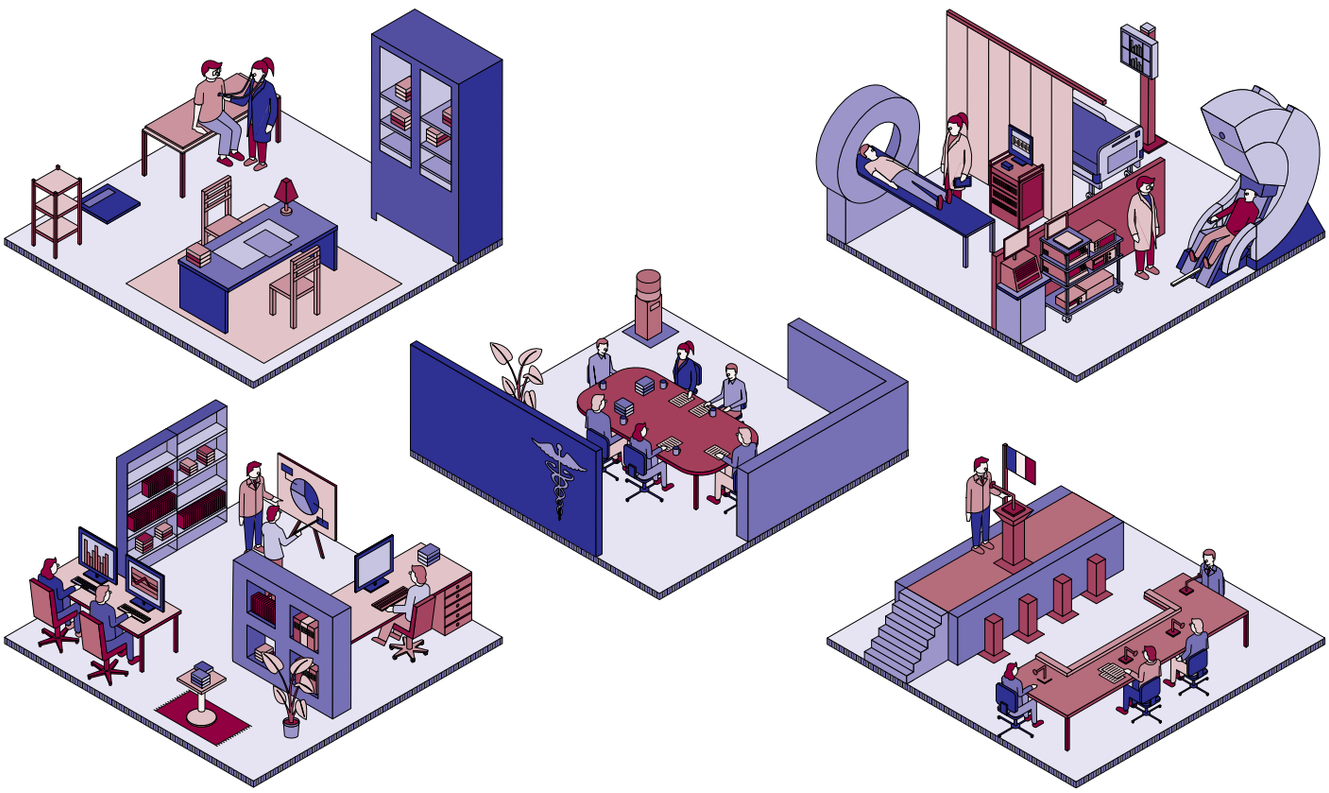
Mots-clefs
Management de la santé

Titre

Regard organisationnel et managérial sur les établissements de soins



À l'Université Paris-Saclay, les chercheurs en sciences du management, en économie de la santé, en ingénierie et en éthique organisationnelle, interrogent l'organisation du système de santé français, pour une meilleure prise en charge coordonnée des patients.

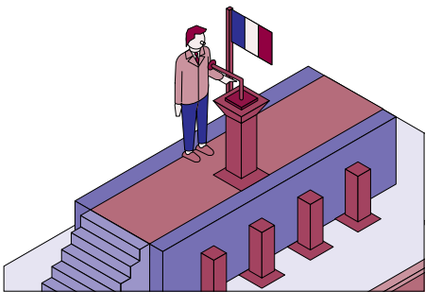
Mis sous tension par la crise sanitaire liée au Covid-19, le système de soins français demeure sous le feu des projecteurs. Avec sa variété d'acteurs et de parties prenantes – hôpitaux, mais aussi médecins généralistes, spécialistes, établissements médico-sociaux, dispositifs d'hospitalisation à domicile –, ce système de santé est une organisation d'une complexité souvent décriée. Si son pilotage et la définition de ses orientations sont évidemment dictés par des questions d'ordre médical, sanitaire et social, celles d'ordre organisationnel, managérial, économique et même éthique, nécessitent aussi une attention toute particulière. Elles font d'ailleurs l'objet de recherches au sein de l'Université Paris-Saclay. « *Organiser un tel système multifacette implique obligatoirement un découpage structurel qui, pour fonctionner de façon cohérente et flexible et s'adapter à des besoins qui évoluent, ne doit pas être figé* », signale d'emblée Annie Bartoli, directrice du Laboratoire de recherche en management Larequoi (UPSaclay, UVSQ).

> **« Organiser un tel système multifacette implique obligatoirement un découpage structurel qui ne doit pas être figé. »**
> **Annie Bartoli**

Car avec l'allongement de l'espérance de vie et l'apparition de maladies chroniques, d'autres types de besoins que ceux habituellement pris en charge par les structures de soins émergent. Un patient atteint de polypathologies peut par exemple avoir besoin de se réinsérer dans la vie scolaire ou universitaire, ou d'être accompagné dans sa vie quotidienne. Et ces besoins sociaux, scolaires ou professionnels sont encore mal coordonnées à ceux relevant de la technicité médicale ou sanitaire. « *L'entrée dans le système de soins se fait de multiples façons, par le médecin traitant ou après une consultation à l'hôpital ou en centre spécialisé,* rappelle Annie Bartoli. *Or chaque établissement est très spécialisé et répond à un besoin donné, et l'articulation entre le médical et le sanitaire d'une part, et le médico-social d'autre part, fait souvent défaut. Cela crée pour le patient un parcours de soins chaotique, d'autant plus si la prise en charge de sa pathologie nécessite un grand nombre d'intervenants.* »

Ces dernières années, plusieurs plans nationaux et réformes de politiques publiques de santé ont été entrepris pour améliorer le système. Si beaucoup de spécialistes en management de la santé et de professionnels de la santé se rejoignent sur les réponses à apporter, ils divergent souvent sur le pilotage du changement. « *Les freins sont d'ordre culturel et liés à l'hyperspécialisation professionnelle, dont on a aussi besoin. Il faut que chaque spécialiste s'ouvre aux autres disciplines, car travailler en transversalité et en pluridisciplinarité est indispensable pour obtenir des réponses plus adaptées* », souligne Annie Bartoli.

Soutenir et valoriser les initiatives organisationnelles



Aux racines du changement, il faut donc une impulsion politique, une volonté nationale ou territoriale, et au niveau des unités actives et des entités de soins, faciliter sa mise en œuvre à chaque fois que cette volonté est présente. Cela consiste à améliorer l'existant ou à créer des structures *ad hoc*. « *Les deux modalités coexistent sur le territoire et sont complémentaires,* constate Annie Bartoli. *Par exemple en santé mentale, on a à la fois des entités spécialisées, avec des personnels soignants et médicaux en psychiatrie dans des hôpitaux de province, qui mettent en place des dispositifs de coordination, en fonction des besoins de leurs patients, durant leur hospitalisation mais aussi une fois chez eux. Et de nouvelles structures sur mesure qui se créent, capables de prendre en charge les patients sans hospitalisation et sans hébergement, de les accompagner dans leur milieu de vie par le biais d'ergonomes, d'addictologues et de psychologues selon les cas, et de les aider à se réinsérer.* »

Parfois, ce sont les services eux-mêmes qui initient le changement, après s'être rendu compte que les mêmes patients reviennent à intervalles réguliers. « *Leur pari, qui se montre généralement gagnant, est de se dire qu'en mettant en place un dispositif capable d'anticiper les dysfonctionnements et de les corriger, on peut fonctionner sans moyens supplémentaires,* souligne Annie Bartoli. *Se met alors en place une forme de management participatif, qui devient une clé du changement.* »

Les formes d'innovation organisationnelle ne sont pas en reste, comme la structure PREPSY présente en Île-de-France, qui s'intéresse à la prise en charge de la schizophrénie chez les jeunes de 18 à 25 ans. Ce dispositif hybride réunit, au sein d'une structure centrale, des compétences plurielles et nécessaires à la prise en charge globale du patient – psychiatres, psychologues, ergonomes, diététiciens, chargés d'insertion professionnelle et scolaire – qui d'habitude ne fonctionnent pas ensemble. S'y ajoute une coordination avec les autres parties prenantes du territoire, telles que les organismes scolaires proches du lieu de résidence du patient. Un référent ou coordonnateur – souvent un soignant ou un spécialiste d'une question sociale – suit le patient de façon privilégiée. Il l'accompagne dans son milieu de vie et ses démarches, pour l'aider à retrouver ses capacités et ses repères. Particulièrement développés dans les pays anglo-saxons, ces dispositifs dits de *case management* trouvent aujourd'hui leur place en France, en santé mentale mais aussi en cancérologie ou en gériatrie. « *Ils sont particulièrement adaptés à des pathologies complexes et chroniques, où le patient doit trouver des formes de vie adaptées* », signale Annie Bartoli.

« L'allocation efficiente des ressources est la question fondamentale en économie de la santé. »

Nathalie Pelletier-Fleury

Actuellement, de nouveaux modèles d'organisation émergent également en soins primaires, avec des médecins qui se regroupent en ville au sein de maisons de santé pluridisciplinaires. Ces modèles comprennent des changements de pratiques professionnelles et des nouveaux modes de rémunération, où les médecins ne sont plus payés à l'acte mais salariés.

De la bonne gestion des ressources

Résoudre les problèmes organisationnels revient aussi à optimiser l'utilisation des ressources – financières, matérielles et humaines – existantes. Ce nerf de la guerre si fréquemment limité. « *L'allocation efficiente des ressources est la question fondamentale en économie de la santé* », signale Nathalie Pelletier-Fleury, du Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP – UPSaclay, UVSQ, Inserm), qui mobilise des outils de type analyse coût-efficacité, coût-utilité ou coût-bénéfice. Ces outils l'aident à évaluer l'efficacité de nouveaux programmes de santé ou dispositifs de politiques publiques, au regard des ressources consommées. « *On rapporte des coûts à des résultats de santé, à des années de vie ajustées à la qualité de vie (QALY) ou à des bénéfices mesurés en unités monétaires. Par exemple, dans l'analyse coût-utilité, on compare les coûts supplémentaires à apporter pour gagner un QALY avec la mise en place d'un nouveau programme de santé. La question reste de savoir si la collectivité est prête à le faire et à quelle hauteur, sachant qu'investir dans un nouveau programme nécessite obligatoirement de renoncer à d'autres, les ressources étant limitées* », commente Nathalie Pelletier-Fleury.

Dans une récente étude internationale, cette économiste de la santé et ses collègues ont cherché à mesurer les préférences collectives en matière de financement lors de la mise en place de nouveaux programmes de santé. « *Nous avons demandé à un millier d'individus de la population générale, via des questionnaires en ligne, d'arbitrer entre différents choix possibles, mettant des années de vie gagnées en regard d'euros supplémentaires dépensés.* » Avec des modèles économétriques, les chercheurs ont réussi à définir une fonction d'utilité : l'importance que les individus accordent au gain d'efficacité au regard d'euros dépensés par la collectivité. « *Pour l'heure, cela reste de la recherche en méthodologie et nos résultats ne sont pas encore utilisables à des fins d'évaluation. Le temps de la recherche n'est pas celui des décideurs* », regrette la chercheuse.

« On combine entretiens et observations de terrain à des simulations numériques intégrant différents scénarios et indicateurs. »

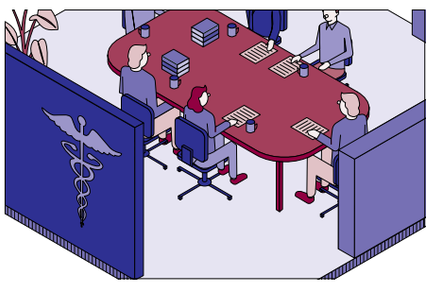
Marija Jankovic

Au Laboratoire de génie industriel (LGI – UPSaclay, CentraleSupélec), le groupe « Ingénierie des systèmes de santé » adapte les approches traditionnellement utilisées en génie industriel aux spécificités des systèmes de santé. Son objectif est de développer de nouvelles méthodes et outils pour la gestion et l'organisation de ces systèmes. Il s'intéresse notamment à la façon d'y intégrer les nouvelles technologies, telles que la télémédecine ou l'Internet des objets, pour améliorer le parcours du patient et sa prise en charge, réduire les temps d'attente, ou améliorer la production et la traçabilité de médicaments. « *On combine entretiens et observations de terrain*

à des simulations numériques intégrant différents scénarios et indicateurs (configuration des ressources, nombre de patients traités, modes de traitement…). On fait ensuite des préconisations pour créer de la valeur pour toutes les parties prenantes du système de santé », explique Marija Jankovic du LGI.

Dans le cadre du projet Autonome mené en collaboration avec le Dr Laure Gatin de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches, la chercheuse a travaillé sur la prise en charge d'opérations de chirurgie orthopédique pratiquées en ambulatoire sur des personnes âgées. « *L'idée était d'ouvrir une unité mobile se rendant dans les EHPAD pour y réaliser des interventions et soulager le handicap des personnes. On a d'abord tenté de mieux cerner quels types de patients étaient pris en charge et le degré de gravité et de dangerosité des interventions. À la suite d'enquêtes de terrain et de modèles de simulation, on a identifié une dizaine de scénarios, qu'on a mesurés qualitativement ou quantitativement, pour voir ceux susceptibles d'être mis en place au regard des critères médicaux et des ressources disponibles.* » Un de ces scénarios est actuellement en cours d'implémentation.

L'éthique organisationnelle : clé du bien-être ?



À la base du soin, l'éthique, cette « *forme de saisissement* » comme l'appelle Alexia Jolivet du laboratoire Études sur les sciences et les techniques (UPSaclay), cherche encore sa place dans l'organisation complexe du système de santé français. Avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé, chaque établissement a – si tel n'était pas déjà le cas – dû mettre en place en interne une réflexion sur ce sujet. Selon l'établissement, son format et l'animation varient, mais avec l'instauration d'une certification, la plupart des hôpitaux ont choisi de mettre en place une structure éthique, dont le rôle est purement consultatif.

« *L'éthique est l'ensemble des interrogations qui se posent à notre conscience, telles que les conséquences de nos actes ou les valeurs en jeu. Elle met souvent face à un dilemme. Par exemple, dans le cas de la contention – le fait d'attacher une personne à son lit d'hôpital – la bienveillance des soignants, qui protègent la personne d'une chute ou d'elle-même, s'oppose à la perte d'autonomie du patient, qui n'est plus libre de ses mouvements. La structure éthique transforme alors ce dilemme en une problématisation collective. À l'aide d'une démarche pluridisciplinaire, où toutes les professions sont représentées, on va essayer de l'interroger, de le comprendre et de l'élucider collectivement* », rapporte Alexia Jolivet.

Espaces totalement inédits dans un système de santé très hiérarchisé, les structures éthiques ne sont pas des lieux de pouvoir ou de domination, mais de discussions et d'échanges. « *Tous les regards sont importants et se valent* », souligne la chercheuse. Ces structures ne rentrent pas dans une optique décisionnelle et n'assènent pas des vérités, mais laissent la place au temps. « *Elles sont là pour déconstruire, pas pour fixer, car l'éthique naît à l'interstice entre ce qui est prévu et la singularité d'une situation.* » L'éthique vient alors combler un écart dans la façon de gérer les situations, et les structures éthiques, en réhabilitant le doute, lui permettent de devenir constitutif des pratiques et d'être pris en compte collectivement. Le questionnement ne repose plus sur les épaules d'une seule personne. Les bénéfices s'en ressentent sur les patients et les personnels impliqués, qui deviennent plus attentionnés, et les pratiques gagnent en pertinence.

> **« Les structures éthiques sont là pour déconstruire, pas pour fixer, car l'éthique naît à l'interstice entre ce qui est prévu et la singularité d'une situation. »**
>
> **Alexia Jolivet**

Si l'éthique arrive à saisir les organisations de santé, l'inverse n'est pas toujours vrai, et le véritable défi des structures éthiques reste leur légitimité. « *La loi a bien aidé, mais globalement, les organisations de santé restent des environnements peu "capacitants" pour faire de l'éthique, par manque de temps et de budget. Les personnes impliquées le font bénévolement et en plus de leur temps de travail, elles risquent de s'essouffler. Il faut davantage de formations, car l'éthique occupe encore une part minime des cursus des personnels de santé* », constate Alexia Jolivet.

L'éthique est pourtant essentielle. Lors du récent confinement généralisé en France, beaucoup de structures éthiques ont rapidement offert leurs services et sont allées sur le terrain pour aider à adapter les consignes générales de santé liées à la pandémie de Covid-19. Elles ont eu une fonction de support et d'alerte, et ont notamment fait remonter, par le biais du conseil national d'éthique, la problématique du deuil des personnes décédées du Covid-19. « *Alors que les consignes étaient de ne pas permettre à l'entourage de voir la personne, qui mourrait seule, elles ont souligné la difficulté morale éprouvée par cet entourage* », confie Alexia Jolivet.

On l'aura compris, les chantiers pour transformer les systèmes de santé sont nombreux et variés. « *Globalement, ça va dans le bon sens, mais il y a encore énormément à faire. L'innovation organisationnelle mérite d'être davantage valorisée et stimulée* », conclut Annie Bartoli.

Publications

- **Annie Bartoli, Guy Gozlan, Jihane Sebai. Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : Quels freins et conditions de réussite ?, *Politiques et Management public*, 36 (2019).**
- **Alexia Jolivet. Ethics Committees in the Health System: institutionalizing transgression? *Communication et organisation*, 54 (2018).**
- **Nicolas Krucien *et al.*, Measuring public preferences in France for potential consequences stemming from re-allocation of healthcare resources. *Social Science & Medecine*, 246 (2020).**