

ÉLÉMENTS POUR UNE GESTION STRATÉGIQUE D'UNE MAISON DE SANTÉ

Pierre Huard et Philippe Schaller

S.F.S.P. | Santé Publique

2014/4 - Vol. 26
pages 509 à 517

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-509.htm>

Pour citer cet article :

Huard Pierre et Schaller Philippe, « Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé », *Santé Publique*, 2014/4 Vol. 26, p. 509-517.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé

Determinants of strategic management of a health centre

Pierre Huard¹, Philippe Schaller²

☞ Résumé

Objectif : L'article vise à souligner l'intérêt d'une approche stratégique pour aider au développement d'une maison de santé (MS).

Méthodes : La méthode est adaptée de la stratégie d'entreprise : (i) Analyse de la situation de la MS et des obstacles à son développement. (ii) Sélection des relations sur lesquelles la stratégie peut être élaborée. (iii) Élaboration du système d'interventions susceptible de donner naissance à un processus cumulatif de développement. (iv) Illustration de la méthode par une application sur un cas.

Résultats : L'illustration permet de préciser les principes et la méthode ; elle souligne l'importance des interprétations et des choix dans l'élaboration d'une stratégie qui est donc toujours une construction particulière.

Conclusion : L'approche stratégique fournit un cadre qui (i) sert d'objet de discussion et de négociation entre les membres de la MS, (ii) renforce la cohérence des décisions structurelles, (iii) aide la MS à dépasser les blocages et à initier un processus de développement.

Mots-clés : Étude de cas d'organisation de structure ; Soins de santé primaires ; Maison de santé ; Renforcement des capacités.

☞ Summary

Aim: The article highlights the value of a strategic approach for the development of a primary care health centre.

Methods: The method is adapted from corporate strategy: (i) analysis of the situation of the health centre and the obstacles to its development. (ii) selection of relations on which the strategy can be developed. (iii) elaboration of a system of interventions to create a cumulative development process. (iv) Illustration of the method by application to a case.

Results: The example illustrates the principles and method and highlights the importance of interpretations and choices in elaboration of a strategy, which is therefore always a unique construction.

Conclusion: The strategic approach provides a framework that (i) provides a subject of discussion and negotiation between members of the health centre, (ii) strengthens the consistency of structural decisions, (iii) helps the health centre to overcome obstacles and initiate a development process.

Keywords: Organizational case studies; Primary health care; Medical home; Independent practice associations; Capacity building.

¹ Institut d'Études Politiques ; Sciences Po (Cherpa) – 25 rue Gaston de Saporta – 13625 Aix-en-Provence cedex.

² Groupe médical d'Onex, réseau de soins Delta – Maison de santé Cité Générations – Genève.

L'objet de cet article est (i) après avoir resitué la maison de santé (MS) dans le contexte de l'évolution du système sanitaire, (ii) de concevoir une démarche de stratégie et de gestion stratégique permettant à une MS de se développer de manière efficiente, et (iii) de préciser cette démarche à l'aide d'une illustration.

La maison de santé dans son contexte

Les principales tendances lourdes qui caractérisent le secteur sanitaire dans de nombreux pays développés, peuvent être résumées de la manière suivante.

- Sur une longue période, la part des maladies chroniques et psychosociales augmente dans la structure de la morbidité et dans celle des dépenses de santé, en relation notamment avec le vieillissement de la population.
- La médecine de premier recours n'occupe pas dans l'offre de soins, une place en rapport avec son rôle vis-à-vis de ces maladies.
- Aux maladies chroniques on peut associer une conception élargie de la qualité de la prise en charge : (i) qualité intrinsèque des actes (qualité clinique, conformité aux recommandations de bonne pratique clinique) ; (ii) qualité des relations entre les intervenants (coopération, coordination, intégration, équipes, continuité des soins, parcours, réseaux, etc.) ; (iii) périmètre des interventions (actions de santé publique, éducation thérapeutique des patients, implication des patients dans leur propre prise en charge, services sociaux, qualité des relations avec les patients, etc.).
- Ni l'hôpital, ni le cabinet médical de base ne possèdent l'organisation et les moyens permettant de répondre sérieusement à ces exigences de la prise en charge des maladies chroniques. Concernant la médecine générale, certaines observations montrent qu'il existe une marge de progrès importante de la qualité de la prise en charge pour certaines de ces maladies [1-3].

En conséquence, des modèles et expériences relatifs à de nouvelles formes d'organisation de la médecine de premier recours se sont développés [4-13]. Ces formes sont essentiellement caractérisées par : (i) une prise en charge cohérente et continue, centrée sur le patient ; (ii) le partage et la combinaison des compétences professionnelles (*skill-mix*) ; (iii) la participation du patient à sa propre prise en charge ; (iv) l'ouverture de la prise en charge à des préoccupations de santé publique ; (v) la satisfaction des patients et des professionnels concernés ; (vi) la recherche de nouveaux modes de rémunérations des professionnels ; (vii) l'équité.

Compte tenu de ces caractéristiques, la MS apparaît comme un candidat particulièrement sérieux au titre d'organisation pertinente en matière de prise en charge des maladies chroniques. Si l'on s'en rapporte en effet, aux définitions disponibles [14-16], la MS est un dispositif collectif de premier recours, disposant d'un espace architectural commun qui héberge des activités pluri-professionnelles, mobilisées autour d'un double projet sanitaire et professionnel. (i) Le projet de santé porte sur la conception de la prise en charge des patients. (ii) Le projet professionnel porte sur l'organisation interne.

Mais, la transformation d'un simple regroupement de professionnels en une entité organique dotée d'une forte cohésion se heurte à de nombreuses difficultés parmi lesquelles on peut citer les suivantes : (i) les différentes professions hébergées dans la MS, sont soucieuses de leur autonomie [17] et attachées à la rémunération à l'acte, d'où des réticences vis-à-vis de la coopération [18-23]. (ii) La question de la gouvernance [24] de la MS semble également sous-estimée. Quelle est l'instance centrale de décision qui dirige ; avec quelle légitimité et quelle autorité ? (iii) Ces difficultés internes sont sans doute accentuées par le fait que les projets et la promotion de la MS sont très souvent portés par des acteurs publics avec une logique politico-administrative qui n'est pas celle de la majorité des professionnels de santé et de leurs organisations représentatives. Sur ces différents points, il est intéressant de comparer la MS avec d'autres expériences comme par exemple, celle de la *Patient centered medical home* américaine [25-27].

Quoiqu'il en soit, la mise en œuvre d'un fonctionnement capable d'améliorer sérieusement la prise en charge des patients chroniques, pose à la MS, un problème majeur qu'il convient d'analyser pour essayer de trouver une solution.

Objectifs et stratégies de la maison de santé

En fait, l'analyse doit porter sur deux aspects importants qui sont souvent négligés par les présentations de la MS : les objectifs et la stratégie.

Les objectifs de la maison de santé

Concernant les objectifs, l'amélioration de la prise en charge des patients chroniques constitue bien la principale raison d'être de la MS ; néanmoins, les améliorations nécessitent à l'évidence, des ressources qui sont toujours

limitées. Il s'agit donc plus précisément, de sélectionner parmi les améliorations possibles, celles qui vont produire le plus d'effet (efficacité) sous contraintes des ressources disponibles (efficience).

Pour renforcer son efficience, la MS doit chercher d'une part, à faire progresser la qualité de ses prises en charge (qualité des actes et services, qualité de relations entre intervenants, périmètre des interventions), tout en s'efforçant de contenir ses coûts. Compte tenu de cette complexité, la stratégie qui structure et oriente durablement le fonctionnement de la MS, doit être élaborée avec soin.

Les stratégies

Sans qu'il s'agisse vraiment de stratégie, les nombreux modèles et rapports portant sur la MS ou des sujets connexes, visent à expliciter la manière de faire progresser l'efficacité et la qualité (plutôt que l'efficience) de la prise en charge des patients, dans le cadre de la médecine primaire. Les choses y sont régulièrement présentées sous forme de listes de conditions à remplir. Parmi les exemples français récents, on peut citer : le rapport sur « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement » [16], le rapport Hubert sur « L'offre de santé de proximité » [28], les dix-neuf recommandations du rapport Cordier [29], ou l'axe 2 de « La stratégie nationale de santé » [30]. Sans aucun doute, ces énumérations d'interventions ont le mérite de montrer l'étendue et la diversité des changements à entreprendre, mais elles ne peuvent pas prétendre aider la décision, les évidentes difficultés de leur mise en œuvre constituant plutôt un facteur d'inhibition. Cet effet pervers est d'autant plus fort que ces interventions sont dans la majorité des cas, des projets évoqués de manière récurrente depuis des années, sans jamais avoir été pleinement réalisés.

Une première stratégie souvent implicite, consiste donc à distinguer deux composantes : d'un côté, des changements portant sur l'infrastructure ou le cadre de l'activité de la MS, et d'un autre côté, des changements portant directement sur les activités ou les pratiques. Cette stratégie pose que les structures conditionnent les pratiques et qu'il convient donc de s'intéresser en priorité aux conditions de structure. Ainsi, par exemple, il semble raisonnable d'améliorer préalablement la communication (système d'information, dossier médical partagé, proximité et occasions de rencontre et d'échange entre les professionnels, etc.) avant qu'on puisse faire évoluer les pratiques pour plus de coopération et de coordination. Cette stratégie peut être qualifiée de rationnelle et linéaire ; elle est associée à une conception

planifiée du changement ; on s'occupe (informations, incitations, réglementation) des infrastructures puis des activités ; les décisions et interventions sont supposées produire les résultats prévus.

En réalité, le changement est plus problématique et la stratégie a fréquemment un caractère plus inductif. Elle consiste alors, à partir des interdépendances d'une situation particulière, à construire des enchaînements dynamiques d'ajustements pouvant conduire au renforcement recherché de l'efficience. L'intuition et les risques d'erreur sont très présents dans cette élaboration, comme l'attestent les échecs de certaines grandes entreprises. Néanmoins, une organisation ne peut se dispenser de ces choix stratégiques lui permettant de clarifier et d'orienter l'ensemble de ses décisions [31, 32].

Concrètement, on peut identifier les principales opérations constitutives de cette élaboration.

- L'analyse de la situation toujours complexe, en termes de système d'interdépendances.
 - Dans ce système, il s'agit de choisir des interventions initiales qui soient à la fois : (i) techniquement réalisables sans trop de difficulté, (ii) acceptables pour les acteurs concernés, et (iii) capables de produire un enchaînement de déséquilibres [33] mettant l'organisation en mouvement.
 - L'accompagnement continu du processus séquentiel dans lequel chaque modification appelle naturellement une modification complémentaire produisant ainsi une trajectoire de changement [34-36] et permettant d'avancer vers l'objectif de renforcement de l'efficience.
- Pour éprouver la pertinence de ces principes méthodologiques, on les applique à l'élaboration des premiers éléments de stratégie concernant une MS à qui l'on donne les caractéristiques suivantes : périurbaine, de création récente, disposant de capacités de production incomplètement utilisées.

Analyser la situation

Le projet

L'objectif des promoteurs de cette MS est naturellement d'améliorer la qualité-efficacité de la prise en charge des patients et particulièrement des patients chroniques. Pour y parvenir, il est nécessaire de réaliser des progrès sur les trois dimensions de la qualité définies plus haut. Mais ces

progrès impliquent à leur tour, le développement d'activités spécifiques renvoyant (i) à la qualité intrinsèque des interventions (formation, mise en œuvre de recommandations, collecte et traitement des informations cliniques, dossier médical partagé, etc.), (ii) à la qualité des relations entre intervenants (coordination, fonctionnement en équipe, coopération extérieures, continuité des soins, etc.), (iii) au périmètre des interventions (santé publique, éducation thérapeutique, services sociaux, etc.).

Mais pour partie de ces activités spécifiques, il n'y a pas ou peu de financement. (i) Pour les fonctions de type administratif propres à la MS, comme la coordination des différentes interventions. (ii) Il en va de même pour les nouvelles fonctions sanitaires (santé publique, soins et services paramédicaux, articulation aux services sociaux, etc.). (iii) Des activités que la MS réalise ou pourrait réaliser, mais qui sont jusque-là réservées à d'autres composantes, et spécialement à l'hôpital, n'ont pas pour cette raison accès aux remboursements. (iv) Le niveau des rémunérations de certains personnels (infirmières de santé publique, infirmières cliniciennes) est inadapté aux nouvelles tâches et responsabilités qui leur sont confiées. (v) De plus, à partir d'une certaine complexité liée à la taille et à la variété des composantes de la MS, une instance de direction devient nécessaire.

L'amélioration de la qualité-efficacité par les activités spécifiques, assure à la MS la légitimité dont elle a besoin. Mais c'est en parvenant à faire la preuve de sa capacité à gérer conjointement la qualité et les coûts qu'elle acquiert la crédibilité lui permettant d'accéder plus facilement aux soutiens et aux financements qui conditionnent son développement.

Mais avant d'examiner comment se présente le problème du démarrage d'un processus de développement, il convient de faire le point sur les modalités de financement.

Le problème du financement des activités spécifiques

D'un point de vue général, on peut essayer de distinguer quelques modalités de financement.

- Une première source de financement et d'aide en nature peut provenir d'acteurs extérieurs : les administrations publiques (subventions de création ou de fonctionnement plus ou moins durables, mise à disposition d'un local, etc.), l'assurance (remboursement exceptionnel d'actes hors nomenclature), mais dans le cadre de conventions de collaboration, l'hôpital pourrait aussi fournir à la MS des aides sous forme de compétences techniques et cliniques, de prêt de personnels, etc.

- Mais des ressources susceptibles d'être orientées vers les activités spécifiques peuvent en principe, être obtenues par la réduction des coûts des activités de base. Au sein de la MS, les professionnels rémunérés à l'acte génèrent des recettes dont le montant est fonction du volume des actes réalisés. Une partie de ces recettes est normalement consacrée aux frais professionnels propres de chaque professionnel. Dans cette situation, pour dégager des ressources utilisables pour les activités spécifiques, plusieurs conditions doivent être remplies. (i) Il faut que les frais ne soient pas des frais réels, mais un pourcentage fixe des recettes ; (ii) il faut que le volume des activités de base augmente ainsi que les recettes ; (iii) il faut que les coûts de ces activités de base diminuent. La fixation d'un pourcentage suffisant et les efforts visant à réduire les coûts supposent des négociations et des accords entre les participants qui ne sont peut-être pas spontanément disposés à accepter ce transfert au profit des activités spécifiques.
- Un financement forfaitaire [37-38] de la MS et plus précisément un financement à la capitation globale, peut constituer une réponse intéressante. Sous ce régime, le niveau des ressources dont dispose la MS dépend du nombre d'assurés inscrits. Ces ressources dépendent bien sûr aussi des négociations avec l'assurance pour fixer le montant des capitations correspondant aux différentes classes de risques sanitaires des assurés. La capitation s'accompagne d'un risque financier si les dépenses globales sont supérieures aux ressources globales. Ce risque constitue en principe une incitation forte à l'efficacité. Il s'agit en effet pour la MS de fournir des soins et des services (notamment de prévention) efficace, (i) pour attirer des nouveaux usagers et augmenter ainsi les ressources et (ii) pour conserver la population inscrite en bonne santé, de manière à contenir les dépenses à long terme. Il s'agit aussi de minimiser les coûts du fonctionnement courant de manière à contenir les dépenses correspondantes. La combinaison de l'augmentation des ressources et de la modération des coûts peut permettre de dégager des excédents utilisables pour développer les activités spécifiques. Sans doute, l'adoption d'un financement à la capitation représente une transformation profonde pouvant susciter l'opposition d'une partie des professionnels de la MS.
- La troisième modalité de financement concerne les relations entre l'hôpital et la MS. Dans la mesure où cette dernière réorganise la prise en charge et en renforce l'efficacité-qualité, certaines répercussions sont à attendre du côté de l'activité hospitalière. Plus précisément, une meilleure prise en charge par la MS se traduit

par une réduction (i) des recours injustifiés aux urgences hospitalières, (ii) des hospitalisations inappropriées, par défaut de solutions ambulatoires sérieuses, (iii) des complications de certaines maladies chroniques, qui entraînent des hospitalisations nombreuses, lourdes et coûteuses. En conséquence, les dépenses hospitalières s'en trouvent allégées, et un déplacement de ressources en faveur de la MS pourrait donc être envisagé. À l'évidence, la concrétisation de cette modalité se heurte à de nombreux obstacles ; néanmoins, des conventions de coopération entre l'hôpital et la MS pourraient constituer un cadre favorable à des mises en œuvre partielles. De manière similaire, chaque fois que l'activité de la MS se traduit par des économies externes (consommation de médicaments, d'examen, recours à l'HAD, aux institutions, etc.), des procédures pourraient être trouvées pour qu'elle puisse en tirer quelques avantages.

- Enfin, sous réserve d'obtenir les autorisations correspondantes, la MS pourrait trouver des ressources pour les activités spécifiques, dans la production de services complémentaires sélectionnés en fonction de leur rentabilité (services d'urgence, soins infirmiers, pharmacie associée, hospitalisation transitoire, divers mandats de prestation).

Finalement, on retient l'interdépendance entre le développement des activités spécifiques et le financement de ces activités. Plus précisément, on a des relations réciproques produisant un blocage. Faute de financement, la MS ne peut développer les activités spécifiques, améliorer la qualité de ses prises en charge et démontrer ses capacités de progrès de l'efficacité ; en conséquence, il lui est difficile d'accéder aux financements nécessaires pour obtenir ces progrès. Ainsi, le problème majeur de la MS est de faire sauter ce blocage en parvenant à amorcer le processus de développement.

Amorcer le processus de développement

La conception dominante du changement fondée sur des interventions directes (information, contrainte, incitation) ne parvient généralement pas à vaincre l'inertie des pratiques. Il convient donc de s'en remettre à une conception alternative, plus endogène, dans laquelle la modification d'un paramètre de la situation initiale peut faire démarrer un processus d'évolution naturelle des pratiques. La taille de la MS peut être retenue pour illustrer cette relation.

Une option stratégique : la croissance de la taille de la maison de santé

La taille définie par l'effectif des usagers et par le volume de l'activité, semble répondre aux conditions d'éligibilité posées plus haut. (i) Il est possible d'identifier des moyens d'augmenter la taille. (ii) L'augmentation de la taille est sans doute perçue comme positive par la majorité des acteurs au sein de la MS. (iii) L'augmentation de la taille perturbe progressivement les équilibres initiaux et suscite des ajustements locaux de pratiques qui produisent le plus souvent d'autres déséquilibres.

En premier lieu, la croissance de la taille peut être perçue comme positive par la majorité des acteurs parce qu'elle contribue à augmenter l'efficacité et réduire les coûts. Elle peut avoir (i) un effet d'atténuation (économies d'échelle) des coûts de certaines activités (partage des installations et services administratifs, regroupement des achats de fournitures et de services extérieurs, conception, réalisation et maintenance d'un système d'information et de communication, meilleure capacité de négociation avec les acteurs extérieurs, etc.). (ii) La taille permet également de spécialiser les tâches parce qu'au sein d'une activité, si le volume de travail exige plus de personnel, il permet aussi de différencier les tâches, et de doter ainsi l'activité d'une plus forte efficacité. (iii) La taille signifie également l'élargissement de la gamme des activités de la MS, de meilleures possibilités de combinaisons et d'ajustement aux besoins des patients, c'est-à-dire plus de qualité perçue. (iv) Par ailleurs, la taille associée à la proximité entre professionnels, accroît une visibilité mutuelle qui incite chacun à mieux faire, par souci de sa réputation. (v) Enfin et surtout, la taille favorise la mise en place dans de bonnes conditions, de programmes de formalisation, de formation, de règles, procédures et protocoles partagés, de cercles de qualité, de l'organisation d'une réflexion des professionnels sur leurs propres pratiques. Ces opérations sont source d'efficacité, d'occasions d'échanges, d'une meilleure connaissance mutuelle, et facilitent l'apprentissage de nouvelles fonctions, de nouvelles relations, de nouvelles identités nécessaires à la réalisation du potentiel de progrès que recèle la MS.

En second lieu, la croissance de la taille introduit dans le fonctionnement des déséquilibres et des ajustements qui peuvent initier des changements de pratiques.

Finalement, la croissance de la taille apparaît comme un élément pertinent d'une stratégie visant le renforcement de l'efficacité de la MS, sous réserve des remarques suivantes. (i) La stratégie de taille suppose que la MS soit accessible à une population suffisamment nombreuse,

cette option stratégique n'est donc envisageable que pour une MS urbaine ou suburbaine (dans une zone à faible densité de population et de médecins, l'accessibilité serait sans doute associée à des questions de mobilité des professionnels et des usagers). (ii) Elle suppose que les capacités de production de la MS ne sont pas saturées, qu'il existe des marges de croissance suffisantes. (iii) La croissance de la taille peut atteindre un seuil au-delà duquel les coûts de direction d'un ensemble trop complexe réduisent les avantages initiaux. (iv) Certains avantages liés à la taille peuvent être recherchés à travers des accords avec des organisations sanitaires et sociales proches, plutôt que du côté de la croissance interne.

L'attractivité comme déterminant de la taille

La taille renvoie d'abord au nombre des usagers de la MS, ce nombre contribuant au niveau de l'activité. La question que pose cette stratégie de croissance est donc celle de l'attractivité de la MS pour la population. Cette attractivité est fonction de certaines dimensions de la prise en charge auxquelles les usagers sont particulièrement sensibles. Il s'agit donc d'intervenir sur ces dimensions, ce qui représente le niveau opérationnel de la stratégie retenue. En première approximation, on peut avancer trois principales catégories de dimensions : l'information, l'accès, la continuité.

Le statut du patient [39] se définit par un déficit d'information qu'il cherche à réduire en se tournant vers le système sanitaire. Pour une large part, l'attractivité de la MS dépend de sa capacité à répondre aux questions explicites ou implicites des usagers, et à anticiper ces questions [40].

L'accès concerne (i) la possibilité d'obtenir les informations ci-dessus de manière précise d'un interlocuteur connu et en lequel le patient a confiance (médecin traitant ou membre connu de l'équipe de soins), et de les obtenir par des moyens éventuellement variés (consultation médicale ou infirmière, documents, téléphone, internet). (ii) La rapidité et la qualité de l'accès aux soins constituent naturellement une dimension essentielle de la satisfaction du patient. (iii) De la même manière, un accès facilité à une large gamme de services de prévention et de bien-être, représente pour la MS, un moyen de fidéliser l'utilisateur.

La qualité perçue par l'utilisateur dépend beaucoup de l'information et de l'accès, elle dépend aussi du déroulement des soins, particulièrement de leur continuité, cohérence et globalité. En pratique, cela suppose une organisation

adéquate se traduisant notamment par niveau suffisant de coopération entre les intervenants et de coordination de leurs interventions.

Pour toutes ces dimensions (information, accès, continuité), il existe de très nombreux moyens de réaliser des améliorations. Par ailleurs, l'amélioration de l'attractivité est un objectif qui peut être partagé par la majorité des acteurs au sein de la MS. Enfin, l'augmentation du flux d'utilisateurs que reçoit la MS, introduit normalement de nombreux déséquilibres qui sont autant d'occasions d'ajustement des pratiques.

La stratégie de croissance de la taille, comme processus

Le démarrage et la séquence des étapes successives de la stratégie particulière retenue dans cette illustration, peuvent être résumés à l'aide du schéma suivant (figure 1).

Si les trois premières étapes de ce processus (interventions, attractivité, taille) sont faciles à comprendre, les suivantes appellent quelques explications.

Dans une MS de création récente dont les pratiques restent souvent celles de cabinets médicaux juxtaposés, l'augmentation du flux des patients entraîne de petites perturbations auxquelles chaque composante est

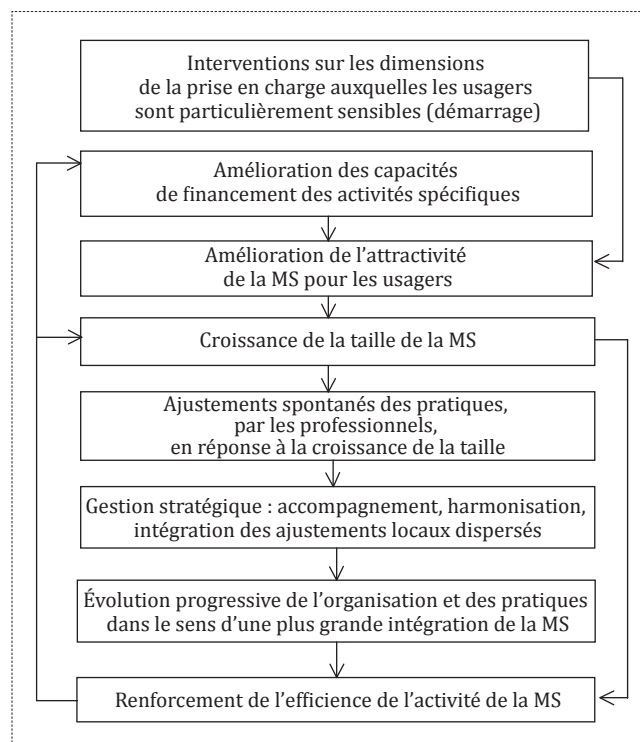


Figure 1 : Développement d'une maison de santé (MS) par la croissance de la taille

naturellement amenée à s'ajuster. Ces ajustements vont normalement dans le sens d'une meilleure organisation de l'activité : des règles et procédures permettant de traiter un plus grand nombre de patients sont introduites ou précisées. La formalisation permet de simplifier l'activité, d'en renforcer les performances, et donc d'être capable de prendre en charge plus de patients. Ainsi, la croissance de la taille génère plus d'efficacité par l'intermédiaire des ajustements.

Mais ces ajustements sont pour l'essentiel, réalisés dans les différentes composantes de la MS, de manière autonome, silencieuse et sans que leurs éventuelles répercussions sur d'autres composantes soient prises en compte. En conséquence, ils peuvent contribuer à déplacer les dysfonctions et à donner naissance à de nouvelles perturbations, qui vont susciter des ajustements tout aussi perturbateurs.

En d'autres termes, la croissance de la taille engendre de l'efficacité et de l'efficience, mais également de nouvelles perturbations du fait des ajustements réalisés de façon dispersée au sein de la MS. Pour que cette stratégie parvienne à renforcer l'efficience, il est nécessaire de lui associer une gestion appropriée.

La gestion stratégique

Définition de la gestion stratégique

Dans la situation particulière retenue, une fois mis en mouvement par la croissance de la taille, le fonctionnement de la MS peut être infléchi vers plus d'efficience, par la gestion stratégique dont la fonction peut être décomposée comme suit :

- Repérer et expliciter les dysfonctions petites ou grandes rencontrées par les différentes composantes, en particulier celles causées par la croissance de la taille.
- Repérer et analyser les solutions ponctuelles mises en œuvre localement par chaque composante.
- Concevoir et proposer aux différentes composantes, des solutions compatibles et en synergie avec celles des autres composantes.
- Accompagner la mise en œuvre de ces solutions de manière à s'assurer que les ajustements spontanés, locaux, convergent pour donner naissance à une organisation mieux intégrée et plus performante.
- Orienter la dynamique d'adaptation continue de la MS conformément à l'objectif d'efficience.

Pratique de la gestion stratégique

Parmi les conditions requises pour que la MS puisse effectivement pratiquer la gestion stratégique, on peut évoquer les suivantes.

- L'existence d'une gouvernance disposant de la légitimité nécessaire pour prendre les initiatives et les décisions correspondantes, notamment à propos des pratiques cliniques, ce qui suppose une implication forte des professionnels.
- Des compétences relationnelles permettant de collecter les informations nécessitées par les opérations énumérées ci-dessus. En effet, ces informations ne sont pas les données quantitatives recueillies automatiquement au cours du fonctionnement de la MS. Il s'agit d'informations relatives aux comportements, pratiques et routines informels qui sous-tendent le fonctionnement réel d'une composante et qui peuvent être assez différents des règles de son fonctionnement officiel. L'accès à ces informations suppose des échanges fréquents et de la proximité avec les acteurs concernés.
- Malgré ces difficultés, la gestion stratégique peut tirer parti pour promouvoir les progrès organisationnels de la MS, des observations faites dans des dispositifs particulièrement performants de médecine primaire [41], comme par exemple : la gestion des effectifs des files actives de façon à adapter les capacités de prise en charge, aux besoins des patients ; la constitution d'équipes pluri professionnelles ; la collecte et traitement des informations nécessaires à une meilleure connaissance de la population d'utilisateurs et à une meilleure qualité des décisions d'amélioration de l'activité de la MS, etc.
- À propos de ces caractéristiques organisationnelles, il importe de souligner qu'il ne s'agit pas de modèles choisis *a priori*, que la gestion stratégique s'efforcera de faire adopter par des acteurs réticents. Il s'agit au contraire, de venir en aide aux acteurs qui cherchent à ajuster leur fonctionnement aux répercussions de la croissance de la taille de la MS. À cette occasion, il est possible d'élaborer en concertation avec les acteurs, des solutions qui répondent à leurs problèmes propres, tout en contribuant à faire progresser la cohérence, la cohésion et l'efficience de la MS.

Conclusion

L'objet de cet article était d'examiner l'application de l'approche stratégique au développement d'une MS.

L'intérêt est d'identifier les difficultés de ce développement et d'explicitier le raisonnement conduisant à élaborer un plan d'actions pour essayer de les réduire. Pour l'essentiel, ce plan d'actions est résumé dans le schéma de la figure 1.

- En premier lieu, on cherche à sélectionner une logique de changement répondant aux trois conditions suivantes : (i) le changement doit être assez simple ; (ii) il doit être perçu de façon positive par les acteurs ; (iii) il doit entraîner la mise en mouvement des pratiques au sein de la MS. Le changement retenu ici, est la croissance de la taille de la MS.
- En second lieu, pour contribuer à cette croissance, on se borne à essayer d'améliorer l'attractivité de la MS pour les usagers (information, accès, continuité des prises en charge). L'attractivité constitue un point d'entrée intéressant parce que l'augmentation de l'effectif des patients est plus facile à faire adopter aux professionnels qu'une intervention directe visant à modifier leurs pratiques.
- En troisième lieu, l'attractivité et l'augmentation de taille qui en résultent, permettent d'une part de faire progressivement évoluer les pratiques et d'autre part, de dégager les premières ressources nécessaires au développement des activités spécifiques.
- En quatrième lieu, à partir de là, les conditions sont remplies pour que se mette en place un processus cumulatif au sein duquel (i) les progrès de la qualité et de l'efficacité donnent à la MS la crédibilité lui facilitant l'accès à l'aide (y compris financière) d'acteurs extérieurs et à l'adoption de modalités de financement plus appropriées. (ii) Le processus produit également un apprentissage grâce auquel les acteurs de la MS font évoluer leurs pratiques, leurs compétences et leur identité.

Finalement, cette approche stratégique peut être utile à chaque MS en lui proposant une méthode susceptible de l'aider dans son développement. Mais elle peut l'être aussi à un niveau plus large, dans la mesure où des MS efficaces peuvent constituer une nouvelle référence pour la médecine de premier recours, et accélérer ainsi la nécessaire évolution de l'organisation du système sanitaire dans son ensemble.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Direction du service médical, département soins de ville, mission statistique. Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 : évolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-dépendants traités entre 1998 et 2000. Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; 2002.
2. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé*. 2006;24(2):75-112.
3. Morel A Lecoq G, Jourdain-Menninger D. Évaluation de la prise en charge du diabète. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2012.
4. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909-14.
5. World health organization (WHO). Innovative care for chronic conditions : building blocks for action. Genève : WHO ; 2002.
6. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, *et al*. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82.
7. Bras P, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management. Paris : La Documentation française, Rapport IGAS ; 2006.
8. Nolte E, McKee M (eds.). *Caring for people with chronic conditions, a health system perspective*. Berkshire (England): Open university press; 2008.
9. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff*. 2009;28(1):75-85.
10. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010;5(1):71-90.
11. Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé, Office fédéral de la santé publique. Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours. Berne (Suisse) : Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé, Office fédéral de la santé publique ; 2012.
12. Brunn M, Chevrel K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluation, et enseignements internationaux. *Santé Publique*. 2013;25(1):87-94.
13. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique*. 2009;(hs1)21:27-38.
14. Garros B. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? *Santé Publique*. 2009;hs 21:7-16.
15. Baudier F, Clément MC. Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé. *Santé Publique*. 2009;hs 21:103-8.
16. Juilhard JM, Crochemore B, Touba A, Vallencien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Paris : Ministère de la santé, rapport au Ministre de la santé ; 2010.
17. Freidson E. *La profession médicale*. Paris : Payot ; 1984.
18. Haute Autorité de santé (HAS). *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*. Paris : HAS ; 2007.
19. Schaller P, Gaspoz JM. Coordination des soins : de la théorie à la pratique. *Rev Med Suisse*. 2008;4:2034-9.
20. Giger M, De Geest S. De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires. *Bulletin des Médecins Suisses*. 2008;89(43):1839-43.
21. Huard P, Schaller P. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques : 1. La coopération entre partenaires distants. *Prat Organ Soins*. 2011;42(2):111-8.
22. Haute Autorité de santé (HAS). *Coopération entre professionnels de santé : mode d'emploi*. Paris : HAS ; Avril 2012.

23. Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med*. 2012;366:1955-7.
24. Denis JL, Contandriopoulos AP. Gouvernance Clinique : discussion et perspectives. *Prat Organ Soins*. 2008;39:249-54.
25. American college of physicians (AMP). The advanced medical home: a patient-centered, physician-guided model of health care. Philadelphia: AMP; 2006.
26. American academy of family physicians, American academy of pediatrics, American college physicians, American osteopathic Association. Joint principles of patient-centered medical home. Washington: Patient centered primary care collaborative; 2007.
27. Bras PL. Réorganiser les soins de premiers recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Prat Organ Soins*. 2011;42(1):27-34.
28. Hubert E. L'offre de santé de proximité. Paris : Rapport au Président de la République Française ; 2011.
29. Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé. Dix-neuf recommandations du Comité des sages. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé ; juin 2013.
30. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé – Feuille de route. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.
31. Johnson G, Scholes K, Wittington R, Fréry F. Stratégique, 9^e édition. Paris : Pearson ; 2011.
32. Chan Kim W, Mauborgne R. Stratégie océan bleu : comment créer de nouveaux espaces stratégiques. Paris : Pearson ; 2013.
33. Hirschman A. Stratégie du développement économique, trad. fr. Paris : Les éditions ouvrières ; 1964.
34. Arthur B. Increasing returns and path dependency in the economy. Ann Arbor (MI): University of Michigan press; 1994.
35. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systemic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004;82(4):581-629.
36. Schreyögg G, Sydow J. Organizational path dependence: a process view. *Organization Studies*. 2011;32(3):321-35.
37. Robinson J. Innovation organisationnelle en santé. In: Jacobzone S (ed.), *Économie de la santé : trajectoires du futur*. Paris : Economica, INSEE ; 1997:313-23.
38. Enthoven A, Tollen L (eds.). *Toward a 21st century health care system, the contribution and promise of prepaid group practice*. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2004.
39. Parson Y. The sickrole and the role of the physician reconsidered. *Milbank Mem Fund Q*. 1975;53:257-78.
40. Richard T, Montori VM, Godlee F, Lapsey P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ* 2013;346:2614.
41. Willard R, Bodenheimer T. *The building blocks of high-performing primary care: lessons from the field*. Oakland (CA): California health-care foundation; 2012.