

# AH, LA QUALITÉ! NOUS VOULONS DES BARBIERS... DE QUALITÉ!

L'ÉPREUVE DES FAITS

Francis Pavé, qui a eu connaissance de l'article précédent en tant que rapporteur, a manifesté son scepticisme sur les idées défendues dans l'article. Le comité de rédaction ayant cependant opté pour la publication de l'article, il a tenu, comme il l'a déjà fait plusieurs fois, à donner la parole au rapporteur critique et un droit de réponse à l'auteur: le débat est un moyen fécond de faire vivre les idées.

PAR **Francis PAVÉ**, CENTRE DE SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS

**C**e texte ne pêche ni par indignité, ni par manque d'intelligence, mais peut-être faudrait-il cesser de nous raconter des histoires et de nous cacher derrière les outils de gestion, alors que notre système de soins et de solidarité va droit dans le mur.

Comment pourrait-on critiquer la recherche, que dis-je, l'exigence de qualité? Je ne m'y opposerai pas.

Donc, nous sommes bien d'accord et je ne parlerai pas de cette ardente obligation. Mon jugement vaut pour le système français et non pour le cadre universalisant ici brossé en demi teinte, notamment à travers les références bibliographiques qui mobilisent à la fois la littérature nationale, l'ODCE et la documentation britannique et américaine.

En revanche, je me pencherai sur le présupposé majeur de ce texte: le souverain rationnel ou la régulation rationnelle. L'auteur écrit en effet: «*À travers ces pratiques, on perçoit finalement qu'avec l'introduction d'un financement de la qualité, le régulateur deviendrait d'une*

*manière générale plus éclairé dans ses choix, mais aussi [et c'est là que ça se gâte] confronté à un degré de complexité plus élevé*».

Donc la direction rationnelle repose sur des informations pertinentes, sinon complètes, du moins suffisamment complètes. Or, le payeur/régulateur a déjà, et depuis longtemps, beaucoup de données [si l'on en croit le rapport Choussat, 1997] (1). Peut-être même a-t-il trop d'informations, car il n'en fait pas grand-chose. D'ailleurs, l'auteur nous explique que le système d'informations en place et les opérationnels en activité ne sont déjà pas à même de rendre compte avec suffisamment de pertinence des coûts pratiqués. Dès lors, on se demande pourquoi, en rajoutant une couche d'indicateurs, on pourrait réussir à changer le problème.

Je suis déjà intervenu dans un papier critique (2) en réaction à article relatant les essais à l'hôpital de ce qui allait devenir le PMS (3). Je constate, grâce à cet article, que mon pronostic était bon. Nous pouvons recourir,

(1) «*Pourtant, la panoplie des instruments de régulation et de contrôle des dépenses de santé est impressionnante: les tableaux statistiques d'activité des praticiens (TSAP), les programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les références médicales opposables (RMO), les conférences de consensus, devraient en principe permettre à la médecine de contrôle de jouer pleinement son rôle au plan médical; les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS), les procédures très strictes d'extension de capacités ou de fusion d'établissements, les règles d'installation des équipements, devraient logiquement permettre d'éviter toute inflation de la consistance technique du système de soins; la nomenclature des actes, les tarifs des prestations, les méca-*

*nismes de fixation des prix des médicaments, le budget global, les objectifs quantifiés nationaux (OQN), sont autant d'instruments censés concourir à la maîtrise financière du dispositif...* »  
*Rapport d'ensemble sur la démographie médicale*, Paris, La Documentation Française, 1997.

(2) «*La transparence du système et l'homme invisible*» *Gérer & Comprendre* N°8 septembre 1987.

(3) «*Gérer ou comprendre? Perplexités à propos d'une intervention en milieu hospitalier*», *Gérer & Comprendre* N° 5 & 6, 1987.

pour comprendre la dynamique technocratique que l'on nous propose ici, à l'heureuse explication que nous a livré, il y a déjà longtemps, Gilles Barouch (4) : « toujours plus de la même chose ». Continuer aveuglément dans ses erreurs, selon le même paradigme : toujours plus d'information que personne n'analysera et ne prendra en compte car, de toute façon, le sujet est ailleurs. Le problème, en effet, n'est pas d'avoir plus d'information pour réguler d'avantage. Le problème est d'avoir les moyens et le courage de réguler effectivement !

Le problème n'est pas dans la carlingue, il est dans le cockpit !

Le régulateur, dont on a bien pris soin de nous expliquer, qu'en fait, il recouvrait, à la fois le ministère de la Santé et la Sécurité sociale et que c'était là une assimilation sans conséquence (cf. note 5) est une astuce rhétorique qui vise, en réalité, à masquer que ce qui fait le plus problème : c'est qu'il n'y a pas de pilote dans l'avion. On voit mal, dès lors, comment il pourrait y avoir régulation, ni financière à sec, ni financière stimulée par la qualité. Tant qu'on laissera aux médecins le soin de décider, seuls, s'il faut ou non investir dans un malade, de son temps, de l'argent public et du temps des autres, le tout sans directives précises des représentants de la population, il n'y aura jamais de régulation de l'administration et de la consommation des soins.

Comme nous le déclarait un généraliste, au cours d'une de nos enquêtes : « On sait que ce sont les vieux qui coûtent cher, mais ce n'est pas à moi de décider qu'on va moins bien soigner les plus vieux ! Mon contrat, c'est de soigner au mieux, donc de prescrire tout ce qui permettra le meilleur diagnostic. Sinon, on pourra me le reprocher. Si le gouvernement veut qu'on ne soigne plus, ou mal, qu'il le dise clairement et j'obéirais ».

Bien entendu cette remarque semble facile, mais beaucoup de choses sont dites ici. D'abord, on ne croit pas que le médecin obéirait à une telle injonction, ensuite nous remarquons le poids immédiatement perçu par l'homme de l'art de l'éventualité de la faute commise dans le processus de soin, enfin les politiques restent ambigus, car ils veulent le soin, sans le coût. Ils ne sont pas clairs et ne veulent, pas plus que les médecins, endosser les responsabilités du rationnement des soins. Voilà pourquoi, peut-être, certains proposent de s'en remettre à des solutions plus politiquement correctes, c'est-à-dire aux régulations du marché « pur et aveugle ».

## RÉPONSE D'ÉTIENNE MINVIELLE A FRANCIS PAVÉ

À la première lecture du commentaire de Francis Pavé,

(4) *La Décision en miettes*, Paris, L'Harmattan, 1989 et séance EdP Vie des affaires, octobre 2000.

j'ai été surpris. Puis, je me suis efforcé de prendre du recul. Malgré tout, je reste toujours surpris.

Certaines remarques me semblent plus relever de l'intuition rationnelle ou de la croyance idéologique que de la véritable critique scientifique. Évoquer qu'une « régulation rationnelle » (pléonasme?) guiderait le propos ; qu'une « astuce rhétorique viserait à établir une assimilation sans conséquence entre payeur et régulateur » ; que l'intention serait de « s'en remettre à des solutions plus politiquement correctes, c'est-à-dire aux régulations du marché pur et aveugle », sont des affirmations qui dépassent la pensée que j'ai pu avoir au moment d'écrire cet article.

Mais ce point n'empêche pas de débattre. Et c'est sur le regard porté que se situe ma véritable surprise. Francis Pavé voit dans cette affaire une démarche technocratique qui vise à masquer une situation de crise, elle-même due à un manque de courage politique. En tant que médecin, je dirai que je partage l'essentiel du diagnostic (« l'état de crise »), mais que je ne comprends pas la déduction qui s'ensuit. Face à un tel diagnostic, un recentrage sur la qualité me semble au contraire une thérapeutique indispensable.

Pour être plus précis, reprenons ses arguments.

Oui, la situation hospitalière est critique. Nous ne sommes peut-être pas loin du cas de la sidérurgie de la fin des années 70. Oui, la responsabilité politique est engagée. Pas moins de vingt-cinq réformes se sont succédé en trente ans. La situation est complexe et mal appréhendée ce qui donne des résultats aberrants (le cas le plus exemplaire est probablement celui de l'application des trente-cinq heures, qui a définitivement cassé l'esprit collectif qui animait les équipes de soins). Mais notons qu'elle est aussi perdante pour le politique qui s'y engage. Un médecin, député et maire de sa commune, a réussi en son temps et en tant que président du conseil d'administration de l'hôpital, à fermer la maternité de sa ville. La sanction fut immédiate aux élections suivantes : battu !

Non, la régulation de la qualité n'est pas un trompe-l'œil pour maintenir le *statu quo*. Mesurer la qualité des soins, comparer, définir des « bons » et des « mauvais », c'est d'abord instruire un champ qui reste encore plein d'*a priori* (la meilleure médecine du monde d'un côté ; l'importance des risques encourus à l'hôpital de l'autre).

Dans un contexte de forte tension, notamment budgétaire, c'est aussi se préoccuper d'un risque de dégradation de la qualité qui n'est pas négligeable.

Mais surtout, réguler cette qualité, c'est activer l'un des rares leviers de changement encore mobilisables. C'est construire un système d'action capable de rendre la décision plus implacable. Il est plus facile de sanctionner un établissement pour des raisons de non-qualité (notamment sur des thèmes sécuritaires comme les infections nosocomiales) que de déficit budgétaire. C'est également miser sur une incitation forte et reconnue par les professionnels. Les initiatives anglo-

saxonnes montrent par exemple que la connaissance d'informations sur la qualité, type *palmarès des hôpitaux*, présente un impact, non pas tant sur les usagers que sur les professionnels hospitaliers. Les « mauvais » réagissent. Les « bons » se sentent (enfin) valorisés.

Certes, le constat est à nuancer. Il existe des effets pervers, des incertitudes et des approches variées au nom de la régulation de la qualité. À cet égard, je rejoins Francis Pavé sur les dangers d'une instrumentalisation technocratique : les indicateurs ne peuvent se construire sans les acteurs. C'est ainsi un véritable choix opéré dans le projet dans lequel je suis impliqué (projet

COMPAQH) que de donner la priorité à une validation des indicateurs par les milieux professionnels, au risque d'y perdre en qualité métrologique. Les formes d'apprentissage et le degré d'appropriation par les acteurs du champ sont des éléments capitaux dans le succès de ces démarches. L'attention portée sur les déclinaisons opérationnelles ne me semble néanmoins pas de nature à rejeter le principe de cette régulation. Bref, je remercie Francis Pavé d'avoir lancé ce débat, mais je ne partage pas son point de vue.

D<sup>r</sup> Étienne MINVIELLE



## ERRATUM

Lors de la fabrication de la revue, un paragraphe de l'article de Christian MOREL « L'enfer des boutons » a disparu. Il s'agissait du deuxième alinéa du chapitre intitulé Les codes de type linguistique, (colonne 2, page 78, *G & C* n° 80) consacré à l'arbitraire et que nous reproduisons ci-dessous :

*« En linguistique, l'arbitraire, notion introduite par Saussure, exprime l'inexistence de relation logique ou de ressemblance entre le signe ou signifiant, d'un côté, et le sens ou signifié, de l'autre. La suite de signes "a r b r e" n'a aucun rapport avec le végétal arbre lui-même. Même quand on croit percevoir une ressemblance entre le signe et le sens, la confrontation avec les langues étrangères montre que cette ressemblance est toute relative. En français – cet exemple est classique (2) – le chant du coq se dit « cocorico », mais en anglais il se dit « cock-adoo-doo » et en espagnol « quiquiriqui ». Cet arbitraire est tel que l'étymologie d'un signifiant peut être en contradiction totale avec le signifié. Par exemple le signifiant « tuer » vient d'un mot latin qui signifiait « protéger » et*

*« rien » d'un mot qui signifiait « la chose ». Il arrive néanmoins que des codes ne présentent pas ou présentent peu ce caractère d'arbitraire. Ainsi les pictogrammes de l'Égypte et de la Chine anciennes offraient une ressemblance, parfois très grande, entre le signe et ce qu'ils désignaient (certains idéogrammes chinois ont conservé cette ressemblance). Dans ce cas l'arbitraire était faible ou nul. Nous verrons que l'absence d'arbitraire entre le signe et le sens est une des caractéristiques essentielles d'un code ergonomique »*

Nous présentons donc toutes nos excuses à l'auteur pour cet incident navrant, consécutif à la manipulation malencontreuse d'un... bouton et ne relevant donc aucunement d'une décision absurde de quiconque au sein de la rédaction.

Pascal LEFEBVRE  
Secrétaire général du Comité de rédaction