

Les dessous de la gouvernance clinique : l'entrée de l'hôpital dans la société de l'audit

The unseen aspects of clinical governance: hospitals become subject to audits

Robelet M¹

Résumé

L'article montre d'abord que l'intérêt principal du concept de gouvernance clinique est de rendre compte de dynamiques d'hybridation entre logiques médicales et logiques managériales. De plus, il prétend conduire à une neutralisation des conflits dans les organisations de santé à travers des dispositifs incitatifs (la contractualisation, la participation des médecins à la définition des objectifs économiques) et des outils d'évaluation de l'activité.

Le concept, cependant, minimise voire occulte, les enjeux de pouvoir entre acteurs hospitaliers dans un contexte qui exige l'auditabilité des organisations. Cette auditabilité peut être définie comme l'action de soumettre des activités économiques (ici des activités de soin) au contrôle extérieur, en produisant une mesure et une auto-évaluation permanentes.

L'entrée de l'hôpital dans la société de l'audit est une dynamique profonde porteuse de tensions, conflits et incertitudes que ne peut résoudre à lui seul le modèle organisationnel encore flou de la gouvernance clinique. En effet, la mesure des activités de soins, en soumettant le travail des professionnels de santé (au premier rang desquels les médecins) au regard extérieur, remet en question leur capacité de contrôle sur leur propre travail.

La gouvernance clinique n'empêchera donc pas l'apparition de comportements comme l'excès de zèle, la résistance au changement ou la manipulation des indicateurs chiffrés.

Prat Organ Soins 2008;39(3):201-05

Mots-clés : Audit ; pouvoir ; transparence ; profession ; gouvernance clinique.

Summary

The article shows firstly that the main interest of the concept of clinical governance is to acknowledge the hybridisation of medical and managerial practices. It also claims to resolve the conflicts between healthcare organisations through incentive-raising initiatives (forging contracts, getting doctors involved in the definition of economic targets) and activity assessment tools.

In reality, the concept minimises, and even overshadows, the power stakes between hospital stakeholders in a context requiring organisation auditability. This auditability can be defined as subjecting economic activities (healthcare activities in this case) to external inspection by producing ongoing self-assessment and appraisal.

The introduction of this auditing culture into hospitals heralds profound change, raising tensions, conflicts and uncertainty that the still hazy organisational model of clinical governance cannot resolve alone. This is because the assessment of patient care, by subjecting the work of healthcare professionals (doctors first and foremost) to external scrutiny, casts doubt on their ability to assess their own work.

Subsequently, clinical governance will not prevent the appearance of behaviour along the lines of overzealousness, resistance to change or manipulation of the indicators calculated.

Prat Organ Soins 2008;39(3):201-05

Keywords : Audit; power; openness; profession; clinical governance.

¹ Maître de conférences en sociologie, IFROSS/Graphos – Université Jean Moulin Lyon 3.

Adresse pour correspondance : Magali Robelet, IFROSS/Graphos – Université Jean Moulin Lyon 3, 18 rue Chevreul, F-69007 Lyon.
E-mail : magali.robelet@univ-lyon3.fr

La gouvernance clinique fait partie de ces concepts prétendant servir l'action (à cet égard, il en est de la gouvernance clinique comme de la « qualité » ou des « compétences ») que la sociologie interroge, en les replaçant dans leur contexte d'apparition, en faisant apparaître leurs connotations et présupposés et en remettant éventuellement en cause leur originalité [1, 2].

Plus précisément la gouvernance clinique peut être appréhendée d'au moins deux façons. On peut l'examiner comme un concept analytique visant à décrire et à donner du sens aux transformations à l'œuvre dans les organisations de santé et s'interroger alors sur la nature de ces transformations et sur la pertinence du concept à en rendre compte. On peut par ailleurs considérer la gouvernance clinique, dans une perspective plus prescriptive, en tant que modèle d'organisation à promouvoir en vue d'améliorer la performance des systèmes de santé et se demander si ce modèle est susceptible de répondre efficacement à ces attentes.

L'objectif de cet article, qui fait suite aux analyses menées par JC Moisson et T Sullivan¹, est de comprendre l'intérêt suscité par la gouvernance clinique à la fois comme concept analytique et comme modèle d'organisation. Son objectif est aussi d'en mettre à jour les implicites et les limites en suggérant que la gouvernance clinique est une façon positive (voire enchantée, de façon à rendre les changements attendus légitimes et souhaitables) de rendre compte d'une dynamique de fond : l'entrée du secteur hospitalier dans la société de l'audit [3]. Si la gouvernance clinique peut ainsi être considérée comme une nouvelle formule pour désigner l'aspiration à la réconciliation des intérêts des managers et des professionnels de santé (1), les outils de la gouvernance clinique (évaluation, transparence, reconfiguration des processus de soins) sont porteurs de nouveaux conflits de pouvoir autour des conditions de mise en œuvre d'une nouvelle forme de contrôle des activités de soins (2).

I - LA GOUVERNANCE CLINIQUE OU LE RÊVE DE LA NEUTRALISATION DES CONFLITS DE POUVOIRS

À la lecture des deux contributions de JC Moisson et T Sullivan, le principal intérêt du concept de gouvernance clinique est de dépasser l'opposition de pouvoir classique dans les organisations de santé. Cette opposition situe d'un côté les managers (parmi lesquels on peut placer les cadres dirigeants des hôpitaux et cliniques mais aussi les financeurs/assureurs du système de santé et de ses usagers) qui exigeraient efficacité, rentabilité et maîtrise des coûts. De l'autre côté se trouvent les professionnels de santé, au premier rang desquels les mé-

decins, dont l'activité serait marquée par le souci de la préservation de l'autonomie de leur jugement clinique et par la mise en place de dispositifs plus ou moins formels d'autorégulation. Ce conflit de pouvoir a été tout autant décrit par les observateurs, que dénoncé dans les discours par les deux parties. D'un côté les médecins ont longtemps prétendu que l'organisation (alors qualifiée d'administration bureaucratique) était un obstacle à la réalisation des bonnes pratiques médicales et de l'autre, les managers dénonçaient l'autonomie (souvent qualifiée d'inertie) des professionnels de santé. Cette opposition entretenue permettait en réalité de préserver un équilibre des pouvoirs dans les organisations hospitalières.

La nouvelle donne repose sur l'idée que la maîtrise des coûts ne peut se faire désormais (en particulier en France du fait de l'introduction de la tarification à l'activité) sans entrer dans la « boîte noire » de la production des soins, de façon à rechercher des gains de productivité. La réflexion en termes de gouvernance clinique est une façon de désigner cette exigence de rationalisation de la production des soins, parallèlement à d'autres formes de rationalisation en cours, en particulier celles de l'offre de soins (que ce soit par la planification, les réseaux ou les systèmes de *gatekeeper*). Autrement dit, la quête d'efficacité, nécessaire au bon fonctionnement (et/ou à la survie financière des établissements) passe par la refonte de l'organisation de la production des soins et requiert l'implication des médecins et autres professionnels de santé. La gouvernance clinique traduirait cette convergence (constatée autant que souhaitée) entre préoccupations des managers et préoccupations médicales. Rompant avec une représentation cloisonnée de l'hôpital, la gouvernance clinique prétend rendre compte d'un processus d'intégration ou d'hybridation croissant des savoirs et des logiques d'action managériales et médicales.

De fait, les exigences de rationalisation gestionnaire en termes de coût et d'efficacité coexistent avec un mouvement de rationalisation interne à la médecine mettant en avant les mêmes préoccupations, outils et méthodes : la mesure et la transparence (à travers la profusion des « indicateurs » d'efficacité clinique), l'évaluation (à travers les différentes formes d'audit) et les préoccupations d'homogénéisation des pratiques (à travers la production de *guidelines* scientifiques). La malléabilité de concepts managériaux comme celui de qualité permet par ailleurs à des groupes de médecins de transformer des normes en ressources d'action (pour faire valoir la spécificité de leur activité et/ou se distinguer sur leur marché). Les pratiques de l'audit médical ont ainsi progressivement intégré des dimensions « organisationnelles » à côté des dimensions cliniques initiales [4-6]. Tout l'enjeu de la gouvernance clinique en tant que modèle d'organisation

¹ Cf. leurs articles dans ce même numéro de la revue.

est précisément de faire se rejoindre deux formes de rationalisation, une rationalisation médicale-scientifique-professionnelle et une rationalisation managériale-industrielle [7].

La définition d'objectifs cliniques et économiques et la mesure de l'atteinte de ces objectifs permettraient de neutraliser les conflits de pouvoir dans la mesure où, *a priori*, chaque partie a intérêt à « jouer le jeu » de la gouvernance clinique, pour utiliser une grille d'analyse classique de sociologie des organisations [8]. Les médecins n'auraient plus intérêt à s'engager dans des pratiques non coopératives (par exemple ne pas fournir les données d'activités médicales aux managers, au nom du secret médical) puisqu'il s'agit à présent de valoriser (médicalement et économiquement) les activités médicales donc de les mesurer et de faire reconnaître la qualité du travail réalisé. L'incitation à coopérer est d'autant plus forte que les normes de pratiques et d'activité sont définies avec la participation des médecins et des équipes soignantes : il est plus difficile de refuser d'appliquer des normes que l'on a définies soi-même.

La gouvernance clinique permettrait donc, en théorie, à la fois une hybridation des savoirs (médicaux, économiques et gestionnaires) et une neutralisation des conflits de pouvoir grâce à des dispositifs respectueux des intérêts de chaque partie, qu'il s'agisse de la contractualisation sur des objectifs entre professionnels et managers, d'incitations financières comme la tarification à l'activité, d'outils de mesure comme les indicateurs d'activité et de qualité cliniques et les tableaux de bord ou de structures de négociation comme les comités de direction associant médecins et managers.

L'affirmation de cet idéal (ou utopie ?) occulte ou du moins minimise l'existence d'enjeux de pouvoir entre acteurs des organisations hospitalières, soumis à l'impératif d'auditabilité. Considérer les processus d'hybridation ou d'intégration en cours non plus comme les manifestations d'une gouvernance clinique en voie de constitution mais comme celles de l'introduction de la société de l'audit à l'hôpital, pourrait mieux rendre compte des tensions, conflits et incertitudes qui accompagnent les exigences croissantes de mesure, transparence et contrôle dans les hôpitaux et les cliniques.

II - LES NOUVEAUX ESPACES D'AFFRONTMENT DES POUVOIRS CRÉÉS PAR LES PRÉOCCUPATIONS DE TRANSPARENCE

Les entreprises comme les administrations font face à la nécessité de rendre leurs pratiques routinières auditables, c'est-à-dire susceptibles d'être rendues publiques et d'être

contrôlées par un tiers. Cette « explosion » de l'audit peut être interprétée comme une nouvelle forme de contrôle de l'activité économique par l'État, d'abord initiée en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis puis diffusée plus largement dans les pays occidentaux [3, 9, 10]. L'Etat ne pouvant plus (du fait de l'accroissement des activités) contrôler directement les entreprises, crée des incitations à la mesure et à la transparence (au nom de l'usager, de la qualité, de la maîtrise des coûts, de la performance face à la concurrence) qui passent par un auto-contrôle permanent des processus de production. Dans le secteur hospitalier, la recherche de la mesure et de la diffusion d'information, les pratiques d'auto-évaluation (par l'audit clinique, l'audit d'optimisation des ressources ou l'audit qualité) et les préoccupations de bonnes pratiques (cliniques ou organisationnelles), partagées à la fois par les médecins et par les managers, témoignent de la pénétration de ce nouveau mode de contrôle par l'auditabilité, que l'on retrouve dans le concept de gouvernance clinique. Loin d'être une source de pacification des rapports entre acteurs, le développement de l'auditabilité est porteur de nouveaux enjeux de pouvoir.

En effet, en soumettant leur travail à la mesure, les professionnels de santé l'exposent au regard de leurs pairs et aux regards extérieurs (notamment ceux des managers), ce qui est une façon de le rendre contrôlable et sanctionnable. Ils tiennent donc à conserver la maîtrise de la définition de ce qui, dans leur travail peut être soumis à la mesure et ce qui doit relever du seul jugement professionnel. La question de la sélection des informations (cliniques et économiques) diffusables (et auprès de quel public) fait l'objet de débats et met à jour des oppositions de conceptions, de représentations, de valeurs et d'intérêts entre médecins, professionnels de santé et managers [11, 12]. Ainsi, les médecins sont en général réticents à fournir une mesure des résultats cliniques de leur activité, toujours susceptibles d'être biaisés par la singularité des cas traités et de la relation clinique avec les patients. En France, la majorité des indicateurs de qualité utilisés dans les hôpitaux sont d'ailleurs des indicateurs de processus, comme c'est le cas pour l'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin), élaboré et rendu public par le Ministère de la santé, qui est construit à partir d'une trentaine de critères décrivant davantage l'existence d'une organisation de lutte contre les infections nosocomiales que les résultats de cette lutte [13].

De même l'identification des personnes ayant la maîtrise du processus d'évaluation (Qui définit le référentiel d'évaluation ? Qui évalue ? Quelles sont les sanctions et qui sanctionne ?) peut être une source de conflits qui se cristallisent dans la définition du profil de poste et le recrutement des coordonnateurs (par exemple dans les

pôles hospitaliers ou dans les réseaux de santé). Le travail du coordonnateur peut être perçu par les professionnels de santé comme une action d'intrusion et de contrôle (ce qui peut faire obstacle à une bonne diffusion de l'information) ou comme un travail strictement administratif non reconnu et peu respecté des professionnels, ce qui, dans un cas comme dans l'autre, n'est pas propice à la collaboration.

Le souci des professionnels de santé de préserver leur autonomie au travail (le contrôle sur la définition du contenu du travail et sur la façon dont celui-ci doit être effectué) peut également conduire à des comportements classiques dans les organisations comme l'excès de zèle (répondre à l'exigence de transparence par la production d'une grande quantité d'informations éparpillées, qu'il devient très long et très difficile de traiter). Les enjeux de pouvoir (par exemple défendre l'activité de son unité ou son service) peuvent également se manifester par des jeux sur les chiffres, à la fois lors du renseignement de différents indicateurs et dans les interprétations qui peuvent en être données : il est toujours possible de trouver des cas « inclassables », de classer un cas dans une catégorie plus avantageuse pour le service ou encore d'appliquer des règles de comptage différentes de celles des managers [14].

Les jeux de pouvoir ne sont donc pas neutralisés par la gouvernance clinique. De nouvelles configurations d'acteurs peuvent émerger à l'occasion de l'introduction d'outils de mesure et d'évaluation clinique et économique des activités de soins. Des alliances peuvent se nouer entre les managers et les soignants contre les médecins ou entre médecins et soignants contre les managers, tandis que de nouvelles divisions peuvent apparaître à l'intérieur des professions entre ceux qui édictent les normes (de pratique clinique ou de pratique organisationnelle), et ceux qui sont censés les appliquer, comme le prédisait Eliot Freidson dans ses derniers travaux sur les hôpitaux américains [15].

Les effets du renforcement de l'auditabilité des activités de soins demeurent donc incertains. L'auditabilité peut prendre plutôt la forme de la « colonisation » en pénétrant au cœur des pratiques professionnelles, allant jusqu'à les bouleverser, au risque de provoquer des conflits et de la résistance au changement. Elle peut aussi s'introduire sur le mode de la « dissociation », lorsque l'audit (les domaines soumis à la mesure et au contrôle) se trouve isolé, délimité à certains aspects seulement de l'activité de l'entreprise et mis en œuvre par des experts éloignés des cœurs de métiers, au risque de ne pas répondre aux objectifs d'efficacité recherchés et de maintenir la faible coopération entre acteurs professionnels et managers [3]. Finalement, les équilibres de pouvoir dans les organisations de santé sont fragiles et peuvent être déstabilisés à

tout instant, même sur des sujets qui paraissent consensuels comme la réduction du temps d'attente aux urgences ou les changements de consommation de certains produits et matériels. Certains acteurs peuvent y voir non pas une reconnaissance de leur travail ou une amélioration de leurs conditions de travail mais plutôt une intensification du travail, un renforcement des contrôles ou une perte d'autonomie.

Les interrogations soulevées par les différents articles de cette revue, sur d'éventuels métiers nouveaux en charge de la coordination dans les organisations de santé et sur les difficultés liées à la production d'outils de mesure « légitimes » pour l'ensemble des acteurs hospitaliers, sont autant de manifestations de l'entrée de l'hôpital dans la société de l'audit. Elles témoignent également de l'incertitude et du flou qui pèsent encore sur les contours du « modèle » organisationnel proposé par la gouvernance clinique. Elles viennent enfin rappeler que l'hôpital, comme toute organisation, est traversé par des enjeux de pouvoir, ici entre professionnels de santé eux-mêmes (médecins et soignants) et entre ces professionnels et les managers, enjeux de pouvoir que la gouvernance clinique ne peut à elle seule parvenir à neutraliser mais qu'il convient de prendre en considération lorsque l'on introduit des outils tels que des indicateurs de qualité des soins, des tableaux de bord de gestion ou des contrats d'objectifs.

RÉFÉRENCES

1. Mispelblom-Beyer F. *Au-delà de la qualité. Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*. Paris : Syros ; 1999
2. Courpasson, D. *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*. Paris : Presses Universitaires de France ; 2000.
3. Power M. *La société de l'audit. L'obsession du contrôle*. Paris : La Découverte ; 2005
4. Castel P, Merle I. *Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. Sociologie du Travail* 2002 ;3:337-55.
5. Robelet M. *La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. Sciences Sociales et Santé* 2001;2:73-97.
6. Cochoy F. *Profession, participation, patient : trois enjeux pour la qualité des soins. Sciences Sociales et Santé* 2001;2:99-109.
7. Gadrey J. *La modernisation des services professionnels : Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? Revue Française de Sociologie* 1994 ;2:163-95

8. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil ; 1977.
9. Hood C, Heald D, eds. *Transparency. The key to better performance?* Oxford (UK) : Oxford University Press ; 2007.
10. Lascoumes P, Le Gales P, eds. *Gouverner par les instruments*. Paris : Les presses de Sciences-po ; 2004
11. Nolan M, Scott G. *Audit: an exploration of some tensions and paradoxical expectations*. *J Adv Nurs* 1993;18:759-66.
12. Pollitt C. *Struggle for quality: the case of the NHS*. *Policy Polit* 1993;21:161-70.
13. Robelet M. *L'hôpital sous le prisme des indicateurs. Le travail intermédiaire de production de la transparence hospitalière*. In : Buisson-Fenet H, Mercier D, eds. *Espace Privé et Espace Public : Quels outils de Gestion ? Individualisation, irrigation des outils et abolition des frontières entre organisation publique et entreprise*. Paris : L'Harmattan ; (à paraître, 2008).
14. Hood C, Bevan G. *What's measured is what matters. Targets and gaming in the English Public Health Care System*. Swindon (UK) : Discussion paper – Public services Program, Economic and Social Research Council ; 2005.
15. Freidson E. *Professionalism: The third Logic. On the practice of knowledge*. Cambridge (UK) : Polity ; 2001.