

**Pour référencer cet article :**

SAMPIERI-TEXIER N., SAUVIAT I., « Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client », *Gestion et Management Publics*, vol.2, Septembre 2003.

## **Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client**

**Nathalie SAMPIERI-TEISSIER**

ATER  
Laboratoire du CRET-LOG  
Université de la Méditerranée

**Isabelle SAUVIAT**

ATER  
Laboratoire du CEREGE  
Université de Limoges

# Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client <sup>1</sup>

## Préambule

Cet article fait suite au séminaire de recherche du RECEMAP daté du 26 octobre 2001, au cours duquel un atelier de travail a été animé autour du thème suivant « la situation du patient-usager-client ». Ce débat était encadré par deux chercheurs seniors Annie BARTOLI et Sandrine CUEILLE, et animé par trois chercheurs juniors, dont deux sont les auteurs de ce présent travail.

Ce papier vise ainsi à présenter la trame de réflexion qui a été utilisée pour animer cet atelier, enrichie des réflexions qui ont pu être débattues par les enseignants et par les professionnels du secteur de la santé.

## Introduction

Force est de constater que le **secteur de la santé** est en profonde transformation (CAUVIN, 1997), et que la démarche de **modernisation** dans laquelle il est aujourd'hui, fait référence à des changements importants situés à la fois au niveau de l'offre de soins, avec la mise en place d'une **approche globale de la santé**, et au niveau de la demande de soins qui est caractérisée par une **volonté conjugulée d'information et de choix** du public.

Aussi, sous l'influence d'une prise en compte renforcée de la demande, le management de la santé suppose aujourd'hui une **redéfinition de la relation de service**, qui doit aider à passer d'une offre prescrite par l'organisation, à une offre adaptée aux besoins évalués du patient (ROPERT, 2000). Dans un tel contexte, le rôle et la place de l'ensemble des acteurs du secteur de la santé s'en trouvent modifiés, plus particulièrement la situation du patient-usager-client évolue, ce qui influe directement sur le secteur dans son ensemble.

Partant de ce constat, la question fondamentale de notre réflexion va être de savoir : *quelles sont les problématiques de service et de gestion qui émergent de la « nouvelle » situation du patient-usager-client dans le système de santé actuel ?*

Pour cela, la démarche choisie est la suivante. Dans un premier temps, il s'agit d'adopter une vision externe, avec comme unité d'analyse *l'environnement du patient-usager-client*, et de présenter les spécificités macro-économiques du « bien santé », puis les spécificités organisationnelles, retraçant les grandes tendances d'évolution des établissements hospitaliers. Dans une deuxième étape, l'étude de l'interne visera à décrire *le rôle et la place du patient-usager-client* dans la réalisation du service, et ainsi de définir les particularismes de la production médicale.

---

<sup>1</sup> Les auteurs de cet article tiennent à remercier tout particulièrement le Professeur Annie BARTOLI de l'Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, Laboratoire QUOI, pour ses conseils éclairés et ses encouragements depuis le début de cette initiative jusqu'à la rédaction de cet article, Sandrine CUEILLE, Maître de Conférences à l'Université de Pau, pour son soutien et son aide lors de la conception de ce travail, ainsi qu'Isabelle BONGIOVANNI - Doctorante à l'Université de la Méditerranée, Laboratoire du CRET-LOG -, et Isabelle GABOURIN - Doctorante à l'Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, Laboratoire QUOI -, pour leur participation à cette réflexion collective. Ils remercient également l'ensemble des participants au séminaire du RECEMAP du 26 octobre 2001, tant professionnels, qu'enseignants, dont la contribution lors du débat a permis d'enrichir ce papier.

C'est de la confrontation de la vision externe et de la vision interne, que pourront être mises en évidence *différentes problématiques*.

## **1. Étude de l'environnement du patient-usager-client : les spécificités gestionnaires du « bien santé »**

Deux séries d'études permettent de mettre en évidence les spécificités du « bien de santé » : tout d'abord, les travaux des économistes et des gestionnaires de la santé, qui reposent sur l'hypothèse que la santé n'est pas un marché comme les autres. Ensuite, les recherches sur l'organisation hospitalière, qui témoignent de l'importance des professionnels et plus largement des ressources au sein de l'hôpital.

### **1.1. Perspective économique et gestionnaire du « bien de santé » : la santé, un marché pas comme les autres**

FIXARI et TONNEAU (1993) posent l'hypothèse que la santé n'est pas un marché comme un autre, en ce sens qu'il présente des caractéristiques très particulières, qui influencent directement la définition du rôle et de la place du patient vis à vis du bien de santé.

En effet, selon eux, le bien de santé se distingue par les spécificités suivantes.

C'est tout d'abord *un marché à prescripteurs* où « *le consommateur est considéré comme incompétent sur ses besoins et les produits qui peuvent les satisfaire* », en raison essentiellement d'une asymétrie d'information, qui tend ces derniers temps à se réduire à la faveur des patients. Ceci est tout de même à relativiser en France puisque le patient a le choix de son médecin (généraliste, spécialiste, hôpital ou ville, conventionné ou non conventionné).

C'est par ailleurs *une demande peu régulée par les prix*, même si l'existence d'un « ticket modérateur », ainsi que les actions et pressions des pouvoirs publics à l'égard des médecins, des laboratoires pharmaceutiques, et des pharmaciens (droit de substitution vers des génériques...) cherchent à limiter la consommation du client.

C'est ensuite *une offre peu financée par la demande* : le financement se fait en grande partie par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale (même s'il y a de plus en plus de produits partiellement ou non remboursés), qui est alimentée par des cotisations obligatoires des employeurs et des salariés, prélevées à la source (quasi impôts). La Sécurité Sociale suit les dépenses constatées la plupart du temps ; l'état doit maîtriser l'offre globale.

C'est aussi *des prix d'unité d'œuvre « administrés » et non des prix de marché de « produits »* : les prix administrés servent de bases de remboursement minimum pour les malades, pour le paiement des médecins non hospitaliers, pour la dotation budgétaire des Etablissements Publics de Santé (qui est rapprochée de l'activité réelle) et pour la rentabilité du secteur hospitalier privé. Il y a donc un problème de concordance entre la comptabilité analytique (fixation d'Unités d'Oeuvre conventionnelle) et le prix réel, même s'il faut noter une évolution relative avec les Groupes Homogènes de Malades et le Programme de Médicalisation du Système d'Information.

C'est également *une structuration de l'offre à base statistique*, en ce sens que l'administration de l'offre est réalisée dans un objectif d'équilibre de la carte sanitaire, même si cela est en

train d'évoluer. En effet, la logique étatique tend à faire émerger, selon CLAVERANNE (2001), l'idée de programmes ou de réseaux disciplinaires réalisés autour de restructurations à l'initiative des terrains et des établissements.

C'est enfin, *une offre sous influence politique*.

Un tel cadre révèle la position ambiguë des patients-usagers-clients, qui se trouve au centre de problématiques concernant à la fois l'offre et la demande de soins. A titre d'exemple, notons que même s'il a le choix de son médecin et de sa structure (dans une limite régionale tout de même), le patient-usager-client n'a pas forcément les informations suffisantes (prix, prestation, qualité de soins, compétences...) pour faire jouer la concurrence. De plus, il se trouve dans un réseau d'influence des acteurs du système de santé qu'il ne maîtrise ni ne connaît vraiment. IL existe ainsi une **forte asymétrie d'informations** qui s'opère au détriment du patient.

Dans le même ordre d'idée, la prise en charge des soins par un organisme paritaire qui encaisse des cotisations, qui sont reversées sous forme de remboursement de soins, place le client dans une position d'utilisateur, pour lequel la seule sanction possible de son insatisfaction, - même si elle est très indirecte et aux effets non garantis - est celle des élections.

BEJEAN & GADREAU (1992) ont mis ainsi en évidence la relation d'agence existant entre le patient et la tutelle, qui s'exerce au travers d'une part des élections (surtout municipales, puisque le maire est partie prenante dans le conseil d'administration des hôpitaux) et des contributions, et d'autre part des cotisations et des assurances.

Cette dernière remarque nous amène à évoquer maintenant la perspective organisationnelle du « bien de santé ».

## **1.2. Perspective organisationnelle du « bien de santé » : le rôle clé des ressources à l'hôpital**

La perspective organisationnelle du « bien de santé » trouve sa source dans une vision tout d'abord traditionnelle puis renouvelée de l'hôpital.

S'agissant de la **vision traditionnelle de l'hôpital**, elle se fonde sur le fait que pendant longtemps, ce lieu est apparu comme univers clos fonctionnant en autarcie, à l'instar de l'hôpital charité du XIX<sup>ème</sup> siècle ou encore de l'« hôpital paquebot » : ce qui lui a donné un caractère structurel proche de la bureaucratie professionnelle définie par MINTZBERG (1982). Ainsi, l'hôpital est dominé d'une part par *des logiques fonctionnelles* et d'autre part par *des logiques « humaines »*.

Les *logiques fonctionnelles* s'appuient sur une primauté de son centre opérationnel - l'hôpital fonctionne à partir d'un grand nombre d'unités élémentaires et indépendantes -, sur une importance de la logistique qui s'exprime par un développement des supports des fonctions logistiques, et sur une ambiguïté du sommet stratégique qui doit répondre à des tutelles multiples, dont les préoccupations ne sont pas toujours convergentes ;

Les *logiques « humaines »* se caractérisent par une prédominance du relationnel c'est-à-dire de l'ajustement mutuel et une absence de ligne hiérarchique, entre le sommet stratégique (direction) et le centre opérationnel (médecins).

Conformément à cette vision, l'hôpital apparaît comme « *un lieu de pouvoir éclaté* » (GROSSIER, JANCOURT & NIZARD, 1996), reposant sur un rôle clé des professionnels soignants, notamment des médecins composant le centre opérationnel de l'hôpital.

A titre d'exemple, les médecins tiennent dans une telle structure une place dominante qui trouve son fondement au fil du temps.

Ainsi, au regard de l'histoire, les médecins n'ont commencé à prendre une place dominante que bien après la Révolution française.

En effet, à cette époque, l'Etat intervient financièrement dans la gestion des hôpitaux qui sont sujets à réforme. Puis, lors du Directoire, l'hôpital est reconsidéré comme un lieu de formation des médecins, qui, par l'expérience et l'observation des malades, vont sauver la vie d'autres personnes. C'est alors que le médecin prend une place dominante. Plus tard, entre 1871 et 1881, la Troisième République envoie plusieurs médecins au Parlement, et cite le Traité de salubrité dans les grandes villes qui dit : « *en matière de santé, il faut contraindre les hommes à faire ce qui leur est utile et à éviter ce qui peut leur nuire. Sous ce rapport, les habitants d'une grande ville, doivent être traités comme des mineurs ; c'est à l'Administration d'ordonner* » (ATTALI, 1979).

Ceci accroît encore le pouvoir des médecins et leur image, tendance qui n'a cessé de s'accroître, pour toutefois être moins absolue aujourd'hui : certaines analyses montrent en effet la perte relative des médecins, au profit notamment des « gestionnaires » de l'hôpital, sans compter le rôle croissant des autres acteurs de soins (personnels soignants, élus locaux, tutelle...).

Il est possible dans ce contexte de comprendre en partie que les professionnels soignants et plus particulièrement les médecins composant le centre opérationnel, soient la partie clé de l'hôpital. Ce sont des professionnels, au sens de MINTZBERG (1982), c'est-à-dire des spécialistes dûment formés et spécialisés.

En outre, les médecins disposent d'une grande latitude dans le contrôle de leur propre travail : ils sont très autonomes dans l'exercice de leur fonction car ils sont compétents en la matière. Cette compétence est reconnue par une formation initiale poussée, qui est entretenue par un apprentissage constant.

Ces savoirs et savoir-faire leur procurent une expertise qui est à la base de leur pouvoir dans l'organisation, pouvoir qui a fait l'objet d'évolutions soulignées, et qui vont être reprises.

Concernant la **vision rénovée de l'hôpital**, elle est liée au renforcement de la recherche de complémentarités instituée par les ordonnances de 1996, et plus généralement aux réformes juridiques hospitalières, qui donnent à la gestion hospitalière un caractère nouveau à l'image de l'évolution de la tutelle, qui tend vers une approche d'ensemble. C'est l'idée qu'il faut mettre en oeuvre une gestion plus globale et plus impliquante (MARIN, GELIS & MAUDENS, 1996).

L'hôpital évolue à la fois vers une gestion responsabilisante et plus encore vers une gestion stratégique (VALETTE, 1996).

La volonté de **responsabilisation des acteurs des hôpitaux publics** (CUEILLE & RENUCCI, 2000) est la traduction d'un changement net de l'activité de l'hôpital aussi bien sur le plan interne qu'externe (NOBRE, 1999).

En effet, d'un point de vue externe, l'accentuation des contraintes budgétaires associées à un développement de la consommation ont modifié le besoin d'information (en particulier de l'environnement administratif et financier c'est-à-dire des « financeurs » : Sécurité Sociale, mais aussi Agences Régionales d'Hospitalisation...).

Actuellement, l'objectif avoué est ainsi une meilleure lisibilité de l'activité de l'hôpital à laquelle il faut adjoindre un réel désir de qualification et d'évaluation (accréditation, PMSI...).

D'un point de vue interne, l'activité médicale connaît de profondes mutations ; la pratique médicale hospitalière est marquée aujourd'hui par deux évolutions majeures : l'introduction massive de la technologie et une réduction importante des durées de séjour. Ce qui n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement général.

Le mode d'organisation des multiples activités réalisées au sein de l'hôpital se transforme radicalement. « *Le passage du médecin hospitalier exerçant en toute autonomie son art, au médecin faisant partie d'un processus complexe, dans lequel interviennent différents acteurs, explique le rôle de plus en plus important de la gestion des interfaces* » (NOBRE, 1999) : interfaces au sein même de la sphère médicale, mais aussi entre la sphère médicale et l'administration de l'hôpital, ou encore entre l'hôpital et son environnement.

C'est d'ailleurs à ce niveau que l'évolution semble la plus significative, puisque l'hôpital se veut désormais une organisation ouverte sur son environnement (CREMADEZ, 1997), avec un environnement perçu comme une ressource (espace d'opportunités et de développement), une attitude proactive des membres de l'organisation et une démarche de fonctionnement centrée sur l'extérieur (considération de la satisfaction des objectifs externes comme le mode privilégié de réalisation personnelle de ses membres).

Au delà, la volonté de responsabilisation des établissements et des acteurs hospitaliers, qui caractérisent les dernières réformes juridiques, a conduit à un développement de la **dimension stratégique de l'hôpital**. Cette orientation vers « *l'hôpital stratège* » (SOUTEYRAND & CONTANDRIOPOULOS, 1996) est l'aboutissement d'une longue évolution vers une prise en compte de l'environnement, et d'une intégration comme enjeux de ses transformations interne et externes.

Toutefois, la démarche stratégique de l'hôpital s'effectue dans un environnement régulé par une autorité publique, ce qui donne une dimension particulière. En effet, dans les organisations publiques, le produit étant mal connu et mal défini, les « *ressources sont au centre du système de régulation* » (VALETTE, 1996).

La construction de l'offre est alors le résultat d'une négociation, au cours de laquelle des « *ressources s'échangent* » contre d'autres ressources » (VALETTE, 1996). En effet, l'information hospitalière ne renseigne que rarement voire jamais sur l'offre qu'elle peut fournir, elle présente en revanche les ressources qu'elle peut apporter, et fait référence en cela à l'idée de compétences. C'est ce que VALETTE (1996) appelle la « *capacité d'offre* ». Cette « opacité » accentue l'asymétrie d'information, en défaveur du patient.

La production de l'organisation hospitalière est donc « *un ensemble de processus d'utilisation coordonnée de ressources* » (VALETTE, 1996), qui renvoie à l'idée de « coproduction » qui est la combinaison des efforts productifs des « *producteurs réguliers et des producteurs consommateurs* », (KISER & PERCY, 1981) : les prestataires traditionnels (« producteurs

réguliers ») produisant des biens ou des services destinés à l'échange, et donc aux usagers et clients (« producteurs consommateurs »), qui en consomment le résultat.

Ainsi, l'hôpital pour asseoir sa « notoriété », c'est-à-dire sa satisfaction de la demande environnementale, va donc naturellement chercher à acquérir un certain nombre de ressources supplémentaires, faisant de la négociation, la modalité de régulation de référence. Celle-ci modalité pouvant être certainement très efficace, mais elle est également soumise à de nombreux aléas (CUEILLE & RENUCCI, 2000).

Au regard de ces spécificités gestionnaires, il apparaît donc que la situation du patient – usager – client est surtout inscrite dans l'espace de « consommation de soins ». Toutefois, l'approche stratégique par les ressources (VALETTE, 1996) de l'hôpital commence à inscrire le patient – usager – client dans le champ de la « production de soins » ; ce qui va être le centre d'intérêt de notre prochain paragraphe.

## **2. Rôle et place du patient-usager-client dans le système de soins : les particularismes de la production du « service de santé »**

Les travaux liés aux activités de service apportent un éclairage intéressant pour analyser la place du patient – usager – client dans le système de santé actuel.

Plus précisément, ils permettent de définir le rôle et la place du patient – usager – client, tout en amenant à souligner le caractère contextuel particulier que représente le processus de prise en charge médicale.

Plus précisément, la lecture définitionnelle du rôle et de la place du patient – usager – client conduit à repérer les particularismes du contexte de réalisation de la prestation de service, avant de s'intéresser aux apports des travaux liés aux activités de service impliquant les clients, pour mieux en comprendre la dimension fonctionnelle.

### **2.1. Approche contextuelle du « service de santé » : la complexité du processus de prise en charge médicale**

La place du patient – usager - client pour être mieux comprise, doit être rapprochée du **processus de prise en charge médical**, en ce sens qu'il en est un des acteurs.

Ce processus est par essence complexe, tout simplement parce que derrière lui se cachent trois propriétés distinctives (MINVIELLE, 1996) qui le rendent difficile à appréhender et à généraliser.

Tout d'abord, il est marqué par *une forte incertitude dans son déroulement* ; en effet, il « n'existe pas dans le cas de la prise en charge des patients hospitalisés, de convergence vers un seul type de processus » (MINVIELLE, 1996).

Les pathologies comme les caractéristiques propres à chaque patient sont des éléments qui différencient et personnalisent dès le départ les modes de prise en charge.

De plus, chaque processus comporte une combinaison spécifique allant du simple au très compliqué, selon la place accordée aux phases d'investigation diagnostique, de traitement, de suivi et de bilan.

Dès lors, « *il n'existe pas un mode de circulation homogène du processus sur une même ligne. Ici, les processus se déroulent sans ordre de passage préétabli, ni véritablement d'étapes prédéterminées* » (MINVIELLE, 1996).

A cette diversité, s'associe une **variabilité du processus de prise en charge** qui est due aux caractéristiques cliniques et sociales du patient (comportement du malade), mais également aux conditions de l'environnement et aux modes d'organisation du travail (engagés par l'équipe).

Tous ces éléments peuvent à différents niveaux remettre en cause le plan d'action initialement conçu, et entraîner d'importantes variations dans le temps, ce qui se traduit par un changement régulier de configuration de ce dernier ; d'où le fait qu'il soit difficilement exploitable et repérable collectivement.

Enfin, il y a une **intensification de la réalisation du processus de prise en charge**, qui est la conséquence directe d'une baisse des durées de séjour, de laquelle résulte un nombre d'admissions plus élevé, ce qui donne au processus de prise en charge un caractère « *de production à grande échelle* » (MINVIELLE, 1996) .

Assemblées, ces trois caractéristiques retracent la « complexité » du processus de prise en charge <sup>2</sup>, et nous permettent de mieux comprendre les apports des travaux liés aux activités de service pour analyser le rôle et la place de patient – usager – client dans le « service de soins ».

## **2.2. Approche fonctionnelle du « service de santé » : le patient-usager-client, un coproducteur et une ressource du service**

Les **spécificités des activités de service impliquant le client**, à l'origine de l'analyse de la place du patient – usager – client, gravitent autour de deux orientations principales.

**Le client est un co-producteur du service** [A.Toffler parle de *pro-summers*, pour traduire l'intégration croissante des fonctions de production et de consommation dans les services]. GADREY (1994) écrit à ce propos que cette participation « *introduit des incertitudes fortes sur les processus, sur leurs résultats et sur leur qualité. Chacun revendiquant le droit de se comporter comme une exception...* ».

Cette participation du client à la production pose alors la problématique de la standardisation et de la personnalisation du service, et donc, du degré de relation que l'on veut établir avec le client. A ce propos, les travaux de FITZIMONS et SULLIVAN (1982) déterminent 3 types de production : en « batch », en « line » et en « process », en fonction desquelles on peut plus ou moins standardiser le produit ; d'autres auteurs (GADREY (1994), EIGLIER & LANGEARD (1987)...) insistent sur la difficile standardisation des services.

---

<sup>2</sup> Bien que cette complexité tende à se réduire, au travers de procédures ou de démarches comme l'accréditation, la mise en place de protocoles... ; il faut également préciser que cette complexité dépend fortement de la nature de l'activité (médecine versus chirurgie).



En d'autres termes, le *patient – usager – client* a ici, le statut de *co-producteur* : l'idée d'interactivité qui caractérise le profil de l'utilisateur du secteur public, fait en effet parler maintenant, de coproduction et de coprestation, dans la mesure où l'utilisateur participe à une partie de la réalisation du service qui lui est rendu.

C'est le cas d'un patient pris en charge par un réseau de soins spécialisé par exemple dans le suivi post-opératoire, en ce sens que ce dernier est placé dans un environnement de soins supposant forcément son engagement et sa coopération pour des choses aussi importantes que les repas....

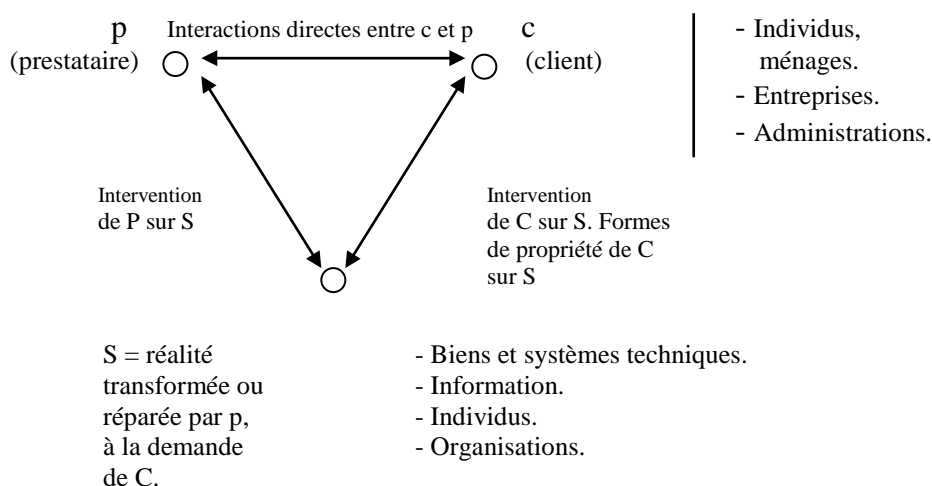
La coproduction étant en référence à KISER & PERCY (1981) la combinaison des efforts productifs des producteurs réguliers et des producteurs consommateurs. « *Les premiers prestataires traditionnels produisent des biens et services dans un but d'échange, les seconds, les usagers, pour en consommer le résultat* » (VALETTE, 1996).

Le **client est la cible de la production du service** « *dans la mesure où le résultat majeur de cette production est sa propre transformation* » (BANCEL - CHARENSOL & JOUGLEUX, 1997). A ce propos les deux auteurs ajoutent « *le manque d'information sur les caractéristiques exactes d'une cible intrinsèquement hétérogène et variable dans le temps, conditionne la qualité du service fourni. C'est notamment un problème crucial de la qualité dans les hôpitaux...* ».

Autrement dit, le *patient – usager – client* apparaît à ce niveau comme un *bénéficiaire actif* : si pendant longtemps l'utilisateur du service public a été considéré comme un utilisateur assujéti, aujourd'hui il est un bénéficiaire actif, qui agit directement et indirectement, sur le fonctionnement des organisations publiques, au point même d'en être dans certains cas le co-producteur ou le coprestataire. *Ainsi, la pathologie du SIDA a été à l'origine de la mise en place de réseaux qui ont abouti à une prise en charge pluriprofessionnelle des personnes atteintes de VIH.*

La réévaluation de l'utilisateur est un des fondements du mouvement de modernisation du service public avec l'idée que : « *le pouvoir du citoyen est la base et la source du pouvoir de coproducteur, il n'a pas à être fondé, il en est le fondement* » (GODBOUT, 1991).

C'est ce que retrace la figure suivante :



### *La relation de service : une relation à trois pôles (GADREY, 1994)*

Au total, la place du client dans le système santé se situe donc à un double niveau dans la participation à la production : en tant que « co-constructeur » du service, et en tant que « ressources – matière première » du service. L'implication du patient est donc beaucoup plus importante que pour un autre service, d'autant que sont également associés des facteurs psychologiques (le confort moral par exemple) et physiologiques (la gestion de la douleur par exemple). Ce qui le fait désormais dépasser l'espace de « consommation des soins », et rentrer dans le champ de la « production des soins ».

Ainsi, un patient dont la pathologie peut être prise en charge à domicile au travers d'une coopération de pratiques professionnelles, est un élément de définition du soin, puisque c'est lui (au sens de ses « symptômes »), qui sera à l'origine de la régulation des interventions : aussi, seuls les acteurs en adéquation avec ses besoins seront sollicités, ce qui laissera au patient autant qu'à sa famille un rôle des plus essentiels (qui n'est pas toujours possible dans le cadre institutionnel).

L'évolution des rapports entre le système de santé et les individus qui y ont recours apparaît à tout observateur comme un des phénomènes sociologiques marquants de la dernière décennie : on évoque tour à tour les dérives consuméristes à l'américaine, le lobbying des associations de malades, ou plus récemment l'expression des attentes des usagers au travers de formes nouvelles de débats publics <sup>3</sup>.

Il faut souligner que « l'individu-patient » se trouvant au cœur du débat emprunte la casquette du consommateur-client, du bénéficiaire, du malade, du citoyen, de l'utilisateur, etc. Cette sémantique n'est du reste pas neutre, elle renvoie à des logiques d'acteurs qui s'affrontent dans la régulation du système (CANIARD, 2000).

La *logique professionnelle* (l'individu en tant que patient) a été jusqu'à ces quinze dernières années dominante, sinon exclusive. Elle a été ensuite battue en brèche par la *logique technocratique de rationalisation et d'évaluation* : est apparu alors le terme d'utilisateur (plus neutre que celui de bénéficiaire ou d'assuré).

Porteur des notions de consommateur et de client, un troisième courant qui gagne en importance est celui de la *logique économique*, laissant jouer les lois du marché. La référence au citoyen, encore plus récente, accompagne la réflexion sur la nécessité et les formes du débat démocratique dans ce secteur.

Au total, on peut repérer deux tendances d'évolution (DATAR-CREDES, 2001). La première concerne le « citoyen-utilisateur » et elle n'est pas propre au secteur de la santé ; elle rejoint un mouvement qui a vu le jour dans d'autres domaines, (transports, progrès technologique...) qui renvoie globalement à l'évolution des processus de décision publique et induit de nouvelles formes d'expressions démocratiques. La seconde est le fait du malade, devenu beaucoup plus acteur de sa santé individuellement et collectivement, avec un glissement d'un modèle paternaliste de la relation médecin-patient vers un modèle plus participatif mais aussi plus consumériste.

Il y a à l'évidence un parallèle entre ces deux évolutions qui, au fond, procèdent des mêmes principes, à savoir : la montée en puissance des droits individuels et du pouvoir des « consommateurs ». Ces évolutions tendent à favoriser un rapprochement entre le système de

---

<sup>3</sup> Conférence Nationale de Santé. Discours 2001 [on line] Available from internet ; URL : <http://www.sante.gouv.fr/>.

santé français et les modèles anglo-saxons. Ce qui n'est pas sans soulever un certain nombre de problématiques.

### **3. Problématiques soulevées par l'évolution du rôle et de la place du patient-usager-client dans le service de soins : le caractère multidimensionnel d'une réalité complexe**

Au delà de la définition de la situation du patient – usager – client, dont il a été souligné qu'elle s'inscrivait de plus en plus dans l'espace de « production de soins », il convient de voir maintenant ce que cette évolution de rôle et de place soulève comme problématiques ; étant entendu que toutes peuvent être rapprochées d'une manière plus ou moins lointaine du questionnement exprimé par MINVIELLE (1996) : « *comment gérer la singularité à grande échelle ?* ».

#### **3.1. Problématiques terminologiques**

**Quels termes doivent être utilisés pour qualifier l'utilisateur d'un service public sanitaire : celui de patient, celui d'usager, celui de client ?**

Si le débat reste ouvert, notons toutefois que selon QUIN (1997), l'usager est vu comme la fin du service public, et c'est ce qui le distingue du client. Néanmoins, le terme d'usager présente une signification passive jugée peu motivante pour les organisations publiques, aussi a-t-on vu apparaître d'autres termes comme ceux de patient, de partenaire... qui tout en soulignant les nouveaux rapports entre les agents et les utilisateurs des services publics, ne se limitent pas à la seule relation « commerciale », exprimé par le terme de patient.

Cette réflexion d'ordre sémantique révèle en définitive *une réalité complexe*. Un seul terme ne suffit pas à décrire cette complexité. Le débat mené avec les professionnels de la santé et les enseignants-chercheurs a conduit à la conclusion suivante : tout dépend du moment de la situation. Ainsi, un même individu sera tour à tour usager, patient et client, voire même les trois à la fois.

Chaque terme est fortement connoté et peut impliquer des décisions organisationnelles parfois contradictoires. Le « patient » renvoie au domaine de l'activité proprement-dite ; « l'usager » appartient à la sphère du service public, du non marchand, dans lequel il est anonyme et il bénéficie d'un traitement standardisé (principe d'égalité) ; le « client » s'inscrit dans une logique marchande, et exprime ses exigences et ses attentes, ce qui implique une réflexion sur la qualité du service rendu.

L'appartenance de l'individu à l'une ou l'autre de ces catégories évolue dans le temps, avec un développement croissant de la sphère « client », notamment au travers du droit à l'information, plus particulièrement l'importance de la preuve de l'information qui a été transmise au patient.

Cette évolution a des implications sur les pratiques gestionnaires et organisationnelles. La création d'instruments de gestion spécifiques à l'hôpital trouve ainsi son origine dans plusieurs sources : la réponse aux demandes des patients-usagers-clients, la volonté de certains intérêts corporatistes, mais aussi les exigences des changements réglementaires.

#### **3.2. Problématiques instrumentales**

**Sur la base de quels critères doit-on évaluer la situation du patient – usager – client (satisfaction, qualité...) ?**

**Faut-il mettre en œuvre un marketing de la santé ?** c'est-à-dire définir un mix « produit – distribution – prix – promotion » (BARTOLI, 1997 ; HERMEL & ROMAGNI, 1990) : en tant que tel, la réglementation ne le permet pas. Par contre, il est possible de réfléchir à l'amélioration de la qualité au sens où le service doit conférer au processus de production l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites des patients.

Ce qui pose un certain nombre d'autres questions, notamment celle de savoir : **Quels critères de satisfaction doit-on utiliser ? Faut – il raisonner en termes d'efficience** (production du service attendu avec le moins de ressources possibles, ce qui est important du point de vue des « financeurs », c'est-à-dire de l'Etat via les tutelles et les « citoyens contribuables ») **ou d'efficacité** [adéquation entre le résultat et l'objectif, ce qui pose le problème de la définition de l'objectif (TROSA,1999)].

Si là aussi le débat reste entier, relevons simplement à ce niveau que les études de la satisfaction ont longtemps admis comme modèle fondamental, la comparaison entre la qualité perçue du produit ou du service, et un standard préétabli qui définit le niveau des attentes (BOSS, 1999).

Toutefois, certains professionnels de la santé et enseignants ont souligné lors de la réunion du RECEMAP que ces études de satisfaction n'étaient pas toujours conduites de façon à permettre des améliorations concrètes dans les établissements hospitaliers. En outre, a été mis en évidence le fait que les *critères de satisfaction* peuvent être très variables d'un patient à l'autre, notamment pour ce qui concerne les services annexes aux soins : les études de satisfaction ne sont donc pas simples à conduire, et doivent faire l'objet d'une réflexion, prenant en compte la spécificité des catégories de patients, sur des critères sociaux, géographiques...( articulation entre la personnalisation et la standardisation).

C'est en arrière plan, le champ de la discrimination positive ou négative qui apparaît au travers de ces problématiques : ceci amène à soulever le problème d'égalité ou d'équité dans l'accès aux soins. Dans le même ordre d'idée, les interrogations sur les instruments nécessitent de s'intéresser aux contradictions entre les impératifs et les désirs en matière de besoins de soins (besoins ressentis, créés réels...).

La question des conséquences du rôle et de la place du patient-usager-client sur les instruments reste donc entière, et plus particulièrement celle de savoir : **pourquoi crée-t-on des instruments de gestion dans le champ du public ?** Est-ce pour répondre aux besoins des patients-usagers-clients, à une « volonté d'affichage », ou pour remplir des obligations juridiques ?

### **3.3. Problématiques politiques et institutionnelles**

**Quelles sont les logiques politiques et institutionnelles nécessaires à la mise en place d'une approche globale du patient – usager – client ?** Faut-il par exemple privilégier les démarches expérimentales ou les dispositifs généraux (exemple des réseaux de soins expérimentaux et de droit commun) ?

**Dans le même ordre d'idée, la situation du patient – usager – client peut-elle être considérée comme un indicateur de performance globale ?** En d'autres termes, c'est se

demander si la prise en compte de la situation du patient – usager – client doit s’inscrire dans une démarche d’ensemble ou faire référence à une unité particulière ?

Nous rejoignons au travers de cette question, les travaux d’HIRTZLIN (1999), sur la coopération entre les organisations comme indicateur de la *performance publique*, au sens de la performance interne à l’organisation (réalisation d’économie d’échelle, de variété ou d’amélioration de la qualité et émergence d’une quasi rente relationnelle), mais aussi d’une vision plus systémique de la performance, et de la performance par effet d’entraînement. Ceci renvoie au débat entre performance locale (par exemple celle d’un établissement) et performance globale (celle d’un réseau de soins, ou celle d’une politique de santé)

Au-delà, les problématiques politiques et institutionnelles ont amenées lors des débats, à se demander : est-ce que la loi devait entériner ou inciter une fonction, un dispositif... ?

### **3.4. Problématiques organisationnelles**

**Quelles sont les configurations qui permettent le mieux la prise en compte des besoins évalués des patients – usagers – clients, et plus généralement la réalisation de l’approche globale du patient – usager – client (ce qui fait référence au principe de mutabilité des services publics) ?** C’est une question à laquelle les organisations ne peuvent échapper, puisque désormais le fonctionnement horizontal et partenarial doit -compte tenu de la nouvelle approche du patient – usager – client- se substituer aux logiques traditionnelles. Mais si « tout le monde » s’accorde sur ce constat, encore faut-il savoir sous quelle forme coopérative, cette transformation doit se réaliser (exemple des réseaux de soins).

Dans le même ordre d’idée, la question se pose de savoir : **comment intégrer les besoins du patient – usager – client dans l’organisation du travail ?**

Par ailleurs, au niveau organisationnel, se pose une autre question, celle de savoir : **quels sont les risques pour l’organisation hospitalière et donc pour les politiques publiques de santé, liés au fait que le patient adopte un comportement de « consommateur » de soins ?** Comment pallier ces risques ?

Une des orientations possibles serait de s’interroger sur la *gestion du personnel en contact* – pour une répartition des tâches entre FO et BO - (CHASE 1981, 1978) (exemple des tâches logistiques où la forte influence du patient sur le personnel « en contact » peut désorganiser le service de soins).

Une autre question est soulevée : comment gérer les demandes de prescriptions de la part des patients (considérées comme le « dernier espace de liberté » des médecins) ? Quelles peuvent être les conséquences de telles pratiques ?

Si là aussi les interrogations restent d’actualité, néanmoins une des hypothèses de travail futures s’est avérée être de voir si : l’évolution de l’organisation interne de l’hôpital qui tend à aller vers moins de cloisonnement et plus de transversalité, a un lien avec le changement de rôle et de place du patient-usager-client ? Et comme l’organisation interne de l’hôpital ne peut être dissocié de ses acteurs, il découle de ces questionnements politiques et institutionnelles, des problématiques humaines.

### **3.5. Problématiques humaines**

La mise en place d'une approche globale du patient est en train de changer les rapports entre les soignants et les soignés, mais également entre les acteurs du système de santé en général (personnel soignant, administratif, de tutelle...), ce qui est à l'origine d'un certain nombre de questionnements.

**Va-t-on vers une évolution du statut social des médecins et de l'exercice même de la profession médicale ?** La réduction des asymétries d'information entre médecins et patients remet-elle en cause l'autonomie des professionnels (au sens de MINTZBERG) ?

Ainsi, la demande d'information et d'explication constitue aujourd'hui une des attentes essentielles des patients vis à vis du système de soins. Les patients ne sont pas dans la majorité des cas demandeurs d'une information exhaustive mais souhaitent une information cohérente et concrète. Les principales sources d'information sont avant tout l'expérience personnelle et celle de leur entourage, le médecin généraliste, ainsi que toute l'information, obtenue par les médias et le réseau Internet, qui pourrait à terme modifier le comportement des individus.

Une meilleure compréhension de la nécessité ou de la nature d'un traitement, des informations sur le type et la fréquence des risques secondaires sont essentiels, en particulier pour les patients qui souffrent de maladie chronique.

Les patients expriment massivement le besoin d'une écoute importante et d'une reconnaissance de la personne. Ils revendiquent le « droit que leur discours profane » sur la maladie soit entendu et demandent à être pris en charge sur le plan humain et sur le plan social ainsi qu'à la participation à la décision dans le processus de soins.

Les malades ont des demandes qui dépassent la seule relation au médecin. Elles traduisent le souhait d'un changement des pratiques médicales, voire de l'ensemble du système : plus de préventif, plus de social, de prise en charge globale.

L'évolution de la conception et de la place du « patient-usager » dans le système de santé ont peu à peu conduit à ce qu'un certain nombre de droits soient revendiqués, notamment : le droit à l'information, le droit d'exprimer son consentement exprès et éclairé, le droit au respect et à la dignité et le droit à la réparation. ces domaines.

Les propositions contenues dans le dernier projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (5 septembre 2001) visent ainsi à répondre aux attentes des patients. Elles concernent en particulier le droit des malades et des usagers du système de santé, le rééquilibrage des relations entre le professionnel de santé et le malade, la mise en place des bases de l'expression ou encore la participation des usagers au système de santé.

Le présent projet de loi précise et complète les dispositions concernant l'accès des personnes à l'ensemble des informations relatives à leur santé ainsi que les dispositions concernant la responsabilité nouvelle que souhaitent prendre les personnes malades à l'égard de leur santé. Il s'agit de donner à la personne malade les moyens d'exprimer sa volonté, et de respecter sa décision. *« La notion de patient au sens de personne passive et soumise aux décisions médicales doit être dépassée ; la relation repose davantage sur la responsabilité faisant du malade un véritable acteur de santé, partenaire des professionnels ».* Cette place nouvelle dévolue au malade nécessite qu'il soit bien informé afin de pouvoir se prendre en charge en pleine autonomie.

Dans le cadre de la relation entre le patient et les professionnels de santé du système hospitalier, le *dossier médical du patient* occupe une place fondamentale. L'article L. 1111-6 du projet de loi traite de l'accès de toute personne aux informations médicales détenues dans le dossier médical.

L'ensemble des textes qui traitaient de l'accès au dossier médical avaient jusqu'alors en commun de prévoir que la communication à la personne intéressée des informations à caractère médical la concernant devait être fait par l'intermédiaire d'un médecin désigné par elle. Or le droit d'accès direct est une revendication forte des malades et des usagers le projet prévoit de consacrer de façon générale un droit d'accès de la personne aux informations qui ont été recueillies et formalisées concernant sa santé : comptes rendus divers, feuilles d'examen, feuilles de surveillance, correspondance entre professionnels...

La suppression de la médiation obligatoire par un médecin implique la mise en place de modalités permettant de limiter les risques liés à des interprétations erronées d'informations : accompagnement d'une tierce personne recommandée et non imposée, simplification des informations contenues dans certains documents...

Lors des débats, ces différents éléments ont bien été reconnus, avec une insistance plus particulière sur le fait que l'information médicale provenait aujourd'hui d'une multitude de sources : le personnel en contact, le dossier médical, mais aussi les médias. Dès lors, il semble important de faire le lien entre le développement de l'information (émise ou perçue), et le comportement du patient, notamment au travers des médias, en se demandant plus spécifiquement : quels impacts ont les médias sur la représentation des établissements par les patients-usagers-clients ?

Mais de nombreuses autres questions émergent également des modifications liées à la mise en place de l'approche globale du patient-usager-client. **Va-t-on vers l'instauration de nouveaux rapports entre les soignants et les soignés ? Si tel est le cas, quels sont les expressions de cette nouvelle « donne professionnelle » ? Passe-t-elle par des spécificités en matière d'information et de formation du personnel médico – soignant ?**

Si l'on présume en général que l'implication du patient peut avoir une influence positive sur la prise en charge de sa santé au delà de la simple maîtrise des coûts, ce raisonnement soulève des interrogations à deux niveaux (DATAR-CREDES, 2001) :

- **du transfert de responsabilité par rapport à la notion de « décision médicale partagée » ?**
- **de la promotion et de l'éducation à la santé par rapport aux conduites à risque de certains patients pouvant nuire à l'équité du système.**

On peut aussi s'interroger les nombreuses questions et problématiques que soulève la difficulté d'appréhender les attentes de patients vis à vis du système de soins. **Les malades adhèrent-ils tous au modèle du patient responsable, acteur sa maladie, que promeuvent les associations de malades ? souhaitent-ils tous partager la décision avec leur médecin ?**

**Enfin, pour que le patient – usager - client puisse être un co-producteur, quels sont les pratiques professionnelles nécessaires en termes d'outils et méthodes de travail (travail en coordination, partage de l'information, information du patient – usager - client ...) ?**

En ce qui concerne les rapports entre les soignants et la tutelle, la question est de savoir : **quels dispositifs permettent le mieux une responsabilisation du personnel médico - soignant (traçabilité, PMSI...) aussi bien en termes de qualité que de coût ?**

De la même façon, il serait intéressant de savoir si :tel ou tel dispositif, la traçabilité par exemple, change les logiques d'acteurs ou encore le rôle et la place du patient-usager-client ?

## Conclusion

Au terme de cette analyse sur la situation du patient-usager-client, il apparaît que l'hôpital et plus généralement la santé, sont confrontés à ce que LE DUFF <sup>4</sup> appelle « *les besoins d'une société pour les formes nouvelles d'organisation* ».

Le patient-usager-client d'aujourd'hui exprime en effet, des demandes différentes (qualité), auxquelles l'offre doit s'adapter dans le respect de ses propres exigences (rationalisation).

Aussi, la capacité d'innovation réside dans le fait de concilier enjeux de service et impératifs de gestion, ce qui donne une importance toute particulière à la situation du patient-usager-client, qui devient un sujet de travail incontournable, à la fois pour les professionnels et les enseignants-chercheurs : conclusion qui s'illustre ici par la mise en évidence de problématiques révélatrices du phénomène, mais non exhaustives pour autant. L'objectif étant en référence à RIGAL <sup>5</sup>, que les références suggérées dans le domaine de la santé, se justifient également sur un plan théorique.

Là est certainement un des points de ralliement fondamentaux entre la santé et la management public, au sens aussi bien des organisations que des politiques.

---

<sup>4</sup> Propos recueillis lors du séminaire de recherche du RECEMAP du 26 et 27 Octobre 2001 - CREGO - Université de Rouen.

<sup>5</sup> Propos recueillis lors du séminaire de recherche du RECEMAP du 26 et 27 Octobre 2001 - CREGO - Université de Rouen.



## Bibliographie

ATTALI, J. (1979), *L'ordre cannibale – vie et mort de la médecine*, Grasset.

BANCEL, CHARENSOL, L.& JOUGLEUX, M. (1997), « Un modèle d'analyse des systèmes de production dans les services », *Revue Française de Gestion*, pp. 71 – 81.

BARTOLI, A. (1997), *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, Paris.

BEJEAN, S. & GADREAU, M. (1992), « Nouvelles approches théoriques des organisations publiques : leurs implications pour la politique hospitalière », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 10, n° 3, pp. 93 – 115.

BOSS, J.-F. (1999), « La contribution des éléments de service à la satisfaction des clients », *Revue Française de Marketing*, n° 171, pp. 115 - 128.

CANIARD, E. (2000), « La place des usagers dans le système de santé », extrait du *Rapport du Ministère de la Santé* publié en avril.

CAUVIN, C. (1997), « Etablissements de santé : spécificité de la gestion et particularité du management », in *Encyclopédie de gestion*, sous la dir. de Y. Simon & P. Joffre, Economica, 2ème édition, pp.1179 - 1205.

CHASE, R.B. (1981), « The customer contact approach to services : theoretical basis and practical extensions », *Operations Research*, n° 29, pp. 698 – 706 ; (1978) : « Where does the customer fit in service operation », *Harvard Business Review*, pp. 137 – 142.

CLAVERANNE, J.-P. (2001), « Restructurations des établissements hospitaliers : les logiques du secteur public à l'épreuve du privé », *Séminaire de recherche du RECEMAP*, 26 et 27 octobre 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. & SOUTEYRAND, Y. (1996), « L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre », in *L'hôpital stratège*, A.-P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand, Paris, John Libbey.

CREMADEZ, M. (en collaboration avec GRATEAU, F.) (1997), *Le management stratégique hospitalier*, Paris, Masson, 2ème édition.

CUEILLE, S. & RENUCCI, A. (2000), « Réformes juridiques du système hospitalier : impact sur la responsabilité des décideurs dans les hôpitaux publics », *Communication au Xème Colloque International de la Revue « Politiques et Management Public » sur « Les nouvelles exigences de la responsabilité publique »*.

DATAR – CREDES (2001), « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? », *Rapport Préparatoire au Schéma de Services Collectifs Sanitaires*, La documentation Française.

EIGLIER, P. & LANGEARD, E. (1987), *Servuction : le marketing des services*, Editions Mac Graw Hill, Collection Stratégie et Management.

FITZIMONS, J.A. & SULLIVAN, R.S. (1982), *Services operations management*, New York, Editions Mac Graw Hill, Series in Quantitative Methods for Managements.

FIXARI, D. & TONNEAU, D. (1993), « La modernisation par recours aux mécanismes type marché, des effets à découvrir par une évaluation – apprentissage, le cas des nouveaux outils de gestion hospitalière », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 11, n° 2, pp. 93 – 115.

GADREY, J. (1994) : « Les relations de service dans le secteur marchand », in *Relations de service, marchés de service*, sous la dir. de J. De Bandt & J. Gadrey, C.N.R.S Editions, pp. 23 - 41.

GODBOUT, J.-T. (1991), « Coproduction et représentation de l'utilisateur » in *La relation de service dans le secteur public*, R.A.T.P., Plan Urbain.

GROSSIER, E., JANCOURT, D. & NIZARD, G. (1996), « Le déplacement du pouvoir à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, pp. 615 - 618.

HERMEL, L. & ROMAGNI, P. (1990), *Le marketing public – Une introduction au marketing des administrations et des organisations publiques*, Editions Economica, Collection Economie et Statistiques Avancées.

HERZBERG, F., MAUSNER, B. & SNYDERMAN, B. (1959), *The motivation to work*, New York, John Wiley and Sons.

HIRTZLIN, I. (1999), « La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 17, n° 3, pp. 106 – 127.

KISER, L. & PERCY, S.L. (1981), « The concept of co-production and its implications for public service delivery », *Policy Journal Studies*.

MARIN, P., GELIS, C. & MAUDENS, F. (1996), « Hôpital public : à l'aube d'une nouvelle gestion », *Gestions Hospitalières*, pp. 598 – 611.

MINTBERG, H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation.

MINVIELLE, E. (1996), « L'organisation du travail – Gérer la singularité à grande échelle », *Revue Française de Gestion*, n° 109, pp. 114 – 124.

NOBRE, T. (1999), « Performance et pouvoirs dans l'hôpital », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 17, n° 3, pp. 71 - 91.

QUIN, C. (1997), « Marketing public », in *Encyclopédie de gestion*, sous la dir. de Y. Simon & P. Joffre, Economica, 2ème Edition, pp.1819 – 1832.

ROPERT, G. (2000), « De la responsabilité statutaire à la responsabilité managériale : les évolutions des Services Publics sanitaires et sociaux », *Communication au Xème Colloque International de la Revue « Politiques et Management Public » sur « Les nouvelles exigences de la responsabilité publique »*.

SAMPIERI, N. (2000), *Contribution à l'analyse de la logistique hospitalière : proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publics français à partir d'une étude empirique*, Thèse en Sciences de Gestion, soutenue publiquement le 13 décembre à l'Université de la Méditerranée.

TROSA, S. (1999), *Quand l'Etat s'engage, la démarche contractuelle*, Les Editions d'Organisation.

VALETTE, A. (1996), « Une gestion stratégique à l'hôpital », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin – juillet – août 1996, pp. 92 – 99.