élaboration, mais se trouvent canalisés par celui-ci une fois l'accord construit autour du projet.

Nous envisagerons successivement l'hôpital comme un lieu de prestations de services, puis nous verrons en quoi une structuration autour de la prise en charge est possible. Nous aborderons enfin la façon dont la finalité du processus peut servir de référent au projet d'établissement dans sa construction.

1.2.1 L'hôpital entre lieu de production de la distinction et lieu de production de prestations de services

Le fait d'employer le terme de « production » à l'hôpital est inhabituel. On s'intéresse aux malades, aux pathologies, aux matériels, aux actes réalisés, mais la connotation gestionnaire ou ingénierique de la « production » semble inopportune, dans un premier temps du moins, dans un lieu où les producteurs directs de soins sont des professionnels du champ sanitaire. La logique apparente, affichée, ne sera pas de produire du soin, mais de susciter la guérison, de faire recouvrir au patient un meilleur état de santé.

Une illustration de cette apparente incongruité peut être trouvée dans le statut de la technologie à l'hôpital. Une lecture industrielle conduirait à lire le rôle de la technologie comme un élément permettant de favoriser qualitativement et quantitativement, dans un espace-temps, l'efficacité de la production. Or la technologie à l'hôpital est investie comme un mode de production de la *distinction*⁴³⁸. Cette distinction se décline d'abord au niveau des rapports entre médecins : la « possession » d'un scanner dernière version permet de varier les clichés en genre et en nombre, et donc de maîtriser encore plus rapidement la technique, l'angiographie numérisée permet au cardiologue de pratiquer certaines opérations du cœur alternatives à la chirurgie cardiaque... Mais la distinction se retrouve également au niveau de la direction de l'établissement, pour qui la

⁴³⁸ au sens de P. Bourdieu.

« possession » sur le site d'un équipement lourd est signe d'une reconnaissance de l'utilité de l'établissement. Elle est également un facteur d'attraction et une sécurité apparente pour le patient, qui peut revendiquer la proximité de l'équipement comme un « droit » d'usage assimilé à l'égalité d'accès aux soins. Si elle joue un rôle de valorisation de l'entité, la distinction peut être également vécue comme une *discrimination* entre praticiens, tant dans les attributions des nouveaux équipements, que dans la répartition des plages horaires et des jours entre praticiens.

Notre positionnement gestionnaire nous conduit à penser l'hôpital comme lieu de production de prestations de services et rejoint ainsi les propos d'E. Minvielle⁴³⁹. Il s'agira de tenter une caractérisation de cette production *et* de son organisation.

A. Hatchuel et J.-C. Sardas⁴⁴⁰ caractérisent le système productif comme un agencement d'entités, de ressources, de tâches et de modes de pilotage. Les entités sont les cibles des processus envisagés. Leur circulation constitue la nature des activités productives. Elles peuvent être décrites par un grand nombre d'attributs se référant à leur identité et aux relations qui permettent de les maintenir entre elles. Les « ressources » représentent, concourent à la transformation des entités. Ce sont des machines, des locaux, des savoirs, des compétences d'un acteur ou un financement. Les tâches précisent le niveau de description du processus de production en étapes ou opérations distinctes. Ce découpage peut être plus ou moins précis. Une tâche permet de croiser une entité avec les ressources mobilisées. Les modes de pilotage d'un système de production réunissent les actions réalisées par un ensemble d'acteurs, ils représentent *et* orientent le système de production. Ces modes de pilotage sont dépendants de la définition de la performance associée au système, qui peut faire intervenir les délais, la qualité, l'utilisation des ressources, mais aussi les conditions de ressources, les effets sur l'environnement⁴⁴¹.

A partir des observations énumérées dans le point précédent touchant à l'organisation hospitalière, on peut considérer que le processus majeur de production de l'hôpital est le processus de prise en charge.

D'après E. Minvielle⁴⁴², le système de production hospitalier peut être approché de la façon suivante :

- le patient est une entité qui est l'objet du processus envisagé. Chaque entité est singulière, et réactive aux actions engagées : selon son degré de participation, mais aussi selon sa volonté, le patient participe au déroulement du processus. Il est donc, partiellement, aussi une ressource du système ;

- les ressources du système sont notamment constituées du personnel des services cliniques ou logistiques, mais également des techniques utilisées et des structures du système ;

- les tâches servent de support à l'organisation du travail assurant la prise en charge du patient. Le fait de caractériser la prise en charge du patient par des tâches suppose que cette dernière peut être découpée en une chaîne séquentielle, en étapes, ce qui n'est pas sans poser de problèmes concrets de modélisation ;

- le pilotage se situe dans les unités de soins.

⁴³⁹ MINVIELLE, E., « Gérer la singularité à grande échelle », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Paris, École Polytechnique, avril 1996, 480 p.

⁴⁴⁰ HATCHUEL, A., SARDAS, J.-C., « Les grandes transitions contemporaines des systèmes de production, une démarche typologique », in TERSSAC (de), G., DUBOIS, P. (dir.), *Les nouvelles rationalisations de la production*, Toulouse, Cépaduès, 1992, 290 p., pp. 1-24.

⁴⁴¹ Cette vision de la production renouvelle profondément l'approche classique (fonctionnelle) de la production, en substituant à la technologie un ensemble de savoirs et à l'organisation la notion de « système de relations entre acteurs » : cf. HATCHUEL, A., « Les axiomatiques de la production : éléments pour comprendre les mutations industrielles », in JACOT, J.-H., MACAELLI, J.-P. (coord.), *La performance économique en entreprise*, Paris, Hermes, 1991, chap. 2, pp. 35-53.

⁴⁴² MINVIELLE, E., « Gérer la singularité à grande échelle », *op. cit.*

Or, selon nous, un des problèmes de la prise en charge classique réside dans l'absence de pilote de processus, qui soit, ou « gestionnaire des interfaces », ou organisateur des différentes séquences dans la prise en charge. Le pilotage du processus de production de soins ou de la prise en charge ne se satisfait donc pas de la seule expertise médicale, mais peut difficilement se suffire d'un ajustement entre les seules unités de soins. L'ensemble doit être *coordonné* au sein de l'établissement par une fonction qu'on pourrait désigner, par analogie, « ingénieur de production des soins », s'assurant de la mise en œuvre et du suivi du dispositif et de la formalisation des processus de prise en charge.

1.2.2 Une réconciliation possible autour de la « prise en charge »

En référence aux processus classiques de l'industrie, il est difficile de distinguer dans un processus de prise en charge un enchaînement séquentiel et uniforme entre différentes étapes. Comme le souligne E. Minvielle, la prise en charge des patients hospitalisés ne converge pas vers un seul type de processus. C'est au contraire la diversité des prises en charge qui est caractéristique du secteur hospitalier.

Un accouchement par voie basse⁴⁴³ standard et sans complication sera ainsi fortement « technicisé » dans un établissement donné rattaché à un CHU, avec une prise en charge inscrite dans des moyennes statistiques servant de référence : déclenchement de l'accouchement dans les 12 heures après l'admission, anesthésie péridurale, épisiotomie, quinze minutes pour l'expulsion finale, sinon recours au forceps ou, dès qu'un problème est suspecté, pratique d'une césarienne. Le rôle du père est celui d'un observateur, qu'on cherchera à isoler afin qu'il ne dérange pas l'acte. La prise en charge se trouve valorisée par la technique, par la rapidité, et la maximisation de la sécurité autour de l'accouchement. Dans un autre établissement, privé à but non lucratif, réalisant un nombre d'accouchements tout à fait comparable, le déclenchement pourra être moins précoce, une préparation à une anesthésie péridurale recommandée et préparée, mais moins « imposée », l'épisiotomie ne sera pas systématique, ce qui entraîne aussi un accouchement plus long, la césarienne moins fréquente. Le père pourra participer à la prise en charge en fonction de son souhait et de sa capacité à accompagner la parturiente. La prise en charge est ici valorisée par une prestation à la carte, revendiquant la possibilité de construire son accouchement. La vigilance s'imposera pour ce qui concerne la maîtrise des risques et de la sécurité. Enfin, dans un dernier établissement, privé à but lucratif, l'accouchement sera là encore hautement technicisé, mais évalué par rapport à un volume d'actes réalisés. L'anesthésie péridurale sera systématique, la césarienne un recours plus fréquent.

Non seulement la prise en charge se caractérise par sa diversité, mais elle est également variable en fonction des caractéristiques cliniques ou du comportement du malade, des conditions de l'environnement ou des habitudes de l'organisation du travail des équipes : à la variabilité du processus s'ajoute une intensification de ce dernier. Enfin, si la prise en charge se déroule dans l'unité de soins, elle est initialisée et achevée hors de l'unité de soins. Une certaine partie du processus échappe ainsi au service, ce qui a pour conséquence de limiter, du point de vue du service, les mécanismes de contrôle sur le déroulement du processus.

Dès lors, face à ce constat de la complexité du processus, sa « rationalisation » ne peut être recherchée dans une modélisation unidimensionnelle, au risque de susciter une rupture par les acteurs de la prise en charge. S'inspirant des travaux du sociologue A. Strauss⁴⁴⁴, E. Minvielle propose une « gestion de la singularité à grande échelle » qui vise à dépasser le contrôle par les simples flux et à systématiser les procédures opératoires, à les planifier d'un point de vue économique dans l'exécution des tâches, mais elle suppose également la possibilité d'une coordination de la multiplication des actions et à gérer les imprévus : la « prise en charge est un

⁴⁴³ L'exemple que nous prenons ici est issu d'établissements de la région Rhône-Alpes. Les statuts sont donnés à titre d'exemple et ne constituent pas une règle générale et univoque, mais visent à décrire des idéaux types de prises en charge variables pour un traitement donné.

⁴⁴⁴ STRAUSS, A., *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, 319 p.

processus, la relation de service, qui s'établit entre un hôpital, et un bénéficiaire, le patient usager, dans un domaine d'assistance large, le champ socio-sanitaire... la prise en charge peut en effet se concevoir comme un processus qui engage l'hôpital en tant qu'organisation productrice du service, et les patients, en tant que « bénéficiaires » de ce service »⁴⁴⁵.

Pour W. Hesbeen, la prise en charge revient à « prendre soin », c'est-à-dire « porter une attention particulière à quelqu'un dont la situation nécessite le recours aux professionnels du système de santé »⁴⁴⁶. Si cette définition se focalise sur la prise en charge infirmière comme prise en charge organisationnelle, elle reste cependant selon nous incomplète.

Plus généralement, il y a traditionnellement dans la prise en charge une dimension d'assistance sanitaire et sociale. Théoriquement, ces dimensions se trouvent fortement dissociées, tant par les structures — hôpitaux de court séjour, hôpitaux psychiatriques ou foyers d'accueil — que par les instances de contrôles — services de l'État, services de l'Assurance-maladie, conseil général — ou les modes de financement — budget global, prix de journée, capitation... Mais dans les faits, la prise en charge médicale et sociale se trouve souvent conjointe, dans l'accueil d'un sans-abri au service d'urgence, d'un drogué atteint du SIDA en psychiatrie, etc. D'autres dimensions de la prise en charge, non structurantes autrefois, prennent aujourd'hui une place non négligeable. Ce sont les prises en charge administrative, financière et organisationnelle. Enfin, une autre composante de la prise en charge est le bénéficiaire de cette dernière, qu'il soit direct/indirect ou potentiel/réel.

Pour notre part, nous entendons par « prise en charge » la mise sous tension d'une ligne de soins, c'est-à-dire la conception, la réalisation et l'ajustement de l'ensemble des prestations, techniques, soignantes, médicales, hôtelières qui concourent à soigner le malade, c'est-à-dire à améliorer son état de santé physique et psychique. La prise en charge du malade n'est donc ni sa prise en charge médicale, ni sa prise en charge soignante ou administrative, ni même leur somme ; on la considère comme un processus global⁴⁴⁷. La relation se trouve alors objectivée et peut devenir la cible d'outillages de gestion de production, qui sont utilisés dans d'autres domaines. C'est ainsi que toute organisation hospitalière « produit » de manière intégrée du soin, du séjour, de la rééducation et de l'insertion.

Symétriquement, les principes mêmes de la coordination entre acteurs d'une prise en charge, par définition transversale à l'établissement, ne peuvent être mis en œuvre selon nous que dans le cadre d'un accord plurimétiers aboutissant à la définition *a priori* des modalités récurrentes de la prise en charge et à la définition des « espaces-temps de liberté » de chaque acteur par rapport à son intervention.

Il s'agit donc, autrement dit, de *construire une gestion de production consensuelle à l'établissement qui définisse non les contenus des interventions de chacun, mais les modes de coordination entre acteurs de chaque épisode de soins*. Par exemple, dans le cas de la prise en charge du cancer du sein en phase initiale, il ne s'agit pas d'indiquer à un radiologue, au moment du diagnostic, comment réaliser une « bonne » radiographie, mais de définir les règles organisationnelles visant à optimiser le délai d'attente d'un cliché, le délai étant le critère critique à ce moment de la prise en charge.

La prise en charge s'inscrit donc dans un triptyque où se croisent :

- un champ d'activités, qui comprend des prestations spécifiques et un « prêt-à-soigner »⁴⁴⁸, englobant un standard de soins, qui va de l'admission du patient, à sa préparation systématique... l'ensemble correspondant aux routines administratives, médicales, médico-techniques, infirmières, hôtelières. Le « prêt-à-soigner » est rythmé par la perception de

⁴⁴⁵ MINVIELLE, E., « Gérer la singularité à grande échelle », *op. cit.*, p. 14-16.

⁴⁴⁶ HESBEEN, W., *Prendre soin à l'hôpital*, InterEditions, MASSON, Paris, mars 1997, 212 p.

⁴⁴⁷ au sens de LORINO, P., *Le contrôle de gestion stratégique, la gestion par les processus*, Paris, Dunod, 1991, repris et développé dans LORINO, P., *Méthodes et pratiques de la performance*, Paris, Éditions d'organisation, 1997, 512 p.

⁴⁴⁸ selon l'expression de CHANDERNAGOR, P., in ISEOR, *op. cit.*

l'urgence, qui intègre le délai, l'anticipation et la programmation de la prise en charge du patient avant son arrivée. Il est modulé par les prestations spécifiques, correspondant aux particularités du patient, tant par rapport à sa pathologie que vis-à-vis de ses attentes ;

- un champ de ressources, comprenant les technologies, les compétences spécialisées, les structures et métiers des établissements de santé, la proximité ou l'accessibilité de l'établissement ;
- l'ensemble des missions de l'établissement en terme de panier d'offre, qui délimite les frontières de la prise en charge par l'établissement, les modes d'entrée et de sortie, ainsi que l'assurance de la continuité de la prise en charge.

Ce triptyque peut être « présent » sans être activé. La mise en mouvement de l'ensemble peut être appréhendée en trois temps :

- l'existence d'une ligne de soins en place ;
- la mise sous tension de la ligne de soins, qui devient alors opérationnelle ;
- la réalisation de la prise en charge proprement dite.

Or, ce sont les interstices entre ces trois temps qui nécessitent l'attention du gestionnaire et au cours desquels se situent des phases de risque. Par exemple, l'ouverture du bloc opératoire à 7 heures du matin peut être considérée comme la mise en place de la ligne de soins. La programmation des opérations ayant lieu à 7 h 30 peut être assimilée à la « mise sous tension ». Enfin, le démarrage effectif de l'opération à 8 heures (pour des questions de retard ou de défaut de planification) constitue la réalisation de la prise en charge proprement dite.

Il est alors possible selon nous :

1°) de faire identifier par les acteurs de l'hôpital les processus, leur ordonnancement et les coûts directs qu'ils génèrent ;

2°) d'améliorer l'ordonnancement et l'anticipation de ces processus, tant dans l'ordre des tâches à accomplir que dans la nature même de ces tâches. Le gestionnaire intervient dans l'ordonnancement et dans sa mise en relation avec les ressources disponibles, les experts du soin interviennent dans la nature même des processus médicaux. L'ensemble est régulé par les missions que s'assigne l'établissement avec l'accord de sa tutelle, et que l'on peut résumer par « le juste soin au meilleur coût dans le moindre délai ».

C'est pourquoi une modélisation par les processus à l'hôpital ne peut être pleinement pertinente que sous trois conditions :

- si elle touche aux processus de prise en charge eux-mêmes, et non aux seuls aspects logistiques ou aux frontières des services ;
- si la finalisation des processus est en cohérence récursive avec les lignes du projet d'établissement, c'est-à-dire qu'elle décline le contenu du projet et, par ses principes, participe à la formulation du projet ;
- si les outils de pilotage gestionnaire suivent des critères permettant de lire la prise en charge et son évolution quantitative et qualitative.

Nous verrons dans le point suivant ce qu'on peut entendre précisément par gestion des processus, et en quoi elle est applicable à la prise en charge du patient.

1.2.3 De la prise en charge au processus de prise en charge

Après avoir présenté les concepts originels du processus dans le champ de la gestion, nous examinerons les expériences déjà réalisées à l'hôpital et leurs limites. Nous présenterons ensuite la possibilité d'inscrire la finalité du processus comme référent du projet d'établissement.

1.2.3.1 Aux origines du processus : la chaîne de valeur

La gestion par les processus, puise ses sources dans l'Activity-Based Costing et l'Activity-Based Management, initiés par R. Kaplan⁴⁴⁹ et R. Cooper⁴⁵⁰ au milieu des années 1980 aux États-Unis⁴⁵¹. L'articulation des activités en processus apparaît, au moins à l'origine, comme la mise en œuvre du concept de chaîne de valeur développé par M. Porter⁴⁵², qui a montré que la valeur fournie par l'entreprise résulte d'un enchaînement d'activités regroupées en processus, la chaîne de valeur. Elle décrit la genèse des prestations appréciées par les clients. En soi, la performance d'une activité n'existe pas. Elle n'existe que parce que l'activité participe à des chaînes productrices de valeur pour le client. La vision en terme de processus est le regard porté sur le système d'activités à partir du résultat fourni, du client, du besoin satisfait. Chaque activité de la chaîne de valeur contribue partiellement et indirectement à la création de valeur appréciée finalement par le client et par la société. Nous irons plus loin en suivant P. Lorino, pour qui « la chaîne de valeur est la combinaison des activités nécessaires à la fourniture de valeur aux clients, par delà les frontières juridiques entre entreprises et les frontières techniques entre métiers. »⁴⁵³ Mais la chaîne de valeur est également une chaîne de coûts, pour reprendre l'expression de P. Lorino⁴⁵⁴ : la combinaison plus ou moins complexe d'activités qui engendre la valeur du produit final engendre aussi son coût de revient. Si les deux chaînes sont constituées des mêmes activités, elles les structurent de manière différente. Les interdépendances du point de vue du coût peuvent être distinctes de celles qui créent de la valeur.

Pour P. Lorino⁴⁵⁵, structurer les outils et les pratiques du pilotage renvoie à la possibilité de représenter utilement pour l'action la genèse de la valeur dans l'entreprise et la formation du couple valeur coût. Ainsi, la valeur est le jugement porté par la société sur l'utilité des prestations offertes par l'entreprise comme réponse à des besoins. Elle exige donc la rencontre de deux entités physiques : des clients et des produits, et la rencontre de deux notions portées par ces entités : des besoins et des prestations satisfaisant ces besoins.

Pour réaliser les produits porteurs de prestations, il faut consommer des ressources. Le coût sera la mesure monétaire des ressources consommées. La gestion par processus visera donc la maîtrise et l'amélioration du couple coût-valeur.

A partir des apports de P. Mevellec⁴⁵⁶ et P. Lorino⁴⁵⁷, nous considérerons qu'un processus est un ensemble d'activités :

- reliées entre elles par des flux d'information ou de matière significatifs ;
- qui se combinent pour fournir un produit matériel ou immatériel important et bien défini.

Pour P. Mevellec, une activité est un ensemble de tâches élémentaires et d'actions réalisées par un individu ou une équipe, faisant appel à un groupe homogène de savoir-faire, ayant un

⁴⁴⁹ KAPLAN, R. S., « Il faut modifier nos méthodes comptables ! », *Harvard L'Expansion*, printemps 1985, pp. 53-60.

⁴⁵⁰ COOPER, R., KAPLAN, R. S., « Profit Priorities from Activity-Based Costing », *Harvard Business Review*, vol. 69, n° 3, mai-juin 1991, pp. 130-135 ; COOPER, R., « Le contrôle de gestion ne répond plus », *Harvard L'Expansion*, n° 57, août 1990, pp. 52-58.

⁴⁵¹ Pour une analyse critique de *l'Activity-Based Costing*, voir VINOT, D., « De la comptabilité analytique à la comptabilité par activités : relectures du discours gestionnaire dans le cadre d'un nouveau paradigme », *Mémoire de DEA en sciences de gestion*, Lyon, Programme Doctoral de Gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, sept. 1994, 116 p.

⁴⁵² PORTER, M., *L'avantage concurrentiel*, Paris, InterEditions, 1986.

⁴⁵³ LORINO, P., *Méthodes et pratiques de la performance*, op. cit.

⁴⁵⁴ LORINO, P., *Le contrôle de gestion stratégique*, op. cit.

⁴⁵⁵ LORINO, P., *Méthodes et pratiques de la performance*, op. cit.

⁴⁵⁶ MEVELLEC, P., « Plaidoyer pour une vision française de la méthode ABC », *Revue Française de Comptabilité*, n° 251, déc. 1993, pp. 36-44.

⁴⁵⁷ LORINO, P., *Méthodes et pratiques de la performance*, op. cit.

comportement cohérent du point de vue des coûts et des performances (donc pouvant faire l'objet de mesures globales pertinentes), pouvant être caractérisée globalement par des inputs et un output communs bien identifiés, et ayant effectivement ou potentiellement une importance significative pour la performance de l'entité analysée⁴⁵⁸.

Les processus sont constitués d'activités : ils offrent donc une description de l'entreprise en termes opératoires et non en termes politiques ou organisationnels, ils sont descriptifs et non normatifs. Le processus peut correspondre à un flux matériel ou informationnel, avec une forte évidence observable. Il se distingue donc de la fonction et du domaine de responsabilité et semble être un pont intéressant entre les activités et la valeur, d'autant plus qu'il n'y a pas nécessairement correspondance simple entre le système d'activités de l'entreprise et les prestations qu'offre l'organisation.

1.2.3.2 Les expériences déjà réalisées dans le champ hospitalier et leurs limites

Des expérimentations partielles de gestion par activités processus à l'hôpital ont déjà été réalisées. Leur portée est toutefois inégale.

L'AP-HP a tenté de construire un outil de contrôle de gestion complémentaire au PMSI intégrant des données d'activité médicale à partir d'un découpage pragmatique des hôpitaux en unités fonctionnelles pertinentes⁴⁵⁹. Toutefois, cet outil reste pertinent pour la gestion de l'ensemble de l'AP-HP, mais ne peut servir directement les acteurs du soins au niveau des services. Une critique analytique de l'utilisation des résultats du PMSI dans l'élaboration d'un contrôle de gestion confirme les limites d'un tel dispositif⁴⁶⁰.

Le travail de fond effectué par T. Garrot⁴⁶¹ a pu montrer la faisabilité d'une démarche de gestion par les activités à l'hôpital, mais reste appliqué aux seuls services logistiques et se trouve être, *in fine*, une transposition légèrement adaptée de la comptabilité par activités au secteur hospitalier. Dans un champ plus technique, une recherche intéressante par sa perspective transversale a été réalisée par le CRET-LOG sur la conception d'un système d'information logistique centré sur les flux⁴⁶².

De même, le système basque de santé a, côté espagnol, expérimenté un système de gestion par processus qui porte sur les « soins primaires », c'est-à-dire les soins médicaux délivrés en dispensaire à un niveau extra-hospitalier⁴⁶³. Le niveau de soins délivré est basique et ne nécessite jamais une hospitalisation. La prise en charge des patients a été décomposée dans des catégories plus larges que le découpage médical classique. Ainsi, la réduction de fracture sera intégrée dans le processus « aide de première urgence », avec la définition de procédures *a priori*, au lieu « d'inventer » une solution pour chaque malade nouveau se présentant. Les dispensaires

⁴⁵⁸ MEVELLEC, P., « Coût complet à base d'activités : une étude comparative », *Revue Française de Comptabilité*, n° 216, oct. 1990, pp. 83-91.

⁴⁵⁹ MERLIERE, Y., « Un outil de redéploiement des bases budgétaires des hôpitaux », *Gestions hospitalières*, oct. 1995, pp. 610-616, et KIEFFER, R., MERLIERE, Y., « L'expérience de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris dans la mise au point d'indicateurs d'évaluation économique des activités hospitalières », in *Actes des XIV^e Journées nationales des I.A.E.*, Nantes, Presses Académiques de l'Ouest, 1998, t. 4, pp. 333-344.

⁴⁶⁰ CLUZE, G., « Performance et hôpital », in ECOSIP, *La performance renouvelée*, L'Harmattan, à paraître, 1999, chap. 8.

⁴⁶¹ GARROT, T., « Le management des activités en milieu hospitalier — Pour un contrôle de gestion intégré », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Nice Sophia Antipolis, déc. 1995, 538 p.

⁴⁶² ROMEYER, C., FABBE-COSTES, N., MICHEL, C., COSTES, O., « L'introduction d'un 'Système d'Information Centré sur l'Activité' vecteur d'une amélioration de la gestion des flux et d'un changement organisationnel : le cas du CHITS (Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne), in *Actes des 2^e Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique*, Marseille, jan. 1998, n. p.

⁴⁶³ LOPEZ DE GAUNA, P., « Le concept de processus adapté au milieu médical », *Actes des 2^e Journées de Projectique*, Bayonne — San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 101-114.

s'imposent alors comme des centres régulateurs du système sanitaire et ont permis de garder maintenu le contact souvent rompu dans la prise en charge.

Toutefois, l'expérimentation reste limitée à des sites déterminés, et n'a pas résolu le problème de la responsabilité du processus. Le pilote de l'expérimentation note également le risque d'une implantation brutale de ce dispositif dans l'organisation sanitaire, alors qu'une connaissance fine des organisations, et des logiques des groupes est nécessaire pour rendre la logique du processus légitime et pertinente aux yeux des acteurs de la prise en charge.

Une expérimentation approfondie a été réalisée dans un établissement de soins de moyen séjour par le GRAPHOS et a donné suite à une publication⁴⁶⁴. Cette dernière a pu montrer la faisabilité d'une gestion par les processus dans un établissement de soins. Si la méthode est appropriée par les acteurs de l'établissement afin que la modélisation des processus soit pertinente, elle n'a pas poussé la déclinaison de la logique jusqu'au pilotage par les processus et au chiffrage de ces derniers en terme de coûts, qualité, délais. En outre, si elle a permis de montrer l'intérêt et l'opérationnalité du dispositif, elle a selon nous fait une part trop belle aux processus connexes aux processus de prise en charge, qui sont au cœur du système. Une expérience réalisée à l'hôpital St-Joseph à Marseille⁴⁶⁵ a affiné le dispositif au niveau du service des urgences et a conduit à une description et une analyse fine des processus (8 situations d'accueil, minutage des tâches par fonction...), mais n'a pas osé pousser la logique en place jusqu'à la reconfiguration des processus ou la formalisation de tableaux de bord du pilotage du service.

Le CHU de Strasbourg⁴⁶⁶ a développé les techniques ABC et ABM permettant d'envisager des tableaux de bord prospectifs focalisés sur les processus de soins clairement focalisés sur la performance, et débouchant sur des contrats d'objectifs internes. Diverses techniques de gestion ont été utilisées dans leur prolongement (target costing, benchmarking) pour conduire à une amorce de *pilotage stratégique* de l'hôpital. Si l'expérience de Strasbourg est dans, dans le champ gestionnaire, une des plus abouties à notre connaissance, elle peut se trouver selon nous limitée par deux facteurs. Le premier est sa connotation strictement gestionnaire, peu calquée sur les activités en œuvre dans les trajectoires des patients. Le second est la « fuite en avant » dans l'outil de gestion, sans réelle possibilité de distanciation par rapport aux résultats et chiffres produits.

Ainsi, une gestion par activités ne peut être opérante que si elle s'insère dans un cadre plus large que le service ou l'établissement, qui est le réseau de soins. La construction d'une gestion anticipatrice de la production de soins doit se focaliser, non sur les seuls services de soins services logistiques ou l'entité hospitalière (c'est-à-dire sur des structures), mais sur les processus de prise en charge des patients.

Toutefois, ce processus ne peut être modélisé sans *guidance* : une apparente et illusoire description par les acteurs de la prise en charge doit être préférée à une construction finalisée, à une mise en congruence de leur représentation de la prise en charge, qu'il s'agit d'orienter par et pour le projet d'établissement.

1.2.3.3 La finalité du processus comme référent du projet d'établissement

La gestion des processus vise à désigner des formes organisationnelles adaptées aux caractéristiques de ces processus, ce qui suppose donc de fixer *a priori* un cadre de

⁴⁶⁴ GRAPHOS - CRAM Rhône-Alpes, *Relire les systèmes de santé par les activités et les processus, l'expérimentation de Morancé au service d'une relecture de l'hôpital*, Lyon, Editions de la CRAM Rhône-Alpes, 1996, 136 p.

⁴⁶⁵ ROTH, O., « Analyse descriptive du processus de prise en charge du patient, au service des urgences de l'hôpital St Joseph à Marseille », *Mémoire de DEA MASS*, Université Jean Moulin Lyon 3, sept. 1998, 115 p. + Annexes.

⁴⁶⁶ Cf. le dossier spécial : FAUJOUR, V., (coord.), « Outils de gestion et management hospitalier, mélanges et assortiments », *Gestions hospitalières*, juin-juil. 1998, pp. 400-445.

rationalisation qui sert de référent. Autrement dit, il s'agit d'expliciter le référent support de la modélisation par processus. Aussi est-il nécessaire de s'attarder sur la question de savoir en quoi et jusqu'où il est possible d'envisager une forme de rationalisation de la production hospitalière autour des processus de prise en charge. En effet, les entraves apparentes à une rationalisation *a priori* se formalisent dans les discours notamment autour de l'impossibilité de définir des catégories générales de prise en charge en raison de la variété des cas et du caractère aléatoire de la trajectoire prise par chaque malade.

Or, si cette finalité est définie exclusivement par rapport à la prise en charge *médicale*, il semble en effet délicat de procéder à une généralisation qui resterait pertinente. De même, une finalité définie sur des critères *techniques* semble insuffisante et peut conduire à une dérive instrumentale non justifiée. Il reste selon nous la possibilité d'inscrire la finalité de la prise en charge par rapport aux missions que l'hôpital se donne dans le cadre de l'élaboration de son projet d'établissement. Dès lors, elle intègre par nécessité une dimension médicale et technique, et s'inscrit aussi dans un champ plus large, qui relève des dispositifs organisationnels, du choix des activités retenues ou abandonnées, du niveau de qualité associée à ces activités. Cette sédimentation progressive de la finalité associée à la prise en charge n'est pas linéaire ; elle s'inscrit d'abord dans les savoir-faire et les objectifs des acteurs de l'organisation avant de se décliner de façon plus ou moins cohérente dans un projet d'établissement qui, à son tour, sert de référent dans la formalisation des processus de prise en charge.

C'est ici que se rejoignent, momentanément, l'axe de recherche d'une approche scientifique de gestion et les identifiants de gestion que peut souhaiter déterminer un dirigeant d'établissement de soins, notamment les tableaux de bord.

Nous verrons dans la section suivante en quoi la conception du projet d'établissement peut servir de support à la construction du projet *de* l'établissement, puis à son pilotage par les processus de prise en charge.

2. POUR UN PILOTAGE GESTIONNAIRE DE L'HOPITAL : DU PROJET D'ETABLISSEMENT AU PROJET DE L'ETABLISSEMENT

La constitution d'un projet d'établissement par un hôpital s'inscrit dans un existant dont il convient de rappeler le champ de possibilités et de contraintes, telles que nous les avons présentées en première partie.

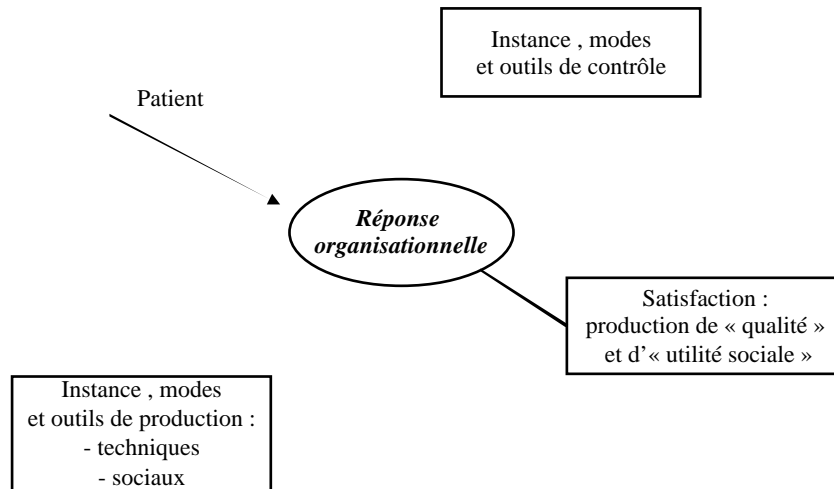
L'établissement a l'obligation réglementaire de produire un document dans lequel il énonce ses orientations stratégiques pour les cinq années à venir, et nommé « projet d'établissement ». Ce document doit être approuvé par un GIP, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), dont les réponses ne sont pas nécessairement uniformes, puisqu'elle est constituée pour partie des agents de la DRASS chargés de l'hospitalisation publique, des personnels de la CRAM chargés de l'hospitalisation privée, historiquement séparés et d'une équipe rapprochée limitée, composée d'experts aux missions transversales. Le processus d'approbation de la tutelle est donc une donnée à intégrer. L'approbation du projet d'établissement est aujourd'hui d'autant plus importante pour l'hôpital que le processus de contractualisation du budget de l'établissement en découle et conditionne les ressources de l'établissement pour cinq années, par l'intermédiaire des contrats d'objectifs et de moyens. La région elle-même se trouve cadrée et orientée par le Schéma régional d'orientation sanitaire (SROS), définissant les priorités à mettre en œuvre et à partir desquelles sont évalués les projets d'établissement. Le dispositif de construction du SROS est issu à la fois de l'ensemble des projets des établissements et des travaux d'un groupe projet piloté par l'ARH.

La construction du projet d'établissement se trouve alors dans un contexte sous tension, lui-même en constante structuration, dans lequel il s'agit d'intégrer les règles existantes (SROS, procédures budgétaires, projets d'établissements existants des autres structures) et de comprendre les dynamiques en cours afin d'anticiper les règles à venir (SROS suivant et groupe projet associé, futures priorités affichées, changements des règles de négociation, reconfiguration de l'offre globale de soins).

A partir de cette compréhension du contexte, le projet de l'organisation découle du projet approuvé. Mais il n'est pas sa simple déclinaison : comme document, le projet approuvé est l'expression finalisée d'une volonté d'ensemble un peu cohérente qui gomme le processus par lequel l'organisation a produit son projet. Ce projet de l'organisation ou *de* l'établissement, est l'instrumentalisation du projet d'établissement approuvé qui permet à la fois de restructurer les modes d'action en cours et de décliner le contrat d'objectifs et de moyens. Mais plus profondément, il exprime une finalité partagée par un groupe moteur de l'organisation à un moment donné. Le projet de l'organisation sera alors, certes le document remis à l'ARH qui est un socle, mais aussi la « courbe enveloppe »⁴⁶⁷ des projets individuels, catégoriels, départementaux ou transversaux qui le constitue, qu'on peut considérer comme une réponse organisationnelle plus ou moins cohérente. Le schéma suivant illustre notre propos.

⁴⁶⁷ Selon l'expression de J.-P. Claveranne.

Figure 15 : Le projet comme réponse organisationnelle



La réponse organisationnelle faite au patient formulée par le projet se trouve alors prise dans un champ de contraintes non uniforme où jouent :

- les représentations individuelles, sociales et institutionnelles de la « satisfaction » du patient, à travers la production d'une « qualité » des prestations sous le principe d'une utilité sociale de ces prestations ;
- une instance de contrôle avec ses modes et outils, que l'on trouve tant au niveau de la région par la présence de la tutelle que de l'établissement, l'ensemble étant plus ou moins homothétique à l'hôpital public ;
- une instance de production, également avec ses modes et outils, qui sont tant d'ordre technique que social.

Nous pouvons illustrer cette représentation par le maintien ou non d'une maternité dans un établissement. La réponse organisationnelle sera prise en tension entre les différents pôles : capter le maximum de patients (donc garder une maternité à tout prix) ou sélectionner les pathologies (la question du maintien de la maternité ne va pas de soi). La satisfaction du patient pourra ainsi être exprimée par la proximité du lieu d'accouchement, tandis que, pour la société, le critère de sécurité est prépondérant, en supposant utile le maintien d'une structure produisant peu d'accouchements pour un coût élevé. L'instance de contrôle pourra appliquer des indicateurs quantitatifs (la fermeture pour toute structure à moins de 300 accouchements par an), mais aussi des incitatifs (autorisation des accouchements sans complication, avec signature d'une convention avec un établissement hautement qualifié pour les prises en charge de grossesses à risques). L'instance de production exprimera un niveau minimal d'organisation nécessaire à l'organisation de la prise en charge de l'accouchement (présence d'une garde de sage-femme, réponse d'un obstétricien de garde dans les 15 minutes) issu de son mode habituel de fonctionnement et des ressources techniques et humaines mobilisables.

Si cette réponse peut être « émergente », on voit qu'elle nécessite une mise en cohérence minimale qui peut se trouver intégrée dans un processus plus large qui est l'élaboration du projet d'établissement.

Toutefois, comme ce projet se trouve porté par un ensemble de groupes dont les finalités ne se recoupent que partiellement, le projet organisationnel se trouve pris dans une tendance permanente à son détournement : l'appropriation du projet par ses parties prenantes procède de son assimilation et de sa perversion... elles-mêmes inhérentes à la capacité de l'organisation à produire un projet renouvelé. Trop adapté à l'organisation, le projet s'éteindrait d'immobilisme, trop décalé, il serait rejeté par le corps social de l'hôpital, trop durable, il isolerait l'organisation

dans une mission déconnectée de son contexte, trop éphémère, il succomberait aux caprices de la mode.

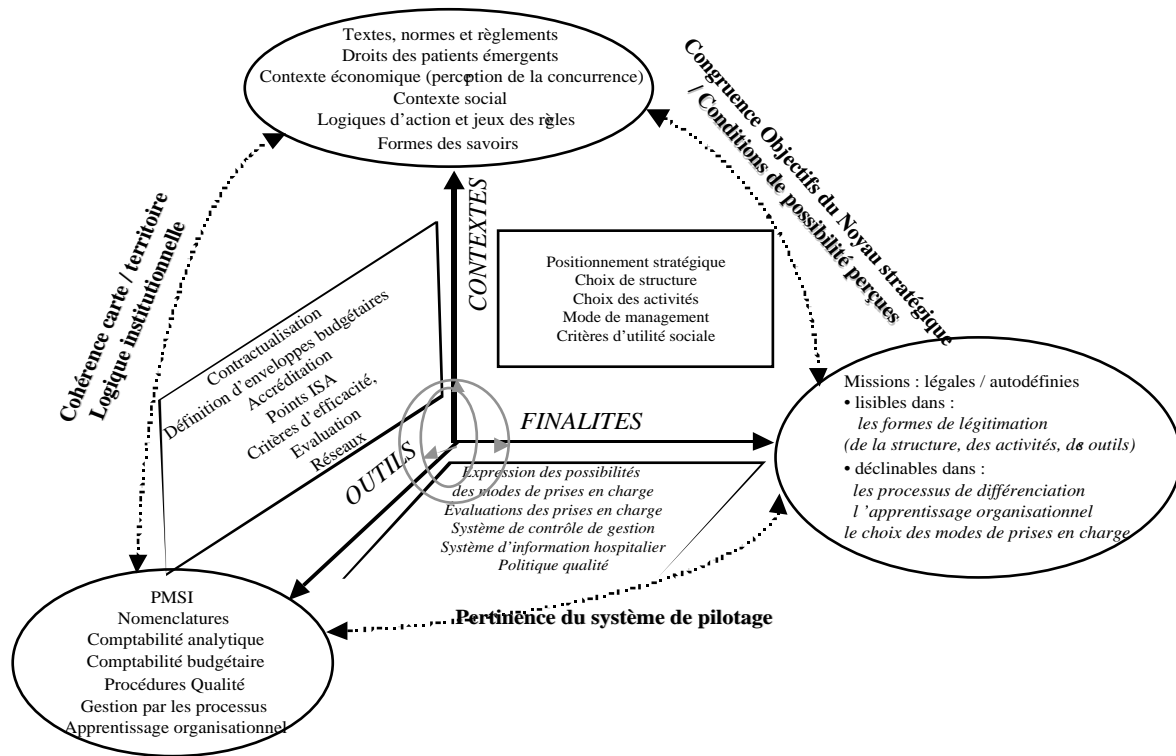
C'est alors dans ce champ de tensions que le pilotage gestionnaire du projet inscrit sa légitimité. Un contrôle de gestion du projet consiste en effet à ne pas figer la finalité construite par les groupes et à ne pas la laisser succomber à un emballement explosif. Le contrôle du projet consiste alors à éviter deux écueils, l'immobilisme d'un projet réglementaire et l'autonomie d'acteurs conduisant à ce que les projets personnels se confondent trop au projet organisationnel.

Ces lignes de contraintes posées, nous pouvons alors présenter notre modèle de pilotage par le projet d'établissement.

2.1 UN MODELE DE PILOTAGE PAR LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Nous proposons un modèle gestionnaire intégrateur du projet d'établissement, dont la finalité consiste à proposer une logique de *congruence* des mode d'actions, des finalités et des outils en rapport avec le projet d'établissement.

Figure 16 : Un modèle de pilotage par le projet d'établissement



Ce modèle de pilotage par le projet d'établissement s'inscrit dans un espace à trois dimensions, qui sont les finalités associées au projet, les contextes et les outils structurant le projet :

- les finalités sur lesquelles se retrouvent les parties prenantes au projet s'incarnent dans les missions de toutes natures que l'organisation se donne. Elles visent à construire, selon nous, et prioritairement, la recherche d'une *légitimité propre* de la structure, des activités et outils déployés. A la différence des perceptions classiquement en œuvre dans le champ sanitaire, qui

conçoivent la structure hospitalière comme une logistique fonctionnelle au service des soignants et médecins, ces missions propres consistent à exprimer la singularité de la structure dans l'offre de soins. Il s'agit donc d'une légitimité par *différenciation* qui ne peut être définie *a priori* mais se trouve construite par un accord minimal du noyau stratégique, certes sur le contenu de cette finalité, mais surtout sur capacité à exprimer des buts spécifiques à l'organisation. La conséquence de cette construction d'une légitimité singulière passe par le projet organisationnel, s'appuyant sur la définition des *modes de prises en charge*. Elle découle directement de la précédente, puisqu'elle force les acteurs de la structure à expliciter leurs choix de prises en charge sur deux niveaux : dans le cadre de la continuité des soins, avec les autres structures ou intervenants de ville du champ sanitaire et social, et également dans le cadre de la continuité interne des activités à réaliser. L'ensemble du dispositif ne peut fonctionner que s'il est catalysé par une démarche d'apprentissage organisationnel, qui, plus qu'un moyen, doit également être considéré comme une finalité organisationnelle permettant à la structure de s'adapter à ses nouveaux choix ou à de nouvelles contraintes perçues ;

- les contextes dans lesquels baigne le projet d'établissement peuvent être appréhendés comme des strates multiples, qui cadrent partiellement les modes d'action. Ces strates sont de deux ordres. Le premier est l'ordre « objectif », qui reprend les textes et normes, le cadre d'orientation sanitaire régional, les priorités nationales, les droits émergents des patients, et d'une façon plus générale, les contextes économique et social. Il reprend aussi les formes de savoirs dans lesquels s'inscrit l'action. Par exemple, le savoir médical conditionne l'action médicale, la formation spécifique d'un directeur d'établissement le pousse à agir plus ou moins conformément aux règles administratives qu'il connaît, les médecins inspecteurs de l'assurance maladie contrôlent les établissements dans une logique médicale... étant donné que ces savoirs se recoupent ou non, se chevauchent, se contredisent ou s'ignorent. Le second ordre est intersubjectif. Il joue sur les représentations que les acteurs du secteur sanitaire se font les uns des autres. Il touche principalement aux « jeux » des règles, aux espaces d'imprévu, aux processus de contournement des règles, à leur détour.

Le mode de perception de ces contextes dans l'élaboration du projet d'établissement est évidemment capital. Il importe peu de savoir si ces contextes sont objectivement contraignants : c'est la perception de la contrainte externe par les acteurs internes à l'établissement qui est fondamentale. Le projet pourra être « lancé » à partir d'une perturbation des perceptions de cette contrainte. Un des premiers travaux de conditionnement du projet consiste à revisiter cet espace de contrainte, sous les deux aspects précisés ci-dessus, afin de montrer la relativité et la fragilité des points de vue et des positions de chaque acteur autour de l'établissement. La contrainte perçue peut être de plusieurs ordres : menaces de concurrents, risque de baisse des dotations budgétaires, incapacité à recruter ou stabiliser du personnel médical qualifié, baisse de la fréquentation de l'établissement, etc. A partir de la contrainte perçue initiale, on pourra, pour susciter la perturbation, relire le champ concurrentiel (par exemple, non plus par rapport à la dichotomie public/privé mais par rapport à l'offre de soins sur un segment donné : l'obstétrique). On pourra également expliciter les règles d'allocation budgétaire et procéder à des simulations pour les années à venir ;

- les outils disponibles, présents *ex ante* au projet, conditionneront à la fois les perceptions des contextes et la possibilité de décliner le projet en axes opérationnels. On peut bien sûr envisager de construire de nouveaux outils de perception du contexte ou de pilotage en s'assurant de leur appropriation, mais on peut aussi relire les outils présents et leurs modes d'utilisation dans l'établissement. Ces outils peuvent être spécifiques à l'établissement (comptabilité analytique, comptabilité budgétaire), ou intermédiaires entre l'établissement et sa tutelle (PMSI, points ISA), ou issus de référentiels nationaux et internationaux (évaluation médicale, assurance qualité), ou importés d'autres secteurs (gestion par les processus, procédures qualité).

A partir de ces trois axes donnés, le pilotage par le projet s'exprimera par le déploiement de trois logiques issues des interactions entre finalités, contextes, et outils :

- l'interaction entre finalités et contextes s'inscrit dans une logique de congruence entre les objectifs du noyau stratégique et les conditions de possibilités et marges de manœuvres qu'il percevra. Cette congruence se matérialise et se formalise dans la production d'outils « stratégiques » issus du positionnement, mais aussi dans l'adoption de structures spécifiques (départementalisation, pôles de prises en charge par exemple), dans la sélection des activités médicales réalisées dans l'établissement (à développer, maintenir, abandonner), dans les priorités que l'établissement se donne à partir de ce que le noyau stratégique considère comme les missions essentielles de la structure, dans les modes de management pratiqués par l'encadrement gestionnaire, médical et infirmier. L'ensemble peut être arbitré par des critères dits « d'utilité sociale », c'est-à-dire des critères que l'établissement considère comme invariants et fondamentaux (accompagner le mourant dignement, réaliser le juste soin) ;

- l'interaction entre contextes et outils conduit à une cohérence plus ou moins solide entre le territoire sanitaire et social et les différentes cartes permettant de se repérer dans ce territoire. Ces cartes issues de la logique institutionnelle constituant les éléments de la régulation sanitaire, sont appropriées, transformées, accommodées par les établissements dans le cadre de différents dispositifs : la contractualisation des budgets et des activités entre établissements et agence régionale de l'hospitalisation, les modes de définition des enveloppes budgétaires, la procédure d'accréditation des établissements, la comparaison économique des établissements publics de court séjour par les points ISA, et enfin, les critères locaux d'efficacité définis par les agences constituent à la fois des éléments contextuels à intégrer et des outils avec lesquels les établissements peuvent jouer ;

- enfin, l'interaction entre outils et finalités détermine la pertinence du système de pilotage de l'établissement. Elle traduit son adéquation à transcrire les finalités du noyau stratégique par les outils de gestion, mais également le pouvoir structurant ou limitant des outils à légitimer la finalité de la structure.

La pertinence du système de pilotage pourra être analysée à travers les dispositifs d'évaluation des prises en charges et leur formalisation, par exemple par les processus, les critères et processus d'évaluation des prises en charges, le système de contrôle de gestion⁴⁶⁸, l'architecture du système d'information hospitalier ou encore la politique qualité de l'établissement. On la retrouvera également dans les formes de responsabilité présentes dans l'organisation.

On comprendra le rôle fondamental de l'intervenant extérieur dans les deux premières interactions, suscitant à la fois la crise et la reconstruction des représentations et modes d'action dans l'organisation. A ce titre, nous pensons avoir joué les rôles d'aiguillon, puis de veilleur dans le processus d'élaboration du projet.

Dès lors, c'est un pilotage instrumentalisé, mais non instrumental, jouant à la fois sur des processus délibérés et émergents, que nous proposons. Ce pilotage par le projet d'établissement peut catalyser l'élaboration du projet de l'établissement, c'est-à-dire susciter un minimum d'accords de la part du noyau stratégique sur la finalité spécifique de l'organisation dans l'offre globale de soins. A partir de ce moment là, de « prise de conscience » ou de « conscience en crise » de la structure dans son environnement, le noyau stratégique, composé, répétons-le, à la fois de médecins, de gestionnaires et d'infirmiers ou de personnel technique, peut porter le projet, le diffuser dans l'organisation. Les outils de gestion seront des outils *supportant* alors sa construction et son appropriation par les acteurs de l'établissement.

Nous verrons dans le point suivant le passage du modèle à la méthode de pilotage.

⁴⁶⁸ Cf. DEMEESTERE, R., LORINO, P., MOTTIS, N., *Contrôle de gestion et pilotage*, Paris, Nathan, 1997, 251 p.

2.2 DU MODELE A LA METHODE DE PILOTAGE

Penser le projet comme un mode de pilotage du changement suppose le primat du volontarisme des acteurs sur l'émergence du changement, et suppose une compréhension de la logique locale de la compétence collective. On peut définir le changement dans une organisation comme un processus d'apprentissage culturel, de constitution d'une nouvelle compétence collective⁴⁶⁹. Par compétence collective, on entendra la capacité d'un groupe à résoudre régulièrement et efficacement les problèmes posés par la réalisation de ses missions dans le cadre d'une organisation et de son environnement. Elle porte donc sur la capacité à identifier et évaluer des situations et des éléments considérés comme problématiques de l'environnement, à définir des buts relativement partagés, à élaborer des stratégies, à mobiliser des techniques et des ressources, et à se coordonner dans la mise en œuvre.

La méthode de pilotage par le projet d'établissement procède alors selon nous en trois points, non successifs, qui sont le cadrage du projet, l'apprentissage organisationnel et la finalité ultime du projet.

2.2.1 Le triple cadrage du projet d'établissement

Ce cadrage s'appuie sur une situation initiale d'insatisfaction, de crise, de rupture, qui conduit à une relecture de l'organisation dans une perspective de construction de finalités partagées par le noyau stratégique de l'établissement. Il passe ensuite par la formalisation du projet d'établissement et le choix des référentiels dans lesquels il s'inscrira. Enfin, il touche à la possibilité de décliner, et d'instrumentaliser le projet d'établissement par les processus de prise en charge.

2.2.1.1 **La formulation du projet d'établissement : de la rupture paradigmatique à la construction de finalités partagées**

Pour qu'il y ait changement, il faut une transformation d'un système d'action, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique des nouveaux rapports sociaux (nouveaux pour l'organisation), de nouvelles formes de contrôle⁴⁷⁰ social. Cette transformation de la compréhension porte tant sur l'organisation que sur les techniques, tant sur les capacités relationnelles des individus et des groupes que sur leurs représentations et leur finalités. Ainsi, J. Terrenoire voit dans le projet une rupture de nature paradigmatique : « dans la mesure où il doit modifier les fondements du paradigme dominant de l'organisation, le projet doit toucher aussi bien les « théories pratiquées » dans les actes professionnels des membres du groupe que les « théories affichées » dans les discours. Le projet de changement doit donc agir simultanément au niveau symbolique et au niveau opératoire »⁴⁷¹ écrit-il, rejoignant ainsi certains aspects des approches de J.-P. Boutinet et A. Hatchuel⁴⁷².

Mais il faut souligner à cela plusieurs difficultés. La première est le caractère invisible du paradigme pour les membres du groupe qui y adhèrent⁴⁷³. Ce paradigme n'est décelable que par

⁴⁶⁹ Cf. MORGAN, G., *Images de l'organisation*, Laval, Presses de l'Université de Laval, ESKA, 1989. et SAINSAULIEU, R., *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Paris, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques, Dalloz, 1991.

⁴⁷⁰ Au sens étymologique.

⁴⁷¹ TERRENOIRE, J., « Projets et changement dans les organisations, Éléments pour une épistémologie », *Cahiers Lyonnais de Recherche en Gestion*, n° 16, avril 1995, pp. 354-380, p. 372.

⁴⁷² BOUTINET, J.-P. *Anthropologie...*, op. cit. et HATCHUEL, A., « L'intervention de chercheurs en entreprise », *Éducation permanente*, n° 112, déc. 1992.

⁴⁷³ KÜHN, T., *Structure des révolutions scientifiques*, Paris, Champs Flammarion, 1983, 286 p.

une méta analyse des discours, pratiques et éléments formalisés qui portent sa transmission⁴⁷⁴. La seconde est le processus de rupture paradigmatique et le processus d'adoption d'un nouveau paradigme : dans la mesure où ce dernier est en quelque sorte la matrice des perceptions, pensées, et action des membres d'un groupe, ce changement ne peut se limiter à une simple transformation des règles ou à l'application de nouveaux modèles. Il suppose un processus d'adhésion et d'appropriation qui, pour être constructible, doit s'ébaucher sur une crise de l'existant. Cette reconnaissance peut passer par ce que L. Boltanski et L. Thévenot⁴⁷⁵ nomment un « bien supérieur commun » reconnu par les parties prenantes à l'organisation. Pour ce qui concerne notre champ, l'hôpital, cette appropriation peut être facilitée dans la mesure où la rupture ne se fait pas tant sur la déconstruction d'un objet existant que sur la construction d'un référentiel partagé qui n'existait pas auparavant, chacun restant dans son domaine réservé. La construction de cet objet se fera à partir des valeurs fondamentales du groupe, qui, traditionnellement présentées comme divergentes, pourront être présentées dans une perspective congruente : à l'hôpital, la divergence naît plus d'une ignorance des représentations de l'autre que d'un réel antagonisme.

2.2.1.2 La formalisation du projet d'établissement, ou la co-construction des référentiels

A partir de la perspective posée ci-dessus, la conduite du projet ne consiste plus seulement en la détermination d'une trajectoire balistique, mais en l'accompagnement d'un cheminement, en l'animation d'un apprentissage collectif. Ce projet impliquera donc simultanément une réappropriation du passé, sa relecture au regard de concepts différents de ceux déployés majoritairement dans l'organisation, en suscitant un moment aléatoire que l'on peut qualifier de crise par rapport à la situation présente. Cette confrontation croisée du passé et de l'exploration des possibles renvoie à un modèle interactif, ouvert, que les outils classiques de gestion de projet régulent mal. Ce cheminement et ses exigences ne peuvent se conduire que dans un temps transitoire, de gestation et de recherche, de remise en cause de l'existant et de maturation des finalités, passant par le développement de capacités spécifiques pour l'ensemble des parties prenantes au projet. Ces dernières passent par l'acceptation de l'incertitude et l'absence momentanée de repères, la mise en place, dans une démarche heuristique, d'élaboration collective de relations nouvelles ouvrant la place à la confrontation et au débat, l'explicitation permanente des référentiels en œuvre, leur remise en cause et leur appropriation.

2.2.1.3 L'instrumentalisation du projet d'établissement, ou le management par projets de prises en charge

Le pilotage du projet ne peut prétendre accompagner le changement des pratiques que si le projet d'établissement est instrumentalisé. Cette instrumentalisation passe par des projets de prises en charge, insérés dans les grandes missions définies dans le projet d'établissement, et construits par entrecroisements :

- au niveau médical par le projet médical définissant les choix de l'offre de la structure ;
- au niveau infirmier, par le projet de soins infirmiers, définissant la prise en charge organisationnelle ;
- au niveau de l'établissement, par les projets de gestion, du système d'information, de la qualité... ;

⁴⁷⁴ MORIN, E., *La méthode, t. 3, La connaissance de la connaissance*, Paris, Le Seuil, 1991.

⁴⁷⁵ BOLTANSKI, L. THEVENOT, L., *De la justification, op. cit.*

- et au niveau de chaque service par les projets de service qui ne sont pas les résultantes des précédents, mais qui sont intégrateurs des précédents.

A chaque projet est associé un chef de projet et son équipe (pluridisciplinaire), chargés de la construction du projet, mais aussi, par la suite de son suivi. Il s'agit donc tant de définir les missions du projet, de les nourrir des missions de l'organisation, mais également de produire le tableau de bord et les indicateurs de suivi médico-gestionnaires qui permettront son pilotage.

Au niveau de l'établissement, une mise en congruence progressive des projets par le projet de l'établissement s'opère par reformulations successives des projets. L'établissement construit alors son projet « chemin faisant ».

2.2.2 Le concept structurant : l'apprentissage organisationnel

A partir du moment où une organisation par projet est mise en œuvre, la structuration de l'organisation peut être assimilée à un processus d'apprentissage complexe : il s'agit pour les acteurs de l'organisation, ou au moins les parties prenantes au projet, de redéfinir de manière collective de nouveaux rôles, d'autres modes de relations, d'autres savoirs qui doivent être légitimes⁴⁷⁶, et qui peuvent permettre une articulation entre des dispositifs efficaces du point de vue de leur cohérence organisationnelle et des réponses efficaces du point de vue de leur pertinence par rapport à des attentes sociales dans et autour de l'organisation⁴⁷⁷.

Il s'agit alors, en suivant A. Hatchuel et B. Weil, de penser l'entreprise comme « système de production de connaissance »⁴⁷⁸ en s'interrogeant sur la nature du savoir mobilisé dans l'action. Ces savoirs déployés dans l'organisation hospitalière se structurent autour de deux pôles, le pôle des métiers professionnels et organisationnels et le pôle de la cohérence de l'organisation.

Un mode d'organisation par projet conduit à la fois à un recentrage sur le métier et à un rapprochement des logiques d'action des différents métiers :

- le champ de compétence se trouve de plus en plus recoupé ; le projet devient alors un objet de coopération et de travail partagé ;

- le projet devient alors le lieu de construction d'une légitimité acceptée par les parties prenantes à l'organisation, légitimité construite en terme de construction d'une finalité pour l'organisation. Cette finalité n'a, en outre, pas besoin d'être commune aux parties prenantes : elle *peut* être contestée si, en ses termes, elle est contestable, c'est-à-dire précise et concrète. On rentre alors dans une perspective abordée par la gestion des ressources humaines, qu'est la gestion des contradictions⁴⁷⁹ autour d'un objet partagé. Cette gestion ne se réduit pas une annihilation, mais est une explicitation des différents points de vue et enjeux d'acteurs.

Ainsi, il ne s'agit pas de parler de « convergence des régulations professionnelles »⁴⁸⁰, mais de fixer un cadre minimal de régulation dans lequel s'organisera le processus de définition des règles. Ce cadre touche tant au dispositif de gestion des ressources humaines qu'aux outils de gestion d'une façon plus générale.

Il s'agira d'intégrer la responsabilité de la gestion par projet à la gestion des carrières des acteurs, ainsi que leur retour éventuel dans l'organisation si la personne se trouve temporairement détachée. De même, la question de l'évaluation de la performance individuelle est partiellement remise en cause dans une gestion par projet où interviennent plusieurs personnes-ressources à

⁴⁷⁶ MOISDON, J.-C., ENGEL, F., KLETZ, F., « Les volontés du savoir : transformation de la régulation du système hospitalier », *Revue française d'administration publique*, n° 76, oct.-déc. 1995, pp. 663-674.

⁴⁷⁷ MIDLER, C., « Evolution des règles de gestion et processus d'apprentissage », in ORLEAN, A. (dir.), *Analyse économique des conventions*, Paris, PUF, 1994, 403 p., pp. 335-369.

⁴⁷⁸ in TERSSAC (de), G., DUBOIS, P., *op. cit.*, p. 21.

⁴⁷⁹ Cf. BRABET, J. (coord.), *Repenser la gestion des ressources humaines ?*, Paris, Economica, 1994, 358 p.

⁴⁸⁰ LEMESLE, F., « Le processus de structuration de l'organisation par projets : proposition de conceptualisation », *Actes des 2° Journées de Projectique*, Bayonne — San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 251-268.

temps partiel. Enfin, une systématisation d'une gestion par projet implique une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La redéfinition de ces modes de régulation professionnelle modifie les capacités d'action et les perceptions des acteurs de l'organisation. Ce bouleversement des compétences « métiers » vers des compétences organisationnelles met partiellement en jeu l'identité professionnelle dans laquelle les acteurs s'inscrivent, phénomène d'autant plus délicat à l'hôpital, où l'on s'identifie d'abord par sa profession, puis par son lieu de travail. La gestion par projet, en déléguant la responsabilité à une personne sur une mission transversale, change donc les rapports de pouvoir, en supposant notamment des rapports en termes d'échanges et de compétences, et peu en termes hiérarchiques. On doit donc s'attendre à une réaction des acteurs dans cette volonté de changer des rapports de force stabilisés. Ainsi, si le projet cherche à rassembler des compétences autour d'une finalité, il contient également de façon inhérente des germes de conflits nouveaux qui devront être gérés dans l'organisation.

De même, avec ces nouvelles modalités d'organisation émergent des façons différentes de diffusion et de mémorisation des savoirs⁴⁸¹, à condition que ces derniers soient reconnus comme légitimes par le système de direction de l'organisation. Cette légitimité sera lisible notamment par le champ de responsabilité attribué au responsable du projet.

Cette modalité différente d'agencement de savoirs dans le groupe projet modifie évidemment la nature des relations entre acteurs, mais produit également un nouveau champ de connaissances.

⁴⁸¹ HATCHUEL, A., MOISDON, J.-C., « Modèles et apprentissage organisationnel », *Papier de recherche CGS*, Paris, Ecole Nationale des Mines, 1992, 13 p.

Conclusion du chapitre

La production de ce nouveau champ de connaissances pour l'hôpital est l'occasion pour les acteurs de se livrer à une maïeutique sur leurs modes d'action dont, au départ du processus de formulation du projet, ils soupçonnent peu la portée. Toujours engagés par réserve même s'ils sont prêts à « parier », échaudés par des expériences précédentes achevées sur des échecs, les acteurs ne donnent pas immédiatement leur conviction au le projet. Et, si elle l'était, elle traduirait, soit le caractère non fondé de la démarche projet, soit une démarche suffisamment généralisante par son objet et ses méthodes pour n'être pas structurante.

Face aux contraintes affichées, l'attitude générale a consisté en une *conformation* plus ou moins profonde, qui a pu générer des changements à l'hôpital, qui sont toutefois restés marginaux.

La contrainte spécifique des établissements que nous avons accompagnés, constituée à la fois d'un impératif de mission de service public et d'une contrainte de rentabilité propre aux structures privées, a accéléré dans ces établissements l'apparition de logiques novatrices permettant de penser un *hôpital projet*, constitué d'une finalité spécifique.

Toutefois, il manquait encore deux éléments pour permettre à ces logiques novatrices de croître et devenir structurantes en se généralisant progressivement :

- un groupe d'acteurs à la fois conscients et porteurs de la contrainte en interne, mais aussi suffisamment insatisfaits de l'état présent de leur organisation pour vouloir entreprendre un projet porteur de changement ;
- un outil médiat sur lequel pouvaient se cristalliser à la fois les crises suscitées par les diagnostics portés sur l'existant et l'instauration de nouveaux champs des possibles. Cet outil fut le projet d'établissement.

Dès lors, par un objet transverse, et suffisamment « creux » pour, au départ, ne pas être polémique, se construit un groupe d'acteurs spécifiques, à la fois légitimes dans le corps social mais marginaux dans la prise de décision, issu tant du milieu médical que du milieu soignant ou technique ou administratif, et que nous appelons « noyau stratégique ». Or, ce groupe qui se construit par rapport à une remise en cause de l'existant ne peut alors rentrer dans la logique classiquement en œuvre à l'hôpital, qui est l'optimisation des fonctionnalités de la structure.

Il se trouve ainsi forgé dans une dynamique entrepreneuriale, consistant à conférer à la structure hospitalière une finalité propre sur laquelle chacun des membres du noyau stratégique cristallise son propre projet à partir d'opportunités perçues. C'est alors qu'on peut noter un changement radical de la posture de ces acteurs, dont l'expression de la responsabilité ne sera plus seulement fonctionnelle, mais missionnaire.

De même, les outils existants dans la structure serviront, par leurs résultats, à légitimer les décisions et prises de position du noyau stratégique dans sa vision du projet. L'appui des outils d'évaluation des activités hospitalière est essentiel dans la consolidation du noyau stratégique : ils confortent l'insatisfaction de départ et instrumentalisent la vision du noyau stratégique. Mais ils se trouveront rapidement substitués ou remodelés par le développement ou la généralisation d'autres outils qui serviront la diffusion du projet : par exemple, penser un projet d'établissement

qui favorise l'autonomie (relative) de gestion par département implique de construire un tableau de bord des activités et ressources du département.

Le projet se déclinera alors dans la construction de l'outil, dont la réussite conditionnera *a fortiori* celle du projet : l'outil de gestion modèle plus l'action par l'apprentissage qu'il suscite, que par les décisions qu'il légitime.

Nous développons cette idée dans le chapitre 2.

CHAPITRE 2

LE PROJET D'ETABLISSEMENT EXPRESSION DE LA « STRATEGIE HOSPITALIERE »

Ce qui importe, c'est d'aller jusqu'au bout de ce qu'on peut faire, d'atteindre à une cohérence sans failles, de faire affleurer les questions les plus cachées, les plus informulables pour en faire un monde lisse. Et comme ce que je cherche existe à peine, comme l'essentiel est un presque-rien, un je-ne-sais-quoi, une chose légère entre toutes les choses légères, cette investigation forcenée tend surtout à faire la preuve de l'impalpable ; on peut entrevoir l'apparition, mais non la vérifier puisqu'elle s'évanouit dans l'instant même où elle apparaît, puisque la première fois est aussi la dernière. La deuxième fois est la répétition minimale requise pour une vérification...

Or l'objet de notre recherche n'était qu'une apparition aussitôt disparue, un événement qui ne sera en aucun cas réitéré ni, partant, confirmé, une lueur décevante dans la nuit !

Vladimir Jankélévitch,

Quelque part dans l'inachevé.

Agir en primitif, et prévoir en stratège.

René Char,

Feuillets d'Hypnos.

Introduction

Quand, en 1992, M. Crémadez publie avec F. Grateau *Le management stratégique hospitalier*⁴⁸², le lecteur familiarisé au champ sanitaire et aux questions hospitalières a pu percevoir dans l'ouvrage des propos *incongrus*, qui se révéleront dans les mois suivants *précurseurs*. Les constats relevés à l'époque sont particulièrement pertinents — absence de références à des objectifs, « programmes d'établissement », « plans directeurs » — et montrent clairement que l'hôpital, à peine géré, n'est pas managé... tout au plus peut-on considérer qu'il est administré par son directeur, dont les marges de manœuvre limitées s'articulent difficilement entre le pouvoir des tutelles et l'indépendance des professionnels. Mais le propos des auteurs semble alors particulièrement décalé lorsqu'il s'agit de parler de « management stratégique » pour l'hôpital.

Cinq ans après, ils proposent une version remodelée de leur ouvrage⁴⁸³, dont les modifications actent de celles de ce champ en mutation. La question du « management stratégique hospitalier » mériterait-elle donc, à nouveau, d'être posée ? Quels changements perçus ou réels de l'environnement, des acteurs, des règles et modes d'organisation des structures sanitaires peuvent susciter cette réinterrogation ? Ce questionnement est-il encore de la même nature ? Si l'analyse de l'environnement est rigoureusement identique, la deuxième partie, *L'élaboration des stratégies de développement*, se voit complétée, à la suite d'un paragraphe sur les grandes orientations stratégiques, du développement du réseau partenarial : l'établissement ne peut plus jouer seul, ses frontières s'effondrent, ou plutôt, la perception que l'on avait de l'hôpital comme lieu d'enfermement se trouve changée : l'entité hospitalière seule n'est plus pertinente pour définir une stratégie de développement. De même, la troisième partie de l'ouvrage, traitant de *La conduite du changement* dans la première édition, voit son titre changé en *La construction d'une nouvelle dynamique organisationnelle*, adjointe d'un paragraphe supplémentaire dont le sujet porte sur la construction d'une structure réseau autour de l'hôpital. Enfin, l'ouvrage réédité contient une quatrième partie inédite sur *L'évolution des pratiques professionnelles*. Cette dernière, moins colorée de l'approche stratégique développée à HEC⁴⁸⁴, met l'accent sur les processus de prise en charge des patients.

Ainsi, le contexte proche de l'hôpital, les formes concrètes de régulation ont gagné en lisibilité. L'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des projets d'établissement a conduit les acteurs hospitaliers — directeurs, médecins et encadrement infirmier — à rechercher une explicitation de leurs intentions et des enjeux nationaux et régionaux en matière sanitaire. De même, la tutelle, quoiqu'elle ne soit pas pleinement unifiée, s'est rapprochée, notamment dans les relations entre ses administratifs et ses médecins inspecteurs. Plus homogène dans ses discours, elle permet moins facilement les manipulations par les directeurs des hôpitaux des contradictions ou non recoupements de celle-ci.

⁴⁸² CREMADEZ, M., et GRATEAU, F., (coll.), *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterEditions, 1992, 320 p.

⁴⁸³ CREMADEZ, M., et GRATEAU, F., (coll.), *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterEditions/Masson, 2^e édition, 1997, 448 p.

⁴⁸⁴ La première version de l'ouvrage rappelle en effet la méthodologie déployée dans STRATEGOR, *Stratégie, structure, décision, identité — Politique générale d'entreprise*, Paris, InterEditions, 1988, dont M. Crémadez est l'un des coauteurs.

Autre mutation, moins visible, mais catalyseur certain du changement des modes d'organisation des établissements hospitaliers, l'information médicalisée. La généralisation des départements d'information médicale dans les établissements, mais aussi l'information progressive du réseau de soins de ville avec les caisses d'assurance-maladie, modifient les référentiels et les pratiques d'évaluation.

Autre lame de fond, enfin, dans l'évolution des attentes vis-à-vis de l'hôpital, l'accession du patient à un rôle d'acteur de soins.

Mais peut-être la rationalisation du champ sanitaire s'est-elle plus opérée dans le champ de l'apprentissage de méthodologies que dans la restriction budgétaire. Des progrès ont été réalisés dans la construction des données épidémiologiques, dans l'identification des besoins, dans l'évaluation des pratiques, dans la conception de référentiels de bonnes pratiques.

Toutefois, la mise au point des dispositifs de gestion pour et dans l'hôpital est loin d'être achevée, et notamment la possibilité d'un pilotage de l'hôpital et la vision stratégique qui peut le structurer. Comment, dans ce cadre, imaginer des dispositifs de gestion articulant de façon cohérente pour le patient, les priorités de santé publique à la contrainte économique, les jeux de régulation des acteurs professionnels aux administratifs, les discours aux pratiques, les outils d'évaluation aux exigences de la population ?

Avant de tenter des ébauches de réponse, il nous semble important de présenter les points de repère principaux touchant aux perceptions de l'environnement concurrentiel hospitalier et aux utilisations diverses de la planification stratégique à l'hôpital, notamment dans le projet d'établissement.

- Quelles représentations de l'environnement concurrentiel hospitalier ?

Les hôpitaux publics perçoivent historiquement leur environnement comme concurrentiel, alors que, paradoxalement, la tutelle régionale et locale seule détermine leur ressources, et que celle-ci tend à favoriser la complémentarité des soins⁴⁸⁵. Par concurrence, ce sont les cliniques privées⁴⁸⁶ qui sont les premières visées, puis les autres structures publiques, tous statuts confondus, et, plus rarement, la médecine de ville. Or, comme ce discours sur la concurrence est celui des directeurs, dont un des objectifs est de maintenir ou de développer le budget des établissements, peut-on parler alors réellement d'environnement concurrentiel pour le champ sanitaire, alors que ses ressources ont constamment évolué depuis vingt ans à un rythme supérieur à celui du PIB ? De même, il est difficile de parler de concurrence entre structures de soins dans lesquelles on retrouve des médecins spécialistes unis par leur profession, et qui, fréquemment, comme individus, exercent une partie de leur temps en structure publique et en structure privée. Enfin, il est délicat d'envisager *a priori* de concurrence entre un CHU, dont la mission touche à l'enseignement et la recherche, et la clinique voisine qui optimisera l'implantation technique d'une prothèse de hanche.

Et pourtant, cette concurrence est présente et se manifeste fortement de différentes façons.

La multiplication des outils de mesure de l'activité hospitalière, et notamment le PMSI, à l'échelle régionale conduit à une mise en concurrence des structures⁴⁸⁷ (et non des praticiens) de court séjour de statut public. La généralisation du PMSI au secteur privé est réalisée, mais les

⁴⁸⁵ MOISDON, J.-C., TONNEAU, D., « L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-août 1996, pp. 80-91.

⁴⁸⁶ La littérature traitant de la gestion ou de la stratégie des cliniques privées est presque inexistante en France. On peut se référer à TANTI-HARDOUIN, N., *L'hospitalisation privée, Crise identitaire et mutation sectorielle*, Paris, La documentation française, 1996, 204 p. ; SAULQUIN, J.-Y., « La clinique en observation, Formulation d'un diagnostic en relation à l'efficacité », *Thèse de doctorat ès Sciences de gestion*, Université de Poitiers, IAE, 21 juil. 1995, 442 p.

⁴⁸⁷ Sur les dispositifs possibles de mise en concurrence des structures dans le champ sanitaire, on pourra voir : MOUGEOT, M., « Concurrence et incitations dans le système hospitalier », *Revue Française d'Économie*, vol. VIII, n° 2, printemps 1993, pp. 109-131.

tutelles ne publient pas pour le moment les croisements entre les deux bases, ce qui est cependant inéluctable selon nous. Toutefois, cette mise en concurrence ne tient compte ni de l'offre de moyen ou long séjour (encore expérimentale), ni de l'offre réalisée en secteur libéral.

Paradoxalement, ce dispositif atténuera progressivement le dernier point du paragraphe précédent, en renforçant la mise en concurrence des CHU avec les autres structures de soins, puisque les établissements sont comparables quel que soit leur statut. *A minima*, on peut s'attendre à ce qu'une comparaison inter-CHU soit réalisée. Toutefois, cette dernière ne sera possible que dans les grandes régions sanitaires, les données n'étant comparables qu'au sein d'une même région.

Pour J.-C. Moisdon et D. Tonneau, les établissements obéissent ainsi à une stratégie de maîtrise de l'environnement plus qu'à une recherche de la complémentarité, et qui consiste à poursuivre leur développement quand les fonds alloués par la tutelle sont bloqués. Dès lors, s'il y a bien complémentarité dans les faits entre structures, cette dernière n'est jamais définitive⁴⁸⁸.

D'une façon plus précise, A. Valette a pu ainsi montrer que le jeu concurrentiel s'effectue sur les *rythmes* des acquisitions des matériels et moyens humains auprès de la tutelle⁴⁸⁹. Ce jeu se retrouve dans les stratégies d'acquisition du matériel lourd et coûteux, ou dans l'introduction d'une innovation technologique, qui s'approchent d'un processus décisionnel tel que le *garbage can* modélisé par J. March⁴⁹⁰, explicitement pour l'acquisition de scanners⁴⁹¹ ou implicitement pour l'acquisition de lithotriteurs⁴⁹².

Nous proposons dans les lignes qui suivent une relecture par le modèle du *garbage can* d'une recherche-action que nous avons effectuée dans le cadre de l'accompagnement d'un projet d'établissement. Ce dernier nous semble en effet pertinent pour expliquer la nature de certaines décisions de l'hôpital, et particulièrement celles que l'on pourrait considérer comme « stratégiques », c'est-à-dire présentées (mais non forcément) à l'origine de la survie à long terme de l'établissement ou de la création d'un potentiel de développement⁴⁹³.

Au moment de prises de décisions exigeant un processus délibératoire, chaque coalition vient avec sa « batterie » de solutions et un ensemble de problèmes *a priori*. Les causes des problèmes sont toujours externes : soit au service, dans le cadre d'un projet de service par exemple, et la cause sera essentiellement administrative, soit à l'établissement, dans le cadre de la recherche de nouvelles ressources, et la cause des problèmes sera liée aux tutelles.

En novembre 1995, l'établissement du Viogney* nous contacte pour l'accompagner comme soutien méthodologique à l'élaboration du projet d'établissement. Situé dans une banlieue industrielle et sinistrée où le chômage dépasse 20 % de la population active, ce centre hospitalier général est en outre, en concurrence directe avec un CHU situé à 10 km au nord, et est relié à la ville par autoroute. Six mois auparavant, une coalition menée par les chirurgiens pour implanter un nouveau bloc chirurgical a suscité des manifestations dans la rue orchestrées par la population, mais aussi le soutien accru du maire, président du conseil d'administration de l'établissement. Or, il s'agissait dans ce cas précis de revendiquer la création d'un pôle chirurgical nouveau, pourtant antinomique à la fois avec le schéma régional d'organisation sanitaire et la structure de la population même de l'établissement, dont la moitié des lits se trouvait occupée par des vieillards en moyen et long séjour... D'un point de vue sanitaire, le

⁴⁸⁸ MOISDON, J.-C., TONNEAU, D., « L'hôpital public et sa tutelle... », art. cit.

⁴⁸⁹ VALETTE, A., « La stratégie à l'hôpital, Jeu de ressources, jeu de contraintes », *Gérer et comprendre*, sept. 1996, pp. 27-37.

⁴⁹⁰ MARCH, J. G., *Décisions et organisations*, Paris, Vuibert, 1988, 240 p.

⁴⁹¹ CLAVERANNE, J.-P., CHANDERNAGOR, P., KRICHEN, M., « Le statut des équipements hospitaliers : stratégie(s) d'acteur(s) et ordre technicien », in CONTANDRIOPOULOS, A.-P., SOUTEYRAND, Y., *L'hôpital stratège, dynamiques locales et offres de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, 317 p., pp. 257-270.

⁴⁹² POULIN, D., « L'introduction et la diffusion d'une innovation technologique en milieu hospitalier en France : le processus décisionnel », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Paris, École Polytechnique, 18 nov. 1988, 243 p.

⁴⁹³ définition de MARTINET, A. C., *Stratégie*, Paris, Vuibert, 1983, 322 p.

service médical de l'assurance maladie avait émis des réserves sur l'intérêt du dispositif et sur les compétences chirurgicales de l'établissement. Si en externe, l'établissement fit bloc, en interne, de graves dissensions entre médecins et chirurgiens, entre chirurgiens et services médico-techniques conduisaient à une paralysie relative des prises en charge des patients. Enfin, l'activité réalisée, notamment en chirurgie, ne permettait pas de garantir des prestations de qualité à la population. Tous les facteurs — sanitaires, politiques — étaient donc réunis pour envisager « rationnellement » une reconversion du site en moyen et long séjour. Et pourtant, l'établissement obtiendra son nouveau bloc opératoire. Comment expliquer le mécanisme ?

La ville, sinistrée, revendique « son » hôpital comme dernier lieu de service public : premier employeur de la ville, il permet également à l'économie locale de survivre. Il permet également symboliquement de fournir une aide de proximité pour une population qui a l'impression que « tout lui échappe ». Mais la défense de l'hôpital et la conquête du nouveau bloc opératoire servent également le maire, qui montre ainsi « qu'il se bat pour sa commune ». Elle sert également le directeur, dont la légitimité passe par l'acquisition de matériel et le développement de la structure. Elle sert enfin les chirurgiens, qui pourront asseoir leur notoriété sur un plateau technique performant. Les médecins se sont retirés du jeu.

L'organisation de manifestations, une descente massive au ministère chargé de la santé, permettent enfin de revendiquer une légitimité sociale de la structure en l'érigant localement en cause nationale (sauver l'emploi, prévenir la délinquance, etc.). Dès lors, les instances régionales ne peuvent que revoir leur décision sous la pression des faits et accorder le financement du nouveau bloc opératoire qui s'élève à 35 millions de F.

Une fois le plateau technique acquis et les premiers travaux commencés, la logique avancée dans le projet d'établissement consiste alors à affirmer que l'investissement de 35 millions de F. est une garantie de sauvegarde de l'établissement. Le projet d'établissement peut alors être élaboré autour d'un noyau constitué par la chirurgie, qui vient accroître la redondance de l'offre dans ce secteur sanitaire, et dont, en outre, la qualité est discutable... On pouvait aboutir, dans ce cas extrême, à l'effet inverse de celui escompté par la régulation sanitaire régionale, ce qui, paradoxalement, ne signifie pas que l'établissement ne joue pas son rôle : sa mission consiste, avant tout, à sauver de l'emploi et à maintenir une activité économique dans la ville dont les conséquences peuvent également être considérées comme éminemment positives pour l'état général de la population.

Quels sont les facteurs du contexte qui permettent d'avoir recours au *garbage can* dans ce cas ?

Tout d'abord, la capacité des acteurs à dépasser la légitimité de leur financeur en reformulant le problème à leur avantage au nom de l'intérêt collectif est fondamentale. Ensuite, le jeu sur l'apparente uniformité des interlocuteurs, alors que les discours sont contradictoires : l'établissement jouera sur les contradictions locales de la tutelle (assurance-maladie contre DDASS) ou sur les contradictions locales/régionales (DDASS/DRASS, ELSM/CRAM⁴⁹⁴), ces contradictions, une fois exposées, étant surmontées par l'arbitrage national au ministère. De la sorte, l'établissement, se présentant de façon unie, contrôlera la tutelle en lui renvoyant ses contradictions.

En conséquence, l'hôpital se comporte comme s'il avait un monopole dans l'offre de soins, mieux, dans la « santé », une institution publique. Chaque hôpital agit « naturellement » individuellement sans consulter le voisin s'il s'estime capable de prendre en charge le patient... les relations entre hôpitaux sont ainsi strictement opérationnelles. Les organisations sanitaires ne se considèrent pas comme constitutives d'un réseau d'institutions publiques de santé.

La fermeture à l'environnement provoque alors les situations suivantes :

⁴⁹⁴ Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Echelon Local du Service Médical de l'assurance-maladie, Caisse Régionale de l'Assurance-Maladie.

- accentuation des conflits et survalorisation des jeux de pouvoir internes : tout arbitrage objectif (au sens d'externe) est délicat. Sans information sur les besoins à satisfaire et les enjeux à affronter, il est difficile de décider de manière satisfaisante entre deux options se fondant sur des *a priori* différents. Les priorités ne peuvent être hiérarchisées par l'interne ;

- focalisation des préoccupations de gestion sur l'efficacité interne, et non sur l'efficacité externe : on cherche à mieux réaliser ses activités, dont l'utilité n'est pas vérifiée... ;

- renfort du pouvoir des acteurs maîtrisant l'innovation technologique médicale : l'assimilation du progrès médical à la détention d'équipements sophistiqués valorise des spécialités susceptibles d'apporter des conditions économiques et techniques de viabilité (par exemple : l'achat d'un scanner ne correspond pas forcément à un besoin, mais le directeur le veut car il est signe de prestige pour l'établissement, il renforce son image de marque : la décision d'acquisition de scanner étant prise, on valorisera les spécialités devant recourir à ce scanner, sans se préoccuper de leur utilité réelle et de leur cohérence dans l'offre de soins de l'établissement) ;

- transformation des évolutions présumées de l'environnement en arguments strictement internes pour la discussion ;

- condamnation à une gestion rétrospective, fondée sur les tendances du passé pour anticiper le futur, sans s'assurer de la permanence des facteurs explicatifs de ces tendances.

Ces points s'illustrent dans l'analyse de la majorité des projets d'établissement hospitalier, qui ont, au cours de la période 1985-1995, suivi des méthodologies privilégiant l'analyse concurrentielle et le positionnement de l'établissement dans une logique conflictuelle. Or, s'il y a effectivement concurrence dans le domaine, celle-ci est surtout sensible dans le champ du privé exclusif. Toutefois, la régulation de l'offre dans le champ sanitaire s'inscrit plus à un niveau régional de tarification ou d'enveloppe budgétaire que dans un conflit marqué avec la structure voisine. Dès lors, il s'agit le plus souvent pour les structures hospitalières d'améliorer l'efficacité de la structure pour obtenir un résultat régional convenable (c'est-à-dire médian, donc équilibré, et non pas optimal), et de s'associer plus ou moins opportunément avec d'autres structures pour assurer son développement.

Ainsi, la logique concurrentielle est au mieux larvée entre structures privées. Cette dernière se trouve, en outre, d'autant plus atténuée dans la seconde moitié de la décennie 1990 par le rachat multiple des cliniques privées par de grands groupes, rachats conduisant à renforcer la logique de complémentarité qu'à favoriser le conflit. C'est donc plus un combat par rapport à soi-même pour appréhender la place présente et à venir de l'établissement dans un environnement qu'il contribue à structurer qu'un seul diagnostic de forces-faiblesses dans un environnement *donné* qui importe.

La pratique décisionnelle en œuvre est alors de type incrémental⁴⁹⁵ : la différenciation entre le champ médical et le champ administratif détermine un contexte de pouvoir dans lequel chaque acteur tente de faire prévaloir ses orientations. Une des conséquences en est un faible sentiment d'appartenance à l'organisation, chaque groupe donnant, par exemple, sa propre définition du service public. Une autre conséquence est que chaque décision du directeur ayant une influence interne sur les professionnels est vécue comme une entrave fondamentale à la liberté d'exercer⁴⁹⁶. Par exemple, un médecin de l'hôpital public se déclare rarement « fonctionnaire » de la fonction publique hospitalière, mais se détermine par rapport à sa spécialité et la place que l'ordre professionnel lui attribue.

La direction tente dans ce contexte de se focaliser sur les dimensions techniques et économiques de l'organisation. Le directeur se trouve soumis en permanence à des arbitrages entre groupes d'acteurs plus ou moins stables en fonction des situations. Chacune de ses

⁴⁹⁵ au sens de QUINN, J. B., *Strategies for Change : Logical Incrementalism*, R. D. Irwin, 1980.

⁴⁹⁶ E. Freidson a détaillé les caractéristiques de la profession médicale et de sa structuration autour du renforcement de son autonomie : FREIDSON, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 500 p.

décisions se trouve alors être la résultante d'un équilibre momentané des forces en présence, constituant une coalition précaire d'intérêts. La valorisation en interne de son action passe donc par sa capacité à augmenter le soutien logistique de la structure.

L'introduction d'une cohérence entre les différents projets des unités est alors plus vue comme une immersion de la direction dans des fiefs qu'une recherche de définition d'une mission organisationnelle. Ainsi, les décisions successives *peuvent* être prises hors de toute perspective d'ensemble : la seule logique respectable, légitime, étant la répartition à moyen terme des ressources entre services à partir des différents groupes de pression à l'œuvre.

Mais l'accumulation de ressources n'est pas la seule donnée dans l'action sur l'environnement. La diversification du réseau et la formalisation des relations avec l'environnement⁴⁹⁷, tutelles et partenaires/concurrents⁴⁹⁸ sont également des données fondamentales.

- L'étanchéité relative de l'organisation hospitalière à la « planification stratégique »

Au niveau de l'établissement lui-même, une littérature peu prolifique illustre une organisation vécue souvent comme le parent pauvre de la réflexion stratégique à l'hôpital⁴⁹⁹. Il suffirait de « penser » le segment stratégique idéal dans un colloque singulier entre médecin et directeur, pour que « l'organisation suive » et change.

Or, si l'idée de changement peut être décrétée, sa mise en œuvre ne peut se limiter aux seuls discours. La capacité d'un établissement à repenser ses services de soins et médico-techniques en fonction des prises en charge globales et de l'intégration de la structure dans une filière complète de soins est aujourd'hui admise. A. Branciard et P. Mossé ont, en outre, montré il y a un certain temps que cette capacité s'exprime notamment dans le degré d'ouverture du service dans la filière dans laquelle il s'inscrit⁵⁰⁰. Le contrôle du recrutement (amont) et le suivi des patients (aval) deviennent décisifs dans la reconstruction de l'offre de soins au niveau régional. Cette maîtrise de l'intégration verticale dans le dispositif de soins⁵⁰¹ semble aujourd'hui déterminante, comme elle l'a été hier en d'autres pays.

Les établissements sanitaires ont usé largement des outils issus de la planification stratégique, et notamment des matrices, pour tenter de « trouver » le segment de soins rentable⁵⁰², sans résultat réellement concluant. Dans une étude réalisée sur l'analyse des plans stratégiques de 66 hôpitaux canadiens, J.-L. Denis, A. Langley et D. Lozeau⁵⁰³ ont montré que la planification stratégique n'a été que relativement efficace pour générer des stratégies dans les structures publiques. Au lieu de coordonner les interventions d'une organisation dans ses champs d'activité à partir d'un diagnostic de contraintes et d'opportunités, la planification stratégique a marqué une

⁴⁹⁷ VALETTE, A., « Une gestion stratégique à l'hôpital ? », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-août 1996, pp. 92-99.

⁴⁹⁸ Deux établissements, tous statuts confondus, peuvent tout à la fois être partenaires sur une filière de soins donnée et concurrents sur un autre créneau.

⁴⁹⁹ Le numéro spécial de la *Revue Française de Gestion* sur l'hôpital (n° 109, *Hôpitaux, vous avez dit gestion ?*, juin-août 1996) est à ce titre illustratif : sur les sept articles traitant du sujet, un seul s'intéresse à l'articulation entre organisation et stratégie hospitalières.

⁵⁰⁰ BRANCIARD, A., MOSSE, P., « Gestion ou stratégie à l'hôpital », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. XXXII, n° 4, oct.-déc. 1992, pp. 263-280.

⁵⁰¹ DEVERS, K. J., SHORTELL, S. M., *et alii*, « Implementing organized delivery systems : A integration scorecard », *Health Care Management Review*, vol. 19, n° 3, pp. 7-20, 1994.

⁵⁰² Par exemple : VASSY, C., et RENARD, F., « Quels malades pour l'hôpital public ? Deux stratégies de segmentation », *Gérer et comprendre*, n° 27, juin 1992, pp. 29-39 ; CREMADEZ, M., GRATEAU, F. (coll.), *Management stratégique hospitalier, op. cit.*, PHANUEL, D., « La stratégie hospitalière existe-t-elle ? », *Gestions hospitalières*, oct. 1998, pp. 623-628.

⁵⁰³ DENIS, J.-L., LANGLEY, A., LOZEAU, D., « Anatomie d'un outil de gestion : la planification stratégique dans les organisations publiques de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. X, n° 1, mars 1992, pp. 93-119.

logique de développement et de multiplication des services sans cohérence d'ensemble, ramenée à une « gesticulation rhétorique ayant une vertu essentiellement symbolique »⁵⁰⁴. Dans ce cas, il semble que seule, elle soit inefficace, alors qu'il nous faut rappeler qu'elle prétend conduire l'action⁵⁰⁵. Dès lors, la planification stratégique ne peut suffire à la détermination de compétences internes et à la détermination d'opportunités environnementales. Elle vise également à intégrer les missions que se donnent les professionnels dans une structure de soins donnée, ainsi que les responsabilités sociétales conférées à la structure⁵⁰⁶, tout en approchant la notion de « juste soin au juste endroit au juste coût »⁵⁰⁷ dans la régulation de l'offre sanitaire.

Toutefois, la pratique de la planification stratégique, si elle n'est pas seulement inscrite dans une perspective strictement instrumentale, n'est pas sans vertu. Ainsi, analysant la critique de H. Mintzberg sur la planification stratégique, A. C. Martinet souligne que « la planification à dominante opérationnelle qui place au cœur du processus la nature contractuelle du plan, qui mobilise pour l'essentiel des managers en relation de mandants-mandataires, qui donne à la procédure le rôle fondamental d'espace-temps de discussion, délibération, conception et négociation, au sein de l'unité d'abord, avec les niveaux supérieurs ensuite, peut parfaitement opérer l'actualisation et l'amplification des stratégies émergentes, en faire le tri, les intégrer aux stratégies antérieurement délibérées, en convaincre les mandants comme de la nécessité des moyens associés. »⁵⁰⁸ Dans ce cadre, la planification stratégique peut alors être « un système efficace d'exercice de la rationalité collective. »⁵⁰⁹ Cet exercice semble fondamental pour l'hôpital, lieu de « stratégies d'acteurs » multiples et parcellaires, qui a fait dire en son temps à M. Michel : « En ce qui concerne l'institution hospitalière, il faut se poser au préalable une question qui, j'espère ne paraîtra ni oiseuse ni décourageante ; l'hôpital est-il en mesure de se donner une stratégie ? »⁵¹⁰.

Or, comme nous l'avons montré dans notre première partie, le contexte et l'institution ont aujourd'hui suffisamment changé pour qu'aujourd'hui cette question puisse être transformée en : « dans quelle mesure l'hôpital peut-il se donner une stratégie ? ». Dès lors, la planification stratégique pourra servir de cadre dont le processus de construction nous intéressera plus que le résultat, afin de favoriser une « logique d'enquête et d'apprentissage »⁵¹¹.

En suivant A. C. Martinet, on considérera que « la stratégie consiste essentiellement à concevoir, réunir et manœuvrer des forces-énergies, de façon délibérée, pour introduire des changements jugés avantageux dans la situation conflictuelle identifiée afin de réaliser efficacement le projet politique de l'acteur concerné »⁵¹². Il est donc possible de construire des logiques opératoires, de nature procédurale, efficaces et efficientes pour et dans l'action

⁵⁰⁴ POUVOURVILLE (de), G., « Quelle validation empirique en sciences de l'administration ? », *Sciences sociales et santé*, vol. X, n° 1, mars 1992, pp. 120-123, p. 120.

⁵⁰⁵ Cf. la controverse entre I. Ansoff et H. Mintzberg : MINTZBERG, H., « The Design School : Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management », *Strategic Management Journal*, vol. 11, 1990, pp. 171-195, 1990 et ANSOFF, I., « Critique of Henry Mintzberg's 'The Design School : Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management' », *Strategic Management Journal*, vol. 12, 1991, pp. 449-461.

⁵⁰⁶ LIEDTKA, J., « Formulating hospital strategy : Moving beyond a market mentality », *Health Care Management Review*, vol. 17, n° 1, pp. 21-26, 1992.

⁵⁰⁷ CLAVERANNE, J.-P., « Réflexions pour le juste soin de demain », *Working paper*, GRAPHOS UMR CNRS 5834, sept. 1998, 4 p.

⁵⁰⁸ MARTINET, A. C., « *The Rise and Fall of Strategic Planning : Analyse critique* », *Papier de recherche* (publié dans *Futurible*, 1994), n° 22, URA 1257, Lyon, 1994, 8 p., p. 5.

⁵⁰⁹ *Id.*

⁵¹⁰ MICHEL, M., « Stratégie de l'hôpital ou stratégies dans l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 298, août-sept. 1990, pp. 571-576.

⁵¹¹ TANGUY, H., « Planification stratégique : pour un usage « rético-rhétorique » des modèles », *Gérer et comprendre*, sept. 1992, pp. 19-29.

⁵¹² MARTINET, A. C. (coord.), *Épistémologies et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, 1990, 215 p., pp. 213-214.

collective. Ces constructions peuvent s'exprimer selon nous dans le processus de formalisation du projet d'établissement.

Nous allons l'illustrer dans les deux sections qui suivent. Chacune s'appuie sur la description et l'analyse d'un cas clinique.

Dans la première section, *Entre discours et méthodes : la formulation d'une stratégie par le projet pour un établissement de soins*, nous examinerons les conditions de production de la formulation d'une stratégie par le projet, notamment par les croisements entre discours sur le projet et méthode du projet.

Dans la seconde section, *L'instrumentalisation de la stratégie, entre projet et contrat : le cas du Centre hospitalier Rive gauche*, nous nous intéresserons plus spécifiquement à l'instrumentalisation de la stratégie qui prend forme entre projet et contrat.

1. ENTRE DISCOURS ET METHODES : LA FORMULATION D'UNE STRATEGIE PAR LE PROJET POUR UN ETABLISSEMENT DE SOINS

S'il pouvait sembler prématuré de parler de réflexion stratégique à l'hôpital au début des années 1990, il semble que les conditions de sa possibilité soient aujourd'hui réunies. Dès lors, un management stratégique hospitalier serait envisageable, sous au moins deux conditions.

La première est qu'une maîtrise globale de l'offre de soins passe par une redéfinition de la segmentation de l'offre, focalisée non plus autour des spécialités médicales, mais des processus de prise en charge. Cette redéfinition se fait à deux niveaux :

- au niveau régional, par la définition de priorités de prises en charge par grande nature, de règles d'allocation de ressources sur ces prises en charge, pouvant passer notamment par la contractualisation ;

- au niveau des organisations et des réseaux de soins, par la définition d'un pilote de la prise en charge et des ressources spécifiques qui y sont associées.

La seconde possibilité est que le projet d'établissement trouve sa raison d'être dans les réponses innovantes organisationnelles qu'il peut proposer, notamment par l'instrumentalisation de la production de soins dans le cadre d'une formalisation conjointe par les professionnels de santé et les administratifs.

Nous proposons d'illustrer ce propos à travers la présentation et l'analyse du processus de construction d'un projet d'établissement à la clinique de la Source*, établissement privé à but non lucratif rattaché à la mission de service public hospitalier au cours du premier semestre 1998. Le projet traite de la période 1998-2003.

La clinique de la Source* a été un établissement novateur en Rhône-Alpes, puisqu'elle fut l'un des premiers à réaliser un projet correspondant aux attentes de la réforme de 1991, en 1992.

La clé de voûte du projet de 1992 consistait à « construire un établissement à forte visibilité centré autour d'un nombre de pôles réduits de compétences regroupant en leur sein des spécialités voisines elles-mêmes en synergie avec des disciplines regroupées en d'autres pôles ». Ce projet a été pleinement réalisé au cours de la première moitié des années 1990. L'avantage d'une telle structure, inscrite dans la loi, mais très peu pratiquée, a permis pour le malade une prise en charge par une même équipe médicale en évitant le transfert des malades et le changement des équipes soignantes. Mais sur le plan médical également, cette départementalisation a permis une formalisation des procédures de coopération entre praticiens appartenant à des disciplines différentes tout en respectant l'autonomie de chacun. D'un point de vue organisationnel, cette structure a favorisé le partage des moyens mis en commun et le regroupement des achats. Enfin, l'acculturation des médecins aux données statistiques, économiques et financières, a facilité l'appropriation d'une démarche projet au fondement gestionnaire. Car le succès toujours relatif de la clinique mutualiste de la Source* ne pourrait pas s'expliquer sans la contrainte très forte qui s'est exercée sur elle au cours des années 1980, et qui a failli la conduire à disparaître. En effet, au moment du passage du financement des établissements de soins par le budget global, la clinique voit son programme d'investissements interrompu pour faire l'apprentissage de la rigueur. Comme établissement mutualiste, elle se trouve alors sous la double contrainte d'une rentabilité économique et d'une participation à la mission de service public. Cette double contrainte, cumul apparent de désavantages, a permis cependant à l'établissement de se constituer un noyau stratégique solide, composé tant de

médecins que d'administratifs, et qui a permis à l'établissement de gérer sa réforme, par le projet d'établissement, là où d'autres structures pouvaient encore profiter des failles du système de financement.

La départementalisation réalisée, la sensibilisation à la gestion présente, la continuité de la pression institutionnelle sont autant d'éléments qui ont catalysé le second projet d'établissement dont nous allons présenter les grandes lignes et la démarche. On peut enfin rappeler qu'une accréditation à blanc réalisée par le conseil canadien de l'accréditation en 1997 a permis de mettre la clinique « sous tension » pour préparer le nouveau projet.

Nous aborderons dans cette section le « projet objet » comme construction d'une stratégie instrumentalisée, puis nous verrons l'autre facette du projet, « le projet sujet », qui s'affirme dans l'appropriation du projet par l'apprentissage organisationnel. Enfin, en troisième point, nous verrons en quoi l'analyse de la méthode d'accompagnement du projet procède essentiellement d'une démarche heuristique conduisant à la fois à la modélisation d'une configuration spécifique du projet et à ses dérives possibles.

1.1 LE PROJET OBJET : LA CONSTRUCTION D'UNE VISION STRATEGIQUE INSTRUMENTALISEE

En tant que document destiné aux tutelles, le projet d'établissement peut, dans un premier temps, être considéré comme un objet décrivant des éléments d'une stratégie construisant une cohérence d'ensemble entre l'organisation et son environnement, dans une perspective téléologique. Cette cohérence d'ensemble peut être trouvée dans les grands principes structurants du champ sanitaire d'aujourd'hui.

Dans le cas de la clinique de la Source, trois thèmes délibérément non médicaux ont structuré la réflexion, les débats et les échanges entre groupes de travail : la qualité des soins, la sécurité des prestations, l'efficience des ressources mises en œuvre.

Quatre finalités complémentaires et transversales à chaque métier ont été affichées clairement, correspondant aux quatre piliers fondateurs du projet. Ces finalités sont, au stade initial, générales, mais opérationnalisables. Elle s'énoncent ainsi :

- placer le patient au cœur de la clinique, en déclinant au delà de l'affirmation affichée dans le SROS de deuxième génération ce principe dans chacun des projets ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins par l'analyse critique de l'existant et la formalisation des processus de soins améliorés ;
- constituer avec les autres établissements du secteur sanitaire une offre en réseau afin d'offrir aux patients, dans chacune des disciplines, le soin le plus « juste » ;
- améliorer la lisibilité de la clinique.

Ces finalités se déclinent dans chaque projet spécifique nourrissant le projet de l'ensemble de l'établissement. Dès lors, il convient de s'intéresser au processus de déroulement et d'accompagnement du projet. L'initiation du projet et sa progressive structuration se sont déroulées dans les étapes qui suivent.

1.1.1 Le lancement du projet ou la « fermentation »

Le lancement du projet a fait l'objet d'une journée de travail le 17 janvier 1998 où une centaine de personnes sur cinq cents salariés sont venues présenter l'état des lieux de leur service, esquisser des pistes de réflexion pour l'avenir.

Plusieurs groupes de travail ont réfléchi autour de cinq thèmes génériques : la santé publique, la concurrence, les moyens, les réseaux, un scénario catastrophe : la disparition de la clinique. Le dernier thème proposé par un médecin de la clinique a permis à chacun en se plaçant à la place

du patient de comprendre les éléments qui pourraient conduire les patients à quitter la clinique au profit de la concurrence et l'ARH à fermer la clinique pour cause d'inutilité.

La journée a consisté à présenter les thèmes de la politique de l'établissement pour les cinq ans à venir, ces thèmes étant suffisamment ouverts pour que chaque groupe les module et se les réapproprie. Une présentation générale de l'établissement et de ses activités a été alors réalisée, mettant en évidence par les personnes présentes l'absence d'une connaissance générale de leur établissement. Mais surtout, le médecin DIM présente les résultats globaux de l'établissement à partir des données du PMSI, qui permet à chaque personne présente d'amorcer une vision transversale et instrumentalisée sur son organisation.

Le faible taux de participation est significatif, au départ, d'une mobilisation affaiblie et d'un certain pessimisme quant à la volonté de la direction d'impliquer directement le personnel dans la démarche. Le « vrai » projet semble avoir été réalisé il y a cinq ans : dès lors, l'établissement « tourne », avec le sentiment que les grands enjeux et les grands dangers sont fixés pour les premiers, passés pour les seconds. Or, en 1998, à la lecture de la carte sanitaire et des nouvelles modalités de financement des établissements, la prospérité de la clinique de la Source n'est pas acquise à long terme. L'enjeu fondamental du projet consistera alors à réactiver, puis généraliser des dispositifs mis en place d'une façon embryonnaire cinq ans plus tôt. Cette « réactivation » passe par une prise de conscience des possibilités de la clinique dans son environnement, par la construction de finalités partagées et affirmées s'exprimant dans une volonté politique forte issue du noyau stratégique, et par leur instrumentalisation dans chaque département sous la forme d'objectifs opérationnels consistant à préparer l'établissement au processus de contractualisation des moyens.

Dans le cas présent, la difficulté du projet réside dans la construction d'une politique de soins, dans la formalisation d'une intention appropriée à la demande locale et construite par les parties prenantes au projet : il s'agit de construire le projet *de* l'établissement.

A la suite de cette journée, un comité de pilotage a été créé regroupant 25 personnes. Ce comité s'est réuni de janvier à juin 1998 toutes les trois ou quatre semaines. Ce comité de pilotage (baptisé « COPIL ») recoupe plus ou moins le « noyau stratégique » de l'établissement, qui constitue le ferment du projet. Il est constitué de la direction, des médecins leaders, de cadres infirmiers, de personnels administratif et logistique, mais aussi de deux représentants de l'agence régionale de l'hospitalisation et de quatre chercheurs du laboratoire. Le titre et le statut dans l'établissement sont secondaires dans la prise de parole et de responsabilité dans le comité de pilotage, même s'il est vain de penser ou de clamer que chacun est sur un pied d'égalité. Le choix du comité de pilotage s'est effectué par un dosage fin entre partisans d'un projet ambitieux, légèrement majoritaires, et des personnes plus réticentes, voire contestataires. L'implication de personnes « contre » le projet « dans » le groupe projet est alors fondamentale pour la construction de la légitimité de celui-ci. Un des enjeux consistera alors à rallier à la cause du projet ses détracteurs, et à mettre en avant un ou deux leaders (un service de soins, un service logistique, par exemple) qui engrangeront la dynamique initiale.

Pendant ce temps, des groupes de travail se sont réunis dans chaque département pour se livrer à un diagnostic de l'existant, dresser un bilan du projet d'établissement passé et esquisser les grandes lignes des projets. Des séminaires de formation aux enjeux du projet ont été organisés pour l'ensemble des personnels de la clinique. Ces séminaires ont permis de donner la parole à chacun des membres du personnel présent. Plus de 200 personnes ont suivi ces séminaires et rempli un questionnaire sur l'état de la qualité dans l'établissement, les dysfonctionnements apparents et les opérations à mettre en œuvre pour tenter d'y remédier. En parallèle, des groupes de progrès ont été mis en place pour tenter de remédier à certains dysfonctionnements. Il s'agit alors d'opérationnaliser le projet « chemin faisant » afin de mettre en avant ses retombées possibles et immédiates sur l'organisation.

En parallèle, des évaluations ont été conduites auprès des patients et des médecins de ville afin de mettre en perspective les dysfonctionnements mis en évidence par le personnel et ceux perçus par les patients, leurs familles et les médecins correspondants de la clinique. Ces évaluations ont

donné lieu à des discussions et à des mises en perspectives fondamentales dans l'implication des parties prenantes au projet, qu'ils soient médecins adresseurs ou patients et familles de patients en les associant effectivement à la construction de l'offre de soins. La démarche vise également à déconstruire une vision de la prise en charge des soignants et médecins, le plus souvent focalisée exclusivement sur l'organisation.

1.1.2 Le dispositif organisationnel ou « l'ébullition »

La conduite du projet repose sur une instance opérationnelle centrale, le COPIL, ou Comité de pilotage. Ce comité de pilotage s'inspire de la méthodologie développée dans l'accompagnement des réalisations des SROS de la région Rhône-Alpes. Le dispositif est donc homothétique entre la région et l'établissement.

Les décisions du COPIL sont préparées par un *groupe projet*, composé de cinq personnes environ⁵¹³, issues du laboratoire, de la direction, des médecins et soignants. Le COPIL est chargé de coordonner et d'harmoniser toutes les idées émises dans les groupes de travail, qui sont des groupes opérationnels transversaux par service (tous personnels confondus) ou par activité (tous services confondus). Chacun de ces groupes travaille en relation avec l'ensemble des personnes du service qu'il réunit et qui doit produire un travail circonstancié et argumenté en rapport avec les thématiques de travail. Chaque groupe désigne un chef de projet et un secrétaire.

La conduite du projet d'établissement doit passer par le recueil de l'avis des instances de concertation, obligatoires et facultatives. Il s'agit d'informer régulièrement et de saisir le Comité d'entreprise, environ une fois par mois au cours de l'élaboration du projet. Le Comité d'entreprise donne ensuite son avis sur les formes successives du projet d'établissement. De même, le COPIL informe et recueille régulièrement l'avis de la Commission médicale d'établissement, là encore une fois par mois environ. Les représentants des usagers sont également consultés et informés, tant par le biais d'associations que par la rencontre des élus nationaux et locaux. Enfin, le Conseil d'administration est informé tous les deux mois pour apporter sa délibération sur le projet.

Les groupes de travail par service et/ou activité réalisent des travaux à partir des thèmes transversaux proposés. Leurs travaux sont coordonnés par le comité de pilotage. Ces groupes sont abondés en information par les services administratifs (direction, informatique, comptabilité, DIM). Ils sont autonomes dans leur dispositif de production, mais restent encadrés sur la forme de la production émise :

- situation du service/de l'activité dans son environnement en terme d'offre et d'étude des besoins ;
- audit interne de l'activité ou du service ;
- projet du service ou de l'activité, liens avec le projet d'établissement ;
- engagement du service ou du groupe en terme de résultats à atteindre, d'échéance temporelle et d'indicateurs de mesure ;
- éléments de complémentarité et de coopérations inter-services ou inter-établissements.

Les groupes restent libres dans leur organisation. La discussion et la concertation internes aux groupes sont préconisées. Le groupe projet rend compte au comité de pilotage de la périodicité et de la régularité des réunions de travail de chaque groupe. Il les invite à produire les résultats de leurs recherches et propositions sous formes intermédiaires et progressives à l'aide d'un calendrier rythmant la production requise. Le groupe projet synthétise et harmonise la production des groupes et assure la rédaction du projet médical et du projet d'établissement.

L'information des instances représentatives est progressive et suit la maturation du projet.

⁵¹³ Certains participants du groupe projet peuvent l'intégrer au le quitter au fil de l'expérimentation.

A titre d'exemple, nous présentons ci-dessous un calendrier de travail, élément du pilotage du projet :

Figure 17 : Le calendrier de travail du projet d'établissement

Date	Opérations
	Projet d'établissement : Etat des lieux
Mar 06 Jan 98	Info CE-CME-Médecins-Encadrement
Mar 13 Jan 98	Mise en place des groupes de travail
Mar 10 Fév 98	Info CME (méthodologie audit interne en cours)
Mer 11 Fév 98	Info CE (méthodologie audit interne en cours)
Mar 24 Mars 98	Info CE (méthodologie audit interne en cours)
Mer 25 Mars 98	Info CME (méthodologie audit interne en cours)
Mar 21 Avr 98	Info CME (conclusions et synthèse audit)
Mar 21 Avr 98	Info CE (conclusions et synthèse audit)
Mer 22 Avr 98	Info CA (conclusions et synthèse audit interne)
	Projet d'établissement : Calendrier
Mar 12 Mai 98	Info CE
Mar 12 Mai 98	Info CME
Mar 19 Mai 98	Info CA
	Projet médical
Mar 19 Mai 98	Info CA
Mar 12 Mai 98	Avis CME
Mar 12 Mai 98	Avis CE
	Projets connexes
Mar 02 Juin 98	Avis CME
Mar 02 Juin 98	Avis CE
	Projet d'établissement (document final)
Mar 30 Juin 98	Avis CME
Mar 30 Juin 98	Avis CE
Lun 06 Juil 98	Accord CA

Le document final peut passer par quatre ou cinq versions intermédiaires, support de la construction et de l'appropriation progressives du projet par les acteurs de l'établissement.

1.1.3 L'objet projet ou le document

Le document constitué et finalisé pour les tutelles s'articule autour de trois parties :

- la clinique de la Source dans son secteur sanitaire (secteur défini par la carte sanitaire Rhône-Alpes) ;
- le projet médical ;
- les projets organisationnels.

La première partie a pour finalité de présenter un positionnement de la clinique dans l'offre globale de soins. Ce positionnement est quantitatif et qualitatif. Il s'appuie à la fois sur des données existantes retraitées dans la perspective du projet et sur des données construites à partir de questionnaires auprès des patients et d'entretiens avec les prescripteurs.

La structure et la raison d'être de la deuxième partie correspond à l'obligation légale de réalisation du projet d'établissement. Bien que l'on puisse discuter de la pertinence de la construction, il convient de présenter de façon relativement isolée l'offre de soins actuelle et à venir de l'établissement. Cette offre s'étaye sur un bilan de l'existant, sur l'analyse des besoins des patients, et sur l'offre en général dans le secteur. Le projet médical est formellement calqué sur la logique de découpage du savoir médical, qui est reprise dans les structures par service. Or,

cette logique ne correspond pas nécessairement à une logique d'offre de soins, organisationnelle, et encore moins à une logique d'offre cohérente d'ensemble. Il s'agit donc de présenter le projet médical en grands pôles d'offre de soins afin de construire une offre médicale jouant sur la complémentarité entre spécialités. Nous introduisons en outre une réflexion spécifiquement médicale, mais trans-disciplinaire, afin de faire émerger une réflexion d'ensemble sur l'offre. Dans le cas présent, cette réflexion porte sur la douleur.

La troisième partie est le cœur du projet *de* l'établissement. Elle donne les perspectives transversales aux services afin de les placer dans une logique de congruence. La spécificité du projet d'établissement résidera donc dans ses éléments non obligatoires. En effet, l'analyse d'un projet d'établissement passe d'abord par sa capacité à se détacher de l'obligation légale pour se saisir de ce qui est perçu par les acteurs pertinents de l'organisation comme une *opportunité*. A partir de là, la finalité de l'organisation sera, non pas la résultante des finalités des acteurs porteurs de projet, mais la forme organisationnelle retenue permettant à ces finalités singulières de se développer en symbiose.

L'organisation n'est alors plus strictement fonctionnelle, mais se légitime par l'expression de sa singularité. Cette expression d'une offre de soins collective s'appuie bien sûr sur la traditionnelle réputation des individualités médicales qui attire les prescripteurs (plus que les patients eux-mêmes), mais également sur la capacité de l'établissement à proposer une prise en charge organisationnelle individualisée et une réponse globale aux patients. Par exemple, l'établissement qui accueille un patient âgé pour une prothèse de hanche doit s'assurer du maintien du contact avec le médecin généraliste prescripteur, mais doit également préparer la venue du patient dans un centre de soins de suite, et envisager d'autres soins liés à l'âge. Or, cette prise en charge globale, une structure peut l'assurer, et non le seul médecin spécialiste. L'émergence du projet de l'établissement s'exprime donc, paradoxalement, non pas par sa distinction médicale, mais par ses réponses organisationnelles.

Le projet d'établissement peut être perçu comme l'ensemble, au sens systémique, des sous-projets qui le constituent et, en même temps, l'intersection des désirs et possibilités de plusieurs acteurs : le projet d'établissement est au final comme dans sa phase de réalisation un compromis finalisé autour des groupes d'acteurs de l'établissement, de la finalité du noyau stratégique, de ses possibilités compte tenu de ses ressources et de la volonté de l'ARH.

Au cœur du projet d'établissement et noyau central de celui-ci **le projet médical** traduit les orientations de la clinique au plan médical sur la base des orientations du Schéma régional d'organisation sanitaire. Le projet médical suit une structure tout à fait classique qui correspond à l'obligation légale de la loi de 1991. Il est structuré par département et suit un plan standard traitant de l'analyse critique des activités, des missions et objectifs du département, de la faisabilité du projet, de l'organisation à mettre en œuvre et des partenariats internes et externes⁵¹⁴.

Autour de ce projet médical gravitent plusieurs projets nécessaires pour lui donner du corps et assurer une meilleure prise en charge des patient et de leurs familles. Ces projets organisationnels, transversaux, touchent aux soins infirmiers, que nous assimilons au projet de prise en charge, au projet social, au projet qualité, au projet de système d'information, et au projet de gestion, garant lui-même du dispositif d'ensemble.

Le projet de soins infirmiers et le projet de prise en charge formalisent par un protocole, l'organisation générale des soins et la prise en charge des patients qui seront ensuite déclinées dans chacun des services en fonction de leur spécificité. Leurs principes s'ancrent dans l'écoute et la compréhension du patient. La mise en œuvre du projet s'appuie par exemple sur « la conception et le partage du projet thérapeutique avec le patient ». Elle se décline en certain nombre de procédures, liées aux modes d'action, à l'information générale, à l'information

⁵¹⁴ Les projets des départements de gynéco-obstétrique et de médecine interne seront présentés et analysés de façon détaillée dans leur genèse et leur structuration dans le paragraphe suivant « Stratégie et apprentissage organisationnel : la structuration du projet par les services ».

médicale. On note également la présence de procédures liées à l'expression des patients, au dossier patient, à une information des médecins correspondants et à la sortie des patients.

Aux procédures d'information s'ajoutent les procédures d'évaluation élaborées par le groupe de travail issu de la commission infirmière. Elles touchent à l'évaluation des dossiers des patients, l'évaluation des personnels, et l'évaluation du dossier de soin infirmier. Le projet décrit enfin les méthodes utilisées.

Le projet social décrit la politique suivie par l'établissement en matière de gestion des ressources humaines, l'organisation ou la réorganisation des différents services, les modifications concernant le règlement intérieur, rappelle les différentes instances qui assurent la bonne marche de la clinique. Le projet social précise enfin les grandes orientations concernant la formation des personnels, afin de mettre en perspective les objectifs du projet et les ressources disponibles. Il s'appuie sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à partir du recensement exhaustif des emplois. Il s'intéresse ensuite à l'adéquation entre ressources et projet par une modification des affectations, la constitution d'une conférence de moyens, la recherche de l'anticipation de l'évolution. Enfin, le projet décrit la politique de relations humaines, la politique de formation ainsi qu'un projet d'opportunité, la mise en place des 35 heures.

Le projet de système d'information a pour objet de montrer les améliorations techniques logicielles et pédagogiques à mettre en œuvre pour doter la clinique d'un système de gestion reposant sur une gestion médicalisée des ressources et des prises en charge.

Le projet « qualité et accréditation » traduit au quotidien la détermination de la clinique à placer le patient au cœur du processus de gestion et d'auto-évaluation.

Le projet de gestion ou « projet des projets » fédère l'ensemble constitué par les procédures comptables financières et administratives, les différents tableaux de bord, les procédures de contrôle et d'évaluation permettant à l'ensemble des centres de responsabilité de la clinique de prendre des décisions de gestion et de piloter le système sur la base d'un même système de gestion.

Nous le développons dans les lignes qui suivent.

Ses principes reposent sur :

- le patient au cœur de l'organisation de la clinique et des filières de prise en charge ;
- des objectifs portant sur la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins à l'intérieur de la clinique ainsi qu'avec les différents partenaires avec qui la clinique est en réseau.

Afin d'intégrer cette dimension réseau, les départements voient leur compétences élargies. Ces départements vont se transformer en pôle de prises en charge ayant pour mission de coordonner non seulement les ressources internes à la clinique mais également les ressources que constituent l'ensemble des établissements et des professionnels avec qui la clinique est en réseau.

Une articulation polaire de l'organisation

Le projet propose une organisation de la clinique qui s'articule autour de :

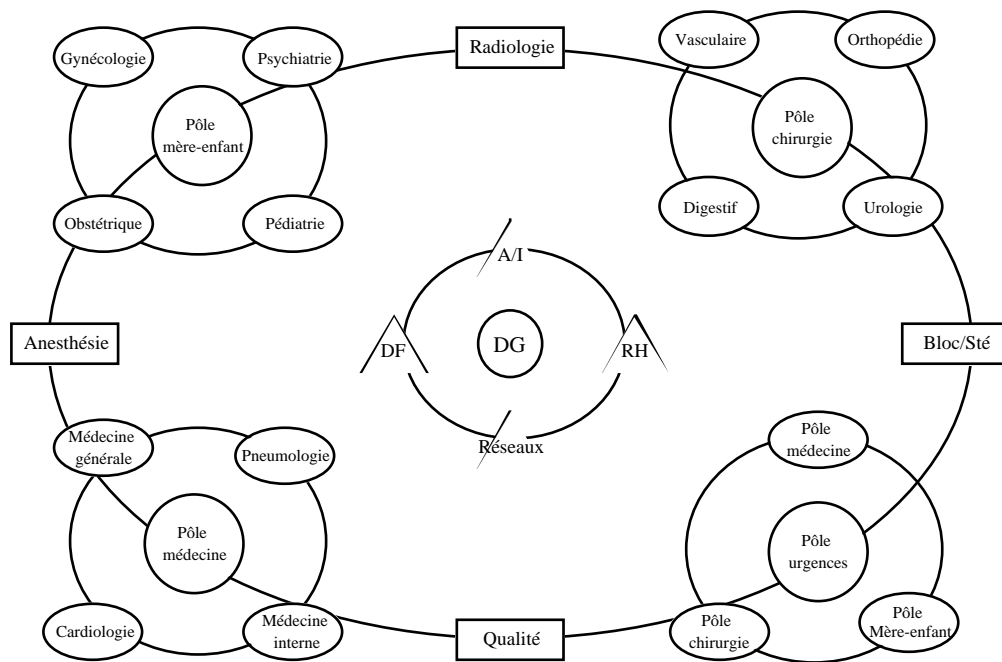
- **quatre grands pôles médico-soignants** : obstétrique, médecine, chirurgie, urgences ;

Le pôle « mère enfant » comprend l'offre d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie présente dans la clinique ainsi que l'ensemble des correspondants avec lesquels le pôle mère enfant est en réseau. **Le pôle chirurgical** comprend 4 spécialités principales : digestif, orthopédie, urologie et vasculaire, ainsi que l'ensemble des correspondants avec lesquels le pôle chirurgical est en réseau. **Le pôle médical** rassemble autour d'une unité de médecine générale deux unités de médecine cardiologique et de médecine interne ainsi qu'une unité de long séjour. Enfin **le pôle urgences** est constitué en partenariat avec le CHU et la clinique B... Il est dirigé par un médecin interniste et permet à la clinique d'assurer sa mission 24 heures/24 ;

- **quatre pôles supports médicaux** soignants : le pôle radiologie/scanner/IRM, le pôle anesthésie, le pôle bloc stérilisation, le pôle qualité correspondant au plateau technique ;
- et **quatre pôles administratifs** : le pôle ressources humaines, le pôle finances et système d'information, le pôle achats investissements et le pôle réseaux.

La structure d'offre de la clinique se présente alors comme suit⁵¹⁵ :

Figure 18 : La structure d'offre de la clinique suite au projet



L'organisation des pôles médicaux et supports médicaux

⁵¹⁵ On entend par « DG » Direction Générale, par « RH » Ressources Humaines, par « DF » Direction Financière, par « A/I » Achats/Investissements.

Chaque pôle est dirigé par un binôme praticien/cadre de santé.

Le binôme a en charge la politique spécifique du pôle dans le respect des orientations stratégiques de la clinique, l'animation et la coordination des équipes et du plateau technique, la réalisation des protocoles et des processus spécifiques au pôle, la gestion opérationnelle des patients, la gestion de la qualité en relation avec le directeur qualité, la préparation et le suivi des budgets, les relations avec les autres pôles, les relations avec la direction de la clinique et les différents services administratifs, les relations avec les équipes et les établissements en réseau, les relations avec les correspondants, le plan de formation, et l'élaboration et les mises à jour des règles intérieures de fonctionnement du pôle.

Un conseil de pôle qui se déroule le lundi après-midi a pour objet de faciliter la circulation de l'information et l'ajustement entre les différentes spécialités en permettant aux différents praticiens et cadres soignants de se rencontrer et de remplacer par une réunion unique diverses réunions sources de problèmes pour chacun des acteurs qui y participaient.

La fédération des pôles

Le Conseil de direction assure la fédération des pôles.

Le conseil de direction de la clinique qui se réunit tous les lundis matins de 8 h 30 à 9 h 30 comprend le directeur de la clinique, les quatre binômes des pôles médicaux, le directeur des ressources humaines, le directeur des finances et de l'information, le directeur des investissements et des achats et le directeur de la qualité.

Il se donne pour mission, notamment, de faire circuler en temps réel l'information entre les décideurs, de recenser les problèmes petits ou grands que rencontre chacun des décideurs, de prendre une décision avec effet immédiat ou de désigner une personne chargée d'étudier la question et de proposer une solution pour la semaine suivante, de faire le point régulièrement sur les plans de charge et l'exécution des budgets, de préparer les décisions stratégiques qui seront arrêtées par le directeur général ou le conseil d'administration, et de proposer les réformes structurelles qui permettraient une meilleure prise en charge des patients et de leurs familles.

Une structuration par les réseaux, conventions et filières

Au fil des années la clinique s'est séparée des disciplines ou des activités suivantes qu'elle aurait dû organiser en réseau. En 1992 ont disparu de l'offre de soins de la clinique l'ophtalmologie, l'O.R.L. et la stomatologie.

Mais c'est également ainsi que la clinique peut mettre en place par le projet un certain nombre de conventions :

- avec le CHU (partage de la salle d'angiographie numérisée, mise en commun de personnel avec le réseau d'hospitalisation à domicile de la ville, utilisation du lithotrypteur du CHU) ;
- avec le privé (gestion en commun d'un scanner installé sur le site de la clinique avec l'ensemble des radiologues libéraux de la ville, utilisation en commun d'un IRM sur le site d'une autre clinique, organisation complémentaire des gardes chirurgicales entre les

chirurgiens viscéraux et orthopédiques, prise en charge de la douleur chronique dans le cadre d'un réseau, conventions pour la prise en charge cancérologique) ;

- avec le secteur associatif (accueil sur le site de 8 postes d'hémodialyse rénale gérés par une association, convention de mise à disposition d'un médecin de cette structure dans le département de médecine interne de la clinique, conventions avec un centre de moyen séjour par la conception de protocoles de prise en charge pour des pathologies précises, charte de mise en place de protocoles de lutte contre la douleur entre les deux établissements) ;
- avec les sages-femmes libérales, les pédiatres et les gynécologues de ville pour améliorer la qualité et la sécurité dans le suivi de la grossesse et la prise en charge *post partum* par la mise en place de protocoles communs.

Ces conventions préfigurent la communauté d'établissements que la clinique mutualiste compte construire dans les trois premières années de son nouveau projet d'établissement.

Cependant, si la forme du projet décrite ci-dessus offre un cadrage global et nécessaire à sa réalisation, on voit qu'elle n'est pas seule suffisante pour assurer sa construction dans une perspective pérenne.

Il s'agit donc de compléter cette description finalisée en s'intéressant plus spécifiquement au processus d'élaboration des différents projets, à leur maturation, à leur mise en congruence. C'est l'objet de la section suivante.

1.2 LE PROJET SUJET : L'APPROPRIATION DU PROJET PAR L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL

L'appropriation du projet procède, d'après nous, en deux temps forts : un processus de déconstruction des référentiels à la base des représentations de la clinique, et un processus de construction du projet par les services.

1.2.1 La démarche d'accompagnement : un processus de dé- et re-construction des représentations

Le processus de reconstruction des représentations est selon nous fondamental, car dans le cas précis de la clinique de la Source, l'établissement vit sur ses acquis. Ses représentations, tant de l'environnement que de l'organisation sont relativement fonctionnelles et figées, et difficilement articulables sur un projet de l'organisation. Il s'agit donc de proposer des relectures des interactions de l'organisation et de son environnement nées d'un changement de mise en perspective des indicateurs existants.

A ce stade, l'introduction de nouveaux indicateurs permettant un croisement de regards sur la clinique et son environnement est délicate dans la mesure où ils peuvent ne pas sembler pertinents aux yeux des acteurs de l'établissement. Les nouveaux indicateurs ne sont proposés que dans un second temps spécifique à l'instrumentalisation du projet.

Cette première phase propose une lecture de l'établissement dans son environnement. Évidemment, les relations ne sont pas déterminées et peuvent changer rapidement. En outre, la distinction entre l'établissement et son environnement n'est pas claire. Un membre du conseil d'administration sera-t-il placé dans ou hors de l'établissement ? Un médecin intervenant à mi-temps, assurant des gardes dans l'établissement sera-t-il simplement prestataire de services ? Un établissement de soins de suite rattaché à la Mutualité à laquelle appartient la clinique sera-t-il également un simple partenaire ? La concurrence avec qui l'on partage un équipement lourd doit-elle être présentée strictement sous un angle hostile ? Toutes ces questions étayent l'idée selon laquelle le positionnement d'une structure dans une offre globale de soins est particulièrement délicat à réaliser de façon univoque.

L'intérêt de la démarche déployée ici consiste à proposer une relecture des indicateurs traditionnels dans l'évaluation de l'offre de la clinique. Il s'agit surtout de faire prendre conscience, tant à la direction, qu'aux employés (médecins et non médecins), qu'aux tutelles (par une relecture de l'information qu'elles produisent), que l'organisation évolue dans un environnement lui-même mouvant par rapport à des lames de fond qu'il s'agit d'entrevoir constamment.

La démarche consiste principalement à présenter les points suivants :

- carte d'identité de l'établissement (structure juridique, nombre de lits, plateau technique, partenariats avec le secteur associatif, le secteur libéral, le public dont le CHU, programme de modernisation) ;

- le « secteur sanitaire » ou l'éclatement de l'offre ;

- l'analyse quantitative de l'activité médicale de l'établissement ;

- les regards portés sur la clinique.

Le cadre général de la méthodologie repose sur un socle originel issu des travaux de notre laboratoire de recherche depuis cinq ans d'intervention dans l'accompagnement de projets d'établissement. Nous avons retravaillé la démarche à partir de nos propres travaux, même si le modèle proposé ci-après doit beaucoup à la réflexion collective menée dans notre laboratoire.

La méthodologie mise en place n'est pas strictement structurée autour d'une démarche classique de type « formulation/mise en œuvre ». Elle s'attache à développer un accompagnement des acteurs volontaires de la structure, afin de constituer, chemin faisant, les éléments du référentiel d'ensemble proposé dans une synthèse finale. La démarche, de nature heuristique, consiste à (re) (dé) cadrer les acteurs du projet en plaçant les représentations verbalisées de leur organisation dans des perspectives différentes de leur mode d'action habituel, puis à procéder par une sorte de « contamination » progressive à la généralisation du dispositif dans l'organisation.

Par exemple, on essaiera de « donner du champ » :

- à un groupe d'infirmières en les décadrant puis recadrant par rapport à la signification d'une prise en charge globale dépassant le service et l'organisation ;

- au groupe de surveillantes à travers l'articulation des tensions entre logiques administrative, soignante et médicale ;

- à la direction à partir des actions concrètes nourrissant le système d'information support des décisions qu'elle prend ;

- aux médecins par la possibilité de réaliser des soins de qualité à ressources constantes en pensant l'organisation autrement, notamment par la logique de filières de prise en charge ;

- au service de soins en lui faisant prendre conscience de sa place dans la structure, et dans le système de soins dans son ensemble, le corollaire étant la production de formalisations de prises en charge assorties d'indicateurs de coûts, de qualité et de délai ;

- aux services médico-techniques par une explicitation de leur valeur ajoutée dans la prise en charge ;

- au personnel administratif, dans le rôle joué par l'accueil et l'influence de l'information sur la qualité de la prise en charge...

Dans ces perspectives, si l'on peut parler d'un référentiel commun (du type « l'amélioration de la qualité de la prise en charge »), que personne ne pourra contester, mais qui demeurera peu opérationnel, nous préférons déployer des référentiels locaux permettant à chaque groupe de reconstruire ses représentations et modes d'action afin de s'approprier les axes du projet. Ceci suppose la réalisation d'un travail de maturation préalable important avec la direction de l'établissement et son conseil d'administration, en présentant les nouveaux enjeux et contraintes issus du champ sanitaire.

Il serait alors délicat de présenter une méthode *a priori*, il nous semble préférable de valider ou de réorienter les démarches déjà réalisées. Il s'agit de partir des habitudes existantes pour les moduler/modeler. Dans les cas où les établissements n'ont pas expérimenté de méthode de travail collectif suffisamment éprouvée, nous opérons un travail d'encadrement du « noyau dur » du projet (appelé « groupe de pilotage ») afin qu'il formule lui-même un cadre méthodologique spécifique à l'établissement.

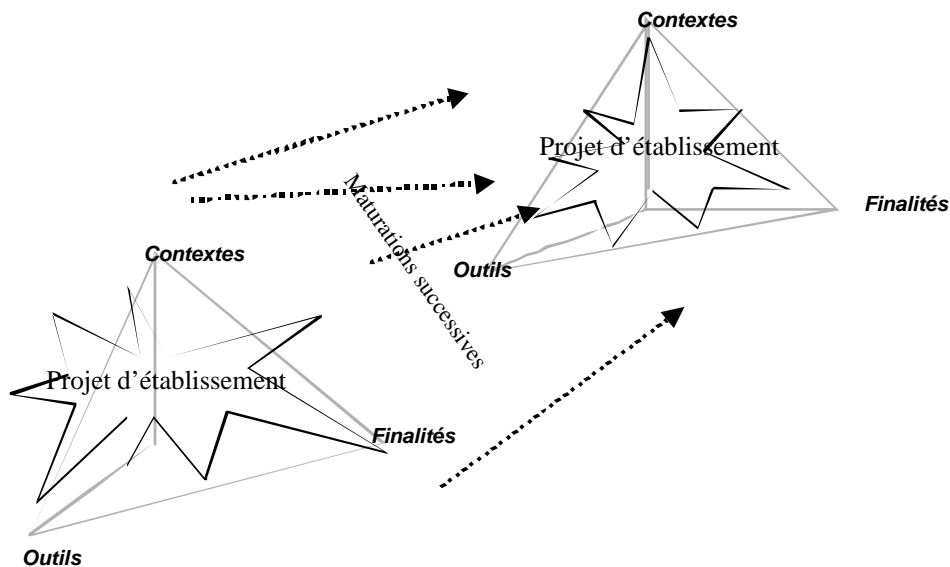
L'étape suivante consiste à insérer des éléments de l'environnement de l'établissement. Ces éléments ne sont évidemment pas les mêmes d'un groupe à l'autre. Les données seront plus traitées en terme de concurrence/rentabilité des investissements et des activités au niveau de la direction, en terme de rentabilité des activités/complémentarité/attractivité avec les médecins. Le travail avec le personnel soignant sera plus axé sur des approches de type « benchmarking » à partir d'un thème transversal comme la « qualité des soins » sur la base de profils généraux des services. Le groupe « hôtellerie » travaillera sur la formalisation des prestations réalisées, par exemple dans une chaîne hôtelière. Ce travail doit permettre à chacun à son niveau, de prendre conscience que l'établissement n'est pas seul, qu'un malade est un client qui peut partir, et de situer l'établissement par rapport à des repères qui lui semblent pertinents.

Comme tout projet se construit à partir d'un existant, un diagnostic interne réalisé par les membres de l'établissement est tout à fait nécessaire. Toutefois, notre intervention se limite au cadrage du diagnostic et au suivi d'un recueil correct de l'information. La démarche est réalisée par les acteurs de l'organisation.

A ces différents pôles, et surtout en complément du précédent, deux thèmes transversaux sont initiés. Le premier consiste à faire travailler l'hôpital sur un état des possibles pour l'établissement dans le cadre d'une démarche prospective. Le second consiste à construire de nouveaux modes d'organisation à partir des principes de cohérence d'ensemble des prises en charge, de modularité de la structure et de flexibilité.

La méthode d'accompagnement du projet consistera donc à recadrer chaque pôle en fonction de la situation perçue au départ par les acteurs et groupes du projet. Il ne faut pas voir, au début du moins, l'ensemble Finalités-Outils-Contextes comme un tout cohérent, donné *a priori* et dans lequel le projet se déploierait. Le processus est un ensemble de co-construction de la cohérence d'ensemble du projet, comme le montre le schéma suivant :

Figure 19 : Le processus de co-construction du projet



Il peut certes sembler délicat d'envisager un référentiel, guide de l'action et des représentations de l'action, comme étant lui-même non figé, mouvant. Mais il ne s'agit pas ici de conduire les acteurs du projet sur un chemin, il s'agit de les accompagner, avec des cartes⁵¹⁶ qu'ils ne possèdent pas encore ou qu'ils ne maîtrisent pas pleinement, afin que « le chemin se fasse en cheminant ». Notre travail a consisté, après s'être assuré que les parties prenantes au projet maîtrisent un certain nombre de données pertinentes sur leur environnement (nouvelles dispositions légales, SROS, normes de sécurité et de qualité, etc.) à s'assurer de la cohérence d'ensemble de la démarche sans intervenir (ou à la marge) sur le fond, en visant un gain d'intelligibilité pour les acteurs sur leur hôpital et sur leur mode d'organisation. Il s'agit donc pour eux d'explicitier, de critiquer, de reformuler les règles organisationnelles, alors qu'habituellement ils fonctionnent par rapport à des critères professionnels régulés par un ajustement mutuel généralisé. Nous l'illustrons dans le point suivant.

1.2.2 Stratégie et apprentissage organisationnel : la structuration du projet par les services

Le processus d'évolution de la formulation des projets est central dans l'appropriation du projet. Il passe par un travail en plusieurs phases de proposition de projet, de son analyse critique, de reconstruction progressive par les acteurs.

Nous montrerons les différentes phases d'évolution de certains éléments du projet et tenterons d'expliquer pourquoi et en quoi ces projets évoluent. Nous verrons notamment que l'urgence joue ainsi un rôle déterminant dans la prise de décision, l'ensemble du dispositif constituant une sorte de maturation générale préparant les derniers arbitrages. Pour illustrer notre propos, nous retiendrons le détail de l'évolution des projets de gynéco-obstétrique et de médecine interne. Puis, en guise de synthèse, nous verrons également l'évolution du discours de politique générale cadrant le projet d'établissement.

1.2.2.1 Le projet du département gynécologie-obstétrique

Ce département est la « vitrine » de l'établissement, tant sur la forme que sur le fond. C'est le département qui est dans la position la plus confortable par rapport aux autres activités médicales, ce qui pourra expliquer partiellement la position relativement attentiste qu'il développa dans un premier temps, avant de proposer un projet de service original et engageant pour ses acteurs.

- La première version (15 mai 1998), ou l'absence de perspective

Après quatre mois de travail d'accompagnement du projet d'établissement, chaque département est chargé de produire une ébauche de son projet spécifique. La première version du projet de département est un document de 3 pages vaguement structuré autour d'un bilan sommaire issu du projet initial. Il a été conçu rapidement par la surveillante et le chef de service, qui, visiblement, l'ont écrit dans l'urgence de l'échéance. Le 15 mai, malgré les groupes de travail et les formations diverses réalisées, le département se contente de produire un document de travail issu d'une réunion (le 11 mai) dont voici les grandes lignes :

Le projet du département est « un objectif global de 1 800 accouchements par an en 2003 ». L'argumentation est la suivante :

« Avantages :

- faire partie dans les années 2005-2010 des 2 ou 3 maternités du secteur IV
- continuer à être une porte d'entrée de notre structure pour la clientèle de la ville

⁵¹⁶ J.-P. Claveranne emploie l'image de construction de *portulans*, en référence aux cartes marines médiévales, qui indiquaient la position des ports des côtes.

- *maintenir la possibilité pour la population d'avoir une alternative de soins en matière d'obstétrique entre le privé et le CHU*
- *répondre à l'attente de la population d'avoir accès à un service de maternité respectant la relation mère enfant dans un cadre de sécurité médicale.*

Freins à cet objectif :

- *impossibilité de respecter la règle du budget constant*
- *risque de détérioration de la qualité des soins*
- *sentiment pour l'équipe de ne pas avoir réellement de choix quant à l'objectif*
- *inquiétude concernant la gestion du matériel, en particulier l'utilisation des locaux pour les consultations (anesthésie, gynécologie obstétrique et pédiatrie), la disponibilité des blocs opératoires, obstétricaux, et des chambres d'hospitalisation*
- *statut des médecins de l'établissement : différence majeure entre les médecins au sein des équipes de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes et de pédiatres. »*

Outre un manque évident de travail de fond lié essentiellement à l'assurance que le service a sur son avenir, on peut noter un certain nombre d'incohérences de forme et de fond. La forme du document ne s'inscrit absolument pas dans le cadre du projet global d'établissement et ne répond pas aux attentes de la tutelle. La logique « plus de moyens — plus d'activité — plus de qualité » a trouvé depuis longtemps ses limites. Ainsi, le projet de gynéco-obstétrique, en l'état, se verrait immédiatement refusé par les services de l'État, dont l'objectif est la stabilisation des dépenses, d'autant plus que l'offre de la ville est saturée... ce que montre d'ailleurs le projet du département. Ainsi, un département avec des atouts notoires, qui s'est modernisé, qui est performant et efficient et le sait, met en péril son avenir pour un manque de rigueur dans la formalisation de ses activités et de ses objectifs, dont la pertinence n'est articulée ni à l'environnement, ni aux attentes institutionnelles.

Mais surtout, deux points faibles caractérisent ce premier projet sur sa forme :

- la spécificité de la structure et de la prise en charge dans le département n'est pas présentée, et donc ne peut être valorisée ;
- l'engagement du département sur des niveaux de prestations en quantités et en qualité n'est pas formalisé. Or, la tutelle dans la perspective de la contractualisation recherche des formes de départements correspondant à ce modèle.

Notre rôle consiste alors, sans toucher au fond des activités, ni à l'âme du service, à accompagner l'équipe dans la formalisation de sa mission, de ses activités et dans l'argumentation de sa demande de moyens.

A partir de ce diagnostic sur cette première version du projet du département que nous restituons en comité, nous proposons à l'équipe de travailler sur la forme, afin d'élaborer une démarche correspondant aux attentes du projet d'ensemble.

Ainsi, même si nous critiquons le fond du projet ouvertement et oralement, en termes de faisabilité et de cohérence d'ensemble, tant au niveau du service que de l'établissement, nous refusons de proposer des éléments de fond sur le service. Le groupe doit le trouver seul.

- La deuxième version (22 mai 1998), ou la trame du projet

Suite à un travail en équipe restreinte avec la surveillante et le chef de service, nous tombons d'accord pour retenir le plan et les principes suivants, qui font l'objet de la deuxième version du projet, qui est soumise et retravaillée par le personnel du département. Nous en présentons ici les grands thèmes.

« Le constat

L'obstétrique dans la ville, à la clinique, l'organisation du service

Le projet du département d'obstétrique

3 valeurs clés du service : continuité dans la prise en charge, qualité des soins et sécurité

2 principes généraux : une prise en charge focalisée sur le service rendu au patient, réaliser des soins dans le meilleur rapport qualité/coût.

Le positionnement de l'offre de la clinique : la « 3^o voie »

Conséquence : notre projet organisationnel s'articule pour :

- *assurer la continuité dans le réseau*
- *favoriser la relation parents/enfant et parents/enfant/équipe*
- *assurer la sécurité*

Deux scénarios possibles pour l'avenir

le *statu quo*

le développement à 1 800 accouchements

Du projet de département au projet *du* département : l'organisation

Vers un engagement de prestations auprès de la patiente

Vers un engagement de prestation en terme de qualité relationnelle... »

Ce canevas est alors soumis à l'équipe, qui valide les grandes lignes de la forme du projet et se retrouve alors seule pour travailler sur le fond et propose le 16 juin la troisième version du projet.

- La troisième version (16 juin 1998), ou la formulation du projet

Cette troisième version, comportant sept pages, est l'ossature principale du projet du département. Le fond du projet est alors fixé.

Le plan du projet de département est le suivant :

1 — Les spécificités

Ce paragraphe présente les points clés du département : 22 % des accouchements de la ville sont effectués à la clinique, et ce, dans le cadre d'une obstétrique de qualité peu interventionnelle (12,4 % de césariennes, 10,9 % de forceps, 2,8 % de transferts néonatalogiques). La clinique a doublé son activité en obstétrique dans la première moitié des années 1980. Le département a été complètement rénové en 1997, avec création de 25 chambres particulières adaptées à l'accueil de la mère et de l'enfant. 200 patientes sont encore refusées par an par manque de place ou de personnel disponible.

2 — L'organisation du département

Ce paragraphe décrit la rénovation complète du département, accompagné du changement de secrétariat et de l'aménagement d'un nouveau bloc obstétrical. Divers processus et protocoles de prises en charge ont été écrits dans les champs traitant du bain du nouveau né, de la toilette périnatale, de l'information et de l'accueil du personnel, dans l'organisation des départs.

Ces éléments importants pour la crédibilité du projet n'apparaissent pas initialement, alors qu'ils sont bien intégrés dans la démarche de fonctionnement du département.

Plusieurs autres thèmes sont en cours de traitement : prise en charge de la préparation à la naissance avec évaluation des pratiques présentes, réécriture de la présentation du département dans le livret d'accueil, protocolisation de la prise en charge de la douleur en *pré et post partum*, écriture du dossier unique. Ces thèmes ont tous pour point commun d'être transversaux au département et touchent à des questions de gestion et d'organisation.

3 — Le projet

Nous reproduisons les lignes essentielles du projet tel qu'il apparaît dans cette version fondatrice :

« Les valeurs qui animent l'équipe

L'équipe de gynécologie-obstétrique se reconnaît dans une prise en charge individualisée de chaque patiente accueillie dans le département. Il s'agit avant tout, de permettre à chaque couple de pouvoir traverser ces moments particuliers que sont la grossesse et la naissance, en

parents et adultes responsables de leur choix. Cette volonté d'écoute des inquiétudes et des questionnements de nos patientes fédère l'ensemble de l'équipe médicale et des conseillères conjugales...

Proposition de l'offre de la clinique

Notre projet s'articule donc en conséquence autours de 3 axes :

- maintenir les conditions de sécurité optimales pour la prise en charge de la grossesse à la naissance et du post partum...

- améliorer la qualité de cette prise en charge dans le cadre des contraintes socio-économique actuelles par l'écriture des procédures de fonctionnement et des protocoles médicaux.

- favoriser la mise en place d'une relation parents/enfants et parents/enfants/équipe de bonne qualité, tenant compte des recherches sur la parentalité et dans le cadre plus large d'une prévention familiale et sociale.

La mise en place d'un réseau avec des médecins généralistes, gynécologues de ville, pédiatres, sages-femmes et structures sociales est un élément clé de cet objectif.

Deux scénarios possibles pour l'avenir

• Statu quo : 1 500-1 600 accouchements par an.

Cette première option permet de maintenir l'activité actuelle dans le cadre budgétaire fixé par l'établissement...

• Développement à 1 800 accouchements/an

Atteindre cet objectif permet de garantir l'accès à l'ensemble des patientes qui ont fait le choix de notre structure et que nous ne pouvons satisfaire pour l'instant Cet objectif ne peut être qu'un objectif quantitatif ; il implique une mise en réseau de la clinique avec les sages-femmes libérales et les pédiatres de ville.

La préparation de ce travail en réseau est déjà assez largement avancée pour ce qui concerne les sages-femmes. Une convention de prise en charge de certaines pathologies de la grossesse est en cours avec le CHU... et avec les gynécologues de ville et médecins généralistes...

Les engagements du département

• Vers un engagement de prestations en terme de qualité des soins

La transmission de l'information à destination des correspondants sera réalisée en temps réel avant, pendant, et après l'accouchement. Le département s'engage également à accueillir toutes les patientes inscrites (pas de refus au dernier moment).

Dans le cadre de la préparation à l'accouchement, le département s'assurera que la patiente est informée des différents modes de prise en charge possibles ainsi que des prestations médicales et soignantes minimales en terme de qualité, de quantité, et de sécurité.

Ces engagements seront totalement mis en œuvre pour le 1er janvier 2000.

• Vers un engagement de prestations en terme de qualité relationnelle

Le département s'engage à développer une politique d'accueil et d'écoute des patientes dans toutes les situations : compréhension des informations données aux patientes, en particulier pour la clientèle étrangère...

Un questionnaire de satisfaction sera systématiquement donné à la patiente et au correspondant. L'analyse des dysfonctionnements et insatisfactions fera l'objet d'une revue régulière et devra déboucher sur des propositions organisationnelles.

Le département s'engage à favoriser la relation père/mère/enfant dans le cadre d'un contrat de soins passé avec la famille.

• Vers un engagement de prestations en terme de qualité de soins

Le département s'engage :

1. à ce que toute patiente bénéficie d'une prise en charge médicale dans l'heure suivant son arrivée, 24 heures/24.
2. à proposer toutes les alternatives possibles à sa prise en charge et leurs conséquences pour la patiente, ainsi qu'à recueillir son consentement...
3. à la mise en place d'un processus de gestion systématique des plaintes. »

Ce projet de département est intéressant à plus d'un titre. Il présente les valeurs qui animent l'équipe en cohérence avec les finalités et les valeurs de l'établissement, mais aussi une alternative possible d'un point de vue qualitatif sur l'offre existante.

Il propose deux scénarios qui ont pour variable la capacité d'accueil en accouchements. L'enjeu est pour le département d'indiquer que la qualité de ses prestations passe par la quantité et le franchissement du seuil des 1 800 accouchements par an.

Mais surtout, le département s'engage fortement sur des points précis concernant la prise en charge. Nous sommes en présence d'un document pouvant presque se substituer à un contrat d'objectifs et de moyens pour le département. A partir de ces engagements, la demande de postes supplémentaires pour le département prend un tout autre relief et une crédibilité tout à fait intéressante. A ce moment du processus de construction du projet du département, la forme du canevas de projet aura conditionné très fortement la posture adoptée par le chef de service et sa surveillante. Le fait de décliner le projet en engagements sur des prises en charge le rend opératoire et « approprié ». Le département s'est forgé des outils qui seront pour lui des leviers du changement.

Dès lors, le document peut devenir support d'un débat à la base d'une construction de l'accord.

La dernière version du projet de département fait encore apparaître des modifications qui, cette fois, ne touchent plus au département lui-même mais à sa fonction dans la structure.

- La quatrième version (3 juil. 1998), ou la formalisation du projet

Par rapport au document précédent, des modifications notoires ont encore eu lieu. Le document se trouve alors réduit à quatre pages dans un travail réalisé par le chef de département, la surveillante et le directeur.

La première partie diagnostic est alors fortement remaniée, et traite en un paragraphe des spécificités du département. L'activité du service est systématiquement mise en relief par rapport au secteur sanitaire après un bref historique. L'activité est présentée dans une perspective plus externe que la précédente version.

Le paragraphe sur les valeurs qui animent l'équipe est retouché et étoffé, tout en gardant les mêmes grandes lignes.

En revanche, les objectifs généraux et les engagements de prestation voient leur forme profondément modifiée : les scénarios alternatifs disparaissent pour mettre en avant la volonté affichée de développement du service à 1 800 accouchements par an, les engagements sont plus généraux, donc plus ambitieux, mais moins précis, donc moins opérationnels. Le projet du département se trouve alors recadré dans une dimension politique :

«...»

Proposition de l'offre de la clinique

Notre projet s'articule en conséquence autour de trois axes :

- *Répondre à la demande de la clientèle en matière quantitative : pour ce faire, nous souhaitons réaliser 1 800 accouchements par an, ce qui représente la demande actuelle du secteur nous concernant. Cette demande nous semble être particulièrement intéressante puisque nous représentons une alternative entre la médecine entièrement libérale des Cliniques Privées et la médecine universitaire du CHU,*
- *Un objectif qualitatif : cette augmentation du nombre d'accouchements doit s'accompagner d'une amélioration de la qualité tant au niveau de la prise en charge que de l'écriture de procédures pour tout ce qui concerne l'activité du service,*
- *Une mise en réseau s'avère indispensable avec les médecins généralistes de ville, les pédiatres, les gynécologues de ville, les sages-femmes libérales et l'hospitalisation à domicile. Le but final étant de pouvoir diminuer la durée moyenne de séjour ce qui représente une économie importante.*

Engagement de prestations en terme de qualité de soins

Le département souhaite prendre un certain nombre d'engagements :

- *Tous les secteurs d'activités du département devront respecter des protocoles écrits,*
- *La prise en charge de chaque patiente doit être faite dans les délais les plus brefs possibles,*
- *Chaque dossier de sortie sera accompagné d'un courrier reçu en temps réel par le médecin traitant,*
- *Les sages-femmes de suites de couches se doivent d'appliquer les normes ministérielles nouvelles tout en continuant à développer le côté relationnel qui fait en grande partie notre spécificité,*
- *Le département s'engage à développer en matière d'hygiène sa politique de protocole des soins en liaison notamment avec le CLIN,*
- *Le département s'engage à fidéliser la convention à l'étude entre le CHU et nous-mêmes concernant la prise en charge des grossesses pathologiques et les grands prématurés,*
- *Le département s'engage à la mise en place d'un processus de gestion systématique d'éventuelles lettres de plainte... »*

Ces corrections substantielles s'expliquent par plusieurs facteurs.

Le premier est l'arbitrage de la direction sur les scénarios. Un projet d'établissement peut difficilement proposer des alternatives de la sorte, sachant que le risque de refus d'un projet d'expansion est trop grand. Ainsi, le seul fait pour l'établissement d'envisager un éventuel *statu quo* condamne la perspective de développement du département. L'accentuation est donc fortement poussée sur le développement du projet.

Le deuxième est l'engagement mitigé de certains praticiens du service à *écrire* un niveau minimal de prestations en matière de qualité de la prise en charge. Ainsi, si certains efforts sont maintenus, la formalisation du processus de prise en charge ne peut en l'état être complète.

Dans le prolongement de cette idée, le troisième facteur est le niveau d'engagement des autres services. L'harmonisation et la cohérence d'ensemble du projet ne peuvent présenter de trop grandes disparités formelles entre départements, tant vis-à-vis des médecins que du corps soignant ou administratif. La version définitive est construite dans un souci de congruence entre des objectifs « gigognes » : les objectifs du département doivent *s'accorder* avec les objectifs généraux de la clinique, eux-mêmes devant s'inscrire dans ceux du SROS. Précisons qu'il s'agit bien d'un accord d'objectifs différents, et non de la déclinaison des objectifs les plus généraux vers les plus spécifiques. A ces objectifs du département sont associés des leviers d'action ainsi qu'un système d'évaluation mesurant la réalisation effective des objectifs.

Enfin, notons qu'à cette version ont été apportées des retouches de forme dans la version définitive du 20 juillet 1998.

1.2.2.2 Le projet du département de médecine interne

Le département de médecine interne générale a traité, en 1997, 1 829 patients, avec un taux d'occupation du service maximal (93,13 %). Les activités sont classiques pour un service de médecine interne. On y retrouve de la néphrologie, de l'oncologie, de la gastro-entérologie souvent associées chez une population de malades âgés.

La spécificité de ce département réside principalement en deux points :

- son environnement médical, qui est dans une situation très peu concurrentielle (pas de médecine interne dans le privé, deux services au CHU, dont l'un orienté toxicologie, un service à V..., orienté sur la cardiologie, et un service de médecine générale à M...);

- la spécificité du mode de prise en charge, qui détermine le fonctionnement du service plus que les pathologies elles-mêmes.

- La première version du projet (15 mai 1998)

Cette version est un document élaboré et touffu de 6 pages, signé par le chef de service, qui s'est investi directement dans la conduite du projet. Les autres médecins se trouvent moins impliqués en temps. Si, sur le fond du document et sur les principes de prise en charge globale, l'équipe projet tombe d'accord rapidement, le fonctionnement au quotidien est plus délicat dans la communication au sein de l'équipe, marquée par des caractères « entiers ».

Dès la première version de son travail de réflexion sur le projet du département, le chef de service, les médecins, la surveillante et l'équipe soignante participante définissent :

« le type de prise en charge comme global...

- au niveau diagnostique, par l'identification de tous les problèmes pathologiques, y compris les aspects psychologiques, pouvant se poser pour un patient ;

- au niveau thérapeutique, avec définition d'une prise en charge prenant en compte l'ensemble des problèmes pathologiques identifiés ;

- pour le patient : tous ses troubles sont écoutés, analysés et intégrés à la prise en charge. Une synthèse de son dossier est effectuée et une thérapeutique précise concernant l'ensemble des problèmes pathologiques est proposée, de l'ordonnance unique récapitulative aux thérapeutiques associées (psychologique, kinésithérapie, etc.). La synthèse justifie une explication cohérente pour le patient. L'environnement social est aussi pris en compte.

- pour les médecins, la prise en charge globale nécessite de se préoccuper de l'ensemble des symptômes et affections en cours, ... de hiérarchiser les problèmes en fonction de la gravité et de l'urgence, mais en gardant la responsabilité de tous les problèmes y compris ceux identifiés comme mineurs par le corps médical (et pas forcément pour le patient). »

Cette organisation est pilotée par un médecin référent, responsable du patient dans la totalité des aspects pathologiques. Ce médecin référent est à la fois l'interlocuteur privilégié du patient, du médecin traitant et des spécialistes impliqués dans la prise en charge du patient à l'extérieur. Il est le seul à décider, sans délégation, même partielle, des traitements. Les avis des autres spécialistes ne sont demandés que s'ils s'avèrent strictement nécessaires, et après analyse complète du dossier. Le médecin référent peut être interniste, spécialiste d'organe ou assistant de médecine générale. Un spécialiste référent accepte de prendre en charge globalement le patient et d'effectuer la synthèse de la prise en charge du malade.

Le personnel soignant se voit particulièrement impliqué dans l'adhésion au modèle de prise en charge globale des patients. Ses compétences portent sur une pratique générale diversifiée.

Le premier projet présente ensuite la spécificité du département de médecine interne, ses orientations, son activité, quantitative et qualitative. Outre les activités classiques inhérentes à un service de médecine, on note une prise en charge spécifique des patients douloureux, du fait de l'orientation multidisciplinaire du service, dont l'oncologie, de l'existence d'un centre de traitement de la douleur, et de la mise en place d'un plan d'assurance qualité douleur.

Le département est fortement associé au département de long séjour et à son orientation gériatrique.

Le projet présente également les partenariats extérieurs identifiés avec le CHU ou les cliniques de la ville, ainsi que des structures associées (centre psychiatrique, unité d'alcoologie, associations diverses).

Enfin, le projet donne ses grandes orientations prévisionnelles sur le département, à savoir la poursuite de la prise en charge multidisciplinaire globale de la médecine interne, l'amplification de l'activité d'urgence, l'augmentation des capacités en lits du service, le renforcement de la prise en charge psychologique, et la poursuite des procédures d'assurance qualité.

Plusieurs éléments apparaissent à la lecture de cette première version.

En premier lieu est l'absence de tout diagnostic, de tout bilan par rapport au projet d'établissement précédent. Seule l'activité est décrite, mais aucune analyse n'est produite. De

même, le positionnement du service par rapport aux services extérieurs, l'évolution démographique de la population prise en charge, la nature des recrutements sont des points qui ne sont pas abordés. Le service vit relativement en autarcie et n'a pas de problème de remplissage de ses lits. Mais surtout, si l'équipe se retrouve sur la philosophie de la prise en charge globale, la formalisation écrite des dysfonctionnements perçus au moment de cette première version pourrait être vécue comme des attaques ou règlements de compte entre praticiens. Les différends existants sont gommés dans le projet. Enfin, les objectifs sont très généraux et argumentent peu les suppléments de moyens demandés, même si ces derniers sont objectivement justifiés.

Suite à une première réunion, nous formulons nos remarques sur le projet en l'état.

- La deuxième version du projet (3 juil. 1998)

De profondes modifications sont intervenues, non sur l'esprit général du service mais sur l'instrumentalisation du projet, dont le volume a presque doublé.

Une longue période sépare les deux versions du document, qui s'est manifestée dans un premier temps par un refus du chef de service de reprendre son projet. Seules des retouches mineures sont alors effectuées. Nous avons rencontré individuellement chaque membre du groupe de façon informelle, et notamment le chef de service. Le projet ne sera donc pas « modifié », il sera « complété ».

Les principaux prolongements portent ainsi sur la définition précise d'un plan d'assurance qualité (PAQ) douleur, qui comprend 28 items de qualité considérés comme indispensables, qui est transmis à tous les patients, et dont l'application est évaluée par des audits externes et des enquêtes de satisfaction des patients de fréquence semestrielle.

Un paragraphe entier est ajouté concernant l'organisation actuelle du service et ses règles de fonctionnement. L'écriture de l'organisation du service nous est alors apparue comme fondatrice d'un nouveau dynamisme pour l'équipe, personne n'ayant alors une vision d'ensemble des activités du département. Les médecins et l'encadrement soignant se sont saisis du projet pour définir le processus d'organisation du département dans la semaine, à un moment où il devenait nécessaire de porter un diagnostic sur le fonctionnement du service. Cette démarche s'inscrit dans la volonté d'anticiper les tâches et la venue des malades.

Par exemple, on peut lire notamment :

« Pour les médecins »

Réunions de service PAQ douleur : Rythme 1/semaine, mardi 14 heures

Objectifs : Analyse des dossiers des patients avec l'ensemble de l'équipe, portant sur la globalité de la prise en charge en particulier le traitement des douleurs et leurs évaluations, suivi des patients présentant des problèmes, analyse des comportements à adopter (psychologique, social et professionnel) pour les patients porteurs de maladie grave, en fin de vie ou pour des maladies handicapantes ou de longue durée.

Évaluation de cette réunion : prévue dans le PAQ douleur ; présence d'un cahier de suivi évaluable.

Staff dossiers médicaux : Rythme 1/semaine, le mercredi à 11 h 30

Analyse des dossiers de tous les malades hospitalisés. Conclusion des concertations inscrites soit dans le dossier papier des patients, soit directement dans le dossier informatique de suivi pour les affections de longue durée.

Réunions organisation de service : le mercredi à 12 h 45/13 h 30

Réunions de bibliographie médicale : Rythme hebdomadaire, le vendredi matin à 8 h 30/9 h 15

Objectifs : analyse d'article, de revue, compte rendu de présence à des congrès, séminaire ou réunion médicale.

... »

Les objectifs sont complétés notamment en terme de procédures, d'évaluations et de préparation à l'accréditation. Mais surtout, la demande d'extension du service (qui peut se justifier compte tenu de l'activité du service, de la présence de peu de lits de médecine dans l'offre locale, et surtout de la valeur faible du point ISA de l'établissement) se trouve davantage argumentée et engage l'établissement en terme d'objectifs précis.

La demande d'extension est en fait habillée par la demande d'une création d'une unité fonctionnelle d'accueil des séjours de moins de 48 heures, servant de « sas » et de filtrage des urgences. Cette unité sera rattachée au département de médecine, sa responsabilité pourra être confiée au responsable des urgences, mais un médecin à temps plein complémentaire *senior* est nécessaire pour assurer la continuité des soins. Les moyens nécessaires à la création de cette unité consistent à récupérer le temps médical affecté à un autre département et à créer un poste à temps plein.

De même, une vacation d'oncologie est demandée et présentée de la façon suivante :

«... »

Objectif : *maintenir une activité d'oncologie en particulier de chimiothérapie nécessaire pour l'ensemble de la clinique. Celle-ci devra être en lien avec le fonctionnement en réseau, avec le CHU et la Clinique M... Les missions de l'oncologue vacataire devraient être telles qu'elles ont été programmées dans les projets de conventions avec la clinique M... et éventuellement le service d'oncologie du CHU à la Clinique de la Source.*

Rôle de l'oncologue :

a) *sur le plan collaboration : suivi et participation aux décisions concernant l'ensemble des patients porteurs de pathologies cancéreuses à la Clinique Mutualiste,*

b) *prise de contact avec les patients opérés et/ou justifiant de traitements complémentaires (radiothérapie et/ou chimiothérapie) et qui seront ultérieurement traités à la Clinique du Mail ou au CHU,*

c) *surveillance avec les médecins de la Clinique Mutualiste, des chimiothérapies réalisées dans le cadre de la Clinique Mutualiste, soit en clinique de jour, soit lors des hospitalisations,*

d) *consultations externes de surveillance des patients,*

e) *participation aux réunions de travail de la Clinique Mutualiste et aux réunions communes Mail/Mutualiste. Concertation et décision oncologique,*

f) *responsabilité en coopération avec les médecins de la **bonne pratique oncologique** dans les différents secteurs médicaux et chirurgicaux. Conforme au SOR (Standard Options et Recommandations),*

g) *participation à l'évaluation concernant le suivi du flux de patients, la qualité des prises en charge et les dossiers médicaux oncologiques,*

h) *adaptation des équipes aux nouvelles missions avec en particulier complément des équipes paramédicales, qui seront en nombre insuffisant pour répondre aux nouveaux objectifs... »*

L'ensemble du département s'engage dans les cinq années à mettre en place des procédures de fonctionnement et d'organisation portant sur l'information des patients. Ces procédures porteront, par ordre de priorité sur l'accueil éclairé du patient, les endoscopies, ponctions et biopsies d'organes, les thérapeutiques à risque (chimiothérapies anticancéreuses, corticoïde oral...), et enfin sur l'information et l'accord sur les thérapeutiques usuelles et à risque médicamenteux non anodin (anticoagulant, corticoïdes).

Le projet du département note que l'accord de la tutelle le fait s'engager sur la définition et l'application d'un calendrier des procédures à mettre en place dans les cinq ans. Les versions suivantes du projet ne verront que des corrections typographiques mineures.

Dès lors, une fois ces projets structurés progressivement, il reste à examiner le processus d'évolution de la politique générale du projet, qui procède aux arbitrages des propositions des différents départements et en opère la synthèse afin de renforcer la cohérence d'ensemble.

1.2.2.3 La politique générale, ou la mise en cohérence des différents discours

Le document de politique générale de l'établissement reprend, en introduction du projet d'établissement, les principes généraux qui ont guidé la genèse du projet et les grandes orientations qui découlent des groupes de travail. Deux versions du document intéressantes montrent la finalisation du document.

Le premier document fait la synthèse des projets et propose une orientation générale relativement interne du projet. La première version que nous avons analysée date du 16 juin 1998. Quinze jours après, le discours abandonne l'esprit de synthèse pour se politiser en adoptant une forme proche des nouvelles orientations de l'Agence régionale de l'hospitalisation et des travaux en cours touchant à l'élaboration du SROS « deuxième génération » de la région.

Pour comprendre l'évolution des deux discours, il faut revenir à la méthode suivie. Le projet s'est construit progressivement par des groupes de travail et s'est appuyé sur une démarche participative. Il n'est alors pas possible de rejeter les propositions des différents groupes qui ont investi le projet. La première version du document de politique générale a, d'après nous, une finalité interne. Le message transmis est un message rappelant les impératifs du projet, les champs de possibilités et de contraintes. Le fait de l'afficher comme discours légitime la prise en compte de la contrainte institutionnelle et environnementale. Comme discours de synthèse, il permet ensuite seulement de procéder aux arbitrages entre départements, au nom de la contrainte affichée. Par la suite, le discours se trouve remanié à des fins institutionnelles afin de mieux adhérer aux valeurs nouvelles affichées comme prioritaires dans la région sanitaire. Nous illustrons ces idées dans les lignes qui suivent.

La politique du directeur de l'établissement part des principes et conclusions du premier projet élaboré par la clinique en 1992, en montrant que les idées majeures de l'époque et les leviers pressentis sont toujours pertinents aujourd'hui. Il s'agit de :

- « - prendre en charge de façon personnalisée le malade dans sa globalité,
- faire ce que l'on sait bien faire et rien que cela, mais s'efforcer de le faire toujours mieux et au moindre coût, accompagner le malade dans sa trajectoire de soins,
- le faire dans le cadre d'une pratique médicale salariée qui supprime tout risque d'interférence entre la rémunération du médecin et la prise en charge du malade,
- le faire également dans la fierté de participer à la fois au service public et au service mutualiste... »

Les leviers dessinés sont les suivants :

- « - recherche constante de synergies pour un meilleur service rendu au malade à l'intérieur de la clinique ou à sa sortie par la mise en place de partenariats,
- recherche constante d'un meilleur rapport qualité - prix au service du malade et de la collectivité toute entière,
- recherche d'une organisation clinique flexible capable de faciliter l'adaptation de la clinique aux mutations prévisibles et imprévisibles (partage avec d'autres du plateau technique, responsabilisation de tous les acteurs...),
- mise en place d'une gestion interne décentralisée et participative. »

Outre les vertus liées à la remémoration de l'ancien projet, le rappel des principes énoncés en 1992 n'est pas anodin dans ces lignes adressées à l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Il s'agit alors, dans le cas présent, de montrer à la tutelle en quoi l'établissement était précurseur en bien des domaines à l'époque, devançant souvent la démarche de l'État en parlant déjà de « trajectoires de soins » et de « prise en charge personnalisée et globale ». Le discours était alors surtout original par rapport aux projets des autres établissements dans la mesure où il ne s'inscrivait pas dans une demande d'activité supplémentaire, de matériel lourd conséquent et coûteux. Il s'agit de montrer que l'établissement a été sensible à la notion d'efficacité depuis déjà plusieurs années... ce qui renforce la légitimité de sa demande de moyens, censée être

« raisonnable ». La mention de la pratique médicale salariée est importante également, dans la mesure où elle réaffirme que la clinique a un fonctionnement plus « public » que les hôpitaux publics eux-mêmes, puisque tous ses praticiens sont salariés et qu'aucune activité libérale n'y est pratiquée, contrairement à la quasi totalité des hôpitaux publics. Cette mention s'accompagne des avantages — et donc de la possibilité — de participer tout à la fois au service public et à la mutualité, qui montre que les contradictions ou mésententes historiques entre ces deux initiatives de solidarité sont dépassées.

Les leviers énoncés se placent délibérément dans « le service rendu au malade » par le développement de partenariats, ce qui est dans l'air du temps, mais sera illustré dans le projet par des accords concrets particulièrement nombreux.

On peut aussi relever que le directeur note que les grandes lignes de la politique mise en œuvre il y a cinq ans ont été réalisées, tout en conservant une structure efficiente. Ainsi il écrit :

« Je remarque que cette volonté d'efficience, que la politique mise en œuvre pour contenir les budgets a porté ses fruits, comme en témoigne la place avantageuse de la clinique dans la distribution régionale des points ISA. L'hôtellerie a été améliorée, les blocs opératoires ont été reconstruits, le service d'obstétrique a été modernisé. »

Il s'agit alors de montrer qu'il est possible de restructurer un établissement tout en restant rentable. L'établissement est l'un des dix établissements publics ou assimilés les moins chers de la région, et, à ce titre, est considéré comme « sous-doté » budgétairement.

Alors que la première version de la politique de l'établissement se contentait d'évoquer :

« Le projet d'établissement qui est le nôtre s'inscrit dans la continuité de celui de 1992. L'objectif central est le même : améliorer la qualité des soins et la sécurité, améliorer le service à la population »,

qui correspond à une vision très générale et focalisée sur l'organisation elle-même, on peut lire dans la nouvelle version :

« La maîtrise des dépenses de santé, la continuité des soins, les exigences du SROS de deuxième génération nous conduisent tout naturellement vers le développement des réseaux de soins. Notre projet d'établissement centré sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité sous contrainte d'efficience, s'inscrit dans les objectifs centraux du SROS de deuxième génération :

- améliorer la prise en compte par le système de santé et en son sein par l'offre hospitalière des besoins de santé,

- promouvoir la coordination des soins en développant la complémentarité entre les différents segments de l'offre hospitalière,

- participer à la recomposition du tissu hospitalier.

Ces objectifs impliquent selon nous la nécessité de contractualiser l'ensemble de nos relations en interne comme en externe et de formaliser l'ensemble de nos procédures. Cette contractualisation qui était présente dans notre projet de façon générique doit être aujourd'hui généralisée et étendue à l'ensemble des secteurs de la clinique... La notion de pôle⁵¹⁷ sera appelée à jouer dans notre nouveau projet un rôle structurant... »

L'établissement se positionne alors très clairement par rapport aux nouveaux enjeux nationaux et régionaux. Il annonce aussi sa volonté d'établir rapidement un contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence régionale. Tous les mots clés sont présents : coordination des soins, procédures, contractualisation, qualité des soins... Par les concepts qu'il utilise, ce discours ne peut qu'être légitime et recevable de la part de la tutelle. La politique générale de l'établissement ne parle alors à aucun moment de projet précis de développement de l'activité, ou de discours mentionnant des activités à caractère médical. Le discours reste délibérément gestionnaire,

⁵¹⁷ Il faut entendre par pôle l'espace de prises en charge regroupant pour un groupe homogène de pathologies l'ensemble des ressources et de savoir-faire mis en œuvre en interne dans le cadre du département et en externe par l'ensemble des structures avec lesquelles le département a passé convention.

organisationnel. Toute allusion à un discours approchant des aspects « médico-économiques » est écartée. Les mots dominants sont « efficacité » et « besoins de la population ».

Pour voir en quoi le projet se modèle et se formalise *in fine* par les derniers arbitrages, il faut prendre chaque projet médical des départements et suivre son cheminement. On note deux temps dans le travail d'arbitrage, à mi-juin et à mi-juillet.

Le premier arbitrage concerne la cardiologie interventionnelle, que le radiologue, le chirurgien vasculaire et quatre angiologues libéraux veulent développer fortement. Or, vis-à-vis de la tutelle, c'est plus la question de *l'existence* même de cette activité qui se pose, et non son développement. Les enjeux économiques et sécuritaires autour de la cardiologie interventionnelle sont considérables, et, à cause du matériel et des consommables coûteux qu'elle génère, cette activité est analysée finement par les tutelle. Or, le développement de ces activités nécessite à la fois un plateau technique très performant et un service d'urgence conséquent 24h/24, que la clinique ne possède pas et qui fermeraient les possibilités de développement de ses autres activités si elle les réclamait. Dès lors, certains points du projet médical se trouvent supprimés, tel le paragraphe suivant :

« En synergie avec l'unité de soins intensifs pour coronariens et la réanimation, et sous réserve d'un partenariat avec le CHU, il pourrait éventuellement s'avérer pertinent de mettre en place une unité d'hospitalisation des accidents vasculaires cérébraux. La prise en charge de ces patients sera, en effet, dans les prochaines années plus active qu'aujourd'hui et fera appel à des compétences ayant certains points communs avec la prise en charge des coronariens (imagerie, soins intensifs, éventuellement thrombolyse). Une bonne articulation avec la neurologie, la neurochirurgie, l'imagerie, le long séjour, les services de prélèvements d'organes, etc., serait dans cette logique, indispensable ».

Ce discours légitimant un pôle alternatif au CHU contient en soi tous les éléments suffisants pour être refusé de toute évidence par la tutelle. Toutefois, il ne pouvait être refusé dans le projet dans un premier temps. Le simple fait de l'accepter, dans la première version du projet, permettait de reconnaître, symboliquement, que l'équipe médicale avait les compétences et le savoir faire requis pour développer cette activité. Le refus plus tardif et préparé de cette partie du projet prend alors le sens de l'arbitrage au nom de la cohérence d'ensemble, mais ne se fait pas en terme de faisabilité technique. Il devient alors acceptable pour les praticiens. L'enjeu, plus réaliste et cohérent, de consolider l'activité en place peut être formalisé dans le projet. On peut ainsi lire, à la place du paragraphe précédent supprimé :

« L'unité de chirurgie vasculaire s'est développée conformément au projet de 1992... Le chirurgien vasculaire et un radiologue ont développé un secteur de radiologie interventionnelle qui le premier a initié sur la ville une collaboration étroite angiologie/chirurgie vasculaire et radiologie interventionnelle. Cette collaboration et cette nouvelle technologie mise en œuvre par la clinique mutualiste avant le CHU sont fort appréciées des médecins de ville, des spécialistes, et des patients qui ont eu la chance d'y avoir recours...

Deux orientations ont été retenues :

- poursuite de ces activités nouvelles (dilatation, stents, endoprothèses par voie fémorale, partenariat avec l'AGDUC) qui apportent un réel plus aux patients,*
- développement des consultations d'angiologie.*

...Le niveau de l'activité devrait pouvoir permettre la création d'un poste d'angiologue à temps partiel. »

Le ton a changé, l'accent est mis sur la consolidation, et la justification de l'activité se porte en regard de celle du CHU...

Dans le même ordre d'idée, un arbitrage fort, et tardif, intervient sur l'activité réalisée en urgence. Ainsi, on pouvait lire dans le projet, encore début juillet, que :

« en jouant pleinement le partenariat entre la clinique et le CHU, il doit pouvoir être envisagé, tout en maintenant le niveau de sécurité requis... la présence la nuit d'une équipe de réanimation devant permettre à la clinique de faire face à toute situation grave au plus creux de la nuit. Le partenariat entre la clinique et le CHU pourrait donc prévoir une orientation des

malades et un fonctionnement différencié entre le jour et la nuit, à des heures et dans des conditions qui resteraient à préciser. Dans le secteur, un réseau de soins d'urgences serait ainsi constitué... »

Le projet se trouve modifié ainsi :

« Mettre en œuvre un SAU⁵¹⁸ est un engagement qui va bien au delà de la création d'un seul service. C'est accepter la réorientation d'une partie importante de l'établissement. C'est aussi entrer dans une logique de partenariat... le partenariat avec le CHU sera incomparablement plus structurant pour la clinique mutualiste et permet d'envisager d'alléger la permanence de nuit. Faut-il, à dix minutes du CHU, maintenir un scanner et une permanence de laboratoire toute la nuit ? »

A cette interrogation furent adjointes, puis supprimées d'autres remarques, qui étaient les suivantes :

« Faut-il même maintenir une structure SAU complète toute la nuit ? » et « Il faut toutefois réfléchir à la nécessité de maintenir le SAU ouvert au delà de 23 heures, dans quelles conditions et à quel coût ».

Le choix est alors clair. Le développement des services touchant aux urgences se fera par la concession d'une réduction de ces mêmes urgences la nuit. Toutefois, ce choix tranché se lira seulement en filigrane dans le projet final, alors qu'il était inscrit clairement dans le projet intermédiaire. En effet, si, vis-à-vis de la tutelle, il peut sembler délicat d'avoir un discours si direct au sujet d'une de ses activités, il est en revanche important, en interne, d'affirmer clairement ce choix auprès des praticiens : le développement des urgences ne peut se faire qu'à condition de restreindre une présence inutile et improductive la nuit.

Ainsi, la version intermédiaire du projet a une finalité strictement interne, consistant à faire accepter la restructuration des urgences, même si le discours doit être plus nuancé vis-à-vis de la tutelle par prudence.

Les activités chirurgicales se trouvent également modérées dans leurs ambitions de développement, pour préférer leur stabilisation. Ainsi les points suivants sont supprimés :

- *« développement de l'activité de chirurgie digestive notamment par le biais des urgences », remplacé par « une prévision d'augmentation importante du nombre d'appendicectomies, occlusions et chirurgies biliaires en cas d'agrandissement du service d'urgence » ;*
- *« poursuite du développement de la chirurgie laparoscopique, notamment la chirurgie colorectale actuellement validée et éventuellement la chirurgie surrénalienne », remplacé par « poursuite du développement de la chirurgie endocrinienne ».*

En revanche, un point supplémentaire est ajouté, touchant au développement de l'activité de sénologie, dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

L'activité orthopédique se trouve également resserrée autour des prothèses de hanche, de genou et des plasties de ligaments réalisées par les deux chirurgiens de la clinique.

Ainsi, la proposition initiale vise la « création de deux unités fonctionnelles complémentaires, une unité d'orthopédie avec 3 chirurgiens et une unité de médecine rhumatologique, traumatologie du sport et rééducation », tout en précisant que l'offre locale est déjà saturée, et que les deux orthopédistes présents réalisent 2/3 de l'activité prévue. Dans ce cas, l'arbitrage fut direct et sans concession. Il a conduit à la proposition suivante :

« Afin d'offrir à nos patients une offre médicale complète,..., un troisième chirurgien n'étant pas la priorité de la clinique, il convient donc de choisir une solution réseau, le complément concernant le membre supérieur. »

Cette remarque a avant tout une finalité interne destinée aux chirurgiens, afin d'afficher clairement une limitation de leur activité. La légitimation de cette prise de position, son mûrissement progressif par le projet ont permis son acceptation, certes douloureuse, mais qui, en d'autres circonstances se serait traduite par un refus catégorique fermant toute discussion.

⁵¹⁸ Service d'Accueil des Urgences.

Les deux temps d'arbitrage ne correspondent pas évidemment à un modèle « rationnel » (au sens substantif) de la décision, qui chercherait immédiatement à garder les projets les plus cohérents les uns des autres. Le modèle correspond plus à la « délicatesse » avec laquelle la décision doit être prise en interne, mûrie par les acteurs internes, pour qui cette décision doit *devenir* acceptable. Il ne s'agit plus d'un projet faisant l'état exhaustif des besoins, envoyé à la tutelle dans l'espoir qu'une partie de ces besoins sera couverte, tel qu'on a pu le voir au début des années 1990. Il s'agit de construire et défendre un projet global cohérent qui soit acceptable, et dont le rejet d'une des parties conduirait à remettre en cause le tout.

Cette démarche va au delà du procédé habile. Elle accompagne les acteurs de l'établissement dans la mutation du « projet catalogue », image d'une organisation fonctionnelle au service des professionnels, vers un projet organisationnel, instituant la cohérence d'une offre de soins au sens large par rapport à des créneaux de population.

Après cette présentation des différents stades de maturation du projet à travers les versions successives de ces trois exemples, la section suivante s'intéresse à la proposition d'un cadre d'analyse général du projet et de sa formulation que nous appliquerons à la clinique de la Source.

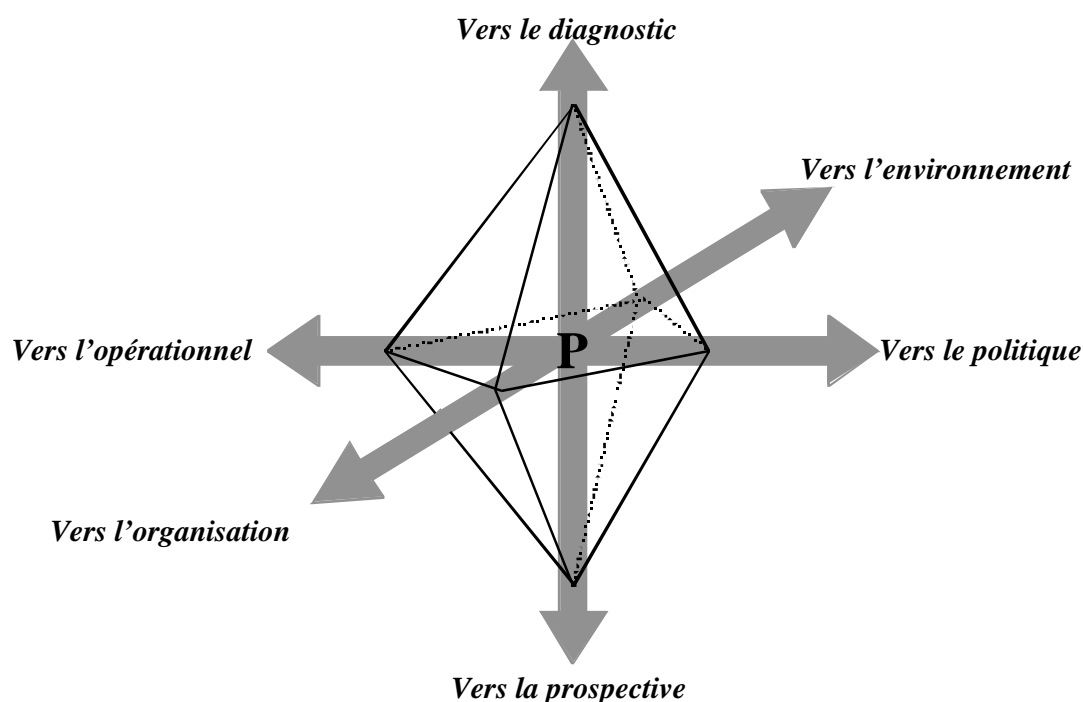
1.3 DE LA METHODE A L'ANALYSE : POUR UNE HEURISTIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT DU PROJET D'ETABLISSEMENT

L'analyse de l'accompagnement du projet d'établissement à la clinique de la Source nous conduit à proposer un modèle de configuration du projet oscillant entre tensions et intégration des logiques organisationnelles en œuvre, qui peuvent conduire à différentes dérives, que nous avons nommées « les pathologies du projet ».

1.3.1 La configuration du projet entre tensions et intégration des logiques organisationnelles

L'accompagnement du projet d'établissement de la clinique de la Source nous conduit à élaborer, à partir du cadre d'analyse général précédent, un modèle correspondant au schéma suivant :

Figure 20 : Le projet d'établissement en tension



En effet, il nous apparaît que le projet, dans sa formulation, s'appuie sur les pôles environnement, organisation, diagnostic, prospective, opérationnel et politique. Ces points d'appui, tout à fait nécessaires à l'étayage du projet sont également des pôles d'attraction, stimulant la dynamique du projet. Ainsi, le point d'équilibre dans le pilotage du projet n'existe pas : l'origine du repère n'est donc pas le point d'équilibre, mais le néant du projet. La modélisation de ce dernier peut donc être appréhendée comme un objet en tension entre ces différents pôles, dont la finalité peut être vue sur le schéma comme un gain de volume global entre deux temps dans l'organisation. Les pôles sont indépendants les uns des autres, et peuvent être tour à tour antagonistes ou complémentaires, stables ou mouvants, etc. Les relations entre ces pôles ne sont pas stables, mais évolutives par leur intensité et leur forme. Le projet est donc en perpétuelle *équilibration* entre ces différents pôles, avec ses phases d'expansion et de récession. Notamment, le fait de trop privilégier unitairement tel ou tel pôle peut conduire à des dérives qu'il faudra examiner.

Nous aborderons donc successivement chaque pôle en examinant en quoi il peut catalyser la démarche et quelle logique il favorise dans le pilotage du projet, puis nous verrons en quoi chaque pôle peut aussi susciter une dérive du projet à partir de l'expérience de la clinique de la Source.

1.3.1.1 Le pôle environnement

Le premier axe du repère modélisant le projet symbolise la relation des acteurs de l'établissement à l'environnement et l'organisation. Cette relation articulée autour de ces deux pôles doit être perçue comme « ago-antagoniste »⁵¹⁹.

Les formes de modélisation de l'environnement consistent, dans la perspective du projet, à proposer des images de l'environnement de l'établissement, mais également à remettre en cause les représentations en usage dans l'établissement, parcellaires par objet (économique, démographique, médical) ou par pathologies. Elles s'inscrivent dans les perspectives suivantes :

⁵¹⁹ Dans le sens défini par E. MORIN.

- quel est le degré de maturation de l'établissement par rapport aux différentes variables structurantes de l'environnement ?

- quel est son positionnement en référence à celles-ci ?

- quelles sont les menaces et les opportunités induites ?

Il ne s'agit pas de vérifier uniquement l'existence d'un recensement ou d'un simple descriptif des variables retenues (dans ce cas il s'agit d'un audit de procédures), mais de s'assurer que le projet politique s'inscrit dans cette description du champ de possibilités et de contraintes.

On peut approcher l'environnement de l'établissement par les référents suivants : le patient et son mode d'adressage, les données épidémiologiques, démographiques et économiques, l'offre de soins environnante, les relations institutionnelles.

A la clinique de la Source, les données portant sur le patient sont essentiellement issues du PMSI et de données épidémiologiques et démographiques. Quelques études de provenance et de profils démographiques ont été réalisées, mais l'essentiel des informations est rattaché au séjour des patients dans l'établissement, et non des patients potentiels. La réalisation du projet a consisté essentiellement à réaliser, pour ce point, des cartes d'attraction par département et à analyser les modes d'adressage des patients. C'est avant tout dans la construction de l'environnement de la clinique que s'enracine le processus de décadre de la clinique, qui s'enrichira ensuite de relectures des activités en interne, mais dont la pertinence de la remise en cause s'ancre dans les « changements » des représentations de l'environnement.

Les cartes d'attraction illustrent par exemple un recrutement essentiellement local, qui n'empiète ni sur le privé, ni sur le public, sauf pour une activité « phare », l'obstétrique. Toutefois, cette zone d'attraction, malgré ses faiblesses, n'est plus en défaveur de l'établissement, comme pour le projet précédent. Les modes d'adressage des patients ne se réalisent ni sur un recensement structuré des médecins généralistes, ni sur une étude des facteurs déterminant l'adressage. Ce dernier repose sur un petit nombre de « fidèles », un réseau informel assez solide mais peu étendu. En conséquence, la conduite du projet a consisté, pour cet aspect, à construire un dispositif de formalisation des modes d'adressage et des attentes des adresseurs (transmission du dossier du malade dans les 48 heures, information téléphonique directe, acceptation rapide d'un patient...).

Les données disponibles sur l'offre de soins environnante sont relativement complètes dans toute région, mais sont strictement descriptives et sans réorganisation par rapport à la densité de l'offre. Dès lors, l'intérêt pour un établissement n'est pas d'accéder aux données (disponibles en DRASS, DDASS et CRAM), mais de les reconstruire par rapport à des segments d'offre pertinents en terme de lieu d'implantation, tant géographique que sociale, de praticiens associés à leur notoriété, de nombres de lits réels et potentiels, de modalités d'exercice, etc.

Le tableau qui suit présente, par exemple, une reconstruction de l'offre de soins chirurgicale segmentée par grande discipline en rapport avec l'offre totale de la zone d'attraction :

Tableau 18 : Répartition des disciplines en % d'intervention pour chaque structure

	C.H. de R...	Clinique B...	Clinique C...	Clinique V...	Clinique de Ch...	C.H. de V...	Clinique de la Source	Clinique Belle...	C.H.U	C.H. de M...
< 5 %	Toutes	Gynécologie NeuroC. Ortho Cœur Neurochirurgie	Digestif Cœur Neurochir.	Digestif Gynécologie Traumatologie Ophtalmologie Cœur App. Respir. Neurochirurgie	Orthopédie Gynécologie Traumatologie Ophtalmologie App. Urinaire Dermatologie ORL Max-fac. Vaisseaux NeuroC. Ortho Cœur Neurochirurgie	Toutes sauf ORL Max-fac.	Digestif Traumatologie Ophtalmologie Stomatologie App. Urinaire Dermatologie ORL Max. fac ORL NeuroC. Ortho App Respiratoire Neurochirurgie	Traumatologie Neurochir.	Aucunes	Toutes
5 % < x < 10 %		ORL App. Respir.	Traumatologie Ophtalmologie ORL Max-fac Vaisseaux ORL App. Respir.	Stomatologie App. Urinaire Dermatologie Vaisseaux	Stomatologie ORL App. Respir.	ORL Max-fac	Orthopédie Cœur	Orthopédie Dermatologie	Stomatologie	
10 % < x < 20 %		Orthopédie Stomatologie App. Urinaire ORL Max-fac Vaisseaux	Orthopédie Gynécologie App. Urinaire NeuroC. Ortho	Orthopédie ORL Max-fac ORL NeuroC. Ortho	Digestif		Gynécologie Vaisseaux	Ophtalmologie App. Urinaire ORL	Digestif Dermato.	
20 % < x < 30 %		Digestif Traumatologie	Stomatologie Dermatologie					Digestif ORL Max-fac Vaisseaux Cœur	Gynécologie Ophtalmo. ORL Max-fac App. Respir.	
30 % < x < 40 %		Dermatologie						Gynécologie Stomatologie	Orthopédie App. Urinaire Vaisseaux NeuroC. Ortho	
40 % < x < 50 %								App. Respir.	Traumat. ORL	
> 50 %									Cœur Neurochir.	

Le C.H.U. de la ville est en situation de monopole pour les interventions sur le cœur et la neurochirurgie. Cet établissement occupe également une position pilote puisqu'il réalise – sauf en stomatologie, digestif et dermatologie – plus de 20 % d'interventions sur l'ensemble des disciplines.

La clinique Belle... se situe dans la même tranche d'intervention pour la gynécologie et la stomatologie et dans la tranche des 40 % — 50 % pour les interventions relative à l'appareil respiratoire. Elle se positionne dans certaines spécialités qu'elle développe parfaitement à partir de niches d'activités.

La concurrence est très forte sur certains segments, comme l'orthopédie. Cette discipline est très bien représentée dans quatre établissements. Pour les cliniques C... et V..., l'orthopédie est présente dans la tranche des 10 % — 20 % d'interventions ; la clinique de la Source et la clinique Belle..., se situent dans la tranche inférieure. Le digestif est représenté également dans la totalité des établissements et plus particulièrement au C.H.U. (10 % — 20 %) et à la clinique Belle... (20 % — 30 %). En gynécologie, les cliniques C... et de la Source réalisent entre 10 et 20 % de leur activité en gynécologie ; la clinique Belle... entre 30 et 40 % et le C.H.U. entre 20 % et 30 %. Il apparaît ainsi que l'offre de soins du secteur en chirurgie est d'abord très éclatée entre les différents établissements et caractérisée également par l'existence d'un duopole global sur l'ensemble des disciplines. L'offre de soins de la ville en chirurgie est donc caractérisée par un duopole avec franges composé par le C.H.U. et la clinique Belle... qui sont massivement présents dans la tranche des plus de 20 % d'interventions mais également dans la tranche 10 % — 20 %.

Ce type d'analyse, préalable à la construction du champ des possibles du projet, est cependant rarement réalisée à l'initiative de l'établissement, partiellement myope face à des données brutes : parce qu'elles seraient objectivées, « données », elles n'auraient pas à être reconstruites par les

acteurs de l'établissement. Or cette reconstruction est nécessaire par rapport à la finalité de l'organisation.

Le dernier point traitant de l'environnement de l'établissement touche aux formes des relations institutionnelles de la clinique avec les collectivités territoriales, les instances de tutelle, les organismes payeurs, les praticiens libéraux, les instances des ordres et syndicats professionnels. Or, l'attitude générale d'un établissement sanitaire consistera, au mieux à ignorer les instances, au pire, à s'y confronter, considérant tout regard institutionnel comme un frein à son autonomie et son développement. La clinique de la Source n'a pas échappé à cette règle, adoptant une attitude d'ignorance polie des instances officielles. Le projet a consisté alors à associer dès sa genèse les instances de tutelle, les organismes payeurs, et certains libéraux afin de rendre progressivement le projet acceptable par les différentes parties prenantes. L'association du contrôleur, du financeur, du concurrent pris chacun comme partenaires solidifie le projet en externe, mais le légitime en interne également, en renforçant les décisions liées aux arbitrages entre activités.

1.3.1.2 Le pôle organisation

Le pôle d'attraction complémentaire à l'environnement est l'organisation. Un établissement de soins peut envisager son développement par la consolidation de ses activités ou leur développement sans pour autant, théoriquement, s'inscrire dans une réponse à la demande de soins. Or, l'analyse de l'environnement sanitaire et des réponses des tutelles conduit la plupart des établissements à envisager une stratégie focalisée sur l'optimisation de leurs ressources et à renoncer à tout développement d'une activité coûteuse. Ainsi, l'attitude d'un établissement hospitalier conduira d'une part à consolider l'offre interne sous tous ses aspects (médical, soignant, organisationnel, qualité, sécurité) et à envisager le développement d'activités dans le cadre de réseaux formalisés avec les autres prestataires de services de soins, établissements et libéraux, publics et privés, sanitaires et sociaux. C'est dans le mode de structuration des réseaux entre l'établissement et ses partenaires potentiels que la relation organisation — environnement peut être analysée. Dans le cas de la clinique de la Source, les alliances passées ou en cours que nous avons illustrées en gynéco-obstétrique et en médecine interne soulignent l'interaction organisation-environnement : l'organisation interne, accoutumée à la formalisation, passe des protocoles médico-organisationnels avec d'autres prestataires complémentaires dans la ligne de soins. Dans ce cas, le réseau n'est pas structuré par un partage fonctionnel de matériel (un scanner par exemple), mais par la filière de prise en charge dans sa globalité.

1.3.1.3 Le pôle diagnostic

La démarche adoptée pour élaborer le projet d'établissement est fondatrice du projet. De la qualité de cette démarche dépend la crédibilité du projet ainsi que son pouvoir de mobilisation et ce, tant en interne qu'en externe. Le dispositif mis en place influencera donc tant la forme que le fond du projet, ainsi que sa capacité à être approprié par l'ensemble des acteurs de l'établissement. Trop directive, la méthode risque de ne pas être suivie par les parties prenantes au projet, trop lâche, elle ne serait plus garante du dispositif de cohérence et de cohésion d'ensemble. Cette démarche méthodologique s'articule autour des deux pôles diagnostic et prospective, indépendants l'un de l'autre.

La démarche diagnostique est essentiellement rétrospective. Sa finalité consiste à situer l'établissement par rapport à son environnement et aussi par rapport à lui-même. Afin d'approcher une forme de diagnostic qui soit riche et multiforme, nous avons opéré un

croisement de regards sur la clinique de la Source : diagnostic à partir des données sanitaires, démographiques et économiques, mais également diagnostic à partir du regard des acteurs de l'organisation, par département et par corps professionnel, du regard des patients et des prescripteurs, et enfin du regard d'un groupe de Canadiens (dans une perspective d'accréditation de l'organisation). Ce croisement des regards est tout à fait nécessaire pour prendre la mesure de la complexité de la situation d'un établissement et limiter les risques d'un jugement univoque. Le quadruple diagnostic, externe ou interne, de l'organisation et de son positionnement, est un élément fondamental et préparatoire dans le processus de décadrement des acteurs nécessaire à toute projection de l'organisation dans l'avenir.

1.3.1.4 Le pôle prospective

Suite au diagnostic, l'accompagnement du projet par les chercheurs consistera à identifier rapidement un « noyau dur » dans l'établissement, même embryonnaire, en rapport avec sa capacité à imaginer, à penser l'avenir et à se projeter au sein de celui-ci, et notamment à repérer et à traiter toutes les causes techniques, scientifiques, économiques, sociales qui interviennent — ou pourraient intervenir — dans l'évolution des pratiques médicales (à long terme). Et ce, afin d'élaborer un projet à même de garantir la pérennité de l'établissement et non pas uniquement sa survie immédiate. Pour réaliser cet exercice de prospective, il est souvent fait appel à la méthode des scénarios. Il convient d'être extrêmement vigilant sur les conditions réelles de mise en œuvre de cette méthode qui doit être envisagée comme une heuristique préparatoire au changement à long terme. Les scénarios intègrent ici différentes perspectives, notamment les évolutions démographique, des bassins d'emploi, de la concurrence, des infrastructures médicales et de la technologie, des infrastructures routières, des réseaux réels et potentiels entre les différentes formes d'offres de soins.

Le scénario retenu par le groupe de pilotage pour la clinique de la Source consiste à imaginer un secteur sanitaire constitué en deux pôles majeurs, avec le CHU et la clinique Belle... qui imposeront les grandes règles du jeu. La clinique, à échelle moyenne, joue une carte alternative sur certaines pathologies ciblées par des groupes cohérents de patients (mère/enfant, personnes âgées) et produisant l'essentiel des prestations nécessaires à la prise en charge de ces populations, des actes simples aux plus sophistiqués, de l'accompagnement avant l'hospitalisation jusqu'au suivi en centre de soins de suite ou à domicile. L'objectif associé à la prospective consiste à faire prendre conscience au « noyau stratégique » de l'établissement qu'il peut être relativement maître du destin de l'hôpital dans la mesure où lui est offerte la possibilité de construire une réponse à un contexte dans lequel l'établissement se situe et doit se projeter.

La méthode employée à la clinique de la Source est explicite, mais non formalisée. Il s'est agi essentiellement d'identifier les leviers sur lesquels pouvait s'appuyer l'établissement par rapport à l'offre de soins de son secteur d'ici cinq ans, et de faire s'approprier la méthode par les parties prenantes au projet. La méthode a donc dû être soutenue et construite par le comité de pilotage du projet, qu'on peut ici assimiler au noyau stratégique. Essentiellement participative, elle a consisté plus à accompagner les personnes dans leur projet qu'à leur écrire leur projet, ce qui en fait, paradoxe apparent, sa principale difficulté. Proposer des éléments de structuration du projet qui auraient été discutés, débattus aurait été dans notre cas plus simple. Mais ils n'auraient pas permis la construction du projet *de* l'établissement, dans la mesure où, justement, la faiblesse majeure de l'établissement est dans son souci gestionnaire qui pourrait faire croire qu'il suffit à assurer sa pérennité, et le conduit à une myopie partielle sur les mouvements profonds de restructuration de l'offre sanitaire de son secteur.

La méthode alterne donc entre des phases de sensibilisation au contexte, de décentrement/recentrement des représentations tant par rapport aux grands enjeux sanitaires que par rapport aux modifications de l'offre et des attentes des patients et des phases de construction de propositions en cohérence avec le projet. Elle conduit donc à la production de plusieurs versions du projet qui s'ajustent de façon incrémentale. Son avantage majeur réside dans son appropriation progressive, mais assurée par les parties prenantes au projet. Son inconvénient est

son apparent manque de lisibilité pour un praticien agissant dans l'urgence. Or, pour la clinique de la Source, si le dispositif de conduite de projet s'est déroulé sur six mois, il a été préparé auprès de la direction et du conseil d'administration pendant le semestre précédent. La phase de maturation du projet aura ainsi pris une année, au cours de laquelle une mobilisation constante du personnel est impossible. Entre deux versions intermédiaires, le projet est retravaillé après une phase d'oubli, et l'abandon est une partie intégrante du processus de maturation, permettant de remettre en cause aisément l'existant afin de recadrer l'ensemble du projet dans une démarche prospective.

1.3.1.5 Le pôle politique

La vision exprimée par les acteurs de l'organisation peut être appréhendée sur un axe de la politique (expression d'une intention à long terme) à l'opérationnel (aux préoccupations quotidiennes). Là encore, il serait vain de poser en dichotomie ces deux pôles qui s'inscrivent dans une relation à la fois complémentaire et antagoniste selon les moments du projet.

L'existence d'un pôle politique suffisamment formalisé constitue un préalable nécessaire à la déclinaison du projet d'établissement dans l'organisation. Ce pôle politique a pour vocation de signifier la perspective dans laquelle le conseil d'administration et la direction souhaitent que l'établissement de soins se situe. Elle se manifeste dans :

- le type d'établissement souhaité ;
- les priorités économiques, financières, sociales à remplir ;
- l'inscription dans le temps et l'espace de l'établissement.

A la clinique de la Source, le projet politique s'est ancré au milieu des années 1980 dans un enjeu de survie. Les priorités essentielles furent donc économiques et consistaient à « tenir » les activités dans une enveloppe budgétaire particulièrement restreinte. Le maintien de la structure s'est ensuite justifié, dans les discours, par la volonté de s'inscrire dans l'offre de soins de la ville en proposant une alternative à l'offre existante, partagée dans un duopole entre le privé (clinique Belle...) et le public (CHU).

Le rôle du conseil d'administration n'a pas été neutre. Comme établissement rattaché à une union mutualiste interdépartementale, il s'inscrit dans une palette d'offre allant des soins de ville à l'hospitalisation de court séjour en passant par les soins de suite et de réadaptation. Le conseil d'administration a joué un rôle d'usager potentiel par ses représentants mutualistes... mais non d'administrateurs-décideurs. Il n'est dès lors pas surprenant de trouver dans l'offre de soins de la clinique une orthopédie touchant aux personnes âgées, mais aussi un pôle maternité particulièrement développé. La logique sociale a prôné sur la logique technique. Il n'est pas surprenant non plus de voir une direction focalisée sur la gestion interne, lieu de refuge, et sur les relations entretenues avec son conseil : cette « troisième voie » mutualiste, si elle s'appuie sur un souci légitime, nécessite de mettre en place un mode d'organisation original et performant.

Ainsi, il est délicat dans le cas de la clinique de la Source de parler de politique cohérente, visionnaire, voire conquérante. Le projet est, avant tout, gestionnaire ; il repose sur l'optimisation des moyens, et, à la marge, sur leur développement.

Le projet de cet établissement, considéré comme problématique par les tutelles il y a moins de dix ans, se doit donc *a minima* de jouer avec les priorités du SROS comme levier, mais ne les intègre pas fondamentalement. Un enjeu du projet consistera ici, non à rallier des professionnels à des « valeurs communes », mais à les convaincre d'orienter leurs activités dans les priorités régionales. La construction d'une finalité partagée et spécifique à l'organisation étudiée réside ici, non pas dans une appropriation d'un schéma visionnaire, mais dans la construction d'une réponse organisationnelle légitime dans le champ sanitaire. Le projet organisationnel n'est pas seulement ici la déclinaison du projet d'établissement, il est *le* projet d'établissement.

Notre rôle aura consisté ici à opérer un double recadrage : une présentation des enjeux liés au changement de la réglementation et aux nouvelles priorités régionales, une démarche poussant les

acteur du projet à pratiquer un diagnostic de l'offre complète de soins sur leur secteur sanitaire, à construire des scénarios de prises en charge pour les dix années à venir.

1.3.1.6 Le pôle opérationnel

La réalisation du projet s'appuie sur les procédures existantes d'évaluation interne de manière permanente et garantes de la bonne marche du projet. Elle se consolide par l'introduction de nouvelles procédures liées aux objectifs renouvelés de l'établissement. Cette démarche d'évaluation suppose évidemment une volonté politique de la réaliser, mais surtout la création d'une structure d'évaluation, la mise en place de protocoles d'évaluation, la construction d'indicateurs *ad hoc*, et le processus de révision périodique de ces indicateurs.

Le dispositif évaluatif portera sur les indicateurs de contrôle du projet, les indicateurs d'activité interne, et les éléments chiffrés du projet.

Pour les indicateurs de contrôle du projet, très peu d'outils ont été mis en place à la clinique de la Source. Les procédures mises en œuvre, le suivi des résultats sont strictement rattachés au système d'information comptable. Chaque département a réalisé une évaluation de ses résultats par rapport à ses moyens et objectifs définis dans l'établissement, mais cette évaluation est essentiellement rétrospective, et donc, ne se trouve pas associée aux formes d'anticipation de l'organisation. La formalisation d'une cellule de contrôle et d'évaluation se réalise au sein de la cellule qualité, qui couvre le suivi de la prestation des soins en termes de qualité et sécurité réglementaire, mais, si cette dernière a un pouvoir évaluatif, sa capacité propositionnelle reste limitée. Enfin, les évaluations périodiques portées à la connaissance du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement sont essentiellement quantitatives, de nature médico-économique. A partir de ce constat, la démarche évaluative associée au projet n'a pas consisté à acculturer les personnels à des procédures d'évaluation, mais à généraliser le dispositif dans une visée prospective et qualitative. Il s'est donc agi d'enrichir les référentiels d'évaluation à partir du système d'information global de l'établissement, des procédures qualité accrochées aux prises en charge, et d'accompagner les acteurs de chaque département dans la définition d'objectifs mesurables articulés sur leur projet, ce qui est illustré dans les cas précédents.

Les indicateurs d'activité interne nourrissent l'état des lieux initial constitutif du projet. Cet état des lieux doit être rapproché du projet politique et de l'environnement afin de porter un jugement sur l'établissement en termes de forces et faiblesses. Or, si la clinique de la Source dispose d'une batterie d'indicateurs internes particulièrement exhaustive et précise, ces indicateurs sont rarement rapprochés de la politique de l'établissement, sauf, par exemple dans le cas de la construction du diagnostic du document *projet d'établissement*. De même, leur articulation sur l'environnement est univoque, privilégiant l'analyse des tutelles (taux d'occupation, durée moyenne de séjour, nombre de K produits..., valeur du point ISA). Il n'existe pas d'indicateur d'évaluation interne référencé sur une activité concurrente, soit en terme de productivité, soit en terme d'étalonnage des heures de mise à disposition du matériel médico-technique. Plus spécifiquement en rapport avec l'évaluation des compétences, l'établissement reste à un stade « discursif » dans la mesure où il dit évaluer ces compétences, mais qu'il n'existe ni recensement formalisé des métiers maîtrisés dans l'établissement, ni recensement des compétences disponibles au niveau de l'établissement. Seul le bilan social fournit des données quantitatives peu exploitables pour le projet (taux d'absentéisme global incluant les congés de maternité, nombre de formations). Cette absence de formalisation est également présente vis-à-vis des praticiens : seules des idées générales sont portées sur la notoriété de chaque praticien et ses caractéristiques, sur ses parcours et projet professionnels.

Par contre, l'évaluation des moyens matériels et financiers est tout à fait finalisée dans une perspective économique. Les matériels sont dissociés en moyens banalisés et moyens structurants, et sont analysés dans une perspective de différenciation systématique. Les moyens financiers sont riches et complets grâce à un PMSI particulièrement développé. Le déploiement de ces moyens est notamment dû à l'obligation impérieuse que l'établissement s'est vu fixée par la tutelle de maîtriser son budget au milieu des années 1980. L'habitude prise, le système en

place, ont permis une diffusion fine de l'information médico-économique tant sur des données globales que par département, unité fonctionnelle, groupe de pathologies et patients. L'établissement dispose même d'une comptabilité analytique lui permettant de développer des coûts de revient que nous analyserons dans le détail dans le chapitre 1 de la sous partie suivante.

Les éléments chiffrés du projet ne peuvent porter dans le projet d'établissement sur un chiffrage précis du projet et de ses conséquences. Il est toutefois nécessaire de s'attarder sur la prise en compte ou non de l'incidence financière évaluée en grandes masses qui conditionne l'acceptation définitive du projet. Le détail chiffré du projet se traduira dans sa déclinaison future dans le contrat d'objectifs et de moyens, qui est négocié entre la tutelle et l'établissement après l'acceptation du projet.

A la clinique de la Source, le projet ne nécessite pas d'investissements complémentaires négociés spécifiquement dans ce cadre. Ces derniers s'inscrivent dans un cadre pluriannuel déjà avancé, et le projet n'intègre pas de nouveaux investissements massifs et globaux. C'est au niveau de chaque département que les demandes d'investissements, embauches, consommations supplémentaires sont traitées. Toutefois, comme on l'a vu dans les exemples précédents touchant au département de gynéco-obstétrique et de médecine interne, les arbitrages sont réalisés par la direction, juste avant la remise du projet à la tutelle, dans un cadre d'acceptation progressive des limitations de ces moyens. La direction ne veut pas prendre le risque d'un refus de son projet, et préfère dès lors arbitrer ponctuellement chaque demande dans le cadre de la cohérence d'ensemble définie autour de l'offre de soins. Cette cohérence d'ensemble sera essentiellement issue de la cohérence de la démarche suivie pour élaborer le projet.

1.3.1.7 Le projet sous tensions, ou l'intégration des pôles

La conduite du projet peut être considérée comme un jeu « d'équilibrage » entre différents pôles cités ci-dessus en fonction de la phase dans laquelle se situe le projet et de ses dérives possibles. Cette intégration des différents pôles revient à examiner régulièrement, au cours du dispositif de construction du projet, les cohérences internes et externes du projet, mais également ses possibilités en terme de flexibilité et de modularité : le projet d'établissement est un intermédiaire par lequel l'établissement négocie avec les tutelles pour confirmer ou infléchir les orientations passées. Pour que le projet puisse pleinement jouer ce rôle d'interface, il est donc nécessaire qu'il soit construit sur la base de la modularité et de la flexibilité afin que, si les tutelles contestent telle ou telle orientation, il n'en résulte pas un rejet complet du projet.

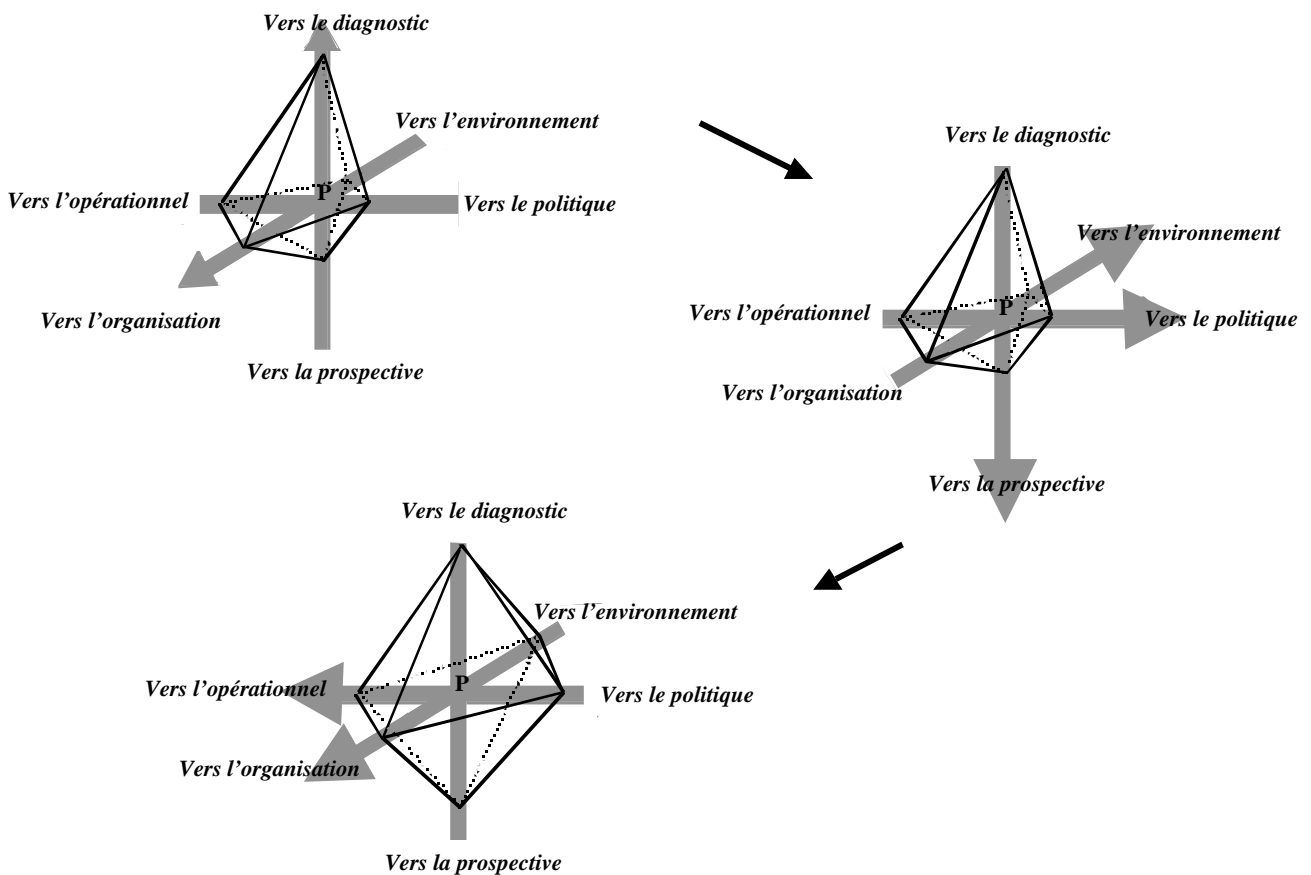
Ainsi, le projet de la clinique de la Source a été inscrit dans plusieurs préalables qui sont les missions dévolues par la loi à l'établissement, à sa complémentarité et la limitation de la redondance dans l'offre de soins environnante, à son inscription dans les filières de soins. L'orientation du projet sur les réseaux s'est inscrite dans cette perspective. Au sein de l'organisation, il s'est agi de contrôler que l'approche globale du projet ne dérive pas à partir d'une simple agrégation des projets de département. L'intégration des différents pôles passe également par une négociation progressive, sur la base des mêmes résultats d'évaluation, entre la collectivité médicale et la direction dans un cadre de ressources constantes.

Le traitement des résistances et inerties fait partie intégrante de la conduite du projet. Au début du projet, les personnels de la clinique, tant médicaux que soignants ou administratifs, donnent l'impression que le projet politique a été défini en 1992, et qu'il suffit de le poursuivre à partir du système d'information médico-gestionnaire en place. La mise en mouvement de ces groupes aura été particulièrement délicate, chacun reprenant de l'assurance dès que le « danger de mort » est passé. Cette inertie généralisée est renforcée par la dérive de l'établissement à multiplier les réunions d'ajustements sans pour autant conduire à des décisions. L'établissement contrôle ses activités (au sens cybernétique de premier ordre, à la manière du rhéostat) et est à l'écoute de ses personnels et de ses patients : les difficultés à réaliser le projet résident alors dans les résistances passives de chacun.

La mise en projet est donc au commencement, une déstabilisation.

Ces mises en mouvement peuvent être décrites à partir du schéma construit précédemment. Une politique de l'établissement incomplète se trouve prise dans un jeu de négociation avec les attentes de ses administrateurs, à la fois usagers et union mutualiste. Son attitude vis-à-vis de l'environnement est de s'accorder avec les tutelles qui financent une activité fortement sous-dotée. Dès lors, les outils d'évaluation se trouvent particulièrement développés afin de contrôler l'activité interne. Les méthodes développées sont donc essentiellement instrumentales, analytiques et très fines, mais non finalisées. La prospective est réduite à la prise en compte de quelques grands profils de pathologies. La mise en projet de l'établissement, qui est une remise en cause partielle, va agir dans un premier temps dans une perspective de déconstruction des représentations précédentes. Cette remise en cause se concrétise précisément dans une crise et un rejet partiel du projet et du dispositif. Cette crise est une phase critique au cours de laquelle la politique affichée dans le projet jette alors les bases de la reconstruction. Les parties prenantes au projet s'en saisissent et se les approprient progressivement. Le temps suivant est alors un temps de mise en cohérence des différents projets et de leur stabilisation progressive.

Les schémas qui suivent illustrent un cheminement possible :



Le premier schéma (en haut à gauche) montre un projet initial fondé sur une politique peu développée, et peu focalisée sur l'environnement, la présence de méthodes éprouvées de diagnostics due à la réalisation d'un précédent projet d'établissement et une forte pratique et

dynamique focalisée sur les pratiques et l'organisation elle-même. Il correspond à la situation initiale de la clinique de la Source. Les forces motrices de l'établissement sont focalisées sur l'organisation et des diagnostics variés en genre. La dynamique instaurée par le nouveau projet consistera à s'appuyer sur les pratiques diagnostiques existantes et la connaissance d'une méthode de travail de production de groupe dans l'organisation, mais sa finalité consistera à dynamiser le pôle politique en suscitant des constructions liées à l'enjeu environnemental et à des scénarios prospectifs pour les départements de l'établissement.

Dans un second temps, ces nouvelles dynamiques sont mises en cohérence, harmonisées et stabilisées par la définition et la formalisation d'une politique lisible portant sur les réseaux/partenariats et le développement de procédures touchant à la qualité des prises en charge globales.

Enfin, le troisième schéma montre le recentrement de la dynamique instillée par le projet, suscitant la mise en place d'une méthode de conduite de projet renouvelée et de nouveaux outils d'évaluation des activités dont les modalités sont organisationnelles et opérationnelles. Par rapport à ces schémas, le gain de volume entre le premier et le troisième schéma correspond à une augmentation progressive, par pallier, de la connaissance de l'organisation sur elle-même et son environnement et à un renouvellement des logiques en place.

L'idée majeure de la démarche repose sur l'étayage des pôles forts en présence, en substituant leur finalité propre à celles des autres pôles présents, mais qui sont non développés : on s'appuiera par exemple sur une démarche évaluative généralisée, tant sur le plan diagnostique que prospectif et sur une familiarisation aux formalisations organisationnelles présentes pour les recadrer sur l'environnement et la prospective, afin de construire une politique lisible pour l'organisation. Dans l'autre cas extrême, un établissement orienté sur la politique et sur l'environnement verra son projet orienté sur le développement des méthodes et mesures afin de se donner les instruments de pilotage de ses missions exprimées.

Le projet tendra spontanément vers tel ou tel pôle, et évoluera par ajustements successifs dans un processus « d'équilibration » sans fin : l'arrêt du mouvement signerait l'arrêt du projet.

Toutefois, cette perspective diachronique ne doit pas faire oublier les dérives possibles du projet issues de la trop forte prédominance de l'un des pôles décrits ci-dessus.

1.3.2 Les dérives possibles : les pathologies du projet

Le processus de veille face aux dérives possibles du projet est indispensable à son pilotage. Il convient de garder à l'esprit que ces pôles d'attraction, s'ils sont stimulateurs et nécessaires au projet, peuvent, par leur prédominance ou leur absence, présenter des formes pathologiques du projet. Ces pathologies sont selon nous de cinq ordres.

- La dérive discursive

L'absence d'une politique peut se résumer à l'absence d'une vision à long terme sur les missions et activités de l'organisation. Dans le cas de la clinique de la Source, sans aller jusqu'à l'absence de politique, nous avons vu que cette dernière était limitée et orientée par l'institution (le conseil d'administration et son profil), mais aussi par un élément moins attendu, qui est la prolifération des outils d'évaluation, conduisant à un second aveuglement, qui est celui de l'« obsessionnelle mesure » comme nous le verrons plus loin.

La présence trop marquée d'une politique volontariste est également néfaste, dans la mesure où la prolifération des discours du directeur n'est, soit pas nécessairement instrumentalisable, soit ne permet pas une finalisation des outils disponibles. Ainsi, le discours politique dans ses multiplications tentera de satisfaire chacun à tour de rôle sans pour autant avoir la capacité d'amorcer un changement dans l'organisation. Enfin, la démultiplication des missions, et des tâches, l'ouverture simultanée et sans hiérarchisation de chantiers parfois aux finalités contradictoires peut conduire les acteurs du projet à un découragement rapide.

- La gestion par opportunités

La dérive d'un projet exclusivement focalisé sur l'environnement de l'organisation est en interaction avec la dérive précédente, et peut conduire à une gestion par opportunité, où le noyau stratégique de l'organisation, en « veille » permanente sur les autres structures d'offres de soins, multiplie les expérimentations et formes partielles de projet. Toutefois, il diffère du précédent dans la mesure où il n'y a plus de vision prospective d'ensemble. Sa dérive peut conduire à la réalisation d'un projet correspondant parfaitement aux attentes des tutelles, et tout à fait complémentaire des autres structures, mais que les acteurs de l'établissement seront incapables de s'approprier, et sans que les conséquences économiques du projet puissent être mesurées avec réalisme. Elle peut conduire aussi *a contrario* à la construction d'un projet par contournement de la tutelle en négociant des moyens supplémentaires directement avec le ministère. Ce cas de figure est cependant très raréfié depuis la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation en 1996. Cette logique déstructurée cherchant à conforter un réseau, professionnel, politique, régional ou combinant l'ensemble, si elle devient une finalité exclusive, tend rapidement à transformer l'établissement de soins en « auberge espagnole » dont la lisibilité d'ensemble n'est plus cohérente, et dont on peut s'attendre à ce que l'activité décroisse à long terme. Une prise de conscience en réaction à cette attitude peut conduire alors l'établissement à développer les outils d'évaluation de l'activité concurrentielle ou interne.

- L'obsessionnelle mesure

Dans la plupart des établissements sanitaires, la mesure des activités internes s'est réalisée à partir de finalités externes, celles des tutelles, qui évaluaient l'établissement en nombre de journées, de durée de séjour, etc. Les outils de mesure interne ou internalisés, les formes renouvelées de comptabilité analytique fournissent une alternative à ces outils frustrés.

Or, la prolifération des outils d'évaluation, la finesse du système d'information médico-économique conduisent les dirigeants et les cadres de l'organisation à se rassurer par la connaissance de leur activité interne. Cependant, cette perspective d'optimisation des ressources, performante en soi au quotidien, nuit à une forme de créativité face à l'offre concurrente : la création est focalisée sur l'outil, sur les modes internes des prises en charge, dans un relatif isolement de la structure. Mais surtout, il donne à l'établissement l'illusion de maîtriser sa pérennité par la connaissance de son activité, notamment au niveau des cadres soignants et médicaux. Par exemple, le fait de se savoir un des établissements les moins chers de la région par le biais du PMSI et des points ISA peut conduire à croire que cette position permet d'assurer la survie à long terme de la structure, alors que l'instrument présente des positions relatives synchroniques des établissements, dont l'exploitation dans le cadre de l'analyse du potentiel de développement de l'organisation est particulièrement limitée par son univocité.

Cette dérive instrumentale risque de se développer dans les années à venir dans un champ qui a souffert jusqu'à présent de l'absence d'outils pertinents pour le pilotage, et qui risque de se laisser convaincre par une sophistique comptable séduisante, mais qui ne peut produire que des représentations chiffrées non renouvelables par elles-mêmes. Cette dérive pourrait alors se rapprocher en cet aspect de la suivante, la foi aveugle en la formalisation.

- La foi aveugle en la formalisation

La dérive vers la formalisation est plus large que la précédente, et n'est à présent qu'un danger potentiel, non exprimé dans le champ sanitaire. Elle procède du suivi rigoureux de la méthode, quitte à oublier la finalité du projet. Cette dérive est favorisée par le développement des méthodologies de conduite de projet d'établissement par les agences régionales de l'hospitalisation, dont le but, certes louable, est de fournir aux établissements des instruments qui permettront aux agences de les comparer plus facilement. La dérive de la formalisation est

d'autant plus dangereuse que le champ sanitaire s'est soit structuré par des méthodes *ad hoc*, tant au niveau de la régulation sanitaire régionale qu'au niveau des établissements, soit s'est trouvé investi par des méthodologies produites par des cabinets conseils spécialisés en stratégie industrielle, mais dont les matrices n'étaient pas toujours adaptées aux formes de régulation sanitaire. Dérive dangereuse, donc, pour les établissements, mais qui se trouve aujourd'hui particulièrement confortée par la généralisation des procédures d'évaluation, d'accréditation et de certification des activités des structures, et qui pourrait laisser croire que l'outil se substitue à la politique, ou que la conformation à des exigences sanitaires se substitue à des réponses organisationnelles innovantes.

- L'action aveugle

Une focalisation trop importante des acteurs de l'établissement sur les dispositifs opérationnels peut les conduire à une sorte de fuite en avant dans l'action quotidienne par la disqualification de toute réflexion théorique déconnectée de leurs préoccupations spécifiques. Dès lors, l'action synchronique, l'ajustement *ad hoc*, la régulation affective se trouvent dominants et aveuglent les acteurs au sujet de leur place dans un dispositif évolutif. Or, l'apport d'une réflexion théorique permet de recadrer l'action parce que, justement, elle ne la cerne pas parfaitement : la représentation permet la prise de recul par son dispositif généralisant, mais aussi par la vision décalée qu'elle propose.

La subtilité du décalage est alors fondamentale, car trop détachée des réalités concrètes des acteurs, la réflexion proposée risque d'être mécomprise et inopérante. Il s'agira alors de partir des éléments du terrain et de les recadrer par rapport à des problématiques originales (par exemple, le passage du contrat d'objectifs et de moyens issu du projet d'établissement aux contrats internes d'activité entre la direction et les départements, ou encore les limites de l'accréditation dans la qualité et la sécurité des soins...).

- La volonté impuissante

D'une façon analogue, la dérive prospective peut paradoxalement conduire l'établissement à voir sa volonté réduite à l'expression de son impuissance : une démarche exclusivement focalisée sur l'avenir tendrait à adopter une attitude strictement économiste et focalisée sur des segments de population (personnes âgées) tendant à nuire à des perspectives de prise en charge globale, mais surtout, à oublier la spécificité d'une structure et sa singularité : dès lors, le projet perdrait son sens, puisque la réponse irait de soi et les marges de manœuvre et de créativité des établissements en seraient réduites à long terme.

Bien entendu, les pathologies dessinées dans les lignes qui précèdent ont les vertus et les limites des idéaux types. Dès lors, tous les cas de figure possibles à partir de la combinaison de ces différents pôles doivent être cherchés dans des temps de congruence entre pôles, mais aussi dans leurs possibles incompatibilités : on ne peut pas, par exemple, opposer *a priori* politique et opérationnel, ou prospective et diagnostic, tout comme ils ne peuvent être non plus systématiquement associés. Cette configuration doit être entendue comme une heuristique permettant de comprendre l'évolution de chaque projet dans son accompagnement. On pourra ainsi autant initier un projet à partir du pôle politique qu'évaluatif et le reformuler par la prospective ou l'environnement.

Nous aborderons dans la section suivante un processus de formalisation du projet relativement différent et qui a conduit à l'élaboration du premier contrat d'objectifs et de moyens de sa région sanitaire.

2. L'INSTRUMENTALISATION DE LA STRATEGIE, ENTRE PROJET ET CONTRAT : LE CAS DU CENTRE HOSPITALIER RIVE GAUCHE*

Plusieurs rapprochements importants sont à effectuer pour comprendre les attitudes de la clinique de la Source et de l'hôpital Rive gauche. Ce sont tout d'abord deux établissements PSPH, et qui, à ce titre se trouvent sous la double contrainte d'équilibrer leur budget et de participer à la mission de service public hospitalier, qui signifie la présence d'un service d'urgence ouvert quelle que soit l'activité, et d'un maintien d'une offre de soins suffisante.

Le second point commun est la difficulté particulière et forte à laquelle chaque établissement s'est trouvé confronté avant le projet. Le premier, on l'a vu, souffrait d'un manque de moyens et a dû réduire son activité sous contrainte. Le second a souffert du mal symétriquement opposé, la sous-activité, avec pour conséquence le triste record d'être l'hôpital non CHU le plus cher de la région Rhône-Alpes. Quelles que fussent leurs pôles d'excellence et les services rendus à la population, ces deux établissements étaient en danger de fermeture. Dans les deux cas, le projet d'établissement a servi de support à une reconfiguration de l'offre de soins par l'organisation : dans le premier cas, le projet a légitimé la position d'un des établissements à la meilleure rentabilité de la région, et dans le second, le projet a permis à l'établissement d'élaborer le premier contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Ces deux cas exemplaires illustrent la mutation réelle engendrée à la suite de la crise.

Nous proposons dans les lignes qui suivent de présenter l'accompagnement que nous avons réalisé auprès de l'hôpital Rive gauche dans la construction de son projet d'établissement et dans la contractualisation avec l'Agence régionale.

Le projet d'établissement 1996-2000 du centre hospitalier Rive gauche est un objet peu ordinaire, non par la démarche effectuée pour sa réalisation, mais plutôt par ses conditions de déroulement et l'ampleur de la mobilisation du personnel. S'étalant sur presque un an, le processus de construction du projet a mobilisé 300 personnes constituées en groupes pluridisciplinaires, dont l'objet était le pistage systématique des dysfonctionnements et la recherche d'une reconfiguration de l'organisation. Mais les groupes de travail transverses mis en place pour la constitution du projet perdurent au delà de la constitution du projet. Enfin, la forme légale retenue pour le projet — la séparation entre projet médical, projet de soins infirmier et projet de gestion — a été vécue comme « presque artificielle en raison de l'habitude prise, d'une approche pluridisciplinaire des problèmes »⁵²⁰.

On pourrait imaginer ces propos issus d'un centre hospitalier urbain en situation aisée, à la réputation solide et à la taille imposante (deuxième établissement de la ville après le CHU). Mais cette forme innovante dans le discours et les pratiques est consubstantielle à la situation de crise vécue par l'hôpital depuis le début des années 1990. Éclaté sur trois sites distincts, le centre hospitalier Rive gauche se trouve soumis à une pression institutionnelle telle qu'elle engage sa survie à moyen terme. L'innovation à l'hôpital n'est pas le fruit du confort.

Après une présentation des faits ayant contribué à la construction du projet, nous aborderons dans un second point l'instrumentalisation du discours stratégique dans le passage du projet d'établissement au contrat d'objectifs, puis nous présenterons notre analyse du cas.

⁵²⁰ Citation du Président du Conseil d'Administration, *Projet d'établissement*, p. 2.

2.1 LES FAITS

Nous les présentons en deux temps : la place de l'établissement dans son environnement, et les étapes clés dans la construction du projet d'établissement.

2.1.1 Le centre hospitalier et son environnement

Dans le département, le centre hospitalier Rive gauche se situe juste derrière le CHU en terme d'activité, et se présente comme une alternative de poids entre le « tout public » et l'offre de soins privée. Seul SAU⁵²¹ de centre ville, l'établissement est le plus important du noyau urbain, le CHU se développant au nord, au sud et à l'est. Sa position qu'on pourrait croire privilégiée, est aussi une de ses faiblesses, notamment pour des questions d'aménagement spatial et d'accès à la structure. Ainsi, le centre hospitalier se doit d'intégrer les orientations politiques et stratégiques du CHU et du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). En effet, le développement du CHU dans la périphérie urbaine explique, notamment, le rôle joué par notre hôpital dans l'accueil des urgences : seul site de centre ville⁵²², il reçoit plus de 40 000 passages par an aux services des urgences. De même, les urgences sont conditionnées par le SROS, dont les annexes mentionnent le centre hospitalier comme siège du deuxième SAU de son secteur assurant la réanimation polyvalente. Dans un autre domaine, la maternité, l'activité du centre dépendra plus de la fermeture de celle du site voisin du CHU que d'une hausse (éventuelle) du taux de natalité.

D'une façon générale, l'hôpital est une structure généraliste offrant toutes les prises en charge médico-chirurgicales en dehors de la neurochirurgie, de la pédiatrie, de la psychiatrie et de la chirurgie cardiaque.

Le fonctionnement en réseau professionnel est développé assez formellement, mais essentiellement de la part des praticiens avec leurs confrères. Il touche toutes les structures (CHU, et cliniques libérales, réseau de cancérologie par spécialité, avec le Centre anticancéreux, l'Institut Pasteur, le CHU, des centres de réadaptation fonctionnelle pour les brûlés, avec un pôle enseignement/recherche développé).

L'activité d'enseignement et de recherche clinique est importante, et touche tant l'internat de médecine que les étudiants hospitaliers ou la formation de soignants.

L'activité est constituée à 55 % par 5 « métiers » : l'appareil circulatoire, l'appareil musculo-squelettique, les affections uro-génitales, la chirurgie digestive et les grossesses pathologiques et accouchements.

Le centre hospitalier Rive gauche a le triste record du point ISA le plus cher de la région (à près de 20 francs le point contre 18,50 francs pour le CHU et 11,50 francs pour le CHG le moins coûteux). Le poids de l'hospitalisation moyenne, traduit dans le rapport points ISA/séjour, montre une prise en charge de malade à forte gravité (1 326 points par malade en 1995 pour l'établissement, pour une moyenne régionale hors CHU de 1 156 points et 1 330 points pour le CHU).

La problématique de l'hôpital Rive gauche se situe au confluent de ces deux indicateurs : une structure inadaptée éclatée sur trois sites, et une activité hautement technique. Dès lors, trois pistes peuvent s'amorcer pour l'évolution de l'hôpital : la fermeture, la transformation du métier, le changement d'organisation. La dernière, la plus ambitieuse et la plus délicate aura été choisie par l'établissement.

2.1.2 Des origines de la fusion au contrat d'objectifs

Le Centre hospitalier est né de la fusion de deux hôpitaux centenaires, à l'évolution concurrente, séparés par une rue, l'hôpital-clinique L... et l'hôpital J... La reprise de l'activité de

⁵²¹ Service d'Accueil des Urgences.

⁵²² Hormis une activité de 11 600 passages dans un site voisin du CHU, dont la fermeture est programmée.

plusieurs cliniques par J... permet à l'ensemble des deux structures d'atteindre une capacité théorique de 625 lits, mais dans des structures vétustes, installées dans un environnement urbain à l'offre pléthorique.

Si le rapprochement des deux structures semblait objectivement évident (complémentarité des deux structures, culture chrétienne marquée, statuts identiques PSPH), il se présentait dans les faits comme particulièrement délicat, les établissements étant historiquement antagonistes.

Toutefois, sous la pression des institutions, des premiers contacts en vue d'un rapprochement sont réalisés en 1989. Ces premiers contacts sont initiés tant par les administratifs que par certains médecins.

La fusion des établissements L... et J..., motivée par les déficits grandissants des deux structures, est lancée à l'initiative des tutelles le 2 mai 1991 en rassemblant pour la première fois les deux conseils d'administration. Cette fusion passe alors par la mise en commun des moyens et la réalisation d'une liaison physique entre les deux établissements.

Au cours de l'année 1992 est entreprise une première réflexion sur un projet commun aux deux sites, conduite par une société de consultants qui lance alors deux chantiers, un projet de projet médical commun (mai 1992) et le schéma directeur informatique (janvier 1993). A cause d'une analyse insuffisante des problèmes, la démarche n'aboutit pas et le consultant est remercié.

La fusion juridique totale est établie le 1er janvier 1993 et se concrétise par l'instauration d'un budget unique. Dès cette époque, le site J... est habitué à travailler avec les tutelles. Un accord tripartite est alors signé le 10 septembre 1993 entre le préfet de la région, la caisse régionale d'assurance-maladie et l'établissement, prévoyant « le rééquilibrage de la section d'exploitation, l'assainissement de la situation de trésorerie et la réalisation d'un programme d'investissements, prévoyant notamment une liaison physique entre les sites. »⁵²³

En mai 1993, le centre hospitalier fait appel au GRAPHOS, qui prépare une analyse de l'existant (juillet 1993). En décembre 1993, le laboratoire produit un rapport mettant en cause violemment les pratiques en place qui provoque une prise de conscience au sein du corps médical. Les médecins proposent alors de prolonger la réflexion avec le laboratoire.

Entre temps, le directeur de l'établissement, suite à un désaccord avec le Conseil d'administration sur la conduite de la fusion, part en préretraite en septembre 1993. Le nouveau directeur prend connaissance de l'analyse du laboratoire et, en janvier 1994, estime avoir les éléments suffisants pour conduire seul le projet d'établissement.

Les premiers actes concrets de la fusion se situent alors en juin 1994, avec la création d'un seul service d'urgences, d'un laboratoire unique de biologie et le passage d'un service clinique du site J... au site L...

En parallèle, l'administration définit seule l'orientation de son projet d'établissement à partir des projets d'activités juxtaposés des différents services. Le projet d'établissement réside alors dans la réalisation d'une liaison physique entre les deux sites par un sous-terrain et la conservation du même nombre de lits : le programme technique détaillé est élaboré fin 1994 et consiste à aménager un établissement de 500 lits répartis sur 2 sites avec un tunnel reliant les deux bâtiments du centre ville, le montant des travaux d'aménagement étant alors estimé à 280 millions. Le troisième site serait reconverti en centre de rééducation fonctionnelle.

Au terme de la convention tripartite, l'établissement ferme une partie de ses lits (qui passent à 458 en 1995), poursuit l'élimination des doublons liés à l'éclatement des sites, et ce, tout en maintenant son activité.

En 1995, l'établissement se trouve confronté à une double impasse :

- au rejet par la tutelle du projet d'établissement d'octobre 1994 ;

⁵²³ Convention tripartite relative au plan de rééquilibrage financier du centre hospitalier, 10 sept. 1993.

- une « impasse financière » à l'issue de l'opération de fusion, malgré l'ampleur des fonds alloués par la tutelle, qui conduit à un plan de licenciement des médecins et au plan de fermeture des services l'été (et au delà pour certains).

La CRAM constate alors « une impasse financière à l'issue de l'opération de fusion malgré l'ampleur des fonds alloués »⁵²⁴ et alloue pour 1996 un budget provisoire à l'établissement, d'un montant de 528 millions de francs.

Le début de la prise de conscience s'insinue chez certains acteurs du centre hospitalier. Cette prise de conscience encore parcellaire s'inscrit alors dans le décalage entre l'enveloppe budgétaire allouée et son activité : un fonctionnement sur trois pôles d'hospitalisation et une annexe technique génère des dépenses incompressibles élevées (trois blocs opératoires, trois pôles d'imagerie médicale, deux services de réanimation, trois pôles administratifs et techniques...).

Ces éléments vont constituer alors les éléments de « l'électrochoc » pour repenser le projet d'établissement autour d'une prise en charge globale par delà les structures et l'histoire.

En janvier 1995, un nouveau président de la commission médicale d'établissement est élu. Leader d'opinion, contrepoids élu pour négocier avec directeur, il portera fortement le projet jusqu'à sa réalisation.

Le GRAPHOS est à nouveau contacté, d'abord par le conseil d'administration, puis par la commission médicale d'établissement. Le conseil d'administration souhaite alors favoriser un changement dans le comportement des cadres : il n'est pas encore question de changement organisationnel.

Une nouvelle démarche est initiée. Suite à une formation traitant du rôle du cadre, un séminaire pour les médecins est organisé le 10 juin 1995. Au cours de l'été 1995, deux séminaires généraux, regroupant médecins, soignants et administratifs, font basculer l'idée du changement vers la reconfiguration de l'organisation et la conception d'un nouvel hôpital. La formation est alors démultipliée progressivement.

En octobre 1995, une opération médiatique du projet d'établissement est organisée dans le cadre d'une présentation du projet « Twingo » par son chef projet, Y. Dubreil : l'hôpital Rive gauche veut devenir « l'hôpital à vivre ». L'opération consiste à appuyer la démarche projet en s'inspirant de la « révolution culturelle » opérée par Renault.

Une réunion de l'ensemble du personnel lance alors le projet par 37 groupes de travail transversaux devant réfléchir sur les dysfonctionnements de l'établissement. Un groupe de pilotage est constitué, composé d'administrateurs (dont le président du conseil), d'administratifs, de médecins et de soignants. Le groupe de pilotage du projet décline alors les groupes projets transversaux.

En janvier 1996, suite aux rapports des différents groupes projets, le groupe de pilotage envisage les lignes directrices du projet d'établissement et se rallie à l'idée d'un site neuf unique. Or, au même moment, le directeur de l'hôpital se voit attribuer une dotation de 60 millions de F. pour la réalisation du sous-terrain, avant même que le projet ne soit établi. Le directeur désapprouve alors le projet de site unique, présente sa démission qui est refusée, puis s'y rallie, suite aux interventions du président du conseil d'administration. En mars 1996, un nouveau projet d'établissement est ainsi déposé auprès des tutelles et prévoit alors la construction d'un nouvel hôpital sur un des lieux, le site L.... La tutelle en accepte le principe, mais demande un plan opérationnel des opérations.

En mai 1996, le directeur, croyant le projet impossible, est mis en difficulté d'abord par les médecins, puis le personnel administratif qui déclenchent une crise ouverte au sein de l'institution. Le 1er août, le directeur est remplacé par le directeur financier, soutenu par le personnel.

⁵²⁴ Avis émis par la Commission d'examen des Budgets hospitaliers, 9 nov. 1995, p. 11.

Le descriptif opérationnel et financier du projet est alors écrit. Il prévoit, notamment, la suppression de 180 ETP, soit 15 % de l'effectif. L'ensemble des instances consultatives approuve cependant le projet, conscientes que la survie de l'établissement est en jeu. Le projet est définitivement approuvé par le préfet le 23 décembre 1996.

Au début de l'année 1997, suite à l'application des Ordonnances Juppé, la nouvelle Agence Régionale de l'Hospitalisation s'installe dans la ville et définit les premières lignes de sa politique. Dans l'établissement, le Président de la commission médicale d'établissement est réélu pour deux ans. L'année 1997 est alors consacrée à l'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens organisée par un groupe de réflexion (juin 1997). En mars 1998, le premier contrat d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de soins est signé. L'hôpital Rive gauche est alors présenté comme un établissement novateur et dont la démarche de contractualisation est reproductible pour les autres hôpitaux. Le projet d'établissement arrive dans sa concrétisation.

A ce stade, un bilan rapide du dispositif mérite d'être réalisé. La démarche a consisté alors en cinq points :

1. Initiation au changement ;
2. Construction du projet par groupes transversaux ;
3. Passage d'une logique de confrontation à une logique de négociation avec les tutelles ;
4. Imagination et conception d'une nouvelle organisation ;
5. Signature du contrat, actant définitivement de la crédibilité du site unique.

En 1998, au moment où le site L... est vidé, puis démoli, le point de non retour est franchi. La réorganisation provisoire de l'établissement sur un site, le passage d'un changement pensé à un changement vécu au quotidien provoquent une crise interne et remettent en cause partiellement la capacité à mener à bien le projet. Dans cette crise protéiforme où se cristallisent des problèmes de gestion, l'application d'un plan social, la réorganisation provisoire suite à la destruction du site L..., l'établissement se perçoit alors comme « en panne ».

Nous souhaitons dans les lignes qui suivent présenter les éléments fondateurs du projet, tant sur le contenu que sur son dispositif. Nous verrons ensuite, dans une perspective analytique, les forces structurantes du projet, qui ont pu porter ce dernier, faire que l'établissement se reconstruise dans le projet, mais aussi, *in fine*, qu'il se mette à nouveau en danger par le projet.

2.2 L'INSTRUMENTALISATION DU DISCOURS STRATEGIQUE : DU PROJET D'ETABLISSEMENT AU CONTRAT D'OBJECTIFS

Après avoir présenté le projet d'établissement par sa démarche et ses principes d'action, nous aborderons le contrat comme objet formalisé, puis comme mode d'opérationnalisation du projet d'établissement.

2.2.1 Le projet d'établissement

Nous abordons dans les lignes qui suivent la démarche adoptée dans le pilotage du projet et la reconfiguration de l'organisation conceptualisée dans le projet, qui se fonde sur l'anticipation de la production de soins.

2.2.1.1 La démarche

Comme établissement PSPH, le centre hospitalier n'avait pas vocation à suivre une logique administrée dans sa démarche de conduite de projet : ce qui aurait été vécu dans un hôpital public

comme l'application d'une décision administrative a été perçue comme la possibilité de préserver son autonomie de décision.

A la demande du corps médical et de la direction, le conseil d'administration décide de développer une démarche de changement du comportement des cadres du centre hospitalier. Cette démarche initiale n'est alors pas une remise en cause de la politique de l'établissement. Elle consiste à gérer une opération de fusion entre deux établissements. C'est progressivement que l'idée du changement d'organisation germera.

Une action de formation de l'encadrement est alors organisée, en partant du principe que l'exemple est donné par la hiérarchie. L'objectif est de permettre aux différentes catégories de cadres de réfléchir sur leur mode d'organisation pour comprendre les ajustements mutuels fondés sur des logiques professionnelles, afin de passer à un système d'interrelations plus adapté à une *gestion de production* de soins. La réflexion s'est développée autour d'un hôpital imaginaire, dans lequel on souhaiterait soigner et être soigné, projection du centre hospitalier des années à venir, l'explosion sur plusieurs sites étant à terme à abandonner. L'ensemble de la réflexion a été conduit dans le cadre d'une réforme à coûts d'exploitations d'abord réduits, puis maîtrisés. Enfin, la forme de ces séminaires a permis la construction d'une démarche participative pour associer le maximum d'acteurs hospitaliers dans ce projet déstabilisant.

La réflexion a été validée à chaque grande étape par des réunions générales, telle celle du 4 octobre 1995, réunissant 400 personnes volontaires autour de communications présentées par le Président du Conseil d'administration, le Président de la commission médicale de l'établissement et la Présidente de la commission du service de soins infirmiers.

Au delà de l'application indispensable des principes du SROS, l'établissement a cherché à formaliser sa spécificité et sa singularité en finalisant son projet sur la qualification des prises en charge effectuées intégrant :

- la réduction des coûts ;
- la réduction des délais ;
- une augmentation de la qualité ;
- sous une utilité sociale des actes réalisés.

Trois idées force ont guidé la démarche : un pilotage par le projet, un repérage systématique des dysfonctionnements, la recherche de nouvelles conceptions du fonctionnement de l'hôpital et la reconfiguration des prises en charge des patients.

Le dispositif de pilotage du projet a été semblable au cas de la clinique de la Source évoquée précédemment, avec la constitution d'un groupe de pilotage, de 37 groupes de réflexion, au thèmes à la fois fonctionnels et transversaux tels que le montre le tableau ci-après :

Tableau 19 : Les 37 groupes de réflexion

<i>N°</i>	<i>Thème</i>	<i>N°</i>	<i>Thème</i>
1	Malaise	20	Pathologies urinaires d'urgence
2	Diabète	21	Vertiges
3	Côlonoscopies, cancers du colon	22	Cancer pharyngolaryngé
4	Prise en charge des alcoolodépendants	23	Insuffisance cardiaque
5	Radiculalgie	24	Prise en charge des malades arrivant des urgences et gestion des lits
6	TC-PC	25	Recherche de solutions en aval après l'arrivée du patient
7	Pathologie biliopancréatique	26	Recherche de solutions en amont pour limiter les hospitalisations
8	Syndrome douloureux abdominal	27	Organisation du bloc et de la stérilisation
9	Fracture chez le sujet âgé	28	Filière pharmacie
10	Coxarthrose, gonarthrose	29	Filière linge

11	Brûlés aigus ambulatoire	30	Filière restauration
12	Prise en charge des pertes de substance cutanée	31	Myélome
13	Intoxication médicamenteuse aiguë	32	Cancérologie
14	Insuffisance respiratoire aiguë	33	Communication
15	Cancer du poumon	34	Recherche, enseignement
16	Pathologie obstructive, asthme	35	Consultations
17	Prise en charge du coronarien	36	Hôpital de semaine
18	Pathologie vasculaire périphérique	37	Hôpital de jour
19	Adénome prostatique		

En parallèle avec les groupes de réflexion, une étude de la répartition du nombre patients en fonction de la durée de séjour fait apparaître trois groupes principaux d'importance égale et stables d'une année sur l'autre :

Un premier groupe a une durée de séjour de moins de 48 heures. Un deuxième s'inscrit dans une durée de séjour comprise entre 2 et 8 jours, le troisième, sensiblement équivalent en taille, a une durée de séjour de 8 à 35 jours dans l'établissement.

Le premier groupe peut de toute évidence faire l'objet d'une organisation spécifique de « très court séjour », comportant d'une part la prise en charge pour des gestes chirurgicaux, des soins médicaux ou de diagnostic en hospitalisation ambulatoire, et d'autre part la prise en charge de très courts séjours de moins de 48 heures. Une colonoscopie sous anesthésie générale, ou une hernie inguinale simple opérée sous cœlioscopie peuvent tout à fait rentrer dans ce cadre. Le retour à domicile se fait avec l'accompagnement de soins médicaux sur place. Ces activités peuvent toucher les traitements médicaux (chimiothérapie), la radiologie interventionnelle, la chirurgie légère (ORL, chirurgie cutanée).

Le deuxième groupe de patients relève d'une durée de séjour de 2 à 8 jours. Une grande partie de ces patients peuvent bénéficier d'une hospitalisation de semaine. Une planification rigoureuse des entrées permettrait de fermer des services le week-end et de les soulager de la réduction du personnel en semaine pour assurer la fin de semaine.

Enfin, le troisième groupe est celui des patients qui demeurent plus longtemps. En particulier, certains malades relèvent de la chirurgie, et la prolongation de leur séjour s'explique par une complication chirurgicale ou l'évolution terminale de leur affection (cancéreuse par exemple). Une autre catégorie est constituée de patients dont la maladie se décompense au cours de la période postopératoire (aggravation d'une insuffisance cardiaque, diabète). Le maintien de ces patients dans un service de chirurgie ne correspond plus alors à une prise en charge optimale. Ces malades doivent pouvoir être transférés vers un service adéquat garantissant la prise en charge de sa polyopathie. Ce transfert vers une unité différenciée permet de mieux traiter les patients et de libérer des séjours en chirurgie.

La formalisation du dispositif permet d'envisager cette reconfiguration des séjours en dissociant dans certain cas le séjour de l'hébergement, et, en conséquence, construire un partenariat renforcé avec les services d'hospitalisation à domicile, fonctionnant en réseau, mais avec un nombre de places limité, ou créer un service hôtelier de proximité para hospitalier.

Pour compenser tout cloisonnement qu'un découpage par le séjour peut impliquer, cette structure peut être déployée au sein d'un département. On dissociera également l'organisation médicale axée sur la *pathologie* de l'organisation soignante centrée sur la *continuité* de la prise en charge. Ainsi, sera ventilé un lit du service (ou du département) en fonction des 4 catégories suivantes : ambulatoire, semaine, réseau et soins de suite.

Il s'est agi au cours de la formulation du projet d'établissement de repenser le concept d'hospitalisation et de séjour. Ainsi, rester à l'hôpital 24 heures n'a pas la même sanction organisationnelle que de rester 20 jours. De même, la qualité du séjour hospitalier ne peut évoluer

qu'en spécialisant la tâche hébergement, non en fonction des pathologies traitées, mais en fonction de la nature et du temps de l'accueil. Cette évolution qui vise à mieux traiter au moindre coût et à améliorer le confort du patient passe par la promotion de nouveaux modes d'organisation, comme :

- l'adaptation de l'hospitalisation aux durées des prises en charge ;
- la dissociation séjour — hébergement ;
- la recherche de l'organisation optimale des unités d'hospitalisation.

La conséquence directe de cette reconfiguration implique d'abandonner l'organisation en services conventionnels, qui plus est, sur trois sites vétustes, pour envisager une structure unique. Le projet organisationnel se construira dans cette perspective.

A partir de l'hypothèse d'un hôpital neuf sur le site de L... d'une capacité de 350 lits, les investissements nécessaires au projet sont évalués à 330 millions de francs, financés par emprunt (255 MF), autofinancement (15 MF), prêt CRAM sans intérêt (30 MF), et mécénat (30 MF).

Le budget de fonctionnement prévu est le suivant :

Tableau 20 : Budget de fonctionnement prévu dans le projet

<i>Dépenses</i>	<i>Budget prévisionnel (1996)</i>	<i>Budget prévisionnel (2000)</i>
Dépenses de personnel	380 577	334 077
Dépenses médicales et pharmaceutiques	56 577	71 077
Dépenses hôtelières et générales	57 357	55 357
Autres charges, amortissements et frais financiers	25 580	59 580
Total	520 091	520 091

Le plan social du projet d'établissement prévoit la suppression de 180 emplois équivalents temps plein. Ce plan social a fait l'objet d'une concertation générale retranscrite dans le descriptif opérationnel et social de décembre 1996, en prolongement du projet. Les postes touchés concernent 101 postes soignants et techniques, 73 postes administratifs, et 6 postes médicaux. La diminution des effectifs est prévue progressivement, de 1997 à 2000 et s'opère sans licenciements secs.

2.2.1.2 Une anticipation instrumentalisée de la production de soins

On a vu précédemment que cinq catégories majeures de diagnostics couvrent 55 % des malades, ou encore que la moitié de ces malades s'inscrivent dans une vingtaine de groupes homogènes. Dans ces conditions, il est intéressant de structurer les modalités de leurs prises en charge dans le cadre de protocoles organisationnels prédéfinis, écrits afin d'anticiper la venue des malades et de réduire les délais et les coûts. Par exemple, une pathologie nécessitant un bilan biologique spécifique, une investigation radiologique et/ou échographique précédant une intervention opératoire devra pouvoir bénéficier d'une programmation complète de tous les bilans et consultations spécialisées nécessaires.

A partir de ces perspectives, la reconfiguration des prises en charge des patients est envisageable.

Nous présentons ci-dessous deux exemples de reconfigurations proposées par les acteurs de l'établissement issus des groupes de travail.

Exemple 1 : Prise en charge sur la perte d'autonomie.

Le groupe « aval » avait pour mission d'évaluer l'ensemble des questions soulevées par la prise en charge des patients sortants non valides. Le problème est le suivant : la perte d'autonomie pose des questions spécifiques nécessitant une prise en charge adaptée et performante, dans le sens des attentes des patients, de la famille et de l'environnement social.

1°) Analyse de la situation

Les différents modes de sortie des patients en perte d'autonomie sont les suivants : retour à domicile, transfert ou maintien en service dans l'attente d'une libération d'une place dans un établissement de soins de suite, transfert dans un établissement de suite, retour en famille. Or les placements réalisés aujourd'hui sont faits en fonction des disponibilités perçues et non en fonction des souhaits du malade ou de la nature de la prise en charge proposée. Il arrive aussi que les prescripteurs internes ne connaissent pas les lieux où les malades sont envoyés, ni les soignants qui vont les prendre en charge.

L'étude des coûts associés à cette prise en charge *ad hoc* à partir de 159 dossiers sur une période d'un mois montre que :

- le temps consommé par la gestion est considérable pour les surveillantes, les infirmières, les secrétaires et les médecins. Pour les dossiers examinés, cela représente par exemple pour les assistantes sociales 707 communications téléphoniques, 181 fax, 65 lettres.

- le relevé des séjours au delà de la date de départ médicalement justifiée est estimé à 330 journées d'hospitalisation, ce qui représente 5 200 journées sur l'année. Plus précisément, ces séjours sont aux deux tiers compris entre 10 et 54 jours. 10 % seulement (11 personnes) de ces séjours correspondent à un maintien de la personne dans le service pour des questions sociales.

2°) Propositions

L'objectif principal défini à la suite de ce constat consiste alors à privilégier le retour à domicile, dans les meilleures conditions possibles à partir de l'état de ses affections, ses handicaps, ses souhaits et ses possibilités dans le cadre d'un réseau de soins. Il s'agit donc de pratiquer une continuité des soins entre équipes.

L'atteinte de cet objectif se réalise progressivement par la création d'une cellule d'orientation. Son rôle consiste à recevoir toutes les demandes de départs difficiles du CH en anticipant avant l'admission du malade, à établir avec le patient et sa famille, ainsi qu'avec l'équipe soignante d'origine une évaluation de la perte d'autonomie, un projet de soins et un plan d'action thérapeutique, à trouver la solution la plus adaptée dans le cadre du réseau. Les moyens de la cellule résident dans une équipe pluridisciplinaire mobile (qui se déplace dans les services et réseaux), informatisée et disposant de lits de court séjour sur place.

Exemple 2 : Reconfiguration de la prise en charge de la pathologie vasculaire périphérique

Cette prise en charge articule les services de chirurgie, cardiologie vasculaire, médecine interne, néphrologie, mais aussi les urgences, la radiologie et le laboratoire d'explorations fonctionnelles.

1°) Analyse de l'existant

Au laboratoire d'explorations fonctionnelles, les demandes ont été multipliées par 4,8 entre 1981 et 1994, tandis que les capacités de réponses ont été multipliées par 2,7, ce qui a conduit à recourir de plus en plus fréquemment à la sous-traitance des examens urgents dans

d'autres structures. Le diagnostic des phlébites est particulièrement concerné, dans lequel l'échodoppler est l'examen de base. 60 explorations extérieures ont été ainsi réalisées au cours de l'année 1994.

La radiologie pose également des problèmes, par les délais très longs de transmission des résultats des examens, la méconnaissance des heures de rendez-vous, les demandes d'examens qui ne sont pas complètes, et le défaut de coopération entre médecins radiologue, angiologue et chirurgien vasculaire.

La chirurgie implique des contraintes économiques (implantation onéreuse de matériel prothétique, patients âgés polypathologiques) mais aussi organisationnelles (pas de pratique collégiale de la chirurgie vasculaire, multiplicité des acteurs).

La cardiologie pose des problèmes de charges de travail inégalement réparties dans la semaine, avec une surcharge en coronarographie et une absence de protocoles écrits en matière d'allergie, de prémédications, d'anticoagulants... Les problèmes organisationnels se situent essentiellement dans la gestion des admissions et sorties, la gestion des stocks de produits coûteux et les liens avec le brancardage.

La médecine interne a demandé à formaliser son accès aux explorations fonctionnelles vasculaires.

Les urgences posent le problème de la difficile accessibilité au plateau technique, du délai d'accès au laboratoire d'explorations fonctionnelles et de l'imprécision ou de l'absence de protocoles médicaux de prise en charge.

2°) *Propositions*

- Pour les services actuels :

Le laboratoire d'explorations vasculaires sera restructuré à partir de sa définition de prestataire de service dans le centre hospitalier. Un nouvel organigramme est proposé avec un coordinateur responsable de l'activité d'explorations fonctionnelles vasculaires. Une telle structure peut proposer 10 explorations journalières 5 jours par semaine, le samedi matin étant réservé à compléter les urgences de la semaine. 5 explorations sont destinées aux rendez-vous extérieurs, 3 aux services de cardio-pneumo-médecine interne, 2 aux urgences. Les plages horaires réservées sont négociables entre services. La radiologie reverra son mode de coordination des équipes. L'unité de chirurgie vasculaire sera localisée à proximité immédiate des services de cardiologie, médecine interne, et du plateau d'explorations vasculaires. Ainsi, la création d'un conseil d'unité de pathologie vasculaire est suggérée. Sa mission résidera dans un rôle de conseil, dans la définition, la mise en place et le suivi de procédures touchant aux arbres décisionnels de diagnostic, aux protocoles thérapeutiques, aux dossiers et études inter-services. Son organisation sera connectée directement au laboratoire d'explorations vasculaires. Tous les médecins confrontés aux problèmes posés par cette pathologie y participent. La coordination est confiée au responsable du laboratoire.

De même, une mise en réseau formalisée est proposée. La pathologie vasculaire, liée à la surcharge et au vieillissement, est assurée d'une progression d'activité vue l'évolution démographique de la population. La prise en charge, tant dans ses dimensions diagnostiques (investigations invasives ou non) que thérapeutiques nécessitent des équipements lourds, coûteux et complexes qui, pour être obtenus et rentabilisés doivent être partagés entre structures. Un premier réseau est dès lors constitué avec une autre clinique PSPH de l'agglomération pour une prise en charge commune des pathologies vasculaires en court séjour. Pour le moyen séjour, des conventions seront établies pour la prise en charge secondaire des patients âgés polypathologiques, souvent isolés et handicapés afin de les insérer dans un processus de rééducation.

2.2.2 Le contrat

L'approbation en décembre 1996 du projet d'établissement, est acquise et confirme la définition d'un hôpital mono-site de 350 lits comportant des activités classiques en médecine, chirurgie, obstétrique, et de deux particularités locales, les grands brûlés et la cardiologie. Un des éléments structurants forts du projet est la déclinaison de sa mission de service public dans un service d'accueil des urgences de centre ville.

Cette démarche suppose, avant la construction du nouvel édifice, une étape intermédiaire d'adaptation et de réorganisation des anciens sites.

La mise en pratique a débuté dès 1996 et s'est poursuivie sur toute l'année 1997 sur les anciens sites avec :

- le début des réorganisations internes (post-urgences, service de semaine de chirurgie et de médecine, planning centralisé du bloc opératoire...),
- la réalisation de différents travaux sur le site J... (salle de réveil, ré-humanisation de certains services, service des brûlés, consultations, bureaux médicaux) afin accueillir dans des conditions acceptables les activités transférées de L. pendant la construction du bâtiment,
- la première phase du plan social, avec le départ dès fin 1997 de près de 130 personnes sans licenciement sec.
- la réflexion sur la mise en place d'un réseau afin d'optimiser les filières de soins et la prise en charge des malades.

C'est cette étape qui a fait l'objet du contrat d'objectifs et de moyens, signé en mars 1998. Le contrat d'objectifs et de moyens est signé pour la période transitoire 1998-2000, correspondant au regroupement des activités pendant la période de construction de l'hôpital neuf unique sur le site de L...

Le document constituant le contrat est une synthèse d'une centaine de pages qui se veut « une mise en perspective originale du projet d'établissement, du rapport d'activités et des nombreuses réunions » entre la direction de l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation et ses différentes composantes. Les objectifs et orientations définis dans le contrat s'appuient fortement sur le projet d'établissement et en constituent un prolongement instrumentalisé par des indicateurs d'évaluation des actions, d'objectifs quantifiés à atteindre en terme d'activité et en modes d'organisation, et d'un volet financier visant à négocier l'activité réalisée. Ce contrat, premier du genre dans la région, a été perçu comme une sorte de référent pour les contrats à venir. C'est pourquoi il est relativement complet. Il est symboliquement marqué par l'établissement qui le signe : le centre hospitalier Rive gauche est le plus coûteux des hôpitaux rattachés à une mission de service public dans la région, sa situation était désespérée 5 ans auparavant et, par la convention signée avec la région, il projette une reconstruction structurelle, organisationnelle, et médicale de son offre de soins, et obtient les financements nécessaires à la réalisation de ce projet en échange d'une gestion rigoureuse.

Tout comme la formulation du projet d'établissement, le contrat d'objectifs a été construit dans la continuité de la démarche projet. Ainsi, les descriptifs, les engagements énoncés, l'évaluation des moyens existants et requis et les indicateurs d'évaluation du contrat ont été construits par les acteurs de l'établissement. L'appropriation du processus de construction du contrat, des objectifs et de ses référentiels est donc, sinon complète, largement partagée.

2.2.2.1 La forme du contrat

Elle reprend la forme de la circulaire ministérielle en la développant et est structurée autour de trois temps forts : les constats, ou l'analyse de l'existant aujourd'hui, les objectifs 1998-2000 et les engagements du contrats, les moyens disponibles et requis pour mener à bien le projet.

La première partie, les constats, reprend les analyses réalisées dans le projet d'établissement en les reproblématisant par rapport à la nature des réponses apportées aux besoins. L'activité du

centre hospitalier est présentée avec les indicateurs classiques, indicateurs d'attractivité, activité et équipements lourds. Les ressources sont présentées en termes de sites, de personnels, d'équipements. La dernière section de cette partie porte sur le financement du centre hospitalier.

La deuxième partie porte sur la définition des objectifs 1998-2000. Ceux-ci sont présentés dans une perspective transversale :

- Améliorer la qualité et la sécurité (indicateurs) ;
- Améliorer la prise en charge globale ;
- Évaluation et accréditation ;
- Maintien de l'activité ;
- Coopération ;
- Bâtir un système de pilotage permanent.

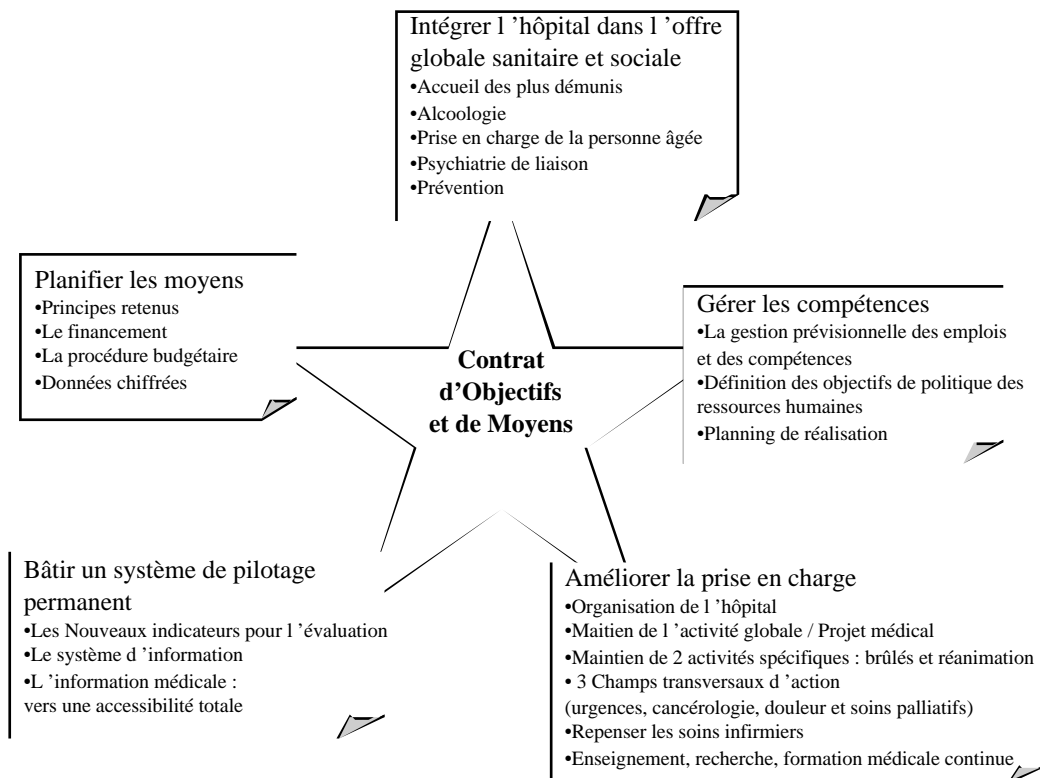
La troisième partie touche aux moyens disponibles et requis en décrivant le montage financier, les phases de préfinancement et de remboursement, ainsi que des données chiffrées précises.

Nous présentons dans le point suivant des éléments de la deuxième partie touchant à la définition des objectifs.

2.2.2.2 *L'opérationnalisation du projet d'établissement*

La définition d'objectifs quantifiés pour instrumenter le projet d'établissement s'articule autour de 7 pôles transversaux à la structure et à la dichotomie classique administratif/médical :

Figure 21 : Le contrat d'objectifs et de moyens construit à partir du projet



- L'amélioration de la prise en charge :

Le chapitre consacré à l'amélioration de la prise en charge touche à l'organisation de l'hôpital envisagée de 1998 à 2000, dans le cadre du maintien des activités définies dans le projet

d'établissement. Il est structuré par des paragraphes de forme « Diagnostic, Objectifs, Moyens » et engage l'établissement sur des points précis, tels la définition d'un manuel de prise en charge, le fonctionnement du bloc opératoire, les urgences, le traitement de la douleur et des soins palliatifs...

Il s'agit donc pour l'établissement de se doter d'outils touchant tant à l'organisation en général qu'aux grandes natures de prises en charges, en abandonnant une logique de gestion par service pour s'intéresser à des processus transversaux de soins, tels les urgences ou la douleur.

Nous présentons ci-dessous un exemple illustratif de la forme adoptée dans le contrat⁵²⁵ :

Exemple : Le traitement de la douleur

Activité et Moyens actuels

La structure antidouleur du centre hospitalier a été créée en 1982. Ses moyens sont constitués de 4/1 le d'un poste médical, d'une secrétaire à mi-temps et d'une consultation mensuelle de psychiatre pouvant disposer de lits d'hospitalisation non spécifiques. L'activité est constituée en moyenne de 400 consultations externes (dont 132 nouveaux malades pour l'année 1996). En interne, des formations ont permis au personnel des services d'assurer cette prise en charge. Cependant, des avis sont demandés à cette équipe quand le besoin s'en fait sentir.

Les pathologies concernées sont, à 36 % des cancers, à 25 % des affections neurologiques, à 16 % de céphalées et à 12 % des pathologies vertébrales.

Objectifs :

Être un « Centre de la Douleur » et répondre à la demande, caractérisée par une *demande extérieure* (raccourcir les délais de consultation, établir un réseau avec d'autres établissements hospitaliers dépourvus de structure antidouleur et les médecins adresseurs des patients) et une *demande intérieure* (mettre en place l'organisation nécessaire pour un « Hôpital sans douleur » et plus particulièrement en analgésie postopératoire, au service d'urgence et en soins palliatifs).

Activité visée :

Elle consiste à assurer 5 consultations externes par semaine pour atteindre 10 en l'an 2000 et à articuler ces consultations en liaison participative avec la communauté d'établissement et les médecins du centre ville. Certaines de ces consultations pourraient se faire dans ces établissements.

Elle passe également par *la création d'une équipe mobile* pour répondre à la demande interne, dont rôle est d'intervenir sur appel d'urgence, de former les personnels au traitement de la douleur, d'élaborer et évaluer les protocoles de traitement de la douleur.

Modalités de prises en charge :

Elles se fondent sur *l'individualisation des lits spécifiques médicaux de semaine* pour le traitement de la douleur, sous la responsabilité de personnels ayant reçu une formation spécifique, dans le regroupement des malades opérés dans une ou des unités de soins postopératoires où le traitement de la douleur serait intégré aux autres traitements spécifiques des suites opératoires, l'objectif étant la diminution de la morbidité et de la Durée Moyenne de Séjour et dans le *développement du caractère multidisciplinaire* du traitement de la douleur :

- dans l'équipe antidouleur (présence renforcée en Neurologues, Psychiatres, Psychologues, Kinésithérapeutes ou médecins de Rééducation Fonctionnelle, Rhumatologues).

⁵²⁵ On pourra consulter en annexe des extraits du contrat d'objectifs et de moyens passé entre l'Agence régionale de l'hospitalisation et le Centre hospitalier Rive gauche.

- avec les autres équipes médicales du Centre Hospitalier, notamment Neurologie, Rhumatologie, Médecine Interne, Oncologie, Anesthésie-Réanimation, en institutionnalisant une consultation multidisciplinaire mensuelle et en réservant un temps de consultation en spécialités pour des patients venant de la consultation de la douleur (actions actuellement en cours).

On pourra toujours, face à cet exemple parmi d'autres, le considérer comme un résumé de bonnes intentions, ou des vœux pieux. Le recul nous manque pour savoir, non si ces objectifs seront atteints ou pas (cela concerne la direction et la tutelle), mais pour savoir si une opération d'évaluation systématique sera menée afin de procéder à une analyse d'atteinte de ces objectifs, et si ce niveau d'atteinte sera déterminant pour la future allocation de moyens de l'hôpital. D'ores et déjà, le progrès notable réalisé dans les relations entre établissement et tutelle réside dans la construction d'un accord négocié entre un établissement et son financeur pour l'exercice d'une activité hospitalière. Il reste à savoir les recours possibles et les solutions en cas de non respect du contrat, tant pour l'une et l'autre des parties. Une autre question, plus délicate, est de savoir dans quelle mesure l'établissement peut-il, dans l'urgence, et dans le cadre de sa mission de service public, réaliser des prestations pour lesquelles il ne s'est pas engagé.

- Bâtir un système de pilotage permanent

Ce chapitre traite des référentiels et des outils d'évaluation que les acteurs de l'établissement se donnent pour atteindre leurs objectifs. Il constitue en quelque sorte un tableau de bord général, qui porte sur l'activité globale dans le cadre des spécialités définies dans le projet médical, mais aussi sur les indicateurs d'évaluation (analyse de morbidité, révision des dossiers, surveillance et prévention des infections nosocomiales, satisfaction des patients, matério vigilance, hémovigilance, pharmaco vigilance et gestion des plaintes). Il traite aussi du système d'information, et donne des éléments de précision sur l'accessibilité à l'information médicale, à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, dans le cadre de problèmes soulevés par la multiplication des travaux en réseau.

Ainsi, dans le cadre de son activité globale, l'établissement s'engage précisément à conserver son niveau d'activité en points ISA de l'année 1996 (26 millions de points), tout en restreignant ses capacités en lits de 450 à 334, avec un niveau moyen de gravité des cas au moins équivalent.

Nous présentons ci-dessous un exemple d'engagements pris par l'établissement en matière de développement et de systématisation des indicateurs d'évaluation des prises en charge :

Exemple : L'analyse de morbidité

L'analyse de morbidité conduite systématiquement une fois par mois de façon verticale au sein du département et une fois par trimestre de façon transversale au sein d'un groupe de travail *ad hoc* de la CME a pour objectif de faire de notre hôpital une organisation « apprenante » par l'analyse sans concession et sans complaisance des processus de prise en charge *a posteriori*.

Ce dossier comprend deux parties :

- l'analyse de l'épisode
- la décision finale : classement sans suite ou mesures à mettre en œuvre pour éviter que de tels dysfonctionnements se reproduisent.

Anonymisés, ces documents sont centralisés auprès de la direction générale qui en assure la synthèse et en assure la diffusion auprès des autres départements ou services lorsque le dysfonctionnement en cause concerne ou pourrait concerner plusieurs départements ou services. Ces différentes analyses permettent à la direction générale de saisir le plus rapidement possible,

en cas de dysfonctionnement majeur, le chef de département concerné, voire le président de la CME.

Elles sont consignées dans un dossier de morbidité disponible à la direction générale. Pour chaque cas de morbidité, une colonne spéciale met en évidence les mesures correctives prises, leur date d'exécution ainsi que les mesures d'impact probables. A la fin de chaque année, la synthèse des dysfonctionnements et de leurs corrections est portée dans le dossier « analyse de l'activité ».

1er juin 1998	Analyse de morbidité une fois par mois, par département.
Fin 1999	Analyse transversale par un groupe de travail ad hoc de la CME

- Gérer les compétences

Dans son cadre de contrainte économique et dans le projet de construction de site unique, l'établissement se trouve confronté à un problème très grave de sureffectifs. Toutefois, la réduction du personnel se réalise sur un plan en douceur qui évite les licenciements secs et consiste à accompagner le personnel dans sa réduction progressive. L'établissement s'engage ainsi à conduire une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences assez complète pour une organisation sanitaire.

La mise en place d'une telle démarche nécessite un double mouvement : la connaissance des emplois d'aujourd'hui, qui passe par une définition d'un répertoire des métiers, et l'anticipation de l'évolution des emplois, qui passe par l'élaboration de tableaux de bord à partir de la base de données relatives au personnel pour déterminer les mouvements d'effectifs (*turn over*, pyramides des âges, retraites) et les compétences nécessaires à 3 ans (évolution des emplois, formations, recrutements, etc.).

Le sureffectif à l'horizon 2000 correspond à 180 ETP. Compte tenu de la situation du centre hospitalier dès janvier 1998, avec la fermeture du site L..., la réduction du nombre de lits pour intégrer immédiatement les capacités du nouvel hôpital, la gestion anticipée du sureffectif reposent sur les principes d'accompagnement du changement, d'évitement de tout licenciement sec, de développement des projets personnels et professionnels en vue de reconversion externe, de propositions de mutations en interne.

- Intégrer l'hôpital dans l'offre globale sanitaire et sociale

Cet objectif général s'insère directement dans le cadre d'une prise en charge globale de populations fragiles, dont le soin relève tant du sanitaire que du social. Toutefois, les structures, les modes de financement, les modes d'assistance sont historiquement parfaitement dissociés entre sanitaire et social en France et il est particulièrement délicat de proposer des démarches d'ensemble qui soient reconnues. Celles qui sont réalisées et inscrites dans le contrat d'objectif du centre hospitalier Rive gauche s'intéressent à l'accueil des plus démunis, l'alcoologie, la prise en charge de la personne âgée, la psychiatrie de liaison et la prévention.

L'accueil des plus démunis est présenté en annexe, les autres points faisant plus l'objet d'un traitement « classique », même s'ils sont tout à fait nécessaires dans la caractérisation de l'offre de soins de l'établissement.

Ce thème est intéressant par la rareté et la difficulté de son traitement dans les structures de soins de courte durée. Il est caractéristique d'une prise en charge complexe, avec souvent une arrivée en urgence, des polyopathologies, un manque de suivi des patients, et des éléments thérapeutiques qui relèvent tant du champ sanitaire que du champ social.

2.3 ANALYSE DU CAS : DE « L'HOPITAL A VIVRE » A « L'HOPITAL PROMETHEE »

On peut dire que la construction du projet d'établissement à l'hôpital Rive gauche a pu réussir par la conjonction d'une évolution structurelle, une pression institutionnelle très forte engageant la survie de l'établissement, et la présence d'un noyau stratégique fort, petit en taille, mais constitué à la fois de médecins et d'administratifs, réunis par une volonté de construire une structure ayant sa propre finalité. Cette volonté partagée peut s'expliquer par le parcours personnel et partagé des membres de ce noyau dur, dont le point commun est de « penser le soin autrement », et dont la légitimité de la place dans la structure n'était pas donnée, mais *en construction*. Ce qui sera traduit comme un sens de la mission, guidé par la croyance en une alternative, sera le catalyseur de ces volontés. Les thèmes retenus s'inscriront dans cette perspective de changement reconsidérant la finalité de l'organisation autour du patient.

Les trois logiques affichées dans le projet sont la régulation budgétaire, l'inscription dans un dispositif de soins en partenariat interne et une démarche qualité.

La logique de régulation budgétaire intègre la maîtrise des dépenses de la structure. Le nouveau projet a intégré la suppression d'une centaine de lits et de 180 équivalents temps plein. Or, ce projet n'a pas été dicté par les tutelles, mais est issu de l'établissement lui-même. Il a été approuvé par les syndicats et n'a pas déclenché de mouvement de contestation significatif, mais au contraire a instillé une démarche d'accompagnement...

Le deuxième pôle a consisté à repenser le dispositif de soins. Cette autre révolution n'est pas moins importante que la précédente. Elle a conduit à faire accepter par le corps social de l'établissement une restructuration de l'hôpital non plus autour de disciplines médicales mais autour de prises en charges unifiées par leur mode d'organisation.

Enfin, le troisième pôle est celui de la qualité. Il puise tant sa légitimité dans la loi que dans la volonté du corps soignant d'améliorer la qualité des soins. Pour ce pôle, l'enjeu, qui n'est pas moindre, consiste ni à céder au piège instrumental de la démultiplication désordonnée des indicateurs de mesure de la « qualité » et de sa formalisation, ni à se limiter au seul discours de bon ton.

La synthèse de ces trois logiques pourrait se résumer en cette phrase : « soigner autrement pour soigner mieux et au moindre coût » qui peut être emblématique de ce projet. Si ces trois thèmes peuvent sembler en adéquation aujourd'hui, leur affichage, et le pari de leur synthèse, il y a seulement trois ans, semblaient être une gageure. Entre temps, les agences régionales de l'hospitalisation ont été créées, les démarches qualité se déploient, le PMSI est utilisé dans la budgétisation des établissements.

Mais cette reconstitution *ex post* d'une vision unifiée du projet ne fait pas apparaître les processus de déconstruction et de reconstruction qui ont amené progressivement à cette image de l'organisation projetée. En outre, en supposant donnée cette vision de l'organisation, elle ne suffirait pas seule à sa réalisation. Son mode de construction *par* et *dans* le projet est inhérent au résultat produit.

Nous ouvrirons dans les lignes qui suivent quelques pistes qui nous semblent nécessaires à la compréhension de la construction d'un projet et qui font que ce dernier sera structurant ou immobilisé par « un je-ne-sais-quoi et un presque-rien »⁵²⁶.

Après avoir proposé une relecture du projet par rapport à ses parties prenantes et au rôle du système d'information en place, nous verrons en quoi le projet a pu se construire dans le passage d'une coalition fonctionnelle à une construction organisationnelle finalisée. Enfin, nous aborderons dans un dernier point les dérives du projet et sa condamnation apparente à une éternelle fuite en avant.

⁵²⁶ JANKELEVITCH, V., *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*, Paris, Le Seuil, 381 p.

2.3.1 Une relecture du projet d'établissement

La relecture que nous proposons aborde deux points : les parties prenantes au projet et le rôle des outils dans la construction du projet.

2.3.1.1 **Les parties prenantes au projet**

Les parties prenantes au projet sont le noyau stratégique, l'institution, le corps social et les parties prenantes externes.

- La constitution du noyau stratégique

Le noyau stratégique peut être identifié dans le groupe de pilotage du projet, et notamment par le binôme directeur-président de la commission médicale d'établissement (CME). Ce binôme a été renforcé par l'appui du président du conseil d'administration et par un autre médecin chargé du département d'information médicale.

Or l'analyse du parcours des acteurs constituant le noyau stratégique montre, d'une certaine manière, et *a posteriori*, sa prédétermination.

Le médecin président de la CME marque par son anticonformisme. Sensibilisé très tôt à l'économie de la santé, impliqué dans le PMSI, il est un *praticien*, urologue reconnu par ses pairs. Leader d'opinion, il s'est imposé dans le passé dans la défense du corps médical contre les licenciements ou les résultats des audits en cours, pour la défense de valeurs fortes touchant à la pratique de la médecine et à leur transmission. Visionnaire à sa manière, il est fortement attaché à l'établissement.

Le directeur a un parcours professionnel également atypique. Ancien directeur financier de J..., il devient directeur financier du Centre hospitalier rive Gauche, et est présent depuis 10 ans dans l'établissement. Au moment de l'éviction de l'ancien directeur en août 1996, il lui succède dans une sorte de cooptation de la part du personnel et des médecins ; sa nomination s'impose alors au conseil d'administration. Sa démarche est fondamentalement consensuelle. Par sa position fragile, le directeur doit faire la preuve constante de sa légitimité et de son autorité auprès d'un conseil qu'il ne sert pas aveuglément.

Le binôme directeur-président de CME a pu séduire et rassurer tant les tutelles que le personnel dans la conduite du projet. Ces deux acteurs fondamentaux du projet ont appris à travailler en commun depuis 1990 dans le cadre de l'élaboration du PMSI, chacun s'accommodant progressivement des représentations et finalités de l'autre.

Le président du conseil d'administration est un ancien cadre supérieur de l'industrie pharmaceutique, aujourd'hui chef d'entreprise dans la bio-ingénierie. Sans être ni hostile ni porteur du projet, il l'a facilité dans la mesure où il s'autorisait tous les champs des possibles dans l'invention d'une organisation nouvelle. Son rôle aura été délicat, dans la mesure où il soutiendra, puis licenciera un directeur qu'il aura nommé, qu'il vendra auprès du personnel un projet auquel il adhère tardivement.

Enfin, le médecin responsable du DIM fournira l'outillage nécessaire à la réalisation des bilans des activités, et contribuera à la construction et à la diffusion d'instruments permettant l'évaluation de l'activité médicale présente et possible.

- Une institution atypique

L'institution de l'établissement, représentée par son conseil d'administration est singulière dans sa composition et son comportement.

D'origine caritative, confessionnelle, industrielle, avec la présence des descendants des fondateurs, la plupart des membres du conseil ne connaissent pas le champ sanitaire et sont issus des deux anciens conseils des établissements L... et J..., avec des profils quasi antinomiques.

Ce conseil d'administration est spécifique de l'origine associative de la structure.

Un établissement public a comme président de son conseil le maire de la commune, et, de ce fait, adopte un positionnement autant dû à l'aménagement du territoire qu'à des questions d'ordre sanitaire. Un établissement privé à but lucratif verra son conseil d'administration, soit constitué des médecins actionnaires, et la stratégie affichée consistera en une optimisation de la structure logistique dans le cadre d'un développement ciblé de l'offre, soit constitué de représentants d'un groupe financier, dont la finalité consistera à favoriser une logique de maximisation de la rentabilité économique du groupe dans son ensemble (avec intégration des fournisseurs et prestataires du groupe dans la politique d'achat de l'établissement, par exemple). Enfin, un établissement privé PSPH mutualiste pourra avoir un conseil d'administration marqué par une logique de défense des intérêts des cotisants mutualistes, ou de défense de l'ensemble des activités de la mutualité, qui dépasse la seule structure de soins.

Dans notre cas, le conseil d'administration se trouve décideur de droit, mais ne peut se doter des moyens d'une politique : s'il « prend » la décision stratégique, il ne la construit pas. Le conseil d'administration a entériné la réflexion des acteurs de l'hôpital et les décisions prises par le comité de pilotage. D'une certaine manière, le projet de l'hôpital n'est pas celui de l'institution. On pourra par ce détour approcher la motivation du président du conseil dans le groupe de pilotage, qui pouvait consister à accrocher le projet au conseil.

- Un corps social malléable

Au cours de l'initiation du projet, le personnel soignant et administratif s'est senti peu concerné et s'est peu impliqué. La présence de deux cadres infirmiers dans le groupe de pilotage n'a pas été structurante. Leur rôle a consisté à jouer la transmission du dispositif auprès des soignants, ce qui n'est pas négligeable, mais reste fondamentalement de nature fonctionnelle. En revanche, au moment de la constitution des groupes transversaux, de l'analyse et des propositions, sa capacité de proposition a joué un rôle majeur, notamment pour faire prendre conscience aux médecins de la nécessité d'une prise en charge globale et organisationnelle. Le personnel soignant et administratif a pu s'approprier les principes du projet et le constituer parce que le cadre de la construction du projet s'inscrivait dans des logiques transversales, par processus. Le corps social de l'établissement a fait l'apprentissage de la démocratie, ce qui a pu, en son temps conférer au projet sa légitimité vis-à-vis de l'ensemble des parties prenantes externes et internes. Il a été jusqu'à accepter et accompagner le plan de licenciement de 15 % de l'effectif, conscient de la menace de fermeture de l'établissement.

Mais aujourd'hui, capable d'exprimer sa parole, le corps social réagit contre la manière dont est conduit le projet et ses effets immédiats. Des mouvements sociaux se sont déclenchés en 1998, non pour protester contre les licenciements, mais pour « demander une pause ». Repenser l'organisation pouvait séduire, la reconstruire exige le franchissement délicat d'un cap : le sentiment du non retour, de la fuite en avant dans une organisation concrète qui reste encore à imaginer suscite aujourd'hui une *crise* préparant et appelant la décision, et peut-être, l'autorité.

Le rôle joué par les médecins et la commission médicale d'établissement aura été complexe dans le projet d'établissement.

Contrairement aux logiques professionnelles spécifiquement rapportées au corps médical⁵²⁷, ce dernier n'aura pas eu un comportement unifié, corporatiste, et protégeant son autonomie dans le projet.

Cette attitude s'illustre, par exemple, dans l'attitude déjà passive du corps médical face à la fermeture en 1989 de 5 services à l'hôpital J... et au licenciement de 8 médecins, phénomène rarissime dans un établissement hospitalier. Début 1995, 5 praticiens sont encore licenciés, dont un temps plein mis en préretraite. Le nouveau président de la CME, fraîchement élu, et dont

⁵²⁷ FREIDSON, E., *La profession médicale, op. cit.*, et DUBAR, C., TRIPIER, P., *Sociologie des professions, op. cit.*

l'objectif, comme représentant élu des médecins, est de s'imposer comme pouvoir de négociation avec la direction, ne peut pas remettre alors en cause la décision mais exige une clarté totale dans les critères retenus pour les choix de licenciement.

La solidarité médicale n'a pas joué, malgré l'absence de critères partagés étayant la décision prise par le conseil d'administration. Chaque médecin s'est alors personnellement senti soulagé de ne pas être atteint. Certains abandonnent alors une activité de temps plein et prennent des parts en clinique privée, mais personne ne part ni ne proteste.

Face à ce choc, à la confluence des différentes contraintes institutionnelles de la fin 1995, l'initiative de la CME consistera à relancer le projet médical d'elle-même. Au cours des séminaires de formation, les médecins leaders de l'hôpital se rallient à la cause du projet, après une lente prise de conscience que l'enjeu du projet était la survie même de l'établissement.

Mais ce saisissement du projet par les médecins, leur apprentissage du travail en groupe pluridisciplinaire, la prise en compte des contraintes économiques et institutionnelles les conduiront à s'approprier pleinement le projet, au point de contester un directeur n'adhérant pas à la démarche participative en place et d'entraîner sa démission.

L'ancienne direction de l'établissement n'a pu ou su se saisir du projet dans sa singularité. Issu du service public, elle se met au service du conseil d'administration. Le directeur constitue alors un projet de développement, tout à fait dans la logique des projets des établissements publics du début des années 1990, reposant sur le passage à 500 lits de la structure, la liaison entre les sites par un tunnel et 50 lits de réadaptation. Le projet est alors refusé par la tutelle sans explication⁵²⁸.

Ce rejet est alors d'autant plus violent qu'une désapprobation d'un projet est à l'époque rarissime, et, dans ce cas, exemplaire : aux yeux des établissements, la tutelle *pouvait* refuser le projet d'un des hôpitaux les plus importants de la région.

Le directeur conçoit alors sa fonction par l'autorité, mais se heurte au président de la CME, se heurte aux tutelles, et perd sa légitimité progressivement vis-à-vis du conseil d'administration. Il incarne ainsi progressivement l'ensemble des contraintes subies par l'établissement, et permet, par antinomie, la fédération des parties prenantes au projet.

Son remplaçant ne pouvait dès lors qu'être consensuel. Le manque de temps, mais aussi sa connaissance fine du terrain, sa présence dans le comité de pilotage du projet, son accord avec le président de la CME désignent alors la directrice financière comme personne de la situation.

Le projet se trouvera alors porté explicitement par le binôme directeur-président de CME, tant dans l'établissement que hors de l'établissement. Mais si fortes ont-elles été, la conjonction de ces deux volontés n'aurait pas été suffisante sans catalyseur ayant permis l'émergence du projet.

- Les catalyseurs : les parties prenantes externes

Les parties prenantes externes sont identifiées dans les tutelles et dans le consultant qui a suivi le projet sur les trois ans.

Traditionnellement, les relations entre un établissement et ses tutelles (DDASS, DRASS, CRAM, Médecins conseils, puis ARH) sont tendues autour de l'allocation des ressources, dans un jeu d'arbitrage où, historiquement, le montant des budgets ne dépend pas directement de la qualité et de la quantité des prestations réalisées.

Or, la singularité des relations établies entre l'établissement et les tutelles dans le cadre du projet réside dans l'accompagnement progressif du projet, dans une attitude compréhensive mais ferme, qui a été déterminante dans la structuration et l'acceptation du projet, mais dont le noyau stratégique n'a pas encore pleinement perçu à ce jour ni la portée, ni la force de l'engagement qui

⁵²⁸ L'analyse du document montre l'absence de toute analyse du terrain et de l'existant et de perspective organisationnelle.

a été pris : un investissement de 300 millions de francs dans une structure historiquement déficitaire, en sous-activité, vétuste et dont la trésorerie avait déjà absorbé 20 millions successives n'offrait pas *a priori* les meilleures garanties pour l'avenir pour une tutelle soumise à la restriction de ses propres enveloppes...

Dans une région dominée fortement par le deuxième CHU de France, et dont le contrôle se réalise plus au ministère de la santé que dans le cabinet du préfet de région ou du directeur de l'agence régionale, il était important pour les tutelles, tant l'État que l'Assurance-maladie, de médiatiser une expérience de partenariat avec un hôpital important de la région, qui plus est, présentait des difficultés financières considérables. Ces relations entretenues avec les tutelles étaient relativement anciennes. Au moment de la fusion des établissements J... et L..., le préfet avait souhaité un rapprochement consensuel. Cette volonté n'a pas été démentie, tant de la part du préfet, qui a soutenu le projet, et qui l'a présenté à son successeur, le directeur de l'agence régionale, comme élément phare du système de santé régional, que de la part de la CRAM, qui a parié sur la structure. Invité par les médecins à un séminaire de formation au début du projet, le directeur de la CRAM s'était personnellement engagé auprès des médecins en leur disant : « Faites-moi rêver, et je vous trouverez des moyens ». Cette phrase fait désormais partie de la mémoire collective de l'établissement.

De même, le plan de réduction des effectifs consécutif au projet a été constitué fin 1996 par un groupe rapprochant la direction de l'établissement, la CRAM et l'inspection du travail par la volonté du préfet.

A son arrivée, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation souhaite également marquer sa présence et imposer son style en privilégiant sur l'établissement une expérience pilote dans la réalisation du contrat d'objectifs et de moyens. Or, tant pour la réalisation du projet que du contrat, la tutelle ne dispose alors d'aucun canevas ou référent méthodologique. Le prolongement du projet de l'hôpital Rive gauche est une opportunité pour lui d'indiquer une « voie » et de se réapproprié une méthode expérimentée localement.

Parallèlement, le président de la CME et l'équipe de direction apprennent, hors des réunions institutionnelles, à comprendre la logique et les règles de la régulation sanitaire. Un suivi régulier est, par exemple, assuré avec la direction de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Les relations hors établissement et informelles entre des acteurs déterminants de la tutelle et certains médecins ou consultants ont également consolidé la nécessaire confiance qui devait s'instaurer entre son financeur et l'établissement, sans que ce dernier mesure toujours l'impact du réseau externe sur l'approbation du projet.

Le consultant a, de son côté, joué à la fois le rôle de catalyseur et d'aiguillon.

La présence d'un premier cabinet de consultants dans l'hôpital depuis 1992 avait conduit à la production d'un bilan de l'existant informatique, d'un état général des surfaces et d'une ébauche de projet médical (janvier 1993). Or, un contentieux avec l'établissement a interrompu la démarche.

L'avortement de cette démarche a conduit à démobiliser l'ensemble des parties prenantes internes au projet et la radicalisation des discours et des positions. L'arrivée du GRAPHOS en 1994 est alors difficilement vécue. En outre, ses premiers rapports, très critiques, font l'objet d'un débat qui n'est toujours pas clos en 1998.

Ainsi, on peut lire dans le document préparatoire au projet médical, alors confidentiel, que sa « finalité essentielle... [est de] participer à la refondation d'un nouvel établissement de Santé au centre de l'agglomération, répondant aux besoins de la population. »⁵²⁹. Après une présentation des atouts majeurs de l'établissement (centre ville, personnel soignant de qualité, notoriété, richesse du personnel médical...), le rapport relève « quelques faiblesses », comme « la sous-

⁵²⁹ CLAVERANNE, J.-P., CHANDERNAGOR, P., *Proposition de projet médical Version 0.0, tome 2, Synthèse et orientations*, Lyon, GRAFIC URA 1257, janvier 1994, 36 p.

activité importante de certains secteurs, et l'existence de rentes de situation », « un sentiment d'injustice dans le personnel soignant causé par certains comportements médicaux démotivants et sources de malaise », « une logique professionnelle médicale très singulière illustrée par des procédures de cooptation protectionniste », la « fragmentation de l'organisation », une « grande confusion »⁵³⁰ entre statuts et qualifications... La finalité essentielle du rapport réside alors plus dans la déstabilisation et la provocation de la crise au sein du corps médical.

La réaction des médecins et du comité d'entreprise a été, en toute logique, particulièrement critique face à ce premier rapport. On peut notamment lire dans un procès verbal que « les consultants sont dans l'impossibilité de se rendre compte des difficultés de fonctionnement »⁵³¹ de l'établissement. Or, si l'objectif de cristallisation de problèmes graves et lancinants a été atteint, il n'empêche que le personnel n'était pas encore prêt à gérer sa crise, et à construire un projet. La phase de maturation prendra alors plus d'une année.

Le consultant apportera alors au cours des séminaires de formation une vision prospective sur l'environnement sanitaire de l'établissement que chacun ne percevait que très partiellement. Il présentera également face aux enjeux les leviers d'action possibles pour l'organisation. Mais surtout, son travail consistera à activer, développer et formaliser les réseaux internes et externes à l'établissement, qui ont relayé le comité de pilotage dans l'acceptation progressive du projet.

Ainsi, chaque partie prenante externe a joué le rôle de catalyseur dans la mesure où elle a imposé une contrainte, une prise de conscience qui ont suscité, à un moment donné une conjonction de chocs issus d'origines multiples, mais permettant également au noyau stratégique d'envisager une réponse construite et constitutive d'une finalité propre à l'organisation, en ce sens qu'elle dépasse les intérêts spécifiques des acteurs clés du projet et qu'elle envisage autrement l'organisation, en congruence avec ses objectifs et ses modalités.

2.3.1.2 Le rôle des outils : le système d'information

Le système d'information aura joué un rôle déterminant dans la structuration du projet, depuis la prise de conscience des problèmes présents, à la fixation des capacités potentielles du nouvel établissement, en passant par l'instrumentalisation du projet.

C'est dans la construction du PMSI sur les deux sites que les deux porteurs du projet, le président de la CME, et l'actuel directeur, alors directeur financier, ont appris à travailler ensemble et régulièrement, mais surtout à mesurer l'écart existant entre les représentations médicales et administratives d'une même organisation, chaque métier travaillant alors indépendamment l'un de l'autre. De son côté, le DIM diffusent les principes et premiers résultats du PMSI dans chaque service, tandis que l'administration apprend à envisager des relations avec les médecins sous une forme de partenariat.

Les premiers résultats donnés par les points ISA fin 1996 aggravent, par leur quantification, une intuition sur la situation de l'établissement au niveau de la région. L'hôpital Rive gauche est, au vu de tous, le plus cher de la région, au delà des trois CHU, avec essentiellement des situations de sureffectifs. Le choc est alors rude, pour l'ensemble du corps social de l'établissement. Un travail de fond sur les données issues du PMSI est alors réalisé.

⁵³⁰ *Id.*, p. 10.

⁵³¹ P.V. du Comité d'établissement en date du 25 janvier 1994, pp. 20-26.

L'analyse de la répartition des durées met alors en évidence trois populations en terme d'unité organisationnelle de prise en charge : une population ambulatoire (de jour), estimée à 20 % des entrées, une population en hospitalisation de semaine (séjour inférieur à 5 jours) et une population présente au delà de la semaine. La courbe permet alors de justifier la réorganisation de l'établissement. Sur le même plan, un calcul de l'optimisation du taux d'occupation permet alors de gagner 33 000 journées sur l'année. Le vieux schéma associant l'activité au nombre de lits s'écroule alors. Le corps médical se convainc progressivement qu'il est possible d'augmenter l'activité de l'établissement en réduisant de 20 % le nombre de lits et en repensant le mode d'organisation : les conditions de possibilité d'un hôpital neuf de 350 lits sont alors réunies. Il reste à les rendre acceptables.

Le système d'information en place aura alors joué un triple rôle :

- il aura permis une mesure médico-économique de la situation de crise dans laquelle se trouve l'établissement ;
- il aura permis une analyse renouvelée de la production de soin en termes structurels ;
- il aura montré la possibilité du développement de l'activité en réduisant la capacité en lits de l'organisation.

2.3.2 De la coalition fonctionnelle à la construction finalisée du projet

Le projet s'est constitué selon nous en quatre temps forts : la construction d'une coalition fonctionnelle dans le noyau stratégique, la maturation correspondant à la métabolisation des contraintes internes et externes, une phase d'émergence du projet organisationnel, et la diffusion du projet dans l'ensemble de l'organisation.

La construction d'une coalition fonctionnelle réside dans les intérêts partagés du noyau stratégique en la réalisation d'un projet d'établissement novateur. Les trois constituants principaux du noyau stratégique (directeur financier devenu directeur, président du conseil, président de la CME) partagent le fait que chacun, à sa manière, trouve dans le projet d'établissement la possibilité d'exprimer son projet personnel. Or, la conjonction de ces projets reste une rencontre entre individus. A ce stade, on ne peut pas parler encore de projet *de* l'établissement. Le projet *de* l'établissement se cristallisera *par* ces volontés, mais *dans* la fédération de la production des groupes de travail transversaux. Le noyau s'imposera comme garant de la forme du dispositif, comme l'émetteur de la possibilité de penser autrement l'organisation, mais il ne produira pas la nouvelle organisation, qui, elle, s'est construite de façon diffuse et progressive, dans l'apprentissage des groupes à se constituer, à élaborer un langage et des objectifs communs sur le seul terrain de rencontre possible, le champ organisationnel.

La maturation du projet par l'ensemble des parties prenantes au projet peut être appréhendée par une succession de *conversions*, c'est-à-dire par une intégration de la vision personnelle (et non sa transformation) de chaque acteur clé dans le projet qui conduit à trans-former radicalement la posture des parties prenantes. Cette phase de maturation s'étalera sur l'année 1995. Le passage de la coalition à la construction s'illustre dans les conversions successives de tous les acteurs :

- conversion fondatrice du président de CME, qui, soucieux de la transmission, désormais consacré par ses pairs dans sa singularité et son parcours personnel, perçoit intimement à la fois la mise en danger de l'hôpital et la cristallisation d'attentes multiples, contradictoires et parcellaires dont il incarnera la « synthèse médico-économique » ;
- conversion du président du conseil d'administration, qui d'administrateur ouvert mais passif se donnant toute possibilité d'écoute, prendra une part active au projet dans son appropriation par l'institution ;
- conversion du directeur, à l'époque directeur financier, qui d'une vision réaliste gestionnaire plus réformatrice que révolutionnaire se ralliera à la cause du projet, personnellement dès sa

constitution, et définitivement dans sa prise de position contre le directeur. Le directeur sera alors la personne ressource idéale pour piloter un dispositif consensuel et rigoureux ;

- conversion des tutelles, qui passent d'une logique légitime de *contrôle* budgétaire à une *politique* d'investissement dans une structure de soins novatrice rentabilisée par les gains de taille réalisés.

Cette conversion s'est concrétisée dans le passage d'un projet constitué d'une liaison entre les sites par un tunnel à la construction d'un hôpital neuf, en centre ville, au moment où les CHU s'installent dans les périphéries. Or, pendant des années, l'idée du site unique apparaissait aux yeux de tous comme impossible : trois résolutions du conseil d'administration avaient auparavant rejeté cette proposition, préférant garder la spécificité historique et l'indépendance de chaque site. L'ancien directeur de l'établissement croira encore au projet multi-sites en juillet 1996, juste avant de démissionner.

Le passage de la congruence des finalités à la construction d'un projet partagé revient, dans le projet de l'hôpital Rive gauche, à *rendre l'impossible évident*. Ce passage est dans l'histoire du projet parfaitement identifié au cours d'une séance de travail de janvier 1998 du groupe de pilotage. Cette séance de travail consistait, notamment à faire la synthèse de la production des 37 groupes de travail transversaux. Or cette synthèse commune fait apparaître que la grande majorité des dysfonctionnements perçus est causée par l'éclatement des sites (séparation du bloc opératoire de l'imagerie et du scanner, séparation des urgences de l'imagerie médicale, etc.). La séance de travail conduit alors à un blocage généralisé.

Mais il serait vain de croire que la solution émise a été strictement émergente : le président de la CME conserve en lui ce vieux rêve du site unique, datant de la fusion administrative, formulé plusieurs fois, mais systématiquement mis en échec. Il relance alors l'idée, se trouve relayé rapidement par le président du conseil d'administration, puis chaque membre du groupe s'engouffre dans ce qui lui semble évident. Le lendemain, le président du conseil contacte les architectes et demande la constitution d'un nouveau projet sur la base d'un site unique. La réponse des architectes est alors précise : le nouvel hôpital pourra contenir entre 340 et 380 lits.

Dès lors, ce n'est pas la solution elle-même qui a émergé du groupe, mais ses conditions d'acceptabilité sociale pour le groupe.

Les mois qui suivront consisteront à préciser l'instrumentalisation du projet organisationnel. Cette diffusion du projet par l'organisation dans l'organisation a été véhiculée par des relais multiples. La construction d'une réflexion partagée au sein de l'établissement, dans des groupes pluridisciplinaires constitués de médecins, de soignants et d'administratifs est passée par la construction conjointe d'un langage partagé, initié par des formations et séminaires avant et pendant la démarche projet. Par exemple, l'argument économique tient à une maîtrise des dépenses de l'hôpital par une meilleure gestion. Cet argument est très présent dans le projet médical. La volonté exprimée de rénover les prises en charge et les hospitalisations s'inscrit, à la base, dans la nécessité de réduire les coûts. La singularité de l'argument ne tient pas ici à son contenu, mais à son *émetteur* : l'économie est, dans le projet médical, pleinement intégrée.

La réalisation du projet d'établissement s'est concrétisée dans un jeu tripartite entre le conseil d'administration, la nouvelle direction et les médecins. Ce jeu peut être résumé par deux solidification du projet : le conflit et le réseau.

D'une certaine manière, on pourrait dire que projet *de* l'établissement s'est construit contre le projet d'établissement : la fédération du projet s'est notamment réalisée par un conflit orchestré par le président de CME, conflit cristallisé dans des rapports tendus entre les médecins et la direction générale qui s'est soldé par le départ du directeur en août 1996. Cette exposition au grand jour des rapports de pouvoir dans la conduite du projet ne doit pas ici être ignorée. Comme remise en cause d'un état présent, tout projet contient intrinsèquement en lui une forme de violence qui s'exprime par une succession de crises.

Dans le cas de l'hôpital Rive gauche, la conduite et la définition du projet d'établissement conduit explicitement à la redistribution des formes de savoir-pouvoir dans l'organisation, qui

peuvent être identifiées dans l'élaboration d'un langage commun et dans la production d'une rhétorique instrumentalisée, mais aussi dans la capacité de cette rhétorique à décentrer/recentrer les représentations collectives autour du projet d'établissement. L'éviction du directeur trouvera plus sa cause dans sa conviction à tenir le projet en place qu'à le faire évoluer. Son départ est la conséquence du processus de construction du projet d'établissement, abouti dans sa rédaction finale en mars 1996. Le consensus projectif du projet s'est constitué, notamment contre le directeur, qui n'a été que représentant des intérêts du conseil d'administration. La légitimité du nouveau directeur doit être recherchée dans sa connaissance des activités et de leur poids économique, ainsi que sa capacité à s'être raccrochée à un projet collectif émergent. Le président de CME, au delà de sa motivation et de sa vision propre du projet, a également su intégrer sur la base de ses représentations médicales, les enjeux liés aux contraintes économiques et au poids historique des antagonismes des deux sites.

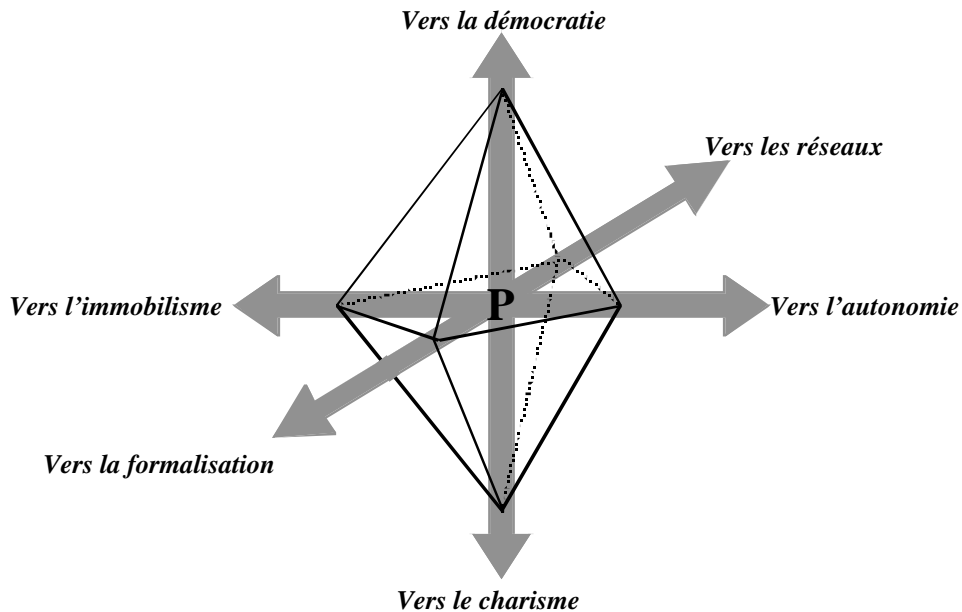
Enfin, le projet n'a pu se réaliser que par la présence et la constitution d'un réseau, d'un ensemble de relais dans l'organisation et son environnement. En même temps, il est à son tour constitutif du réseau qu'il renouvelle, enrichit, étend. Notons que la constitution du réseau est le fruit de plusieurs volontés qui ne se recoupent pas toujours. Chaque partie prenante au projet développe ainsi ses réseaux d'influence spécifiques, qui parfois se recoupent, mais jouent aussi en parfaite autonomie. Il n'est donc pas possible de parler d'un réseau de l'établissement qui serait la somme des relations tissées par les acteurs du projet. Cette forme diffuse et émergente, active et source de blocage est aussi une grande faiblesse du projet, dans la mesure où le réseau ne se maîtrise jamais totalement et dépasse parfois le projet dans sa réalisation.

Nous aborderons les limites du dispositif dans le point suivant.

2.3.3 *L'hôpital projet ou l'éternelle fuite en avant*

Comme dans le cas de la clinique de la Source, la structuration du projet peut être approchée par une déclinaison de notre modèle initial, dont la dynamique oscille entre plusieurs dimensions. Il nous semble que, pour l'hôpital Rive gauche, les dimensions structurantes du projet, mais aussi ses limites, ont été les suivantes :

Figure 22 : Les dimensions structurantes et les limites du projet



Ces dimensions ne sont pas à prendre comme des alternatives entre lesquelles le projet oscillerait, mais comme des pôles tendanciels dont la conjonction conduit à un pilotage dialogique du projet, et dont le déséquilibre peut engendrer l'échec du projet. En conséquences, la conduite du projet se trouve soumise à une perpétuelle fuite en avant, à une équilibration entre ces pôles dans la recherche d'un gain global de volume.

2.3.3.1 Le projet entre démocratie et charisme

Le projet nécessite un leader charismatique qui endosse le projet de l'organisation : dans le cas de l'hôpital Rive gauche, le projet est initié par la rencontre d'un homme et d'une situation. Le projet organisationnel sera, au départ, la conjonction du projet individuel et du projet de l'hôpital. D'une façon similaire, la mise en place d'un processus démocratique est indispensable à la construction généralisée, à la diffusion et la légitimation du projet dans l'organisation.

Mais le leader charismatique peut, à un moment brider le projet organisationnel quand ce dernier n'est plus congruent avec son projet personnel. Dans notre hôpital, le leader du projet se trouve condamné à *transmettre* le projet dont la continuité consiste en une phase de consolidation et de stabilisation aux exigences antinomiques avec la phase d'initialisation. De même, un projet trop orienté sur la délibération, le consensus, la recherche de l'unanimité conduit inévitablement à la perte du sens initié par le projet. Or, le problème auquel se trouve confronté aujourd'hui le leader du projet, président de la CME, est l'antinomie entre la représentation liée à son mandat électif et la conduite volontariste du projet. Parallèlement, la direction, portée jusqu'à présent par le personnel, a du affronter en septembre 1998 une grève et un comité d'établissement exceptionnel.

Le projet navigue entre la construction d'un accord dans le corps social et la force de la volonté du noyau stratégique. Après avoir été porté par un leader et construit par l'ensemble du personnel, le projet nécessite aujourd'hui, au delà de l'accord, l'expression d'une volonté forte issue de la direction, à un moment où l'établissement vit une phase de transition, d'aménagement temporaire des anciens sites sur J... dans l'attente du nouveau bâtiment. Or l'enjeu immédiat du projet réside désormais dans l'apprentissage des nouveaux modes d'organisation conceptualisés dans le projet, dans leur mise à l'épreuve, nécessitant un cadre structuré fort.

2.3.3.2 Le projet entre autonomie et immobilisme

Tout comme le projet se construit dans la tension démocratie-charisme, il s'instrumentalise dans les phases d'autonomie et d'immobilisme. L'autonomie a été largement privilégiée dans la phase de réflexion sur le projet par le travail des 37 groupes transversaux. Leur force propositionnelle a été considérable, mais conduit, en réaction, aujourd'hui à une tendance à l'immobilisme, se traduisant dans l'idée que la pratique suivra le concept. Or, s'il est nécessaire de disposer de temps pour intégrer les différentes propositions du projet, un immobilisme tentant sonnerait le glas du projet.

Derrière ces deux pôles se cache la nécessaire conjonction entre les différentes temporalités du projet. Le temps du projet doit concilier ruptures et continuités entre temps des acteurs et temps des outils. Ainsi, les parties prenantes au projet seront insatisfaites du processus de déroulement, soit parce que ce dernier est trop lent, soit parce qu'il est trop rapide. Or, si les motifs évoqués sont antagonistes, chacun se retrouve uni dans son constat d'insatisfaction face au projet. D'une façon symétrique, les outils disponibles dans la construction du projet sont essentiellement rétrospectifs et ne permettent ni à la direction, ni aux relais du projet de disposer d'une instrumentalisation prospective suffisante permettant de jaloner précisément la démarche à venir. Les outillages *ad hoc* créés localement, conduisent, *in fine*, à renforcer la tendance d'ensemble à l'immobilisme par manque d'outil de pilotage du dispositif global.

2.3.3.3 Le projet entre formalisation et émergence

La question de la localisation de l'outil et de sa globalisation dans une perspective finalisée renvoie à la tension inhérente au projet entre formalisation et émergence des dispositifs de pilotage du projet. Après une phase d'émergence forte synthétisée dans le projet d'organisation, les parties prenantes au projet instrumentalisent le projet dans l'apprentissage de la formalisation. La construction de protocoles et procédures se réalise progressivement, par processus de prise en charge. Ainsi, la procédure de la prise en charge de la fracture du col du fémur aux urgences, découlant directement du projet d'établissement et du contrat d'objectifs a nécessité six mois de réunions, d'écriture du groupe pour déboucher sur un document normatif, mais issu du consensus. Mais ces dispositifs de constructions procédurales restent encore ponctuels, attachés à des problèmes spécifiques et exigent un temps de réalisation important.

Dans le prolongement de ces dispositifs, il est tout à fait possible d'envisager la création d'un poste de « directeur médical », assimilable à un directeur de la production, et qui serait chargé de la définition et de la coordination des prises en charge dans l'établissement⁵³². Dans le même ordre d'idée, la désignation de responsables de processus de prises en charge serait conceptuellement envisageable, sa généralisation, aujourd'hui difficile, peut cependant être mise en place dès l'an 2000.

⁵³² CLAVERANNE, J.-P., MONTEGU, D., KEPENEKIAN, G., « L'hôpital médiconomique intégré », *Entretiens Jacques Cartier*, Lyon, 11-12 déc. 1997.

Conclusion du chapitre

Nous avons présenté dans ce chapitre deux cheminements de structuration d'un projet d'établissement, l'un suivant une voie « gestionnaire-médicale », et l'autre une voie « médicale-gestionnaire ».

La clinique mutualiste de la Source est une organisation sensibilisée aux démarches gestionnaires et économiques, d'abord par la contrainte (enjeu de survie) puis par souci d'anticipation (enjeu de développement ou de maintien), elle n'a pas pour autant réalisé son projet sans difficultés. Il aura fallu pas moins de sept mois actifs, sans compter les démarches préparatoires précédentes étalées sur six mois, pour structurer le projet et s'assurer de sa co-construction par les acteurs de l'établissement.

On peut dire aujourd'hui que le projet a été structurant.

Ce qui n'est pas le fruit du hasard ne peut pas cependant être expliqué par la seule volonté d'un groupe d'acteurs. Certes, le noyau stratégique est le moteur du projet. Mais la conduite du projet n'est pas possible sans un groupe leader fort, cohérent, polyvalent tant parmi les médecins que les administratifs ou les soignants, dans le sens où le médecin et le soignant sont sensibilisés et familiarisés au souci et aux outils gestionnaires, et le gestionnaire impliqué directement, visuellement, dans la démarche de soins. La construction de la perception de son environnement par l'établissement est également loin d'être négligeable. Si l'établissement n'avait pas été menacé dans son existence même, ou s'il n'avait pas perçu cette menace, on pourrait parier aujourd'hui que le site serait reclassé en maison de soins de suite ou de retraite, lot fréquent des établissements n'ayant pu saisir à temps leur mutation.

L'histoire de l'établissement, sa « culture » sont des points également intervenant en toile de fond dans la dynamique projet. Sans penser qu'ils soient pour autant moteurs dans la démarche, ils peuvent permettre une accélération de sa maturation.

L'accompagnement du consultant aura été également un catalyseur tout à fait nécessaire dans ses cadrages et éclaircissements par rapport aux enjeux de la santé.

A l'hôpital Rive gauche, les porteurs du projet ont pensé la reconfiguration de leur organisation comme un « hôpital à vivre », débouchant sur la contractualisation des objectifs et des moyens de l'établissement avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

La contractualisation, est une innovation qui est loin d'être neutre dans les relations entre les établissements hospitaliers et leur tutelle. L'abandon du budget global conduit à changer la nature des relations, qui se fondent désormais sur la négociation, et donc sur la capacité de l'établissement à formuler un discours cohérent sur ses activités, sur la perception de sa place dans l'environnement sanitaire et sur la manière par laquelle il souhaite conduire ses projets. Le principe de distinction de la finalité de la structure devient déterminant, la présence d'une ou deux personnalités médicales fortes, servant d'image ne suffit plus, même si elle reste tout à fait nécessaire, non plus, comme par le passé, pour faire entendre sa voix au ministère, mais structurer en interne une démarche cohérente. La contractualisation des objectifs et des moyens financiers redonne une pleine légitimité au directeur de l'hôpital dans ses relations externes et tend à enrichir l'activité des médecins sur les lieux d'exercice de leur pratique en leur permettant d'adopter une perspective gestionnaire. Le binôme directeur-président de la CME a parfaitement incarné cette nouvelle démarche.

Cette ligne de fuite du projet a été structurante et aura permis à un établissement hospitalier dans une situation quasi désespérée de s'imposer comme une des organisations sanitaires les

plus novatrices de sa région. Mais elle a dessiné, en même temps que le projet s'esquissait, les limites de la représentabilité du projet, qui conduisent à le représenter aujourd'hui, comme une sorte de Prométhée libérateur des hommes, profanateur de l'institution, mais enchaîné par sa propre audace, condamné à une éternelle fuite en avant, à transmettre un feu qu'il aura dérobé. Nous pensons qu'aujourd'hui, l'hôpital Rive gauche est en quelque sorte malade du projet, dans la mesure où les porteurs du projet l'envisagent comme fuite en avant, où la finalité du projet n'est plus exactement la finalité de l'organisation, ce qui ne minimise en rien la portée de la démarche engagée.

Inspiré par la conspiration, l'établissement souffre aujourd'hui de l'injonction entre un projet en instrumentalisation et sa reconstruction dans le projet à venir. Si l'hôpital Rive Gauche a su devenir maître de son destin, il ne détermine toujours pas le sens de sa mission.

La grande fragilité de la démarche projet réside dans sa confrontation entre une réalité changeante dont le projet se saisit, à un moment donné, qu'il contribue à inventer mais qui toujours lui échappe. C'est pourquoi la pérennité du projet ne peut se garantir que sous deux conditions : par un questionnement permanent au sujet de son acceptation par le corps social et, avant même son achèvement, par la constitution d'un « projet relais » vecteur de la transmission du projet précédent.

Conclusion de la Première Sous Partie

De la « double contrainte » à la construction de sa singularité

La connaissance de son environnement, le diagnostic de ses forces et de ses faiblesses, le positionnement de ses activités ne sont pas suffisants à la construction d'une démarche stratégique cohérente pour l'hôpital. Le projet (re) construit la légitimité de l'établissement. Il est l'outil de la construction d'une finalité spécifique à l'organisation par la mise en place d'un dispositif favorisant la congruence des finalités des parties prenantes externes et internes au projet.

Mais la construction d'un discours cohérent et finalisé sur l'organisation est elle-même insuffisante. Il ne s'agit pas de mettre en œuvre une stratégie, de la *déployer* sur la base d'instruments ; il ne s'agit pas non plus de la comprendre, de saisir son *émergence*, il s'agit d'accompagner les acteurs du projet dans sa construction progressive, qui, si elle doit se figer pour des questions légales (qui sont aussi la condition opportune de cette construction), n'en est pas moins en perpétuelle structuration.

Les projets d'établissements présentés dans cette première sous partie ont illustré chacun à leur manière l'intégration d'une double contrainte — une mission de service public à remplir et une contrainte économique forte — qui a pu favoriser, par cette pression particulièrement conséquente, la construction d'une singularité, d'une finalité spécifique de l'organisation, qui, pour assurer sa survie, est passée d'une mission fonctionnelle au service des acteurs du soin à une mission spécifique et finalisée par rapport à la prise en charge des patients.

Or, malgré les situations perçues, les opportunités d'acteurs et les volontés, les outils indispensables à la formulation, à la formalisation, à l'évaluation des pratiques et au pilotage du projet sont tout à fait nécessaires dans leur présence *ex ante* au projet. Sans outil, pas de recul, d'image de l'organisation, mais aussi pas de *pratique* de l'outil, pas d'*accommodation*⁵³³ et de critique possible de celui-ci.

Le projet ne doit ses conditions d'existence, de déploiement et de légitimité qu'aux instruments de gestion qui, s'ils ne conduisent seuls qu'à l'élaboration d'une chimère instable, favorisent le croisement des volontés et des contraintes perçues, et permettent au projet de glisser du discours vers l'action coordonnée.

Nous développons cette idée dans la sous partie suivante.

⁵³³ dans le sens défini par J. Piaget.

Seconde Sous Partie

**Le dépl o iement du projet
par l es outil s de gestion**

Introduction

Les rôles des outils de gestion dans l'organisation

Si, sous certaines conditions, le projet d'établissement interagit sur et construit la stratégie hospitalière, il reste un point à examiner qui joue un rôle fondamental dans le déploiement du projet et sa (re) structuration. Ce sont les outils de gestion dans l'organisation. Tous les projets ne se construisent pas sur un sol vierge. Ils s'inscrivent dans des terrains analysés sous de multiples angles, surveillés par des dispositifs de contrôle, modélisés par des systèmes d'informations divers. Dès lors, l'information existante, les outils et analyses précédant le projet vont influencer ce dernier tant dans les formes de diagnostics de l'existant qui lui servent d'étai, que dans l'instrumentalisation même du projet et son pilotage.

L'outil joue ainsi un rôle paradoxal, car il exprime et formalise les insatisfactions initiales à l'origine du projet, mais il piège également les protagonistes du projet dans la mesure où il limite l'espace des possibles à un existant, alors que le projet, dans sa formulation, exige un dispositif « sur mesure » et innovant.

Nous souhaitons dans cette introduction nous attarder sur la notion d'« outil de gestion », afin d'en préciser les contours et impacts au sein du déploiement du projet dans l'organisation hospitalière.

- Polysémie de l'« outil de gestion »

Un outil est communément « un objet fabriqué qui sert à agir sur la matière, à faire un travail⁵³⁴ ». L'outil est maintenu directement par son utilisateur dont il est le prolongement. Il est moins sophistiqué qu'une machine ou un instrument. Toutefois, notons que la littérature de gestion considère comme voisines les notions de « machines de gestion⁵³⁵ », « instruments de gestion⁵³⁶ », « modèles de gestion⁵³⁷ », « dispositifs de gestion⁵³⁸ », « appareil gestionnaire⁵³⁹ ».

Si les instruments et les outils de gestion sont utilisés de façon analogue, les modèles de gestion, dispositifs de gestion, appareils gestionnaires intègrent des systèmes globaux d'outils. La « machine de gestion », plus philosophique, dépasse et asservit ses utilisateurs. Le modèle de gestion se distinguera du dispositif et de l'outil par son aspect prescriptif ou normatif, tandis que l'outil s'inscrit plus dans une heuristique. Toutefois, cette distinction n'est pas nécessairement utile dans une perspective constructiviste, où modèle et réalité sont consubstantiels.

⁵³⁴ Dictionnaire *le Robert*.

⁵³⁵ GIRIN, J., *Les machines de gestion*, Paris, École Polytechnique, 1981.

⁵³⁶ SOLER, L.-G., Avant-propos au numéro spécial « Instrumentation de gestion et conduite de l'entreprise », *Cahiers d'économie et sociologie rurale*, 1993.

⁵³⁷ HATCHUEL, A. et MOISDON, J.-C., « Modèles et apprentissage organisationnel », n° spécial des *Cahiers d'Économie et Sociologie rurale*, n° 28, 1993.

⁵³⁸ MOISDON, J.-C. (dir.), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Seli-Arslan, 1997, 254 p.

⁵³⁹ HATCHUEL, A., WEIL, B., *L'expert et le système*, Paris, Economica, 1992, 280 p.

Pour J.-M. Doublet, « un outil de gestion... est un moyen matériel et conceptuel fabriqué pour agir dans et sur l'entreprise »⁵⁴⁰. L'outil de gestion est donc un objet distinct de son utilisateur qui recèle avant tout un minimum de formalisation. De même, s'il se trouve inscrit dans le processus de fabrication de l'entreprise, il n'est pas strictement dépendant du contexte dans lequel il est utilisé. Ainsi, un outil de gestion est toujours formellement transposable. Un outil (in) forme un contexte, façonne son environnement, mais produit également de la connaissance sur son environnement.

Toutefois, selon nous, le sens pour lequel a été fabriqué l'outil échappe à ses utilisateurs. Il devient alors difficile, à terme, de considérer que l'outil a été « fabriqué », il *existe* et préstructure les relations entre acteurs dans l'organisation.

Depuis 15 ans⁵⁴¹, il est admis qu'un outil de gestion, si « scientifique », rigoureux et objectif soit-il, n'est pas neutre mais implique, s'il est retenu, une transformation des rapports sociaux entre acteurs impliqués par l'outil, et notamment, un détournement de la finalité initiale de l'outil provoquant des conséquences inattendues sur les logiques d'action dans l'organisation.

Ainsi, une alternative possible sur les problématiques actuelles des outils de gestion consiste à s'interroger sur la définition de l'outil ou sur les rapports que ce dernier entretient avec une organisation. Les outils peuvent être ainsi considérés comme extérieurs (mais non indépendamment) aux organisations. L'avancée des techniques, les progrès de l'informatique conduisent à faciliter une prolifération des outils de gestion qui s'adaptent et s'intègrent avec plus ou moins de bonheur dans les organisations. La diffusion d'un outil de gestion fortement formalisé — logiciel de gestion, par exemple, ou PMSI à l'hôpital — conduit des réactions de la part des acteurs qui s'inscrivent dans l'opposition systématique, dans l'appropriation ou dans le champ de la conformation à l'outil.

- L'outil, système de relation et de connaissances

Un outil de gestion sera constitué d'idées, de principes, de méthodes, d'objets et de dispositifs qui définissent les possibilités et limites d'une pratique.

En ce sens, « l'outil de gestion est une forme de coordination en soi, différente du marché et de l'organisation »⁵⁴² dont la singularité s'exprime par sa forme concrète structurant les rapports entre acteurs de l'organisation.

A. Hatchuel et B. Weil⁵⁴³ ont montré qu'un outil de gestion peut être appréhendé par l'analyse des interactions entre trois éléments, un substrat technique, qui est l'abstraction sur laquelle repose l'outil, une philosophie gestionnaire, correspondant à l'état d'esprit dans lequel l'utilisation de l'outil est envisagée, et une vision simplifiée des relations organisationnelles permettant de positionner les principaux acteurs jouant autour de l'outil. Si A. Hatchuel et B. Weil ont appliqué leur modèle à des systèmes de gestion des connaissances (systèmes experts), ce dernier peut être également utilisé dans d'autres systèmes de gestion, touchant aux relations entre acteurs. Ainsi, à l'hôpital, un contrat d'objectifs et de moyens entre la tutelle et une structure de soins implique à la fois une relation contractuelle et des connaissances concrétisées dans les objectifs.

⁵⁴⁰ DOUBLET, J.-M., « Des outils de gestion dans l'entreprise », *Entreprise et Histoire*, n° 13, déc. 1996, pp. 5-7, p. 5.

⁵⁴¹ BERRY, M., *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Paris, CRG, 1983 ; sur la genèse de cette idée appliquée à l'hôpital : BOIGNE, J.-M., MOISDON, J.-C., TONNEAU, D., « Gérer ou comprendre ? Perplexités à propos d'une intervention en milieu hospitalier », *Gérer et comprendre*, déc. 1986, pp. 78-86.

⁵⁴² DOUBLET, J.-M., « Des outils de gestion dans l'entreprise », art. cit., p. 7.

⁵⁴³ HATCHUEL, A., WEIL, B., *L'expert et le système*, op. cit.

A. David⁵⁴⁴ a généralisé ce modèle à l'ensemble des innovations managériales et a ainsi proposé une typologie des innovations, en les classant entre innovations orientées connaissances, innovations orientées relations, innovations mixtes. Ainsi, pour l'auteur, un outil de gestion, tout comme l'organisation peuvent être vus comme un système de relations *et* de production de connaissances, procédant d'une rationalité limitée de même nature.

- La « distance » entre outil et organisation ou le processus de contextualisation des outils

Quelle que soit l'orientation de l'innovation managériale, c'est le degré de contextualisation interne qui va jouer l'intégration de l'outil dans l'organisation⁵⁴⁵. A. David entend par contextualisation un processus de transformation de l'innovation par les acteurs et des acteurs par l'innovation. Elle se détache de l'adoption, mais aussi de la codification...

Initialement, la distance est le degré plus ou moins maîtrisé/maîtrisable du substrat technique par les acteurs, la plus ou moins grande compréhension de la philosophie gestionnaire et l'adhésion relative des acteurs, la vision simplifiée des relations plus ou moins éloignée des relations et connaissances présentes.

La mise en mouvement du processus se fait par la tension entre l'innovation et l'organisation. Cette tension initie un processus d'exploration des relations et/ou des connaissances affichées ou en usage. Toutefois, A. David se limite à la seule exploration, alors que nous pensons que l'appropriation de l'outil par les acteurs ne peut se faire que par sa reconstruction interne, et que justement la distance de l'organisation à l'outil, si elle n'est pas envisagée comme trop grande, c'est-à-dire si les acteurs perçoivent dans l'outil une analogie possible avec leur organisation, est un facteur d'appropriation paradoxal, mais essentiel.

- Outils de gestion et apprentissage

Pour F. Aggeri et A. Hatchuel, les données d'un nouvel apprentissage organisationnel passent par les outils de gestion qui sont mis en place pour stimuler construire et piloter ces apprentissages.⁵⁴⁶ Ainsi, les instruments et routines de gestion n'ont pas un rôle passif, c'est-à-dire ne sont pas seulement un lieu d'inscription des apprentissages ou structurant du comportement des agents économiques, mais jouent un rôle actif, comme moyen privilégié d'activation de nouveaux apprentissages.

On pourra alors poser comme hypothèse de travail que les instruments de gestion peuvent être déployés pour concilier deux objectifs apparemment contradictoires que sont l'apprentissage et l'économie de moyens, construction à la fois d'acteurs et d'instruments, dont le but ultime, est dans ce cas précis, la consolidation de nouvelles pratiques de conception.

Plus généralement, cet exemple s'inscrit dans la façon dont apprennent les organisations. Littérature on ne peut plus hétérogène, puisque touchant tant à l'exploitation de savoirs anciens que l'exploration de savoirs nouveaux, aux méthodologies diverses (point de vue psychocognitif⁵⁴⁷, point de vue organisationnel et rôle des routines⁵⁴⁸, guide et lieu de l'apprentissage,

⁵⁴⁴ DAVID, A., « Structure et dynamique des innovations managériales », *Cahiers de recherche du CGS*, n° 12, Paris, École Nationale des Mines de Paris, 1996.

⁵⁴⁵ DAVID, A., « L'aide à la décision entre outils et organisation », *Entreprise et histoire*, n° 13, déc. 1996, pp. 9-26, p. 17.

⁵⁴⁶ AGGERI, F., HATCHUEL, A., « Les instruments de l'apprentissage — Construction et diffusion d'une expertise recyclage dans la conception automobile », in MOISDON, J.-C., *Du mode d'existence des outils de gestion*, op. cit., pp. 216-247.

⁵⁴⁷ ARGYRIS, C., SCHÖN, D., *Organizational Learning : a Theory of Action Perspective*, Reading, Mass, Addison-Wesley, 1978.

⁵⁴⁸ LEVITT, B., MARCH, J., « Organizational Learning », *American Review of Sociology*, n° 14, 1988, pp. 19-40.

apprentissage contingent à des facteurs clés de succès⁵⁴⁹...). Tous ces travaux proposent un point de vue qui compartimente les connaissances et les phénomènes d'apprentissage, dans lesquels les jeux d'acteurs restent souvent opaques. Ainsi, il serait nécessaire, selon F. Aggeri et A. Hatchuel, de s'intéresser à la création de connaissances comme « processus actif, situé, provisoire, pragmatique, contesté, et faisant l'objet de médiations multiples. »⁵⁵⁰

Plus précisément, pour D. Bayart, l'analyse des *objets de gestion* peut permettre de capter le mode de diffusion des savoirs dans une organisation⁵⁵¹. Par exemple, les représentations graphiques tiennent dans l'industrie une place importante, le *manual* joue aussi un rôle certain dans la diffusion des savoirs, tout comme les *logiciels*, les *packages* statistiques du contrôle qualité... On peut alors examiner le rôle des objets dans l'édification des savoirs à partir de trois points de vue :

- dans la construction des théories de gestion ;
- dans la mise en œuvre des savoirs comme médiateurs par rapport à l'action ;
- dans la diffusion matérielle du savoir.

Ces productions/diffusions des savoirs en gestion sont « construits dans des conditions singulières par un groupe de promoteurs, mis en circulation dans le champ social par des objets, soumis à un processus de sélection dans le monde de l'entreprise. »⁵⁵²

Il s'agit donc, d'après nous, de mettre en évidence les processus sociaux qui établissent les propriétés des objets, qu'on suppose ne pas leur être intrinsèques. Toutefois, une limite conséquente de ce dispositif est qu'il n'aborde pas l'objet construit empiriquement dans l'entreprise, alors que ce processus est fondamental dans l'appropriation/rejet de l'outil et donc de sa capacité à structurer l'action et le jeu social. Il s'agira alors d'examiner tant la portée potentielle et réelle de l'outil sur les parties prenantes au projet dans les organisations étudiées, mais aussi les nouveaux champs de possibilités et les impossibilités qu'il révèle, qu'il visualise. De même que l'argumentation et la rhétorique sont importantes dans sa diffusion, il conviendra également d'examiner en quoi un outil peut servir un certain groupe d'acteurs à un moment donné dans l'organisation, et faire alors converger projets personnels et projet organisationnel. Enfin, comme le notent J.-C. Moïsdon et B. Weil⁵⁵³, le management par projet se focalise sur la résolution de problèmes dans l'urgence, et, afin de pallier cette tentation, une finalisation conjointe au projet axée sur la capitalisation des savoirs à partir de groupes multimétiers permet d'enrichir le dispositif par sa mémorisation.

Cette seconde sous partie de notre seconde partie est structurée par deux chapitres.

Le premier chapitre, *Projet d'établissement et système d'information gestionnaire : des interactions dialogiques*, traite des interactions entre le projet d'établissement et les systèmes d'information gestionnaires en place dans les établissements de soins. Il montre notamment en quoi un outil médico-économique, le PMSI, peut tout à la fois, selon les contextes, être un outil déclinant le projet sur la base d'erreurs conceptuelles et être le support du déploiement du projet.

⁵⁴⁹ NONAKA, I., « A dynamic theory of organizational knowledge creation », *Organization Science*, vol. 5, n° 1, fév. 1994.

⁵⁵⁰ AGGERI, F., HATCHUEL, A., « Les instruments de l'apprentissage... », art. cit., p. 224.

⁵⁵¹ BAYART, D., « Des objets qui solidifient une théorie : L'histoire du contrôle statistique de fabrication », in CHARUE-DUBOC, F. (dir.), *Des savoirs en Action — Contributions de la recherche en gestion*, Paris, L'Harmattan, 1995, 294 p., pp. 139-173. Par *objet*, l'auteur entend « toutes les formes concrètes, matérielles ou graphiques qui sont produites à l'appui d'un savoir déterminé, que ce soit à titre d'illustration, d'argumentation, de preuve, ou de moyen pour la mise en œuvre. ».

⁵⁵² *Id.*

⁵⁵³ MOÏSDON, J.-C., WEIL, B., « Capitaliser les savoirs dans une organisation par projets », *Journal de l'Ecole des Mines*, n°10, avril 1998, pp. 17-24.

Le second chapitre, *Projet d'établissement et pilotage par les processus : la construction d'un référentiel entrepreneurial*, traite du déploiement du projet et de son possible pilotage par les processus, dont les prolongements se dessinent à travers les contractualisations des activités de prises en charge des patients et un management de la qualité des mêmes prises en charge. Toutefois, si les prolongements issus des cas présentés sont originaux dans leur forme et leur contenu, ils ne sont exemplaires pour notre travail que par rapport aux limites qu'ils esquissent en filigrane.

CHAPITRE 1

PROJET D'ETABLISSEMENT ET SYSTEME D'INFORMATION GESTIONNAIRE : DES INTERACTIONS DIALOGIQUES

Il a donc fallu qu'un saut s'opère ou que le vivant en arrive à l'acte majeur — se retourner, mettre à la surface sa sensibilité et remiser au fond le tissu solide dans lequel il se barricadait, la colonne vertébrale, l'osseux sur lequel il s'édifiera. Aussitôt le dedans du dehors lui permettait une vie informée, alerte et vive.

François Dagognet,

La peau découverte.

Le petit mot « Je ferai » a perdu des empires. Le futur n'a de sens qu'à la pointe de l'outil.

Alain,

Minerve ou De la sagesse.

Introduction

La loi hospitalière de 1991 dispose dans son article L.714-11 que le projet d'établissement doit définir les objectifs généraux de l'établissement, notamment dans le domaine du système d'information.

On entendra par système d'information « un ensemble organisé de ressources permettant d'acquérir, traiter, stocker, communiquer, etc., des informations. »⁵⁵⁴ En ce sens, le système d'information serait une des composantes de la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement. Or, si les intentions exprimées dans les finalités d'une stratégie « doivent » être instrumentées dans les indicateurs de suivi et d'évaluation de cette même stratégie, la formulation de cette dernière repose, notamment, sur le système d'information existant au moins pour sa phase diagnostique. L'outil nourrissant la modélisation est un cadre important de cette dernière, il détermine dans sa forme le champ des possibles énoncés dans le discours stratégique.

L'élaboration du projet médical et du projet d'établissement s'étaye sur un inventaire des ressources de l'organisation, sur l'analyse de ses activités, sur la perception de l'environnement par un outillage plus ou moins sophistiqué. Or, le paradoxe est que, dans le cadre du diagnostic de l'existant sur l'hôpital, on relève souvent une carence ou des insuffisances dans le système d'information⁵⁵⁵.

On peut constater le plus souvent les éléments suivants :

- un PMSI non exhaustif, ou à la qualité de saisie douteuse, notamment dans les cas lourds impliquant une succession de prises en charge, que l'on devrait retrouver dans les « multi-séjours » ;
- une double saisie de l'information, au niveau administratif et au niveau médical. Les informations se recoupent rarement parfaitement ;
- un recueil de données lacunaires pour les urgences et les consultations externes ;
- la présence d'un double système de paiement, causé par le maintien d'une activité privée pour les praticiens à l'hôpital public qui opacifie la nature des flux de patients ;
- la saisie en trois temps du passage du malade : à l'accueil, au niveau du secrétariat du praticien, à la sortie pour le PMSI.

Cette juxtaposition de systèmes partiels et locaux est due particulièrement au fait qu'à chaque groupe d'information produite correspond une finalité spécifique, la plupart du temps externe exprimée dans les demandes et contrôles de la tutelle, et qui a imposé la construction d'un système d'information formalisé *ad hoc* qui comprend :

- la prolifération et la redondance de formulaires de recueils d'information, de statistiques, demandés par les services de l'État ou l'assurance-maladie, sans que soient explicités les motifs de la collecte et l'intérêt de l'établissement ;
- des systèmes de gestion administrative des malades focalisés sur la facturation : les données collectées restent pauvres de sens et inexploitable pour dégager des profils de malades,

⁵⁵⁴ REIX, R., *Systèmes d'information et management des organisations*, Paris, Vuibert, 1995, 372 p., p. 1.

⁵⁵⁵ LABROUSSE, M., « Système d'information et projet d'établissement », *Entreprise Santé*, n° 3, mai-juin 1996, pp. 32-33.

notamment aux consultations externes, alors que ces dernières s'intègrent pleinement dans un suivi de la prise en charge des patients ;

- un système d'information médico-économique qui, quand il est opérationnel, est trop fin dans son découpage pour permettre une lisibilité pertinente, tant pour les médecins que pour les gestionnaires.

Autrement dit, le système d'information est rarement formalisé, toujours local et redondant, ce qui renforce le sentiment d'opacité du phénomène organisationnel. Sa construction *ad hoc*, stratifiée, s'articule difficilement aux multiples finalités qui ont conduit ses développements successifs. Il ne peut donc servir le déploiement d'indicateurs pertinents pour les gestionnaires⁵⁵⁶. Il s'agit alors de repartir des données brutes issues de la collecte d'information pour construire un système relativement intégré à une lisibilité interne et externe de l'établissement présente dans le projet de l'établissement.

L'objet de ce chapitre est de présenter cette démarche.

Ce chapitre est structuré en deux temps.

Dans la première section, *Projet d'établissement et Information « gestionnaire » ou les impasses des perspectives instrumentales*, nous montrons les limites de la gestion budgétaire classique de l'hôpital, puis nous présentons deux cas de construction d'outils de gestion élaborés à partir des données issues du PMSI, mais sur la base d'erreurs conceptuelles.

Dans la seconde section, *Vers un système d'information gestionnaire par le projet : le cas de la clinique de la Source*, nous présentons une ébauche d'un système d'information médico-gestionnaire intégré, construit en interaction avec le projet d'établissement. Nous en montrons les avantages, malgré les obstacles présents.

⁵⁵⁶ Cf. la première partie, toujours actuelle, de : MULSANT, T., « Pour une pratique renouvelée du contrôle de gestion à l'hôpital », *Thèse de doctorat en médecine*, Université de Limoges, Faculté de médecine, 22 oct. 1991, 149 p.

1. PROJET D'ETABLISSEMENT ET INFORMATION « GESTIONNAIRE » OU LES IMPASSES DES PERSPECTIVES INSTRUMENTALES

Cette section a pour objet de faire le point sur les limites et possibilités des outils de gestion présents à l'hôpital dans l'instrumentalisation du projet d'établissement. Ces limites et possibilités sont tant d'un ordre conceptuel que technique ou contextuel aux structures étudiées.

Après avoir présenté les origines administratives de l'information « gestionnaire » hospitalière, nous verrons en quoi un modèle d'application interne du PMSI peut apporter des réponses intéressantes dans le pilotage du projet de l'hôpital. Nous verrons enfin, par la présentation de deux cas, en quoi les pratiques d'internalisation du PMSI peuvent être fructueuses dans la reconfiguration de l'organisation hospitalière, mais aussi dangereuses si elles ne trouvent pas cadrées par une finalité organisationnelle explicite et non instrumentale, c'est-à-dire par un projet de l'établissement définissant les « lignes de crêtes » des activités réalisées.

1.1 UNE « GESTION » ADMINISTRATIVE INADAPTEE

Nous verrons dans ce paragraphe en quoi le système budgétaire traditionnel de l'hôpital est inefficace. Sa conséquence réside dans une instrumentalisation gestionnaire reposant essentiellement sur un contrôle budgétaire administratif. Une analyse encore plus précise de la structure de la comptabilité analytique hospitalière montrera enfin en quoi cette dernière ne peut servir à un déploiement cohérent et structurant du projet d'établissement.

1.1.1 Un système budgétaire inefficace

Les hôpitaux du système sanitaire public sont rémunérés au début des années 1980 sur la base d'un budget global reconduit sur une base historique. Cette situation de fait depuis 1979 se trouve institutionnalisée par la publication du décret du 11 août 1983. Auparavant, les enveloppes budgétaires des établissements sanitaires étaient fixées sur la base du calcul d'un prix de journée. Ce tarif était calculé à partir de la comptabilité analytique de l'hôpital, qui était censée définir des coûts de production pertinents. L'élaboration d'un coût complet probable de production d'une *journée d'hospitalisation* était donc le critère sur lequel était attribué le budget de l'établissement. Outre le fait que cette approche supposait la pertinence de ce coût, elle faisait également les hypothèses que :

- la gestion de l'établissement était optimisée, et qu'il n'y avait pas lieu de contraindre à une meilleure productivité,
- une prévision réaliste des coûts et volumes était proportionnelle au prix de journée sans tenir compte des effets d'échelle.

Ces hypothèses pouvaient être pertinentes quand la durée moyenne de séjour d'une hospitalisation avoisinait les 10 jours : la durée de séjour pouvait être considérée comme la variable essentielle explicative des coûts. Ce mode de financement a permis le renouvellement et la modernisation du parc hospitalier français au cours de la décennie 1970. Il a été considéré comme efficace tant que la croissance du système économique le permettait. On relève alors une augmentation moyenne des dépenses de 20 % par an, une tendance à garder les malades, des bénéfices cachés, une productivité faible... Le budget global a donc été introduit pour limiter les

effets inflationnistes de la tarification au prix de journée. Toutefois, basé à partir du budget de l'année précédente, et associé à un taux de progression (dit « taux directeur ») uniforme, ce dernier a conforté de fait des situations structurelles déséquilibrées entre établissements : l'hôpital riche conservant ses marges de manœuvre, et l'hôpital pauvre se trouvant contraint à stagner. Cette réforme a donc non seulement pérennisé, mais développé les inégalités entre hôpitaux⁵⁵⁷.

Dans l'esprit des pouvoirs publics, cette mesure devait être initialement conjoncturelle, et visait une régulation d'ampleur nationale, donc ne tenant pas compte des disparités entre hôpitaux. Pour cette seconde raison, elle s'est trouvée prolongée par facilité jusqu'au milieu des années 1990. Mais surtout, dans l'état d'esprit des gestionnaires et des médecins, l'idée d'un budget articulé autour des activités de l'établissement s'est trouvée progressivement effacée, la négociation de l'enveloppe et des investissements important seule.

Dans ce cadre, la définition du projet d'établissement, son financement, et son pilotage ne s'opérait que sur des données quantitatives, ajustables uniquement à court terme et sans connexion possible ni souhaitable aux activités de l'établissement. On comprend dès lors que les premières formes de projets d'établissement aient pu se résumer à un « catalogue » de prestations nouvelles à réaliser. Elles n'étaient que le reflet de la logique de régulation en œuvre et d'outils de gestion très sommaires.

1.1.2 Un contrôle de gestion « administratif »

La gestion exclusivement budgétaire de l'hôpital se trouve illustrée dans la rusticité des outils de contrôle de gestion, dont la caractéristique principale est une focalisation, non sur les patients ou les activités, mais sur le financeur, c'est-à-dire la tutelle : à l'hôpital, contrôle de gestion est synonyme de procédure de tutelle ou d'analyse de gestion. Historiquement, le contrôle de gestion à l'hôpital a été structuré par la prépondérance des procédures de tutelle orientée sur l'allocation de ressources.

Sous couvert d'unicité du service public, les objectifs de ce contrôle sont en fait triples : gestion interne articulée sur la stratégie de l'hôpital, textes circulaires de la tutelle sur la gestion, inscrits dans la stratégie du ministère, et pratique de la tutelle, issue de la posture de la DDASS. Dans un tel système, l'asymétrie d'information joue pleinement et chacun tente de préserver ses zones de maîtrise de l'information.

Ainsi, bâtir le contrôle interne de l'hôpital en réponse aux procédures de tutelle ne peut être pertinent que s'il n'est pas instrumental, c'est-à-dire si l'hôpital ne joue pas lui-même à la tutelle, mais s'il considère ces indicateurs comme des formes de langage permettant le dialogue avec la tutelle : les outils de contrôle interne sont en fait des instruments de dialogue externe entre l'hôpital et son financeur. Par leur forme, ils préfigurent des modes de relations « sous administration » que l'hôpital et la tutelle entretiendront dans la construction et l'approbation du projet d'établissement. Leur présentation éclaire *a contrario* la lente et nécessaire mutation des relations entre l'hôpital et sa tutelle pour construire un projet exprimant la singularité et la finalité d'une organisation, quand les outils de négociation poussent à l'uniformité et à la recherche d'indicateurs de régulation régionale ou nationale.

Ces outils sont l'analyse de gestion, le contrôle des engagements et le mode de définition des centres de responsabilité.

- *L'analyse de gestion*

C'est à la fin des années 1970 que sont établies dans les CHR et les administrations centrale et régionales des cellules d'analyse de gestion. Ces structures ont fabriqué des systèmes

⁵⁵⁷ COCA, E., *Les inégalités entre hôpitaux*, Paris, Berger-Levrault, 1997 (rééd.), 479 p. Pour une analyse de la mécanique comptable : COUDURIER, P., ROUL, A.-F., TABUTEAU, D., *Dotation globale et prix de journée*, Paris, Berger-Levrault, 1994, 197 p.

d'information axés sur l'activité de l'hôpital (lits, DMS, entrées, par service, par discipline, par hôpital). Ce réseau permettait la construction à l'échelle centrale de la statistique H80. Le débat de convention autour des indicateurs a été au centre du dispositif de construction des indicateurs « négociés » : lits autorisés, construits, ouverts ; entrées intra établissement, hospitalisation de jour... Ce sont en fait de simples comparaisons d'éléments physiques.

- Le contrôle des dépenses engagées

La circulaire de 1979 préconise la mise en place dans tous les hôpitaux d'un suivi budgétaire trimestriel accompagné de ratios de trésorerie. Mais, même si le décret du 11 août 1983 vient renforcer cette mesure, l'administration n'a pas les éléments nécessaires pour se consacrer au suivi budgétaire des établissements. Peu d'hôpitaux remplissent les tableaux de trésorerie, et la tutelle n'exploite les données que par une simple vérification de l'existence des documents.

- Les centres de responsabilité

Le même décret du 11 août 1983 vise à associer le corps médical à la gestion de l'hôpital, afin d'optimiser l'allocation interne des moyens. La gestion budgétaire par centres de responsabilités devient obligatoire pour la préparation, l'exécution et l'analyse du budget. Elle s'appuie sur le découpage de l'hôpital en centres de responsabilité, puis consiste à ventiler l'ensemble des charges sur les centres constitués sur le principe des coûts directs. Toutefois, les systèmes comptables médicaux sont bâtis en filières (paie, économat, facturation) sans possibilité réelle de les connecter à des disciplines.

Depuis 1986, les délibérations du Conseil d'Administration devraient s'appuyer sur un tableau prévisionnel d'activité et de moyen (TAPAM) par centre de responsabilité.

Tableau 21 : Le Tableau Prévisionnel d'Activité et de Moyen

Centre de responsabilité X	Réalisations n-1	Prévisions n	Moyens constants Mesures nouvelles Demandes n + 1
ACTIVITÉS :			
Activité 1			
Unité d'œuvre 1			
Unité d'œuvre 2			
Activité 2			
MOYENS			
Personnel			
<i>dont médical</i>			
<i>dont non médical</i>			
budget			
<i>dont groupe 1</i>			
<i>dont groupe 2</i>			
<i>dont groupe 3</i>			

Les « activités » du centre de responsabilité sont mesurées par une ou deux unités d'œuvre, classiquement retenues, comme les entrées et journées. Ces clés d'allocation classiques sont aisées, mais non pertinentes. Le choix des unités d'œuvre et des activités est alors à la discrétion de l'établissement.

Toutefois, sans définition précise d'un projet d'établissement, de finalités explicites, le TAPAM s'est enlisé dans l'outillage non finalisé... Il présuppose le consensus avant la définition d'une politique, et non l'inverse : sa pratique a été vouée à l'échec pour deux raisons :

- l'approbation de la tutelle casse la négociation interne. L'approbation du budget par le préfet porte sur une allocation de ressources, et non sur les activités. Aucune prévision d'activité par service n'est annexée. Dès lors que l'approbation du budget ne permet plus de satisfaire les

objectifs négociés à l'intérieur de l'établissement, toute la procédure interne préalable devient vaine si elle n'est pas suivie d'une procédure *ex post* à l'approbation budgétaire et destinée à déterminer les objectifs possibles compte tenu de l'allocation finale des moyens ;

- la sanction d'un dépassement de crédits n'est pas précisée, tant au niveau des établissements que des services. Au niveau de chaque unité de soins, l'analyse des écarts budgétaires entre prévisions et réalisations n'est pas satisfaisante : le service de soins à récompenser sera celui qui aura dépensé plus que prévu et inversement : l'impossibilité d'agrèger les soldes positifs et négatifs par unité interdit d'utiliser la comptabilité budgétaire comme élément de motivation : les excédants des uns doivent financer les déficits des autres⁵⁵⁸. Les éléments nourrissant le déficit ou l'excédant sont la hausse ou la baisse de l'activité et la baisse ou la hausse de productivité.

L'impossibilité d'une opérationnalisation du contrôle budgétaire par les acteurs internes à l'hôpital (notamment des services médicaux et médico-technique) a conduit certaines structures à élaborer des rudiments de comptabilité analytique, qui n'a pas répondu à ces attentes.

1.1.3 Une comptabilité analytique non pertinente

Si l'hôpital dispose d'un contrôle budgétaire, il a recours plus rarement à un système de comptabilité analytique. Quand ce système existe, il consiste à :

- décompter les prestations accomplies ;
- reconstituer les dépenses par nature et les prix de revient ;
- suivre les engagements budgétaires.

Ces outils de gestion interviennent dans la préparation des orientations stratégiques et dans le contrôle du suivi des engagements. Ils conditionnent donc fortement tout diagnostic et tout pilotage fondés sur le projet d'établissement.

Or, les systèmes actuels en place présentent une vision très réductrice de l'activité de l'établissement. En effet, le système comptable en place ayant pour objet la facturation, il ne recense que les activités qui lui sont utiles, c'est-à-dire facturables. Or, la nomenclature des actes médicaux, à la base de la facturation, est un objet de négociation tarifaire plus qu'un outil d'évaluation de l'activité liée à un acte⁵⁵⁹. Les activités ambulatoires ne bénéficient pas d'une cotation spécifique, tout comme l'activité de recherche et d'enseignement. Les indicateurs classiques du type nombre de journées, nombre d'entrées, durée moyenne de séjour, s'ils représentent un signe du niveau de l'activité, ne disent rien sur la qualité des prestations ni sur les modifications des natures et modes de prises en charge.

Cette vision imprécise et parcellaire est liée, notamment :

- à la présence de deux à trois circuits parallèles de relevés d'actes (hospitalisés, consultants externes, hôpital de jour...)
- de deux techniques de cotation des actes contradictoires, comme le sont un système de prestation au forfait et un système de prestation à l'acte.

Les outils traditionnels ne peuvent donc servir fidèlement la délibération stratégique et peuvent même limiter la définition du projet d'établissement à la simple présentation de données non cohérentes et non articulables les unes par rapport aux autres. En revanche, ils peuvent être utilisés dans des analyses de coûts rudimentaires et dans le suivi budgétaire, tout en sachant que leur maniement est délicat. Cette analyse des coûts est une base de l'information pouvant nourrir la formulation du projet et son instrumentation. Il s'agit donc d'en saisir dès à présent les limites.

L'analyse des coûts peut être réalisée sur la base d'un découpage de la structure en centres de responsabilité auxquels sont imputées les dépenses.

⁵⁵⁸ SEGADÉ, J.-P., « Vive le profit à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 246, mai 1985.

⁵⁵⁹ Cf. 1° Partie, 2° Sous Partie, chap. 1 de notre travail.

Or, premier problème, la notion de centre de responsabilité est plutôt mal adaptée au service. Les circuits de prise en charge des patients ne correspondent pas au découpage fréquent département-service-unité fonctionnelle.

Second problème, outre son caractère peu opératoire, le découpage comptable peut même aller à l'encontre d'une optimisation économique du système qu'il jauge. En effet, les interfaces entre unités fonctionnelles sont censées être minimales dans un découpage en unités fonctionnelles. Aussi le contrôle budgétaire du suivi des unités fonctionnelles vise-t-il à optimiser les activités de chaque centre de responsabilité pris isolément. Or, on a vu que la production hospitalière était caractérisée par une forte interdépendance et un chaînage des activités les unes par rapport aux autres. Il est alors arbitraire de dissocier le rôle de chaque centre de responsabilité sans unité de prise en charge, alors que l'on opère parallèlement une consolidation budgétaire. La généralisation de l'externalisation de l'hôtellerie, de la lingerie, du ménage, etc. l'illustre aisément. Supposons que la prestation en interne de la blanchisserie soit facturée à 15 F le kilogramme de linge. Un centre de responsabilité matérialisé dans un service de soins négociera à l'externe une prestation (initialement à titre exceptionnel, puis de plus en plus systématiquement) à 13 F. Son résultat en fin d'année en sera augmenté d'autant, tandis que la lingerie interne enregistrera des pertes équivalentes à la prestation perdue. Le service se trouve bénéficiaire de l'écart obtenu, la lingerie déficitaire du montant total de la prestation et l'établissement, à son niveau, se trouve déficitaire de la différence des deux soldes, tout en récompensant le service ayant permis des économies locales... mais ayant généré un déficit global.

En outre, ce découpage peut tourner au contresens lorsqu'on procède à un découpage de seconde degré visant à reconsolider les coûts des activités que l'on avait tenté d'isoler dans un premier temps, comme nous l'illustrerons plus loin. Par exemple, un accroissement des dépenses de films en radiologie dépendra de l'augmentation du volume des prescriptions, des modifications des techniques d'examen, des règles et conditions de stockage, etc., qui dépasse le seul cadre de la radiologie pour toucher la structure dans son ensemble.

Ainsi, assigner des objectifs en terme de gain de productivité par service ou unité fonctionnelle permet, au mieux un gain marginal à la structure, au pire, entraîne des déchargements d'activités ou de prestations sur les services prestataires internes ou externes. Par exemple, le recours aux demandes de scanners en externe est fréquemment utilisé, notamment pour des questions de rapidité, d'amplitude des heures d'ouverture, de précision de cliché, etc. Mais il permet aussi à un établissement sous budget global de conserver la même allocation de ressources pour une prestation facturée sur une autre structure (publique) ou directement au patient (privé). La prise en charge est alors financée à la fois par des ressources issues de l'État et de l'assurance-maladie, sans pour autant qu'un quelconque outil puisse en assurer la traçabilité.

Dès lors, un système d'information gestionnaire articulé autour du projet d'établissement ne peut selon nous faire l'impasse sur les processus de prise en charge, et notamment sur les intersections entre services. Les outils de gestion classiques répondent donc peu à une articulation entre les activités et les ressources de l'établissement, articulation pourtant fondamentale dans la définition et le pilotage d'un projet d'établissement.

Les formes de réponses apportées par une utilisation interne du PMSI peuvent être réexaminées dans cette perspective.

1.2 LES POSSIBILITES ET LIMITES D'UNE GESTION « PAR LA MOYENNE » OFFERTES PAR LE PMSI

La reconnaissance institutionnelle d'une utilisation interne de l'outil trouve sa genèse dans une lettre circulaire du 22 août 1995, dans laquelle le ministre de la santé publique et de l'assurance-maladie de l'époque, Mme Élisabeth Hubert, s'adressant aux DRASS et DDASS, signalait que « sur le plan interne, le PMSI doit enrichir les outils de gestion que constituent par exemple les projets d'établissement, ou les systèmes de gestion par centre de responsabilité. Il appelle en

complément un développement rapide de la comptabilité analytique qui doit permettre aux établissements de mieux identifier les coûts des activités et les responsabilités propres de chacun des acteurs de l'hôpital dans le processus de formation des coûts. »

Dès lors, une utilisation légitime du PMSI calquée sur les centres de responsabilité existants — le plus souvent fondés sur les services — est *politiquement et institutionnellement* possible. La reconnaissance du rôle des acteurs dans l'identification des coûts à l'hôpital situe le PMSI dans une place privilégiée comme outil de négociation budgétaire en interne. Il permet également de nourrir la réflexion des acteurs dans la formulation de la stratégie des services, formalisée dans le projet d'établissement, non seulement à la prise en charge des patients, mais aussi à leur déversement budgétaire.

Mais là encore, le ministère, par la mission PMSI, intervient dans l'élaboration des référentiels. Une base nationale, appelée « Échelle nationale des coûts » est élaborée et sert de référentiel pour les données PMSI de l'établissement.

Nous en présentons dans les lignes qui suivent les principes et les limites⁵⁶⁰.

La circulaire du 10 mai 1995 organise la constitution d'une base nationale de données budgétaires et d'activités issues de 151 établissements (les CHU, les Centres de Lutte contre le Cancer et 100 établissements publics et PSPH). Son objectif est de produire des référentiels de coûts par catégorie d'établissements et d'appréhender plus finement l'impact du coût de l'enseignement et de la recherche. Les écarts de dotation entre établissements hospitaliers ont montré, à niveau d'activité équivalent, des différences de dotation de 1 à 3⁵⁶¹. L'objet de la base nationale des coûts par GHM⁵⁶² est donc de présenter, pour chaque GHM, leur décomposition par grands postes de dépenses en indiquant le volume des prestations intermédiaires consommées. Elle s'appuie sur des statistiques élaborées à partir de 500 000 séjours.

Suite à cette comparaison des GHM nationaux et des GHM de l'établissement, tant en coûts complets qu'en grands postes de dépenses, la Direction des hôpitaux a proposé une batterie de tableaux de bords « afin de repérer au sein de l'hôpital et d'analyser les dysfonctionnements mis en évidence par l'évaluation externe »⁵⁶³. Ces tableaux de bord contiennent le détail des coûts médicaux de l'établissement et leur comparaison à la base nationale, les coûts de structure et de logistique en fonction de l'activité pondérée, et les caractéristiques générales des séjours. Toutefois, la Direction des hôpitaux précise que « chaque établissement est invité à développer ses propres tableaux d'analyse en fonction des objectifs qu'il poursuit »⁵⁶⁴, ce qui est une forme de blanc-seing dans l'utilisation interne des points ISA produits par le PMSI⁵⁶⁵...

La comparaison de l'établissement à la base nationale est composée de trois indicateurs :

L'étude des coûts médicaux :

Le tableau ci-dessous présente des coûts moyens décomposés par nature de dépenses et rapportés à cent points d'activité (points ISA).

⁵⁶⁰ Nous avons développé par ailleurs une semblable analyse dans : VINOT, D., « De l'usage interne du PMSI : pertinence locale *versus* cohérence globale », *Working Paper*, GRAPHOS, UMR 5823, fév. 1998, 51 p.

⁵⁶¹ BEAU, E., « Analyse des écarts de dotation entre établissements — comparaison des coûts hospitaliers avec ceux de la base nationale des coûts », *La lettre d'Informations Hospitalières*, n° 23, déc. 1995- jan. 1996, pp. 1-7

⁵⁶² Groupes Homogènes de Malades correspondant à plus de 500 catégories de pathologies homogènes en coûts.

⁵⁶³ MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, DIRECTION DES HÔPITAUX, « Le PMSI, Analyse médico-économique de l'activité hospitalière », art. cit., p. 43.

⁵⁶⁴ *Id.*

⁵⁶⁵ Indice Synthétique d'Activité correspondant à la valeur en F. de la production unitaire d'un établissement.

Tableau 22 : Coûts moyens par nature de dépenses en points ISA

N°	Postes de dépenses	Unité	Hôpital	% Hôpital	Base nationale	% Base nationale	Différence %
1	Personnel médical	F / 100 pts	125,82	8,46%	81,22	6,01%	54,91%
2	Personnel soignant	F / 100 pts	375,23	25,23%	303,40	22,44%	23,68%
3	Autres personnels	F / 100 pts	92,65	6,23%	103,88	7,68%	-10,81%
4	Total salaires	F / 100 pts	593,70	39,92%	488,50	36,12%	21,54%
5	Consommabl. médicaux	F / 100 pts	99,55	6,69%	91,80	6,79%	8,44%
6	Amortiss. maintenance	F / 100 pts	43,76	2,94%	52,23	3,86%	-16,22%
7	Labo	F / 100 pts	77,23	5,19%	75,26	5,57%	2,62%
8	B Labo	F / 100 pts	52,45	3,53%	68,71	5,08%	-23,66%
9	radio	F / 100 pts	45,83	3,08%	43,40	3,21%	5,60%
10	ICR radio	ICR / 100 pts	0,60	0,04%	1,01	0,07%	-40,59%
11	bloc	F / 100 pts	136,62	9,19%	103,90	7,68%	31,49%
12	ICR bloc	ICR / 100 pts	2,48	0,17%	2,07	0,15%	19,81%
13	Anesthésie	F / 100 pts	66,84	4,49%	47,14	3,49%	41,79%
14	Expl. fonct.	F / 100 pts	18,03	1,21%	15,75	1,16%	14,48%
15	ICR exp. fonct.	F / 100 pts	0,30	0,02%	0,77	0,06%	-61,04%
16	radiothérapie	F / 100 pts	0,00	0,00%	0,04	0,00%	-100,00%
17	Dialyse	F / 100 pts	0,00	0,00%	0,38	0,03%	-100,00%
18	Actes extérieurs	F / 100 pts	11,40	0,77%	13,07	0,97%	-12,78%
19	Autres actes	F / 100 pts	42,40	2,85%	14,86	1,10%	185,33%
20	Total actes	F / 100 pts	398,35	26,79%	313,80	23,21%	26,94%
21	Logistique	F / 100 pts	296,24	19,92%	332,45	24,58%	-10,89%
22	Structure	F / 100 pts	55,60	3,74%	73,50	5,44%	-24,35%
23	Total dépenses	F / 100 pts	1487,21	100,00%	1352,28	100,00%	9,98%

Les dépenses de personnel n'incluent que le personnel médical et non médical des unités d'hospitalisation — le personnel médico-technique et logistique est inclus dans ces activités.

Notons que la rubrique 3 — autres personnels — inclut l'encadrement, l'entretien, le secrétariat, la kinésithérapie... dont une partie se trouve parfois affectée dans la rubrique logistique, faute de clé d'allocation suffisamment fine. En outre, un rapprochement direct des postes « Autres personnels » et « Logistique » est impossible, puisque cette dernière rubrique est construite par fonction et non par poste. Le poste 6 (amortissement maintenance) comptabilise les dépenses d'amortissement et de maintenance des matériels médicaux des unités d'hospitalisation et les dépenses de logistique médicale ventilées sur les services (stérilisation, information médicale, fonctionnement de la pharmacie...). Les rubriques 7 à 19 détaillent les dépenses et volumes d'actes médico-techniques, regroupées sur la ligne 20. Les dépenses de logistique et de structure sont présentées globalement, et font l'objet d'une présentation plus détaillée dans le tableau suivant.

Certains écueils dans la construction de ces tableaux de synthèse doivent être notés. La construction des dépenses de logistique et de structure repose sur les principes du coût complet par GHM, et le choix des clés de répartition risque de faire basculer une partie des dépenses de « personnels autres » des services d'hospitalisation vers le poste « logistique autre ». De même, une répartition erronée des temps de travail des médecins et soignants entre leurs activités peut conduire à des transferts de charge d'une unité à l'autre (unité d'hospitalisation, unité médico-technique, consultations).

Les dépenses de logistique et de structure :

Le tableau ci-dessous les détaille :

Tableau 23 : Dépenses de logistique et de structure

	Unité	Hôpital	Base	Différence %
Coût complet	100 pts	1487,21	1352,27	9,98%
Structure TOTAL	100 pts	55,60	73,50	-24,35%
Amos bâtiments	100 pts	8,84	21,79	-59,43%
Frais financiers	100 pts	34,84	29,48	18,18%
Maint. bâtiments	100 pts	11,92	22,24	-46,40%
Logistique TOTAL	100 pts	296,24	332,45	-10,89%
Blanchisserie	100 pts	21,28	19,80	7,47%
Restauration	100 pts	53,88	52,46	2,71%
Logist et admin°	100 pts	221,08	260,18	-15,03%

Le poste « structure total » reprend les dépenses d'amortissement des immeubles, les dépenses de location ou de crédit-bail sur la mise à disposition de bâtiments, les dépenses de frais financiers, assurance, impôts, les dépenses de maintenance des bâtiments. La logistique est composée de la blanchisserie, la restauration, l'administration générale. La structuration de ces charges indirectes montre le souci de construction de coût complet homogène, mais ne dit rien sur la pertinence des activités réalisées. En outre, la part importante du poste logistique et administration mériterait un niveau de détail plus affiné, et ne justifie pas le rapprochement avec la restauration et la blanchisserie, si ce n'est dans une préoccupation de constitution d'un coût complet, qui, *in fine*, ne signifie guère autre chose qu'une *tarification* plus sophistiquée que le prix de journée.

Les caractéristiques des séjours :

Le tableau ci-dessous reprend enfin quelques données sur les caractéristiques des séjours de l'établissement, comparées à celle de la base nationale, et permettant de rechercher des pistes d'analyse dans l'explication des écarts.

Tableau 24 : Caractéristiques des séjours

	Unité	Hôpital	Base	Différence %
Maint. Bâtiments	100 pts	11,92	22,24	-46,40%
Durée séjour	jours	7,12	5,93	20,07%
DS réa	jours	0,33	0,10	230,00%
-5 ans	%	6,10	8,18	- 2,08
+80 ans	%	16,60	12,83	3,77
E domicile	%	99,97	99,62	0,35
E mutation	%	0,03	0,38	- 0,35
S mutation hôp.	%	0,06	1,03	- 0,97
S mutation ext.	%	8,32	6,81	1,51
S domicile	%	87,53	89,31	- 1,78
S décès	%	4,1	2,84	1,26
Nbre UM fréquentées	UM	1,06	1,1	-3,64%
Passage SMUR	%	11,61	3,99	7,62
Passage Urgences	%	50,22	23,81	26,41
Passage réa	%	8,76	2,86	5,90

La distinction de l'âge des patients en trois catégories permet de prendre en compte des caractéristiques spécifiques de prise en charge chez les jeunes enfants ou chez les personnes âgées, qui spécifient le mode de recrutement de certains établissements.

La durée de séjour n'a un pouvoir explicatif que vis à vis des postes de dépenses ventilées à la journée, dont l'influence est notoire dans les unités d'hospitalisation, mais aussi dans les postes logistique et structure. Ce qui ne signifie pas pour autant que la réduction de la durée de séjour entraîne une réduction des postes de dépenses indirectes imputées sur cette durée de séjour...

Les modes d'entrée et de sortie des patients permettent dans une certaine mesure, de quantifier la capacité de l'établissement à travailler dans une filière de soins ou un réseau de prises en charge. Le nombre d'unités médicales fréquentées peut être un indicateur de spécialisation des services, mais aussi d'erreurs d'orientations, ou révéler l'existence d'un service tampon actif ou de l'utilisation massive de la réanimation. Cet indicateur ne peut donc pas servir de « signal d'alerte », mais révéler une spécificité de l'établissement dont la nature est très variée. De même, l'indicateur « Passages en urgences » peut revêtir une réalité très différente d'un établissement à l'autre. Dans certains établissements, les patients reçus en urgence vont directement dans la spécialité dont ils relèvent (cardiologie, obstétrique), dans d'autres, une certaine partie des admissions programmées transite par les urgences à certains moments de la journée ou de la semaine. Le nombre de passages SMUR est plus révélateur dans l'activité « urgence réelle » de l'établissement. La prise en compte de la réanimation dans le séjour d'un patient est fondamentale, compte tenu des coûts engendrés par ce service.

Des limites générales doivent être émises par rapport à la fiabilité et à l'utilité en interne de cette base.

Si les limites statistiques de la base ne sont pas à remettre en cause pour des GHM fréquents (du type GHM 540 : « accouchement par voie basse sans complication »), certaines catégories ont une valeur statistique très incertaine, l'échantillon étant constitué, au plus, d'une dizaine de cas. La base « nationale » n'est donc pas toujours significative.

Mais surtout, il n'y a pas d'articulation possible entre la base nationale et la base régionale utilisée dans l'allocation des budgets des établissements. En effet, les références nationales présentent le coût complet des séjours, alors que la valeur régionale du point ISA exclut les dépenses d'amortissement des bâtiments et les frais financiers. D'autre part, la valeur nationale est différente par construction de la valeur régionale du point, qui est calculée par le ratio (somme des budgets MCO)/(somme des points d'activité). Ainsi, les résultats des comparaisons menées à l'échelle régionale et ceux issus de la base nationale ne peuvent être conceptuellement rapprochés⁵⁶⁶. En conséquences, l'établissement peut ainsi se situer par rapport à la base nationale des coûts, mais non par rapport à l'offre de soins régionale, et un établissement surdoté dans sa région peut présenter une valeur de point d'activité inférieure à la valeur nationale du point... Dès lors, il est délicat d'utiliser cet outil à des fins stratégiques consistant à définir les activités pertinentes de l'établissement dans une région donnée.

Sur le fond, on notera l'intérêt et les limites de ce genre de démarche par le fait que toute évaluation, tout regard porté sur la structure passe par la moyenne. Or, il n'est pas dit qu'une équitable répartition des structures corresponde nécessairement et suffisamment à une répartition *moyenne* des ressources. Les spécificités des structures n'entrent pas en compte.

Dans le cadre du projet d'établissement, cet outil permet à l'établissement *d'ex-primer* sa singularité, et de justifier d'éventuels écarts par rapport à deux attitudes relativement simplistes, une surdotation exprimant la qualité des soins, une sous-dotation l'efficacité de la structure, ce qui n'est pas prouvé pour autant. Cette expression se manifeste dans une différenciation par groupes de malades déterminée par la structure de coûts de l'établissement. Elle ne peut donc que permettre une ébauche de pistes concernant la pertinence stratégique et organisationnelle de la prise en charge sans être considérée comme un outil de tri des GHM « hors norme », c'est-à-

⁵⁶⁶ ce qui évidemment, n'empêche pas des pratiques locales de rapprochement de ces données.

dire trop éloignés de la moyenne. Or, si certains GHM peuvent effectivement avoir une structure de coûts « anormalement » élevée ou déséquilibrée, cette différence peut être également cherchée comme une forme originale de prise en charge, dont la singularité peut être source de richesse : la perspective « par la moyenne » relève du contrôle *a posteriori* strict ; elle ne permet pas en tant que telle de favoriser la créativité et la recherche de modes originaux de prises en charge ; elle est un indicateur national, et non un référentiel. Sa finalité n'est pas « ajustable » au projet en construction de l'établissement.

1.3 LES FORMES DE DETOURNEMENTS INTERNES DE L'OUTIL PMSI

Avec la généralisation du dispositif PMSI dans l'allocation des budgets, les tentations sont grandes pour les directeurs d'établissements de *reproduire* le schéma d'allocation par points ISA en interne et de l'utiliser tant pour porter des diagnostics sur l'évolution des activités médicales, et donc du projet à venir, que pour piloter le déploiement du projet au quotidien dans le cadre d'un « contrôle de gestion médicalisé ».

Ces « tentations » peuvent être recherchées autour des marges de manœuvre et des justifications des activités des acteurs :

- le système budgétaire découpe traditionnellement la structure hospitalière en services de soins et services logistiques. Chaque service, identifié comme centre d'analyse, pourrait alors aisément être assimilé à un centre de profit (dans le sens où il est producteur de résumés unitaires médicaux... et donc indirectement de points ISA) ;

- au niveau des services médicaux, les chefs de services qui se voient contraints de procéder au recueil systématique de leur activité, veulent un retour de l'information saisie, dont la mécanique conduit à fournir des résultats en terme de points ISA et de coûts moyens par GHM. Quand le centre de responsabilité de base se trouve associé à la construction du système d'information, dont on connaît les conséquences pour l'allocation budgétaire, il est « normal » de penser à terme à une allocation par service ;

- au niveau de l'administration, et notamment de la direction, et dans le cadre d'une allocation stricte des enveloppes budgétaires, il s'agirait de justifier une restriction des ressources, ou, dans le meilleur des cas, une stabilisation de ces dernières. Sous ces conditions, il peut être tentant, et légitime en interne, de justifier la décision de restriction en « pistant » les *services* consommateurs de ressources ;

- l'usage interne du PMSI permettrait un pilotage apparent du projet d'établissement par les projets de service et réconcilie en apparence les approches médicales et gestionnaires en redistribuant la responsabilité budgétaire au niveau des chefs de service.

Nous proposons une analyse critique de deux expérimentations — Lille⁵⁶⁷ et Blois⁵⁶⁸. Ces dernières nous ont semblé intéressantes dans la mesure où les deux démarches présentées ont été cautionnées et soutenues par la mission PMSI du Ministère des affaires sanitaires et sociales, qui leur a décerné son prix du conseil scientifique. Ces deux établissements sont donc censés apporter des références dans l'utilisation interne du PMSI, et faire école. Ils représentent *une certaine manière* d'utilisation des formes de « bonnes pratiques » internes aux établissements, à partir du PMSI, qui, d'après nous, sont discutables.

⁵⁶⁷ DELABY, L. et MAHIEU, G., *Les budgets de service médicalisés, Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, Prix du Conseil Scientifique du PMSI 1995*, novembre 1995, 50 p. + Annexes.

⁵⁶⁸ EXPERT, P. et CHATON, P. (coord.), *Le PMSI en gestion interne, Rapport d'étude, Centre Hospitalier de Blois, Prix du Conseil Scientifique du PMSI 1996*, Blois, nov. 1996, 64 p. + Annexes.

1.3.1 L'expérience lilloise

Le Groupe hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) développe depuis 1990 un contrôle *budgétaire* sous forme de comptes d'exploitation de service. Cet établissement privé est intégré à la mission de service public hospitalier, et fonctionne donc dans le cadre du budget global. Il comprend 3 sites différents : le centre hospitalier Saint-Philibert (380 lits MCO), le centre hospitalier Saint-Vincent (176 lits MCO), et la maison médicale Saint Camille (61 lits de moyen séjour).

La mise en place d'une réflexion à partir du PMSI⁵⁶⁹ est venue du contrôleur de gestion, qui a constaté les limites du budget à base historique, qui ne tient pas compte des pathologies traitées et de l'évolution du recrutement des services. Elle correspond également à la création d'un contrôle de gestion commun aux structures. Ainsi, l'architecture par service est posée ici *ex ante* au déploiement du PMSI. Elle correspond au simple souci d'affiner la démarche budgétaire par service, et n'intègre donc qu'une facette de la gestion d'une organisation — la constitution et le suivi des budgets.

Le développement du contrôle de gestion à l'hôpital est inscrit dans le projet d'établissement et se trouve être le pivot du projet de gestion, dont l'objectif consistait à « moduler les budgets des services en fonction d'éléments médicalisés »⁵⁷⁰. Ce projet a été fortement soutenu pour ses « aspects transversaux ».

- La méthode retenue

La démarche retenue a le mérite d'être simple et explicite : elle consiste à reproduire la méthode utilisée sur le plan régional au niveau de l'établissement. Elle découle directement de celle qui est utilisée à l'échelle régionale, et qui est définie par la circulaire du 10 mai 1995⁵⁷¹.

On suppose donc, d'une certaine manière, que la structure de gestion de l'établissement peut correspondre à celle de la région, ou encore que le pilotage de l'établissement est semblable à celui de la région en matière sanitaire. Ce point de vue, qui peut sembler *a priori* délicat à tenir, se fonde cependant sur un souci légitime des dirigeants de l'établissement, qui consiste à piloter « en direct » par les indicateurs qui évaluent leur activité. Elle permet aussi une légitimation de la décision du corps administratif sur les services de soins, dirigés par des médecins, puisque l'utilisation des indicateurs est « objective », car externe à la structure. La méthode s'inscrit dans le cadre d'un financement de l'établissement sur la base du PMSI. Elle anticipe à ce titre la régulation régionale.

Cependant, pour « faire rentrer » le modèle dans une structure par service, les modifications suivantes ont été apportées :

- construction d'une comptabilité analytique par centres de responsabilités, et retraitements comptables sur la base de l'échelle nationale des coûts relatifs ;
- choix d'un mode d'allocation des points ISA des multi-séjours par centre de responsabilité, puisque la classification par GHM apprécie globalement l'activité médicale de court séjour ;
- traitement de la réanimation de manière spécifique, cette dernière étant extrêmement coûteuse, mais intégrée dans le PMSI aux autres séjours ;
- intégration des spécificités propres à chaque service dans son mode de recrutement, notamment par le biais des coefficients de variation des GHM ;

⁵⁶⁹ Nous n'avons pas jugé nécessaire de reprendre ici le détail du mécanisme de construction du PMSI et des points ISA, dont certains éléments sont présentés dans le chapitre 1, Seconde Sous Partie, Première Partie de ce travail.

⁵⁷⁰ DELABY, L. et MAHIEU, G., *Les budgets de service médicalisés, op. cit.*

⁵⁷¹ Circ. DH/DSS/95.23 du 10 mai 1995.

- réimputation des charges des services médico-techniques... par une tarification à lettre clé ou à ICR ;
- élimination de l'impact des charges « hors contrôle » des services (gestion générale), sachant que le PMSI raisonne sur la base de coûts complets.

- Structure de la comptabilité de gestion

La structure de la comptabilité de gestion reprend les règles d'affectation des charges par séjour définies dans le modèle du guide des retraitements comptables du ministère⁵⁷².

Les sections d'imputation sont constituées de sections principales, qui regroupent les centres de responsabilité MCO et soins externes, les sections auxiliaires regroupent les services logistiques. Les centres de responsabilité principaux recourent globalement la structure en services, par exemple :

- Soins intensifs, cardiologie et consultations associées,
 - Pneumologie et consultations associées,
 - Neurologie...,
- mais aussi :
- Hospitalisation de jour,
 - Réanimation⁵⁷³

Les sections auxiliaires touchent la logistique médicale (Pharmacie, stérilisation, DIM), la médico-technique (blocs par nature, explorations fonctionnelles, imagerie, anesthésiologie, laboratoires...), la section logistique hôtelière est découpée en deux centres — lingerie et cuisine, la section logistique autre regroupe l'accueil, l'économat, l'atelier, le service social, la direction générale, la comptabilité, le service du personnel.

Les sections hors champ non réintégrées sont la psychiatrie, la convalescence, les écoles, mais aussi les amortissements des immeubles, les frais financiers et les impôts.

Les règles d'affectation des charges sont classiques et consiste à réintégrer le maximum de charges dans les unités d'hospitalisation (charges directes, mais aussi charges hôtelières, dépenses médicales coûteuses, amortissement et entretien des matériels).

La production des services est calculée en points ISA pour l'hospitalisation, les consultations ou soins externes.

L'affectation diffère selon la nature de l'hospitalisation en terme de mono ou multi-séjour⁵⁷⁴.

Pour les mono-séjour, le calcul des points est celui retenu sur le plan régional. Les séjours d'hospitalisation de jour ont été valorisés à partir du GHM le plus représenté dans le service, pour cause de problème d'exhaustivité de certains services dans le suivi des RUM.

Le calcul ne pose pas de problème technique pour les mono-séjours en hospitalisation classique (médecine, chirurgie, obstétrique). La prise en considération de la réanimation comme section spécifique a nécessité des aménagements, puisque le PMSI régional l'intègre en service logistique, autrement dit, la réanimation n'a pas de GHM — et donc de production propre.

Le contrôle de gestion du centre hospitalier a donc élaboré, avec la collaboration de la mission PMSI du ministère une double échelle pour chaque GHM, selon que ce dernier effectuait un passage en réanimation ou non. La nouvelle échelle retenue revoie donc à la baisse le nombre de

⁵⁷² MINISTÈRE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (Direction des Hôpitaux), *Réforme des modalités d'allocation budgétaire — Guide des retraitements comptables*, Paris, jan. 1995.

⁵⁷³ CH St Philibert du GHICL. in DELABY, L. et MAHIEU, G., *op. cit.*, p. 13.

⁵⁷⁴ Un multi-séjour se caractérise par le passage d'un patient dans plusieurs services de soins au cours d'une même hospitalisation.

points par GHM sans réanimation, et à la hausse le nombre de points des GHM avec réanimation.

Les multi-séjours voient leurs points répartis au prorata des durées de séjour dans chaque service.

A titre d'illustration⁵⁷⁵, un séjour de 22 jours dans l'établissement correspondant au GHM 213 (Interventions majeures sur l'intestin grêle et le colon, > 69 ans) est coté 4 717 points ISA selon l'échelle officielle. L'échelle alternative de l'établissement propose 4 328 points sans réanimation, et 5 939 points avec passage en réanimation. Supposons que ce séjour se décompose de 15 jours en service de chirurgie digestive et 7 jours en service de pathologie digestive, correspondant chacun à deux centres de responsabilité.

- sans passage en réanimation, les 4 328 points se répartissent ainsi :

chirurgie digestive : $4\,328 * 15/22 = 2\,951$ points

pathologie digestive : $4\,328 * 7/22 = 1\,377$ points.

- avec passage de 2 jours en réanimation : 5 939 points

chirurgie digestive : $4\,328 * 15/24 = 2\,705$ points

réanimation : $4\,328 * 2/24 + (5939 - 4328) = 1\,972$ points

pathologie digestive : $4\,328 * 7/24 = 1\,262$ points

Ce simple exemple montre divers éléments :

- l'établissement *a intérêt à valoriser globalement les séjours intégrant une réanimation*, même passagère, ce qui lui fournit, dans le cadre de l'échelle alternative, un supplément non négligeable de points ISA.

- les services de soins hors réanimation *n'ont aucun intérêt à intégrer un séjour par la réanimation*, puisque cette dernière seule bénéficie du différentiel de points, mais ponctionne le service d'une partie de ses points, du fait d'une répartition de ces derniers en proportion de la durée de séjour totale.

- *les services de réanimation sont gagnants doublement*, en « récupérant » la totalité du surplus de points dégagés et le prorata de la durée de séjour. Or, il n'est pas prouvé qu'un malade issu de la réanimation soit moins lourd pour un service de soins, et justifierait ainsi pour ce service une allocation moindre de points.

Les décisions prises suite à la mise en place de cet outil dans la définition du projet d'établissement conduiront à favoriser le développement de la réanimation au niveau de l'établissement, et de permettre l'extension du service de réanimation. En revanche, on peut s'attendre au niveau des services de soins à voir se dessiner une orientation des prises en charges en mono-séjour, pouvant conduire à muter le patient issu de la réanimation dans le service voisin : ce dernier est plus lourd à prendre en charge et produit moins de points. On évoquera alors le manque de place ou de personnel pour accepter des patients issus de réanimation.

Cet outil illustre donc en quoi un même indicateur de gestion construit une injonction paradoxale au sein du projet d'établissement : il favorise globalement l'extension de la réanimation, mais la bloque localement. On peut dès lors s'attendre à ce que l'établissement intègre dans son projet un redimensionnement de son service de réanimation... couplé paradoxalement, à moyen terme, à une diminution du nombre de patients en réanimation.

- Les résultats produits : l'analyse des écarts

⁵⁷⁵ à partir d'éléments fournis par les auteurs de l'expérimentation et retraités par nous : DELABY, L. et MAHIEU, G., *op. cit.*, p. 27.

Le calcul de la production réelle de points ISA par service et de leur production théorique conduit à des interprétations des écarts par service en terme de sur ou sous consommation de ressources. En suivant la démarche donnée par le logiciel utilisé par les agences régionales de l'hospitalisation pour établir les comparaisons inter-établissements, le GHICL a décomposé la valeur du point en trois catégories, logistique, charges de personnel et charges variables.

A titre d'exemple⁵⁷⁶, le tableau ci-dessous présente le calcul de ces consommations pour trois services de soins, la cardiologie, la chirurgie digestive, et la réanimation :

Tableau 25 : Calcul des consommations pour trois services

					Détail charges variables		
		<i>Logistique gale</i>	<i>Ch. Personnel</i>	<i>Ch. variables</i>	<i>Charges méd et phar.</i>	<i>Charges médico-techniques</i>	<i>Charges hôt.</i>
Cardiologie	Production Pts	619 031	826 272	888 422	292 178	480 770	115 474
	Budget réel	6 701 693	12 808 100	13 336 026	4 533 000	7 348 759	1 454 267
	Budget théorique	6 087 057	12 063 206	13 661 700	4 349 834	7 795 926	1 515 940
	<i>Ecart (R-T)</i>	<i>614 636</i>	<i>744 894</i>	<i>- 325 674</i>	<i>183 166</i>	<i>- 447 167</i>	<i>- 61 673</i>
					Détail charges variables		
		<i>Logistique gale</i>	<i>Ch. Personnel</i>	<i>Ch. variables</i>	<i>Charges méd et phar.</i>	<i>Charges médico-techniques</i>	<i>Charges hôt.</i>
Chir. digestive	Production Pts	519 271	798 833	942 510	165 673	666 770	110 066
	Budget réel	5 382 641	9 906 700	15 248 082	3 363 000	10 235 087	1 649 996
	Budget théorique	5 106 096	11 662 611	14 723 441	2 466 484	10 812 011	1 444 946
	<i>Ecart (R-T)</i>	<i>276 545</i>	<i>- 1 755 911</i>	<i>524 641</i>	<i>896 516</i>	<i>- 576 924</i>	<i>205 050</i>
					Détail charges variables		
		<i>Logistique gale</i>	<i>Ch. Personnel</i>	<i>Ch. variables</i>	<i>Charges méd et phar.</i>	<i>Charges médico-techniques</i>	<i>Charges hôt.</i>
Réanimation	Production Pts	207 059	456 995	303 821	137 530	131 864	34 427
	Budget réel	3 238 573	7 805 332	4 958 809	2 342 000	2 055 203	561 606
	Budget théorique	2 036 055	6 671 919	4 637 689	2 047 502	2 138 233	451 954
	<i>Ecart (R-T)</i>	<i>1 202 518</i>	<i>1 133 413</i>	<i>321 120</i>	<i>294 498</i>	<i>- 83 030</i>	<i>109 652</i>

On notera que le système ne parvient pas à minimiser les charges fixes par rapport aux charges variables, ces dernières étant, en outre, partiellement contrôlables par les services (si on peut envisager une réduction de la consommation de médicaments, il est délicat de diminuer le nombre de repas servis...). Or, l'interprétation de la surdotation produite en charge de personnel est selon le contrôleur du GHICL la suivante : « le service de réanimation du CH St Philibert est actuellement doté de 7 lits. La taille même du service lui interdit d'amortir comme il se doit ses charges de personnel... Une extension dans un futur proche de sa capacité d'accueil à 12 lits

⁵⁷⁶ *Id.*, p. 35, adapté par nous.

devra intégrer cette notion afin de ne pas reproduire cette surconsommation ; les effectifs devront évoluer moins que proportionnellement. »⁵⁷⁷

Les interventions conséquentes à l'analyse des écarts peuvent se résumer en trois types de dispositifs :

- restructuration d'un service en terme de capacité d'accueil et effectifs ;
- redéploiement du personnel entre services ;
- révisions des objectifs d'activité à la hausse.

Cette démarche budgétaire est originale et novatrice par rapport aux démarches classiques de l'hôpital public dans le sens où elle décrit des objectifs d'activité par service. Ces objectifs sont décrits en points ISA... et s'inscrivent donc dans une logique de rentabilité de l'activité. La négociation ne porte pas sur un *nombre donné* de GHM à réaliser ou de malades à prendre en charge, mais bel et bien sur une *production globale* de points. Dès lors, une sélection des GHM les plus fournisseurs de points devrait s'opérer « naturellement » dans chaque service.

On voit alors émerger une finalité de l'outil qui dépasse le cadre des services : si l'outil peut être un instrument de repérage des surconsommations en interne, il permet surtout d'anticiper la négociation avec la tutelle, notamment dans le cadre d'une autorisation d'augmentation d'activité : si le service de réanimation du centre hospitalier est trop consommatrice de ressources, c'est parce que le service est trop petit... et travaille trop peu (en terme de génération de points ISA).

La question qui se pose alors est de savoir si ces trois éléments suffisent à étayer une pratique de management interne et une formulation claire des missions de l'établissement quant à la pertinence de son offre de soins dans son environnement sanitaire. L'approche se situe dans une perspective d'optimisation locale de l'outil, perspective opportuniste à court terme, sur laquelle tout jugement doit cependant être nuancé, puisque cette dernière peut être considérée comme la seule marge de manœuvre tangible de l'établissement.

- Analyse du cas : l'erreur conceptuelle structurante du dispositif de gestion de l'établissement

La construction de l'outil fonde son incohérence conceptuelle dans le processus retenu de ventilation des points ISA en fonction des natures de charges : la ventilation reprend la répartition nationale, correspondant à une moyenne liée à une expérimentation à grande échelle, et non à la situation locale du GHICL. Cette répartition des charges à partir de l'échelle nationale des coûts ne se justifie pas d'autant plus que le centre de responsabilité « réanimation » est traité non à partir de données normatives — inexistantes — mais réelles, spécifiques à l'établissement. L'analyse des structures calculées de charges par service conduit alors à une analyse non de la structure réelle du service, mais de la composition, à l'échelle nationale, du ou des GHM les plus fréquents dans le service... ce qui ne nécessite pas la mise en place d'un tel dispositif, l'échelle nationale des coûts l'intégrant par construction.

Mais surtout, la base de ventilation des charges par groupe homogène de malade sert de *cause* de répartition des charges par nature et par service, alors que, justement, ce même modèle de construction des GHM est une *conséquence* d'une observation nationale, et globale par grand type de pathologie. *Le processus par lequel ont été construits les GHM et leur valorisation en points ISA se trouve ainsi radicalement inversé : on explique ainsi la formation des coûts complets d'un service à partir de pondérations issues d'une moyenne nationale globale.* Autrement dit, la logique causale et agrégative retenue dans l'élaboration des GHM est inversée dans le processus de construction de ces « charges normatives ». En conséquence, l'analyse des écarts opérée par le contrôle de gestion n'est pas une analyse portant sur des écarts de

⁵⁷⁷ *Id.*, p. 38.

consommation de ressources, mais, consiste, au mieux, à comparer des différences de nature structurelle de charges...

Toutefois, cette mise en place de gestion budgétaire par service permet une première forme de connaissance médico-économique, certes imparfaite, mais nécessaire à l'implantation technique et conceptuelle d'un management par les processus. Elle facilite également une nécessaire collaboration entre contrôle de gestion, DIM⁵⁷⁸, et chefs de service. Enfin, elle permet de *montrer* la possibilité d'utilisation poussée du PMSI dans la formulation et la réalisation du projet d'établissement.

Il semble que pour comprendre les motivations des acteurs de l'expérimentation, il faille resituer l'établissement dans sa surdotation budgétaire au niveau de la région : l'outil construit est un outil de légitimation de certaines activités susceptibles d'être remises en cause par la tutelle, ces activités étant au cœur du dispositif du projet d'établissement. L'habileté des acteurs consiste alors à construire un outil à la fois universel... et sur mesure.

En effet, l'objectif initial était de reprendre la méthode déployée au niveau de chaque région, et définie par le ministère, pour la diffuser au sein des services de l'établissement. Toutefois, avec l'introduction d'une double échelle d'affectation (avec ou sans réanimation), le calcul des points ISA en interne se trouve être différent de celui calculé à l'échelle régionale, qui, par construction, minimise le poids de la réanimation. Pour le GHICL, on constate ainsi un écart en sa faveur de 100 000 points ISA, ce qui représente 0,5 % du total, mais aussi presque 1 500 000 F. Or, la double échelle ayant été construite avec l'aide de la mission PMSI du ministère, la tutelle régionale peut difficilement contester la légitimité de la méthode retenue.

Or, ce calcul interne, qui est construit sur la base de la comptabilité analytique de l'établissement, vise à valoriser l'activité de réanimation d'un des centres hospitaliers du GHICL, supérieure à la moyenne régionale. Le PMSI corrigé en interne redevient alors un instrument de négociation alternatif et légitime avec la tutelle, permettant de justifier des écarts importants de surdotations par rapport à la moyenne régionale. L'enjeu est pour l'établissement de valoriser son activité de réanimation, mais aussi, plus globalement, par l'application de la nouvelle échelle, de faire baisser la valeur de son point ISA moyen, critère de référence utilisé par la tutelle dans son évaluation inter-établissements, ce qui permet de valoriser d'autant plus sa « rentabilité ».

Avec le système ainsi mis en place, l'organisation gagne globalement à développer l'activité de réanimation puisque cette dernière lui fournit des points ISA supplémentaires face à l'échelle régionale des coûts. Elle lui donne également une technique tangible, mesurable, connue des tutelles, et légitime car préparée en collaboration avec le ministère. Elle permet également à l'établissement de se positionner en leader et « bon élève » à l'échelle nationale, par cette expérimentation. Mais elle permet aussi aux médecins porteurs du projet, sinon de valoriser commodément leur activité propre, au moins de valoriser leur spécialité, ce qui n'est pas moindre dans un système où la logique professionnelle est prégnante : deux des cinq participants à l'expérimentation sont certes rattachés au département d'information médicale (DIM), mais sont aussi anesthésistes-réanimateurs à mi-temps, et donc juges et parties dans la construction de la structure du système comptable. Enfin, le système permet également au contrôleur de gestion d'avoir une *mesure* de la production des services, qui, par son statut de chiffre officiel suffit à lui donner une dimension pertinente et crédible à ses yeux.

Ainsi, le détournement interne de l'outil PMSI, s'il se fonde sur une erreur conceptuelle, est paradoxalement structurant pour la réorganisation des services et de leurs activités. Toutefois, cette perspective instrumentale ne nous semble pas adaptée à un pilotage à long terme articulant sereinement projet d'établissement et outils de gestion. Elle sert la finalité d'acteurs spécifiques dans l'organisation sans permettre la construction et la consolidation d'une finalité organisationnelle propre, et conduit donc, *in fine* à une impasse à moyen terme à la fois dans la définition et dans le déploiement du projet d'établissement.

⁵⁷⁸ Département d'Information Médicale, dirigé obligatoirement par un médecin.

Le cas suivant s'intéresse plus spécifiquement aux impacts de l'outil sur les modes d'organisation des services.

1.3.2 L'expérience du Centre Hospitalier de Blois

A la suite du Groupe hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), le Centre hospitalier de Blois (CHB) a également été primé en 1996 par la mission PMSI du Ministère chargé des affaires sanitaires et sociales⁵⁷⁹. L'appropriation interne de la méthode par le CHB est donc tout aussi reconnue officiellement que l'expérience précédente. La méthode développée repose sur le déploiement du PMSI pour l'élaboration des budgets de service et découle du projet de gestion défini dans le projet d'établissement.

Le Centre hospitalier de Blois est un établissement public de 1 434 lits, dont 440 en MCO, 125 en moyen séjour, 275 en soins de longue durée, 468 en maison de retraite/cure médicale, et 126 en psychiatrie. L'établissement produit en 1995 22 millions de points ISA, ce qui représente une valeur du point à 12,56 F. La valeur régionale du point est de 14,74 F (13,96 F après abattement). L'exhaustivité du PMSI est de 100 %, le taux de recodage des dossiers est de 5 %, ce qui signifie que l'information de base est solide.

Cette expérimentation diffère de la précédente, notamment dans le processus argumentaire de mise en place du PMSI en interne. Il n'y a pas ici d'instrumentation sophistiquée de l'outil, son adaptation est réalisée « à brut », comme si les acteurs de l'établissement n'exprimaient plus le besoin de justifier le déploiement interne de l'outil, qui devient « naturel », intégré au dispositif. Ainsi, si d'un point de vue scientifique, le dispositif est encore moins solide conceptuellement que le précédent, il est du point de vue des gestionnaires un outil de management dont l'utilité est indéniable. Le dépassement du paradoxe de l'outil n'est pas à rechercher dans la cohérence globale de son utilisation, mais dans sa pertinence locale, contextualisée. C'est ce que nous souhaitons illustrer dans les lignes qui suivent.

- L'argumentaire gestionnaire : les objectifs affichés de l'expérimentation

Pour les gestionnaires de l'établissement, il importe que le PMSI puisse être utilisable par les acteurs internes à l'établissement, et notamment les chefs de service. Leur intérêt porté sur le déploiement interne de l'outil s'inscrit clairement dans un souci de justification de l'activité vis à vis des tutelles : « en sa forme actuelle, le PMSI est d'ores et déjà utilisable. Or, si nos interlocuteurs tutélaires sont prêts à recourir concrètement à cet outil, force est de constater qu'à l'exception de quelques initiés, les agents hospitaliers — futurs cocontractants- n'en ont qu'une vision imparfaite. Il ne paraissait donc pas souhaitable de laisser se développer deux niveaux d'utilisation et de connaissance de cet outil : optimal pour les autorités de tutelle et minimal pour nos partenaires internes... Enfin, puisqu'il s'agit d'associer effectivement les médecins, les cadres infirmiers et leurs équipes aux conséquences du PMSI, une autre condition de succès suppose que ces personnels y découvrent un intérêt réel. On pense alors, assez naturellement à tirer du PMSI des renseignements pour améliorer l'efficacité et l'organisation des services ou encore pour assurer un suivi plus précis de la qualité. »⁵⁸⁰ La démarche réalisée de la part du CH de Blois est d'autant plus intéressante que celui-ci est dans une position avantageuse au niveau

⁵⁷⁹ EXPERT, P. et CHATON, P. (coord.), *Le PMSI en gestion interne, op. cit.*

⁵⁸⁰ *Id.*, p. 1.

de la région, avec une valorisation du point ISA favorable. C'est donc plus un défaut de pilotage du projet que l'absence de vision prospective qui se trouve illustré ici.

Les objectifs définis dans le cadre de l'étude ont été définis par la Direction des systèmes d'information et de l'organisation et consistent à « confirmer la pertinence du PMSI au plan interne », à « arrêter une méthodologie pour l'affectation de l'activité et la détermination des moyens », à « mettre en œuvre de « véritables » budgets de service », à « associer les équipes soignantes à la gestion » dans une perspective contractuelle, à « mettre en évidence des indicateurs issus du PMSI », notamment des indicateurs qualité, et enfin à optimiser la qualité et les délais de transmission des RUM⁵⁸¹.

- Quelle forme de légitimité pour la démarche ?

La légitimité de la démarche repose directement sur l'appui de la mission PMSI du ministère. L'hôpital de Blois représente ainsi à la mission PMSI la Conférence nationale des Directeurs non CHU. Techniquement, les principes méthodologiques sont puisés dans le *guide de retraitement comptable* du compte administratif, la *Lettre d'informations hospitalières* de la Direction des Hôpitaux, et les réflexions de la mission PMSI à laquelle participe le centre hospitalier de Blois.

La démarche a été légitimée en interne par deux dispositifs majeurs :

- une diffusion de l'outil par les services volontaires, avec deux années de simulation ;
- un intéressement collectif.

Le directeur de l'expérimentation est le directeur des systèmes d'information, de l'organisation, et du contrôle de gestion, il est assisté du médecin DIM pour les données issues du PMSI. Trois services cliniques ont été retenus pour la construction du budget de service sur la base du PMSI : chirurgie viscérale (Chef de service, praticien et cadre infirmier), chirurgie orthopédique (Chef de service, praticien et cadre infirmier), et pneumologie (Chef de service, deux praticiens, cadre infirmier).

Ainsi, si le projet est confié au contrôleur de gestion, ce sont les équipes médico-soignantes qui seront responsables du déploiement de la méthode.

La réanimation est assimilée à un prestataire de service. La répartition des points ISA des multi-séjours se fait sur la base de la durée moyenne de séjour pondérée d'un indice économique. Les dépenses sont présentées par groupe pour les dépenses directes et par prestation pour les dépenses indirectes. Les prestations sont alors imputées en fonction des unités d'hospitalisation en fonction du volume de la demande. Deux valeurs locales du point ISA sont alors calculées. Une première valeur est destinée à financer les dépenses directes (dépenses directes MCO/points ISA MCO) et une valeur destinée à financer les dépenses totales (dépenses totales MCO/points ISA MCO).

Les recettes des services d'hospitalisation proviennent de la valorisation des points ISA dans ces mêmes services en mono-séjour, ou du pourcentage de points ISA calculé au prorata de la durée de séjour en cas de multi-séjours. Quand le séjour enregistre un passage en réanimation, la totalité des points est affectée à l'unité de soins, puisque la réanimation est considérée comme prestataire de services. En outre, les points liés aux consultations externes sont affectés aux services correspondants.

Les recettes des services prestataires proviennent des points ISA déclarés et réalisés en externe (bloc, anesthésie, radiologie, laboratoires, Echodopplers, urgences, rééducation) ou en mono-séjour (réanimation), mais également des services hors PMSI (long séjour, psychiatrie, à la hauteur des prestations demandées), ou encore de produits d'opérations réalisées pour le compte d'autres collectivités.

⁵⁸¹ *Id.*, pp. 5-7.

Les dépenses sont découpées en charges directes et indirectes. Les dépenses directes sont découpées par groupes (personnel, dépenses médicales, dépenses hôtelières, dépenses de structure) inspirés du guide de retraitement comptable du ministère.

Les dépenses indirectes constatées, supérieures aux dépenses directes des services, posent problème dans cette démarche de budgétisation par services. Le contrôleur de gestion a alors effectué les opérations comptables suivantes :

- isolation des charges directes des services prestataires. Les dépenses indirectes de ces derniers sont imputées directement aux services de soins ;
- déduction des charges directes des recettes des services prestataires ;
- répartition de la totalité des charges nettes des services prestataires en fonction de l'activité de chaque service d'hospitalisation, ce qui signifie le rejet d'un tarif unique par unité d'œuvre, justifié par l'instabilité de la demande des services cliniques, mais qui serait pourtant en cohérence avec la logique de contractualisation interne développée.

- Les résultats obtenus : La constitution de tableaux de bord médico-économiques

Le temps de réalisation des tableaux de bord est de 3 à 5 mois.

Ils font l'objet de commentaires et d'échanges entre le contrôleur de gestion et les services et se présentent ainsi :

Tableau 26 : Tableau de bord de service

Dépenses engagées		Recettes potentielles		Mesure des écarts Dép./recettes		Indicateurs					
		Nb Pts ISA	620 857	en % en valeur		Type	Cible	Constaté	Rapport		
A/ Directes		Valeur du Point : 8,92 F		Valeur du point 8,42 F							
Personnel (Gpe I)	1 825 694 F	G I	1 697 513 F	Dépassement	-7,02%	-	128 181 F	Ecart DMS/Base nationale	0 j	0,73j	
Dépenses médicales (Gpe II)	138 287 F	G II	411 439 F	Marge	197,52%		273 151 F	Infec° noso	1%		
Dép. Hôtelières (Gpe III)	9 052 F	G III	19 448 F	Marge	114,84%		10 395 F	Hospi itérative	-	13%	
Autres (Gpes IV)	- F	G IV	- F	Marge	0%		- F	Densité moy. GHM			
		Prestations externes	- F								
Total dépenses directes	1 973 034 F	Sous total	2 128 400 F	Marge	7,87%		155 366 F	Pts ISA mono		458 901	75,44%
								Pts ISA multi hors réa		63 355	10,42%
B/ Indirectes	% MCO							Pts ISA avec réa		86 046	14,15%
1/ Bloc (UF 1660)	853 303 F	26,94	736 697 F	Dépassement	-13,67%	-	116 606 F	Pts ISA CS		12 555	
2/ Anesthésie (UF 1620)	242 321 F	24,66	213 366 F	Dépassement	-11,95%	-	28 955 F	Total ISA hospi		608 302	
3/ Radiologie (UF 1600 et 1601)	216 138 F	13,54	261 413 F	Marge	20,95%		45 275 F	Nb séjours		492	
4/ Labo bio+bacter (UF 1650)	92 714 F	5,36	142 222 F	Marge	53,40%		49 508 F	Pts ISA /séjour		1 236	
5/ Labo anapath (UF 1651)	138 103 F	42,38	115 261 F	Dépassement	-16,54%	-	22 842 F	Ecart âge/base nationale	0 an	2,56 ans	
6/ Réa + SAS (UF 1110 & 1111)	1 544 243 F	56,01	1 170 879 F	Dépassement	-24,18%	-	373 364 F				
7/ CS externes	124 337 F	0	105 738 F	Dépassement	-14,96%	-	18 599 F				
8/ EEG Doppler (UF 1610)	6 721 F	5,18	8 716 F	Marge	29,69%		1 995 F				
9/ Urgences (UF 2110)	89 718 F	4,97	74 338 F	Dépassement	-17,14%	-	15 380 F				
10/ SAMU (UF 1671)	27 168 F	5,21	13 062 F	Dépassement	-51,92%	-	14 106 F				
11/ SMUR (UF 1670)	6 725 F	5,21	3 433 F	Dépassement	-48,95%	-	3 292 F				
12/ Rééducation (UF 550)	56 907 F	10,68	48 450 F	Dépassement	-14,86%	-	8 456 F				
13/ Blanchisserie (UF 130 et 140)	96 273 F	6,87	70 208 F	Dépassement	-27,07%	-	26 065 F				
14/ Pharmacie (UF 920 à 925)	- 3 719 F	7,08	68 946 F	Marge	0%		72 665 F				
15/ Stérilisation (UF 230)	74 362 F	11,48	67 744 F	Dépassement	-8,90%	-	6 619 F				
Total dépenses indirectes	3 565 314 F		3 100 474 F	Dépassement	-13,04%	-	464 840 F				
Total dépenses	5 538 348 F		5 228 874 F	Sur doté	-5,59%	-	309 474 F				

Ce tableau de bord, à la forme plus sophistiquée que le précédent, se fonde pourtant sur des répartitions de charges plus grossières : la même erreur conceptuelle qu'au GIHCL, fondée sur la ventilation interne des points ISA est réitérée, mais surtout, le mode de calcul des charges indirectes laisse croire aux services qu'ils maîtrisent leurs dépenses. Enfin, la construction du

tableau illustre une gestion « par la moyenne », intégrant une analyse des écarts budgétaires et sanitaires, qui en soit, ne serait pas problématique si elle était considérée comme un moyen de pilotage parmi d'autre.

Or, cette analyse est la finalité même du dispositif gestionnaire. Les objectifs définis dans l'étude s'inscrivent dans une logique d'utilisation interne maximale (assimilée à optimale) de l'outil, dans le sens où, comme l'outil est consommateur de moyens (humains, informatiques, savoirs), il s'agit d'associer ses résultats à un maximum de perspectives. Le déploiement interne du PMSI dans la structure pose *a priori* l'idée de la pertinence du PMSI. Aucune étude de cohérence interne ou externe de l'outil n'est réalisée : la perspective des gestionnaires est dans le cas présent strictement instrumentale. On comprendra alors que le souci des auteurs de l'étude soit un souci de conformité au modèle : l'*optimisation* recherchée portera donc sur celle des données de base, et non sur le mode de fonctionnement de l'outil lui-même. Les indicateurs fournis par le PMSI sont des conditions suffisantes de détermination d'indicateurs qualité. Sera donc pour l'établissement un *indicateur* qualité une *information* présentée comme telle par le ministère.

- Analyse du cas : l'erreur conceptuelle structurante des équipes de base

Un des objectifs sous-jacents à l'étude consistait à éprouver l'impact du PMSI sur le terrain, plus qu'à tester la cohérence du système appliqué dans un établissement. Ainsi, pour les porteurs de l'étude, les « réalités refoulées » ont été révélées par l'analyse de l'activité et des conditions d'une démarche qualité. Les conséquences et réponses présentées dans l'étude sont essentiellement d'ordre managérial, et présentent un intérêt par le fait qu'elles sont différentes de celles qui sont habituellement retenues.

La première réponse réside dans la marge de manœuvre des services d'hospitalisation. Avec l'assimilation des charges indirectes en prestations de services, le ratio des charges directes de personnel sur le total des charges (directes et indirectes) passe de 70 % à 43 %, ce qui donne l'illusion aux services de maîtriser leur budget de façon plus conséquente. Mais l'illusion devient *réalité* quand, effectivement, on constate un changement de leurs habitudes de consommation à partir de cette sensibilisation, comme si le simple fait de se sentir maître de son budget conduisait les soignants et les médecins à réviser leur comportement, notamment en prescriptions d'exams. Il s'agit donc de *limiter* artificiellement les charges indirectes, c'est-à-dire « d'optimiser » le recours aux services prestataires. Ainsi, un simple artifice de calcul dans la présentation des charges indirectes a suffi, dans cette expérimentation, à modifier le comportement des acteurs des services qui ont ajusté leur demande interne. Toutefois, rien n'est dit sur l'optimisation même des services prestataires... Il semble en effet que le problème se soit décalé sur un champ où le pont entre activité et budget ne puisse être clairement établi. De plus, cette « optimisation » a permis des ajustements à court terme dans les pratiques des services mais ne permet pas d'envisager un dispositif de pilotage articulé sur des objectifs d'activité, et encore moins sur la déclinaison du projet d'établissement.

La deuxième réponse touche à l'organisation des activités. Les indicateurs « DMS/GHM » comparés à la base nationale et « Points ISA en multi-unités » ont conduit à une nouvelle organisation des services. Ainsi, le constat des écarts entre durée de séjour de l'établissement et durée de séjour nationale du GHM déplace un problème de répartition de lits dans un service vers un questionnement des modalités d'admission des malades vers des services de soins de suite ou de moyen séjour. Les auteurs ont pu constater alors une non anticipation des demandes de la part des services d'hospitalisation vers le moyen séjour, une information insuffisante des familles, la méconnaissance des capacités d'accueil des services d'hébergement de long et moyen séjour. Ainsi, la possibilité d'une prise en charge anticipée est devenue d'actualité dans le contexte de la complémentarité des structures d'accueil. Le multi-séjours hors réanimation a été reconsidéré au vu de l'érosion de la production de points ISA qu'il procure : un malade hospitalisé en multi-séjours « rapporte » moins de points ISA qu'une double hospitalisation. En conséquence, dans le cas des multi-séjours, l'hospitalisation de semaine a été préconisée, ce qui

permet au patient d'être dans sa famille le week-end, mais également au service de s'organiser et de planifier son activité, à l'établissement de produire plus de points ISA... Mais outre ces cas relativement marginaux, il est apparu que face à cette pénalisation globale des services par le « faux multi-séjour », il était préférable que les médecins se déplacent au chevet des patients plutôt que de procéder à des mutations internes. En échange, les actes réalisés par les praticiens hors de leur service leur restent imputés.

La troisième réponse découle de la deuxième. Elle touche à l'organisation générale de l'hôpital et influence directement le projet d'établissement dans sa déclinaison organisationnelle. Le regroupement de deux ou trois services en un département a ainsi été suggéré. Les départements seraient constitués sur la base d'une cohérence dans la filière de prise en charge (cœur-poumon, gastro-entérologie, chirurgie viscérale). Alors que cette orientation voulue par le législateur dans la loi de 1991 était restée lettre morte, l'internalisation du PMSI permet de rendre crédible cette perspective. L'analyse des charges indirectes, liées aux prestataires de service, a montré que ces dernières représentaient près de la moitié des charges totale du service de soins. Leur montant important a donc conduit les médecins des services à s'interroger sur la pertinence de leurs demandes de prestations. Ainsi, le programme opératoire a changé, en permettant une prise en charge précoce de malades qui peuvent réintégrer dès la mi journée les services de soins, au lieu de passer une nuit en réanimation. La sous utilisation des lits d'un service de chirurgie a conduit les anesthésistes à monter des lits postopératoires dans le service même, plutôt que d'activer la réanimation. Enfin, l'extension des heures de fonctionnement de la salle de réveil est envisagée. En outre, pour ce qui concerne les examens, ces derniers deviennent systématiquement prescrits en consultations externes ou auprès d'un cabinet proche de l'habitation du patient avant son admission dans le cas d'interventions programmées. L'établissement décharge ainsi une partie de ses frais sur les activités ou structures hors PMSI, fait baisser sa DMS tout en conservant sa production de points ISA. Notons que cette perspective est conduite dans l'amélioration de la prise en charge organisationnelle du patient.

Enfin, la quatrième réponse s'appuie sur une démarche qualité construite sur des indicateurs médico-économiques et sur une démarche de relations clients fournisseurs établie entre prescripteurs (services de soins) et prestataires. Les indicateurs utilisés sont tirés du PMSI, et consistent à calculer une DMS par GHM, l'âge moyen des patients du service, etc. La nature de ces indicateurs ne change pas en tant que telle, mais c'est le niveau d'agrégat des indicateurs qui diffère : la durée moyenne de séjour n'est plus calculée sur l'ensemble d'un service, mais par GHM. La démarche client fournisseur se traduit essentiellement par une contractualisation entre services de soins et prestataires. La facturation des prestations a conduit rapidement les prescripteurs à négocier un niveau quantitatif et qualitatif de prescription. Ainsi, l'utilisation interne du PMSI s'inscrit clairement dans cet exemple comme un outil favorisant la négociation entre services. Mais surtout, le contrôle effectif exercé sur les services prestataires n'est plus effectué par les services de gestion, mais par les services cliniques eux-mêmes.

Au niveau de l'ensemble de l'établissement, le déploiement interne du PMSI dans les services a donc conduit un changement des pratiques vis à vis de l'outil et vis à vis de l'organisation des prises en charge. Mais son utilisation interne a eu également des conséquences sur l'organisation de l'équipe de direction. L'émergence de nouveaux centres de responsabilité par service de soins ou département a conduit cette équipe de direction à se repositionner : favoriser le rapprochement des services, mais aussi jouer un rôle d'arbitre permettant d'assurer la compatibilité des intérêts, ce qui signifie que cette dernière sera elle-même évaluée sur sa capacité à être sur le terrain.

1.4 L'OUTIL DE GESTION A L'HOPITAL, ENTRE PARTAGE ET CONVERGENCES DES FINALITES

Les cas présentés ci-dessus montrent donc que l'outil, dans ses contournements et ses appropriations multiples, malgré les incohérences d'ensemble relevées, a été structurant pour

l'établissement. Il a notamment permis l'instauration d'un espace de négociation des budgets à partir d'une appréhension de l'activité des services. L'intérêt majeur de l'utilisation interne du PMSI réside ici dans des finalités multiples qui se retrouvent en interaction par un objet suffisamment « neutre » pour servir la discussion.

Une dimension essentielle qui a justifié la mise en place du PMSI est la possibilité pour les établissements de soins de confronter leurs performances mutuelles à partir d'une référence externe. Toutefois, dans ce cadre, l'hôpital ne peut être encore, à ce stade, considéré comme une entité ayant sa finalité propre dans la prise de décision et on note une divergence en nature et en intensité dans la capacité et la volonté des acteurs à se saisir du PMSI.

Cet outil joue donc un rôle déterminant dans la construction et l'instrumentalisation du projet d'établissement, tant en interne que dans les relations avec les tutelles.

Si la perspective du gestionnaire sera de justifier auprès des tutelles les moyens qui lui sont alloués, cette perspective se couple également à une démarche interne, visant à décliner les outils de mesure dans les unités de soins et les unités médico-techniques là encore autour de deux finalités. La première est celle d'appliquer le PMSI en interne et de jouer le rôle du contrôleur de gestion. Ses préoccupations visent alors essentiellement à optimiser le système d'information médico-économique tel qu'il est conçu. La seconde est d'inscrire dans le jeu discursif et de négociation des budgets la relativité de la pertinence de l'outil. Les dispositifs internes mis en place consisteront alors à intégrer des indicateurs de remise en cause de la mesure de l'activité par le PMSI, et pourront aller jusqu'à proposer des méthodes de mesure alternatives. Le rôle des professionnels face à ces deux perspectives s'inscrit dans un jeu ambivalent. Dans le premier cas, le professionnel peut se saisir du PMSI comme opportunité, partant du principe que la maîtrise du système d'information conduit au moins partiellement à contrôler le système lui-même. Dans le second, il peut contester la légitimité des chiffres produits sur le fait qu'ils ne sont pas représentatifs de son activité. Mais cette attitude est de plus en plus minoritaire au sein des hôpitaux.

Le rôle des Départements d'Information Médicale n'a pas été négligeable dans ce sens. Le médecin à la tête de la mise en place des premières structures se trouve être la plupart du temps un praticien, issu de la structure elle-même et connaissant bien le « métier » de l'hôpital. Le pouvoir de négociation, tant en interne qu'en externe se trouve alors accru. Le département d'information médicale, dirigé exclusivement par un médecin spécialement formé a été l'illustration d'une construction habile de l'institutionnalisation du PMSI dans la structure hospitalière. Habile, parce qu'originale, à l'articulation du personnel soignant et de l'administration, mais aussi parce qu'elle a introduit des rudiments de pratiques gestionnaires dans la prise en charge médicale du malade. Et pourtant, ce rôle apparemment privilégié du médecin DIM fut paradoxal. Investi par des praticiens en quête de légitimité, il privilégiera dans un premier temps le corps professionnel des médecins. Mais constructeur de l'information médico-économique, il se trouve à la charnière du secret médical et de la transmission de l'information auprès des tutelles... dont dépend l'allocation des ressources et le développement de l'établissement.

Signe de l'appropriation de l'outil et de sa généralisation, on constate aujourd'hui un changement de profil dans la direction des DIM des établissements. Le poste nécessite désormais une occupation à plein temps. Des médecins de profil de santé publique, avec une formation en statistique semblent s'emparer du poste. Ainsi, d'une compétence d'expertise face à l'outil, qui impliquait un nécessaire recul dans sa mise en place et son suivi, la spécification du poste conduit à une orientation plus technicienne des DIM, qui, s'ils maîtrisent l'outil dans sa forme, risquent de ne plus être ancrés à la réalité du praticien. Dès lors, l'outil PMSI et sa plus-value au sein de l'organisation risque aujourd'hui d'être noyée dans un processus de diffusion générale de l'outil sans prendre la mesure des limites de son applicabilité. Son grand mérite est toutefois d'avoir montré aux professionnels la possibilité d'un pilotage et d'une gestion autour de la production hospitalière, et non plus à partir des seules ressources.

Au point où nous en sommes, nous pouvons constater la possibilité de construire des outils médico-gestionnaires articulés sur les activités des services, et que ces outils sont structurants dans les modes d'organisation de l'entité hospitalière. Dans le cadre de leurs limites propres, ils permettent également aux parties prenantes de l'organisation de trouver un certain accord dans la négociation des budgets et dans l'évaluation économique des activités des services. Il reste à passer du partage des finalités à une construction d'une finalité propre à l'organisation instrumentalisable au sein des unités de soins.

Cette finalité propre se construit par le projet d'établissement. Elle est instrumentalisable par les outils en place, dans un cadre renouvelé de l'action.

Nous montrerons dans la section suivante les possibilités d'instrumentations gestionnaires du projet de l'établissement par les outils de gestion, mais aussi les difficultés auxquelles elles peuvent se heurter.

2. VERS UN SYSTEME D'INFORMATION GESTIONNAIRE PAR LE PROJET : LE CAS DE LA CLINIQUE DE LA SOURCE

L'idée de reprendre les données issues du PMSI dans le cadre d'un accompagnement du projet d'établissement n'est pas neuve. Certains établissements l'ont pratiquée dès le début des années 1990, comme, par exemple, l'hôpital PSPH Saint-Camille à Bry sur Marne⁵⁸². Ce dernier avait déjà envisagé de regrouper les GHM autour des métiers forts de l'organisation.

T. Mulsant⁵⁸³ a proposé une approche fortement instrumentalisée en concevant une méthodologie gestionnaire de contrôle de gestion du projet d'établissement à partir d'indicateurs. Toutefois, si cette dernière fourmille d'idées et de recommandations intéressantes, elle reste instrumentale sans garde-fous, présentant une mise en place de la méthode en six étapes sans pour autant présenter les limites de l'approche, trop universaliste pour être, comme elle s'en réclame, opérationnelle.

Le pilotage du projet d'établissement suppose selon nous de disposer d'informations de nature :

- pertinente pour chaque destinataire à différents niveaux hiérarchiques (exécution, encadrement, médecins, direction) et dans chaque secteur (médical, médico-technique, logistique, administratif) ;
- opérationnelle et non strictement descriptives, susceptibles de favoriser les démarches d'évaluation ;
- intégrant des données d'origines diverses (économiques, physiques, médicales, qualitatives) ;
- finalisées sur les points critiques dans les processus de prise en charge des patients ;
- évolutive en fonction de l'état d'avancée du projet.

Après avoir présenté des points de méthodologie consistant à exploiter les informations construites avec précaution, nous décrirons le cas du système d'information de la clinique de la Source, qui a été conçu par et pour le pilotage du projet d'établissement. Nous en verrons enfin les limites.

⁵⁸² MOUNIC, V., DISCAZEAX, B., BRUNET, G., POUVOURVILLE (de), G., NAIDITCH, M., « Le PMSI, un outil pour le projet médical d'établissement, l'expérience de l'hôpital Saint Camille » *Gestions Hospitalières*, n° 312, jan. 1992, pp. 60-69.

⁵⁸³ MULSANT, T., *Le projet d'entreprise à l'hôpital, mode d'emploi*, Paris, Berger Levrault, 1991, 144 p.

2.1 ÉLÉMENTS DE METHODOLOGIE

Les cas présentés ci-dessus doivent à la fois nous encourager à exploiter les données brutes du PMSI pour la définition et le pilotage du projet d'établissement, tout en conservant une extrême prudence sur l'exploitation des données. Car si l'utilisation des données issues du PMSI pour analyser l'activité médicale d'un établissement est tout à fait nécessaire dans le cadre de la construction de son projet d'établissement, et notamment de son projet médical, mais également dans le suivi de sa réalisation et dans son évaluation, ce dernier est une source riche et dangereuse d'indicateurs d'activité de l'établissement.

Deux questions se posent alors :

- le PMSI permet-il une mesure pertinente de l'activité médicale en tant que tel, et sinon, quels correctifs doivent être réalisés pour le modéliser en interne⁵⁸⁴ ;
- quelle est la pertinence des informations collectées pour la définition de choix médicaux stratégiques, mais aussi pour assurer le pilotage de la structure, au niveau de la gestion de la production de soins ?

Si l'objectif initial du PMSI n'était pas de décrire l'activité médicale, mais de disposer d'un outil médicalisé permettant l'allocation de ressources des établissements, l'enjeu est évidemment, *in fine*, strictement budgétaire pour les établissements de soins. Il n'intéresse alors le projet que dans le cadre d'une instrumentalisation restreinte au suivi d'un budget.

Cependant, même si les résultats définitifs produits pour la tutelle ne semblent pas exploitables en l'état pour l'établissement, les données collectées dans le cadre des résumés de sortie standardisées sont tout à fait précieuses dans leur exhaustivité.

C'est donc plus la consolidation des données en groupes homogènes de malades et catégories majeures de diagnostics que les données proprement dites qui sont critiquables dans ce genre d'approche à visée interne. En effet, l'homogénéité de ces catégories est une homogénéité en matière de consommation de ressources, élaborée sur des bases statistiques, et non sur une homogénéité en familles de prises en charge (par exemple, de le cadre d'un pôle mère enfant ou des pathologies du vieillard) ou en terme de processus de soins. Autrement dit, les informations produites ne sont pertinentes ni pour les cliniciens, ni pour les gestionnaires. Par exemple, la pathologie digestive est située dans deux catégories de diagnostics, tout comme la traumatologie orthopédie, alors qu'il existe une unité de recrutement et d'organisation de prise en charge des patients ; la cancérologie, transversale, n'est pas isolable en tant que telle, de même que la réanimation ou la néonatalogie.

Il s'agit donc d'opérer un retraitement des données de base à partir de finalités différentes de celles du PMSI dans une logique de segmentation de la production de soins correspondant au profil de l'établissement, en quelques pôles forts.

Ces données pourront être associées à des informations sur les filières de prise en charge des patients (mode d'entrée/de sortie), et sur les origines géographiques à partir de recherches sur le code postal. On pourra également s'attarder sur le mode d'entrée du patient (urgence, programmé), sur les critères de gravité du séjour (réanimation ou pas), sur des indicateurs propres aux services.

2.2 LE SYSTEME D'INFORMATION AU SERVICE DU PROJET

Après avoir décrit le système en place, nous verrons en quoi l'information produite permet la conjonction des finalités des parties prenantes au projet de l'établissement ; cette possibilité

⁵⁸⁴ question posée par ECHARDOUR, G. et CASH, R., « PMSI, mesure de l'activité médicale et choix stratégiques », *Journal d'Économie Médicale*, t. 13, n° 6, oct. 1995, pp. 297-302.

s'exprime notamment par le fait que projet et système d'informations soient développés conjointement.

2.2.1 Le système en place

Le PMSI a été mis en place à la clinique de la Source en 1985. Les raisons de cette mise en place précoce sont à rechercher dans le déficit systématique des budgets pour les années 1985, 86 et 87, qui n'étaient toujours pas approuvés en 1988. L'établissement se trouve alors dans une situation extrêmement difficile et périlleuse et risque la cessation de paiement. La tutelle exige alors la mise en place d'un système d'information médicalisé permettant de jauger une activité qui a alors fortement cru au début des années 1980, au moment où l'établissement s'est trouvé financé par budget global : les ressources n'ont pas suivi l'augmentation de l'activité de l'établissement. La mise en place précoce du PMSI a permis à l'établissement et son financeur de constater une rentabilité économique excellente, puisque la clinique de la source est un des établissements sanitaires de court séjour les moins coûteux de sa région, ce qui a pu justifier son maintien à un moment où les premières restrictions budgétaires étaient en œuvre.

A partir de 1989-1990, ont été mis en place des budgets de service, la tutelle s'engageant à financer l'activité si le déficit était comblé. La nécessité de construire un contrôle budgétaire a été alors fortement ressentie. L'outil engageait le pilotage de la structure dont la survie était menacée. C'est donc une contrainte forte qui a pesé sur le corps médical et l'administration dans leur projet de construction d'un système de pilotage commun.

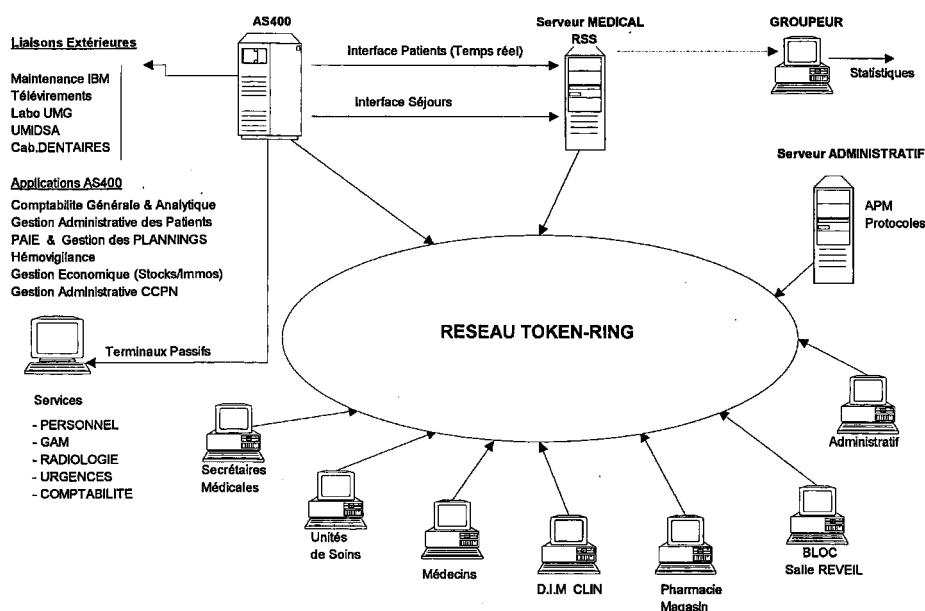
La comptabilité analytique s'est alors développée à partir de 1992, appuyée par une structure spécifique, la CADIM (comptabilité analytique et Département d'Information Médicale), définie dans le projet d'établissement de l'époque, et justifiée par la mise en place du dossier unique du patient, avec saisie directe auprès du patient. Cette comptabilité analytique se fonde sur un découpage en Unités Fonctionnelles (UF) détaillées, avec des règles d'affectations communes aux systèmes administratif et d'information médicale.

La clinique de la source dispose d'un réseau informatique qui s'articule autour de 3 machines :

- 1 AS400, qui abrite notamment toute la gestion administrative (admissions, consultations, facturations, dossier administratif du patient) et économique (pharmacie, magasin, fournisseurs, approvisionnements, stocks, livraisons aux services, création de fiches d'immobilisation à partir des achats)
- 1 serveur administratif, qui héberge des protocoles de soins accessibles à partir des postes des soignants sous forme de fichiers en traitement de texte et une application de prise de rendez-vous pour les médecins.
- 1 serveur médical sur lequel fonctionnent trois applications, dont les objets sont la saisie du dossier médical (diagnostics, actes, courriers médicaux) et l'édition des résumés de sortie standardisés, le calcul de coûts spécifiques à des pathologies données et le regroupement des données pour la constitution des groupes homogènes de malades.

130 micro-ordinateurs PC et 25 terminaux passifs sont ainsi répartis selon le principe d'un ordinateur au moins par fonction (1 poste par secrétaire médicale, pour chaque unité de soins, pour chaque office infirmier, pour chaque médecin en faisant la demande et 2 postes au DIM).

Figure 23 : le système d'information en réseau



Comme le montre l'organisation matérielle du réseau, le système d'information de la clinique de la Source s'organise autour de deux pôles : un pôle d'informations administratives, et un pôle d'informations médicales. Chacun de ces pôles correspond à un ensemble d'applications et de fichiers de nature et de formats disparates, qui sont reliés entre eux par le biais d'interfaces « maison », bâties au fil du temps en fonction des besoins en information des utilisateurs tant internes qu'externes (tutelles). La production d'un certain nombre d'informations impose donc de nombreux rapprochements et compilations de données en provenance de ces deux sphères.

2.2.2 L'information produite : la conjonction des finalités

Le système d'information médico-gestionnaire produit des informations finalisées autour de trois pôles : la gestion administrative des patients, la gestion médicale, et le calcul des coûts. Ces trois pôles nourrissent la définition du projet d'établissement et permettent son instrumentalisation « à la carte ».

- La gestion administrative des patients

Toute entrée d'un patient dans la clinique donne lieu à la création d'un dossier administratif informatisé qui contient les nom et prénom du patient, la date d'entrée, le mode d'entrée, ainsi que l'unité fonctionnelle dans laquelle le patient est *a priori* dirigé.

Une fois le patient définitivement installé dans un service de soins, la surveillante vérifie en se connectant sur l'AS400 que l'UF d'affectation correspond bien à son service et la modifie si nécessaire. Les mouvements des patients sont également directement enregistrés dans les services.

Cette gestion permet d'avoir un suivi d'occupation des lits par services et d'anticiper la création des résumés d'unité médicale. Un ensemble de tableaux de bord est alors réalisé à partir des données administratives, afin de croiser les données issues du PMSI. Ce tableau de bord est destiné à la fois à la direction, aux chefs de service et aux médecins qui ont un suivi mensuel de leur activité, comme l'illustre le tableau ci-après :

Tableau 27 : Tableau de bord mensuel d'activité

TABLEAU DE BORD SYNTHETIQUE MOIS DE DECEMBRE 1997/avec écarts							
Intitulés	Activité réalisée 1996		Activité réalisée 1997		Ecart		
	MOIS	CUMUL	MOIS	CUMUL	MOIS	CUMUL	
JOURNEES D'HOSPITALISATIONS							
en Gynéco/Obst. 29 lits	747	8 320	712	9 047	-35	727	
en Chirurgie 80 lits	1 395	16 071	1 254	15 170	-141	-901	
en Médecine 60 lits	1 363	16 333	1 478	17 821	115	1 488	
169 lits / TOTAL JOURNEES DE + 24 H	3 505	40 724	3 444	42 038	-61	1 314	
Hospitalis.de jour. 8 lits	168	2 152	160	1 948	-8	-204	
177 lits / TOTAL JOURNEES	3 673	42 876	3 604	43 986	-69	1 110	
Autres activités (ivg&urg)	76	943	67	815	-9	-128	
TOTAL GENERAL JOURNEES / 184 lits	3 749	43 819	3 671	44 801	-78	982	
POURCENTAGE D'OCCUPATION							
en Gynéco/Obst. 29 lits	83,1%	78,4%	79,2%	85,5%	-3,9%	7,1%	
en Chirurgie 80 lits	75,5%	69,0%	64,4%	62,4%	-11,1%	-6,6%	
en Médecine 60 lits	86,6%	85,4%	95,5%	91,0%	8,8%	5,6%	
169 lits / TOTAL + 24 H	81,2%	76,8%	78,4%	77,2%	-2,8%	0,4%	
Hospitalis.de jour. 8 lits	75,0%	82,3%	77,7%	74,4%	2,7%	-7,9%	
177 lits / TOTAL	80,8%	77,0%	78,3%	77,0%	-2,5%	-0,1%	
Autres activités (ivg&urg)	39,4%	41,0%	35,1%	35,6%	-4,3%	-5,5%	
NOMBRE DE MALADES							
en Gynéco/Obst. 29 lits	149	1 592	149	1 713	0	121	
en Chirurgie 80 lits	275	3 392	246	3 267	-29	-125	
en Médecine 60 lits	271	3 036	283	3 473	12	437	
169 lits / TOTAL MALADES DE + 24 H	695	8 020	678	8 453	-17	433	
Hospitalis.de jour. 8 lits	168	2 152	160	1 948	-8	-204	
177 lits / TOTAL MALADES	863	10 172	838	10 401	-25	229	
Autres activités (ivg&urg)	76	943	67	815	-9	-128	
TOTAL GENERAL MALADES / 184 lits	939	11 115	905	11 216	-34	101	
DUREE MOYENNE DE SEJOUR							
en Gynéco/Obst. 29 lits	5,0	5,2	4,8	5,3	-0,2	0,1	
en Chirurgie 80 lits	5,1	4,7	5,1	4,6	0,0	-0,1	
en Médecine 60 lits	5,0	5,4	5,2	5,1	0,2	-0,2	
169 lits / TOTAL + 24 H	5,0	5,1	5,1	5,0	0,0	-0,1	
TOTAL (y compris - 24 H)	4,3	4,2	4,3	4,2	0,0	0,0	
CONSULTATIONS MEDICALES	2 979	35 653	3 206	37 590	227	1 937	
NOMBRE D'ACTES REALISES							
nombre d'interventions kc	976	11 782	1 045	12 309	69	527	
nombre d'exams (k)	1 197	15 679	1 296	14 161	99	-1 518	
TOTAL	2 173	27 461	2 341	26 470	168	-991	
TOTAL EXAMENS (cotés en Z et C3)	2 991	34 875	3 201	36 344	210	1 469	
COTATION DES ACTES REALISES							
nombre de KC	34 207	415 164	39 202	440 336	4 995	25 172	
nombre de K	42 286	532 133	43 164	499 750	878	-32 383	
TOTAL K PRODUITS (KC + K)	76 493	947 297	82 366	940 086	5 873	-7211	
TOTAL K ARE D'ANESTHESIE	16 703	203 068	17 396	206 087	693	3 019	
nombre de Z (radiologie)	66 702	776 897	76 843	839 639	10 141	62 742	
nombre de Z (scanner)	4 655	52 288	5 320	57 703	665	5 415	
TOTAL ACTIVITE RADIOLOGIQUE	71 357	829 185	82 163	897 342	10 806	68157	
INDICATEURS PARTICULIERS							
coefficient de gravité BLOC	81,4	78,3	80,8	78	-0,6	-0,8	
nombre de passages urgences	1 444	16 979	1 445	17 713	1	734	
nombre d'accouchements	133	1 432	131	1 536	-2	104	
nombre d'I.V.G.	23	356	24	303	1	-53	
nombre de B consommés	295 000	2 901 101	290 000	3 076 331	-5 000	175 230	

Ce document de fréquence mensuelle intéresse principalement la direction. Il reprend l'ensemble des indicateurs classiques ventilés en catégories pertinentes pour l'organisation ; les indicateurs reprennent tant l'activité réalisée dans les services que les K et Kc produits ou des indicateurs spécifiques, comme le coefficient de gravité du bloc, signe de la technicité des interventions, ou le nombre de passages aux urgences, sachant que ces dernières permettent un « recrutement » élevé de malades. Si ces indicateurs peuvent sembler primitifs, ils présentent l'immense avantage de présenter une évolution de l'activité à indicateurs relativement constants d'une année à l'autre, ce qui n'est pas le cas des informations produites par le PMSI, comme on le verra plus loin. Ces données sont fondamentales pour évaluer la continuité et la progression des activités et établir des projections annuelles.

Ainsi, des prévisions d'activité par service sont réalisées, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 28 : Prévision d'activité par service

NOMBRE DE JOURNEES ET NOMBRE DE MALADES PAR SERVICE - MOIS DE DECEMBRE 1997

		ACTIVITE PREVUE		ACTIVITE REALISEE			DMS
		MOIS	CUMUL	MOIS	CUMUL	%OCCUP.	
MATERNITE	JOURNEES	709	8500	712	9006	79,42%	4,84
29 lits	MALADES	134	1610	147	1698		
	- 24 H / IVG			2	15		
2EME ETAGE	JOURNEES	391	7578	422	6578	78,70%	4,40
30 lits	MALADES	66	1614	96	1585		
	- 24 H / IVG			3	37		
3EME ETAGE	JOURNEES	1010	11892	884	10509	74,03%	6,60
39 lits	MALADES	140	1644	134	1584		
	- 24 H / IVG			11	65		
4EME ETAGE	JOURNEES	777	7279	772	7137	76,83%	5,29
33 lits	MALADES *	170	1350	146	1301		
	- 24 H / IVG			14	81		
5EME ETAGE	JOURNEES	352	5100	381	5605	92,27%	5,22
23 lits	MALADES	68	991	73	1129		
	- 24 H			1	7		
REA-UPO	JOURNEES	210	2700	219	2578	89,80%	4,29
10 lits	MALADES	61	786	51	720		
	- 24 H			1	11		
ETAGES	- 24 H / IVG §		0	32	216		
CL.JOUR 7/7	-24 H §	190	2400	125	1733	65,10%	1,00
15 lits	+24H/Journ.	35	451	33	337	27,50%	
	+24H/mal.	35	451	28	300		
	I.V.G	25	300	24	288	66,67%	
URGENCES	HOS.COURTE						
5 lits	DUREE :						
	Journées		0	21	288		
	Malades		0	20	258		
	- 24H URG	51	600	43	512	43,23%	1,00
	-24H PROG.			3	14		
	IVG			0	0		
Total activité - 24 H (-24 H+IVG)		266	3300	227	2763		
TOTAL +/- 24h	JOURNEES	3750	46800	3671	44801		
S-TOTAL +/- 24h	MALADES	940	11750	922	11338		
	- MUT.LIEES A FERMETURES ETAGES			17	122		
TOTAL +/- 24h	MALADES	940	11750	905	11216		
CL.JOUR 5/7	TRANSF. étages			5	80	85,56%	70,00%
8 lits	- 24H			125	1733		
2 lits	IVG			24	288		
LITS REL+ C.DUREE	TRANSF. étages			2	37	38,89%	
2+3 lits	+ 24H Journées			33	337		
	+ 24H Malades			28	294		
URGENCES 5lits	TRANSF. étages			84	1054	119,35%	
5 lits	TRANSF.vers etb			34	480		
	HOS.C.DUREE Journées			21	288		
	HOS.C.DUREE Malades			20	258		
	-24 H URG			43	512		
	-24H PROG.			3	14		
	IVG			0	0		

Ce tableau présente des données cherchant un répartition optimale des patients par rapport à des prévisions de fermetures de services à des périodes données. Chaque service ou étage prévoit ainsi ses phases de fermeture en fonction de la saisonnalité de l'activité.

Le tableau suivant présente enfin le suivi des activités par praticien, permettant d'établir des ratios de productivité et des calculs de valeur moyenne d'une intervention, signe de la technicité des actes pratiqués.

Tableau 29 : Suivi des activités par praticien

Nom du Médecin	BLOC 1 - activité du mois			
	Interv. 1997	Interv. 1996	KC 1997	KC 1996
Dr A	63	67	5347	5917
Dr B	18	22	1455	1534
Dr C	45	57	5102	5815
Dr D	1		80	
Dr E	48	48	4478	5292
Dr F	56	55	4807	4548
Dr G	42	28	2572	2200
Dr H	1		80	
TOTAL	274	277	23921	25304

Notons que cette « productivité » n'est ni liée à la rémunération des praticiens, ni à des décisions focalisées exclusivement sur des données qualitatives. Ce sont des indicateurs susceptibles d'engager des dialogues systématisés entre gestionnaires et médecins. Ils sont, en outre, croisés avec les données PMSI.

- La gestion médicale

Au niveau médical, les secrétaires médicales créent le dossier médical du patient sur un logiciel. La partie administrative de celui-ci (état civil du patient, unité fonctionnelle) est automatiquement renseignée à partir des informations saisies dans le dossier administratif, ce qui évite une double saisie. Sont alors rentrés les diagnostics et les actes effectués au cours du séjour, à partir de la classification CIM10 et du CdAM⁵⁸⁵. Le logiciel comprend aussi une rubrique données diverses, qui permet, au moyen de codes propres à la clinique, de personnaliser certaines informations, concernant les urgences, les dossiers de soins infirmiers et le CLIN⁵⁸⁶.

Le logiciel rattache directement les courriers médicaux au dossier du patient. Une fois le courrier frappé, il est converti en un fichier texte, puis lié en document texte au dossier du malade. Le courrier est alors directement consultable dans le dossier informatisé. Les comptes rendus opératoires, les comptes rendus d'examen radiologiques et les lettres de sortie sont ainsi attachés au dossier du patient. Le médecin peut également consulter l'historique des comptes rendus se rapportant à un patient.

A la fin du séjour du patient, le RSS⁵⁸⁷ du patient est imprimé sur papier pour vérification. Une série de contrôles de cohérence des RSS est alors effectuée par le DIM.

Les RUM⁵⁸⁸ validés sont ensuite transférés dans le logiciel groupeur, qui génère les Résumés de Sortie Anonymisés pour le ministère dans un fichier spécifique. A partir de ce fichier est bâti une table donnant pour chaque RUM la catégorie majeure de diagnostic et le GHM associé.

- Le calcul des coûts

Les coûts des analyses de laboratoires sont transférés deux fois par semaine sous forme de fichier informatique. Ils sont en principe directement affectés au dossier administratif du patient *via* le numéro identifiant unique du patient.

Les coûts des produits sanguins ainsi que des consultations spécialisées et du transport des malades suivent le même traitement, mais avec une fréquence mensuelle. Enfin, les autres actes (consultations et examens extérieurs, transport, kinésithérapie, radiologie) sont saisis directement sur le serveur central. En particulier, la radiologie a développé un ensemble de codes permettant la saisie directe des actes réalisés aux moyens de codes internes. Tous les ICR⁵⁸⁹ des plateaux techniques sont collectés au patient par logiciel.

Une fois par an, toutes les données ainsi collectées sont transformées dans des fichiers texte, qui vont être compilées pour le calcul des coûts par un logiciel spécifique. Les actes de radiologie, codés à partir du catalogue des actes médicaux, sont affectés de leur valeur en points ICR. Le logiciel produit un fichier contenant pour chaque RUM les actes effectués et leur valeur soit en ICR, soit en francs.

Un rapprochement est alors effectué entre les différentes bases pour associer à chaque patient les coûts directs qui lui reviennent (laboratoires, radiologie, kinésithérapeutes) afin de faire correspondre chaque ligne de coût à un numéro de RUM.

⁵⁸⁵ Classification internationale des maladies, 10^e version et Catalogue des Actes Médicaux. Ces deux guides sont obligatoires pour la saisie des résumés de sortie depuis le 1er janvier 1997.

⁵⁸⁶ Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

⁵⁸⁷ Résumé de Sortie Standardisé, correspondant à la fiche synthétique du patient pour la saisie de l'information dans le PMSI.

⁵⁸⁸ Résumés d'Unités Médicales, correspondant à chaque passage du patient dans un service. Dans le cas d'un patient « mono-séjour », le RUM est égal au RSS, dans le cas contraire, le RSS synthétise et hiérarchise les données des différents RUM du patient.

⁵⁸⁹ Indice de Coût Relatif. Clé de ventilation interne au PMSI permettant d'affecter au patient les charges du plateau technique (bloc, radio...).

Le rapprochement des fichiers produit deux tables :

- une table qui rassemble toutes les données par RSS, et qui est destinée au ministère :

N° RSS	Coûts directs par nature				
	Radio	Labo	Prod. sanguins	Prothèses	...

- une table qui rassemble les mêmes données, mais groupées par RUM, c'est-à-dire avec un niveau de détail plus fin.

Ces deux tables sont ensuite transférées sous micro-informatique dans une base de données ACCESS.

Parallèlement, la comptabilité analytique fournit trois fichiers qui correspondent aux sections d'analyse cliniques, médico-techniques et de consultations et qui contiennent pour chaque section d'analyse les charges classées par grands postes de dépenses, et les données globales d'activité (en entrées et en journées pour les sections d'analyse cliniques, en unités d'œuvre pour les sections d'analyse médico-techniques et de consultations). Les sections d'analyse cliniques sont toutes les sections d'analyse qui prennent en charge des séjours donnant lieu à la production de RUM.

Les informations comprises sont les salaires chargés de tous les personnels, médecins compris, les amortissement et la maintenance des équipements médicaux, les consommables médicaux, les reliquats des dépenses de médicaments (non affectées directement aux malades), les dépenses de logistiques médicales, et le nombre de journées (ou venues pour l'hôpital de jour), comptabilisées par l'administration.

A partir de ces données et de celles de la seconde table, la base de données produit une table qui donne pour chaque RUM :

- la catégorie majeure de diagnostic et le GHM,
- les coûts directs, affectés en fonction d'unités d'œuvre (ICR par exemple) ou correspondant à des dépenses en francs (dépenses de médicaments, sang, consultations spécialisées, transports, prothèses, laboratoire),
- les coûts indirects, valorisés au prorata du nombre de journées passées dans la section d'analyse,
- le total des coûts du RUM,
- le nombre de points ISA produits,
- la valorisation du RUM en fonction de la valeur du point donnée par la tutelle,
- la comparaison entre la valeur théorique et le coût calculé du RUM.

Les données ainsi produites peuvent se combiner de diverses façons pour produire des informations fondamentales pour la gestion interne de l'établissement. Notamment, la sommation des RUM d'un même patient permet de calculer le coût d'un séjour et la sommation des RUM correspondant à un même GHM permet de calculer un coût par pathologie. Ce coût peut ensuite être rapproché de celui donné par l'étude nationale des coûts afin de déterminer d'éventuels écarts positifs et négatifs et d'en rechercher les causes.

2.2.3 Un système développé pour le projet par le projet

Le système présenté ci-dessus présente une information fine, à la fois médicale et économique, concernant les patients traités à la clinique de la source. L'avantage majeur de ce système consiste en la mise à disposition des données unitaires, non traitées par GHM. En conséquence, plusieurs agrégats sont possibles, notamment :

- les coûts directs et la production en points ISA par patient ;
- les coûts directs et la production par médecin ;
- les coûts directs et la production du plateau technique.

Il est donc possible de construire un système de coûts partiels permettant d'être affecté directement à l'activité produite, et de traiter parallèlement les coûts de structure et de soutien logistique. Un projet d'établissement instrumentalisé à partir d'enveloppes par prises en charge et d'enveloppe par structure est donc tout à fait réalisable.

Si nous avons montré les fortes limites d'une application interne de la méthode des coûts complets par GHM dans la section précédente, il est tout à fait possible à partir de l'information existante de construire un système de coûts servant le pilotage de l'entité hospitalière, décliné tant au niveau des services de soins, des services médico-techniques qu'administratifs et logistiques.

Toutefois, pour permettre la congruence des sous-systèmes par le système d'information de gestion, il est nécessaire d'articuler les uns et les autres autour des finalités de l'organisation, c'est-à-dire de son projet d'établissement.

Dans le cas présent, la priorité du projet, ses principes structurants, ont résidé dans la volonté d'une prise en charge globale du patient.

Sur un plan organisationnel, elle s'est traduite, comme on l'a vu, par la constitution de pôles médicaux, regroupant plusieurs services ou départements, non par spécialité médicale, mais selon des principes d'homogénéité et de continuité de prises en charges organisationnelles. Par rapport aux outils de pilotage, elle s'est déclinée en une évaluation des coûts et productions pour l'établissement dans son ensemble, par pôle, par unité fonctionnelle, par malade sur la base d'une même information. L'ensemble constitue une batterie de tableaux de bord « fractals », suffisamment homogènes pour s'accorder sur la définition d'une prise en charge au niveau de l'établissement, et suffisamment adaptables pour être pertinent à chaque niveau de pilotage.

Dès lors, à partir du moment où l'accord est réalisé sur la fiabilité de l'information de base, il reste à construire l'accord finalisé entre parties prenantes au projet. Le système de pilotage sera donc ici construit par rapport aux prises en charges organisationnelles, avec développement d'une série d'indicateurs de coûts, délais et référentiels qualité (notamment pour l'hygiène et la sécurité). Ces indicateurs participent directement à la reconfiguration du projet d'établissement au moment du diagnostic porté sur les activités. Ainsi, on pourra supprimer telle prestation parce qu'elle est à la fois coûteuse pour l'établissement et non stratégique pour le maintien de l'activité. On pourra également refuser le développement d'activités trop coûteuses, mais qu'il convient de maintenir dans le cadre du service public à assurer. Enfin, on pourra développer un nouveau pôle d'activités, qui, *a priori* pouvait sembler peu intéressantes ou valorisantes aux yeux des praticiens, mais qui permettent d'étoffer la continuité d'une prise en charge.

Par exemple, certains groupes de malades ont été déclinés en fonction de la valeur générée en points ISA par rapport à leur coût, ce qui permet parfois de stimuler l'évolution des représentations sur la « noblesse » de telle ou telle prestation. Ainsi, certaines études réalisées ont montré que l'activité orthopédique était très déficitaire, alors que le développement de la gérontologie pouvait se réaliser à moindre frais. En conséquence, le projet d'établissement n'a pas cherché à renforcer l'orthopédie (même si cette dernière est une offre indispensable pour une structure de court séjour), pléthorique sur le secteur, mais a appuyé la construction d'un pôle « personnes âgées », construit autour du processus global de prise en charge : le pôle intègre tout à la fois des prestations de médecine interne, un service de moyen séjour hautement médicalisé, mais également une contractualisation avec un centre de soins de suite et de réadaptation permettant d'assurer une continuité de la prise en charge de la personne âgée. Les médecins adresseurs et les familles sont associés au dispositif.

Certaines études plus précises, mais encore ponctuelles peuvent même conduire l'établissement à évaluer la production en points ISA par praticien avec analyse de leur marge contributive. Toutefois, ces études sont difficilement acceptées par le corps social et ne peuvent se

justifier dans le contexte d'aujourd'hui que pour l'identification de problèmes précis. Elles risquent notamment de susciter une dérive « gestionnaire » incompatible avec la mission de service public à laquelle l'établissement a adhéré.

Dans le cadre de la définition des processus de prises en charge, la possibilité de rattacher tous les indicateurs de consommation par pathologie (nombre de radiographies pour une pathologie donnée, ou nombre de pathologies par type de scanner, par exemple) a conduit les radiologues à protocoliser un certain nombre d'indications et d'actes, ce qui permet de renforcer l'anticipation et la coordination des modes d'organisation, tant en terme de planification de l'activité qu'en terme de consommations de ressources par pathologie, et d'indicateurs de rendement par appareil.

Le système est également exploité dans le cadre d'une transmission de l'information au dehors de la structure. Ainsi, les infections nosocomiales ont été une source de préoccupations pour des raisons multiples : comme « maladie liée à la structure », elles reflètent une hygiène mal maîtrisée, mais elles génèrent également de fortes complications médicales, ainsi que des coûts de traitements médicamenteux élevés. Le recensement de ces infections a été informatisé, et est tout à la fois un tableau de bord interne pour les services, et une information externe pour les financeurs (Etat, assurance-maladie, mutuelles), et les patients.

Plus généralement, une étude des groupes de malades entre des structures équivalentes à l'échelle nationale, via l'échelle nationale des coûts, a pu mettre en évidence pour la clinique de la source des coûts globaux moindres que dans les autres structures PSPH, alors que les charges salariales sont plus importantes. L'établissement a en fait joué sur une réduction de la durée de séjour et l'optimisation de l'occupation des services, tout en étant très attentif au taux d'absentéisme du personnel.

Ainsi, à travers ces quelques exemples, on peut penser que si le dispositif permet l'instrumentalisation du projet d'établissement, c'est aussi parce que le projet de l'établissement consistait à établir un système d'information médico-gestionnaire (relativement) unifié, ce système étant un enjeu de survie à court terme. D'une certaine manière, une des facettes du projet d'établissement consiste en la construction de représentations finalisées des activités de l'organisation, qui se trouvent être cadrées par le système d'information en place.

Les dispositifs de gestion présents ne peuvent donc être réduits à la déclinaison du projet dans l'organisation, et, tout à la fois, il n'est pas possible de dire qu'ils ont exclusivement forgé la congruence des représentations autour du projet. L'ensemble peut être considéré comme une construction interactive finalisée/finalisante, à la fois émergente et délibérée par un nombre précis d'acteurs.

2.3 LES LIMITES DU SYSTEME

Elles sont à la fois techniques et conceptuelles.

2.3.1 *Les limites techniques*

Elles se retrouvent principalement dans des référentiels mouvants, dans des affectations difficiles des patients et dans les limites du logiciel d'exploitation de la base.

- des référentiels mouvants

Si les informations produites par le système permettent sans difficulté de comparer le coût d'un GHM par rapport à un autre ou par rapport au même GHM dans un autre service, l'analyse diachronique des coûts est beaucoup plus problématique. En effet, les nomenclatures utilisées pour coder les actes et les diagnostics sont changeantes d'une année à l'autre, ce qui veut dire qu'une même action peut être codée et par conséquent classée différemment. De même les

éléments retenus dans le calcul de certaines unités d'œuvre comme les ICR ont été modifiés. Au final, ces changements de référentiels compliquent considérablement toute comparaison en modifiant les contours des objets (GHM, service, unités fonctionnelles) dont on veut comparer les coûts⁵⁹⁰. Dès lors, on ne peut utiliser que les données quantitatives classiques pour réaliser des analyses d'écart d'une année sur l'autre.

- des affectations délicates

Les résultats obtenus dépendent très largement de la bonne affectation du malade à l'unité fonctionnelle dont il dépend.

Or le découpage en unités fonctionnelles de la clinique est extrêmement poussé, puisqu'il va jusqu'à six niveaux alors que le guide de la comptabilité analytique hospitalière n'en impose que cinq. Les surveillantes ne savent pas toujours dans quelle unité fonctionnelle affecter le patient et se trompent souvent à ce stade.

D'autre part, les patients arrivant en urgence sont souvent affectés par le bureau des entrées dans des UF d'attente en attendant de savoir dans quel service ils seront finalement envoyés. Il arrive parfois que la surveillante ou ses adjointes oublient de rectifier cette UF d'attente, ce qui génère ensuite des décalages entre les données de RSS + et celles saisies dans le serveur administratif.

Le week-end, le personnel de garde dans les services n'effectue pas l'affectation des patients à l'UF. Or, après le départ du patient, il n'est plus possible de modifier son affectation. Si le patient sort le dimanche soir, son séjour se trouvera catalogué dans l'UF attribuée par le bureau des entrées, même si elle ne correspond pas à la réalité de son séjour.

Aussi un contrôle qualité est-il effectué au DIM et les patients réaffectés dans la bonne UF au prix d'un grand travail de contrôle.

- les lacunes du logiciel

Le logiciel RSS + ne permet pas d'enregistrer les dates auxquelles sont effectués les différents actes à l'intérieur d'un séjour qui lui est daté. Cette lacune présente un inconvénient majeur en termes opérationnels puisque le dossier informatisé ne permet pas aux soignants de suivre le déroulement d'un plan de soins de façon chronologique ni d'introduire des données numériques concernant les prescriptions et les actes délégués. Cette lacune fait partie des priorités à résoudre dans le cadre de la mise en place du nouveau Dossier Patient informatisé.

2.3.2 Les limites conceptuelles

A ce jour, le système ne permet pas d'associer la production de points ISA par service, dont on a vu les incohérences dans la section précédente. La budgétisation des départements n'est donc pas directement corrélée au système d'information gestionnaire. Ce dernier n'intervient que comme « clignotant », la prise en compte des contraintes et spécificités de chaque unité ne peut s'ajuster par une mécanique comptable. Mais cette limite peut être considérée comme un avantage, puisque, ainsi, les budgets sont discutés et négociés jusqu'à construction d'un accord « acceptable » en termes d'activités et de ressources.

Ce système peut évoluer vers :

- une meilleure mise à disposition de l'information tant en terme de délais de réponse que d'accessibilité physique via la création d'info centres permettant à chaque utilisateur de bâtir

⁵⁹⁰ A ce sujet, E. Couty, Directeur des Hôpitaux, souligne que « aucune comparaison directe entre les résultats 1997 et les résultats antérieurs n'a de pertinence... En outre, à profil d'activité identique, le nombre total de points augmente, et la valeur élémentaire du point apparaît en diminution, sans que cela traduise une quelconque augmentation de l'efficacité. » : COUTY, E., *La lettre d'Informations hospitalières*, 13 mai 1998.

à partir de la base de données unique de la clinique son propre tableau de bord ou sa propre requête. Cette décentralisation pourrait s'opérer par la mise en place d'un logiciel de type *data Warehouse* et d'une informatique nomade ;

- une meilleure prise en compte du travail des soignants, notamment par l'introduction d'un index de qualité des soins et d'une surveillance des infections nosocomiales ;
- une meilleure synthèse de l'information produite. L'objet n'est plus aujourd'hui compte tenu du niveau atteint de fractionner l'information mais au contraire de lui donner du sens en la finalisant par rapport aux attentes de chaque centre de responsabilité ;
- une ouverture systématique sur les futurs correspondants extérieurs de la clinique (réseaux, médecins traitants...), et non plus ponctuelle comme elle l'est aujourd'hui.

Les limites du PMSI restent assez fortes toutefois pour devoir les intégrer à d'autres sources d'information plus large : ce dernier ne porte par exemple que sur les activités de court séjour ; or, la présence d'une prise en charge de personnes âgées intégrées dans des soins de suite ou de longue durée est fondamentale dans la prise en compte de l'intégration des personnes dans les moments des prises en charge. De même, les consultations, l'activité médico-technique, la psychiatrie, et tous les indicateurs qualitatifs (accueil, sécurité, restauration) sont autant d'éléments à intégrer pour opérer un tableau de bord pertinent dans le projet de l'établissement.

Le PMSI est donc un outil intéressant, notamment dans l'analyse du recrutement de l'établissement, et de son activité de court séjour, mais il reste essentiellement quantitatif et ne peut seul servir les décisions d'un niveau politique pour l'hôpital. Il s'agit alors de croiser les sources d'information constitutives d'un tableau de bord finalisé par rapport aux activités définies comme prioritaires dans le projet, afin de servir pleinement son pilotage.

Conclusion du chapitre

Le système présenté ici contribue à la métabolisation du projet d'établissement dans le sens où il dépasse les finalités propres à chaque acteur de l'entité hospitalière. Mais surtout, il intègre ces finalités dans le cadre d'une recherche, puis d'une construction du projet de l'établissement.

Une condition nécessaire à l'appropriation de l'outil passe par sa reconnaissance externe, sa légitimité institutionnelle. Instrument de négociation des enveloppes budgétaires, outil de comparaison des activités des établissements publics de court séjour, le PMSI a conquis peu à peu l'accommodation des professionnels hospitaliers. Toutefois, cette condition n'est pas suffisante au déploiement du projet.

La stabilisation progressive des représentations issues du système d'information, mais aussi la lisibilité de leur finalisation est décisive dans le pilotage par le projet d'établissement. Dès lors, cette finalité n'est plus médicale, ni économique, mais bel et bien organisationnelle. Elle se décline concrètement dans le processus de redéfinition des pratiques et des outils d'évaluation de ces dernières.

Ainsi, après avoir repéré les formes de congruences entre finalité de l'organisation et ses contextes d'action, après avoir tenté de définir en quoi le système de pilotage par le projet pouvait, à partir d'outils institutionnels, se décliner par le système d'information de gestion, il reste à examiner comment le pilotage par le projet d'établissement peut se formaliser par les processus de prises en charge.

C'est l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE 2

PROJET D'ETABLISSEMENT ET PILOTAGE PAR LES PROCESSUS : LA CONSTRUCTION D'UN REFERENTIEL ENTREPRENEURIAL

Tout apprentissage consiste en un métissage.

Le métis, ici, s'appelle Tiers-Instruit.

Scientifique, plutôt, par nature, il entre dans la culture parce que la science épouse aujourd'hui les questions, par elle seule imprévisibles, de la douleur et du mal. Il suffit d'apprendre deux choses : la raison exacte et les maux injustes ; la liberté d'invention, donc de pensée, s'ensuit.

Michel Serres,
Le Tiers-Instruit.

Introduction

La déclinaison d'un projet d'établissement peut conduire à une formalisation des savoirs organisationnels dans l'établissement afin de coordonner les actions dans la prise en charge du malade. Cette formalisation peut s'incarner dans des procédures qualité, dans le suivi du patient et de ses attentes à condition d'être articulée par une finalisation organisationnelle, elle-même légitimée par le projet d'établissement. Il nous a semblé que le pilotage par les processus de prises en charge pouvait, dans ce cadre, être une réponse intéressante. La définition et la formalisation des processus de prise en charge ne peuvent se réaliser que dans une démarche de construction d'accord sur la finalité et les modalités de la prise en charge. A ce titre, si cette dernière ne peut être opérationnelle que si elle est définie par les acteurs directs de la ligne de soins, elle est arbitrée par les grandes lignes du projet, qui s'impose comme référent majeur.

Or cet apprentissage collectif d'un groupe à coordonner ses modes d'action est long et délicat, mais il permet d'intégrer l'idée fondamentale que les acteurs participent concrètement, et chacun à leur niveau, à l'élaboration d'une organisation dont la finalité les dépasse. Ce dispositif participe pleinement à la construction et à la diffusion du projet de l'établissement, dont l'appropriation n'est évidemment pas immédiate pour la majorité du corps social de l'hôpital. Cette construction d'un référentiel entrepreneurial se trouve renforcée par une mutation des perceptions de la notion de valeur dans la structure hospitalière. La multiplication des référentiels et protocoles, les exigences institutionnelles de plus en plus fortes concernant les obligations de rendre compte de ses activités conduisent progressivement les acteurs du soins à reconsidérer la valeur de leurs activités, non plus comme intrinsèque (d'une certaine façon, « sacrée »), mais comme contextuelle à un environnement institutionnel et économique, ainsi qu'à une organisation de plus en plus chargée de définir ses propres règles de fonctionnement, et évaluée tant sur le processus de définition de ces règles que sur leur simple application.

Dans un article fondateur pour notre démarche, A. H. Rosenstein⁵⁹¹ propose une démarche processuelle d'identification de la finalisation de l'amélioration des soins. Cette démarche passe selon lui par un dispositif intégrant conjointement :

- le partage d'informations, l'apprentissage, les retours d'informations et les dispositifs de contrôle ;
- les revues de dossiers systématiques et l'étude de cas ;
- la construction de protocoles, *guidelines*, et procédures ;
- l'analyse des points critiques des cartographies des trajectoires de soins ;
- le benchmarking et le management de la qualité.

L'ensemble s'inscrit dans une démarche contractuelle entre le prestataire des soins et son financeur.

Cependant, la démarche reste instrumentale et n'intègre ni un processus de relativisation des indicateurs, ni la question de la pertinence de leur formalisation, pertinence tant aux yeux de l'environnement de l'organisation que pour l'ensemble des individus et groupes qui la constituent.

⁵⁹¹ ROSENSTEIN, A. H., « Cost-effective health care : Tools for improvement », *Health Care Management Review*, vol. 19, n ° 2, 1994, pp. 53-61.

Dès lors, il ne semble plus possible de dissocier les dispositifs de pilotage de la forme des outils mêmes du pilotage structurant les modes de prises en charge. Or, les outils classiques en place sont essentiellement des indicateurs structurels et de mesure de séjour, au moment où justement le séjour s'impose de moins en moins comme variable pertinente dans l'expression d'une valeur produite par l'hôpital : les prises en charge de jour, la constitution des réseaux, les coopérations entre centres de court séjour et de moyen séjour sont autant de formes de prises en charge nouvelles dont les indicateurs de pilotage et d'évaluation doivent être inventés, ou, à défaut, repensés à partir des instruments existants. A ces nouvelles formes de prises en charge s'ajoutent l'émergence des droits des patients, d'une demande de lisibilité concernant la sécurité et la qualité des prestations qui sont autant d'éléments renforçant une fuite en avant de la part des directions « éclairées » de certains établissements de soins, sans pour autant pouvoir toujours contrôler le dispositif initié et en mesurer les conséquences très concrètes dans les modes d'action au quotidien.

Ce chapitre est structuré en deux temps.

Dans une première section, *Le déploiement du projet par les processus : de la formalisation des activités à la contractualisation des prises en charge*, nous aborderons un exemple de déploiement du projet par les processus, pouvant se décliner jusqu'à des projets de prises en charge contractualisées avec les patients et les médecins adresseurs.

Puis, dans une seconde section, *Des processus au management de la qualité : le déploiement transversal et paradoxal du projet d'établissement*, nous verrons comment le management de la qualité permet d'étayer le dispositif de déploiement du projet par les processus, sans toutefois négliger les formes paradoxales de gestion et les limites que ce dispositif implique.

1. LE DEPLOIEMENT DU PROJET PAR LES PROCESSUS : DE LA FORMALISATION DES ACTIVITES A LA CONTRACTUALISATION DES PRISES EN CHARGE

Cette section est structurée en deux temps.

Dans le premier point, nous aborderons le dispositif de formalisation des processus de prises en charge des patients à partir du projet d'établissement. Ce dispositif que nous avons expérimenté sur plusieurs sites est présenté ici de façon plus précise à partir du cas d'un établissement anticancéreux.

Dans le second point, nous présenterons la déclinaison des processus en contrats de prises en charge et leurs conséquences sur les modes d'organisation des soins. Ce second temps s'inspire d'un accompagnement de construction et d'instrumentalisation du projet d'un établissement de moyen séjour.

1.1 LA DELICATE MAIS NECESSAIRE FORMALISATION DES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE : LE CAS DU CENTRE RAOUL FOLLEREAU*

Le Centre Raoul Follereau* (CRF) est un établissement privé participant à la mission de service public hospitalier, et membre d'une fédération française. Par son objet, il ne traite qu'un type de pathologies données, le cancer, seconde cause de mortalité en Occident aujourd'hui. Toutefois, l'unicité de la maladie ne doit pas masquer la variété des formes de cancers, de leur évolution, des modes de traitement, et des thérapeutiques.

Focalisés sur une mission de recherche, les centres anticancéreux se présentent comme des institutions originales, à taille humaine, et pouvant rivaliser avec les CHU.

Le CRF, dont le directeur est un professeur de médecine, a une vision et une mission claires et spécifiques dans l'offre de soins lyonnaise. Son objectif est de s'imposer comme pôle de référence régional, tant dans les protocoles médicaux, que dans l'évaluation des pratiques et de l'organisation mise en place. Il s'inscrit dans une mouvance plus large, spécifique aux centres anticancéreux, et consistant à élaborer des processus internes d'accréditation des établissements de la fédération. La modélisation des processus de prises en charge s'inscrit directement dans ces perspectives et participent à leur instrumentalisation.

Les objectifs liés à l'étude que nous avons réalisée au centre découlent d'une priorité définie dans le projet d'établissement du Centre Raoul Follereau*, qui consistait à renforcer la lisibilité de l'offre de soins. Cette étude est le pendant organisationnel d'un *thesaurus* constitué par le corps médical et accessible en réseau dans l'établissement, dont l'objet est la formalisation des thérapeutiques médicales par type de cancer et par pallier d'évolution. Il existe donc un guide exhaustif décrivant les prises en charges médicales idéales définies dans le centre. Toutefois, ce guide reste indicatif pour les praticiens, et il est strictement médical. Il s'assimile à une sorte de protocole généralisé. L'étude des processus de la prise en charge globale est avant tout descriptive d'un existant, des enchaînements des tâches réalisées sur le patient.

Afin de familiariser les acteurs du centre hospitalier à la démarche, il nous a semblé pertinent de nous focaliser sur le type de pathologies les plus fréquentes. Au CRF, 40 % des cas sont des traitements de cancers du sein. Toutefois, le processus de prise en charge n'est pas uniforme dans les différents stades de la maladie. Le temps de la prise en charge le plus complexe et le plus fréquent est celui de la prise en charge initiale — dépistage, diagnostic, thérapeutique, puis cure de chimiothérapie et/ou radiothérapie. Il correspond aux « nouveaux cas de cancers » identifiés et traités, soit environ 400 femmes par an pour le centre.

Nous avons donc retenu l'étude du processus de prise en charge du cancer du sein en phase initiale. L'étude s'est réalisée sur une période de 9 mois, de janvier à septembre 1997.

Les objectifs opératoires consistaient à réaliser une modélisation du processus de prise en charge du traitement initial du cancer du sein, à déterminer la forme dominante du processus de prise en charge issue de l'exploitation des relevés et des données statistiques relatives aux choix des acteurs, à caractériser le processus de prise en charge dominant en le valorisant par les temps de chaque activité et les délais identifiés aux interfaces entre celles-ci. Il s'est agi ensuite de constituer, sur la base de ces différentes modélisations, la mise en place d'une démarche d'amélioration élaborée à partir de la trajectoire globale du malade, et d'y associer un tableau de bord élaboré sur le suivi de la trajectoire du malade⁵⁹².

Après avoir présenté la méthode et les résultats obtenus, nous verrons les possibilités de reconfiguration du processus de prise en charge et la construction des indicateurs de suivi du processus ; puis nous verrons en quoi la structuration par les processus de prises en charge peut changer les modes d'action de l'hôpital.

1.1.1 La méthode

La modélisation de la prise en charge débute par le premier appel téléphonique ou la première venue physique du malade au centre Raoul Follereau* et se termine après la réalisation du premier traitement de chimiothérapie et/ou radiothérapie.

Les processus de prise en charge de suivi, de rechute ou de reconstruction ne font pas l'objet d'une étude détaillée, mais sont abordés de fait par leurs interdépendances très fortes avec le processus de prise en charge du traitement initial du cancer du sein.

La réalisation de ce projet s'est appuyée sur les travaux d'un groupe de travail pluridisciplinaire et inter-hiérarchique complétés par des entretiens individuels lorsque des informations plus spécifiques disponibles auprès de personnes extérieures au groupe de travail étaient nécessaires. Nous avons complété les travaux du groupe par une observation directe dans les services.

- Le recueil de l'information

La production du groupe de travail a consisté à :

- effectuer le récit d'une prise en charge type, représentative de la « moyenne » des prises en charge effectuées ;
- critiquer la modélisation du récit jusqu'à ce que celle-ci corresponde à la réalité perçue par le groupe ;
- valider la modélisation proposée du récit jugé conforme à la prise en charge réelle perçue par le groupe.

Le groupe de travail est composé de membres volontaires représentant les différentes catégories socio-professionnelles qui participent directement ou indirectement à la prise en

⁵⁹² L'ensemble des résultats est présenté dans : GRAPHOS, *La formalisation du processus de prise en charge du cancer du sein en phase initiale*, Rapport d'étude, Lyon, GRAPHOS, sept. 1997, 45 p.

charge du malade au centre Raoul Follereau* : personnels administratifs, logistiques, médicaux, sociaux et soignants ; ils ont participé aux réunions en dehors de leurs heures de travail.

Durant les 9 mois de l'étude, sa composition a évolué en fonction des processus et sous-processus étudiés, des centres d'activités et des disponibilités des uns et des autres ; cependant, un noyau stable d'une dizaine de participants s'est progressivement constitué, comportant deux médecins, deux chirurgiens, l'infirmière générale, la responsable de l'accueil, une surveillante de chirurgie, la surveillante du service de jour, le responsable de la radiologie, la responsable du bureau des entrées.

De fréquence mensuelle, ces réunions de travail se décomposaient schématiquement en trois phases : une présentation des travaux, modélisation ou dépouillement d'enquêtes que nous avons effectués, une discussion suivie de la modification ou de la validation de ces travaux par le groupe de travail, et une séance de travail sur une activité ou un processus nouveau.

Cependant, les réunions de groupe de travail ne peuvent suffire à fournir toutes les informations nécessaires à la modélisation complète d'un processus. Lorsque dans le cadre de notre analyse des besoins d'informations complémentaires sur des activités ou des modes opératoires précis du processus étudié sont survenus, des interviews avec le personnel médical ou administratif ont été réalisées.

La première partie de l'entretien consistait en une présentation de la modélisation du processus élaborée par le groupe de travail, la deuxième partie étant consacrée au sujet de l'entrevue.

Nous avons ensuite mis en place des fiches de relevés aux points de coordination des activités du processus de prise en charge.

- La modélisation du processus

La modélisation du processus passe par une première cartographie des activités à partir d'une recherche leurs enchaînements.

Le groupe de travail décrit le processus, chaque participant prenant la parole lorsque l'avancement de la description aborde un domaine qui lui est familier. Chaque sous processus doit être validé par l'ensemble du groupe de travail pour être considéré comme une traduction exacte des modes opératoires réels. Dans un deuxième temps, entre les réunions de travail communes, nous formalisons le processus sous forme de logigrammes simplifiés et compréhensibles par tous. Dans un troisième temps, lors de la réunion suivante, après la présentation du processus formalisé effectuée par les chercheurs, le groupe discute, modifie ou valide le schéma représentatif de la prise en charge.

Cette phase d'élaboration de la cartographie des processus permet à chacun des acteurs de découvrir et de se positionner au sein du processus global et d'appréhender les difficultés rencontrées par les acteurs situés en amont et en aval de sa position dans le processus.

Elle constitue une aide à la découverte et à la compréhension des univers et des logiques des autres services.

Chaque intervenant visualise les conséquences de chaque action aux différentes étapes et notamment les problèmes existants ou potentiels liés aux interfaces entre services.

L'étape suivante consiste à identifier les ressources mises en œuvre.

Elle intègre les modes d'organisation dans le déroulement du processus par la détermination des acteurs et des moyens matériels nécessaires à la réalisation des différentes activités. Il s'agit de quantifier et d'isoler les lieux de consommation de ces ressources.

Une fois ce recensement effectué, nous déterminons les flux majeurs composant le processus à partir des choix décisionnels des acteurs au cours de la réalisation du processus. Chaque nœud de décision au sein du processus constitue en effet un centre de répartition des flux entre différents sous-processus de prise en charge. Ainsi, la décision de faire ou non des examens

complémentaires oriente le patient vers deux circuits différents et induit des temps de réalisation différents. La détermination du flux majeur se réalise par les enquêtes sur le terrain.

Après avoir identifié les flux majeurs et les postes qui réalisent les activités, une mesure des temps de réalisation des activités est réalisée par les acteurs eux-mêmes. La mesure des activités par des observateurs externes était délicate à réaliser.

Les temps d'attente entre chaque activité sont également mesurés. Deux types de temps d'attente peuvent être identifiés, les temps d'attente délibérés et les temps d'attente involontaires. Les premiers sont décrits dans la modélisation logique de la prise en charge comme étant intégrés aux activités de contrôle nécessaires à la suite de la réalisation d'une activité. Par exemple, le retour au sein du service d'accueil après l'opération durant trois jours est un temps d'attente délibéré. Ces durées ont été communiquées par les membres du groupe de travail.

Les temps d'attente involontaires ne sont pas décrits dans la modélisation logique comme étant des activités à part entière, mais proviennent des problèmes de disponibilité d'au moins une ressource nécessaire à la réalisation de l'activité suivante dans le processus. Le délai séparant la consultation de chirurgie de l'admission médicale préopératoire en est une illustration. Ces temps ont été calculés à partir des valeurs relevées dans le cadre des enquêtes effectuées et des relevés du terrain.

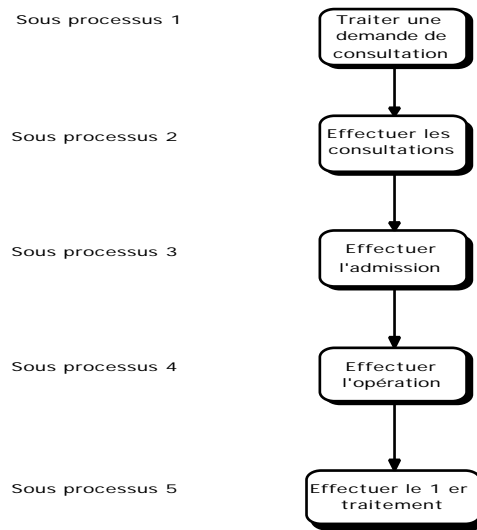
Trois feuilles de relevés ont été élaborées dans le cadre de cette étude, concernant des points critiques du processus : suivi de demande de consultation, examen et accord de l'anesthésiste. Ces feuilles de relevés étaient disposées à l'accueil, dans les secrétariats médicaux et dans les salles de consultations. Elles ont été réalisées au cours du mois de juin 1997 (période « neutre » sans effet de saisonnalité connu) et ont conduit à l'enregistrement de 1 000 relevés.

1.1.2 Les résultats obtenus

Nous présentons ci-dessous des exemples de la modélisation du processus de prise en charge du cancer du sein. L'ensemble des schémas est présent en annexe.

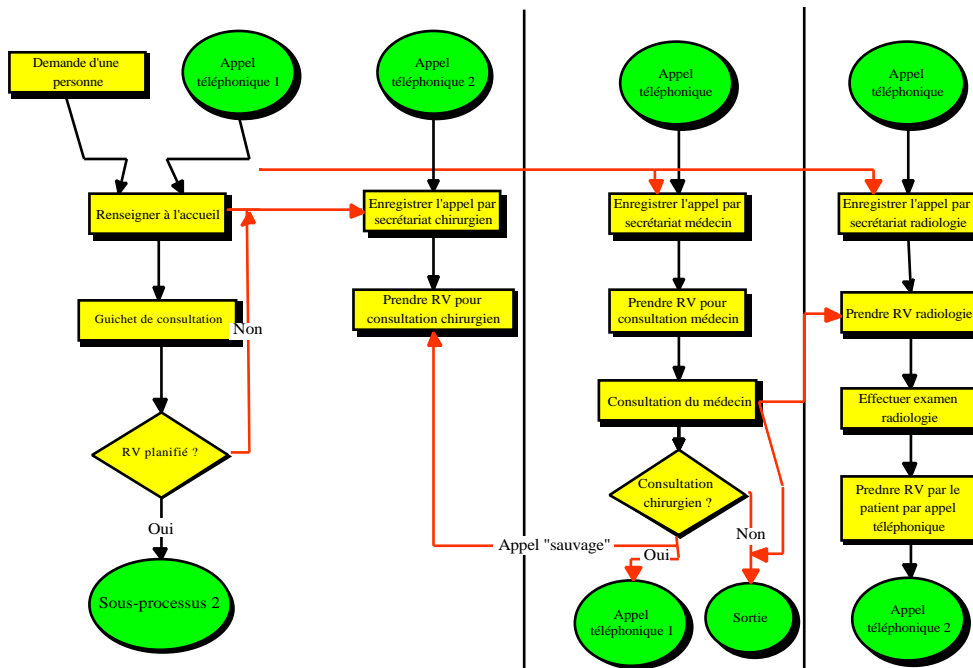
Le processus global se présente ainsi :

Figure 24 : Processus global



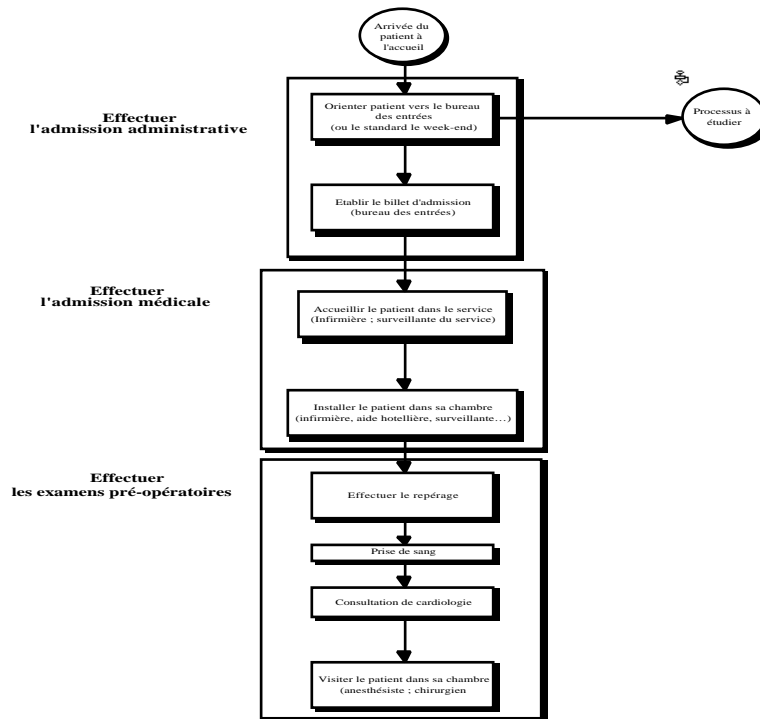
Le sous processus 1 « Traiter une demande de consultation » est le suivant :

Figure 25 : Sous processus 1



Le sous processus 3 « Effectuer l'admission » se présente ainsi :

Figure 26 : Sous processus 3



Chaque activité présentée fait alors l'objet d'une décomposition plus fine en tâches élémentaires, par exemple :

Tableau 30 : Décomposition d'une activité en tâches

Activités	Tâches
Gérer le dossier de soins	Ouvrir un dossier pour chaque patient Transcrire les diagnostics infirmiers et les transcriptions médicales Transmettre les dossiers entre les unités de soins
Gérer les risques de contagion	Élaborer un protocole de précaution à destination des personnels Désinfecter ou stériliser la salle d'examen Jeter le matériel à risque S'assurer du suivi et de la pertinence des protocoles

Pour les activités critiques, une analyse plus fine est réalisée à partir d'indicateurs discriminants déterminés par le groupe :

Tableau 31 : Indicateurs discriminants de l'activité

Activités	Tâches	Facteur de variations	Inducteur de coût	Inducteur de qualité	Inducteur de délai
Accueil	Accueil téléphonique Accueil physique	Langue Angoisse + Absence de couverture sociale Retard de RV Manque de pièces au dossier	Temps de secrétariat	Lignes directes, nombre de sonneries avant décrochage Capacité à appréhender et gérer chaque situation message d'attente	Temps d'attente Disponibilité des plannings Présence de l'information (planning RV)

Suite à cette première approche est réalisée une modélisation du processus dominant valorisé, en deux temps, l'analyse quantitative, qui détermine les flux principaux de prise en charge consécutifs aux choix décisionnels des différents acteurs et le repérage et la valorisation des temps traduisant les durées des activités et les temps d'attente inter-activités et inter-phases.

L'analyse quantitative du processus est directement issue des résultats des feuilles de relevé mises en place tout au long du processus logique déterminé lors de la phase précédente.

A titre d'exemple, le processus intégrant une consultation de chirurgie est le suivant :

Sur la base des relevés effectués entre le 1er et le 30 juin 1997 lors de la consultation de chirurgie (dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein), la répartition des patients suivant le motif de consultation se définit ainsi :

Tableau 32 : Répartition des patients

Motif de la consultation	Nombre de fiches	Pourcentage
Nouveau patient	46	12 %
Rechute	13	3,5 %
Reconstruction	6	1,5 %
Suivi classique	319	83 %
Total	384	100 %

La prise en charge initiale du cancer du sein, concerne donc une part relativement faible du nombre de patients vus en consultation, soit 12 % du total de l'activité consultation chirurgie, le principal objet de cette activité étant consacré au suivi classique de patients.

Le repérage et la valorisation des temps spécifient essentiellement deux états, les délais d'attente et les durées d'activité.

Les délais d'attente se situent :

- au moment de la prise de rendez-vous de consultation, correspondant au délai d'attente compris entre la date de demande de rendez-vous et la date de consultation effective de chirurgie. Dans les cas étudiés, le délai d'attente est au minimum de 4 jours et s'élève à 60 jours, avec une valeur moyenne de 15 jours et un écart-type de 15 jours... significatif d'une grande disparité de la distribution des délais. La médiane est de 8 jours.

- avant la réalisation de l'opération, qui correspond au délai d'attente compris entre la date de réalisation de la consultation de chirurgie et la date d'admission pour la réalisation de l'opération. L'attente s'étale de 6 à 79 jours, avec une valeur moyenne de 19 jours et une médiane de 16,5 jours.

- le délai d'attente préopératoire correspond à la durée s'écoulant entre la réalisation des examens préopératoires et l'heure de l'intervention. Les admissions des patients à opérer ayant lieu la veille de l'intervention, nous avons estimé ce délai à 12 heures environ. Elle correspond à la nuit précédant l'opération.

Les durées des activités se répartissent de la façon suivante :

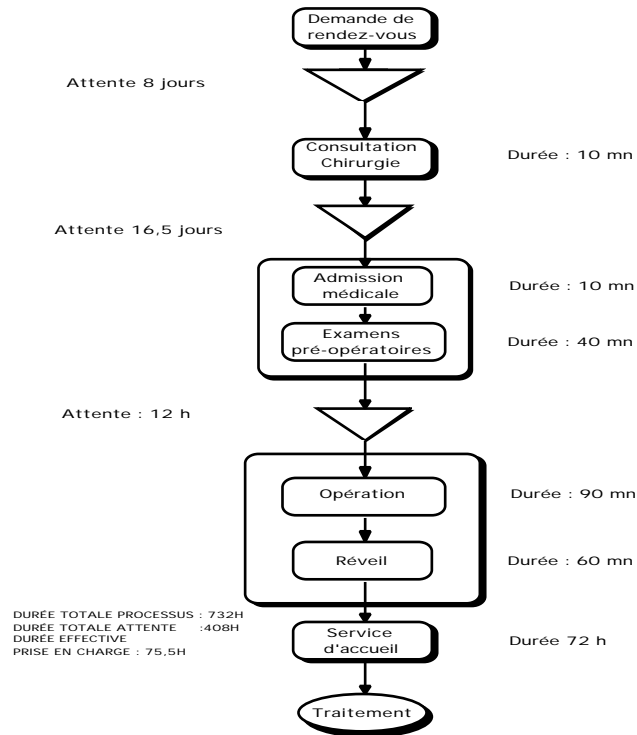
- la consultation de chirurgie est issue du traitement statistique des fiches « examen » des 46 nouveaux cas traités au cours du mois d'observation. La durée de consultation s'échelonne de 3 minutes à 1 heure, pour une moyenne de 14 minutes et une médiane de 10 minutes.

- l'admission médicale correspondant à l'accueil du malade dans le service et à son installation dans sa chambre a été estimée à 10 minutes.

- les examens préopératoires comprennent le repérage, la prise de sang, la consultation de cardiologie et la visite du patient dans sa chambre par le chirurgien et l'anesthésiste. L'ensemble de ces opérations a été estimé à 40 minutes.

- l'opération, dans le cas d'un cancer du sein phase initiale, est de 1 heure 30 minutes environ ; ces données nous ont été communiquées par les chirurgiens.
 - la phase de réveil pour cette opération est d'environ 1 heure d'après l'avis des médecins.
 - le retour dans le service d'accueil est, en moyenne d'une durée de trois jours.
- L'ensemble du dispositif conduit alors à la modélisation suivante :

Figure 27 : Durée du processus



La description d'un tel processus sur le papier ne doit pas être confondue avec le protocole médical ou de soins. Elle constitue plutôt l'ébauche d'un référent commun, organisationnel, préalable à une harmonisation des pratiques et des codifications, et surtout, support d'une évaluation de la prise en charge organisationnelle du patient.

Même s'ils sont le fruit d'une démarche consensuelle, ces résultats en l'état ne présentent pas des éléments immédiatement intégrables dans le pilotage du processus. La phase de reconfiguration et de détermination des indicateurs pertinents est alors la plus structurante.

1.1.3 La reconfiguration du processus et la construction des indicateurs

Deux types de pistes de travail peuvent être envisagées, celles relatives à la conception du processus et celles relatives à la performance globale du processus.

- La reconception du processus

Dans le processus actuel tel qu'il est décrit, le groupe a choisi deux éléments à approfondir, considérés comme essentiels dans la prise en charge : la gestion des demandes de consultations téléphoniques et la position de la consultation d'anesthésie. L'importance attribuée à ces éléments n'est pas liée à leur caractère médical ou non, et aurait pu difficilement émerger dans le cadre d'une réflexion strictement médicale ou soignante.

La gestion des demandes de consultations téléphoniques :

L'analyse des appels distribués par le standard montrent que 76 % des appels sont destinés à deux services, médecine et chirurgie. 10 % des appels sont destinés au service radiothérapie, *a priori* effectués par des personnes connaissant déjà le centre donc qui auraient pu utiliser un numéro de ligne directe, intensifiant un peu plus la concentration sur les deux principaux services.

A ce stade, le redécoupage du standard auprès des secrétariats de service est une option étudiée.

La position de la consultation d'anesthésie :

Lors du déroulement du processus, la consultation d'anesthésie a lieu après réservation de l'ensemble des ressources nécessaires à la réalisation de l'opération. En cas de contre indication d'anesthésie entraînant l'annulation ou simplement le report de l'intervention, toutes les ressources (plages horaires) doivent être redistribuées, entraînant une multiplication des actes de réservation et de blocages de ressources inutiles, effectués en plus manuellement par la secrétaire médicale. Suite à ce constat, la réalisation d'une pré-consultation d'anesthésie a été suggérée, modifiant la définition du processus.

D'une façon plus générale, les acteurs de la prise en charge ont renoncé, dans le cadre de la phase initiale, à une régulation par ajustements mutuels pour adopter un conduite plus formalisée.

- La définition des critères de performance de la prise en charge

L'approche par les processus permet de renverser le système d'information traditionnel, permettant la création d'indicateurs de gestion transversaux définissant directement le niveau de performance des processus de prise en charge. Le suivi de ces indicateurs privilégie donc la recherche d'un optimum global par la coordination plutôt que plusieurs optimums locaux. Ils peuvent difficilement être déterminés *a priori* et varient en fonction du moment de la prise en charge.

Par exemple, les critères de qualité associés à la prise en charge du cancer du sein variant en fonction de l'étape de la prise en charge ont été définis comme les suivants :

Tableau 33 : Étape et critères qualité de la prise en charge

Étape de la prise en charge	Critère qualité principal
Annonce, découverte	Confiance
Bilan initial	Rapidité
Prise en charge thérapeutique	Efficacité
Surveillance	Disponibilité, suivi
Rechute(s)	Flexibilité
Aggravation ultime	Humanité

Les délais optimaux varient également en fonction des stades d'évolution du cancer et de l'étape de prise en charge. Ainsi, pour le cancer du sein, les délais optimaux ont été définis par le groupe comme les suivants :

Tableau 34 : Délais optimaux de la prise en charge

Étape de la prise en charge	Délai optimal
Annonce, découverte	1-5 jours
Bilan initial	7 jours
Prise en charge thérapeutique	0
Surveillance	mensuelle la première année, puis semestrielle et annuelle
Rechute(s)	0
Aggravation ultime	0

Ces critères sont des optimums. Dans le suivi de la prise en charge au quotidien, il convient de définir des intervalles de délais qui semblent raisonnables, compte tenu du contexte organisationnel.

Dans le cadre de la phase initiale, deux critères en particulier ont été définis comme prioritaires et significatifs de l'efficacité du processus : le premier est orienté vers la gestion de la consommation des ressources et donc l'efficacité du système ; le deuxième est orienté vers la gestion des délais et l'efficacité du système.

La valorisation de la consommation des ressources s'exprimant principalement en temps des activités concourant à la réalisation de la prise en charge permet la création de postes de charge, lieu où sont réalisées les activités. Pour notre processus, les postes de charge sont par exemple la consultation de chirurgie, l'admission médicale, les examens préopératoires, l'opération, le réveil ou le service d'accueil. A ce jour, quelques postes, tels que l'opération à travers le bloc opératoire, sont déjà gérés, d'autres, comme les consultations de chirurgie, sont suivis, certains enfin, tels l'admission médicale ou certains examens préopératoires, sont exonérés de toute évaluation. L'intérêt majeur d'une connaissance de ces postes réside avant tout dans la planification des ressources en fonction de la demande.

La valorisation en temps des délais et des temps d'attente organisationnels permet de visualiser les temps de réponse du système de prise en charge. Sur le processus étudié, les temps d'attente situés entre la demande de rendez-vous et la consultation de chirurgie ou les temps d'attente situés entre la date de consultation et la date d'admission pour l'opération sont des temps d'attente organisationnels. Ils représentent pour le malade des résultats perceptibles de l'organisation et ils sont des critères de satisfaction ou d'insatisfaction. Plus ils sont importants et plus le degré d'insatisfaction ou d'angoisse des malades est potentiellement important, le souhait de chacun étant d'être pris en charge dans les plus brefs délais. Un indicateur de mesure de la performance d'un processus est donc le ratio du temps effectif de prise en charge médicale

sur le temps global de réalisation de la prise en charge. Dans notre cas, le processus global peut se décomposer comme suit en nombre d'heures :

- durée globale de la prise en charge : 30,5 jours soit 732 heures
- durée effective de prise en charge médicale : 75,5 heures soit environ 10 % de la durée globale
- durée d'attente inter processus : 408 heures soit 56 % de la durée globale de prise en charge.

Ce premier niveau d'analyse ne prend pas en compte les temps d'attentes situés à l'intérieur des activités, par exemple les attentes le jour de la consultation de chirurgie ou le jour de l'admission avant l'opération. Ces temps représentent 34 % de la durée globale. Le suivi du ratio « durée effective de prise en charge médicale/durée globale de prise en charge » est alors défini comme critère de mesure de l'évolution dans le temps de l'efficacité du système organisationnel de prise en charge.

1.1.4 La structuration de l'action par les processus de prise en charge

Elle peut s'identifier dans les prolongements de la modélisation du processus de prise en charge, et dans la construction d'une représentation des activités des acteurs à la fois finalisée et partagée.

- Les prolongements de la modélisation

La modélisation a permis la mise en place d'axes de travail sur deux objectifs transversaux : la gestion des compétences et la gestion de la qualité.

La gestion des compétences

La modélisation du processus se révèle un outil pédagogique efficace car elle aide chacun des acteurs, à son niveau, à comprendre le processus complet de prise en charge. En effet, chaque intervenant peut « lire » sa position au sein du processus, identifier clairement ses interlocuteurs privilégiés et appréhender les gestions en amont et en aval de son activité.

A partir des schémas de processus décrits ci-dessus, chaque intervenant de la prise en charge initiale du cancer du sein a eu la possibilité de se situer localement tout en ayant la vision globale des opérations. L'examen localisé de sa position lui permet de visualiser ses interlocuteurs privilégiés, c'est à dire les personnes avec qui il a un contact direct et régulier dans le cadre de ses activités.

Dans l'univers complexe de la production de soins, la formation en continu de chacun à la connaissance de son environnement social, technique et organisationnel est un facteur clé d'amélioration du système. Cette connaissance de l'environnement permet aux protagonistes du processus de juger de la pertinence de leurs actes et éventuellement de supprimer ou de corriger les actions qui ne sont pas « nécessaires à la 'juste' prise en charge », c'est-à-dire non conforme à la finalité organisationnelle du processus défini.

La gestion de la qualité

La modélisation du processus participe à la fois à la définition de la qualité souhaitée, à sa maîtrise et à l'amélioration de la qualité perçue.

Avant tout, elle aide à construire la qualité voulue : pour tout processus jugé prioritaire, l'objectif est d'identifier les zones à risques situés aux interfaces entre activités, de lister les risques correspondants et de mettre en place les plans d'actions éliminant au maximum les

conditions d'apparition des problèmes. Cette démarche correspond à l'initialisation de la rédaction de procédures qualité de prise en charge des malades. Si les processus fournissent les moyens d'une représentation globale, leur finalité est déclinée dans des procédures organisationnelles, reprenant la définition des indicateurs centrés sur la prise en charge et placés sur les zones à risques et permettant de surveiller la réalisation du processus.

La modélisation du processus a ainsi permis une analyse opérationnelle des résultats et des dysfonctionnements survenus en cours de prise en charge car elle est la référence partagée de l'ensemble des acteurs évoluant autour de la prise en charge.

- La construction d'une représentation finalisée et partagée

La modélisation du processus de prise en charge du cancer du sein en phase initiale est à prendre comme une démarche heuristique permettant à un ensemble d'acteurs de l'hôpital de se construire une représentation finalisée et partagée de la prise en charge. La finalité clairement exprimée au début de l'étude consistait à comprendre l'organisation de la prise en charge par une analyse des activités et à l'améliorer. Cette « amélioration » est de deux ordres. Le premier consiste à jouer sur l'organisation des étapes afin d'ajuster les délais par rapport à un idéal de prise en charge. Le second consiste à réinterroger la logique mise en œuvre, à identifier les points de ruptures possibles, à redéfinir la prise en charge autour du patient. Dans les deux cas de figure, le gestionnaire n'intervient pas dans les étapes techniques définies, lieu d'expertise médicale et/ou soignante, mais aux intersections, aux interstices des différents moments de prises en charge. La problématique posée, au delà de la question de l'apprentissage organisationnel à long terme est donc une problématique de coordination, d'ajustement formalisé entre acteurs.

L'intérêt de la définition par le groupe du processus de prise en charge et des indicateurs de performance associés réside dans l'abandon d'une prétendue objectivité, pour affirmer, au contraire, la spécificité d'une offre de soins dans une organisation. L'intérêt de la modélisation par les processus, dans la description chronologique des activités mises en œuvre, réside dans la construction commune aux acteurs de la prise en charge à partir de leurs représentations singulières. La modélisation du processus est représentative de l'intersubjectivité. Il reste à y associer pour permettre un pilotage du processus des indicateurs cibles en terme de qualité, délais, coût et utilité sociale de l'activité, l'ensemble du processus étant sous la responsabilité d'un « ingénieur de production de soins », dont le profil peut être cherché dans des cadres infirmiers supérieurs, dotés d'une autorité forte par la hiérarchie administrative et médicale. Le processus de construction lui-même contribue ainsi, très concrètement, à la congruence progressive de ces interactions finalisées entre acteurs, qui, *in fine*, renforcent conjointement la définition et le pilotage du projet.

- Les limites du dispositif

Elle se situe au niveau des problèmes rencontrés dans le groupe de travail, le recueil des données, et au processus lui-même.

La gêne constituée par le caractère évolutif du groupe de travail dans son ensemble a été minorée par la présence continue d'un « noyau dur » qui a pérennisé l'élaboration de la modélisation du processus. Les premières réunions ont été particulièrement délicates à mener, dans la mesure les parties prenantes au projet n'envisageaient pas qu'une finalité spécifique autour de la prise en charge était concevable, et où chacun se réfugiait derrière son vocabulaire spécifique et ses propres grilles de lecture du problème.

Le recueil des données a suscité des problèmes techniques de collecte, qui ont été résolus par un suivi personnalisé du dispositif auprès des secrétariats.

La limite principale de l'étude tient au choix du processus lui-même. Par définition, le processus de prise en charge du cancer du sein est le plus fréquent. Il était donc pertinent de le retenir pour sa modélisation. Mais, par sa récurrence, il est le processus le plus connu et le plus maîtrisable par les acteurs. De même, la phase initiale de la prise en charge pouvait être considérée comme aisée à modéliser parce que relativement technique et condensée dans le temps et l'espace.

Mais notre parti pris reposait sur l'apprentissage par pallier. La généralisation immédiate du dispositif aurait découragé les acteurs de l'établissement, et l'étude aurait échoué à coup sur. En outre, ce processus relativement bien connu et stabilisé du point de vue médical était, aux yeux de tous, un exemple d'organisation à suivre. La modélisation a montré qu'il pouvait encore largement être amélioré, et qu'à ce titre, il n'était pas « routinisé » correctement.

Il reste que, si la prise en charge organisationnelle du cancer du sein a été améliorée, l'établissement n'est pas à ce jour suffisamment préparé à une généralisation du dispositif.

1.2 DES PROCESSUS AUX CONTRATS DE PRISES EN CHARGE : LE CENTRE MEDICAL DES HAUTS PICS*

Le point précédent a illustré les possibilités d'instrumentalisation du projet par les processus de prises en charge. Dans son prolongement, nous souhaitons présenter maintenant un cas où, par le projet d'établissement élaboré autour des processus de prises en charge, s'est constitué un dispositif de *contractualisation* de ces prises en charge avec l'ensemble des parties prenantes aux soins réalisés.

1.2.1 Le contenu du projet

L'Association des Hauts Pics*, située dans la région Rhône-Alpes, dirige trois établissements rattachés à la mission de service public hospitalier et éclatés sur quatre sites distincts. De ce fait, les règles de contrôle et de financement de l'établissement sont semblables à celles d'un hôpital public.

Ses spécialités varient de la rééducation fonctionnelle à la pneumologie, en passant par un centre de cure et de réadaptation. D'une façon générale, l'établissement touche une population âgée, avec ses pathologies associées.

Dans le cadre de la complémentarité des soins, de leur proximité et de leur accessibilité, préconisées par le Schéma régional d'organisation sanitaire, une démarche par processus de prise en charge est envisagée dans l'opérationnalisation du projet d'établissement. Ainsi, l'offre de soins n'est plus envisagée comme une « offre par service » ou par établissement, évaluée en nombre de lits et en spécialité, mais en terme de filières de prise en charge, qui se traduit en terme de :

- soins de post réanimation de haute technicité ;
- soins spécifiques par pathologie ;
- soins généralistes.

Le projet envisage de déployer l'ensemble de ces soins sur quatre sites : la post réanimation à proximité d'un plateau technique de pointe d'une clinique de centre ville, un ensemble de soins de jour de rééducation et de cardiologie, un ensemble de soins de suite et de réadaptation à moyen terme.

Pour structurer la filière, deux départements inter sites sont alors rapidement créés : un département de rééducation fonctionnelle, et un département de soins de suite et médecine/oncologie. Ce redéploiement géographique et de compétences est légitimé par deux principes, qui sont le principe de subsidiarité (chaque niveau réalise la prise en charge pour laquelle il est spécialisé), et la mise en commun des ressources médicales et paramédicales. C'est par ce « pool de ressources » que pourront se structurer les coopérations entre établissements, par le biais de contractualisations en filières, comme la filière cardiaque ou la filière psychiatrique.

Le parti pris a été, contrairement aux pratiques habituelles, de ne pas considérer les établissements par service. Il s'est agi, au contraire, de réunir l'ensemble des prestations autour de projets de prise en charge des patients : l'offre de soins n'est plus envisagée par service, mais par filière.

La méthode s'applique ici dans le cadre de la coopération entre plusieurs établissements complémentaires.

1.2.2 De la définition des processus à la contractualisation des prises en charge

L'anticipation du système de prise en charge du malade est particulièrement délicate dans la gestion sur place du malade en service, mais aussi dans l'articulation entre établissements de court et moyen séjour. La décision tardive de placement d'une personne dans un centre de moyen séjour se traduit par des ajustements mutuels délicats, effectués au dernier moment, et qui ne permettent pas toujours une saine préparation du patient à son départ. Afin de formaliser cette anticipation, le principe de la contractualisation avec les établissements adresseurs et les patients a été retenu : l'établissement s'engage à délivrer une prestation globale au malade, évaluable en terme d'utilité, coûts, qualité, délais. Ces « contrats d'activité » visent essentiellement à fixer et formaliser le plus possible le processus de prise en charge du patient.

D'un ensemble de prestations médicales et soignantes juxtaposées et spécifiques à chaque centre, l'organisation par processus a conduit à une collégialisation de la prise en charge. Elle se traduit par la structuration de l'offre en *pool de ressources*.

La capitalisation des savoirs organisationnels est également un axe structurant, dans la mesure où il n'existe aucun référent en la matière. Elle permet d'établir, à la manière des *guidelines* anglo-saxons, un guide des bonnes pratiques, tant sur le plan médical, que sur le plan soignant, logistique ou administratif, c'est-à-dire sur l'ensemble du processus de prise en charge.

- La création d'un pool de ressources

La première étape d'une structuration de l'offre de soins en processus a été la création d'un pool de ressources communes aux différents établissements, afin de casser les représentations classiques en terme d'offre par service. Le pool de ressources médicales et de rééducation est constitué de deux corps professionnels, liés à l'établissement par contrat de travail ou les professionnels d'autres établissements, liés au Centre Médical des Hauts Pics* par une convention.

Trois processus majeurs ont été identifiés : le processus « rééducation », le processus « surveillance générale », et le processus « soins de suite ».

Dans le processus « rééducation », la prise en charge est la suivante : les médecins ne sont plus affectés à un site exclusivement, mais apportent leurs compétences à l'ensemble des sites. Ils sont responsables de la formalisation de la prise en charge, de son affection et de son contrôle. Ils animent les équipes de rééducation. Ainsi, l'espace de soins se trouve modifié, dans la mesure où ce sont les professionnels de la rééducation qui circulent désormais sur l'ensemble des sites en fonction des besoins des patients, et non plus les patients qui se déplacent.

Le processus « surveillance générale » est piloté par les médecins généralistes, responsables sur un site donné de l'état d'un certain nombre de patients. Ils assurent la coordination de la prise en charge entre les différents acteurs sous la responsabilité du médecin rééducateur. Ce processus est en quelque sorte le processus « interface » de l'ensemble des moments de prise en charge.

Le processus « soins de suite » est géré, pour l'état de santé global du patient par des médecins généralistes, mais ces derniers peuvent être remplacés par des spécialistes en neurologie ou cardiologie : les professionnels disposant d'une compétence rare spécifique sont mis à la disposition de l'ensemble des sites et sont, eux aussi, mobiles.

Ainsi, la structuration de la prise en charge du patient s'opère sur deux niveaux :

- sur un site donné, le médecin généraliste est responsable de la prise en charge globale et assure la collaboration des différents professionnels

- le médecin rééducateur reste le correspondant du médecin adresseur, externe au processus.

Cette structuration s'apparente à une forme matricielle, dans la mesure où elle croise les compétences et les sites.

- Une contractualisation avec les adresseurs et les familles

Un contrat de coordination est passé avec les adresseurs. L'établissement de soins de suite s'engage sur un certain nombre de places disponibles, avec les profils de malades correspondant par période de 15 jours tous les lundis, et l'établissement adresseur qui s'engage à respecter le profil de malade désiré est servi en priorité. 80 % des patients ont des prises en charge standard aisément planifiables. Les 20 % restant, constituant des patients très lourds, supposent l'avis du comité d'admission de la structure, qui se réunit ponctuellement. Deux contrats de coopération ont été passés à ce jour, et dépassent largement les structures « réseaux » mises en place actuellement, qui sont en fait des accords d'adressage de coopération ponctuelle, mais non de coordination : la formalisation de la prise en charge et sa systématisation ne sont pas envisagés dans les réseaux traditionnels, qui s'apparentent à une écriture des réseaux professionnels informels existants.

La contractualisation avec le patient et sa famille passe par l'élaboration d'un « contrat » entre le patient et l'équipe de prise en charge, destiné à fixer *a priori* les engagements de l'équipe soignante, tant en terme de qualité et de quantité de soins que de délais. Le contrat reprend un memorandum de prise en charge décrivant la nature des prestations effectuées (soins de kinésithérapie, d'ergothérapie, évalués en quantités), ainsi que le déroulement des grandes étapes de la prise en charge. Il reprend également des engagements en terme de planning, fixant les étapes du processus de prise en charge, fournit des engagements de l'établissement en terme de critères de performance, de qualité, et de sécurité, ainsi que des engagements sur des critères de consommation de ressources. Dès lors, par la définition *a priori* des processus de prise en charge, un certain niveau de prestation est garanti... et par là explicité et formalisé. En outre, la famille et les médecins adresseurs se trouvent directement impliqués dans la prise en charge du patient, ce qui ajoute de la valeur à la prestation, la relation avec la famille étant intégrée au processus.

- Une prise en charge collégiale

Pluridisciplinaire, l'équipe de *gestion* de la prise en charge est animée par le médecin rééducateur. L'outil de gestion support en est le dossier de prise en charge, ossature du dossier médical. Il comporte 3 volets : le contrat initial passé entre l'équipe soignante et le malade, le suivi organisationnel et thérapeutique de la réalisation de la prise en charge, la synthèse de la prise en charge, effectuée après le départ du patient, permettant une capitalisation de l'expérience acquise. Le malade et l'équipe soignante disposent ainsi à la fin du séjour d'un document permettant d'objectiver le degré d'accomplissement des objectifs, et leur décalage éventuel avec la

réalité des soins. Le dossier est le ciment de la formalisation du processus. Il permet de comparer objectivement le réel à l'idéal, de mesurer un écart à la norme.

L'exploitation des dossiers image de chaque prise en charge permet, en complément du PMSI, de créer une base de données touchant à la fois des informations médicales et organisationnelles. Ce dossier de prise en charge est un élément fondamental de stabilisation des pratiques, pouvant conduire partiellement à une standardisation des modes de prises en charge des patients et à une réflexion sur l'amélioration du processus global de soins.

1.2.3 *Les prolongements et limites du dispositif*

Le processus de déploiement des contrats de prises en charge est encore récent, puisqu'il découle de la mise en œuvre du projet d'établissement écrit à mi 1997. Nous manquons donc de recul pour juger de la solidité de la restructuration des modes d'action. Toutefois, on peut noter que la dynamique interne mise en place est incontestable : afin de préciser le contenu des contrats de prises en charge et le champ de l'engagement de l'établissement, dix groupes de travail transversaux, constitués par prises en charge ont été constitués afin de réaliser un auto diagnostic sur les dysfonctionnements existants. C'est ainsi que plus de 200 dysfonctionnements ont été décrits et écrits, répertoriés, analysés. Il s'est alors agi de les réintégrer dans la perspective du projet, afin d'éviter le risque d'une dérive instrumentale dans la mesure où un dysfonctionnement n'est jamais qu'un écart appréhendé en rapport à l'idéal du groupe. Ainsi, au niveau du groupe, un retard de prise en charge peut être identifié comme organisationnel alors qu'au niveau de l'établissement la cause sera informationnelle. Le projet permet ces allers et retours entre analyses locales et synthèse, à condition de supposer que son déploiement et sa construction sont permanents et interdépendants, et non séparés en deux phases.

Le danger de la contractualisation réside essentiellement dans l'aveuglement des acteurs par l'outil. Cet aveuglement est de plusieurs ordres. Le premier est technique : il suffirait d'appliquer le contrat pour que la prestation soit de qualité. Un dispositif de bouclage de la pertinence du contrat doit être dès lors inséré, mais est vécu paradoxalement comme une mesure de contrôle externe du contrat, dans la mesure où ce dernier est élaboré conjointement par les professionnels et le patient. Le deuxième aveuglement est sociologique. Le principe même de la contractualisation est difficilement accepté par des professionnels pour qui une relation de soins comporte une dimension informelle. Un dévoilement de ses pratiques est une exposition de ses activités aux autres : exprimer, formaliser la valeur qu'on attribue aux soins, c'est la réduire au dicible, mais c'est surtout remettre en cause potentiellement le principe de compétence intrinsèque du professionnel. En outre, les jeux d'acteurs en œuvre tant dans la constitution du contrat que dans son évaluation ne peuvent être ignorés et doivent être intégrés dans une gestion des contradictions, paradoxale, qu'une vision réduite des relations organisationnelles considère comme simplement contradictoire. Le troisième aveuglement réside dans le fait que la contractualisation peut tout régler dans la prise en charge du patient : elle peut être considérée progressivement comme une finalité en soi et non plus comme un moyen, alors qu'elle doit permettre la construction d'une réponse singulière entre une attente parfois difficilement exprimable et une offre structurée autour de savoir-faire existants.

Une possibilité, mais non une échappatoire, de limiter ces aveuglements réside dans la construction d'outils de natures multiples. Le déploiement du projet par le management de la qualité en est une facette. Nous l'aborderons dans la section suivante.

2. DES PROCESSUS AU MANAGEMENT DE LA QUALITE : LE DEPLOIEMENT TRANSVERSAL ET PARADOXAL DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Les dispositifs qualité en œuvre dans les établissements sanitaires peuvent être à plus d'un titre utiles au déploiement du projet d'établissement : la généralisation de l'accréditation des établissements pour les cinq années à venir et la présence d'outils et de dispositifs déjà éprouvés, tant dans l'industrie (certification ISO 9000, qualité totale) que dans le champ sanitaire (qualité des soins, protocoles médicaux et soignants) peuvent conduire à penser que ces derniers peuvent être intégrés et déployer le projet sans subir un effet de mode, de surface. En outre, la connaissance de la limite de l'efficacité de ces dispositifs, notamment dans leur formalisation, est un élément supplémentaire de garantie contre leur échec dans leur diffusion, mais elle ne présente en rien une « assurance » pour la qualité effective produite et mesurée.

Nous souhaitons dans cette seconde section présenter le cas d'une articulation entre projet d'établissement et projet qualité, tous deux transverses aux services de soins, associables aux processus de prises en charge. Par sa nature instrumentale, le projet qualité finalisé par le projet d'établissement permet, sous certaines conditions, une structuration intéressante des modes d'action en place.

La présentation du projet d'établissement de la clinique de la Source dans les chapitres précédents nous conduit à exposer maintenant le projet qualité au sein du projet global, sans exclusivité toutefois du dispositif par rapport à l'ensemble de nos recherches. Ce projet s'est défini très tôt par rapport à la qualité, qui s'inscrivait pour la direction dans un double objectif : promouvoir des actions permettant d'interroger les pratiques soignantes et médicales, afin de s'assurer d'une juste répartition des moyens financiers dans un contexte de budget limité, et s'assurer d'un seuil minimal de la qualité des prestations, compte tenu du fait de la forte rentabilité économique de la structure. Ces deux objectifs pourraient sembler contradictoires dans une structure dont le chiffre d'affaires est corrélé à l'activité, mais la clinique de la source, sous budget global et sous contrainte d'une rentabilité minimale comme établissement privé se trouve dans une situation où ses ressources ne dépendent pas exclusivement de son niveau d'activité, mais sont constituées pour l'essentiel sur une base historique. En conséquence, un établissement à l'activité forte et au budget sous-valorisé (par rapport à la moyenne régionale des structures à activités équivalentes) se voit contraint de renforcer les dispositifs de contrôle des activités médicales et soignantes, à la fois pour des questions économiques et sanitaires : une politique qualité rentrait parfaitement dans cette préoccupation.

Notre souci est ici de rendre compte des forces et limites d'un dispositif qualité articulé au projet d'établissement, sans pour autant nous associer d'emblée au discours ambiant, cherchant à persuader ses propres émetteurs que la 'Qualité' est le salut du patient derrière un mouvement de fond plus large qui est celui de la généralisation de la formalisation des prises en charge. Or, toute évaluation de la qualité des soins ne peut se dispenser d'un regard critique sur la qualité de l'évaluation, seul capable de garantir une posture de retrait face au dispositif, qui, par son retrait même, en garantit l'existence et la pertinence à long terme.

Après avoir présenté un aperçu des notions de *qualité* et de *qualité des soins* (qui ne se recoupent pas nécessairement), nous décrirons rapidement le dispositif qualité en place à la clinique de la source, puis notre analyse portera sur les possibilités et limites d'une congruence entre projet qualité et projet d'établissement.

2.1 APERÇU DES NOTIONS DE QUALITE ET DE QUALITE DES SOINS

D'une façon très générale, la *qualité* peut être définie comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites »⁵⁹³, ce qui peut signifier que :

- la qualité n'existe que si les caractéristiques de l'entité correspondent aux besoins du consommateur, caractéristiques de conformité et caractéristiques fonctionnelles ;
- la qualité est intrinsèque au produit ;
- la qualité inclut le coût et le délai ;
- la qualité n'existe que parce qu'elle se mesure.

On entendra par *soin* une réponse au besoin de santé d'un individu ou d'un groupe d'individus. C'est un ensemble de mesures qui visent à protéger, maintenir, restaurer, promouvoir la santé dans les fonctions vitales des personnes. Tout soin comporte une dimension technique et une dimension relationnelle. On peut distinguer :

- les soins coutumiers (*care*), liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie, soins permanents et quotidiens.
- les soins de réparation (*cure*) qui sont liés à ce qui fait obstacle à la vie. Ils comprennent la surveillance d'un malade, l'injection d'une thérapeutique, les soins médicaux...

La limite entre l'activité médicale et l'activité infirmière lorsque l'on parle de soins est délicate à établir, et encore plus difficile à évaluer en terme de résultats séparés.

La *qualité dans le champ sanitaire* pourra être appréhendée comme l'aptitude de l'institution hospitalière à satisfaire les attentes raisonnables de tout patient dans les délais qu'impose son état. La première question est donc de savoir quelles sont les attentes des patients. La sécurité, l'accès à une médecine performante et technique, mais aussi à l'information sur leur pathologie peuvent se rassembler dans ce que W. Hesbeen appelle « prendre soin »⁵⁹⁴ de la personne. La *qualité à l'hôpital* peut être ciblée dans l'ensemble des prestations susceptibles d'être données à un patient hospitalisé, qu'il s'agisse de prestations touchant à l'administration, l'hôtellerie, ou la technique, les soins infirmiers et médicaux. Les spécificités de la qualité à l'hôpital peuvent se situer dans deux domaines : l'hôpital a une *obligation légale* de fournir des prestations de soins tout en respectant les droits de la personne hospitalisée. De plus, il fournit *un service* à un patient, à la fois sujet et objet de soins. Toutefois, la qualité des soins ne peut être uniquement fondée sur la satisfaction du patient : on peut être satisfait de la qualité des soins sans avoir reçu des soins de qualité... La qualité d'un soin ne peut donc se définir, *a minima*, que par la rencontre entre deux avis, celui du bénéficiaire et celui d'un expert.

- De l'évaluation de la qualité des soins...

Quelle que soit l'organisation des soins, la mesure des résultats d'une action sur l'état de santé d'un individu est délicate, c'est pourquoi l'évaluation de la qualité des soins s'appliquera plus spécifiquement aux structures, aux procédures et aux pratiques, comme le définit A. Donabedian⁵⁹⁵. Ainsi, la qualité est un objectif à rechercher tout au long du processus de

⁵⁹³ PERIGORD, M., *Les parcours de la qualité, Démarches et outils*, Paris, AFNOR, 1993, 263 p.

⁵⁹⁴ HESBEEN, W., *Prendre soin à l'hôpital*, InterEditions, MASSON, Paris, mars 1997.

⁵⁹⁵ DONABEDIAN, A., *The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press, Ann

soins, sans pour autant qu'elle puisse être matérialisée par un résultat identique pour tous les patients. L'évaluation de la qualité des soins consistera donc à évaluer le niveau relationnel, l'organisation des soins, les soins de base, les soins thérapeutiques.

Plus précisément, l'évaluation dans le champ sanitaire pourra être l'ensemble des procédures de contrôle de la qualité du système de soins⁵⁹⁶ qui a pour but de vérifier que les structures, activités et procédures du système de soins sont :

- d'une part en conformité avec les objectifs du système de soins⁵⁹⁷,
- d'autre part les meilleures possibles en regard de l'ensemble des critères de choix (bases scientifiques, réalités sanitaires, activités et procédures du système de soins).

Le soin de qualité doit répondre à des critères, des manifestations objectives permettant la mise en évidence de certaines caractéristiques de la qualité. Ils sont prévisibles, identifiables, mesurables. La *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* définit les composantes de la qualité du soin qui sont la sécurité, l'efficacité, le caractère approprié, la délivrance au bon moment, la continuité, l'acceptabilité, l'accessibilité, l'efficience. Pour A. Montesinos⁵⁹⁸, ce sont la sécurité, l'adéquation, l'efficacité, la permanence, la personnalisation.

A l'hôpital, deux champs contribuent à la qualité des soins : le champ instrumental, constitué par la réalisation proprement dite des soins, leur organisation, leurs supports, leurs méthodes, leurs outils ; le champ humain, qui dépend des qualifications, de la motivation, du mode de relations et de management entre individus.

Pour évaluer la qualité d'un service, on s'efforcera d'objectiver l'évaluation autant que possible à partir d'un référentiel constitué d'un certain nombre de critères. L'évaluation de la qualité des soins consistera donc à estimer un écart existant entre une situation observée et une situation considérée comme optimale. La norme optimale représente le zéro défaut perçu, la norme minimale étant le niveau au dessous duquel la sécurité n'est pas assurée.

La démarche évaluative reposera sur les points suivants :

- élaboration d'objectifs sur la base de normes professionnelles
- détermination d'indicateurs reposant sur cette norme professionnelle
- détermination de l'instrument d'évaluation
- réalisation du recueil de données
- traitement des données
- interprétation des résultats
- réajustement des actions en fonction des résultats

-... à la qualité de l'évaluation des soins :

L'appréhension de la qualité de l'évaluation des soins consiste à évaluer le référentiel servant de support à l'évaluation⁵⁹⁹. Elle consistera à examiner la pertinence de l'outil d'évaluation par rapport à la réalité qu'il prétend décrire ou modéliser. Elle est nécessaire selon nous à tout « bouclage » du dispositif d'évaluation et correspond à la capacité du dispositif d'évaluation à remettre en cause la méthode ou les outils retenus pour appréhender la qualité des soins.

Arbor, Michigan, 1980.

⁵⁹⁶ VUORI, H. V., *L'assurance de la qualité des prestations de santé*, O.M.S. Europe, Copenhague, 1984, p 78.

⁵⁹⁷ En l'absence de définitions précises ces objectifs concernent le maintien, l'adaptation et l'amélioration de la santé des individus et de la population.

⁵⁹⁸ MONTESINOS, A., *Organiser des soins de qualité dans les services hospitaliers*, Paris, Mc Graw Hill, 1991, 187 p.

⁵⁹⁹ VINOT, D., COSSE, P., GAGELIN-PILLOD, C., « Évaluation de la qualité des soins et qualité de l'évaluation des soins : analyse croisée des pratiques et des outils sur deux services de réanimation chirurgicale polyvalente », *XXI^e Journées des Économistes français de la santé*, Paris, 1998, 20 p.

On supposera que la qualité de l'évaluation se mesurera dans la capacité du dispositif à rendre compte d'une réalité, mais aussi à être le plus invariant possible dans la démarche d'évaluation. On mesurera donc l'influence de l'évaluateur dans le processus d'évaluation. En supposant l'évaluateur objectif en intention dans sa description, il s'agira donc d'évaluer et de qualifier les éventuels écarts rencontrés dans l'administration du dispositif d'évaluation. Ces écarts pourront dépendre de la qualité intrinsèque des soins fournis, du contexte environnemental, du jour de réalisation.

2.2 LE DISPOSITIF QUALITE EN PLACE A LA CLINIQUE DE LA SOURCE

La clinique de la Source a développé depuis 1992, date de son premier projet d'établissement, une politique qualité au sein de l'établissement. Cette politique se matérialise par la constitution d'une cellule qualité et d'un comité qualité⁶⁰⁰.

Le comité qualité constitue l'instance de réflexion et de décision sur tous les problèmes concernant la qualité. Il a pour mission de définir les thèmes prioritaires devant faire l'objet d'actions qualité, de décider des actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs qualité fixés et d'évaluer les résultats obtenus.

Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire représentant les principaux acteurs ou groupes d'acteurs concernés par la qualité et structurée en trois pôles : un pôle « administratif » comportant un représentant de la direction (le directeur ou son adjoint), le responsable administratif, le responsable des services techniques ; un pôle médico-soignant composé du président de la CME, d'un représentant des cadres soignants et d'un représentant des soignants ; un pôle « accréditation », composé des représentants des trois référents de l'accréditation (administratif, soignant, médical).

La cellule qualité, dirigée par un médecin anesthésiste à mi-temps et assistée d'un cadre infirmier à temps partiel (25 %), d'une IDE hygiéniste à temps partiel et d'une secrétaire à mi-temps, assure la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi des actions qualité définies par le comité qualité.

Les actions menées par la cellule qualité s'articulent autour de sept domaines spécifiques ou transversaux.

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est un comité voulu par le législateur. Toutefois, son recours est très variable d'un établissement à l'autre. Constitué d'une quinzaine de personnes, il se réunit cinq fois par an environ. Les participants sont issus de tous les groupes de métiers de l'établissement. Ses actions sont de quatre ordres : des groupes de travail pluridisciplinaires de 4 à 5 personnes intégrant des cadres soignants, des IDE, des aides-soignantes, des agents hospitaliers (composition variable en fonction des sujets traités) et de médecins ont été constitués afin, à partir d'une analyse critique des pratiques existantes, de formaliser des protocoles de soins. Au total, 68 protocoles et instructions ont ainsi été écrits ou réécrits depuis 5 ans et font l'objet d'une diffusion régulière sous forme de documents qualité.

Le CLIN suit également le développement d'actions de formation avec deux référents soignants en hygiène par service de soin, des formations diverses ouvertes à l'ensemble du personnel soignant et médical, des journées portes ouvertes.

De même, une évaluation régulière des pratiques de soins a été mise en place sous la forme d'un suivi mensuel de l'épidémiologie, de la participation à un travail en réseau avec les autres structures, d'enquêtes de prévalence et d'incidence, d'audits flash.

⁶⁰⁰ GRAPHOS, *Eléments de diagnostic qualité*, Document de travail, Lyon, mai 1997, 20 pages.

La gestion de l'hémovigilance et de la sécurité transfusionnelle, imposée par la loi depuis le drame du sang contaminé en France est opérationnelle depuis 1994 avec la nomination d'un responsable et la constitution d'un comité de sécurité transfusionnelle intra et inter établissement. La procédure de sécurité transfusionnelle est rédigée et en cours de période d'essai depuis 1997, date de l'informatisation de la traçabilité du suivi des lots.

Un dispositif de matériovigilance est en place dans la clinique depuis 1997. Il est placé sous la responsabilité du directeur des services techniques, qui fait office de correspondant de matériovigilance. Le système repose sur trois activités : les déclarations d'alerte envoyées au ministère qui sont centralisées, classées et archivées et les circulaires relatives à la « sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux » sont systématiquement recensées dans un tableau précisant la date, le titre, la date d'arrivée, la date de diffusion.

La sécurité anesthésique correspond aux normes définies dans le décret du 3 octobre 1995. Elle est appliquée de façon systématique dans l'établissement.

La sécurité du circuit du médicament, la stérilisation, la sécurité des personnels (prise en charge des accidents d'exposition au sang) ont fait l'objet de l'écriture de documents relatifs à l'ensemble de ces domaines avec plans d'amélioration respectifs en cours de constitution au sein des départements.

Le traitement de la douleur s'inscrit dans deux plans d'amélioration qualité, un pour le secteur médecine depuis 1995 et un pour la chirurgie sur la douleur post opératoire depuis janvier 1997.

La sécurité incendie est assurée par une commission Registre Sécurité comprenant la direction générale et les responsables des services techniques. Tous les points faisant l'objet de vérification sont ainsi regroupés par thème dans un tableau de bord, qui précise la date de la visite, le nombre d'observations formulées, le nombre d'actions entreprises pour répondre à ces observations, et le pourcentage de problèmes résolus.

L'hôtellerie inscrit son organisation dans un dispositif assurant la continuité d'une formation suivie par le personnel hôtelier, une charte de service client approuvée par tous a été mise en place et tient lieu de référence pour ce service. Un sondage est effectué une fois par an auprès des usagers du self afin d'évaluer la qualité du service.

L'ensemble des dispositifs présentés ici participe ainsi à une double tendance, le développement de cellules, certes transversales, mais multiples, comme réponses à la politique générale, et la multiplication des procédures d'évaluation et des indicateurs, qui s'inscrit dans un processus de procéduralisation généralisée des activités... mais aussi des appréhensions des problèmes perçus.

2.3 PROJET QUALITE ET PROJET D'ETABLISSEMENT : CONGRUENCE THEORIQUE ET TENSIONS PRATIQUES

Le projet qualité peut sembler découler du projet d'établissement et être considéré comme un axe transverse de sa diffusion dans l'organisation. Il permet notamment la construction et la diffusion d'indicateurs permettant aux parties prenantes aux prises en charge de se forger des représentations partagées sur les notions de qualité et de sécurité. Toutefois, cette déclinaison, tout à la fois nécessaire et séduisante, ne doit pas masquer les nombreuses limites au dispositif et à ses formes déviantes que suscite les tendances universalisantes d'un pilotage d'un projet qualité. Nous aborderons successivement ces deux points.

2.3.1 Les formes de déclinaisons du projet d'établissement par le projet qualité

Elles se réalisent essentiellement dans deux canaux de diffusions, la définition des processus qualité, et les relais de ces dispositifs par les parties prenantes au projet.

2.3.1.1 Du projet organisationnel à la définition des processus qualité

Le projet qualité s'ancre dans un constat général, qui est l'insuffisance de l'organisation du système de gestion de la qualité, qui impose de repenser la structure et le fonctionnement dans le sens d'une plus grande lisibilité et d'une plus grande cohérence. Cette insuffisance se manifeste dans l'inactivité relative du comité qualité et dans les initiatives locales nombreuses, mais non coordonnées dans une politique qualité d'ensemble. Le projet qualité consiste donc à formuler et décliner une politique générale, dont l'engagement central, relevé dans le projet d'établissement peut être défini comme le suivant : « Accueillir, écouter, informer nos clients dans le cadre de prises en charge intégrant qualité et sécurité pour l'ensemble des patients et des personnels de la clinique de la source avec un souci permanent d'amélioration continue de nos savoirs faire, de nos relations et de nos résultats ».

Les axes forts de cette politique seront déclinés dans un plan quinquennal de stratégie qualité, et décomposés en plans annuels d'action qualité qui feront l'objet d'une large diffusion à l'ensemble du personnel. Le projet vise également à nommer un responsable qualité unique, qui sera chargé de coordonner toutes les démarches qualité entreprises et de piloter la cellule qualité, dont les missions et les moyens seront clairement définis par le comité qualité. La cellule accréditation, dont les problématiques sont connexes à celles de la qualité, sera rattachée à la cellule qualité. Enfin, un groupe d'animateurs métiers sera également mis en place, avec comme missions le suivi des actions correctives suite à la démarche d'accréditation, la réalisation d'audits internes et la coordination des plans qualité dans les départements et les services. Ce groupe comprendra un animateur médical, un animateur administratif, un animateur soignant, un animateur hôtelier et un animateur technique.

Dans ce nouveau mode de fonctionnement, on peut constater que la cellule qualité se voit investie d'un double rôle :

- un rôle de gestionnaire de projets, qui sous-traite la réalisation de certaines études à des partenaires internes (par exemple la cellule accréditation sur les problèmes relevant de l'accueil du patient) ou externes (cabinets de consultants, Réseau des professionnels sur les infections nosocomiales) et en suit le bon déroulement ;
- un rôle de centralisation des résultats des différents travaux et de référent technique au service de tous les acteurs.

La cellule qualité est chargée notamment de la réalisation d'actions correctives nécessitant une décision collégiale, d'un tableau de bord mensuel d'indicateurs sentinelles et les actions correctives à mettre en œuvre, d'un état des lieux trimestriel des travaux en cours, et de la définition annuelle des projets concernant l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients élaborés conjointement avec les responsables de département.

De même, la cellule travaille avec les responsables de département pour l'élaboration de leurs plans annuels d'amélioration de la qualité et leurs suivis en leur proposant :

- une aide méthodologique ;
- une évaluation de la cohérence de leurs plans d'actions et de son intégration dans la politique qualité de l'établissement ;
- une méthodologie prédéterminée quant à l'écriture des documents qualité ;
- et un suivi de l'état d'avancement des actions en cours à l'aide de tableaux d'indicateurs.

Cette démarche est originale dans le secteur sanitaire, dans la mesure où les documents écrits présents dans les services sont essentiellement des statistiques rétrospectives d'activité, et que les initiatives qualité sont menées ponctuellement sans cohérence d'ensemble. La démarche participe à une familiarisation progressive avec les outils de gestion, et, par le thème de la qualité, associe tant les médecins que les cadres infirmiers dans la conception des outils, ainsi que l'ensemble du personnel dans la collecte des informations et la réalisation des protocoles.

L'ensemble de cette politique peut être déclinée à partir des processus de prises en charge, ce qui permet de renforcer l'instrumentalisation du dispositif de pilotage par le projet : à partir des priorités définies dans le projet qualité, le comité qualité a retenu un certain nombre de processus orientés sur la prise en charge organisationnelle du patient à finaliser et à maîtriser en priorité :

- le processus de pré admission/admission ;
- le processus de transfert/accueil du patient ;
- le processus de gestion du bloc ;
- le processus de gestion des soins ;
- le processus de restauration ;
- le processus de prise en charge hôtelière ;
- le processus de gestion du matériel.

A cet effet, plusieurs groupes de travail composés de personnes qui appartiennent à des disciplines et des services différents mais connectés directement au processus ont été constitués.

A titre d'exemple, le groupe « accueil » travaille sur l'analyse de l'accueil tel qu'il est réalisé actuellement à la clinique et sur la description du processus transfert/accueil du patient tel qu'il serait souhaitable pour une amélioration du niveau de qualité actuel. Il est composé de cadres infirmiers, de secrétaires médicales et d'agents administratifs. Le groupe « gestion du bloc » traite de l'amélioration de la gestion du bloc opératoire entre les différents services utilisateurs afin d'optimiser son fonctionnement actuel. Il est composé de deux chirurgiens, de deux anesthésistes, d'un cadre infirmier, d'une infirmière, d'une aide soignante, d'un brancardier et d'un technicien de maintenance. La production d'une description du processus et des indicateurs de qualité, coût, délais associés par le groupe est la forme unitaire de l'apprentissage organisationnel. Les phases de travail sur les premiers processus à décrire sont particulièrement longues (6 mois environ pour un tel processus) mais participent directement non seulement à la construction d'un référentiel partagé, mais aussi à des habitudes de travail en groupes transversaux aux métiers qui cassent les logiques univoques des approches classiques et proposent des formes originales valorisées de prises en charge organisationnelles.

En prolongement, les procédures relatives aux processus organisationnels orientés sur la sécurité des patients et des personnels sont rédigées ; elles concernent notamment la lutte contre les infections nosocomiales, la sécurité (des transfusions sanguines, des dispositifs médicaux, du circuit du médicament), l'environnement, la radioprotection, la sécurité anesthésique, la stérilisation, la traçabilité des bio-prothèses.

Toutes ces procédures ont un point commun : elles assurent elles aussi une maîtrise transversale des risques, c'est-à-dire des incidents pouvant survenir dans le cadre de transferts de patients ou d'informations entre les services.

En dernier lieu, la formalisation des processus orientés sur la gestion du système d'information par rapport à la qualité est en cours, notamment dans l'utilisation du dossier patient par la mise en place d'un dossier unique. Cette opération, effectuée à partir de groupes de travail pluridisciplinaires constitués dans tous les départements et les services de la clinique, s'est achevée fin 1998.

2.3.1.2 Du projet à sa diffusion par les parties prenantes à la démarche

L'enjeu majeur lié à la *capacité* du projet qualité à réorganiser les modes d'action dans les prises en charge passe par l'implication du personnel dans la construction, l'application et le contrôle de la pertinence des référentiels. Elle passe par une démarche de communication essentielle sur les enjeux liés aux référentiels, tant pour le patient que pour l'établissement.

Concernant le personnel, la démarche passe par la formation, qu'elle soit générale ou à caractère technique, et qui doit permettre en complément de l'expérience acquise sur le terrain de promouvoir le développement des compétences. L'animation sur le terrain est réalisée principalement de trois façons :

- une communication quotidienne par l'affichage dans les services des tableaux de bord qualité ;
- une communication mensuelle, par la publication d'un bulletin d'information qualité joint à la feuille de paie ;
- une communication événementielle par la réalisation de forums portant sur des thèmes qualité spécifiques, à l'image de ceux déjà réalisés sur le lavage des mains.

Si elle est tout autant formalisable, la démarche est plus informelle, dans son contenu, vis à vis des patients :

Du point de vue du patient, la « qualité » de la prise en charge peut résulter d'une combinaison complexe de caractéristiques se répartissant en deux entités :

- le service de base de la prise en charge et ses performances comportant entre autre sa qualité, son délai de disponibilité et sa capacité à évoluer dans le temps ;
- le service associé comprenant entre autre la qualité de l'accès, de la relation, de l'information, des conseils, du suivi ou de l'environnement.

La définition *a priori* de niveaux de qualité déterminés pour chaque prise en charge doit s'articuler à la fois sur la satisfaction attendue du patient, les normes « qualité » liées à l'état de l'art en matière de médecine et d'hygiène, les dispositifs de sécurité réglementaires (*a minima*) et associés aux coordinations dans la prise en charge (organisationnels). Il s'agit d'envisager une ingénierie des prises en charge articulant satisfaction des besoins (formulés et non formulés, exprimés et pressentis) des malades, maîtrise de la qualité, et efficience des ressources consommées.

Dans ce dispositif, la gestion de l'avis des patients est l'objet d'un soin particulier, construit autour de deux pôles.

La gestion de la prise en compte de l'avis des patients est fondamentale et s'intègre dans la prise en charge globale. Au sein de l'organisation, le traitement des remarques des patients s'articule autour de deux points, l'évaluation de fin de séjour et la gestion des réclamations : la quasi totalité des affaires juridiques concernant des plaintes de malades est en fait constituée des réclamations qui n'ont pas été entendues, suivies et traitées par l'établissement. L'évaluation de fin de séjour est effectuée à partir d'un questionnaire remis au patient avec le livret d'accueil lors de son arrivée et récupéré le jour de sa sortie. Afin de renforcer le dispositif d'écoute des patients, une structure d'accueil et d'écoute permanente de toute personne désirant formuler des réclamations ou des suggestions est ouverte dans l'établissement. Elle est animée successivement par un membre du comité qualité.

Le second élément de la relation avec le patient est le recueil et la validation de son consentement éclairé sur les différentes interventions réalisées au cours de sa prise en charge, dont le respect fait l'objet d'un suivi et est intégré au plan d'amélioration qualité des départements.

L'ensemble du dispositif est piloté et évalué par une batterie d'indicateurs qui qualifient la programmation des actions d'amélioration de la qualité.

2.3.1.3 Du projet à la programmation d'actions d'amélioration continue

La formalisation des protocoles entamée constitue un prérequis minimal pour tout établissement se prévalant d'une démarche qualité : elle permet de définir, mais surtout *d'énoncer*, pour un savoir-faire donné ou un geste donné les règles à respecter pour garantir un niveau de sécurité et de qualité donné. Une telle approche cantonne toutefois l'établissement dans une vision verticale, technique et parcellisante de la qualité, qui postule que la qualité de la prise en charge globale est égale à la somme de la qualité de chacune des activités mises en œuvre pour la réaliser.

Afin de limiter cette dérive de parcellisation du dispositif, les plans d'actions portent sur quatre pôles de la démarche qualité, les trajectoires des patients, les processus de prise en charge, les acteurs participant aux activités et l'amélioration continue du fonctionnement de l'organisation. Ces thèmes consistent à permettre un cadrage permanent des indicateurs.

Le suivi de l'évolution de la situation du niveau de qualité de la clinique est obtenu par la production de deux groupes d'indicateurs :

- **des indicateurs « sentinelles »**, enrichis d'une analyse mensuelle, qui assurent un état de veille permanente, avec repérage en temps réel des dysfonctionnements importants nécessitant l'instauration rapide de mesures conservatoires ou correctrices,
- **des indicateurs spécifiques** qui reflètent la progression de la mise en place de la formalisation du système et fournissent des informations sur le fonctionnement de l'organisation d'une manière globale.

Parmi les indicateurs sentinelles retenus, on trouvera par exemple :

- le nombre de plaintes ou de réclamations (accueil, information, hôtellerie, prise en charge administrative, prise en charge médicale) ;
- le nombre d'incidents concernant les dispositifs médicaux en matériovigilance, les actes de transfusion de produits sanguins, les thérapeutiques médicamenteuses en pharmacovigilance ;
- le niveau de consommation des antibiotiques,
- le niveau de bactéries multi résistantes.

De même, les indicateurs spécifiques suivants ont été retenus dans un premier temps :

- le nombre de procédures rédigées, en cours de rédaction et en projet ;
- le suivi de la satisfaction des patients en fin de séjour ;
- le nombre d'actions correctives réalisées au sein des plans d'amélioration qualité ;
- les durées d'interruption de fonctionnement du bloc opératoire non prévues
- les temps d'attente aux urgences.

Chaque thème spécifique se décompose en plusieurs critères de base, qui sont définis par consensus entre le responsable du comité qualité et le responsable du domaine évalué et décrivent le processus dans son ensemble, c'est à dire :

- le choix d'un responsable ;
- la rédaction d'un document qualité ;
- la mise en application des différentes exigences de ce document ;
- l'évaluation de l'adéquation entre la pratique et le référentiel, le type d'évaluation ainsi que sa fréquence sera à déterminer d'emblée ;

- la mise en place de mesures correctrices.

Chaque critère de base se voit attribuer un score allant de 0 à 3 et un coefficient déterminé au moment de l'écriture du référentiel. Ce coefficient est le résultat d'un choix initial fait par le responsable du thème ou du sous-groupe, et dont la valeur du coefficient peut varier dans le temps.

Le responsable du comité qualité collige l'ensemble des grilles d'évaluation, récapitule les scores sur une grille synthétique d'analyse et la présente à la direction et en commission médicale d'établissement une fois par mois, puis la diffuse à l'ensemble des médecins et des cadres de l'établissement.

La multiplication de ces grilles et indicateurs, dont la valeur intrinsèque est incontestable, n'est pas sans poser de problèmes au niveau des départements et services. Sans soutien clair des chefs de service et de l'encadrement soignant, ce genre de dispositif est vécu comme un ensemble de procédures que l'urgence perçue de l'instant présent permet de ne pas consulter et connaître. La prolifération de la norme écrite est alors une réponse déviante à l'impuissance d'un projet (ou de ses défenseurs) à structurer les modes d'action au quotidien.

2.3.2 Les formes de déviations du projet d'établissement par les outils qualité

Les déviations du projet d'établissement par les outils qualité se manifestent dans l'éclatement du système et l'absence d'une politique claire : la dérive de l'instrumentalisation du projet s'opère dans la perte de la finalisation des outils ou dans le détournement de cette finalisation. La multiplication des outils, leur prolifération désorganisée est un signe d'une confiance trop assurée en l'outil, qui garantirait par sa présence une légitimité de l'action déclinée à partir du projet.

- Un système aux finalités multiples, sans cohérence d'ensemble structurante

La gestion de la qualité à la clinique de la source souffre d'une absence de centralisation des différentes actions entreprises. Si la cellule qualité coordonne effectivement les actions concernant le domaine des soins et de l'hygiène, la matériovigilance et la sécurité incendie sont sous la responsabilité du directeur des services techniques, tandis que la qualité de l'hôtellerie est supervisée directement par le responsable cuisine pour la restauration, et pour l'hôtellerie, le directeur adjoint. Enfin, la démarche d'accréditation n'a pas associé la cellule qualité.

Cette parcellisation des tâches ne serait pas gênante si elle était coordonnée globalement. Or, l'ambiguïté de la situation de la clinique réside dans la présence d'une intention politique claire concernant la qualité, de volontés éparses s'accordant a minima sur cette politique, et d'actions localisées spécifiques. La liaison faible est une liaison intermédiaire, d'instrumentation partant du projet vers les actions locales. La logique développée ici, souvent associée aux démarches qualité,

est une démarche d'expert, localisée à des points précis et qui est parente de la démarche diagnostique et thérapeutique médicale : la pratique médicale investit le champ de techniques « gestionnaires » sans nécessairement en épouser la finalité.

En ce sens, est-il pour autant possible de parler d'appropriation des outils de gestion et d'apprentissage organisationnel ? Si une forme d'appropriation est incontestable, et se trouve être une réussite dans la mesure où l'outil gestionnaire n'est plus évoqué comme un instrument de contrôle dur, mais comme un outil d'auto évaluation, cette appropriation se limite à une étape de *familiarisation*, nécessaire mais assurément non suffisante dans la préhension de l'outil. Or, l'établissement vit ici une situation paradoxale, dans la mesure où le responsable qualité, médecin de formation, en s'étant *approprié* les outils qualité dans un effort prolongé d'assimilation, et dans un souci de construction de la légitimité de son action par la production de techniques qualité, s'est rendu *propriétaire* de ces outils, et, par là, accepte difficilement leur *accommodation* par les acteurs des services, condition pourtant indispensable à leur diffusion.

Ce paradoxe est renforcé par l'absence d'un responsable qualité unique, et dont la mission est évidemment appuyée par la hiérarchie, mais également diffusée en interne. Or, dans notre cas, le « responsable » qualité est plus perçu par la direction comme un « relais » des dispositifs d'accréditation et de sécurité externe, en d'autres termes, la formalisation des outils se limite pour la direction à une conformation des procédures, et pas nécessairement des actions des intervenants des prises en charge.

- Une politique dont la lisibilité est orientée sur l'environnement de l'établissement

La dilution des responsabilités s'illustre dans l'absence de définition claire de la politique interne de l'établissement dans le domaine de la qualité. La qualité se résume dans l'établissement à un ensemble disparate d'actions et de dispositifs techniques sans réel fil directeur et dont les acteurs ne visualisent pas ou plus la finalité. Le comité qualité, chargé de définir les grandes orientations de la politique qualité, se cantonne pour l'instant dans un rôle purement formel de validation des actions entreprises. De même, la cellule qualité ne possède pas de mission clairement définie, ce qui affaiblit sa légitimité. La qualité est vécue par nombre de praticiens comme une contrainte supplémentaire imposée depuis l'extérieur sur leur travail, et non pas comme une composante à part entière de leur pratique.

Dès lors, les outils déployés dans la politique qualité s'inscrivent dans un mouvement discursif participant au projet d'établissement et à sa légitimité, son acceptabilité dans l'espace sanitaire. Par leur formalisation issue de l'industrie, ils participent à la vague de « rationalisation » (procédurale) qui traverse aujourd'hui les structures de soins, cautionnent l'idée d'une possible évaluation des pratiques inter structurelles. Ils saisissent le projet d'établissement dans sa transversalité affichée.

Et pourtant, leur impact reste limité dans leur capacité à participer à réorganiser et repenser la prise en charge autour des processus. Plus que structurants, ils sont nourriciers d'indicateurs greffés sur les prises en charge et permettent aux parties prenantes d'appréhender progressivement leurs activités dans une perspective possible de *mesure*. Ce n'est pas un moindre acquis.

Conclusion du chapitre

Nous avons tenté dans ce chapitre de montrer les formes et limites du déploiement du projet d'établissement par une approche par les processus, dont les prolongements peuvent être situés dans la contractualisation et le management de la qualité des prises en charge.

L'instrumentalisation du projet est donc, avant tout, une formalisation. La question qui se pose alors est la pertinence de cette formalisation, tant dans le pilotage du projet et son évaluation que dans le processus de renouvellement du projet lui-même.

La pertinence de la formalisation s'évaluera notamment par rapport à sa capacité à repenser les modes d'action des acteurs d'une prise en charge dans une finalisation donnée dans le projet. Dans cette perspective, la gestion par les processus semble adéquate, sous réserve que les processus soient transversaux aux structures en place, c'est-à-dire qu'ils ne suivent pas une logique fonctionnelle, et qu'ils adhèrent aux grandes natures de prises en charge de l'établissement. Mais cette condition de faisabilité est également une limite à l'appropriation des formalisations en place. La recherche d'une exhaustivité rapide, d'une généralisation hâtive du dispositif minerait ce dernier. L'apprentissage par les processus intègre l'erreur, les errements, les échecs partiels. Dès lors, le projet, sous condition d'une acceptation forte dans son processus de construction, peut s'imposer comme le garde-fou nécessaire aux échecs laissés pour compte. Dès lors, c'est la question de la posture face aux outils qui importe à long terme, et non les résultats produits par les outils eux-mêmes.

Nous touchons alors à la seconde facette de la pertinence de la formalisation, en rapport avec le processus de renouvellement du projet lui-même. La déclinaison du projet par les processus, comme travail de construction de représentations partagées est elle-même un processus, qui, parce qu'il se trouve fortement impliquant, se trouve difficilement critiquable à court terme par les parties prenantes au projet. Dès lors, la formalisation des processus de prise en charge peut passer alors de construction partagée à une vérité dont la remise en cause serait à la fois vécue comme une critique du projet et des acteurs eux-mêmes : l'extrême participation des acteurs à la construction des processus et aux indicateurs d'évaluation conduit à une immobilisation à terme.

En conséquence, la question de la congruence théorique et des tensions pratiques du projet ne se pose plus comme *limite* au pilotage du projet, mais s'impose comme une *forme* même du pilotage par le projet dans l'organisation hospitalière de ce que nous avons qualifié de « déploiement transversal et paradoxal » du projet. Si ces garde-fous n'étaient pas posés, le risque serait alors de sombrer soit dans une dérive instrumentale, soit dans une dérive idéologique dont les excès auraient tôt fait de ramener le projet au rang des expériences malheureuses que la mémoire collective d'une organisation transforme en exemple emblématique face à toute nouvelle perspective de changement.

Conclusion de la Seconde Partie

Les effets structurants des outils de gestion

Les cas présentés précédemment montrent comment et jusqu'où l'introduction d'un mode de gestion par les processus et de ses principes peut formaliser les modes d'action des acteurs. Plus qu'un changement de regard sur les pratiques, il dépasse la dimension synchronique dans la prise en charge du patient, pour proposer des perspectives d'anticipation et de coordination des prises en charges. Ainsi, des procédures standardisées à l'hôpital sont une voie possible, pour, à ressources constantes, améliorer la valeur des soins. Cette amélioration de la valeur passe premièrement par la possibilité de sa mesure. Elle passe aussi par l'explicitation de critères intégrant des données de qualité, de coûts, de délai, mais aussi de pertinence de l'ordonnement des activités. A ce titre, il semble possible de constater que la valeur des soins hospitaliers ne se mesure plus seulement par la somme des actes médico-soignants, mais par leur agencement, leur coordination, et leur intégration à une organisation : la « valeur organisationnelle » du soin a ouvert elle-même un nouveau champ de possibilité dans la gestion des établissements de soins.

Cette valeur se trouve alors directement associée à la formalisation des outils et sa capacité, non seulement à articuler le projet aux modes d'action individuels et collectifs, mais également à s'auto-limiter dans les perspectives et contours dessinés. Or, cette limitation est rendue possible par l'incapacité du projet à se réaliser entièrement, à se moduler au fil du temps, et qui régénère la distance du projet à l'outil : si l'outil intègre le projet, il doit pouvoir également le *désintégrer*, susciter son questionnement pour permettre son prolongement.

Or, l'outil de gestion, par construction, est un outil traitant principalement de l'optimisation, qu'elle soit dans l'utilisation des ressources ou dans la coordination des activités. Dès lors, il ne peut produire que ce qu'il structure. L'outil ne peut se penser comme heuristique que dans la mesure où il remet en cause ce qu'il évalue, structure, conditionne. C'est donc bien dans son adéquation partielle au projet qu'il peut contenir les ferments de remise en cause du projet : un outil trop « parfait » trop adapté au projet l'annihilerait de fait, dans la mesure où, parfaitement instrumentalisé, il perdrait ses capacités projectives pour devenir strictement programmatique.

Cette capacité de problématiser le projet dans ses réalisations par ses insuffisances instrumentales est salvatrice si elle n'est pas quotidienne, mais insérée elle-même dans le dispositif de renouvellement du projet.

Toutefois, on peut justement trouver cette capacité dans d'apparentes « pathologies » du projet, qu'on pourra également qualifier de « dérives » ou de « perversions », qui ne sont que l'expression d'une distance entre un projet organisationnel, un corps social, et les outils utilisés dans leurs médiations : la sophistique séduisante, la dérive instrumentale, la confusion des outils et des finalités sont autant d'éléments qui, à l'initiation du projet, sont particulièrement destructrices et conduisent à des impasses, mais, qui, au moment de la pleine « montée en puissance » du projet, de sa concrétisation, permettent sa remise en cause, source génératrice, d'un nouveau projet relais.

Par ses appropriations partielles, l'outillage du projet est donc nécessaire à sa diffusion dans l'organisation, à condition d'être saisi, maîtrisé, puis contourné par les porteurs du projet. Il reste qu'avec les outils, les porteurs du projet risquent de se trouver sacrifiés sur l'autel de la

péremption : un projet est-il, en effet, renouvelable ? Il ne se construit que des projets contre l'existant considéré comme problème, avec, comme socle paradoxal, les outils qui ont servi à étayer le projet précédent. Il reste que cette démarche spiralée n'est ni vaine, ni un éternel retour. A chaque mouvement, à chaque projet décliné, on peut s'attendre, sous les conditions qu'on a pu examiner au cours de ce travail, à ce qu'une forme renouvelée de rationalité substantive portant sur l'organisation et ses parties prenantes apparaisse, parce que des procédures partiellement acceptables et acceptées se sont diffusées dans l'organisation.

Cette perspective sera abordée dans notre conclusion générale.

Conclusion générale

**Aux sources de la gestion par projet à
l'hôpital : entre rationalités substantive
et procédurale**

La conquête du superflu donne une excitation spirituelle plus grande que la conquête du nécessaire.

G. Bachelard,
La psychanalyse du feu.

Comme nous l'avons souligné au début de ce travail, tout chercheur en gestion se trouve pris dans un champ de tension pour articuler de façon cohérente réflexion théorique et " intelligence de l'action ".

Aussi, au terme de ce travail, il serait délicat de conclure sans proposer un canevas méthodologique inspiré par une perspective opérationnelle. Mais, seule, la perspective opérationnelle pourrait se révéler insatisfaisante. C'est pourquoi, dans un second temps, nous essaierons d'esquisser quelques prolongements théoriques qui, croyons-nous, peuvent renouveler le management de projet dans les organisations.

3. PERSPECTIVE OPERATIONNELLE : PROPOSITION D'UNE GRILLE D'EVALUATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DU PROJET

Nous proposons dans les pages qui suivent une sorte de " guide méthodologique " issu de nos différentes observations dans l'accompagnement de projets d'établissements de soins. Ce guide doit être compris comme un référentiel pour l'évaluation et la " guidance " du projet. Il est composé de sept points interdépendants :

- l'existence d'un projet politique ;
- l'existence d'une méthode formalisée ;
- la prise en compte de l'environnement ;
- l'existence d'un diagnostic interne ;
- l'existence d'un volet prospectif ;
- la présence dans le projet des principes de cohérence, modularité et flexibilité ;
- le chiffrage du projet ;
- l'évaluation interne.

3.1 L'EXISTENCE D'UN PROJET POLITIQUE

L'existence d'un projet politique constitue un préalable nécessaire et indispensable à l'élaboration du projet de l'établissement. Ce projet politique a pour vocation de signifier la direction dans laquelle le conseil d'administration et la direction souhaitent que l'établissement de soins se dirige. En effet, il semble délicat d'imaginer que l'on puisse énoncer un projet, même à vocation médicale, sans que l'instance politique suprême de l'établissement de soins - le conseil d'administration - ne se soit prononcée sur :

- le type d'établissement souhaité ;
- les priorités économiques, financières, sociales à remplir ;
- l'inscription dans le temps et l'espace de l'établissement.

Les questions à se poser sont les suivantes :

REFERENT	VARIABLES & INVESTIGATIONS
<p>Existence d'un projet politique Mode d'élaboration Nature du projet politique Contenu du projet</p>	<p>Existe-t-il un projet politique écrit ? De quand date-t-il ? Comment a-t-il été élaboré ? Par qui ? A-t-il obtenu l'aval de la commission médicale d'établissement, des instances représentatives du personnel, des autorités de tutelle ? Est-il légitime et partagé ? Est-il conforme aux orientations du SROS ? Est-il cohérent avec les marges de manœuvre financières de l'établissement ?</p> <p>S'inscrit il en rupture ou en continuité avec des déclarations passées ? Sa formulation est elle précise ? Le cadrage politique repose-t-il : - sur un rappel des valeurs, des vocations et des finalités de l'établissement ? - sur les orientations politiques de l'offre hospitalière de l'État et des autorités de tutelle et de financement ? - sur un diagnostic de l'existant interne ? - sur un diagnostic externe de l'adaptation de l'offre aux besoins ?</p>

3.2 L'EXISTENCE D'UNE METHODE FORMALISEE

Il s'agit de s'interroger sur la démarche adoptée pour élaborer le projet. De la qualité de cette démarche dépend la crédibilité du projet ainsi que son pouvoir de mobilisation et ce, tant en interne qu'en externe.

REFERENT	VARIABLES & INVESTIGATIONS
<p>Existence d'une méthode Mise en œuvre de la méthode Existence d'un groupe de projet ou comité de pilotage Présence et assistance de consultants externes</p>	<p>La formulation du projet repose t-elle sur une méthode explicite ?</p> <p>La méthode mise en œuvre est elle décrite ?</p> <p>Si oui, s'agit il d'une méthode éprouvée ?</p> <p>Peut-on résumer la méthode en quelques lignes ?</p> <p>Par qui a-t-elle été développée et portée ? Par un individu isolé ? Un groupe de projet, un cabinet extérieur ?</p> <p>La mise en œuvre de la méthode a-t-elle donné lieu à la création d'un comité de pilotage ?</p> <p>Si oui quelle a été la composition de ce comité, le mode de désignation des membres, la fréquence des réunions, les missions confiées à certains membre du comité ?</p> <p>Les réunions du comité de pilotage ont-ils fait l'objet d'ordre du jour écrits ? De compte rendus ou de procès verbaux ? Ces procès verbaux sont ils disponibles ? Font ils état de débats sur la méthode ?</p> <p>Comment a été réalisée l'homogénéisation des connaissances entre les membres du comité ?</p> <p>A t-on fait appel à des consultants externes ?</p> <p>Si oui, origine et taille de l'organisation consultée, spécialités annoncées.</p> <p>Quelles sont les références du consultant ?</p> <p>Mode de désignation du consultant (appel d'offres, gré à gré). Sur quels types de critères le choix a t-il été réalisé ?</p> <p>Nature de la commande (politique, technique) et objectifs avoués de celle-ci.</p> <p>Les prestations fournies par le cabinet de consultants correspondent-elles aux prestations annoncées lors de l'appel d'offres ? Sinon un " décompte des manques " a t-il été effectué ?</p> <p>La méthode annoncée par le consultant a t-elle été suivie ? Les raisons invoquées du non-suivi sont-elles le fait de l'établissement ou du consultant ?</p> <p>Étapes de réalisation de celle-ci et nature du résultat.</p>

<p>Le contenu de la méthode L'information utilisée</p>	<p>La méthode mise en œuvre correspond-elle à la méthode annoncée ?</p> <p>Y a-t-il eu changement de méthode en cours d'élaboration du projet ? Si oui pourquoi ?</p> <p>La méthode combine-t-elle des informations qualitatives et quantitatives ?</p> <p>La méthode est-elle linéaire ou récursive ?</p> <p>Est-elle adaptée à la taille de l'établissement, à sa nature, à sa culture ? Sinon s'agit-il d'une méthode importée et plaquée ?</p> <p>Quel degré de confiance peut-on accorder aux investigations annoncées ou mises en œuvre ?</p> <ul style="list-style-type: none">— taille des échantillons ?— nature des sources d'informations ?— contenu des questionnaires utilisés ?— mode d'administration des questionnaires ? <p>Une évaluation de la méthode a-t-elle été prévue ?</p> <p>Des évaluations intermédiaires ont-elles été mises en œuvre ?</p> <p>Lieux et modalités de validation des informations utilisées et exploitées (nature, mode de constitution ou de détermination) ?</p> <p>Pourquoi a-t-on décidé d'évaluer tel ou tel élément ?</p> <p>Origine des sources et des données statistiques</p> <p>Origine et nature de l'information utilisée.</p> <p>Des tests de validations ont-ils été réalisés ?</p> <p>Modalités des tests de validation.</p>
--	--

3.3 LA PRISE EN COMPTE DE L'ENVIRONNEMENT

Cet invariant du référent correspond au premier volet du diagnostic global de l'établissement. Sa mise en œuvre constitue la phase dite de diagnostic externe. Ce dernier peut se résumer par les questions suivantes :

- où en sommes-nous par rapport aux différentes variables structurantes de notre environnement ?

- quel est notre positionnement en référence à celles-ci ?

- quelles sont les menaces et les opportunités liées ? Il ne s'agit pas de vérifier uniquement l'existence d'un recensement ou d'un simple descriptif des variables retenues (dans ce cas il s'agit d'un audit de procédures), mais de s'assurer que le projet politique de l'établissement a bien été pris en considération (notamment lors de la pondération des variables).

RÉFÉRENT	VARIABLES ET INVESTIGATIONS
Patient	<p>Origine géographique, appartenance socioculturelle et professionnelle, âge, sexe.</p> <p>Existe-t-il un croisement des données ?</p> <p>A-t-il été établie une carte de la zone d'attraction de l'hôpital ?</p> <p>Existe-t-il une carte de la zone d'attraction par service ou par groupe de services ?</p> <p>La zone d'attraction s'est-elle modifiée ces dernières années ?</p> <p>Quels facteurs exogènes pourraient conduire à une modification de la zone d'attraction ?</p> <p>Ces facteurs ont-ils été étudiés ? Évoqués ?</p> <p>Sait-on où vont les patients qui ne viennent pas dans l'établissement ?</p>
Mode d'adressage des patients	<p>Existe-t-il un recensement structuré des adresseurs et des facteurs déterminant l'adressage ? Sinon, sur quels éléments repose l'étude ? Des éléments de première main ? De seconde main ?</p>
Épidémiologie	<p>Étude locale et régionale.</p> <p>De quelles données a-t-on fait usage ?</p> <p>Quels indicateurs de morbidité et de mortalité ont été retenus ?</p> <p>Quel usage a-t-il été fait de ces indicateurs ?</p>
Démographie	<p>Items démographiques : âge, sexe, taux de natalité,</p> <p>Les projections démographiques de l'INSEE ont-elles été prises en compte ?</p> <p>Items sociaux : tranches de revenu, catégories socioculturelles et professionnelles, niveau d'éducation, taux de chômage,</p> <p>Items médicaux : nombre de praticiens par discipline, âge moyen.</p> <p>Évolution des praticiens depuis 5 ans. Évolution des catégories de praticiens ?</p>
Indicateurs macro économiques	<p>Indicateurs liés à l'activité économique, à l'emploi</p> <p>Les indicateurs utilisés correspondent-ils à la zone d'attraction de l'hôpital ?</p> <p>Sources et dates des informations.</p>
Offre de soins environnante	<p>Recensement par discipline ou toute autre segmentation jugée pertinente, en termes de lieu d'implantation, tant géographique que sociale, de nombre de praticiens, de nombre de lits, de modalités d'exercice, de secteur tarifaire.</p>

Notoriété	Facteurs déterminants tant pour l'établissement que pour la concurrence : plateaux techniques, activité, discipline, praticiens, patients, colloques, publications, environnement.
Relation avec les collectivités territoriales	Correspondant, poste occupé, nature et intensité des liens tissés.
Relation avec les instances de tutelle	Idem
Relation avec les organismes payeurs	Idem
Relation avec les praticiens libéraux	Idem
Relation avec les instances des Ordres professionnels.	Idem
Relation avec les syndicats professionnels	Idem

3.4 L'EXISTENCE D'UN DIAGNOSTIC INTERNE

Cet invariant constitue le volet interne du diagnostic global de l'établissement. Il s'agit, en quelque sorte, de réaliser l'état des lieux et ce, afin de faire apparaître les forces et faiblesses tant en référence au projet politique que par rapport à l'environnement.

RÉFÉRENT	VARIABLES & INVESTIGATIONS
Éventail des métiers	Dispose t-on : - d'un recensement des métiers maîtrisés et exercés dans l'établissement. - de données sur leur évolution au cours des cinq dernières années, au cours des cinq prochaines années ?
Éventail des compétences	Existe t-il un recensement des compétences disponibles au sein de l'établissement ? Une confrontation des compétences disponibles avec les compétences utilisées a t-elle été réalisée ?
Notoriété des praticiens	Un recensement des caractéristiques décrivant celle-ci a t-il été effectué ?

Typologie du corps médical	Âge, sexe, formation initiale et permanente, itinéraire et projet professionnel.
Typologie du corps paramédical	Idem
Moyens matériels	<p>Le recensement de ceux-ci en distinguant les moyens banalisés des moyens structurants (tant l'espace que les pratiques), moyens facteurs de différenciation a t-il été réalisé ?</p> <p>Existe-t-il un inventaire des moyens utilisés ?</p> <p>Date de dernière mise à jour ?</p> <p>Les moyens disponibles sont-ils utilisés ?</p>
Moyens financiers	<p>Les moyens financiers disponibles ont-ils fait l'objet d'une analyse ?</p> <p>De quel type d'informations financières dispose-t-on ?</p> <ul style="list-style-type: none">- des données globales concernant le budget ?- des données par service ou par département ?- des données par pathologie ou par familles de pathologies, <p>L'établissement a t-il mis en place une comptabilité analytique ?</p> <p>A défaut dispose t-on d'un suivi budgétaire par service ?</p> <p>Le suivi budgétaire fait-il l'objet de discussions inter services ?</p> <p>Existe t-il une commission de choix des investissements ?</p> <p>Dispose-t-on de procès verbaux concernant cette commission ?</p> <p>Les données du PMSI sont-elles couplées avec des données financières et budgétaires.</p> <p>Les données financières font elles l'objet d'un diagnostic global faisant apparaître les difficultés et le marges de manœuvre ?</p>

<p>Activité</p>	<p>Dispose t-on d'informations fiables sur les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre des malades hospitalisés Origine des malades (urgences ou adressages) Nombres des consultations externes Nombre des urgences Nombre de Z, K, KC, KARE, Pourcentage des urgences dans les admissions <p>Existe t-il des informations permettant d'évaluer la qualité ?</p> <p>Existe-t-il un tableau d'activité par service ?</p> <p>Existence d'un PMSI</p> <p>Taux d'exhaustivité</p> <p>Date de mise en œuvre</p> <p>Le PMSI est-il un outil utilisé par les praticiens ?</p> <p>Les données individuelles du PMSI sont elles accessibles à tout praticien ?</p> <p>Le PMSI s'intègre t-il dans la mise en place d'un système d'information structuré ?</p> <p>Donne-t-il lieu à des discussions organisées et périodiques entre médecins, entre praticiens et l'administration ?</p> <p>Les données administratives sont-elles mises en perspectives avec des données médicales ?</p> <p>L'organisation des services est-elle décrite ?</p> <p>Les relations inter-services sont elles décrites ? Et pour les relations inter spécialités ?</p> <p>Les modalités de prise en charge des malades sont elles précisées ?</p> <p>Les modes d'utilisation du plateau technique sont-ils spécifiés ?</p>
<p>Systèmes d'informations</p>	<p>Recensement des systèmes et description de l'information produite, utilisation de celle-ci.</p>
<p>La commission médicale d'établissement</p>	<p>Qui y participe ? Comment fonctionne-t-elle ? Quel avis a-t-elle rendu sur le projet stratégique médical ?</p>

3.5 L'EXISTENCE D'UN VOLET PROSPECTIF

Il s'agit d'imaginer, de penser l'avenir et de se projeter au sein de celui-ci. Dans le cas du projet d'établissement, il s'agit de repérer et de traiter toutes les causes techniques, scientifiques, économiques, sociales qui interviennent - ou pourraient intervenir à terme - dans l'évolution des pratiques médicales (au sens large). Et ce, afin d'élaborer un projet à même de garantir la pérennité de l'établissement et non pas uniquement sa survie immédiate.

Pour réaliser cet exercice de prospective, il est souvent fait appel à la méthode des scénarios, à utiliser avec toute la vigilance qu'il convient, notamment sur les conditions réelles de mise en œuvre de cette méthode.

RÉFÉRENT	VARIABLES & INVESTIGATIONS
Existence d'une étude prospective	<p>A-t-on réalisé une étude prospective permettant d'envisager des stratégies pour l'avenir ? Si oui, selon quelles méthodes ? En s'appuyant sur quelles techniques ? Si non, pourquoi ?</p>
Pilotage de l'étude	<p>Consultant ? Personnel interne ? Sur la base de quelles compétences ?</p>
Caractéristiques de l'étude Finalités de l'étude	<p>Les conditions suivantes sont elles respectées ; Pertinence Cohérence Vraisemblance Transparence Si oui qu'est-ce qui permet cette affirmation ? A-t-il été répondu formellement à la question suivante : quelles seront les causes d'évolution de notre secteur d'activité, de notre établissement, dans les années à venir ? Si oui, comment la réponse a-t-elle été intégrée dans la démarche prospective ? Quel a été son impact ? Sinon, le projet stratégique médical repose sur quel type d'analyse ? Sur quelles bases ?</p>
Méthodologies de l'étude et scénarios Sélection du scénario retenu ?	<p>Quels scénarios prospectifs ont été construits ? Sur quelles variables ont ils été construits ? Comment les scénarios élaborés ont-ils été hiérarchisés ? Démographie, Évolution de l'activité économique, Évolution des bassins d'emploi, Évolution de la concurrence, Évolution des infrastructures médicales ; Évolution des infrastructures routières, Mise en réseau de l'activité ? Des contacts ont-ils été pris avec des concurrents ? Ces contacts se sont-ils matérialisés par un début de réalisation ? Arrivée ou départ d'un nouvel opérateur ? Selon quelle méthode a été sélectionné le scénario retenu ?</p>

3.6 COHERENCE, MODULARITE, FLEXIBILITE

Le projet est l'interface par lequel l'établissement communique avec les activités de tutelle pour confirmer ou infléchir les orientations passées.

Pour que le projet puisse vraiment jouer ce rôle d'interface, il est donc nécessaire qu'il soit construit sur la base de la modularité et de la flexibilité afin que, si les tutelles contestent telle ou telle orientation, il n'en résulte pas un rejet complet du projet.

REFERENT	VARIABLES & INVESTIGATIONS
<p>COHERENCES DU PROJET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cohérences internes - Cohérences externes 	<p>Le projet s'inscrit-il dans les missions dévolues par la loi à l'établissement ?</p> <p>Le projet relève-t-il d'une approche globale ou d'une agrégation de projets de service ?</p> <p>Le projet est-il cohérent avec le projet politique ?</p> <p>Le projet est-il soutenu par l'ensemble de la collectivité médicale ?</p> <p>Sinon, sur quoi portent les divergences d'appréciation ?</p> <p>Le projet a-t-il fait l'objet d'évaluation de cohérences partielles ?</p> <p>Le projet est-il cohérent avec le diagnostic interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ressources internes en hommes, en moyens matériels, en moyens financiers permettent-elles la mise en œuvre du projet ? - le projet s'inscrit-il dans les savoir-faire et les métiers de l'établissement ? - sinon, quels événements, quelles acquisitions, quelles embauches, quelles associations, quelles mises en réseau expliquent-ils ce changement de cap ? - le projet est-il conforme à la population des malades qui fréquentent habituellement l'établissement ? - les cibles et les objectifs visés sont-ils conformes aux possibilités de l'établissement ? <p>Le projet est-il complémentaire de l'offre environnante ?</p> <p>En quoi le projet s'inscrit-il dans les filières de soins ?</p> <p>Quelles synergies sont apportées par le projet ?</p> <p>La démarche projet s'inscrit-elle dans une démarche de complémentarité ou de redondance par rapport à l'offre existante ou prévisible ?</p>
<p>MODULARITE ET FLEXIBILITE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modularité - Flexibilité 	<p>Le projet repose-t-il sur : une ou plusieurs techniques ? une ou plusieurs pathologies ? une ou plusieurs filières de soins ? un ou plusieurs types de prise en charge ? un homme ? un service ?</p> <p>le projet prend-il en compte les complémentarités :</p> <ul style="list-style-type: none"> *internes : inter-services ? avec le plateau technique ? *externes : avec les autres structures concurrentes ? l'ambulatoire ? les structures amont et aval ? <p>Le projet est-il toujours viable si l'on modifie un des éléments à partir duquel il a été construit ? (technique, pathologie, filière de soins, choix d'un homme ou d'un service ?).</p> <p>Existe t-il des solutions alternatives ?</p> <p>Les tutelles peuvent-elles intervenir dans le dispositif sans le remettre en cause intégralement ?</p>

3.7 LE CHIFFRAGE DU PROJET

S'il n'est pas question dans la phase d'élaboration du projet de demander un chiffrage précis du projet et de ses conséquences, l'attention sera cependant portée sur la prise en compte ou non de l'incidence financière évaluée en grandes masses et qui conditionne l'acceptation définitive du projet.

QUESTIONS	VARIABLES ET INVESTIGATIONS
<p>Investissements supplémentaires Embauches supplémentaires Consommations supplémentaires Surcoût Conséquences du projet ?</p>	<p>Le projet nécessite-t-il des investissements complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">- bâtiments,- gros matériels,- gros travaux ? <p>Si oui les évaluations ont-elles été réalisées. Par qui ? Comment ?</p> <p>Ces évaluations sont-elles raisonnables ?</p> <p>Sont-elles cohérentes et compatibles avec les capacités financières et budgétaires de l'établissement ?</p> <p>Les investissements supplémentaires impliquent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none">- des subventions nouvelles ?- des emprunts ?- des redéploiements interne ? <p>Ces redéploiements sont-ils possibles ?</p> <p>Le projet nécessite-t-il des embauches complémentaires ?</p> <ul style="list-style-type: none">- en médecins ?- en personnel soignant ?- en techniciens ? <p>Ces embauches sont-elles possibles ? Existe t-il sur place les compétences disponibles.</p> <p>Le projet implique t-il des surconsommations ?</p> <p>Lesquelles ? Ont elles été chiffrées ? Le chiffrage est-il cohérent ?</p> <p>Le surcoût total induit par les embauches et les consommations supplémentaires a-t-il été évalué. L'ordre de grandeur est il plausible ? acceptable ?</p> <p>Le projet compromet-il, par les sommes qu'il met en jeu, des activités " moins prestigieuses " mais qui étaient cependant utiles ?</p>

3.8 L'ÉVALUATION INTERNE

La réalisation d'un projet implique la mise en œuvre de procédures d'évaluation interne fonctionnant de manière permanente et garantant de la bonne marche du projet.

Cette politique d'évaluation suppose une volonté politique de la réaliser, la création d'une structure d'évaluation, la mise en place de protocoles d'évaluation, la construction d'indicateurs ad hoc, la révision périodique de ces indicateurs.

QUESTIONS	VARIABLES ET INVESTIGATIONS
<p>L'autoévaluation du projet Mise en place d'une cellule d'évaluation et de suivi du projet Mode de fonctionnement de la cellule Produit de la cellule d'évaluation</p>	<p>Le projet intègre-t-il des moyens d'évaluation interne et de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au plan des procédures mises en œuvre ? - au plan des résultats ? <p>Si oui, lesquels ?</p> <p>Les moyens et objectifs ont-ils été annoncés, discutés, acceptés ?</p> <p>La qualité de la prestation des soins est-elle explicitement prise en compte ?</p> <p>Existe-t-il une cellule de contrôle et d'évaluation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - quand a-t-elle été créée ? - par qui ? <p>Quel est le statut de la cellule d'évaluation ?</p> <p>De quels moyens financiers, humains et matériels dispose la cellule pour fonctionner,</p> <p>Les moyens ont-ils été affectés par objectifs ?</p> <p>Des évaluations périodiques sont-elles portées à la connaissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> * du conseil d'administration ? * de la CME ? <p>Nature et périodicité des évaluations ?</p> <p>Examen des procès-verbaux.</p>

4. PERSPECTIVE THEORIQUE

4.1 SYNTHÈSE

La démarche présentée dans ce travail peut être sous-tendue schématiquement par les propositions suivantes :

1. des instruments de gestion aux contours mal définis intègrent localement et marginalement des structures sanitaires, soutenus par des acteurs justifiant des expériences alternatives aux pratiques générales en cours ;
2. toutefois, au moment d'un changement de contexte de régulation, ces instruments de gestion, déjà présents dans les structures, sont récupérés, institutionnalisés et, fusionnés avec les outils existants. Ils rendent possibles à leur tour des évolutions des contextes permettant la constitution de projets d'établissements. D'une certaine manière, ils permettent une concrétisation rapide de la réforme. Le sentiment d'urgence et de contrainte perçue sont alors déterminants dans l'assimilation (ou l'hybridation) des outils déjà présents mais peu opérants, non légitimés ;
3. les moyens humains et les systèmes d'information mis en place, tant pour des exigences réglementaires que dans le cadre des projets d'établissements sont alors capitalisés, et génèrent des procédures renouvelées et une restructuration des modes d'action par une instrumentalisation gestionnaire.

Les interactions entre outils, acteurs et contextes sont alors assimilables à un processus spiralé, dont chaque palier permet une avancée supplémentaire dans la concrétisation de notion de projet, de management et de stratégie, ce qui conduit finalement à un élargissement du champ des possibles et tout à la fois un affinement gestionnaire par rapport à un état antérieur.

Toutefois, les limites de l'approche résident essentiellement, selon nous, dans sa " tentative instrumentale ", c'est-à-dire dans la (trop grande) confiance accordée par les acteurs du projet à la démarche suivie ou construite chemin faisant.

Tout projet nécessite l'intégration d'une approche contingente, qui se trouve fondée essentiellement à revisiter les outils traditionnellement déployés, sur un diagnostic de la seule pression de l'environnement. Or, un tel présupposé sur la contingence externe supposerait que la forme d'un projet est déterminée par son objet, objet lui-même clairement défini avant le début du projet et stable pendant son déroulement. Autrement dit, cela supposerait qu'à partir d'une stratégie supposée explicite, les caractéristiques d'un projet puissent être établies *a priori* avec suffisamment de précision pour être déclinées dans la structure.

Or, aucun déterminisme ne peut spécifier la forme d'un projet au cours de son déroulement (on serait alors à nouveau dans du programme)⁶⁰¹. Il s'agit donc d'envisager systématiquement et *ex ante* le projet comme un processus de construction finalisé de représentations sociales entre parties prenantes au projet. Une classification *a priori* d'un projet par sa nature est donc particulièrement délicate à réaliser, car rien ne garantit que les objets, finalités et acteurs impliqués, ainsi que les formes prises par ces projets aient été les seules possibles, les plus pertinentes, et qu'elles aient été réalisées comme telles. C'est donc bel et bien sur *les conditions de construction du dispositif d'accompagnement du projet en maturation* que se greffe la

⁶⁰¹ TERRENOIRE, J., " Projets et changement dans les organisations, Eléments pour une épistémologie ", *Cahiers Lyonnais de Recherche en Gestion*, n°16, avril 1995, pp. 354-380.

légitimité d'un regard gestionnaire, qui peut se formaliser dans l'expression de *garde-fous* de la démarche.

Les facteurs limitant une détermination *a priori* une forme de projet peuvent être circonscrits par les points suivants :

- des limites cognitives, dans le sens de la "rationalité limitée" d'H. Simon. Il est particulièrement difficile d'appréhender le projet dans toute sa complexité. Le refuge technicien ou techniciste sera ainsi d'autant plus séduisant pour les acteurs du projet qu'il est "objectivant". Cela s'intègre aussi dans l'habitude des acteurs à manier des objets techniques, méthodes et outils, qui rationalisent les problèmes, mais également les figent rapidement dans des champs restrictifs de l'action.

Cette tendance à se rassurer par rapport à une incertitude radicale peut aboutir à une bureaucratisation du projet, faisant qu'on atteint les objectifs définis sans s'assurer nécessairement de la réalisation du projet. Son impasse majeure réside donc dans l'idée d'une hologrammie entre finalité du projet et sa déclinaison en objectifs, alors que ces derniers ne sont qu'un outillage de modélisation, de pilotage de conduite du projet, sans assurer pour autant sa réalisation. Pour A.-G. Gadamer, "un véritable savoir-faire est, *a fortiori*, dans le même temps, la possibilité d'une prise de distance vis-à-vis de celui-ci... ce n'est que dans la perspective de la "pratique" — perspective qui dépasse largement le domaine de la compétence propre au savoir-faire — que cette liberté vis-à-vis d'un savoir-faire conduit à ce que [Platon] nomme le "Bien", lequel détermine nos décisions pratiques et politiques."⁶⁰² La *maîtrise* d'une technique, chirurgicale ou gestionnaire, passe par la connaissance de ses limites...

- des stratégies d'acteurs difficilement prévisibles

On a vu que la logique projet est profondément déstabilisatrice de l'organisation et à l'origine de crises nécessaires à toute mise en projet, mais dangereuses si sont envisagées comme finalité. Or, ce qui peut apparaître dans une logique d'innovation comme un facteur positif peut être également vécu comme une menace pour les personnes et groupes concernés par le projet. Comme le projet remet en cause statuts, structures hiérarchiques, identités professionnelles, réseaux traditionnels, il est un lieu de création d'incertitude et d'ouverture d'espaces stratégiques pour les acteurs⁶⁰³. Les techniques de formalisation du projet sont un moyen pour les acteurs les maîtrisant de s'approprier exclusivement le projet.

- le poids de l'outillage et des expériences passées : le double rapport à l'incertitude, à la fois cause du projet et généré par le projet, pousse les parties prenantes au projet à mettre en avant des méthodes et outils éprouvés en d'autres temps ou d'autres lieux, même si paradoxalement le projet se réclame du changement. Le recours aux méthodologies de projet issues de l'industrie dans le secteur des services en est l'illustration, et conduit à privilégier des outils de planification fortement formalisés, à privilégier une logique produit sur une logique processus, et enfin, à dénier toute efficacité au projet, ce dernier étant "inefficace" à la gestion du problème suscité⁶⁰⁴. Il s'agit donc d'inventer pour chaque projet des processus de nature heuristique et ouverts intégrant et négociant les visions multiples et partielles sur les futurs possibles⁶⁰⁵. Un projet ne peut donc être considéré pour ses caractéristiques intrinsèques *a priori* (ce serait un faux-sens), ni géré de manière rigoureusement formelle.

De même, le projet vécu comme mise en œuvre d'une décision *a priori* serait délicat à envisager sous ce seul aspect restrictif.

⁶⁰² GADAMER, A.-G., *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat, 1998, 187 p., p.33.

⁶⁰³ Cf. CROZIER, M., et FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, op. cit., et BOUDON, R., *La place du désordre*, Paris, PUF, 1991, 245 p.

⁶⁰⁴ BOUTINET, J.-P., *Anthropologie du projet*, op. cit.

⁶⁰⁵ MIDLER, C., *L'auto qui n'existait pas : management de projet et transformation de l'entreprise*, Paris, InterEditions, 1993, 215 p.

H. Simon⁶⁰⁶ a montré que le modèle de la rationalité substantive ignore tout de la psychologie de l'individu dans sa prise de décision en décrivant le comportement optimisateur de l'individu à l'origine de la prise de décision. La limite de la rationalité de l'individu n'est donc pas externe, mais interne. Elle est notamment " bornée " par les capacités du cerveau humain, qui sont limitées. Il s'agit alors de se focaliser sur l'environnement interne du décideur, c'est-à-dire " sa capacité à se représenter un réel plausible " ⁶⁰⁷. Cette situation peut notamment s'expliquer par une surabondance de l'information que l'individu est incapable de traiter. Mais l'incertitude se trouve être non seulement limitée, même en probabilités, mais également par sa nature même. On parle alors d'incertitude radicale⁶⁰⁸, dont F. Knight fut le premier à mettre en évidence les caractéristiques. En outre, les individus ont connaissance de leur propre limites. Mais si les capacités cognitives sont limitées et le calcul impossible, les individus n'en sont pas pour autant irrationnels⁶⁰⁹. L'hypothèse de rationalité procédurale constitue alors une alternative.

La rationalité procédurale consiste ainsi à choisir une procédure de décision parmi un éventail d'alternatives, non forcément exhaustif, en fonction d'un système de valeurs et d'un certain nombre d'informations. L'accent est alors mis sur le caractère délibératif de la prise de décision. Les décisions individuelles sont prises dans le cadre d'un processus d'apprentissage qui permet la révision des décisions antérieures en fonction de la réalisation de situations imprévues. Les préférences des individus ne sont donc plus stables mais révisables, tout comme leurs objectifs. Le critère de maximisation se trouve alors remplacé par le critère de satisfaction, la cible n'étant plus le résultat mais la procédure de décision.

Or, ces deux formes de rationalités sont traditionnellement opposées⁶¹⁰.

Toutefois, à partir de l'analyse du processus de construction du projet d'établissement dans une organisation, il est possible d'envisager ces formes de rationalités dans une succession, l'une et l'autre étant alternativement contenu et contenant de l'autre, avec, à chaque étape, un gain des capacités cognitives des parties prenantes à l'organisation où se joue la structuration du projet. Ce point de vue appliqué au projet à l'hôpital rejoint la démonstration d'A.-C. Martinet sur les caractères substantifs *et* procéduraux de la stratégie⁶¹¹. Notons que cette interaction est possible par la médiation de l'organisation, que l'on peut assimiler à une sorte de catalyseur, de ferment, et sous la perception par les acteurs d'une pression de l'environnement de l'organisation, tutelle et concurrence.

Ainsi, en fixant dans la loi un cadre référent au projet d'établissement, les jeux d'acteurs constitués se (re) forment essentiellement avec la nouvelle règle instituée. Nous sommes alors en plein déploiement de la rationalité substantive, mais fortement limitée, des acteurs, chacun, dans la nouvelle donne, cherchant des marges de manœuvre supplémentaires pour développer son autonomie. Dans ce cadre, la rationalité substantive " contient " (et prime sur) la rationalité procédurale.

La finalité du directeur, celle du conseil d'administration, des médecins et des employés ne sont pas superposables ; le projet d'établissement est une simple résultante, une juxtaposition

⁶⁰⁶ SIMON, H., A., " From substantive to procedural rationality ", in LATSIS, ed., *Method and Appraisal in economics*, Cambridge, Cambridge University Press, 1976.

⁶⁰⁷ GIORDANO, Y., " Décision et organisations : quelles rationalités ? ", *Economies et Société (série sciences de gestion)*, 1994, n°17, pp.61-94.

⁶⁰⁸ KNIGHT, F., H., *Risk, Uncertainty and Profit*, Boston New York, Houghton Mifflin Company, 1921.

⁶⁰⁹ P. BONNARELI a poussé cette " logique " dans ses extrêmes dans BONARELLI, P., *La réflexion est-elle rentable ?*, Paris, L'Harmattan, 1994, 254 p.

⁶¹⁰ BEJEAN, S., " Les nouvelles approches théoriques en économie de la santé : fondements épistémologiques, divergences et convergences ", in SAILLY, J.-C., LEBRUN, T. (coord.), *Dix ans d'avancées en économie de la santé, Actes des XIXes Journées des Economistes de la Santé Français*, Paris, John Libbey Eurotext, 1997, 304 p., pp. 3-30.

⁶¹¹ MARTINET, A.-C., " Pensée stratégique et rationalités, un examen épistémologique ", *Papier de recherche EURISTIK n 23*, ESA CNRS 5055, Lyon, 1996, 25 p.

sous forme de catalogue des *desiderata* des différents acteurs. Toutefois, ces derniers apprennent à travailler ensemble et peuvent prendre connaissance des finalités de chacun.

La contrainte exercée par la tutelle à partir de 1996 place alors les parties prenantes dans une situation de prise de conscience de la situation. Le message sur la limitation des ressources est suffisamment fort, amplifié par un accompagnement médiatique au sens large, pour laisser croire que la règle primera sur le jeu, que la procédure économique s'impose devant toute forme de "raison" sanitaire. La rationalité procédurale contient la rationalité substantive.

Pour J.-P. Ponsard et G.-Y. Kervern⁶¹², la rationalité entrepreneuriale peut se définir par quatre propriétés : elle est collective, car les scénarios de référence résultent d'un consensus et non d'un modèle de décision placé *ex ante*, elle implique un rôle décentralisé, où chaque acteur s'engage sur un certain temps à se maintenir sur une certaine trajectoire. La convergence entre comportement entrepreneurial local et les impératifs globaux d'efficacité de l'entreprise nécessitent un savoir commun, constitué de règles du jeu, de l'éthique, etc. Enfin, les crises sont inévitables quand les acteurs n'arrivent pas à tenir les engagements pris.

Le projet d'établissement, par les règles déjà instituées, fournit un cadre procédural qui peut alors accueillir les rationalités des parties prenantes pour que ces dernières, sous condition de pression externe et par les routines apprises, forment une forme d'objectif commun, relativement partagé que l'on pourra alors qualifier de "projet de l'établissement". Ce projet de l'établissement permet alors d'aboutir à une forme plus élaborée de rationalité substantive, puisque présente dans chaque partie prenante au projet. Elle s'exprimera dans le jeu de formalisation du projet avec la tutelle et dans l'utilisation des indicateurs de gestion en place.

Dès lors, le moment plus ou moins long au cours duquel cette mutation à long terme se joue est le temps de formulation — et de formalisation — du projet d'établissement. Le dispositif mis en place, pour faire passer ce saut, doit introduire une forme de rupture avec l'existant, tout en l'intégrant, et rassembler, pour un temps au moins les parties prenantes stratégiques autour d'une "dé-libération" sur la finalité de l'organisation. Cette sorte de mise en accord passagère sera le référent pour l'avenir, l'impératif majeur, l'impérieuse nécessité, au cours des dissensions à venir, dont le directeur ne sera que le gardien éclairé. Mais la délibération procédurale est également un pari sur l'intelligence. Ce pari est que l'organisation gagne en intelligibilité sur son environnement, et donc, *in fine* en pérennité.

L'organisation et ses parties prenantes évoluent donc dans un processus récursif entre les deux pôles de rationalité, mais sans opposition. Rationalités procédurales et substantive sont causes et conséquences l'une de l'autre dans un processus. Ce sont les formes et l'intensité des perceptions des contraintes qui détermineront le primat, toujours contingent, de l'une sur l'autre.

4.2 PROLONGEMENTS THEORIQUES

Notre travail nous a permis d'ébaucher des pistes qu'il nous semble intéressant de creuser dans l'avenir.

La première consiste à préciser la portée des outils de gestion dans leur capacité à structurer durablement le champ sanitaire. Cette précision passe par une interrogation sur le rôle spécifique de ces outils, et leur influence sur l'apprentissage organisationnel.

La deuxième, dans le prolongement du point précédent, consiste à envisager la généralisation des expérimentations en passant du projet d'établissement au projet de prise en charge, qui s'inscrit au delà de la structure, pour penser un programme en réseau, avec les questions de la responsabilité, du financement, du pilotage et de la coordination qui y sont associées.

⁶¹² PONSSARD, J.-P., KERVERN, G.-Y., " Planifier face à un avenir imprévisible : une procédure fondée sur une conception entrepreneuriale de la rationalité ", *Séminaire Vie des affaires*, n°8, Paris, 3 nov. 1989, 9 p.

La troisième piste prolonge également la première et consiste à réfléchir sur la gestion des savoirs organisationnels que nous avons entrevue au cours de ce travail. On pourra, notamment, travailler la question du savoir et de la mémoire organisationnel, et leur capacité à aider ou limiter les acteurs de l'organisation à inventer des dispositifs renouvelés de l'action.

La quatrième piste touche au management de projet en général. Nous avons perçu, dans notre application à l'hôpital, en quoi le management de projet pouvait structurer la finalité organisationnelle notamment dans les dispositifs de méthodologie mis en place et (dé) (re) (co) construits par les parties prenantes au projet. Nous avons également montré que projet et réseau informels étaient consubstantifs, et qu'une analyse précise de ces dispositions permettrait d'éclairer sous un autre jour les démarches projet produites. Cette consubstantivité du projet et du réseau s'inscrit dans leur intrication, au sens médical du terme, c'est-à-dire que l'un ne peut être pensé sans l'autre, et que le travail *de* l'un engage un travail *sur* l'autre.

Cette piste conduit à réfléchir sur le statut du management de projet, oscillant entre stratégie et contrôle de gestion transversal, et posant la question de la légitimité d'une "projectique", qui, si elle doit rester présente dans notre réflexion, ne pourra trouver réponse qu'avec le recul d'un temps qu'il ne nous est aujourd'hui pas possible d'appréhender.

Parodiant alors la vision prophétique de M. Foucault en la resituant dans notre propos, on pourrait alors écrire que " si ces dispositions venaient à disparaître comme elles sont apparues, si par quelque événement dont nous pouvons tout au plus pressentir la possibilité, mais dont nous ne connaissons pour l'instant ni la forme ni la promesse..., alors on peut bien parier que *le projet* s'effacerait, comme à la limite de la mer un visage de sable."⁶¹³

⁶¹³ FOUCAULT, M., *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard, 1966 (éd. de 1990), 572 p., p. 572.

BIBLIOGRAPHIE

- 0 ABONNEL, C., « Projet médical d'établissement : un projet médico-administratif ? », *Ressources hospitalières*, jan. 1993, pp. 14-15.
1. ACKERMANN, K.-F., « A Contingency Model of HRM-Strategy. Empirical Research Findings Reconsidered », *Management Forum*, n° 6, 1986, pp. 65-83.
2. ACKOFF, R. L., *Méthodes de planification de l'entreprise*, Éditions d'Organisation, 1973.
3. ADRET, F., « La modélisation systémique d'un phénomène complexe : une modélisation 'orientée projet' », *Actes des 2° Journées de Projectique*, Bayonne — San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 33-46.
4. AFITEP-AFNOR, *Dictionnaire de management de projet (norme AFNOR NF X50-107)*, 2° éd., Paris, AFNOR, 1992.
5. AKERLOF, G., « The market for Lemons : Quality Uncertainty and the Market Mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, 1970, pp. 488-500.
6. ALLOUCHE, J., SCHMIDT, G., *Les outils de la décision stratégique*, 2 tomes, (t. 1 — Avant 1980 ; t. 2 - Depuis 1980), Paris, La Découverte, 1995, 126 et 124 p.
7. ALMEIDA (d'), N. et NUTKOWICZ, A., *Les projets d'entreprise dans la tourmente*, Paris, Liaisons, 1993, 267 p.
8. ALVESSON, M., WILLMOTT, H., *Critical Management Studies*, Londres, SAGE, 1992, 225 p.
9. ANAES (Direction de l'accréditation), *Manuel d'accréditation (version expérimentale)*, Paris, ANAES, juil. 1998, 136 p.
10. ANAES, *L'accréditation en 10 Questions*, Paris, ANAES, 1997, 10 p.
11. ANDEM, *Le projet d'établissement, Évaluation et formulation d'un guide d'évaluation*, Paris, 1993, 62 p.
12. ANDEM, *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, principes méthodologiques*, Paris, ANDEM, oct. 1996, 79 p.
13. ANDREW, N., CIBILDAK, A., *et alii*, « Implementing Total Quality Management in Health Care », *Journal on Quality Improvement*, vol. 21, n° 9, 489-492, sept. 1995.
14. ANONYME, « Budget hospitalier : la FHF sonne l'alarme », *Décision Santé*, n° 101, 1-15 oct. 1996, pp. 14-15.
15. ANONYME, « L'activité hospitalière ; la nature de l'activité, les coûts de l'activité », *Document de travail GRAPHOS*, 1996.
16. ANONYME, « Les centres privés de cancérologie veulent développer l'accréditation », *Le Quotidien du médecin*, n° 5815, 20 mars 1996, p. 4.
17. ANONYME, « Les contrats d'objectifs et de moyens », *Cahiers hospitaliers*, n° 124, mai 1997, p. 11.
18. ANSOFF, I., « Critique of Henry Mintzberg's 'The Design School : Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management' », *Strategic Management Journal*, vol. 12, 1991, pp. 449-461.
19. ARH NORD-PAS-DE-CALAIS, *Les contrats d'objectifs et de moyens, Guide de mise en œuvre à l'usage des membres de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et des établissements de santé*, Lille, 29 août 1997, 30 p.
20. ARH PAYS DE LOIRE, *Cahier des préconisations pour l'élaboration d'un projet d'établissement*, Nantes, fév. 1998, 54 p.

21. ARH PAYS DE LOIRE, *Guide méthodologique de la contractualisation entre l'A.R.H. et les établissements de santé des pays de la Loire*, Nantes, mars 1998, 47 p.
22. ARH PICARDIE, *Mise en place des contrats d'objectifs et de moyens dans les établissements de santé*, Amiens, mai 1998, 73 p.
23. ARH RHÔNE-ALPES (Groupe de travail « Contrats d'objectifs et de moyens », Sous-Groupe n° 1 « Analyse de l'environnement »), *Proposition de grille « Analyse de l'environnement »*, 8 déc. 1997, n. p.
24. ARH RHÔNE-ALPES, *Bilan du SROSI*, Lyon, 1998, 65 p.
25. ARH RHÔNE-ALPES, *Evolution de la carte sanitaire entre 1993 et 1997*, Lyon, avril 1998, 33 p.
26. ARH RHÔNE-ALPES, *Guide à destination des équipes projet des établissements pour la préparation des contrats d'objectifs et de moyens*, Lyon, 1998, 42 p.
27. ARH RHÔNE-ALPES, *Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens des établissements privés non participant au service public hospitalier*, Lyon, 1998, 26 p.
28. ARH RHÔNE-ALPES, *Le schéma régional d'organisation sanitaire en Rhône-Alpes, Méthode et processus*, Lyon, jan. 1998, 23 p.
29. ATTALI, J., *L'ordre cannibale*, Paris, Grasset, 1979.
30. AUBERT, N., GAULEJAC (de), V., *Le coût de l'excellence*, Paris, Le Seuil, 1991, 334 p.
31. AVENIER, M.-J. et NOURRY, I., « Connaissances engendrées dans une « recherche-intervention » : modalités de production et conditions de légitimation », *Actes du colloque Constructivisme et Sciences de gestion*, Lille, 23 oct. 1997, pp. 308-318.
32. BABEL, A., DARMAU, F., *L'hôpital, usine à santé*, Paris, Syros, 1977, 146 p.
33. BANDELIER-WITZ, O., « Projet d'établissement : les clés de l'avenir » ; *Clinic International*, n° 45, sept. 1992, pp. 24-26.
34. BAPTISTE, V., « L'accréditation : les périmètres d'un concept, des expériences étrangères vers une accréditation à la française », *Mémoire de DEA MASS*, Lyon1-Lyon3, sept. 1996, 88 p. + Annexes.
35. BARBEROUSSE, P., SOULIE, P., « Hôpital national de Saint-Maurice : le projet d'établissement comme outil de management d'un hôpital de rééducation », *Technologie santé*, juin 1997, pp. 62-65.
36. BARRAULT, Y., « Le PMSI outil de gestion interne des hôpitaux », *Informations hospitalières*, mai-juin 1986, n° spécial.
37. BARTOLI, A., LOCOMTE-BOUCHARDY, I., TROUILLER, G., *Synthèse de l'étude sur les projets d'établissement*, Paris, Direction des Hôpitaux, mars 1992, 30 p.
38. BASE DE DONNEES ECO-SANTE OCDE 1997.
39. BASSET, B. et LOPEZ, A., *Planification sanitaire — méthodes et enjeux*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 1997, 180 p.
40. BATIFOULIER, P., « Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé », *Thèse de doctorat en économie*, Paris X, 1990.
41. BAUDRILLARD, J., *La transparence du mal*, Paris, Galilée, 1990, 180 p.
42. BAUMARD, P., *Les organisations déconcertées : la gestion stratégique de la connaissance*, Paris, Masson, 1996, 264 p.
43. BEAU, E., « Analyse des écarts de dotation entre établissements — comparaison des coûts hospitaliers avec ceux de la base nationale des coûts », *La lettre d'Informations Hospitalières* (Ministère du Travail et des Affaires sociales), n° 23, déc. 1995- jan. 1996, pp. 1-7.
44. BENGHOZI, P.-J., « La négociation d'une recherche : une étape clé dans la méthodologie d'intervention », *Économies et Sociétés série Sciences de gestion*, n° 15, mai 1990, pp.195-209.

45. BERESNIAK, A., DURU, G., *Initiation à l'économie de la santé*, Paris, Masson, 1995 (réed.), 320 p.
46. BERNOUX, Ph., *La sociologie des entreprises*, Paris, Le Seuil, 1995, 402 p.
47. BERNOUX, Ph., *La sociologie des organisations — Initiation*, Paris, Le Seuil, 1985, 386 p.
48. BERRY, M., « Logique de la connaissance et logique de l'action, Réflexions à partir de l'expérience des recherches en gestion menées à l'École des Mines de Paris et à l'École polytechnique », in AUDET, M., MALOUIN, J.-L. (eds.), *La production des connaissances scientifiques de l'administration*, Laval, Presses de l'Université Laval, 1986, pp. 181-231.
49. BESCOS, P.-L., *et alii*, *Contrôle de gestion et management*, Paris, Montchrestien, 1995, (3^e éd.), 497 p.
50. BESSON, P., BOUQUIN, H., « Identité et légitimité de la fonction contrôle de gestion », *Revue Française de Gestion*, jan-fév. 1991, pp. 60-71.
51. BLAUG, M., *La méthodologie économique*, Paris, Economica, 1982, 259 p.
52. BLOCH-LEMOINE, M., « Méthode d'élaboration d'un projet d'établissement », *Techniques hospitalières*, n° 555, déc. 1991, pp. 71-107.
53. BOIGNE, J.-M., MOISDON, J.-C., TONNEAU, D., « Gérer ou comprendre ? Perplexités à propos d'un intervention en milieu hospitalier », *Gérer et comprendre*, déc. 1986, pp. 78-86.
54. BOISVERT, H., « De la comptabilité à la gestion par activités », *Gestion*, vol. 18, n° 4, pp. 6-14., nov. 1993.
55. BOITEUX, A., « L'évaluation appliquée à la santé. Le management à l'hôpital : du projet d'établissement au programme d'assurance qualité », *Décision santé*, fév. 1993, pp. 33-36.
56. BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. *De la Justification, Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, 483 p.
57. BONAMI, M., HENNIN (de), B., BOQUE, J.-M., LEGRAND, J.-J., *Management des systèmes complexes, pensée systémique et intervention dans les organisations*, Bruxelles, de Boeck, 1993, 240 p.
58. BONARELLI, P., *La réflexion est-elle rentable ? De la décision en univers turbulent*, Paris, L'Harmattan, 1994, 254 p.
59. BONNICI, B., *L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques*, Paris, La Documentation Française, 1992, 182 p.
60. BOUCHIKI, H., *Structuration des organisations : concepts constructivistes et étude de cas*, Paris, Economica, 1990, 149 p.
61. BOUDON, R., *La place du désordre : critique des théories du changement social*, Paris, PUF, 1991, 245 p.
62. BOUFFECHOUX, T., *La santé en France, le malade le médecin et l'État*, Paris, Le Monde Éditions, 1997, 252 p.
63. BOUILLOUD, J.-Ph., LECUYER, B.-P., *L'invention de la gestion — Histoire et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 1994, 326 p.
64. BOURDIEU, P., *La misère du monde*, Paris, Le Seuil, 1993, 938 p.
65. BOURDIEU, P., *Raisons pratiques — Sur la théorie de l'action*, Paris, Le Seuil, 1994, 252 p.
66. BOUTINET, J.-P., « Programme, Problème, Projet, Prospective : convergences méthodologiques et ruptures », *Actes des 3^e Journées de Projectique*, Bayonne — San Sebastian, 11-12 déc. 1997, pp. 371-380.
67. BOUTINET, J.-P., *Anthropologie du Projet*, Paris, PUF, 1991, 280 p.
68. BOUTINET, J.-P., *L'immaturité de la vie adulte*, Paris, PUF, 1998, 267 p.
69. BOYER, L., EQUILBEY, N., *Le projet d'entreprise*, Paris, Éditions d'Organisation, 1986, 135 p.

70. BRABET, J. (coord.), *Repenser la gestion des ressources humaines ?*, Paris, Economica, 1994, 358 p.
71. BRABET, J., « Faut-il encore parler d'approche qualitative et d'approche quantitative ? », *Recherche et Applications en marketing*, vol. 3, n° 1, 1988, pp. 75-89.
72. BREMOND, M., « L'accréditation : un nouveau champ de forces pour travailler à la transformation de notre système d'offre de soins ? », in *L'accréditation en France : comment ?*, Actes du séminaire des 6 et 7 oct. 1993 à Saint-Maurice — Groupe IMAGE, Rennes, ENSP, 1994, 54 p., pp. 49-53.
73. BREMOND, M., « Peut-on faire naître l'hôpital organisation à coup d'instrument de gestion : le cas du PMSI ? », *Informatique et Santé « La Revue »*, n° 20, 1er trim. 1995, pp. 43-48.
74. BROCH, M.-H., et CROS, F., *Comment faire un projet d'établissement* (écoles, collèges, lycées, L.P.), Lyon, Chronique Sociale, 1991 (3^e éd.), 211 p.
75. BROUN, G., « Projet médical : réflexions sur la stratégie d'établissement », *Gestions hospitalières*, n° 309, oct. 1991, pp. 672-676.
76. CABANIS, J.-N., « Aménagement du territoire et santé publique », *Working Paper*, IUP Santé, Lyon, nov. 1997, 31 p.
77. CAILLET, R., « Tendances actuelles du management à l'hôpital », *Soins formation*, n° 15, 3e trim. 1995, pp. 31-39.
78. CALLON, M., LATOUR, B., « Quel genre de confiance faut-il accorder à nos représentants ? », *Les invités de l'École de Paris*, n° 10, 13 p., 2 oct. 1995.
79. CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF Quadrige, 1966 (5^e éd. 1994), 224 p.
80. CASTORIADIS, C., *L'Institution imaginaire de la société*, Le Seuil, Paris, 1975, 380 p.
81. CAUSSE, D., KOVESS, V., « L'accréditation : regards sur la réalité canadienne », *Revue Hospitalière de France*, n° 2, mars-avril 1995, pp. 166-171.
82. CAUVIN, C., COYAUD, C., *Gestion Hospitalière : Finance et Contrôle de Gestion*, Paris, Economica, 1990, 286 p.
83. CAYZAC, D., « Une législation française originale », Actes du colloque *L'accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, IUP Santé, 28 nov. 1997, 119 p., pp. 24-37.
84. CECCALDI, D., *Les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Foucher, 1993, 405 p.
85. CELERIER, M.-C., *La santé en France — Alternatives à l'hospitalo-centrisme*, Grenoble, La Pensée sauvage, 1994, 140 p.
86. CENTRE DE GESTION SCIENTIFIQUE, *La problématique de la recherche*, document CGS/Ecoles des Mines, Paris, 1996, 12 p.
87. CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE GIVORS, *Projet d'établissement, 1998-2002*, Givors/Lyon, 187 p.
88. CENTRE HOSPITALIER REGIONAL de TOULOUSE, *Du projet d'établissement au plan directeur face aux années 1990*, Toulouse, CHR, juin 1989, 128 p.
89. CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LIMOGES, *Le projet d'entreprise à l'hôpital, séminaire de formation*, Limoges, 19-20 oct. 1989, 255 p.
90. CENTRE HOSPITALIER SAINT JOSEPH & SAINT LUC, *Contrat d'objectifs et de moyens, 1998-2000*, Lyon, 15 déc. 1997, 120 p. + Annexes.
91. CENTRE HOSPITALIER SAINT JOSEPH & SAINT LUC, *Projet d'établissement 1996-2000*, Lyon, mars 1996, 93 p. + Annexes (n. p.), *Descriptif opérationnel*, 13 déc. 1996, 17 p. et *Descriptif financier et social*, 13 déc. 1996, n. p.

92. CHANDERNAGOR, Ph. et KRICHEN, M., « La conspiration projective et ses injonctions paradoxales : quelle inscription de la conduite de projet dans le champ sanitaire », *Actes des Journées de Projectique*, Bayonne, 9-10 nov. 1995, pp. 366-383.
93. CHANLAT, J.-F., (dir.), *L'individu dans l'organisation — les dimensions oubliées*, Laval (Québec), Presses de l'Université Laval/ESKA, 1990, 842 p.
94. CHARUE, F., MIDLER, C., « Conduite du changement et apprentissage », *Gestion 2000*, vol. 9, n° 2, pp. 149-166, avril 1993.
95. CHARUE-DUBOC, F. (dir.), *Des savoirs en action — Contributions de la recherche en gestion*, Paris, L'Harmattan, 1995, 294 p.
96. CHERGE (de), H., « Comment les professionnels de la prise en charge apprennent-ils à rendre des comptes ? », *Thèse de doctorat de l'École Polytechnique*, Paris, fév. 1992.
97. CHEVANCE, C., « L'amélioration des conditions de travail comme instrument et élément de la stratégie au CHU de Bicêtre : le rôle des cadres dans la mobilisation du personnel autour du projet d'établissement », *Mémoire d'élève directeur de 3e classe*, Rennes, ENSP, 1994, 100 p. + Annexes.
98. CHIAPELLO, E., DELMOND, M.-H., « Les tableaux de bord de gestion, outils d'introduction du changement » *Revue Française de Gestion*, jan-fév. 1994, pp. 49-58.
99. CIRCULAIRE DH/DSS n° 95-25 du 10 mai 1995, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et de la Ville, Paris, 1995.
100. CIRCULAIRE DH/DSS/95.23 du 10 mai 1995, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et de la Ville, Paris, 1995.
101. CIRCULAIRE DH/EO/98 n° 192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire, Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, Paris, 1998.
102. CIRCULAIRE DH/PMSI/96 n° 241 du 9 avril 1996, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et de la Ville, Paris, 1996.
103. CIRCULAIRE n° 97-22 du 13 janvier 1997, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et de la Ville, Paris, 1997.
104. CLAVERANNE, J.-P., « Conduite stratégique de l'organisation et gestion du changement », *Pré-conférence SYSTED 94*, Lausanne, Institut Suisse de la Santé Publique, 28 avril 1994, 134 p.
105. CLAVERANNE, J.-P., « L'évaluation : nature et formalisation d'un concept mou », *Cahiers Lyonnais de Recherche en Gestion*, n° 15, avril 1994, pp. 232-246.
106. CLAVERANNE, J.-P., « L'évaluation entre contrôle et audit : de l'énoncé à sa formalisation en sciences de gestion », *Document de travail GRAPHOS*, 20 p., Lyon, UMR CNRS 5823, 20 oct. 1996.
107. CLAVERANNE, J.-P., « Le management par projet à l'hôpital », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-juil-août 1996.
108. CLAVERANNE, J.-P., « Pour une accréditation à la française », *Note à M. Le Ministre de la Santé*, Document GRAPHOS, Lyon, 5 sept. 1996, 3 p.
109. CLAVERANNE, J.-P., « Réflexions sur les orientations du SROS de 2ème génération », *Rapport au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes et soumis aux Conférences sanitaires de secteur*, Lyon, UMR CNRS 5823, 23 oct. 1998, 48 p.
110. CLAVERANNE, J.-P., « Santé et perversité : les économistes du lapsus », *La lettre du GS Santé*, n° 14, mai 1996, pp. 1-2.
111. CLAVERANNE, J.-P., CHANDERNAGOR, P., *Proposition de projet médical Version 0.0, tome 2, Synthèse et orientations*, Lyon, GRAFIC URA 1257, janvier 1994, 36 p.
112. CLAVERANNE, J.-P., *Guide d'évaluation du Projet médical*, ANDEM/GRAFIC, URA CNRS 1257, 1994, 20 p.

113. CLAVERANNE, J.-P., LARRASQUET, J.-M., JAYARATNA, N., *Projectique, à la recherche du sens perdu*, Paris, Economica, 1996, 407 p.
114. CLAVERANNE, J.-P., MONTEGU, D., KEPENEKIAN, G., « L'hôpital médiconomique intégré », *Entretiens Jacques Cartier, Lyon*, 11-12 déc. 1997.
115. CLEGG, S. R., HARDY, C., NORD, W. R. (ed.), *Handbook of Organization Studies*, Londres, SAGE, 1996, 780 p.
116. CLEMENT, J.-M., « La loi du 31 juillet 1991 : un nouveau jalon dans l'histoire des hôpitaux », *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, n° 68, 1992, pp. 31-36.
117. CLEMENT, J.-M., « Le projet d'établissement », *Cahiers hospitaliers*, juil. 1992, pp. 7-11.
118. CLINIQUE MUTUALISTE DES EAUX CLAIRES, *Projet d'établissement 1992*, Grenoble, Document ronéoté, 2 tomes, 144 p. et t. 2, pagination multiple.
119. CLINIQUE MUTUALISTE DES EAUX CLAIRES, *Projet d'établissement 1998-2003*, Grenoble, 1998, 180 p.
120. CLUZE, G., « Performance et hôpital », in ECOSIP, *La performance renouvelée*, L'Harmattan, à paraître, 1999, chap. 8.
121. CNAM-TS, *Les établissements hospitaliers en budget global, aspects régionaux de l'activité pour les disciplines de l'activité coûteuse et de moyen séjour, Dossier Études et Statistiques*, n° 30, juil. 1995.
122. COASE, R. H., « The nature of the firm », *Journal of Economics*, vol. 4, 1937, pp. 386-405.
123. COCA, E., *Les inégalités entre hôpitaux*, Paris, Berger-Levrault, 1995 (rééd. 1998), 479 p.
124. COLLECTIF, « L'hôpital », *Administration*, n° 165, Paris, Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'intérieur, oct-déc. 1994, pp. 24-85.
125. COLLECTIF, « Le projet d'établissement », *Hospitalisation nouvelle*, n° 255, fév. 1998, pp. 16-36.
126. COLLECTIF, « Le projet d'établissement est-il un moyen privilégié pour insuffler une dynamique de changement dans le monde hospitalier public ? », *Document ENSP (séminaire interprofessionnel)*, Rennes, ENSP, 1994, 15 p. + Annexes.
127. COLLECTIF, « Les projets d'établissement après avril 1996 », *Technologie santé*, n° 29, juin 1997, pp. 3-92.
128. COLLECTIF, *Histoire, gestion et management*, Toulouse, ESUG, Université Toulouse 1, 1993, 290 p.
129. COLLECTIF, *La pensée scientifique — Quelques concepts, démarches et méthodes*, Paris, Mouton/Unesco, 1978, 274 p.
130. CONCI-CLAVERANNE, M., « L'hôpital à la croisée des chemins, Des diagnostics à la thérapeutique », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Université Jean Moulin Lyon 3, IAE, 20 janv. 1992, 535 p.
131. CONCI-CLAVERANNE, M., « Le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), Fondement d'une gestion transparente de l'hôpital », *Papier de recherche IAE Lyon 3*, n° 16, 1993, 13 p.
132. CONSEIL CANADIEN D'AGREMENT DES SERVICES DE SANTÉ, *Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée. Une approche centrée sur le client*, Ottawa, CCASS, 1995.
133. CONTANDRIOPOULOS, A.-P., « La régulation d'un système de soins sans murs », *La santé demain : vers un système de soins sans murs, Dixièmes Entretiens Jacques Cartier*, Lyon, 8-10 déc. 1997.
134. CONTANDRIOPOULOS, A.-P., SOUTEYRAND, Y. (dir.), *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, Paris, 1996, 317 p.
135. COOPER, R., « Le contrôle de gestion ne répond plus », *Harvard l'Expansion*, n° 57, août 1990, pp. 52-58.

136. COOPER, R., KAPLAN, R. S., « Profit Priorities from Activity-Based Costing », *Harvard Business Review*, vol.69, n° 3, mai-juin 1991, pp. 130-135.
137. CORIAT, B., et WEINSTEIN, *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Librairie Générale Française, 1995, 218 p.
138. COSSETTE, P. (dir.), *Cartes cognitives et organisations*, Laval/Paris, Presses de l'Université de Laval/ESKA, 1994, 230 p.
139. COUDURIER, P., ROUL, A.-F., TABUTEAU, D., *Dotation globale et prix de journée*, Paris, Berger-Levrault, 1994, 197 p.
140. COUILLARD, J., NAVARRE, C., « Quels sont les facteurs de succès des projets ? Faut-il plus d'organisation ? Plus d'outils ? Plus de communication ? Plus de planification ? Résultats d'une enquête menée à partir d'un échantillon de projets militaires canadiens », *Gestion 2000*, vol. 9, n° 2, 167-184, avril 1993.
141. CRAM RHONE-ALPES, *50 ans de Sécurité Sociale*, Lyon, CRAM Rhône-Alpes, 1996, 100 p.
142. CRAM RHONE-ALPES, *Le projet d'établissement : de l'expérience à la conceptualisation*, Lyon, Les Cahiers de la CRAM Rhône-Alpes, 1993, 74 p.
143. CREMADEZ, M., GRATEAU, F., (coll.), *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterEditions, 1992, 320 p., 1re éd et 2ème éd., 1997, 448 p.
144. CROZIER, M., FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système*, Paris, Point Seuil, 1977, 504 p.
145. DAGOGNET, F., *La peau découverte*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1993, 188 p.
146. DAGOGNET, F., *Réflexions sur la mesure*, Paris, Encre marine, 1993, 102 p.
147. DAVID, B., PARAPONARIS, C., « Les métamorphoses du récit stratégique », *Communication à la 3e Conférence Internationale de Management stratégique*, Lyon, 9-11 mai 1994.
148. DECRET n° 97-372 du 18 avril 1997 relatif aux établissements de santé privés, J.O. du 20 avril 1998 : art. n° R162-30, CSS, art. n° R710-10 CSP.
149. DEFERT, D., « L'Organisation des Patients et sa Place dans l'Intégration d'un Système de soins », *Dixièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier : La santé demain : vers un système de soins sans murs*, Lyon-Bron, 8-10 déc. 1997.
150. DEGOT, V., « Projet d'entreprise : évaluation d'un instrument de changement », *Revue Française de Gestion*, mars-avril-mai 1988, pp. 74-84.
151. DELABY, L., MAHIEU, G., *Les budgets de service médicalisés, Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, Prix du Conseil Scientifique du PMSI 1995*, nov. 1995, 50 p. + Annexes.
152. DELANDE, G., NEGRE, M., « Les coûts hospitaliers : résultats d'études empiriques », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, vol. 32, n° 4, oct.-déc. 1992, pp. 281-304.
153. DEMEESTERE, R., LORINO, P., MOTTIS, N., *Contrôle de gestion et pilotage*, Paris, Nathan, 1997, 251 p.
154. DEVEREUX, G., *De l'angoisse à la méthode*, Paris, Flammarion, 1980, 474 p.
155. DRASS RHONE-ALPES, *Activité de court séjour des établissements publics et privés participant au service public hospitalier* (Document n° 96-19E), Lyon, nov. 1996, 47 p.
156. DRASS RHONE-ALPES, P.M.S.I. *Mesures de l'activité hospitalière* (MAHOS) (Document n° 96-21M), Lyon, nov. 1996, 29 p.
157. DRASS Rhône-Alpes, *PMSI, Mesures de l'activité hospitalière* (MAHOS), Lyon, nov. 1996, 29 p.
158. DRASS Rhône-Alpes, *Schéma régional d'organisation sanitaire et projet d'établissement, relations réciproques, Recommandations du COTER*, Lyon, déc. 1994, 109 p.

159. DRASS RHONE-ALPES, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire — Guide d'application* (Document n° 96-23G), Lyon, nov. 1996, 51 p.
160. DRULHE, M., *Santé et société, Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF 1996, 390 p.
161. DUBAR, C., TRIPIER, P., *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, 1998, 256 p.
162. DUBOIS-LEFRERE, J., COCA, E., *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*, Paris, Berger-Levrault, 1992, 352 p.
163. DUFRAISSE, J., « L'élaboration du projet d'établissement du centre hospitalier de Fontainebleau », *Mémoire d'élève directeur de 3e classe*, Rennes, ENSP, 1991, 83 p. + Annexes.
164. DUMESNIL, S., GRANDFILS, N., LE FUR, P., MIZRAHI, A., MIZRAHI, A., *Santé, soins et protection sociale en 1996*, CREDES, Paris, novembre 1997.
165. DUPUY, J.-P., *Introduction aux sciences sociales — Logique des phénomènes collectifs*, Paris, Ellipse, 1992, 298 p.
166. DUPUY, J.-P., KARSENTY, S., *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Le Seuil, 1976, 269 p.
167. DUVAL, D., « Le rôle de l'infirmière générale dans la conduite du projet d'établissement », *Mémoire de fin de formation des infirmiers généraux*, Rennes, 1992, 57 p.
168. ECHARDOUR, G. et CASH, R., « PMSI, mesure de l'activité médicale et choix stratégiques », *Journal d'Économie Médicale*, t. 13, n° 6, oct. 1995, pp. 297-302.
169. ENGEL, F. KLETZ, F., MOISDON, J.-C., « L'ICR ou les différents usages d'un outil de gestion », *La lettre d'Informations Hospitalières* (Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie), n° 22, sept. 1995, pp. 1-5.
170. ENGEL, F., MOISDON, J.-C., TONNEAU, D., « Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier français », *Sciences sociales et Santé*, vol. VIII, n° 2, juin 1990, pp. 12-32.
171. ERALY, A., *La structuration de l'entreprise, la rationalité en action*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1988, 256 p.
172. ETIENNE, J., CHANTEREAU, S., CADIER, S., *Planification hospitalière, Rapport au Ministre d'État, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation au ministre des Affaires sociales et de l'emploi*, Paris, La Documentation française, 1986.
173. EVRAERT, S., MEVELLEC, P., « Calcul des coûts : il faut dépasser les méthodes traditionnelles », *Revue Française de Gestion*, mars-avril-mai 1990, pp. 12-24.
174. EXPERT, P. et CHATON, P. (coord.), *Le P.M.S.I. en gestion interne, Rapport d'étude, Centre Hospitalier de Blois, Prix du Conseil Scientifique du P.M.S.I. 1996*, Blois, nov. 1996, 64 p. + Annexes.
175. EYMARD-SIMONIAN, C., « Projets professionnels et projets de services », *Gestions hospitalières*, avril 1998, pp. 279-282.
176. FAUJOUR, V., (coord.), « Outils de gestion et management hospitalier, mélanges et assortiments », *Gestions hospitalières*, juin-juil. 1998, pp. 400-445.
177. FAURE, O., *Histoire sociale de la santé*, Paris, Dunod, 1986, 226 p.
178. FESSLER, J.-M., GEFFROY, L.-R., *L'audit à l'hôpital*, Paris, ESF, 1988, 152 p.
179. FETTER, R. B., « DRG, PMSI, expérience DRG dans le monde », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 4, n° 5, 1986.
180. FEYERABEND, P., *Contre la méthode — Esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance*, Paris, Le Seuil, 1979, 350 p.
181. FICHTER, J.-L., « Non au pret d'entreprise ! », *Revue Française de Gestion*, mars-avril-mai 1988, pp. 85-88.

182. FONDATION METALLURGIQUE ET MINIERE POUR LA SANTÉ ROCHEPLANE-LES ANGUISSSES, *Projet d'établissement 1997-2001*, Grenoble/St Hilaire du Touvet, 27 juin 1997, 137 p. + Annexes.
183. FONTARENSKY, S., « Un projet d'entreprise à l'hôpital public : 'devenir l'hôpital le plus accueillant de France' », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 10, n° 5-6, 1990, pp. 347-352.
184. FOUCAULT, M., (dir.), *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Institut de l'Environnement, 1976, 241 p.
185. FOUCAULT, M., *L'ordre du discours — Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 déc. 1970* — NRF Gallimard, Paris, 1971.
186. FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF Quadrige, 1994 (1° éd. 1963), 215 p.
187. FOUCAULT, M., *Résumé des cours 1970-1982*, Conférences, essais et leçons du Collège de France, Julliard, Paris, 1989.
188. FOULQUIER, T., GREFFIER, C., « Projet d'établissement : révolution culturelle annoncée », *Gestions hospitalières*, n° 319, oct. 1992, pp. 638-642.
189. FOURCADE, A., RICOUR, L., LEGLISE, J., LADOUCKETTE, M., DRESKI, J., SAXCE (de), A. M., « Démarche d'assurance de qualité à l'hôpital : l'expérience de l'hôpital Robert Debré », *Gestions hospitalières*, n° 332, jan. 1994, pp. 57-66.
190. FOURNIER, V., *L'hôpital sens dessus dessous*, Paris, Michalon, 1996, 316 p.
191. FREIDSON, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 500 p.
192. FRIEDBERG, E., *Le Pouvoir et la Règle — Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 1993, 414 p.
193. FUMAROLI, M., *L'État culturel, essai sur une religion moderne*, Paris, Éditions de Fallois, 1992, 414 p.
194. GADAMER, H.-G., *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat, 1998, 187 p.
195. GAREL, G., et MIDLER, C., « Concourance, processus cognitifs, et régulation économique », *Revue Française de Gestion*, juin-juil-août 1995, pp. 86-101.
196. GARITO, R., « L'élaboration du projet d'établissement de la Croix Rousse : méthodologie et analyse », *Mémoire d'élève directeur de 3° classe*, Rennes, ENSP, 1991, 78 p. + Annexes.
197. GARROT, T., « Le management des activités en milieu hospitalier — Pour un contrôle de gestion intégré », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Nice Sophia Antipolis, déc. 1995, 538 p.
198. GEFFROY, L.-R., « Contrôle de gestion et comptabilité analytique », *Gestions Hospitalières*, n° 254, 214-218, mars 1986.
199. GHIGLIONE, R., MATALON, B., *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*, Paris, A. Colin, 1978, 301 p.
200. GIARD, V. et MIDLER, C. (coord.), *Pilotages de projets et entreprises : diversités et convergences*, publié par ECOSIP, Paris, Economica, 1993, 327 p.
201. GIARD, V. et MIDLER, C., « Management et gestion de projet : bilan et perspectives », *Working Paper n°1996.11*, GREGOR, Paris 1, 1996, 17 p.
202. GIARD, V., *Gestion de projets*, Paris, Economica, 1991, 174 p.
203. GIARD, V., MIDLER, C., « Management et gestion de projet : une étude des mutations en cours », *Papier de recherche*, GREGOR Paris I, 1994.02, 1994, 7 p.
204. GIDDENS, A., *La constitution de la société, Eléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF, 1987, 474 p.
205. GIDDENS, A., *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994, 192 p.

206. GIRIN, J., « L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations », Communication à la journée d'étude *La recherche-action en action et en question*, AFCET, Collège de systémique, École Centrale de Paris, 10 mars 1989, 11 p.
207. GIROUX, N., « La construction discursive de l'organisation », *Actes du Colloque Constructivisme et Sciences de gestion*, Lille, 23 oct. 1997, pp. 373-386.
208. GODET, M., *De l'anticipation à l'action : Manuel de prospective et de stratégie*, Paris, Dunod, 1991, 390 p.
209. GOMEZ, P.-Y., *Le gouvernement de l'entreprise*, Paris, InterEditions, 1996, 200 p.
210. GONDRAND, F., « Un projet d'entreprise : pour quoi faire ? », *CNPF-Patronat*, n° 490, mai 1987, repris intégralement in *Problèmes économiques*, n° 2066, 16 mars 1988, pp. 24-30.
211. GONNET, F., *L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris, Lamarre, 1992, 359 p.
212. GRAFIC, « Du SROS au Projet et réciproquement », *Rapport au COTER*, Lyon, URA CNRS 1257, sept. 1994, 35 p.
213. GRAPHOS-CRAM Rhône-Alpes, *Relire les systèmes de santé par les activités et les processus, l'expérimentation de Morancé au service d'une relecture de l'hôpital*, Lyon, Éditions de la CRAM Rhône-Alpes, 1996, 136 p.
214. GRAPHOS-CRAM Rhône-Alpes, *Expérimentation Clinique du Tonkin*, Lyon, UMR CNRS 5834, juil. 1997, 123 p.
215. GRAPHOS, *La formalisation du processus de prise en charge du cancer du sein en phase initiale*, Rapport d'étude, Lyon, GRAPHOS, sept. 1997, 45 p.
216. GRAWITZ, M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1996 (10^e éd.), 920 p.
217. GROUPE « MICRO-MACRO », « Sros et projet d'établissement — relations réciproques », *COTER Rhône-Alpes*, Lyon, fév. 1994, n. p.
218. GROUPE D'ETUDE ET DE REFLEXION DES HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES, *Le projet sanitaire régional avec ou sans l'hôpital général, avec ou sans ses médecins*, 41^e Journées du GERHNU, Versailles — Le Chesnay, 21 nov. 1992, 57 p.
219. GROUPE D'ETUDE ET DE REFLEXION DES HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES, *Le projet médical d'établissement : du projet au programme*, Actes des Journées du GERHNU, Villepinte, 8 déc. 1987.
220. GUIGAZ, M., « Les Centres de lutte contre le cancer : une contribution originale dans la démarche d'accréditation », Actes du colloque *L'accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, IUP Santé, 28 nov. 1997, 119 p., pp. 82-97.
221. GUILHEMSANS, G., « Comment réaliser un projet d'établissement », *Techniques hospitalières*, n° 546, mars 1991, pp. 23-26.
222. GUILHOT, J., Logiques et dynamiques des acteurs du système de santé, *Document de travail GRAPHOS*, 68 p., 1995
223. GUILLOT, D., CABANIS, J.-N., *et alii*, « Communication et projet d'établissement », *Informations hospitalières*, n° spécial, oct. 1993, pp. 9-30.
224. HABERMAS, J., *Théorie de l'agir communicationnel* — tome 1 : Rationalité de l'agir et rationalisation de la société, tome 2 : Critique de la raison fonctionnaliste, Paris, Fayard, 1987, 460 et 480 p.
225. HADORN, P., et POUTOUT, G., « Faux pièges et vrais défis du projet d'établissement, projets d'établissements de santé privés, schémas régionaux d'organisation sanitaire et contrats d'objectifs et de moyens », *Hospitalisation nouvelle*, n° 255, fév. 1998, pp. 21-31.

226. HALGAND, N. « Pour une ingénierie contingente du contrôle de gestion à l'hôpital », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Montpellier, 1994, 480 p.
227. HATCHUEL, A., « Coordination and Control », *International Encyclopedia of Management*, Thomson Business Press, 1996.
228. HATCHUEL, A., « L'intervention de chercheurs en entreprise », *Éducation permanente*, n° 112, déc. 1992.
229. HATCHUEL, A., et WEIL, B., *L'expert et le système*, Paris, Economica, 1992, 280 p.
230. HATCHUEL, A., MOISDON, J.-C., « Modèles et apprentissage organisationnel », *Papier de recherche CGS*, Paris, Ecole Nationale des Mines, 1992, 13 p.
231. HATCHUEL, A., MOISDON, J.-C., POIRSON, A., *Budget global et coûts par type de malades — logique d'utilisation et compatibilité de deux outils de la gestion hospitalière*, Rapport d'études de la convention 25-82-13 passé entre le Ministère de la Santé et Armines, Paris, Centre de Gestion Scientifique, avril 1983, 53 p. + Annexes.
232. HAUT COMITE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La Santé en France 96*, Paris, La Documentation Française, 1996, 285 p.
233. HAYES, R. H., WHEELRIGHT, S. C., CLARK, K. B., *Dynamic Manufacturing*, New York, Free Press, 1992.
234. HAYMANN, E., « Des projets de société aux projets d'entreprise », *Autrement*, n° 100, sept. 1988, pp. 16-21.
235. HELFER, J.-P., KALIKA, M., ORSONI, J., *Management, Stratégie et organisation*, Paris, Vuibert, oct. 1996, 368 p.
236. HERZLICH, C. (1995) : « De la médecine triomphante à l'ère des doutes », *La Recherche*, supplément 'La santé et ses métamorphoses', n° 281, pp.32-34.
237. HESBEEN, W., *Prendre soin à l'hôpital*, InterEditions, MASSON, Paris, mars 1997, 212 p.
238. HODDE, R., « La qualité du projet d'établissement : questions de méthodes », *Hospitalisation nouvelle*, nov. 1993, pp. 20-23.
239. HONORE, B., *L'hôpital et son projet d'entreprise, vers l'œuvre de santé*, Toulouse, Privat, 1990, 180 p.
240. HONORE, B., *La santé en projet*, Paris, InterEditions, 1996, 221 p.
241. HONORE, B., SAMSON, G., *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Toulouse, Privat, 1994, 254 p.
242. HOSPICES CIVILS DE LYON (Direction de la stratégie), *Essai de définition du projet d'établissement, du projet médical, du programme d'établissement, et du plan directeur*, Lyon, document interne HCL, 1992, n. p.
243. HRONEC, S., *Vital Signs, des indicateurs — coût, qualité, délai — pour optimiser la performance de l'entreprise*, Paris, Éditions d'Organisation, 1993, 254 p.
244. HUFF, A. S., « Mapping Strategic Thought », in HUFF, A. S. (ed.), *Mapping Strategic Thought*, New York, John Wiley, 1990, pp. 11-49.
245. ILLICH, Y., *Némésis médicale*, Paris, Le Seuil, 1975, 218 p.
246. IMBERT, J., *Histoire de l'hôpital*, Toulouse, Privat, 1982, 559 p.
247. INFORMATIONS HOSPITALIÈRES, *L'hospitalisation en France*, n° spécial, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction des Hôpitaux, avril 1998, 95 p.
248. INSEE, *La société française*, Paris, INSEE, 1997.
249. IRIBARNE (d'), *La logique de l'honneur*, Paris, Le Seuil, 1989, 260 p.

250. ISEOR, *Management innovant de l'hôpital et des organisations sociales*, Paris, Economica, 1995, 354 p.
251. JACOBZONE, S., « Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, n° 1, mars 1995, pp. 5-45.
252. JAILLET, J.-Y., « Elaboration et suivi du projet d'établissement au Centre Hospitalier de Versailles : méthodologie et analyse », *Mémoire d'élève directeur de 3e classe*, Rennes, ENSP, 1993, 97 p.
253. JALLU, J.-L., « Du concept à l'outil : le projet d'établissement au CHRU d'Amiens », *Techniques hospitalières*, n° 560, mai 1992, pp. 23-28.
254. JIMENO, M.T., EYNAUD BO, L., DI FALCO, S., GIUSIANO, B., « Contrôle de qualité : la chasse aux « erreurs » de codage », *Journal d'Économie Médicale*, t. 13, n° 6, 1995, pp. 315-321.
255. JOHANET, G., *Dépenser sans compter*, Paris, Santé de France, 1995, 244 p.
256. JOINT COMMISSION OF ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATIONS, *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*, Oakbrook Terrace, JCAHO, 1996.
257. JOLY, M., MULLER, J.-L., *De la gestion de projet au management par projet*, Paris, AFNOR Éditions, 1994, 213 p.
258. KAPLAN, R. S., « Il faut modifier nos méthodes comptables ! », *Harvard L'Expansion*, printemps 1985, pp. 53-60.
259. KENNEDY, C., *Toutes les théories du management*, Paris, Maxima — Laurent du Mesnil Editeur, 1995, 216 p.
260. KEPENEKIAN, G., « Un praticien face à l'accréditation », Actes de la *Journée L'Accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, GS Santé, 28 nov. 1997, pp. 105-112.
261. KERVASDOUE (de), J., « Le PMSI pourquoi ? », *Informations hospitalières*, mai-juin 1986, n° spécial.
262. KERVASDOUE (de), J., « Le rôle de l'accréditation dans les démarches qualité », *Gestions hospitalières*, oct. 1997, n° 369, pp. 686-689.
263. KERVASDOUE (de), J., « Réforme hospitalière : la gestion Canada Dry ? », *Revue Française de Gestion*, 109, 100-102, juin-juil-août 1996.
264. KERVASDOUE (de), J., *La santé rationnée ? (La fin d'un mirage)*, Paris, Economica, 1981, 240 p.
265. KIEFFER, R., MERLIERE, Y., « L'expérience de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris dans la mise au point d'indicateurs d'évaluation économique des activités hospitalières », in *Actes des XIV^e Journées nationales des I.A.E.*, Nantes, Presses Académiques de l'Ouest, 1998, t. 4, pp. 333-344.
266. KING'S FUND ORGANISATIONAL AUDIT, *Hospital Accreditation Programme. Organisational Standards and Criteria*, London, KFOA, 1994, 2 vol.
267. KLEIBER, C., « Organisation du changement à l'hôpital », *Papier de recherche*, Hôpitaux cantonaux de Genève, jan. 1997, 20 p.
268. KNIGHT, F., *Risk, Uncertainty and Profit*, Houghton Mifflin Company, 1921.
269. KNIGHTS, D., MORGAN, G., « Corporate Strategy, Organizations, and Subjectivity : A Critique », *Organisation Studies*, vol. 12, n° 2, 1991, pp. 251-273.
270. KËNIG, G., « L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux », *Revue Française de Gestion*, 76-83, jan-fév. 1994
271. KRICHEN, M., « La rationalisation de la production de soins : champ des possibles et réseau de contraintes », *Actes des 2^e Journées de Projectique*, Bayonne-San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 269-288.
272. KÜHN, T., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Champs Flammarion, 1983, 286 p.
273. LABROUSSE, M., « Système d'information et projet d'établissement », *Entreprise santé*, n° 3, juin 1996, pp. 32-34.

274. LACOTTE, D., « Table ronde de l'ENSP : le projet d'établissement, la concertation au nom des soins », *Horizon clinique*, n° 27, jan. 1992.
275. LAMMERS, J. C., CRETIN, S., *et alii*, « Total Quality Management in Hospitals, The Contributions of Commitment, Quality Councils, Teams, Budgets, and Training to Perceived Improvement at Veterans Health Administration Hospitals », *Medical Care*, vol. 34, n° 5, 1996, pp. 463-478.
276. LAROCHE, H., NIOCHE, J.-P. (dir.), *Repenser la stratégie, Fondements et perspectives*, Paris, Vuibert, 1998, 378 p.
277. LAUFER, L'entreprise face aux risques majeurs — A propos de l'incertitude des normes sociales, Paris, L'Harmattan, 1993, 320 p.
278. LAUNOIS, R., « Ethique économique et rationalité médicale », *Conférence GRESAC, GDR CNRS 5047, Centre Anticancéreux Léon Bérard*, Lyon, 03 déc. 1996.
279. LE BRETON, David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1992, 264 p.
280. LE MOIGNE, J.-L., *La modélisation des systèmes complexes*, Paris, Dunod, 1990, 178 p.
281. LE MOIGNE, J.-L., *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*, Paris, PUF, 1977 (4° éd. 1990), 330 p.
282. LEAUTE, M., « Le terrorisme du projet », *Éducation permanente*, n° 109-110, 1991, pp. 71-77.
283. LEMESLE, F., « Le processus de structuration de l'organisation par projets : proposition de conceptualisation », *Actes des 2° Journées de Projectique*, Bayonne — San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 251-268.
284. LEONARD, J.-L. « Projet d'établissement, un choc culturel », *Gestions hospitalières*, avril 1995, pp. 309-312.
285. LEONARD, J.-L., « Gérer la complexité à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 321, déc. 1992, pp. 787-791.
286. LETEURTRE, H., VAYSSE, M., *Les tableaux de bord de gestion hospitalière*, Paris, Berger-Levrault, 1994, 254 p.
287. LETEUTRE, H., VANDENMERSCH, V., BLONDIAU, M.-F., *L'accréditation hospitalière, Gestion et services de soins*, Paris, Berger-Levrault, 1996, 320 p.
288. LETTRE DE L'EXPERIMENTATION MORANCE, *La gestion par processus au cœur des enjeux hospitaliers*, Lyon, CRAM Rhône-Alpes, janvier 1996, n° spécial, 8 p.
289. LIPOVETSKI, G., *L'ère du vide, essai sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 1983, 246 p.
290. LIU, M., « Présentation de la recherche-action : définition, déroulement, et résultats », *Revue Internationale de Systémique*, vol. 6, n° 4, pp. 293-311.
291. LOMBRAIL, P., « Présentation du domaine étudié », in Groupe IMAGE, *L'accréditation en France : comment ?*, Actes du séminaire des 6 et 7 oct. 1993 à Saint-Maurice, Rennes, ENSP, 1994, 54 p.
292. LOPEZ DE GAUNA, P., « Le concept de processus adapté au milieu médical », *Actes des 2° Journées de Projectique*, Bayonne — San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 101-114.
293. LORINO, P., *L'Économiste et le Manager*, La Découverte, Paris, 1989, 228 p.
294. LORINO, P., *Le contrôle de gestion stratégique*, Paris, Dunod, 1991, 213 p.
295. LORINO, P., *Méthodes et pratiques de la performance*, Paris, Éditions d'organisation, 1997, 512 p.
296. LORINO, P., TARONDEAU, J.-C., « De la stratégie aux processus stratégiques », *Revue Française de Gestion*, n° 117, jan. 1998, pp. 5-17.

297. LOTH, A., « L'informatique hospitalière et le PMSI », *Informations hospitalières*, n° 27, avril 1990, pp. 16-68.
298. LOTH, A., *Fiches de la Direction des hôpitaux sur les coûts des activités médicales hospitalières*, Paris, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, 7 avril 1992, 12 p.
299. MAFFESOLI, M., *Le temps des tribus*, Paris, LGF, 1991, 288 p.
300. MAILLARD, C., *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours — Comment la santé est devenue une affaire d'État*, Paris, Dunod, 1986, 200 p.
301. MARCH, J. G., *Décisions et organisations*, Paris, Éditions d'organisation, 1988, 240 p.
302. MARECHAL, J.-P., *Réformer l'hôpital — Direction médicale pivot de la réorganisation*, Paris, Hermès, 1996, 160 p.
303. MARROT, B., *L'administration de la santé en France*, Paris, L'Harmattan, 1995, 489 p.
304. MARTINET, A. C. « Les paradigmes stratégiques : l'éternel retour ? », *Papier de recherche*, 1993, n° 28, URA CNRS 1257.
305. MARTINET, A. C. (coord.), *Épistémologie et sciences de gestion*, Paris, Economica, 1990, 252 p.
306. MARTINET, A. C., « Épistémologie et connaissance praticable ; exigences et vertus de l'indiscipline », in *Journée d'étude Quels concepts fédérateurs pour les sciences de gestion ?*, Paris Dauphine, 31 mars 1998.
307. MARTINET, A. C., « Pensée stratégique et rationalités : un examen épistémologique », *Papier de recherche EURISTIK*, ESA CNRS 5055, n° 23, Lyon, 1996, 25 p.
308. MARTINET, A. C., *Management stratégique : organisation et politique*, Paris, Mc Graw Hill, 1984, 119 p.
309. MARTINET, A. C., *Stratégie*, Paris, Vuibert, 1983, 322 p.
310. MASSE, M.-C., « Le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle : contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public », *Thèse de doctorat ès Sciences de gestion*, Université des Sciences et Technologies de Lille, IAE, 29 sept. 1994, 609 p.
311. MASSE, R., *Culture et santé publique — Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Paris, Gaëtan Morin, 1995, 499 p.
312. MATALON, B., *La construction de la science — De l'épistémologie à la sociologie de la connaissance scientifique*, Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1996, 230 p.
313. MATILLON, Y. DURIEUX, P. (dir.), *L'évaluation médicale : du concept à la pratique*, Paris, Flammarion, 1994, 161 p.
314. MATILLON, Y., « De l'évaluation à l'accréditation : historique, sémantique, et objectifs », *Actes du colloque L'accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, IUP Santé, 28 nov. 1997, 119 p., pp. 8-20.
315. MATTEI, J.-F., ETIENNE, J.-C., CHABOT, J.-M., *De la médecine à la santé*, Paris, Flammarion, 1997, 143 p.
316. MERLIERE, Y., « Un outil de redéploiement des bases budgétaires des hôpitaux », *Gestions hospitalières*, oct. 1995, pp. 610-616.
317. MEVELLEC, P., « Coût complet à base d'activités : une étude comparative », *Revue Française de Comptabilité*, n° 216, oct. 1990, pp. 83-91.
318. MEVELLEC, P., « Plaidoyer pour une vision française de la méthode ABC », *Revue Française de Comptabilité*, n° 251, déc. 1993, pp. 36-44.
319. MEYER, Ph., TRIADOU, P., *Leçons d'histoire de la pensée médicale — Sciences humaines et sociales en médecine*, Paris, Odile Jacob, 1996, 397 p.

320. MEYNAUD, H. Y. (dir.), *Les sciences sociales et l'entreprise, cinquante ans de recherches à EDF*, Paris, La Découverte, 1996, 388 p.
321. MIDLER, C., « Evolution des règles de gestion et processus d'apprentissage », in ORLEAN, A. (dir.), *Analyse économique des conventions*, Paris, PUF, 1994, 403 p., pp. 335-369.
322. MIDLER, C., « Logique de la mode managériale », *Gérer et comprendre*, juin 1986, pp. 74-85.
323. MIDLER, C., *L'auto qui n'existait pas : management de projet et transformation de l'entreprise*, Paris, InterEditions, 1993, 215 p.
324. MILKOFF, R., « Le concept de comptabilité de gestion à base d'activités », *Papier de recherche*, GREGOR Paris I, 1996.06, 15 p., 1996.
325. MILKOFF, R., « Le concept de comptabilité de gestion à base d'activités : mise en œuvre et tentative d'évaluation », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Université Paris 1, 11 jan. 1996, 500 p.
326. MINGUET, G., « Le sens du projet d'entreprise : un examen de la littérature », *Éducation Permanente*, n° 87, 1987.
327. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (Direction des Hôpitaux, Sous Direction de l'Évaluation et Organisation hospitalières, Bureau EO1), *Proposition d'indicateurs pour le suivi des volets « Qualité et Sécurité » des contrats d'objectifs et de moyens*, Paris, déc. 1997, 54 p.
328. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (Direction des Hôpitaux), *Rapport du Comité de pilotage sur la révision des SROS*, Paris, nov. 1997, 43 p. + Annexes.
329. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (Direction des Hôpitaux), « Extension du PMSI à la psychiatrie : état d'avancement des travaux », *Notes de travail*, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, mai 1997, n. p.
330. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (Service des statistiques, des Études et du Système d'Information), *Tableaux de l'Économie Française 1997-1998*, Paris, La Documentation Française, 1997, 180 p.
331. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, *Lettre de mission* de Mme M. AUBRY et M. B. KOUCHNER à Mme D. POLTON, Paris, 9 oct. 1997.
332. MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Direction des Hôpitaux) « Bâtir un projet d'établissement : éléments méthodologiques », *Informations hospitalières*, n° 38, nov. 1992, 72 p.
333. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE, *Études d'élaboration d'un SROS, Deuxième Rapport d'Étapes*, Paris, 1992.
334. MINISTÈRE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (Direction des Hôpitaux), *Réforme des modalités d'allocation budgétaire — Guide des retraitements comptables*, Paris, jan. 1995.
335. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ (Direction des Hôpitaux), *Etude d'élaboration d'un SROS*, Paris, 1991, non paginé.
336. MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES (Direction des Hôpitaux), « Le PMSI, Analyse médico-économique de l'activité hospitalière », *La lettre d'Informations Hospitalières*, numéro spécial, mai 1996, 71 p.
337. MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, *Manuel des Groupes Homogènes de Malades, 4ème version de la classification, version 3.4 de la fonction groupage (1996)*, vol. 1, B.O. fascicule spécial n° 96/11 bis, 15 nov. 1996, Annexes (Liste des GHM par CMD).
338. MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, MINISTÈRE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DE LA VILLE ET DE L'INTEGRATION, *Catalogue des Actes Médicaux (1997), Champ alpha, actes diagnostics et thérapeutiques*, vol. 1, B.O. n° 96/10 bis.
339. MINTZBERG, H., « The Design School : Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management », *Strategic Management Journal*, vol. 11, 1990, pp. 171-195, 1990.

340. MINTZBERG, H., *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Paris, Éditions d'Organisation, 1994, 380 p.
341. MINTZBERG, H., *Le management — Voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1990, 570 p.
342. MINTZBERG, H., *Le pouvoir dans les organisations*, Paris, Éditions d'Organisation, 1986, 580 p.
343. MINTZBERG, H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'organisation, 1982, 434 p.
344. MINVIELLE, E., « A propos des démarches qualité : outil de gestion et outil de mise en scène ? », *Gestions hospitalières*, oct. 1997, pp. 625-627.
345. MINVIELLE, E., « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-juil.-août 1996, pp. 114-124.
346. MINVIELLE, E., « Gérer la singularité à grande échelle », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Paris, École Polytechnique, avril 1996, 480 p.
347. MISLER, A., « Le P... médical d'établissement : du projet au programme », *La médecine hospitalière*, n° 4, 1988, p. 83.
348. MISPELBLOM, F., *Au delà de la qualité*, Paris, Syros, 1996, 256 p.
349. MISSION INTERMINISTERIELLE SUR LES HÔPITAUX (IGAS, IGF, IGA), *Rapport*, Paris, juil. 1994.
350. MOISDON, J.-C. (dir.), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Seli-Arslan, 1997, 254 p.
351. MOISDON, J.-C., « Les contrats dans le nouveau système hospitalier : naissance d'une instrumentation », *Droit social*, n° 9-10, sept.-oct. 1997, pp. 872-876.
352. MOISDON, J.-C., TONNEAU, D., « L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration », *Revue Française de Gestion*, 109, 80-91, juin-juil.-août 1996.
353. MOISDON, J.-C., WEIL, B., « Capitaliser les savoirs dans une organisation par projets », *Journal de l'Ecole des Mines*, n° 10, avril 1998, pp. 17-24.
354. MONNIER, E., *Évaluations de l'action des pouvoirs publics, du projet au bilan*, Paris, Economica, 1987, 169 p.
355. MORDELET, P., BATARD, J.-P., « Projet d'établissement et contrats d'objectifs au service d'une restructuration des coûts », *Technologie santé*, n° 30, sept. 1997, pp. 58-63.
356. MOREAU, Y., *Dépenses de santé : un regard international*, Paris, Ministère des affaires sociales et de l'intégration, La Documentation Française, 1992, 278 p.
357. MORELLE, A., *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996, 390 p.
358. MORET-BAILLY, J., « Essai sur les déontologies en droit positif », *Thèse de doctorat en droit*, Saint-Etienne, nov. 1996.
359. MORGAN, G., *Images de l'organisation*, Laval, Presses de l'Université de Laval, ESKA, 1989, 423 p.
360. MORIN, E., *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF, 1991, 158 p.
361. MORIN, E., LE MOIGNE, J.-L., *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*, Lille, ASPEPS Éditions, 85 p., 1997.
362. MORIN, *La méthode*, 4 tomes, Paris, Le Seuil, 1977-1991.
363. MOUCHOT, C., *Introduction aux sciences sociales et à leurs méthodes*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1986, 320 p.
364. MOUGEOT, M., *Le système de santé*, Paris, Economica, 1986, 184 p.

365. MOUNIC, V., DISCAZEAX, B., BRUNET, G., POUVOURVILLE (de), G., NAIDITCH, M., « Le PMSI, un outil pour le projet médical d'établissement, l'expérience de l'hôpital Saint Camille », *Gestions Hospitalières*, n° 312, jan. 1992, pp. 60-69.
366. MUCCHIELLI, A., *Les méthodes qualitatives*, Paris, P.U.F Que sais-je ?, 1991, 120 p.
367. MULSANT, T., « Pour une pratique renouvelée du contrôle de gestion à l'hôpital », *Thèse de doctorat en médecine*, Université de Limoges, Faculté de médecine, 22 oct. 1991, 149 p.
368. MULSANT, T., *Le projet d'entreprise à l'hôpital, mode d'emploi*, Paris, Berger Levrault, 1991, 144 p.
369. NATHAN, T., STENGERS, I., *Médecins et sorciers*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1995, 162 p.
370. NEZONDET, O., BERNARD, M., SEGADE, J.-P., « Les finances et le projet d'établissement ou une nouvelle version de la cigale et la fourmi », *Techniques hospitalières*, déc. 1993, pp. 90-91.
371. NISAND, G., ROESLIN, N., CASTEL, P., KRENCKER, C., COUTY, E., « PMSI et projet d'établissement. Méthodes d'estimation du nombre de lits et places », *Gestions hospitalières*, avril 1997, pp. 293-297.
372. ORLEAN, A. (dir.), *Analyse économique des conventions*, Paris, PUF, 1994, 403 p.
373. PASCAL, C., « Comptabilité par activités : du concept à l'analyse critique », *Mémoire pour le D.E.A. en Sciences de Gestion*, GRAFIC — URA CNRS 1257, sept. 1995, 120 p.
374. PASCAL, C., « De la logique de projet à la logique d'activité : le cas d'un établissement de soins », *Actes des Journées de Projectique*, Bayonne, 9-10 nov. 1995, pp. 314-332.
375. PAUL, J.-P., « Du projet global d'établissement au projet d'établissement qualité totale », *Gestions Hospitalières*, n° 307, juil. 1991, pp. 481-485 ou *Qualité Santé*, n° 9, fév. 1991.
376. PHANUEL, D., « La stratégie hospitalière existe-t-elle ? », *Gestions hospitalières*, oct. 1998, pp. 623-628.
377. PHELPS, C., *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union, 1995, 324 p.
378. PIAGET, J. (dir.), *Logique et connaissance scientifique*, Paris, Gallimard, 1967, 1345 p.
379. PINEAULT, R. et DAVELUY, C., *La planification de la santé — concepts, méthodes, stratégies*, Ottawa, Éditions Nouvelles AMS, 1995 (éd. revue et corrigée), 480 p.
380. PINSON, J., « L'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital Louis Mourier : un projet d'établissement », *Mémoire d'élève directeur de 3ème classe*, Rennes.
381. PIOVESAN, D., « Le projet d'établissement du Centre Hospitalier St Joseph et St Luc 1996-2000 », *Mémoire de fin d'études*, Lyon, Université Lumière Lyon 2, IEP, sept. 1997, 162 p.
382. PORTER, M., *L'avantage concurrentiel*, Paris, InterEditions, 1997, 647 p.
383. POUTOUT, G., « Comment se préparer à la réforme hospitalière », *Papier de travail*, Paris, CRAM Ile-de-France, Direction de la gestion du risque hospitalier, 20 juin 1996, 8 p.
384. POUTOUT, G., « La contractualisation : vrai concept ou faux-semblant ? », *Technologie Santé*, n° 24, déc. 1995, pp. 30-44.
385. POUVOURVILLE (de), G. « Hôpitaux : la double contrainte », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-juil-août 1996, pp. 72-79.
386. POUVOURVILLE (de), G., « Avant-propos au dossier 'Gérer l'hôpital : outils et modes d'emploi', *Sciences Sociales et Santé*, vol. 8, n° 2, juin 1990, pp. 5-9.
387. POUVOURVILLE (de), G., « Hôpital et médecine de ville : système d'information et coordination », *Dixièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier : La santé demain : vers un système de soins sans murs*, Lyon-Bron, 8-10 déc. 1997.

388. POUVOURVILLE (de), G., « La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 8, n° 2, juin 1990, pp. 33-65.
389. POUVOURVILLE (de), G., COMAR, I., BOUVIER, V., « Le paiement à la pathologie des hôpitaux : l'expérience française », *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*, n° 42, pp. 68-78, 1994.
390. POUVOURVILLE (de), G., JEUNEMAITRE, A., *La naissance d'un instrument de gestion hospitalière : le groupe homogène de malade, Contrat de recherche externe INSERM*, Paris, CRG, École Polytechnique, jan. 1988, 64 p.
391. PROST, A., « Des mots pour le dire ou la comptabilité trahie par ses scribes », *Revue Française de Comptabilité*, pp. 423-434, 1995.
392. PROST, R. (dir.), *Concevoir, Inventer, Créer. Réflexions sur les pratiques*, Paris, L'Harmattan, 1995, 336 p.
393. QUANTIN, C., METRAL, P., DUSSERRE, L., « PMSI et contractualisation hospitalière : apport d'une méthode de justification clinique des séjours coûteux d'un GHM », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 13, n° 6, oct. 1995, pp. 337-339.
394. QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, 288 p.
395. RAIKOVIC, M., DUSSOL, A., « La communication, starter du projet d'établissement. L'expérience du CHG de Montauban », *Décision santé*, n° 43, juin 1993.
396. REIX, R., *Systèmes d'information et management des organisations*, Paris, Vuibert, 1995, 372 p.
397. REMY, P.-L., « Quel apport pour la santé des Français ? », Actes du colloque *L'accréditation en France : Quel concept pour quelle réalité ?*, Lyon, IUP Santé, 28 nov. 1997, 119 p., pp. 38-50, p. 40.
398. RENIER, M. « Analyse financière et financement du projet d'établissement au Centre hospitalier de La Rochelle ou le passage d'une logique budgétaire annuelle à une logique financière pluri-annuelle », *Mémoire d'élève directeur de 3ème classe*, Rennes, ENSP, 1994, 97 p. + Annexes ;
399. RESWEBER, J.-P., *La recherche-action*, Paris, PUF Que Sais-je ?, 1995, 128 p.
400. REYNAUD, J.-D., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin, 1989, 306 p.
401. ROCHAIX, L., « Asymétries informationnelles et comportement médical », *Thèse de doctorat en économie*, Rennes I, 1996.
402. ROCHAIX, M., *Les questions hospitalières de 1789 à nos jours*, Paris, Berger-Levrault, 1997 (rééd.), 497 p.
403. ROJOT, J., BERGMANN, A., *Comportement et organisation*, Paris, Vuibert, 1989, 352 p.
404. ROMEYER, C., FABBE-COSTES, N., MICHEL, C., COSTES, O., « L'introduction d'un 'Système d'Information Centré sur l'Activité' vecteur d'une amélioration de la gestion des flux et d'un changement organisationnel : le cas du CHITS (Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne), in Actes des 2° Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique, Marseille, jan. 1998, n. p.
405. ROPS, *Le projet, un défi nécessaire face à une société sans projet*, Paris, L'Harmattan, 1992, 425 p.
406. ROSENSTEIN, A. H., « Cost-effective health care : Tools for improvement », *Health Care Management Review*, vol. 19, n° 2, 1994, pp. 53-61.
407. ROTH, O., « Analyse descriptive du processus de prise en charge du patient, au service des urgences de l'hôpital St Joseph à Marseille », *Mémoire de DEA MASS*, Université Jean Moulin Lyon 3, sept. 1998, 115 p. + Annexes.
408. SAILLY, J.-C., « La santé demain : contraintes et impératifs de la mondialisation », *Dixièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier : La santé demain : vers un système de soins sans murs*, Lyon-Bron, 8-10 déc. 1997.

409. SAILLY, J.-C., LEBRUN, T. (coord.), *Dix ans d'avancées en économie de la santé, Actes des XIX^e Journées des Économistes de la Santé Français*, Paris, John Libbey Eurotext, 1997, 304 p.
410. SAINSAULIEU, R., *L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1988 (3^{ème} éd.), 476 p.
411. SAINSAULIEU, R., *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Paris, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques, Dalloz, 1987, 385 p.
412. SCHEID, J.-C., *Les grands auteurs en organisation*, Paris, Bordas, 1980, 240 p.
413. SCHWARTZ, L., « Le cancer résiste à la science », *La Recherche*, n° 284, fév. 1996, pp. 54-60.
414. SEGADE, J.-P., et ROMATET, J.-J., « Un nouveau paradigme », *Gestions hospitalières*, avril 1995, pp. 313-316.
415. SEGAL, J.-P., Peut-on vaincre les résistances au contrôle de gestion en France ?, *Revue Française de Gestion*, pp. 72-81., jan-fév. 1991
416. SFEZ, L., *La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Le Seuil, 1995, 398 p.
417. SIMON, H. A., *Models of Bounded Rationality : Economics Analysis and Public Policy*, vol. 1, Cambridge, MIT Press, 1982, 389 p.
418. SIMON, H. A., *Models of Discovery and Other Topics in the Methods of Science*, Boston, 1977, 341 p.
419. SOUBIE, R. (prés.), *Santé 2010*, Paris, La Documentation française, 1993, 151 p.
420. SOUBIE, R., PORTOS; J.-L., *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Paris, La Documentation française, 1994.
421. SPINNEWYN, D., « Indicateurs de suivi et d'évaluation des projets d'établissement », *Inter Bloc*, n° 4, 1997, pp. 80-81.
422. SPINNEWYN, D., « La planification stratégique : l'éclairage canadien », *Gestions hospitalières*, n° 281, déc. 1988, pp. 776-779.
423. STARCK, B., ROLAND, H., BOYER, L., *Introduction au droit*, Paris, Litec, 1996 (4^e éd.).
424. STEPHAN, J.-C., FOURCADE, A., « Évaluation et gestion de la qualité : l'accréditation à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n° 326, mai 1993, pp. 381-390.
425. STORA, G., et J. MONTAIGNE, *La qualité totale dans l'entreprise*, Paris, Éditions d'Organisation, 1987, 246 p.
426. STRATEGOR (collectif HEC), *Stratégie, structure, Décision, Identité*, Paris, InterEditions, 1988, 511 p.
427. STRAUSS, A., *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, 319 p.
428. TANGUY, A., CHAMBAUD, L., MARTIN, C., « Projet médical d'établissement : une autre logique ? », *Gestions hospitalières*, n° 329, oct. 1993, pp 556-559.
429. TARONDEAU, J.-C., *Produits et technologies, choix politiques de l'entreprise industrielle*, Paris, Dalloz Gestion, 1982, 214 p.
430. TEIL, A., « Du projet d'établissement à la stratégie d'entreprise : un remède contre quels maux ? », *Mémoire de DEA*, Lyon, UMR CNRS 5834, sept. 1998, 112 p.
431. TERRENOIRE, J., « Projets et changement dans les organisations, Eléments pour une épistémologie », *Cahiers Lyonnais de Recherche en Gestion*, n° 16, avril 1995, pp.354-380.
432. TERSSAC (de), G., DUBOIS, P., *Les nouvelles rationalisations de la production*, Toulouse, Cépaduès, 1992, 290 p.
433. THOMAS, Y., *Histoire de l'administration*, Paris, La Découverte, 1995, 124 p.
434. TOME, J.-F., « Le projet d'entreprise à l'hôpital », *Mémoire de fin d'assistantat*, Rennes, ENSP, 1987, 220 p.

435. TONNEAU, D., « Les outils de gestion et l'hôpital, Bilan d'une greffe sur un service public à soigner », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Paris, École Nationales des Mines de Paris, CGS, 1994, 433 p.
436. TONNEAU, D., « Organisation, logiques professionnelles et instruments de gestion », *IX^e Entretiens Jacques Cartier*, Montréal, 2 oct. 1996, 18 p.
437. TOUSSAINT-CHASTAGNOL, N., « Le projet d'établissement hospitalier », *Objectif soins*, n° 39, jan. 1996, pp. 25-27 et n° 40, fév. 1996, pp. 25-27.
438. TURENNE (de), I., « Un renouveau de la planification sanitaire en France avec la loi de juillet 1991 — Premières réflexions sur la démarche engagée en Rhône-Alpes », *Mémoire de DEA « Méthodes d'analyse des systèmes de santé »*, Université Claude Bernard Lyon 1, sept. 1993, 101 p.
439. UNION HOSPITALIERE DU SUD OUEST, « Le projet médical d'établissement », *Revue Hospitalière de France*, n° 414, oct. 1988, p. 829
440. UNION HOSPITALIERE DU SUD OUEST, « Le projet médical d'établissement et le rapport d'activité médicale », *Revue Hospitalière de France*, n° 424, oct. 1989, p. 707.
441. VALERY, P., *Introduction à la méthode de Léonard de Vinci*, Paris, Gallimard, 1957, 167 p.
442. VALETTE, A., « Une gestion stratégique à l'hôpital ? », *Revue Française de Gestion*, n° 109, pp. 92-99, juin-juil-août 1996.
443. VALETTE, A., « Formation des trajectoires d'offre de soins : l'interaction hôpital-environnement », *Thèse de doctorat ès sciences de gestion*, Paris 9, 1994.
444. VALLET, O., *Administration et pouvoir*, Paris, Flammarion, 1995, 128 p.
445. VAUCONSANT, C., « La politique de management des cadres infirmiers. Contribution à l'élaboration de nouvelles organisations de travail dans le cadre du projet d'établissement de Ville-Evrard », *Mémoire d'élève directeur de 3^e classe*, Rennes, ENSP, 1995, 99 p.
446. VEDELAGO, F., « Système de santé et crise de légitimation », *Sociologie Santé*, n° 5, 1991, pp. 141-155.
447. VENEY, J. E., KALUZNY, A. D., *Évaluation and Decision Making for Health Services*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1991, 450 p.
448. VIGARELLO, G., « L'éducation pour la santé — Une nouvelle attente scolaire », *Esprit*, n° 2, fév. 1997.
449. VINOT, D., « Activity-Based Costing : une approche discursive », *Cahiers Lyonnais de recherche en gestion*, n° 16, Lyon, avril 1995, pp. 401-415.
450. VINOT, D., « De l'usage interne des points ISA : pertinence locale ou cohérence globale », *Gestions hospitalières*, oct. 1998.
451. VINOT, D., « De l'usage interne du PMSI », *note de recherche*, GRAPHOS UMR 5823, jan. 1998, 50 p.
452. VINOT, D., « De la comptabilité analytique à la comptabilité par activités : relectures du discours gestionnaire dans le cadre d'un nouveau paradigme », *Mémoire de DEA en sciences de gestion*, Lyon, Programme Doctoral de Gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, sept. 1994, 116 p.
453. VINOT, D., « De la valeur médicale à la valeur organisationnelle : l'hôpital français face à une nouvelle régulation », *Actes des journées des IAE*, Nantes, Presses académiques de l'Ouest, 1998, t. 3, pp. 651-666.
454. VINOT, D., « Le management par les activités : guide méthodologique », *note de recherche*, GRAPHOS, UMR 5823, avril 1997, 103 p.
455. VINOT, D., « Le projet comme formation discursive : une première approche gestionnaire », *Actes des Journées de Projectique*, Bayonne, 9-10 nov. 1995, pp. 333-349.

456. VINOT, D., « Le rôle des indicateurs de gestion dans la reconfiguration d'un projet d'établissement : le cas de la fusion de deux cliniques », *Actes des Deuxièmes Journées de Projectique*, Bayonne/San Sebastian, 24-26 oct. 1996, pp. 325-346.
457. VINOT, D., COSSE, P., GAGELIN-PILLOD, C., « Évaluation de la qualité des soins et qualité de l'évaluation des soins : analyse croisée des pratiques et des outils sur deux services de réanimation chirurgicale polyvalente », *XXI^e Journées des Économistes français de la santé*, Paris, 14-15 mai 1998, 23 p.
458. WACHEUX, F., « Intuition, Compréhension, Démonstration : La figuration d'un processus de recherche constructiviste », *Actes du colloque Constructivisme et Sciences de gestion*, Lille, 23 oct. 1997, pp. 282-294.
459. WATTRELOS, E., « Utilisation interne du PMSI : limites et indications », *mémoire de DESS*, Faculté de médecine, Montpellier, nov. 1994, 62 p. + Annexes.
460. WATZLAWICK, P. (dir.), *L'invention de la réalité*, Paris, Le Seuil, 1988, 374 p.
461. WATZLAWICK, P., *La réalité de la réalité*, Paris, Le Seuil, 1978, 240 p.
462. WOODWARD, J., *Industrial Organization : Theory and Practice*, Londres, Oxford University Press, 1965.
463. ZARIFIAN, P., *La nouvelle productivité*, Paris, L'Harmattan, 1990, 212 p.

T ABLE DES MATIERES

Introduction générale

Problèmes et enjeux pour l'hôpital d'aujourd'hui.....3

1. Problèmes pour l'hôpital6

1.1 *Les mutations du système de soins.....6*

1.1.1 *Une modification de l'environnement global des systèmes de soins.....6*

1.1.2 *Le rôle grandissant de la technologie.....7*

1.1.3 *La formation du patient.....8*

1.2 *Les contraintes historiques, sociales et économiques sur le système de soins....8*

1.3 *Un système de soins en crise de légitimité.....9*

1.3.1 *Une profession médicale en mutation.....10*

1.3.2 *Une régulation institutionnelle et économique inopérante.....11*

1.3.3 *Les structures de soins : l'hôpital en question.....13*

1.4 *Des instruments de gestion déficients.....14*

2. Perspectives en management.....16

2.1 *De nouveaux modes de collaboration et de concurrence.....16*

2.2 *De nouvelles méthodes d'organisation et de gestion.....17*

Problématique & Méthodologie

1.	Présentation de la recherche.....	20
1.1	<i>L'objet de notre recherche.....</i>	<i>20</i>
1.2	<i>La démarche.....</i>	<i>21</i>
1.3	<i>Le cadre conceptuel de la recherche.....</i>	<i>23</i>
1.3.1	<i>A la recherche d'une approche intégratrice : l'émergence de la notion de projet à l'hôpital.....</i>	<i>23</i>
1.3.2	<i>Pour un modèle structurant les logiques d'action.....</i>	<i>25</i>
1.4	<i>Posture épistémologique : la question de la dialogique connaissance — action</i>	<i>27</i>
1.4.1	<i>Connaissance et action en sciences de gestion.....</i>	<i>28</i>
1.4.2	<i>De la connaissance du projet au projet de connaissance.....</i>	<i>29</i>
2.	Méthodologie et terrain de recherche.....	33
2.1	<i>Méthodologie de la recherche : Posture de recherche-action et conséquences pour le cadre d'analyse.....</i>	<i>33</i>
2.2	<i>Le matériau en construction : l'articulation des terrains et de la question de recherche.....</i>	<i>36</i>
2.2.1	<i>Le pilotage du dispositif.....</i>	<i>40</i>
2.1.2.1	<i>La définition de la recherche ou l'accord préalable.....</i>	<i>40</i>
2.1.2.2	<i>La constitution des groupes de pilotage et de recherche.....</i>	<i>41</i>
2.1.2.3	<i>Le contrôle de la démarche.....</i>	<i>42</i>
2.2.2	<i>Les limites du dispositif : les possibilités de généralisation.....</i>	<i>44</i>
3.	Plan de la thèse.....	45

Première Partie

**La formalisation du concept : le projet d'établissement
entre régulation sanitaire et gestion de l'hôpital.....47**

Première Sous Partie

**Les origines du concept :
une lente gestation (1970-1995).....51**

Chapitre 1

Le projet d'établissement, périmètre d'un concept.....53

1. Notion de projet.....55

1.1 Approche sémantique et historique.....55

1.2 Le projet, image de la société postindustrielle.....57

1.2.1 Le projet, reflet d'une civilisation progressivement dématérialisée.....57

1.2.2 Le projet en tension entre programme, problème et prospective.....60

1.2.3 Le projet entre universalité et singularité.....60

1.3 Le projet par les pratiques discursives.....61

1.4 Le projet dans la gestion des organisations.....62

1.4.1 Les origines industrielles : la gestion des projets objets.....63

1.4.2 Le projet collectif : le projet sujet.....67

2. La démarche de projet dans le champ sanitaire.....72

2.1 La genèse et les méandres du concept de projet d'établissement.....73

2.1.1 La planification sanitaire ou le projet d'établissement en gestation.....73

2.1.2	<i>La formalisation du projet d'établissement : la loi du 31 juillet 1991.....</i>	78
2.2	<i>Les cheminements du projet d'établissement articulés aux pratiques.....</i>	80
2.2.1	<i>L'examen de la littérature professionnelle ou le prisme des pratiques fluctuantes d'une époque.....</i>	80
2.2.2	<i>L'analyse des projets d'établissements d'une région ou les formes de légitimation des discours.....</i>	86
Chapitre 2		
Projet d'établissement et régulation sanitaire : réponses partielles et perspectives.....		
91		
1.	Les interactions entre projets d'établissement et SROS : une problématique commune dans un paysage en (re) construction.....	93
1.1	<i>Le cadre : une statique renouvelée.....</i>	94
1.1.1	<i>Quatre objectifs.....</i>	94
1.1.2	<i>Un renouvellement des outils de planification.....</i>	95
1.2	<i>Les interactions SROS — Projets d'établissement : une dynamique incomplète.....</i>	97
1.2.1	<i>Les articulations entre cohérences internes au projet et cohérence projet/SROS : proposition d'un modèle d'interprétation.....</i>	98
1.2.2	<i>La négociation, l'outil majeur de l'interaction.....</i>	101
1.2.3	<i>Les limites : des réponses partielles, et une préparation aux réformes.....</i>	104
2.	Une illustration des conséquences d'une régulation partielle : les disjonctions des représentations autour d'un projet.....	106
2.1	<i>Les discours autour du projet.....</i>	108
2.1.1	<i>Résultats obtenus : les différentes représentations d'une même réalité.....</i>	109

2.1.2	<i>Analyse : le jeu des indicateurs et leur influence sur la (dé) structuration du projet d'établissement.....</i>	<i>114</i>
2.2.	<i>Les leçons à retenir pour l'accompagnement du projet.....</i>	<i>117</i>
Seconde Sous Partie		
La dynamique du concept :		
la métabolisation de référentiels globaux par le projet		
d'établissement (depuis 1996).....124		
Chapitre 1		
Référentiels globaux et structuration du projet		
d'établissement.....132		
1.	Vers la globalisation de l'information : le PMSI..	135
1.1	<i>Le contexte préalable à la construction de l'outil.....</i>	<i>136</i>
1.2	<i>La démarche générale.....</i>	<i>137</i>
1.2.1	<i>La demande initiale.....</i>	<i>137</i>
1.2.2	<i>L'origine du PMSI : les DRG du Pr. Fetter.....</i>	<i>137</i>
1.3	<i>Les principes opératoires.....</i>	<i>138</i>
1.3.1	<i>Les éléments de constitution du système d'information.....</i>	<i>139</i>
1.3.2	<i>Le PMSI, instrument de la planification régionale.....</i>	<i>141</i>
1.3.3	<i>L'extension du champ d'activité couvert par le PMSI.....</i>	<i>144</i>
1.4	<i>Les limites du PMSI.....</i>	<i>145</i>
1.4.1	<i>Les limites formulées par les concepteurs de l'outil : les règles du jeu.....</i>	<i>145</i>
1.4.2	<i>Les limites pratiques : les jeux de la règle.....</i>	<i>146</i>
1.4.3	<i>Les limites conceptuelles : le jeu dans la règle.....</i>	<i>148</i>

2.	Vers une régulation qualitative des hôpitaux : de l'évaluation à l'accréditation.....	151
2.1	<i>Aux origines de l'accréditation, l'évaluation médicale.....</i>	<i>152</i>
2.2	<i>Les expériences fondatrices de l'accréditation.....</i>	<i>154</i>
2.2.1	<i>Les expériences étrangères.....</i>	<i>154</i>
2.2.2	<i>Les expériences issues d'initiatives individuelles.....</i>	<i>155</i>
2.3	<i>La méthodologie.....</i>	<i>157</i>
2.3.1	<i>Définition de l'accréditation.....</i>	<i>157</i>
2.3.2	<i>Les modes opératoires.....</i>	<i>158</i>
2.4	<i>Les limites du dispositif : « au delà de la qualité ».....</i>	<i>160</i>

Chapitre 2

Contrat d'objectifs et légitimation du projet d'établissement.....	165
---	------------

1.	Du concept de contrat au contrat d'objectifs et de moyens	167
1.1	<i>Le contrat : des fondements juridiques.....</i>	<i>167</i>

1.2	<i>Le contrat : des origines économiques... incongrues pour le champ sanitaire</i>	168
1.3	<i>Le contenu des contrats d'objectifs et de moyens</i>	171
1.3.1	<i>Le cadre juridique</i>	172
1.3.2	<i>Le contenu</i>	173
1.3.3	<i>La forme du contrat</i>	174
1.3.4	<i>Le processus d'élaboration</i>	175
1.3.5	<i>Le choix d'indicateurs de suivi</i>	175
2.	Les méthodes de contractualisation proposées par les tutelles et leurs limites	178
2.1	<i>État des lieux</i>	178
2.2	<i>La dualité des outils : l'élaboration conjointe des contrats et des projets</i>	178
2.3	<i>La contractualisation généralisée : le projet « suit » le contrat</i>	179
2.4	<i>La régulation par la concertation : le contrat « suit » le projet</i>	180
	Seconde Partie	
	Du projet d'établissement au projet de l'établissement : analyses cliniques d'établissements et instrumentalisations managériales	191

Première Sous Partie

Les cas cliniques ou l'inscription du projet dans les terrains.....	197
---	-----

Chapitre 1

Un référentiel organisationnel en construction : les conditions de possibilité du projet.....	199
---	-----

1. La production hospitalière : caractéristiques et perspectives pour le projet d'établissement	202
---	-----

1.1 <i>L'hôpital : une structure professionnelle ébréchée.....</i>	202
1.1.1 <i>Le socle de base : la bureaucratie professionnelle.....</i>	203
1.1.2 <i>La structure hospitalière : « légitimité » médicale et « impertinence » gestionnaire.....</i>	206
1.1.3 <i>L'organisation hospitalière ou la juxtaposition des contraintes.....</i>	208
1.3.1.1 <i>Le faux problème de la gestion du temps.....</i>	209
1.3.1.2 <i>Enjeux et contradictions de la finalisation du service.....</i>	210
1.2 <i>La complexité de la prise en charge du patient ou les différentes dimensions de la « production » hospitalière.....</i>	213
1.2.1 <i>L'hôpital entre lieu de production de la distinction et lieu de production de prestations de services.....</i>	213
1.2.2 <i>Une réconciliation possible autour de la « prise en charge ».....</i>	215
1.2.3 <i>De la prise en charge au processus de prise en charge.....</i>	217
1.3.2.1 <i>Aux origines du processus : la chaîne de valeur.....</i>	218
1.3.2.2 <i>Les expériences déjà réalisées dans le champ hospitalier et leurs limites.....</i>	219
1.3.2.3 <i>La finalité du processus comme référent du projet d'établissement.....</i>	220

2. Pour un pilotage gestionnaire de l'hôpital : du projet d'établissement au projet de l'établissement	222
--	-----

2.1 <i>Un modèle de pilotage par le projet d'établissement.....</i>	224
---	-----

2.2	<i>Du modèle à la méthode de pilotage.....</i>	227
2.2.1	<i>Le triple cadrage du projet d'établissement.....</i>	227
2.1.2.1	<i>La formulation du projet d'établissement : de la rupture paradigmatique à la construction de finalités partagées.....</i>	227
2.1.2.2	<i>La formalisation du projet d'établissement, ou la co-construction des référentiels.....</i>	228
2.1.2.3	<i>L'instrumentalisation du projet d'établissement, ou le management par projets de prises en charge.....</i>	228
2.2.2	<i>Le concept structurant : l'apprentissage organisationnel.....</i>	229

Chapitre 2

Le projet d'établissement expression de la « stratégie hospitalière ».....234

1. Entre discours et méthodes : la formulation d'une stratégie par le projet pour un établissement de soins..244

1.1	<i>Le projet objet : la construction d'une vision stratégique instrumentalisée.....</i>	245
1.1.1	<i>Le lancement du projet ou la « fermentation ».....</i>	245
1.1.2	<i>Le dispositif organisationnel ou « l'ébullition ».....</i>	247
1.1.3	<i>L'objet projet ou le document.....</i>	248
1.2	<i>Le projet sujet : l'appropriation du projet par l'apprentissage organisationnel</i>	253
1.2.1	<i>La démarche d'accompagnement : un processus de dé- et re-construction des représentations.....</i>	253
1.2.2	<i>Stratégie et apprentissage organisationnel : la structuration du projet par les services.....</i>	256
1.2.2.1	<i>Le projet du département gynécologie-obstétrique.....</i>	256
1.2.2.2	<i>Le projet du département de médecine interne.....</i>	261
1.2.2.3	<i>La politique générale, ou la mise en cohérence des différents discours.....</i>	265
1.3	<i>De la méthode à l'analyse : pour une heuristique de l'accompagnement du projet d'établissement.....</i>	269
1.3.1	<i>La configuration du projet entre tensions et intégration des logiques organisationnelles.....</i>	269
1.1.3.1	<i>Le pôle environnement.....</i>	270

1.1.3.2 Le pôle organisation.....	273
1.1.3.3 Le pôle diagnostic.....	273
1.1.3.4 Le pôle prospective.....	274
1.1.3.5 Le pôle politique.....	275
1.1.3.6 Le pôle opérationnel.....	276
1.1.3.7 Le projet sous tensions, ou l'intégration des pôles.....	277
1.3.2 Les dérives possibles : les pathologies du projet.....	279

2. L'instrumentalisation de la stratégie, entre projet et contrat : le cas du Centre hospitalier Rive gauche.....282

2.1 Les faits.....	283
2.1.1 Le centre hospitalier et son environnement.....	283
2.1.2 Des origines de la fusion au contrat d'objectifs.....	283
2.2 L'instrumentalisation du discours stratégique : du projet d'établissement au contrat d'objectifs.....	286
2.2.1 Le projet d'établissement.....	286
2.1.2.1 La démarche.....	286
2.1.2.2 Une anticipation instrumentalisée de la production de soins.....	289
2.2.2 Le contrat.....	292
2.2.2.1 La forme du contrat.....	292
2.2.2.2 L'opérationnalisation du projet d'établissement.....	293
2.3 Analyse du cas : de « L'hôpital à vivre » à « L'hôpital Prométhée ».....	297
2.3.1 Une relecture du projet d'établissement.....	298
2.1.3.1 Les parties prenantes au projet.....	298
2.1.3.2 Le rôle des outils : le système d'information.....	302
2.3.2 De la coalition fonctionnelle à la construction finalisée du projet.....	303
2.3.3 L'hôpital projet ou l'éternelle fuite en avant.....	305
2.3.3.1 Le projet entre démocratie et charisme.....	306
2.3.3.2 Le projet entre autonomie et immobilisme.....	306
2.3.3.3 Le projet entre formalisation et émergence.....	307

Seconde Sous Partie

Le déploiement du projet par les outils de gestion.....311

Chapitre 1

**Projet d'établissement et système d'information
gestionnaire : des interactions dialogiques317**

**1. Projet d'établissement et information
« gestionnaire » ou les impasses des perspectives
instrumentales.....320**

1.1 Une « gestion » administrative inadaptée.....320

1.1.1 Un système budgétaire inefficace.....320

1.1.2 Un contrôle de gestion « administratif ».....321

1.1.3 Une comptabilité analytique non pertinente.....323

*1.2 Les possibilités et limites d'une gestion « par la moyenne » offertes par le PMSI
.....324*

1.3 Les formes de détournements internes de l'outil PMSI.....329

1.3.1 L'expérience lilloise.....330

1.3.2 L'expérience du Centre Hospitalier de Blois.....336

1.4 L'outil de gestion à l'hôpital, entre partage et convergences des finalités.....340

**2. Vers un système d'information gestionnaire par le
projet : le cas de la clinique de la Source.....343**

2.1 Éléments de méthodologie.....344

2.2 Le système d'information au service du projet.....344

2.2.1 Le système en place.....345

2.2.2 L'information produite : la conjonction des finalités.....346

2.2.3 Un système développé pour le projet par le projet.....350

2.3 Les limites du système.....352

2.3.1 Les limites techniques.....352

2.3.2 *Les limites conceptuelles*.....353

Chapitre 2

Projet d'établissement et pilotage par les processus : la construction d'un référentiel entrepreneurial.....356

1. Le déploiement du projet par les processus : de la formalisation des activités à la contractualisation des prises en charge.....359

1.1 *La délicate mais nécessaire formalisation des processus de prise en charge :
le cas du centre Raoul Follereau**.....359

1.1.1 *La méthode*.....360

1.1.2 *Les résultats obtenus*.....362

1.1.3 *La reconfiguration du processus et la construction des indicateurs*.....366

1.1.4 *La structuration de l'action par les processus de prise en charge*.....369

1.2 *Des processus aux contrats de prises en charge :
le Centre Médical des Hauts Pics**.....371

1.2.1 *Le contenu du projet*.....371

1.2.2 *De la définition des processus à la contractualisation des prises en charge*....372

1.2.3 *Les prolongements et limites du dispositif*.....374

2. Des processus au management de la qualité : le déploiement transversal et paradoxal du projet d'établissement375

2.1 *Aperçu des notions de qualité et de qualité des soins*.....376

2.2 *Le dispositif qualité en place à la clinique de la Source*.....378

2.3 *Projet qualité et projet d'établissement : congruence théorique et tensions
pratiques*.....379

2.3.1 *Les formes de déclinaisons du projet d'établissement par le projet qualité*.....380

2.1.3.1 Du projet organisationnel à la définition des processus qualité.....	380
2.1.3.2 Du projet à sa diffusion par les parties prenantes à la démarche.....	382
2.1.3.3 Du projet à la programmation d'actions d'amélioration continue.....	383
2.3.2 <i>Les formes de déviations du projet d'établissement par les outils qualité.....</i>	<i>384</i>

Conclusion générale

Aux sources de la gestion par projet à l'hôpital : entre rationalités substantive et procédurale Erreur ! Signet non défini.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- TABLEAUX -

Tableau 1 : Coût de gestion moyen d'un établissement public (1995) :	14
Tableau 2 : Les trois périodes du projet d'établissement à l'hôpital	21
Tableau 3 : Les possibilités d'observation dans une démarche qualitative	35
Tableau 4 : Expérimentations in situ	37
Tableau 5 : Les mutations engendrées par la gestion de projet	65
Tableau 6 : Déclinaison en objectifs d'un projet d'amélioration de la prise en charge en cancérologie	103
Tableau 7 : Les représentations des acteurs externes à l'organisation	110
Tableau 8 : Les représentations des acteurs internes	111
Tableau 9 : L'utilisation des indicateurs de gestion dans les représentations du projet d'établissement	112
Tableau 10 : L'activité médicale d'une clinique	114
Tableau 11 : Évolution du Mode de construction des SROS en région Rhône-Alpes	120
Tableau 12 : Quelle stratégie pour le SROS de Rhône-Alpes ?	122
Tableau 13 : Le coût complet d'un G.H.M.	140
Tableau 14 : Activité d'un établissement par G.H.M. et points ISA	141
Tableau 15 : Calcul de la valeur régionale du point	142
Tableau 16 : Structure de la valeur du point ISA	143
Tableau 17 : Exemples d'indicateurs qualité pour l'hôpital	156
Tableau 18 : Répartition des disciplines en % d'intervention pour chaque structure	272
Tableau 19 : Les 37 groupes de réflexion	287
Tableau 20 : Budget de fonctionnement prévu dans le projet	289
Tableau 21 : Le Tableau Prévisionnel d'Activité et de Moyen	322
Tableau 22 : Coûts moyens par nature de dépenses en points ISA	326
Tableau 23 : Dépenses de logistique et de structure	327
Tableau 24 : Caractéristiques des séjours	327
Tableau 25 : Calcul des consommations pour trois services	333
Tableau 26 : Tableau de bord de service	338
Tableau 27 : Tableau de bord mensuel d'activité	347
Tableau 28 : Prévision d'activité par service	348
Tableau 29 : Suivi des activités par praticien	348
Tableau 30 : Décomposition d'une activité en tâches	364
Tableau 31 : Indicateurs discriminants de l'activité	364
Tableau 32 : Répartition des patients	365
Tableau 33 : Étape et critères qualité de la prise en charge	368
Tableau 34 : Délais optimaux de la prise en charge	368

- FIGURES -

Figure 1 : Cadre général d'analyse du projet d'établissement	26
Figure 2 : les quatre pôles d'attraction du projet	57
Figure 3 : La démarche projet proposée par la Direction des Hôpitaux	83
Figure 4 : Les cohérences entre SROS et projets d'établissements	99
Figure 5 : Évolution des interactions SROS et projets d'établissement	100
Figure 6 : Les interrelations SROS — projet d'établissement	101
Figure 7 : la réforme de 1996	126
Figure 8 : Classement des établissements par la valeur de leur point ISA	143
Figure 9 : Tableau de bord régional à partir de la décomposition du point ISA	144
Figure 10 : Les interactions contrat d'objectifs / projet d'établissement	165
Figure 11 : Positionnement des établissements	189
Figure 12 : La bureaucratie professionnelle, socle de la structure hospitalière	203
Figure 13 : Les "quatre mondes" hospitaliers de S. Glouberman et H. Mintzberg	204
Figure 14 : Charge de travail globale sur une journée dans un service de soins	211
Figure 15 : Le projet comme réponse organisationnelle	223
Figure 16 : Un modèle de pilotage par le projet d'établissement	224
Figure 17 : Le calendrier de travail du projet d'établissement	248
Figure 18 : La structure d'offre de la clinique suite au projet	251
Figure 19 : Le processus de co-construction du projet	255
Figure 20 : Le projet d'établissement en tension	270
Figure 21 : Le contrat d'objectifs et de moyens construit à partir du projet	293
Figure 22 : Les dimensions structurantes et les limites du projet	305
Figure 23 : le système d'information en réseau	346
Figure 24 : Processus global	363
Figure 25 : Sous processus 1	363
Figure 26 : Sous processus 3	364
Figure 27 : Durée du processus	366

ABREVIATIONS UTILISEES

- A.B.C. : Activity-Based Costing
- A.B.M. : Activity-Based Management
- A.N.A.E.S. : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé
- A.N.D.E.M. : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
- A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- A.S. : Aide-soignant(e)
- A.S.H. : Agent de Service Hôtelier
- C.A.N.A.M. : Caisse d'assurance maladie des « non salariés non agricoles »
- C.d.A.M. : Catalogue des Actes Médicaux
- C.I.M. : Classification Internationale des Maladies
- C.M.A. : Complication ou Morbidité Associée (diagnostic associé au diagnostic principal du RSS)
- C.M.D. : Catégorie Majeure de Diagnostic
- C.M.E : Commission Médicale d'Établissement
- C.N.A.M.T.S. Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés
- C.N.O.S.S. : Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale
- C.O.T.E.R. : Comité d'Organisation Technique et d'Évaluation Régional
- C.R.A.M. : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- C.R.E.M.E : Comités Régionaux d'Évaluation Médicale des Établissements
- C.R.O.S. (ou C.R.O.S.S.) : Comité Régional d'Organisation Sanitaire (et Sociale)
- C.S.I. : Commission de Soins Infirmiers
- C.T.E : Comité Technique d'Établissement
- D.A.R.H. : Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
- D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- D.H. : Direction des Hôpitaux du ministère chargé des Affaires sanitaires et sociales
- D.I.M. : Département (ou Direction) d'Information Médicale
- D.M.S. : Durée Moyenne de Séjour
- D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- D.R.G. : Direct Diagnosis Group
- E.L.S.M. : Échelon Local du Service Médical (de l'Assurance-Maladie)
- E.N.S.P. : École Supérieure de la Santé Publique
- E.R.S.M. : Échelon Régional du Service Médical (de l'Assurance-Maladie)
- E.T.P. : Équivalent Temps Plein.
- F.E.H.A.P. : Fédération des Établissements Hospitaliers d'Assistance Privés non lucratifs
- F.I.E.H.P. : Fédération Intersyndicale des Établissements d'Hospitalisation Privés.
- G.H.M. : Groupe Homogène de Malades
- H.A.D. : Hospitalisation A Domicile

- H.M.O. : Health Maintenance Organization
- I.C.R. : Indice de Coût Relatif.
- I.D.E. : Infirmier(e) Diplômée d'État
- I.G.A.S.S. : Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales
- I.P.S.I. : Indice de Pondération en Soins Infirmiers
- I.R.M. : Imagerie à Résonance Magnétique
- I.S.A. (Point) : Indice Synthétique d'Activité
- M.C.O. : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
- M.S.A. : Mutualité Sociale Agricole
- N.G.A.P. : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- O.Q.N. : Objectif Quantifié National
- O.Q.R. : Objectif Quantifié Régional
- P.E. : Projet d'Établissement
- P.E.R.N.S.S. : Pôle d'Expertise et de Références Nationales des Nomenclatures de Santé.
- P.I.B. : Produit Intérieur Brut
- P.M. : Projet Médical
- P.M.S.I. : Programme de Médicalisation du Système d'Information
- P.P.S. : Prospective Payment System
- P.S.P.H. : (Établissement) Participant au Service Public Hospitalier
- R.M.O. : Référence Médicale Opposable
- R.S.A. : Résumé de Sortie Anonymisé
- R.S.S. : Résumé de Sortie Standardisé
- R.U.M. : Résumé Unitaire Médical
- S.A.U. : Service d'Accueil des Urgences
- S.M.U.R. : Service Médical d'Urgence Régional
- S.R.O.S. (ou S.R.O.S.S.) : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (et Sociale)
- U.F. : Unité Fonctionnelle
- U.H.P. : Union Hospitalière Privée
- U.R.C.A.M. : Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie

I.F.R.O.S.S.
Institut de Formation et de Recherche
sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux

Université Jean Moulin — Lyon 3
Faculté de Droit
18, rue Chevreul 69007 LYON
Tél. 04-78-78-75-81 Fax 04-78-58-76-44
