SANTÉ

PAR NATHALIE HALGAND*

L'accréditation hospitalière : **contrôle** externe ou **levier** de **changement**

L'accréditation des établissements sanitaires a été introduite en France par l'ordonnance d'avril 1996. Au-delà de son caractère obligatoire, cette évaluation externe du fonctionnement d'une organisation de santé peut-elle servir de levier de changement organisationnel, en introduisant une politique de qualité dans les établissements ? Une analyse de la logique ayant conduit à l'introduction de l'accréditation, amène à examiner l'efficacité d'une telle forme de contrôle et les mécanismes sur lesquels elle repose. Enfin, on s'interrogera sur les potentialités de l'accréditation à initier une dynamique de changement débouchant sur une amélioration de la qualité.

L'annonce, le 15 décembre 2003, de la mise en examen de l'AP-HP (Assistance publique – Hôpitaux de Paris), en tant que personne morale, mais également de six de ses soignants suite à deux décès de patients liés à des infections nosocomiales (Benkimoum et Saubaber, 2003), fait remonter sur la scène médiatique les questions relatives à la qualité de la prise en charge des patients par notre système sanitaire. Au-delà des questions juridiques de responsabilité que soulève cette première, ainsi que des conséquences financières de l'éventuelle généralisation d'une telle pratique, se trouve posé le problème fondamental de la qualité des soins et de son contrôle, à la fois dans ses dimensions de diagnostic et dans sa capacité à induire des actions visant à l'améliorer, au sein même des organisations de santé.

Une solution consiste à procéder à une évaluation externe de la qualité du fonctionnement des établissements, débouchant sur une appréciation indépendante et rendue publique conférant confiance à l'usager. C'est l'objet de

* Nous tenons à remercier Pascal Bonafini, Secrétaire général du Centre de lutte contre le cancer Henri Becquerel de Rouen, ainsi que Pierre Lombrail, professeur en santé publique à l'université de Nantes et Directeur du PIMESP au CHU de Nantes, pour leurs commentaires et remarques.

l'accréditation, qui a été introduite en France par l'ordonnance du 24 avril 1996, confiant à l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) la conduite de la procédure dont la deuxième version devrait être disponible fin 2004, après une phase d'expérimentation au premier semestre de la même année. L'évaluation de la qualité s'effectue « 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 de l'établissement » (article L. 710-5 du Code de la santé publique). L'accréditation procède en deux temps. La **phase préparatoire** consiste en une auto-évaluation de l'établissement à partir du manuel d'accréditation participant d'une lecture transversale des processus, et regroupant, dans sa première version, 10 référentiels, classés en trois chapitres : 1) le patient et sa prise en charge, 2) le management et la gestion au service du patient, 3) la qualité et la prévention. Cette phase débouche sur **la production d'un rapport** qui est transmis aux experts visiteurs. La deuxième étape consiste en un audit effectué par ces derniers dans l'établissement. Les experts visiteurs rédigent à leur tour un rapport transmis à l'établissement et complété, le cas échéant, par les commentaires de ce dernier. Ces documents sont enfin transmis au Collège de l'accréditation organe distinct des équipes d'auditeurs qui statue sur le cas de l'établissement, en validant ou non les conclusions des auteurs du rapport. Rendu public, le résultat de cette procédure caractérise le fonctionnement de l'établissement qui peut être accrédité « sans recommandation »,

« avec recommandations », « avec réserves » ou « avec réserves majeures »¹.

La pratique est actuellement dans une phase de montée en puissance. L'année 2002 correspond à la troisième année de fonctionnement du Collège de l'accréditation. Quant au nombre de dossiers traités, il est passé de 31 en 2000 à 225 en 2002. Fin 2003, on estime à un millier le nombre d'établissements ayant été accrédités sur une population globale dépassant les 3 000, les deux tiers restants devant être audités d'ici décembre 2006. S'il est donc trop tôt pour tirer des enseignements sur cette pratique, force est de constater que celle-ci est désormais intégrée dans la vie des organisations de santé déjà auditées : volontaire mais obligatoire, la procédure est réitérée tous les 5 ans – durée réduite à 4 ans, dans la deuxième version expérimentale du manuel –, ceci, dans le meilleur des cas, c'est-à-dire en l'absence de réserve.

Quelles sont les logiques sous-tendant l'introduction de cette pratique de contrôle externe, dans le contexte français, plus de cinquante ans après les États-Unis ? Ce type de pratique n'est pas spécifique au secteur sanitaire et peut être comparé aux dispositifs mobilisés dans le cadre global des réformes des services publics. Quelle est alors l'efficacité d'un tel contrôle externe, sa capacité à induire une réelle amélioration de la qualité des soins ? Un tel résultat suppose d'agir sur l'organisation, d'impulser un changement organisationnel, dans un secteur réputé rétif à toute forme de contrôle, les CHU représentant à cet égard une caricature. L'accréditation est-elle une

1. Ces quatre modalités se transforment respectivement en « accréditation », « accréditation avec suivi », « accréditation conditionnelle » et « non-accréditation » dans la deuxième version expérimentale de l'accréditation (Anaes, 2003).

n^{ième} réforme dont il ne faut pas attendre de conséquences majeures ou, au contraire, sommes-nous en présence d'un élément d'un dispositif plus large susceptible de faire évoluer sensiblement et durablement le système de santé, vers plus de qualité ? Après avoir introduit l'accréditation comme une forme nouvelle d'un contrôle externe inspiré par les thèses du nouveau management public (NMP), nous examinerons les mécanismes grâce auxquels cette pratique permet d'exercer un contrôle sur le fonctionnement des établissements. Ceci nous amènera ensuite à nous interroger sur les potentialités offertes par l'accréditation à initier le changement au sein même de l'organisation.

I. – L'ACCRÉDITATION, EXPRESSION NOUVELLE D'UN CONTRÔLE EXTERNE INSPIRÉ DU NMP

L'examen des différents idéaux types du NMP (nouveau management public), assortis des types de contrôle qui leur sont associés, nous permettra de resituer l'accréditation dans le cadre du nouveau système de santé français.

1. Les idéaux types du NMP et leur *mix* d'outils de contrôle

Le nouveau management public recouvre des réalités multiples relatives aux réformes des services publics, qu'il est possible de structurer à partir d'une typologie. Ferlie, Pettigrew, Ashburner et Fitzgerald (1996), reprenant la démarche de Weber, ont identifié quatre idéaux types, sur lesquels nous appuierons pour étudier les *mix* d'outils de contrôle (Burlaud 2000) associés à chacun d'entre eux. Le tableau 1 propose

une synthèse des principales caractéristiques des quatre modèles.

Le premier modèle s'inspire largement des thèses initialement développées par le gouvernement Thatcher dans les années quatre-vingts. Il met fortement l'accent sur les dispositifs visant à contrôler l'efficacité, afin de rationaliser le fonctionnement des organisations de services publics et participe d'une vision mécaniste du contrôle.

Le deuxième modèle s'inscrit en contrepoint du premier en s'appuyant sur la critique du fordisme et prône une décentralisation des décisions. Il marque un tournant dans l'évolution des modes de gestion du secteur public en articulant le contrôle des organisations de service public autour de quasi-marchés. Ces configurations sont issues de la séparation entre les activités de financement et de fourniture de services. Il en résulte que les mécanismes d'allocation des ressources, jusqu'alors opérés par la puissance publique sous la forme d'une planification, sont désormais gérés par une entité institutionnelle *ad hoc* en charge d'acheter les services en question pour le compte de l'utilisateur et conformément à l'intérêt général.

Le troisième modèle s'inspire fortement de l'École des relations humaines et insiste sur l'importance des dimensions culturelles et comportementales dans la gestion du changement organisationnel. Il transpose au management public la recherche de l'excellence prônée par Peters et Waterman dans le secteur marchand. Sa déclinaison « Top-Down » met l'accent sur les formes charismatiques de leadership associées à l'existence d'une vision stratégique fédérant les énergies autour d'une mission. À l'évaluation des performances fondée sur les résultats s'ajoute un contrôle par la culture.

Tableau 1
LES IDÉAUX TYPES DU NMP
ET LEURS MIX D'OUTILS DE CONTRÔLE

Modèle 1 La voie de l'efficacité	Modèle 2 Restructurations et décentralisation	Modèle 3 À la recherche de l'excellence	Modèle 4 L'orientation « service public »
<p>Régulation et gouvernance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dérégulation du marché du travail et augmentation des cadences au travail ; passage d'un régime de conventions collectives à des négociations individuelles ; contrats de courte durée et fortement rémunérateurs négociés individuellement avec l'encadrement supérieur. – Nouvelles formes de gouvernement d'entreprise ; marginalisation des représentants élus et des syndicats ; renforcement du pouvoir du sommet stratégique. <p>Stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nécessité perçue d'une réactivité accrue face à la demande, d'une orientation marché ; recours croissant aux fournisseurs privés, sans structuration autour de quasi-marchés. <p>Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Renforcement du sommet stratégique. – Pouvoir accru du management par rapport aux professionnels. <p>Outils et pratiques de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Développement des dispositifs de contrôle d'efficacité ; approche mécaniste du contrôle ; renforcement du contrôle par la hiérarchie. – Besoin de transparence et fortes contraintes à rendre des comptes <i>a posteriori</i> : montée des pratiques d'audit, financier et professionnel. – Régression du rôle de l'auto-contrôle des professionnels. 	<p>Régulation et gouvernance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Évolution vers une régulation articulée autour des quasi-marchés, nouveaux mécanismes d'allocation de ressources dans le secteur public. – Développement de formes d'organisations en réseau, plus « <i>loosely coupled</i> » au niveau local ; alliances stratégiques entre organisations comme nouvelle forme de coordination. <p>Stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Progression de la prise de conscience de l'importance du marché. – Évolution (à des degrés divers) vers une offre de services plus variée et flexible. – Développement de pratiques de <i>market-testing</i> et externalisation de fonctions non stratégiques (<i>contracting-out</i>). <p>Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Emergence de nouvelles formes organisationnelles du côté acheteur et offreur. – Aplatissement de la structure et réduction de la taille des unités ; séparation entre un sommet stratégique réduit et une périphérie opérationnelle de grande taille ; réductions d'effectifs dans les échelons intermédiaires. – Réduction drastique des salaires. <p>Outils et pratiques de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Changement de mode de coordination : de la supervision au contrat. – Approche plus organique du contrôle privilégiant des vecteurs tels que l'influence. 	<p>Stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dans la variante <i>top-down</i> : Importance accordée à une vision stratégique pour gérer le changement ; accent mis sur les formes charismatiques de leadership. <p>Organisation :</p> <p>Variante <i>Bottom-up</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Importance accordée à l'apprentissage organisationnel ; reconnaissance de la culture organisationnelle comme une forme de ciment. – Décentralisation radicale soutenue par le sommet stratégique. <p>Variante <i>Top-down</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tentatives explicites de gérer le changement de culture. – Développement de programmes de formations collectifs des membres de l'organisation ; importance croissante de logos organisationnels, de l'établissement de missions, de stratégie de communication. – Nature stratégique de la GRH. <p>Outils et pratiques de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Évaluation de la performance fondée sur les résultats. – Contrôle par la culture. 	<p>Régulation et gouvernance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nécessité de redonner aux organes élus leur pouvoir de décision, trop souvent détourné par les administratifs. – Scepticisme quant au rôle des marchés comme mécanisme de régulation dans les services publics. <p>Stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intégration des valeurs de l'utilisateur (plutôt que le consommateur) dans le processus de management ; concept de citoyenneté. – Affirmation d'une spécificité des services publics et développement d'un socle de valeurs (dimension sociétale) adossé à une mission d'excellence. <p>Outils et pratiques de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'opinion de l'utilisateur (et non du consommateur) devient la source privilégiée d'évaluation de la performance. – Rôle-clé de la qualité dans les dispositifs d'évaluation de la performance ; développement de démarches de management par la qualité totale ; contrôle par la culture. – L'obligation à rendre des comptes reste un des éléments critiques de la légitimité des services publics.

Source : Ferlie *et alii* (1996).

Au contraire des trois précédents modèles, qui prônent la transposition au public des outils de gestion du secteur marchand, le quatrième met en avant les spécificités liées à une mission de service public. D'inspiration politiste, ce dernier type prend ses distances avec les mécanismes de régulation inspirés du marché. Il se penche moins sur les problèmes organisationnels, en prônant cependant le développement d'un management par la qualité totale (MQT), afin d'accomplir la mission d'excellence. En termes de contrôle, le *mix* recourt à la culture doublée d'une obligation à rendre des comptes très présente et déclinée vis-à-vis de l'usager.

Même si, de par leur nature, ces idéaux types ne sont que des artefacts réducteurs destinés à clarifier des réalités complexes, ils permettent d'éclairer l'émergence de l'accréditation, dans le nouveau cadre de régulation du système de santé français.

2. La place de l'accréditation dans le nouveau système de santé français

Empruntant largement aux deux premiers modèles du NMP, le nouveau dispositif se structure en quasi-marchés et recourt largement à la gestion par les contrats.

L'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 amène un changement radical de mode opératoire en mettant en place une régulation articulée autour d'un quasi-marché. Les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont alors créées et jouent le rôle d'acheteur face aux établissements de soins, désormais considérés comme des offreurs de soins, quel que soit leur statut : public ou privé – à but lucratif ou non. L'allocation de ressources est désormais décentralisée au niveau régional, cette compétence étant explicitement du ressort de

l'ARH. Même si le discours officiel se garde bien de parler de concurrence, cette nouvelle donne permet de reformuler le problème du contrôle des établissements en le posant de manière externe et transparente. Les services échangés correspondent au traitement de pathologies identifiées. Au plan théorique, le modèle des quasi-marchés a été développé dans le domaine de la santé par Enthoven en 1985 avec, comme objectif, de créer des conditions incitatives plus favorables que celles caractérisant les organisations de service public, en réintroduisant l'aiguillon du marché. Certes, celui-ci ne prendrait qu'une forme imparfaite, fort éloignée de la concurrence pure et parfaite chère aux néo-classiques, mais qui organise cependant un régime de compétition périodique dans le cadre d'un marché contestable (Baumol, 1982).

En matière d'outils et de pratiques de contrôle, le contrat s'affirme comme étant un élément-clé du nouveau schéma de régulation. Chaque offreur de soins s'engage ainsi vis-à-vis de l'ARH par un contrat d'objectifs et de moyens (COM), d'une durée de trois à cinq ans, en cohérence avec les priorités plus globales définies dans le cadre du SROS, schéma régional d'organisation sanitaire. Cet horizon temporel impose aux organisations de construire une réflexion stratégique explicitée dans un projet d'établissement. Même s'ils concernent actuellement encore moins de la moitié des établissements, les COM constituent pour la tutelle un outil de restructuration du système d'offre et « s'apparentent plus à un acte unilatéral qu'à un exercice librement négocié » (Budet et Blondel, 1998) avec apparitions – réseaux de santé, notamment – et disparitions – fusions d'établisse-

ments, notamment – d'organisations. Il s'agit donc bel un bien d'une nouvelle forme de contrôle externe des établissements, et ce, même si les ARH n'ont pas le pouvoir juridique d'imposer aux établissements les restructurations souhaitées.

L'accréditation apparaît étroitement liée à la contractualisation dans l'esprit du législateur (Abbad, 2001), tout au moins, puisque les objectifs définis dans le COM ont pour objet l'organisation et la qualité des soins. En ce sens, elle semble participer du changement de mode de coordination caractéristique du deuxième idéal type du NMP, délaissant la supervision au profit d'une régulation contractuelle. Cependant, en tant que forme d'audit, l'accréditation fait partie des outils de contrôle privilégiés par le premier modèle appréhendant l'organisation de façon mécaniste. Se pose donc la question de l'efficacité d'une telle pratique, qui nous amène à examiner ses mécanismes opératoires.

II. – LES MÉCANISMES DU CONTRÔLE EXTERNE : DU BON USAGE DE LA TRANSPARENCE

L'accréditation peut être analysée comme une pratique imposée, consistant à rendre plus transparent le fonctionnement de l'organisation vis-à-vis d'un auditeur dans le cadre d'un contrôle externe accru et institutionnalisé, au point que l'on peut s'interroger sur sa capacité à contrôler la qualité des soins.

1. L'accréditation, exercice formel de l'obligation à rendre des comptes...

Dans le cadre du quasi-marché, l'accréditation contribue à améliorer la situation d'information de l'acheteur, qui ne peut trouver dans le prix la synthèse des caractéristiques

essentielles relatives au service échangé dans un contexte de concurrence pure et parfaite. La même obligation, qui s'impose à tous les établissements de santé, contribue à produire un cadre d'information homogène sur l'ensemble des offreurs de soins.

Ce mécanisme de production de transparence renvoie à la notion anglo-saxonne d'*accountability*, que l'on peut traduire par « obligation à rendre des comptes ». Ainsi, le contrôle de l'utilisation de fonds publics constitue depuis toujours un des éléments centraux de la régulation des services publics. Il reflète l'expression du pouvoir de décision du parlement et contribue à l'exercice de son contrôle démocratique. Si ceci n'est pas nouveau, les spécialistes du NMP s'accordent pour considérer que les récentes évolutions des services publics vont de pair avec un renforcement des pratiques relatives à ce mécanisme (Hood, 1995). L'accréditation constitue une illustration de ce phénomène.

En opérationnalisant une approche par l'efficacité, l'accréditation complète le dispositif mis en place dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui s'appuie sur le développement des systèmes d'information comptables et de contrôle budgétaire. Cette démarche répond ainsi aux attaques nourries émanant du corps médical quant à la « gestion comptable » du système de santé. Ces critiques faisaient écho aux dérives inhérentes au premier modèle de NMP, observées dans d'autres pays, et qui ont été qualifiées par Laughlin et Power sous le terme *accountitization*, que l'on peut traduire par « comptacratisme ».

De fait, l'accréditation contient les ingrédients de l'institutionnalisation d'une pratique de contrôle qui devient de plus en plus

présente. Jusqu'alors étranger à de telles contraintes, l'offreur de soins voit ces exercices d'audit rythmer sa vie organisationnelle, par une structuration du temps. Tout établissement est audité, au minimum, une fois tous les cinq ans, lorsque le rapport d'accréditation ne contient pas de réserve. Dans le cas contraire, un bilan de suivi est établi par le site audité ou des visites ciblées sont organisées dans l'intervalle. De plus, la visite des experts est précédée d'une phase préparatoire d'une durée conséquente pour les gros établissements – supérieure à l'année pour les CHU.

Par ailleurs, une disposition réglementaire prévoit un droit de réponse que l'établissement peut exercer à partir du rapport d'audit, sous la forme d'un commentaire méthodique des différents éléments récusés, qui débouche sur une nouvelle délibération du Collège de l'accréditation. Cette pratique contribue à structurer la relation entre contrôlé et contrôleur, d'autant que la contestation peut déboucher sur une modification des conclusions. Plus de 30 % des établissements audités en 2000 et 2001 ont contesté, le chiffre tombant à 18,1 % en 2002. Sur les trois réserves majeures contestées une seule a été maintenue, les deux autres étant requalifiées en réserve simple et recommandation. Près de 27 % des réserves contestées en 2002 ont été transformées en recommandation, amélioration ou bien supprimées (Collège de l'accréditation, 2003).

L'accréditation serait-elle uniquement un exercice de style, illustrant l'analyse de Power dans le cadre d'une société d'audit qui engloberait désormais la santé ? Participerait-elle simplement, et au même titre que la comptabilité, à la fonction de légitimation du contrôle dans les organisations

de services publics (Burlaud et Simon, 2000) ?

2. ... ou forme efficace de contrôle par la transparence ?

Ce questionnement amène à examiner la contribution que l'accréditation apporte dans la détection des dysfonctionnements, au travers de la démarche d'assurance qualité de laquelle elle procède, puis à étudier sa capacité à impulser leur réduction au sein des établissements, au travers de l'enjeu qu'elle représente.

L'accréditation peut s'analyser comme relevant d'une démarche d'assurance qualité, au sens où elle comporte une phase de diagnostic suivie de propositions de solutions. En tant que telle, sa capacité à repérer les dysfonctionnements semble bien réelle, notamment sur les trois référentiels relatifs au patient et à sa prise en charge, points sensibles en matière de politique d'image. Près de la moitié des recommandations et/ou réserves concernent les trois référentiels relatifs à la prise en charge du patient, avec une concentration sur le dossier patient et l'organisation de la prise en charge, qui totalisent à eux deux, plus de 38 % en 2002. Quant au référentiel concerné par les infections nosocomiales, « sécurité et prévention du risque infectieux », il affiche près de 10 % des recommandations et réserves. Si les performances du système sont moindres en matière de management et logistique, une évolution prochaine des critères de ces référentiels est annoncée dans une nouvelle version du manuel d'accréditation (Collège de l'accréditation, 2003).

Qu'en est-il de la capacité de l'accréditation à induire la réduction des problèmes identifiés ? Cette interrogation renvoie aux incita-

tions associées à la procédure d'accréditation et donc aux enjeux qui lui sont associés. À première vue, ceux-ci peuvent paraître limités : à deux exceptions près, la totalité des 227 établissements instruits en 2002 ont satisfait à la procédure et ont donc été accrédités. Cependant, si l'on adopte une lunette plus qualitative, force est de constater que l'audit ne se limite pas à ce résultat. Ainsi une version synthétique de l'ensemble des rapports d'accréditation est elle disponible sur le site internet de l'ANAES, incluant la mention explicite des réserves et recommandations pour chaque établissement audité. Même si le Collège de l'accréditation rappelle en introduction de son dernier rapport annuel que ses décisions ne visent pas à classer les établissements, les conditions pour que se développe une comparaison entre organisations de soins se trouvent désormais réunies : la même démarche d'évaluation formalisée, appliquée à tous et des résultats accessibles rendent possible « un certain étalonnage des établissements » (Claveranne et Vinot, 2003), fondé sur des logiques de *benchmarking*, suivant l'exemple des services de santé britanniques (Raspin, 2002), et illustrant le recours courant à cette forme de contrôle dans le secteur des services (Gervais, 2000). Le financement par le ministère de la Santé de recherches exploratoires sur le potentiel de cette pratique dans le cadre de l'amélioration des performances², lorsqu'elle est développée sur un mode volontaire entre équipes hospitalières, démontre l'intérêt porté à cet outil. En définitive, l'efficacité de l'accréditation comme mécanisme de contrôle externe

repose sur la nécessité accrue de maîtriser le risque de réputation et ouvre la voie à des formes stratégiques de contrôle, s'appuyant sur une approche volontariste visant à mettre en œuvre et maintenir un processus de production-reproduction de cet actif stratégique (Besson, 1997). En filigrane se profile le spectre d'une sélection des établissements qui, dans un futur plus ou moins proche, seront financés en fonction des résultats de l'accréditation, comme le soulignaient déjà Leteurre *et alii* (1997).

Il reste à examiner comment cette dynamique induite par l'extérieur peut se traduire en interne en une voie privilégiée vers le changement organisationnel, situé au cœur du troisième idéal type du NMP ?

III. – L'ACCREDITATION, VOIE PRIVILEGIEE VERS LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL ?

Husser (2002) présente l'accréditation comme un processus ambigu : d'un côté, l'acteur est soumis à un ensemble de références de type bureaucratique (Crozier-Friedberg) ; de l'autre, il est au centre du processus de management participatif institué par l'accréditation. Après avoir examiné comment l'accréditation traduit l'intelligence des dimensions organisationnelles du contrôle des établissements de santé, nous nous pencherons sur les chances d'initier un management par la qualité totale au travers de l'auto-évaluation, qui préfigurerait d'une évolution vers le troisième modèle du NMP.

2. Programme INPEC(H), indicateurs de performances expérimentaux pour la comparaison (hospitalière), financée par la DREES (Direction de la recherche, études, évaluation et statistique).

1. L'accréditation ou l'intelligence des dimensions organisationnelles du contrôle

Au plan organisationnel, les grands établissements de santé (CHU, notamment) s'apparentent à des bureaucraties professionnelles, telles que définies par Mintzberg, et présentent une configuration peu favorable au contrôle. Leur forte politisation, l'esprit corporatiste qui caractérise leurs acteurs (de Kervasdoué, 2003) – au premier rang desquels figurent les médecins – et qui s'enracine dans une standardisation des qualifications entretenue, se traduisent par un contrôle clanique, tel que défini par Ouchi, c'est-à-dire ne tolérant aucune modalité de commande venant de l'extérieur du clan. La stabilité de cette situation amène à la considérer comme constituant le cœur du problème, qui peut alors se reformuler de la façon suivante : comment modifier l'équilibre des pouvoirs afin d'ouvrir les voies d'un infléchissement des comportements ? Il n'est alors pas étonnant de voir un dispositif de contrôle dont l'introduction dans l'organisation s'appuie sur une contrainte externe l'imposant. À ce titre, l'accréditation s'inscrit dans la continuité des systèmes de contrôle budgétaires « suggérés » par la tutelle à partir des points ISA (indice synthétique d'activité) et induisant le développement en interne de pratiques associées. En termes de pouvoirs, ces démarches contribuent à affirmer, vis-à-vis du corps médical, le rôle du contrôleur de gestion, rôle qui n'existait pas il y a seulement 10 ans³. Ainsi, l'accréditation s'accompagne de l'obligation de structurer l'organisation en centres de responsabilité,

de l'émergence du contrat comme outil majeur de management, ou encore de la nécessité de construire un projet d'établissement ; autant de pratiques nouvelles dont le recours imposé au fil des réformes renforce le pouvoir gestionnaire au sein de l'organisation.

Confrontés aux résistances médicales qui demeurent fortes face à cette forme d'audit, et plus généralement vis-à-vis de l'évaluation, « le ministre de la santé, les tutelles et l'ANAES se proposent de renforcer l'appréciation de la qualité du service médical rendu au patient au travers de la procédure d'accréditation » (Collège de l'accréditation, 2003). L'une des priorités de cette dernière, récemment réaffirmée suite aux conclusions d'un audit de l'ANAES, et confirmée dans la deuxième version expérimentale du manuel, consiste ainsi à favoriser le développement de standards de bonnes pratiques. Il s'agit de se doter d'une couverture exhaustive de l'activité expertale par des normes construites par les professionnels, donc perçues comme légitimes par ces derniers, pour rendre visible et déchiffrable ce qui jusqu'alors n'était pas accessible aux gestionnaires. En d'autres termes, la démarche d'autocontrôle ayant conduit les médecins à se doter d'un cadre standardisé, permettant de justifier leurs actions en les comparant à une norme rationnelle et scientifiquement reconnue, sert de socle à un système de contrôle par les procédures, piloté de l'extérieur du clan, par la technostructure.

D'autre part, et de façon plus surprenante, l'accréditation peut contribuer à réduire la nature conflictuelle de la relation entre pro-

3. La section d'analyse « contrôle de gestion » apparaît dans le guide méthodologique de comptabilité hospitalière de 1997.

fessionnels et gestionnaires. En s'imposant comme force extérieure, elle favorise la prise de conscience de l'existence d'intérêts communs aux deux sphères, susceptibles de constituer les fondations d'un consensus médico-gestionnaire. Cette lecture alternative, déjà proposée dans le cadre du contrôle par les coûts (Halgand, 1997), s'appuie sur la nécessité de faire ensemble, en réponse à un stimulus externe. L'accréditation s'inscrit ainsi en cohérence avec le PMSI en structurant le cadre d'une action collective qu'il s'agit de tisser à partir du langage commun proposé. Quelles sont les conditions de réalisation d'un tel consensus ?

2. Entre bureaucratisation et qualité totale : les chances de l'auto-évaluation

Même si, sous certains aspects, elle s'apparente à une démarche d'assurance qualité, l'accréditation reprend les principes fondamentaux du management par la qualité totale (MQT) (Husser, 2002) : la participation du personnel ; l'écoute des clients ou usagers ; l'amélioration de la qualité conçue comme une dynamique. L'un des critères essentiels qui peuvent interdire à un établissement d'obtenir son accréditation réside dans l'absence de démarche participative pour procéder à l'auto-évaluation. En tant que telle, cette phase préparatoire à l'audit représente une chance de changer l'organisation en faisant mieux communiquer des acteurs appartenant à des corps professionnels différents. De nombreux problèmes de qualité peuvent en effet être analysés à la lumière du principe de synchronisation des acteurs dans les processus (Savall, 2003). La mise en évidence des défauts de coordination, qui permettra de réduire les coûts cachés inhérents à la non

qualité, passe alors par une modélisation de l'organisation articulée autour des « processus transverses par rapport aux fonctions classiques » (Kolb, 1997), préconisée par le MQT. Quant à l'écoute des clients ou usagers, les trois premiers référentiels y sont consacrés. Enfin, l'accréditation se définit comme visant à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements.

L'auto-évaluation présente donc les caractéristiques pour prétendre constituer ce que Sainsaulieu (1991) désigne comme la phase d'émergence, identifiée comme la première des fonctions d'une organisation en transition. Reste à surmonter certains obstacles pour que le changement soit effectif. Besson (1997, 2000) identifie trois risques de légitimation, d'opportunisme et de routinisation, qu'il s'agit alors de contrôler et que nous reprendrons dans le contexte particulier des organisations de santé.

La dynamique processuelle à laquelle participe l'accréditation nécessite une farouche volonté de changement, qui suppose une forte implication du personnel, notamment dans ses échelons intermédiaires – soignants notamment. Or, cette démarche d'audit apparaît comme la dernière venue d'une série de réformes, introduisant des outils de management – comptabilité de gestion, projet d'établissement, centres de responsabilité – auxquels s'ajoute la mise en place des 35 heures, qui ne débouche pas systématiquement sur la création des postes supplémentaires promis, faute de moyens. Une telle situation se traduit par une pression accrue sur les personnels, des exigences supérieures en termes de temps et d'énergie dans un secteur qui connaît, plus que d'autres, les problèmes d'usure au travail. Dans ce cadre, l'accréditation présente ce

que Besson (2000) analyse comme le risque de légitimation : comment justifier l'accroissement du niveau d'effort demandé ? D'autre part, obtenir les degrés d'implication requis par un MQT suppose d'avoir défini une politique incitative cohérente. Or, une telle démarche se heurte, en secteur public, aux contraintes réglementaires interdisant toute forme d'évaluation et de promotion au mérite. L'absence de contractualisation liant rétribution financière et performance dans la gestion des carrières ne permet pas d'entrevoir un contrôle du risque d'opportunité (Besson, 1997) par ce biais. Cette situation justifie alors la main mise de la technocratie sur ce point, ainsi que les voies bureaucratiques que revêt sa maîtrise. Une évolution du système pourrait venir de l'extérieur, tel que le préfigure le rapprochement actuel des secteurs publics et privés, sous la houlette des ARH. Ceci amène naturellement à aborder un troisième risque, celui de la routinisation (Besson, 1997), qui trouve écho dans les tentations centralisatrices induites par l'accréditation et développées par les directions d'établissement, conformément aux observations de Lozeau (1999) dans le contexte québécois – pour justifier des décisions, par exemple, comme l'évoque Tonneau (2000). Le renforcement du pouvoir gestionnaire auquel participe l'accréditation, porte en lui la possibilité de voir évoluer la bureaucratie professionnelle que constituent les CHU vers une bureaucratie mécaniste. Sachant que les risques de routinisation « sont proportionnels à l'aversion au dialogue critique » (Besson, 1997), leur maîtrise passe par un dispositif suscitant la critique constructive, la créativité et la prise de risque. Force est de constater que ce type de contrôle devrait pleinement trouver sa

place, au moins dans le secteur public, tant sont prégnantes les logiques élitistes développées par le corps des directeurs d'hôpitaux formés par la prestigieuse École nationale de la santé publique. L'ouverture du recrutement des dirigeants à des personnes extérieures au corps, issues du secteur privé, par exemple, pourrait ici encore constituer une solution, conformément à ce que préconisent les thèses du NMP.

CONCLUSION

En définitive, si l'accréditation, en tant qu'audit imposé par la tutelle, fait clairement partie des dispositifs de contrôle associés aux deux premiers modèles du NMP, l'examen des mécanismes sur lesquels repose cet outil montre comment, en s'appuyant sur la transparence, il peut constituer une forme efficace de diagnostic des dysfonctionnements des établissements sur certains points essentiels relatifs au patient et à la sécurité. En mobilisant le risque de réputation, l'affichage de tels dysfonctionnements représente un enjeu suffisant pour susciter, auprès de l'organisation concernée, la volonté de les réduire. Enfin, nous nous sommes interrogée sur la capacité de cette pratique à favoriser le changement organisationnel. En effet, la contrainte externe, de laquelle procède l'accréditation, témoigne d'une bonne intelligence des dimensions organisationnelles du contrôle dans le secteur. En renforçant le pouvoir gestionnaire au sein des établissements, elle contribue à créer les conditions d'une évolution des comportements professionnels. Subsistent certains risques, incluant notamment les dérives centralisatrices, qu'il conviendra de maîtriser si l'on veut que l'accréditation contribue à initier une dyna-

mique de management par la qualité totale, et oriente les structures de soins vers le troisième idéal type de Ferlie *et alii* (1996). En somme, si l'accréditation constitue une pratique de contrôle externe, elle accompagne une réforme majeure de la régulation du système de santé, qui reste inachevée et porte en elle des capacités de pilotage d'un changement organisationnel visant à améliorer la qualité des soins. L'intégration dans le processus de réforme d'un lien

explicite entre qualité et ressources allouées permettrait d'augmenter la force du dispositif d'accréditation, mais ceci suppose d'avoir résolu le problème de la modélisation du lien entre qualité et coûts. Il appartiendra aux chercheurs intéressés par les organisations de ce secteur, d'étudier empiriquement dans les années à venir les conditions institutionnelles et organisationnelles de succès de l'accréditation, ainsi que ses impacts réels sur les comportements.

BIBLIOGRAPHIE

- J. Abbad, *Organisation et management hospitalier*, Berger-Levrault, Paris, 2001.
- Anaes, *Manuel d'accréditation des établissements de santé – deuxième procédure d'accréditation – version expérimentale*, novembre 2003.
- W.J. Baumol, "Contestable Markets – An Uprising in the Theory of Industry Structure", *American Economic Review*, 72, 1982, p. 1-15.
- P. Benkimoum, D. Saubaber, « L'Assistance publique et six médecins mis en examen après deux morts liées à des infections nosocomiales », *Le Monde*, 24 décembre 2003, p. 9.
- P. Besson, « L'institution de la valeur – Comment réarticuler le sens de la responsabilité sur les logiques de marché ? », *Dedans, dehors*, P. Besson eds., Vuibert, Paris, 1997, p. 121-150.
- P. Besson, « Risques organisationnels et dynamique du contrôle », *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de Gestion et Audit*, B. Colasse eds., Economica, Paris, 2000, p. 1065-1078.
- J-M. Budet, F. Blondel, *La réforme de l'hospitalisation publique et privée*, Berger-Levrault, Paris, 1998.
- A. Burlaud, « Contrôle et gestion », *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de Gestion et Audit*, B. Colasse eds., Economica, Paris, 2000, p. 521-532.
- A. Burlaud, C. Simon, *Comptabilité de gestion – coûts/contrôle*, Vuibert, Paris, 2000.
- J.-P. Claveranne, D. Vinot, « Quand dire c'est faire : ou peut-on passer des réformes hospitalières à la réforme de l'hôpital ? », 13^e Colloque international *Politiques et Management Public*, Strasbourg, novembre 2003.
- Collège de l'accréditation, Rapport d'activité, année 2002, ANAES, Paris, 2003.
- J. De Kervasdoué, « Une crise profonde et multiforme », *La crise des professions de santé*, J. De Kervasdoué eds., Dunod, Paris, 2003, p. 307-319.
- A. Enthoven, "Reflections on the Management of the NHS", Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1985 (non publié).
- E. Ferlie, A. Pettigrew, L. Ashburner, L. Fitzgerald, *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford, 1999.
- M. Gervais, « Contrôle de gestion des activités de services », *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de Gestion et Audit*, Economica, Paris, 2000, p. 484-497.

- N. Halgand, « Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le Nouveau Management Hospitalier », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 3, vol. 2, 1997, p. 77-92.
- C. Hood, "The 'New Public Management' in the 1980s: Variations on a Theme", *Accounting Organizations and Society*, vol. 20, n° 2/3, 1995, p. 93-109.
- J. Husser, Le pilotage du changement par l'encadrement intermédiaire : le cas de l'accréditation à l'hôpital, Thèse de sciences de gestion, université Montesquieu-Bordeaux IV, 12 décembre 2002.
- F. Kolb, « La qualité totale : entre mythe et réalité », *Dedans, dehors*, P. Besson eds., Vuibert, Paris, 1997, p. 151-170.
- H. Leteurtre, V. Vandenmersch, M-F. Blondiau, *L'accréditation hospitalière – Gestion et services de soins*, 2nd édition, Berger-Levrault, Paris, 1997.
- D. Lozeau, « La ritualisation de la gestion de la qualité : études de cas dans deux hôpitaux au Québec », 8^e Conférence de l'AIMS, Chatenay-Malabry, mai 1999.
- M. Power, *The Audit Society – Rituals of Verification*, Oxford University Press, 1997.
- C. Rospin, « La pratique du Benchmarking dans les organismes d'audit du secteur public en Angleterre et au Pays de Galles », *Politiques et Management Public*, vol. 20, n° 3, sept. 2002.
- R. Sainsaulieu, *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Dalloz, Paris, 1991.
- H. Savall, "An Updated Presentation of the Socio-Economic Management Model", *Organizational Change Management*, vol. 16, n° 1, 2003, p. 33-48.
- D. Tonneau, "Quality Management in French Hospitals: From Implicit Concern to Radical Change", *The Quality Imperative – Measurement and Management of Quality in Healthcare*, J.R. Kimberly et E. Minvielle, Imperial College Press, Londres, 2000.