

60^e Journées du G.E.R.H.N.U.

Groupe d'Études et de Réflexion des Hôpitaux Non Universitaires

**Le poids des contraintes,
la force d'innover :
vers une organisation hospitalière
au service des usagers
et des professionnels**

**Les 24 et 25 mai 2002
Lac de Serre-Ponçon
Village vacances "Le Pigneroux"**

Séminaire de réflexion, organisé par le Centre Hospitalier de Gap
et le Groupe d'Études et de Réflexion des Hôpitaux Non Universitaires



INTRODUCTION DE LA JOURNEE :	3
Françoise JUNGFER	3
Solange ZIMMERMAN, Directrice du Centre Hospitalier de GAP	3
Madame Odile NICOLAS, pharmacien des Hôpitaux, Présidente de la Commission d’Etablissement de l’Hôpital de GAP	4
Françoise JUNGFER, GERHNU	4
L’USAGER A L’HOPITAL, UN REVELATEUR ? DE QUELQUES AMBIGUÏTES CONCERNANT LES ATTENTES DES PATIENTS – MARIE-CHRISTINE POUCHELLE, ETHNOLOGUE, DIRECTEUR DE RECHERCHE, CNRS	6
STRATEGIE, MANAGEMENT ET ORGANISATION INTERNE – MICHEL CREMADEZ, PROFESSEUR HEC	12
UNE ACTIVITE MEDICALE VECTEUR D’UNE REORGANISATION PROGRAMMEE : LA CHIRURGIE – DANIEL NICOLLE, DIRECTEUR DE PROJET, DHOS	16
DISCUSSION	22
LES MONDES SOCIAUX DE L’HOPITAL FACE A LA MODERNISATION – YVAN SAINSAULIEU, PROFESSEUR DES UNIVERSITES A L’INSTITUT D’ETUDES POLITIQUES DE PARIS, LABORATOIRE DE SOCIOLOGIE DU CHANGEMENT DES INSTITUTIONS, CNRS	29
LE CADRE JURIDIQUE ET SON UTILISATION ; BILAN ET PERSPECTIVES – DANIELLE TOUPILLIER, CONSEILLER TECHNIQUE, DHOS	32
LA CONTRACTUALISATION INTERNE – YVES HELOURY, PRESIDENT DE LA CME, CHU DE NANTES	38
LA GESTION DECONCENTREE – JEAN PIERRE GONDRAN ET E.PETIT, DIRECTEURS, CENTRE HOSPITALIER LAGNY MARNE-LA-VALLEE	42
DISCUSSION	45
UN CONCEPT ARCHITECTURAL DEFINI AUTOUR D’UN PROJET ORGANISATIONNEL OU UN CONCEPT ORGANISATIONNEL RENDU POSSIBLE PAR UN PROJET ARCHITECTURAL. – M. ALQUIER DIRECTEUR, DOCTEUR DANIS, CENTRE HOSPITALIER VAL D’ARIEGE	47
UNE REORGANISTION INDUITE PAR UNE FUSION – VALERIE CARRAT, DIRECTRICE DE L’ORGANISATION ET DE LA STRATEGIE MEDICALE, INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	53
INTRODUCTION AUX ATELIERS – PRESENTATION DES RESULTATS DE L’ENQUETE GERHNU –PASCAL FORTIER, CENTRE HOSPITALIER DU HAUT ANJOU, GERHNU	58
ATELIER – GESTION DES TACHES, GESTION DU TEMPS – ANIMATEUR JEAN-JACQUES PICARD, GERHNU	63
ATELIER – L’USAGER, ACTEUR DE L’ORGANISATION HOSPITALIERE – ANIMATEUR BERNARD SCHMITT, GERHNU	69

ATELIER III – 35=48+20-207 : QUELS ENJEUX DE L'ARTT SUR LE METIER DE MEDECIN HOSPITALIER ? – ANIMATEUR : JEAN NOËL PAROLA, SAINTES, GERHNU	76
ATELIER IV – LE PROCESSUS DE DECISION : QUELLES INSTANCES ? QUELS ACTEURS ? – ANIMATEUR ARNAUD POUILLARD, SAINTES, GERHNU	83
SYNTHESE GERHNU	86

INTRODUCTION DE LA JOURNEE :

Françoise JUNGFER

Bonjour à tous, je suis très contente ce matin, je suis toujours contente quand je viens au GERHNU mais là c'est un trio féminin qui accueille, qui montre très clairement qu'indépendamment de la parité imposée on sait prendre nos places là où on a des compétences, je vous souhaite la bienvenue et je passe la parole dans l'ordre habituel à mes collègues, qui vont se présenter puisque les chevalets sont en cours de route.

Solange ZIMMERMAN, Directrice du Centre Hospitalier de GAP

J'ai le grand plaisir de vous accueillir aujourd'hui au nom du Centre Hospitalier. Quand je dis que j'ai plaisir, c'est à plusieurs titres. Tout d'abord parce que je sais que, l'année dernière, vous avez réalisé vos journées à Saintes et que c'est une région que je connais bien, que j'apprécie bien et dans un établissement qui est en train, lui aussi, d'évoluer et donc de participer, quelque part, à cette réflexion de manière extrêmement pratique tous les jours, de vous accueillir dans les Hautes-Alpes parce que nous sommes un département assez spécifique du point de vue de l'organisation sanitaire, un département avec une population assez rurale, donc une géo-démographie particulière, peu d'établissements, puisqu'au total, nous sommes sept établissements et de petite et moyenne taille, donc avec des caractéristiques, des problématiques assez différentes.

Quant aux thèmes que vous allez aborder au cours de ces journées, ce sont des thèmes qui, aujourd'hui, sont, bien entendu, d'hyper actualité et je pense que les réflexions et les propositions qui seront faites à l'issue de ces journées vont venir rejoindre d'autres réflexions, puisque voir l'hôpital autrement, travailler autrement, situer la place de l'hôpital autrement, l'organiser autrement, ce sont des thèmes qui, aujourd'hui, sont partagés par d'autres structures ou d'autres acteurs du monde hospitalier ou de la communauté hospitalière, que ce soit les conférences des Présidents de CME et de Directeurs des Centres Hospitaliers Généraux, que ce soit pour la région en particulier l'union hospitalière du Sud-Est qui, dans son congrès, adopte ce type de réflexion, que ce soit au niveau du pays qui cherche un nouveau projet pour l'hôpital public. Et même jusqu'au congrès international des directeurs qui travaille sur ce thème.

Donc, on voit que, non seulement le thème est un thème d'actualité, mais qu'en plus, autour de ce thème, un certain nombre de nouveaux métiers viennent accompagner la réflexion. Je pense parfois à

l'ethnologue de la santé, donc je ne doute pas que des propos qui seront tenus et des ateliers qui se tiendront et des propositions qui en découleront, nous pourrions avoir une vision encore plus partagée de l'évolution tant attendue de notre monde hospitalier.

Je vous souhaite de bonnes séances de travail.

Madame Odile NICOLAS, pharmacien des Hôpitaux, Présidente de la Commission d'Etablissement de l'Hôpital de GAP

Madame la Présidente du GERHNU, Madame, Monsieur, Chers Confrères, c'est avec une immense joie que je vous accueille pour ces 60^{ème} journées du GERHNU.

Ce séminaire de réflexion, organisé par le Centre Hospitalier de GAP et le Groupe d'Etude et de Réflexion des Hôpitaux non Universitaires, propose d'échanger les points de vue des acteurs hospitaliers sur le thème : « le poids des contraintes, la force d'innover : vers une organisation hospitalière au service des usagers et des professionnels ».

En effet, les établissements publics de santé connaissent une période d'interrogation sans précédent, soumis aux contraintes générales de maîtrise des coûts, de modernisation accélérée et d'amélioration de la qualité.

Simultanément, les adaptations liées à la réduction du temps de travail, à la problématique de démographie médicale et infirmière, à l'ouverture des réseaux ville-hôpital, à la reconnaissance d'une place authentique pour l'usager-citoyen, rendent impératives de nouvelles organisations.

Chacun admet la nécessité rapide de ces changements pour l'hôpital futur et la volonté des acteurs institutionnels de rechercher les adaptations structurelles qu'elles induisent au niveau de la gestion économique, de celles du temps ou de l'information. En plus, apparaît aussi le déficit en données d'analyse pertinentes, tant à la description précise de l'activité médicale, de l'utilisation du temps, de la meilleure répartition des niveaux de responsabilité en matière de gestion.

Comment concilier le poids des contraintes pesant sur nos structures, sur les femmes et les hommes qui les font vivre, poussant vers une rationalisation permanente et la nécessaire imagination, seule capable d'éclairer les décisions dont seront issues les propositions efficaces pour de nouvelles organisations?

Ces 60^{ème} journées du GERHNU sur les bords du lac de Serre-Ponçon seront un moment privilégié pour échanger, exprimer et synthétiser les éclairages, expériences et attentes des professionnels et usagers.

Cette réflexion devrait, nous l'espérons, produire des propositions réalistes et attendues au niveau des instances décisionnelles.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des membres du bureau du GERHNU, le comité d'organisation du Centre Hospitalier de GAP, les partenaires industriels grâce auxquels la logistique a pu être assurée, l'ensemble des orateurs ainsi que l'ensemble des participants. Je vous remercie.

Françoise JUNGFER, GERHNU

Je voudrais en introduction comme toujours, et toujours avec autant de sincérité, remercier nos hôtes c'est ce qui fait notre particularité, c'est ce qui fait aussi une bonne partie de notre plaisir, c'est qu'on vient vers des établissements, on découvre des régions magnifiques, on découvre des gens sympathiques. Je voudrais remercier Madame la Présidente de CME, Madame la Directrice et le comité d'organisation Madame BROCHIER, Madame PARENT, Monsieur BLANC, Monsieur ESTERNI et Monsieur CHARBOIS.

Ils ont travaillé, on a essayé d'échanger, et en tout cas à chaque échange j'ai perçu qu'ils étaient très heureux de nous préparer ces journées. Je les en remercie beaucoup.

Je les remercie aussi d'avoir réussi à changer le thermostat et nous avoir mis le soleil et ceci étant on va passer au thème de notre journée.

Cette année, nous avons osé vous proposer de nous réunir sur un thème extrêmement hospitalo-centriste qui est l'organisation intra-hospitalière.

Au cours des discussions que l'on a dans le bureau du GERHNU c'est un thème qui nous a semblé être incontournable et même être devenu à ce jour un thème d'urgence.

Nous avons dans le monde des établissements de Santé, la chance et les contraintes du travail en commun, du croisement de multiples métiers et de la rencontre pas toujours évidente de ce qui est prévu et de ce qui est imprévu. C'est ce qui fait notre richesse et c'est ce qui fait nos difficultés. Cela a toujours été, mais à ce jour, le poids de l'organisation s'est amplifié. Nous sommes tous devenus, que nous soyons à l'hôpital pour nous y faire soigner ou que nous y soyons pour travailler, nous sommes tous devenus, et permettez-moi quelques néologismes, pluri-praticiens dépendants, pluri-collègues nécessitants et pluri-structures intervenants.

L'argent et le temps sont devenus comptés et on a vu émerger des textes qui cadrent notre activité, des outils, des incitations, des obligations pour repenser nos façons de fonctionner. Et à ce jour le changement organisationnel, de façon implicite ou plus explicite, selon les lieux, s'est amorcé et en même temps la rumeur est montée : non productivité, non satisfaction des personnels, non satisfaction des soignants, non maîtrise des risques, faible niveau de qualité.

Alors qu'est ce qu'il en est ? A mon sens, il en est quelque chose qui est extrêmement clair, c'est qu'il y a un grand danger autant pour les usagers que pour les acteurs de l'hospitalisation, s'il ne ressort pas au cours de cette grande secousse d'évolution que vivent nos établissements, une organisation qui épouse les besoins des malades et de leurs proches et qui aussi épouse les aspirations des professionnels des différents métiers.

Le changement est amorcé et il n'est pas, permettez-moi de citer de Michel CROSNIER « un déroulement majestueux de l'histoire mais un processus d'apprentissage collectif pour inventer et fixer de nouvelles façons de jouer le jeu social ».

Pour construire, il faut prendre un temps de recul. Il faut prendre le temps de connaître nos organisations, il faut aussi accepter notre réalité, il faut aussi ne pas occulter les potentiels de conflit et les enjeux de pouvoir qui sont inhérents à tout groupe.

Il est probable que nous avons également à admettre, et je cite à nouveau Michel CROSNIER « qu'il n'y a pas de mondes sociaux entièrement réglés et contrôlés et que des acteurs ne peuvent jamais être réduits à des fonctions abstraites et être désincarnés ».

Alors aujourd'hui nous vous proposons à notre modeste échelle, de générer des idées qui pourront aider le monde hospitalier à aller vers une organisation nouvelle. Organisation qui valorisera les compétences et les initiatives, qui sécurisera les processus et les pratiques, et qui renforcera pour nous tous la capacité de confiance dans l'autre.

Ces journées, nous les avons conçues en deux parties :

La première, c'est une partie pendant laquelle nous serons des auditeurs de savoir et d'expérience.

Dans la deuxième partie, nous serons, dans la plus pure tradition du GERHNU, des générateurs d'idées.

On va venir aux modalités pratiques. On vous propose de travailler cet après midi en 4 ateliers. Le but des ateliers, car je crois qu'on a relativement peu de temps, on a jamais assez pour faire, le but doit être relativement modeste. A savoir essayer de faire émerger un certain nombre de points clés, un certain nombre de zones de danger, un certain nombre d'opportunités qu'il nous appartient de saisir et au travers de cette approche un petit peu synthétique, dégager une synthèse qui sera en premier temps un rendu demain dans la 2^{ème} partie de matinée. Cette synthèse servira de matière à diffuser les idées de notre groupe, créées pendant ces deux jours, au travers de notre lettre du GERHNU, gérée admirablement

par Pierre BADINANT, des actes de congrès que vous aurez peut être la surprise de voir arriver sous forme de CD ROM d'ici peu, au travers de la presse, au travers de notre site Internet et également car je crois que nous sommes dans une phase de grande écoute au niveau des décideurs, diffusion, de façon directe vers les institutionnels qui peuvent être preneurs d'idées de gens de terrain. Ce qui est notre spécificité, avec aussi notre d'indépendance de toute corporation et notre envie de parler vrai.

Alors ces ateliers, vous en avez les thèmes.

- l'utilisateur acteur de l'organisation hospitalière il sera piloté par Bernard SCHMITT. L'utilisateur, posons-nous des questions sur l'utilisateur, quels sont ses besoins ? Quelles sont ses attentes ? Quels sont ses rôles ? Quelles sont, nous, nos attentes vis à vis de lui ? Quelles sont ses relations avec la structure etc... Ce sont quelques mots qu'on a dégagés au niveau du bureau du GERHNU quand on a fabriqué ces 4 parties.

- Gestion des tâches, gestion du temps. Le temps du patient, le temps des professionnels, le temps perdu, le temps gagné, à quelle heure ? Pourquoi ? Jusqu'à quand ?

- Le 3^e atelier et on était un petit peu inquiet parce qu'on avait peur d'être suiveur, traite de la RTT médicale, mais là c'est très bien, c'est entièrement réactivé avec de nouvelles semences de Printemps. Donc le titre dit tout : Comment fait-on pour faire 35 avec 48 + 20 – 207. C'est Jean Noël PAROLA qui pilotera et Jean Jacques PICARD qui a la lourde tâche de gérer ce travail

- Le processus de décision, Arnaud POUILLARD, quels rôles ? Quels nouveaux métiers ? Quelles transversalités ? Quelles instances ? Quelles compositions d'instance ? Quelles inter-relations ? etc...

Voilà, c'est quelque chose qui nous enrichira tous mutuellement.

Donc du côté pratique-pratique, nous allons vous demander de vous inscrire pour ces ateliers à la pause, auprès de Madame BROCHIER à l'accueil.

Je vais également vous demander comme toujours : vous avez dans vos pochettes une fiche d'évaluation, et je vous remercie par avance au nom du GERHNU de la remplir avant qu'on ne se sépare. Et surtout pour faciliter les enregistrements, lors des discussions merci de vous présenter.

Dernière remarque : c'est avec grand plaisir que je salue la forte représentation des directeurs et des cadres de santé car la vie de l'hôpital c'est la rencontre de tous ces partenaires.

Je vous souhaite à tous un excellent congrès.

On est heureux de voir ré-arriver des directeurs et des cadres de santé ou infirmiers comme on veut, qui nous manquaient beaucoup ces dernières années, dans la mesure où l'hôpital ne peut pas se faire sans ces partenaires de l'établissement.

1^{ère} PARTIE : QUELQUES ECLAIRAGES

L'utilisateur à l'hôpital, un révélateur ? De quelques ambiguïtés concernant les attentes des patients – Marie-Christine POUCHELLE, ethnologue, Directeur de Recherche, CNRS

Merci au GERHNU de m'avoir invitée. Vous savez que j'ai plaisir à échanger et je connais le GERHNU depuis quelques années maintenant et j'ai toujours plaisir, non seulement à intervenir, mais aussi à échanger avec vous au cours du temps des colloques.

Malheureusement, aujourd'hui, je suis obligée de m'en aller ce matin. Donc, je ne pourrai participer ni aux ateliers, ni à l'ensemble des discussions. Je le regrette beaucoup et je vous prie de m'en excuser.

Je n'ai pas le temps, en vingt minutes, de vous parler des attentes des patients. Donc, je n'ai pas le temps non plus de vous présenter mon métier que vous connaissez peut-être un tout petit peu aussi parce que j'en ai déjà parlé et puis, je ne suis pas la seule ethnologue.

Je rappelle que je travaille depuis 1992 sur le milieu hospitalier. J'ai commencé au Centre Chirurgical Marie Lannelongue, j'y suis restée cinq ans, puis, ensuite, j'ai été chargée par l'Assistance Publique d'un travail sur la mémoire des hôpitaux Broussais-Boucicaut-Laënnec et le passage à l'HEGP. Et aujourd'hui, là, ce n'est plus du tout une demande de l'Assistance Publique, cela tient aux contacts personnels que j'avais, j'ai commencé un travail de réflexion sur la gestion de l'un des blocs opératoires de l'HEGP en sachant qu'il y a dedans plusieurs spécialités et plusieurs hôpitaux d'origine pour les équipes.

Alors, les usagers, au fond, ne sont pas ma tasse de thé, parce que je m'intéresse davantage, mais ce n'est pas contradictoire, au contraire, à ce qui se passe dans la tête et dans les pratiques des soignants, étant entendu, que pour l'ethnologue, est soignant toute personne payée par l'hôpital depuis le planton jusqu'au chef de service en passant par le directeur.

J'ai vu que mon intervention, au fond, faisait un peu charnière entre la dernière journée du GERHNU en novembre dernier, puisque j'ai lu les papiers, j'ai donc eu le compte rendu de Bernard SCHMITT et j'ai vu que Philippe LEMANT, évidemment, avait déjà parlé des attentes des patients, en mettant cela en rapport avec le désir et je suis tout à fait d'accord. Je veux dire, parler des attentes des patients, c'est impossible au fond. J'étais très embarrassée en préparant cette intervention, parce que je me suis dit, après tout, c'est aussi la bouteille à l'encre, qu'est-ce qu'on peut bien raconter, puisqu'au fond, on sait bien que chaque patient, comme aurait dit Hippocrate, est un cas particulier et que les attentes, c'est un trou sans fond.

Alors, en revanche, il était plus facile pour moi de me rendre compte que vous aviez aussi, dans cette journée, l'intention de chercher des réponses nouvelles et j'ai articulé au fond, un peu différemment, en y réfléchissant par rapport au titre que je vous ai proposé. J'ai pensé, dans la deuxième partie de mon intervention, vous présenter une solution nouvelle qui peut expérimenter encore, cela s'appelle « la place et les enjeux des maisons des usagers dans les structures hospitalières ». Il n'y en a pas beaucoup, j'essaye de vous raconter un peu ce que j'en ai perçu et comment cela peut fonctionner.

Mais la première partie, je me suis quand même dit qu'il fallait que je réponde, moi, à votre attente (les attentes des patients), bien que vous soyez certainement beaucoup plus qualifiés que moi pour en parler et pour en savoir quelque chose.

Alors, je dirai d'abord, il m'a semblé... des témoignages de patients, j'en ai beaucoup, sans avoir cherché vraiment à travailler dessus. Un exemple : j'ai mon bureau au musée des Arts et Traditions Populaires à Paris, et avant-hier, je suis allée dans mon bureau. J'avais déjà commencé depuis le dimanche à réfléchir à ce que j'allais vous raconter et je suis allée chercher des documents, parce que j'ai des dossiers-patients et puis, il se trouve que dans cette opération de mémoire sur les hôpitaux, puisque j'appartiens d'autre part à un centre qui est lié à un musée, on fait rentrer près de 3000 objets des hôpitaux Broussais-Boucicaut-Laënnec et je suis responsable aussi des objets, donc j'ai une vacataire qui fait les inventaires. Je parle avec cette vacataire du problème des inventaires et des objets et une autre vacataire qui travaillait à côté m'écoute et, au bout d'un moment, me dit : « Madame, j'ai quelque chose à vous dire ». Elle vient dans mon bureau, elle y reste 1 h 30 et me

raconte son histoire de patiente. C'est-à-dire, vous voyez les dossiers, j'ai donc pris dix pages de notes, je n'ai pas le temps de vous les raconter, mais, en gros, ce qui est intéressant, c'est que cette patiente avait été traitée de telle sorte qu'elle a fait un procès à la clinique qui l'avait opérée.

En deux mots : elle va pour une appendicite en urgence, le chirurgien lui propose une coelioscopie en lui disant que « cela gonfle un peu le ventre, ce n'est pas bien grave, vous n'aurez pas une grosse cicatrice », formidable... c'est tout ce qu'elle sait.

Elle se retrouve, le lendemain de l'opération, avec des douleurs épouvantables et là, on ne l'écoute pas, on lui donne du TRANXENE parce qu'elle dit qu'elle a mal, elle est énervée.

Finalement, résultat des courses, elle est transportée en urgence dans sa région d'origine, car elle n'était pas chez elle. Ré-opération, abcès énorme, elle perd une trompe, un ovaire endommagé, des séquelles importantes jusqu'à aujourd'hui etc...

Elle fait un procès et je lui ai dit : « bon, votre plainte est éteinte au fond, vous avez gagné » et elle me dit que non, parce que cela ne se répare pas, elle a failli mourir, elle a entendu le chirurgien dire à ses parents : « vous savez, je ne suis pas sûr de l'en sortir ». Donc, elle est partie à l'opération en sachant que ce n'était pas clair et elle a entendu que son père, militaire de carrière, s'évanouissait dans le couloir.

Donc, contexte assez lourd et elle dit : je suis passée près de la mort, j'ai beaucoup changé, c'est pour cela que l'événement a fini par être initiatique pour elle, parce qu'elle a fait tout un travail, mais sa plainte n'était pas éteinte, parce qu'elle dit que « c'est irréparable, j'ai une cicatrice de 15 cm, j'ai des douleurs importantes ». Et puis, il y a un traumatisme psychique.

En effet, qu'elle soit restée deux heures à me raconter tout cela, au point que je me suis dit : « il faut que j'assure un suivi », donc je lui ai donné mes coordonnées, vous pouvez me rappeler. J'ai voulu lui passer quelques-uns de mes écrits, elle a jeté un coup d'œil et elle m'a dit : je ne peux pas lire, parce qu'il y avait des témoignages qu'elle ne pouvait pas entendre.

Et l'on se dit, l'attente du patient, là, qu'était-ce ? C'était une oreille et l'ethnologue a cette position de tiers, elle est dans ce qu'elle me disait avant-hier, c'était clair : elle me disait, à l'hôpital, il faudrait un troisième ordre, c'est-à-dire des gens qui ne soient surtout pas des psychologues, pourquoi ? ou qu'ils n'en aient pas l'air. Mais oui, parce que, quand le psychologue ne fait pas partie de l'équipe de soignants et, souvent, on dit « vous irez voir le psychologue »; eh bien, ce n'est pas au psychologue qu'on a envie de parler, on a envie de parler à ceux qui vous soignent évidemment. C'est-à-dire cet espèce de clivage et Dieu sait que cela fait très longtemps que j'essaie, quand je suis dans les structures, de pousser les psychologues et de faire en sorte qu'on s'en serve etc..

Mais, à vrai dire, les patients n'ont pas souvent envie de parler à quelqu'un qui a l'étiquette psychologue, c'est là tout le problème, ils ont envie de parler à quelqu'un.

Si je vous raconte cela, c'est pour dire que les attentes des patients, et cela, on l'a vu, les Etats Généraux de la Santé l'ont fait savoir, tous les témoignages que j'ai concordent avec ce que nous savons tous, y compris ce que rappelait Bernard SCHMITT dans la lettre du GERHNU, que 80 % des plaintes des patients concernent ce qu'on appelle pudiquement le manque de communication avec l'équipe soignante ou le manque de communication entre les équipes soignantes et on se retrouve dans ce genre de choses. La chose que je voulais vous dire, c'est peut-être cela et c'est tout bête, parce qu'au fond, cela devrait aller de soi, c'est que la première chose que cherche un patient, c'est d'être accompagné.

Il y a une psychanalyste qui s'appelle Ginette RIMBOT, qui a écrit un très beau texte. Elle a travaillé longtemps à NECKER dans le service de néphrologie avec des enfants dont le pronostic vital était mauvais et elle dit que les enfants ont beaucoup plus peur d'être abandonnés que de mourir.

Au fond, on a l'impression, qu'à l'hôpital, tout le monde fait comme si le patient venait pour être sauvé. Alors un, un patient peut être très ambigu par rapport à sa demande de guérison

parce que la maladie somatique a une utilité qui est de cacher un problème psychique. C'est beaucoup plus commode d'avoir un problème corporel que d'avoir un problème psychique, donc elle sert d'écran, dans ce cas, il n'est pas sûr que le malade ait vraiment envie d'être guéri au sens où les médecins l'entendent. Et puis, d'autre part, être accompagné, c'est certainement la chose qui compte le plus et y compris quand on meurt. Alors, c'est là qu'en effet, de ce côté-là, les soins palliatifs représentent certainement un progrès humain, pas seulement humain, je dirai un progrès thérapeutique bizarrement important, parce qu'on s'est rendu compte que le fonctionnement de l'équipe de soins palliatifs où les gens justement fonctionnent en équipe, c'est-à-dire que le psychologue dans l'équipe de soins palliatifs est complètement intégré, il fait donc partie des soignants. Il y a une circulation interne à l'équipe de soins qui fait qu'on n'est plus dans le colloque singulier médecin – malade, on est dans un autre genre de prise en charge et où le patient, lui, car il est toujours patient tant qu'il n'est pas mort, est acteur de son propre parcours, même si le parcours c'est trois jours, quelquefois c'est trois mois et puis, il y a même des gens, je ne dirai pas qu'ils ressuscitent, mais qui finalement se prolongent beaucoup plus longtemps qu'on aurait pensé. Parce que les soins palliatifs, cela ne fait pas mourir contrairement à ce qu'on croit quelquefois.

Et là, je crois que peut-être, ces soins palliatifs pourraient être un modèle de toute prise en charge, c'est-à-dire qu'on s'est rendu compte qu'on n'est plus obligé d'être dans le combat dans la maladie et je crois qu'on a affaire du coup à cette culture hospitalière très très profonde, qui est que, dans tout soignant, il y a l'image de Bonaparte sur le pont d'Arcole. Ce qu'on pourrait proposer avec les usagers et avec un certain nombre d'intervenants dans l'hôpital, car il y a des gens qui savent très bien tout cela, c'est que si on commence à changer d'optique, on n'est plus avec Bonaparte sur le pont d'Arcole, on est avec les accoucheurs et je dirai mais avec les accoucheuses, avec les sages-femmes finalement. C'est-à-dire que c'est une position qui est tout à fait différente, cela suppose donc, si on se met à écouter les patients véritablement, qu'on passe d'une redéfinition du rôle du soignant, une redéfinition aussi du savoir sur la maladie finalement et une redéfinition des rapports hiérarchiques à l'intérieur des équipes parce que, si ce qui soigne, c'est la relation et bien tout le monde est compétent dans la relation, y compris l'agent hospitalier. Et le témoignage des patients montre cela, c'est-à-dire quelquefois, qui a réellement fait du bien au patient ? Eh bien, c'est en effet l'agent hospitalier qui était en train de faire le ménage et qui s'est comporté de manière ordinaire on va dire, mais dans une communication, dans une vraie relation avec les gens et les gens sont sensibles à cet aspect de la relation.

Il y a au moins dix minutes que je parle, donc il est évident qu'il va falloir que je m'arrête sur ce sujet.

Je vous ai apporté deux choses.

D'une part, la photocopie d'une petite bibliographie dont je n'ai pas le temps de vous expliquer le contenu sur des travaux d'ethnologue, mais aussi de psychanalyste comme François ROUSTAND, par exemple, qui a travaillé sur la plainte. Qu'est-ce que la plainte des patients ? J'ai pensé que cela pouvait vous être un petit peu utile. Il y a aussi des travaux d'ethnologue sur le rapport aux médicaments et à l'ordonnance et un travail d'ethnologue sur la chirurgie, c'est-à-dire comment les opérations chirurgicales sont vécues par les patients, comme des rites de passage (les amygdales, l'appendicite, à totale comme on disait) et puis un certain nombre d'opérations, éventuellement de la prostate chez les messieurs.

Çà, c'est un ethnologue qui a fait tout un livre là-dessus, qui est tout à fait intéressant.

Et puis, dans la bibliographie, il y a aussi deux textes, la référence d'un texte produit par « l'Association Sparadrapp », association pour la défense des droits des enfants hospitalisés,

qui est extrêmement active et dans laquelle vous trouverez des témoignages de patients extrêmement passionnants, en particulier le témoignage de la mère d'une enfant greffée du foie (cela s'appelle Coralie, la petite fille abricot) et qui raconte son parcours à l'hôpital.

Je n'ai pas le temps de vous détailler, mais vous aurez des exemples positifs et négatifs. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui ont accueilli cette mère et cette enfant et il y a des gens, et le chef de service en particulier, hélas, qui, au contraire, ont été d'une froideur et d'une violence extrêmement négatives. Tout cela est très bien raconté, d'autant que la mère, on l'apprend en cours de récit, est infirmière, donc elle sait très bien de quoi elle parle, mais sur les attentes et la façon dont on peut y répondre, vous aurez là un document qui est très beau, que l' « Association Sparadrapp » diffuse volontiers et je vous recommande ce livre.

D'autre part, une deuxième photocopie qui m'a été donnée par une femme qui voulait témoigner et qui a publié son témoignage dans un petit journal d'association, qui est la mère d'une personne morte de sclérodémie à 39 ans après sept ans de maladie déclarée, vous imaginez ce que cela peut être et qui parle de la salle d'attente de la réa pour les proches des patients. Vous verrez, c'est un texte de deux pages qui me paraît absolument important parce qu'elle fait une description très claire du lieu et elle fait une description très claire de ce qui s'y passe. Et ce qui s'y passe, c'est à la fois l'angoisse et l'anxiété de l'attente, mais c'est aussi un lieu de solidarité entre les gens qui se fréquentent parce qu'ils attendent ensemble et qu'ils se racontent ce qui se passe.

Je crois que, par rapport à ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire que la demande, c'est d'être écouté et accompagné et cela ne vaut pas que pour les patients, cela vaut aussi pour les familles des patients et pas seulement quand ce sont des tout petits, mais aussi cette solidarité entre patients est relevée tout le temps et quelquefois, on entend des regrets des salles communes, curieusement, puisque l'abandon des salles communes a toujours été présenté comme un progrès et bien sûr, sur certains points et en particulier sur le fonctionnement de cette solidarité entre malades, lisez ou relisez Alphonse BOUDARD, ce qu'il en raconte, eh bien, c'est vrai qu'on a le sentiment que cela, c'est quelque chose d'extrêmement important.

La maman de cette petite Coralie passe une nuit entière au téléphone avec une autre maman dont le bébé doit être greffé et on voit que, loin de faire une sorte de front, ce n'est pas comme un front contre les soignants, mais c'est simplement l'idée qu'on s'épaule et que l'on peut partager, y compris dans l'annonce de la mort de l'enfant, parce que l'enfant en question va mourir, mais en même temps dans le fait que d'autres s'en sortent et là, il y a quelque chose de tout à fait intéressant.

Donc, c'est pour cela que je vous ai fait photocopier ce texte.

Alors, comme j'avais prévu, il me reste certainement une demi-minute pour vous parler de la maison des usagers en sautant tout le reste.

En effet, ce que disait cette jeune fille, au musée l'autre jour, en cherchant un troisième ordre, c'est que ce qui est intéressant de voir, qu'y aurait-il comme tampon entre ces deux tribus, qui ne sont pas homogènes loin de là, mais on va faire semblant pour une minute, c'est-à-dire d'un côté les patients, de l'autre les hospitaliers ; ils sont tous les usagers de l'hôpital.

On peut trouver diverses formules. Je n'ai pas le temps de vous parler des cafés éthiques qui étaient à Broussais et qui, maintenant, à l'HEGP, fonctionnent fort bien à l'initiative de Michel BILIS et de Chantal DESCHAMPS, qui ne sont plus à l'HEGP, mais qui étaient à Broussais. Ce sont eux qui ont imaginé cette formule qui est un lieu neutre en dehors de l'hôpital et en même temps où les hospitaliers viennent à la rencontre (tout le monde est en civil, il n'y a

plus de blouse blanche) soit des patients, soit des associations, soit des clients ordinaires des cafés.

J'anime pour ma part (c'est là que l'ethnologue ne devrait peut-être pas être un pur observateur, y compris pour son métier), en partie, les cafés éthiques de l'hôpital POMPIDOU. C'est vrai que notre premier thème était : « et si l'écoute était aussi un soin » ; le deuxième thème était : « vivre en réanimation » ; le troisième pour le mois de juin est : « le partage de la décision médicale, peut-on partager la décision médicale ? » Cela, c'est une médiation.

Il y a aussi les associations. La maison des usagers, j'y viens tout de suite. Il y a aussi quelque chose que je voudrais mentionner parce que cela me semble extrêmement exemplaire, c'est « l'association de la ferme au Vinatier » qui est dirigée par Karine DELANOE et qui est quelque chose d'intéressant parce que par rapport à ce que nous, nous avons fait sur la mémoire hospitalière, là c'est quelque chose qui part de l'hôpital lui-même et des acteurs de l'hôpital et avec une prise en charge et un suivi qui me paraît tout à fait intéressant.

Donc cela, ce sont des lieux de mémoire où peuvent interférer les soignants, y compris retraités et les patients parce que la mémoire est évidemment toujours vive et que parlant de la mémoire, on parle toujours du présent. Disons que ce sont des lieux de négociations qui sont tout à fait intéressants.

Alors, les maisons des usagers, ce ne sont pas des structures très répandues. Je crois qu'il n'y en a guère en France, en dehors de ce qu'il y a eu à Broussais, qui n'est plus et ce qu'il y a à l'hôpital Pompidou qui, d'une certaine manière, est un tout petit peu en régression par rapport à ce qu'il y avait à Broussais, à mon avis, mais cela va redémarrer. Je crois qu'à Nantes, il y a un projet au CHU. Il y en a trois en Suisses, deux en Belgique, je crois, qu'à Lyon, il y a un mouvement associatif qui a un projet de ce genre.

Donc, c'est peu de choses et c'est pour cela que je voulais vous en parler en sachant que, parce qu'en effet, si on dit « on va écouter les patients », d'accord et puis les patients, depuis en particulier les dernières dispositions légales, ont de plus en plus de place dans les administrations, dans l'institution elle-même.

Mais, intégrer un patient, représentant des usagers, dans un conseil d'administration, ce n'est pas du tout la même chose que de donner au patient un lieu dans l'hôpital, cela n'a rien à voir. Parce que et là, il y a l'importance du lieu, sachant que la culture hospitalière est une culture de territoire et qu'on fait bien sentir au patient qu'à l'hôpital, il n'est pas à l'hôtel et il n'est pas chez lui non plus, c'est pour cela qu'on le traite comme on le traite. Donc, on ne va pas demander au patient de se sentir chez lui. Or, justement, une maison des usagers, c'est un lieu où l'on devrait se sentir chez soi.

D'ailleurs, c'est curieux, car ce thème de maison des usagers ne fait pas l'unanimité et je me souviens d'un directeur hospitalier qui ne voulait surtout pas qu'on dise « maison », « je veux bien une maison dans mon hôpital, mais on va dire espace ».

Et donc, cette maison des usagers pose problème tout de suite, puisqu'il lui faut un lieu. A Broussais, elle était dans un préfabriqué qui était distinct et c'était un lieu qui était habité à la fois par les associations et puis par des permanences distinctes, donc du département des droits des usagers, parce qu'il faut pas non plus confondre les deux choses.

Mais cela fait question. Pour ce que j'ai vu, une maison des usagers ne peut exister sur le terrain que s'il y a au moins deux personnages-clés de l'institution engagés dans cette

affaire, l'un du côté de l'administration et l'autre du côté des soignants. Vous voyez bien pourquoi et, à Broussais, c'était certainement l'engagement du Directeur Michel BILIS qui est maintenant à Vincennes qui a fait énormément et l'engagement d'un personnage au charisme tout à fait étonnant dont je n'ai pas le temps de vous parler qui est Chantal DESCHAMPS qui se trouve d'ailleurs, aujourd'hui, chargée de mission aussi à Vincennes et c'est vrai qu'ils ont fait bouger des choses dans un hôpital BROUSSAIS qui était très difficile, qui était avec des équipes, en particulier avec la chirurgie cardiaque étant les meilleures, et étant peu disposées à se mettre en question. Ils ont opéré cette mise en question à la fois en montant ces cafés éthiques et ils avaient aussi un journal qui s'appelait « Grain de sel » où chacun pouvait venir témoigner, qui n'était pas un journal des plaintes, qui était plutôt un endroit où pouvaient s'échanger des expériences. C'est un gros travail et cela pose des problèmes évidemment financiers, il faut des moyens, cela ne se fait pas comme cela. Moi, je regrette que, dans les dispositions légales qui viennent de se mettre en place, il n'ait pas été prévu que chaque hôpital soit obligatoirement en mesure de donner un lieu pour cette parole des patients et donc soit obligé de créer une maison des usagers.

Je m'arrête. Je dirai simplement qu'à ce moment-là, cela suppose que les administratifs comme les soignants cèdent du terrain au sens littéral et au sens figuré et reconnaissent les usagers comme de véritables partenaires.

Il faut bien le dire, on est aux antipodes d'une culture hospitalière qui est en train de changer, mais cela reste un problème et on peut mettre en relation, peut-être doit-on le faire ?

Est-ce que l'ascension des maisons des usagers ou des espaces donnés aux usagers dans les hôpitaux doit être mise en relation avec le déclin d'une autre maison dans l'hôpital, c'est-à-dire celle des internes, c'est-à-dire les salles de garde ?

Va-t-on aller jusque-là et dire « bien, vous voyez bien, les usagers prennent de la place et puis nous, la salle de garde qui est quand même le creuset de la formation médicale dans beaucoup de cas, bien la salle de garde est en disparition » même si l'on fête cette année le bicentenaire de l'internat.

Donc, peut-être y a-t-il une répartition des lieux et des pouvoirs, mais, au moins, je crois que cette émergence de la parole des usagers est un aspect positif, même si, parfois, il y a des choses à perdre sur certains points et pour les patients, mais je crois aussi, beaucoup, pour l'institution et pour les soignants.

Excusez-moi d'avoir été un petit peu longue.

Stratégie, management et organisation interne – Michel CREMADEZ, Professeur HEC

Il y a un certain nombre de choses, je pense qu'on ne pourra pas toutes les utiliser, compte tenu du temps qui nous est imparti, mais j'essayerai d'en prendre quelques-unes pour illustrer, puis vous les aurez pour la suite.

Je crois que je repartirai de ce que vous avez dit lors de la précédente intervention qui me paraît extrêmement important.

Vous avez dit, comme si c'était un fait intangible, que la culture hospitalière est une culture territoriale. Je crois que c'est à ce niveau-là que se pose effectivement le problème. C'est-à-dire qu'on est, à l'heure actuelle, dans une situation où, s'il s'agit de penser une autre organisation de l'hôpital, il faut se demander si on peut penser une autre organisation de l'hôpital en ayant comme point de mire le maintien de cette fameuse culture territoriale et,

par conséquent, c'est quelque chose que sont en train d'expérimenter un certain nombre de centres hospitaliers, notamment de grande taille, mais qui avaient déjà été expérimentés à travers des expériences dont vous vous souvenez tous, qui laissent des traces d'ailleurs dans un certain nombre de Centres Hospitaliers qui ont maintenant presque une vingtaine d'années et qui s'appelaient les Départements et la Fédération.

Donc, on n'est pas là sur un sujet extrêmement nouveau, simplement, cela fait 20 ans et cela n'a pas beaucoup bougé sur ce plan-là.

La question qui se pose maintenant, c'est qu'il y a un mot qui est arrivé dans toutes les bouches, c'est le mot : transversalité. Face à ce mot, tout le monde essaye de voir comme on pourrait faire de la transversalité à l'hôpital. On oublie peut-être une chose, c'est que transversalité et territoire, ce n'est pas forcément deux concepts qui vont très très bien ensemble. Par conséquent, quand on veut essayer de raisonner la transversalité dans la verticalité, c'est ce qui est le cas la plupart du temps, c'est que

l'on raisonne hiérarchie et que l'on raisonne pyramidal, il est évident que l'on a énormément de mal à mettre cette transversalité en œuvre. Donc, ce que sont en train d'expérimenter vos collègues dans un certain nombre d'établissements comme NANTES, comme LILLE, comme GRENOBLE...qui ont découvert un nouveau mot, qui pouvait être utilisé pour symboliser cette transversalité, qui ne soit plus le Département ou la Fédération parce que c'est déjà connoté et donc qui ont utilisé le mot pôle. Mais, quand on regarde ce que sont les pôles auxquels ils aboutissent, cela n'a pas l'air très différent et quelquefois même un peu régressant, si vous voulez, par rapport à certaines formulations des Fédérations ou des Départements qui avaient été montés dans certains cas.

Je crois que le problème central est là, parce qu'on raisonne en terme de territoire, alors qu'on devrait raisonner en terme de coopération, en terme de collaboration.

Par conséquent, on essaye de faire en sorte que l'intégration, c'est-à-dire les relations entre les individus qui ont besoin de coopérer pour atteindre l'objectif commun, se fasse par élargissement du territoire contrôlé par un hiérarque pour le groupe de hiérarques, ce qui pose un très gros problème, parce que l'une des caractéristiques de l'hôpital, au fur et à mesure qu'on crée des territoires plus grands, c'est que ces territoires ont de moins en moins de sens et ceux qui l'ont expérimenté sur le terrain se rendent bien compte que, si je crée une fédération, si je crée un pôle des cardio-sciences, eh bien, il n'y a pas tellement de raisons d'établir des relations au sein des cardio-sciences et qu'il y a, par contre, beaucoup de raisons pour établir des relations entre la cardiologie et autre chose. Tout au moins que la relation au sein de la cardio-science n'est pas l'élément unique et ne doit pas être un facteur qui rende plus difficile les relations entre la cardiologie et une autre des disciplines.

Autrement dit, on continue à raisonner en faisant que les gens soient mono-appartenants, appartiennent à une structure, à une seule, à un territoire et un seul, alors que le problème, c'est qu'ils soient multi-appartenants, c'est-à-dire qu'ils puissent coopérer avec d'autres pour atteindre l'objectif et puis avec d'autres encore pour en atteindre un autre. Et que dans cette coopération, les leaderchips se répartissent d'une manière qui n'est pas hiérarchique, mais qui est liée à l'objectif en commun que l'on vise.

Je prends juste un exemple sur ce qui a été fait à NANTES. Nantes s'est lancé dans une polarisation du CH. Vous allez voir que ce n'est pas très différent de ce qui s'était passé lorsqu'on parlait de fédération, de département. Ils se sont rendu compte que, s'ils voulaient regrouper les choses, il y avait en fait plusieurs logiques. Il y a une logique d'organe ; alors là, on a un pôle thorax et cardio-vasculaire, on a les neuro-sciences, on a la tête et le cou, on a l'ondotologie, on a l'ostéo-articulaire, on a le digestif, bon pourquoi pas.

Et puis, on a des pôles qui correspondent à une logique de population, les soins gériatriques et puis on a des pôles qui sont sur une logique de pathologie : la cancérologie, la néphrologie, l'urologie et la transplantation.

Et puis d'autres, sur une logique généraliste, alors là déjà, c'est un peu difficile à qualifier, donc c'est l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie (les psychiatres vont être contents d'être dans une logique généraliste !), la médecine physique et la réadaptation, la médecine et les urgences.

Et puis, une logique de prestations : signaux et images, biologie, pharmacie, information médicale etc..

Oui, pourquoi pas ? Mais, est-ce que cela veut dire que ceux qui sont dans la logique de populations ne sont pas aussi dans la logique d'organes, ne sont pas aussi dans la logique de pathologies, comme s'il n'y avait pas de cancérologie chez les personnes âgées. Par conséquent, on sent bien que si on aborde le problème là, on est fondamentalement dans une impasse, parce qu'en fait, on a une représentation que je qualifie de « divisionnelle » dans notre jargon, qui est qu'on va diviser le territoire en grandes masses, en pensant que le regroupement d'unités sous une direction va résoudre les problèmes. Comme si c'était la structure et non pas la stratégie ou les objectifs, qui permettait de résoudre les problèmes. Alors, cela donne la chose suivante : voilà nos fameux pôles et donc, c'est vrai que par rapport au nombre de services d'un CHU, c'est un gain considérable, on arrive à les mettre sur un pôle. D'accord, mais est-ce qu'au-delà de cela, cela nous permet effectivement de progresser ? Aux dires des gens concernés, pas vraiment.

Pas vraiment parce qu'ils ont quelques petits problèmes, qui sont liés à cette logique de territoire, c'est-à-dire que il y a une même direction générale et puis, toutes les UF ou tous les services se répartissent dans les dix pôles et il n'y en a pas qui appartiennent à deux. Parce que dans la logique des territoires, il n'y a pas de territoire qui se divise.

Alors immédiatement, que va-t'on voir ? Chaque UF appartient à un pôle et un seul et on se pose immédiatement le problème qu'on pensait avoir résolu, c'est le problème de la transversalité et on se dit comment on peut établir de la transversalité entre les pôles. Et nous voilà repartis pour un tour, parce que finalement on a une structure qui ne répond pas, je dirai par définition, à la question qui est posée.

On va regarder comme on peut éventuellement prendre ces choses-là d'une autre manière. Première condition pour qu'il y ait transversalité, c'est qu'on définit un objet pour lequel il y a une nécessité de coopération entre un certain nombre d'individus, cet objet n'étant pas un objet qui nécessite éventuellement la mise en place d'une structure pérenne. Autrement dit, la transversalité est plus, dans notre jargon, de l'ordre du projet, que de l'ordre du territoire ou de la structure. Par conséquent, il faut se dire qu'il y a certaines connexions qui peuvent être extrêmement actives à un moment donné et puis ne pas l'être puisqu'on a résolu un certain nombre de problèmes ou parce que ces problèmes ont momentanément ou définitivement disparu, heureusement. D'ailleurs, si vous vous reportez en arrière sur les Fédérations, quelle était la grande critique que l'on faisait à certaines Fédérations ? C'est qu'elles ne tenaient pas le choc de la durée et c'était le plus beau compliment qu'on pouvait leur faire, parce que si elles ne tenaient pas le choc de la durée, il y avait deux raisons possibles : l'une, c'est qu'effectivement elles n'avaient pas réussi à faire quoi que ce soit, l'autre, c'est qu'elles avaient peut-être réussi à faire ce qu'elles devaient faire, c'est-à-dire provoquer un certain type nouveau de coopération entre les individus et qu'elles avaient permis de résoudre un certain nombre de problèmes et que ces problèmes étant résolus, les énergies sont centrées sur autre chose. Donc, la Fédération se défaisait pour reformer une autre Fédération composée d'autres acteurs ayant à résoudre un autre problème.

En fait, on est beaucoup plus, là, devant un type d'organisation qui doit avoir par définition une très grande plasticité et qui repose essentiellement sur la définition d'objectifs nécessitant des coopérations et l'activation en quelque sorte par la définition de ces objectifs. On est dans ce qu'on appelle « le réseau ».

Cela me rappelle très largement, quelques années en arrière, l'exposé qu'on avait fait devant vous à propos des réseaux avec Etienne. C'est un peu la même chose, simplement ce n'est pas parce qu'on est dans l'hôpital, qu'on ne peut pas être en réseau dans l'hôpital. D'ailleurs, pourquoi n'êtes vous pas en réseau à l'extérieur ? C'est parce que vous n'êtes pas en réseau à l'hôpital.

Autrement dit, vous ne pouvez pas vous connecter correctement avec l'extérieur si vous avez une vision à l'hôpital qui est une vision pyramidale et territoriale. Parce que ce qui va vous faire vous mettre en relation avec l'extérieur, c'est l'imprégnance de l'objectif commun, ce n'est pas du tout le fait que vous apparteniez à telle ou telle structure. D'ailleurs, la meilleure manière pour tuer un réseau en y mettant l'hôpital, c'est de demander que l'hôpital soit tête de réseau, parce qu'un réseau n'a pas de tête. Un réseau qui a une tête, c'est foutu ! La tête l'empêche d'évoluer. Alors cela, on l'avait assez largement développé.

Donc, essayons de voir ce que cela signifie. Bien, mettons que j'ai un certain nombre de ces formes pôles. La première question que je dois me poser, c'est que je dois permettre à une unité d'apporter sa contribution à plusieurs pôles. Ce faisant, j'ai intérêt à ne pas avoir de trop grosses unités et je crois qu'on n'a pas intérêt à faire perdre à l'hôpital sa caractéristique fondamentale, extrêmement novatrice par rapport aux structures que l'on voit par ailleurs dans le monde économique, qui est que l'hôpital est une structure extrêmement plate, composée de petits noyaux, dans lesquels des coopérations peuvent s'établir. Alors, on pourrait ensuite raisonner sur les coopérations entre des groupes d'acteurs au sein de ces noyaux qui était une autre des questions importantes, mais regrouper pour constituer des territoires plus grands, c'est faire perdre à l'hôpital la plasticité qu'il avait, tout au moins le potentiel de plasticité et cela n'est en aucun cas résoudre le problème de l'intégration et la meilleure collaboration entre les individus, mais cela veut dire aussi que plusieurs UF apportent leur contribution à un pôle et que, finalement, ce qui est important, c'est que ce sont ces pôles qui réalisent l'intégration entre quoi, entre une stratégie, je veux développer un domaine qui est le domaine de la cancérologie, alors je vais vous demander quels sont les acteurs qui doivent ensemble concevoir la réponse à ce domaine de la cancérologie ? Quels sont les acteurs internes, mais pas seulement internes, parce que si on reste dans les limites de l'hôpital, on n'arrivera pas à résoudre un certain nombre de problèmes. Il faudra bien se connecter sur un certain nombre d'acteurs externes avec lesquels il faudra élaborer un compromis. Un compromis pour faire quoi ? Satisfaire les besoins que l'on vise et par conséquent intégrer dans cette réflexion ceux qui sont directement concernés parce qu'effectivement, il ne vaut mieux pas qu'on ait à reprendre l'opération parce qu'on a utilisé une technologie récente et pas forcément dans de bonnes conditions.

Donc, le problème fondamental, c'est de se poser la question, quelle est la vocation du pôle ? Quels sont les objectifs que l'on se fixe ? Quels sont les acteurs qui doivent se réunir ? Comment organiser une réponse sachant qu'on a un très gros avantage à l'hôpital qui est d'être entre professionnels, c'est-à-dire qu'une fois qu'on s'est déterminé sur un certain nombre de conduites, appliquer ces conduites peut se faire de manière relativement automatique, chacun repartant chez lui avec les points d'accord et les conduites établies. Ce n'est pas tout à fait vrai, vous le savez comme moi, parce qu'il y en a un certain nombre qui repartent et qui ne font pas. Mais, on peut, à travers ces éléments-là, provoquer une certaine évolution.

En fait, si on raisonne en tant qu'allocation de ressources, parce que c'est un point important. On ne peut pas penser à une organisation si on ne pense pas à la manière dont

cette organisation utilise ses ressources, d'autant que la pression sur les ressources était de plus en plus forte et qu'après avoir été sur les ressources financières, elle se retrouve sur les ressources humaines, ce qui devient de plus en plus difficile à traiter.

En fait, les ressources, elles sont dans les deux, elles sont dans les équipes de base, d'accord. Et ces ressources dans les équipes de base, que font-elles? Elles traitent un certain nombre de personnes qui passent entre les mains qui pourraient être des acteurs et non pas des sujets, à condition que dans les équipes de base, on ait une manière de les intégrer qui soit différente. Parce que ce n'est pas au niveau du pôle nécessairement qu'on va le faire. On peut toujours travailler aussi à ce niveau-là, mais en tout cas, si on ne change pas la manière d'agir au niveau des unités de base, on aura toujours des espaces « dévolus à » et un risque de voir des tribus, comme vous le disiez, fonctionner de manière complètement séparée.

Alors ces ressources, que vont-elles permettre ? Elles vont permettre des emplois et je m'excuse d'employer ce terme qui est un terme un peu comptable et pour les Directeurs, c'est important parce qu'ils ont besoin de savoir finalement à quoi cela sert. Parce qu'eux, c'est vrai, si on prend une logique uniquement administrative, moins on a de centres de responsabilités et de budget et plus c'est compliqué à faire vivre. Il faut quand même qu'on ait une logique de l'allocation et d'emploi des ressources. Par conséquent, ces ressources vont être allouées à ces pôles pour réaliser un certain nombre d'emplois qui sont des prestations de service complexes dont la mise en œuvre ne se fera pas là, dont la mise en œuvre se fera par l'articulation des prestations entre les différentes unités contributrices. Puisque la réalité burde de fonctionnement et du vécu des individus est dans les unités. Le pôle, c'est simplement un lieu de conception et d'articulation entre les unités, donc un lieu où c'est d'abord la transversalité. La transversalité se met en œuvre dans les relations opératoires, ensuite elle se fait au niveau du travail quotidien.

Donc voilà, un pôle c'est quoi ? Cela ne devrait pas être un territoire, ce n'est pas un chef en se demandant si on va avoir un empilement : chef d'unité fonctionnelle, chef de service, chef de pôle et ce qui légitime le pôle, enfin une vieille discussion qu'on avait déjà eue à partir des fédérations. Est-ce que le pôle, c'est une tournante de chefs de service...

Donc, qu'est-ce qu'un pôle? C'est un lieu dans lequel on va évaluer l'atteinte des objectifs qu'on s'est fixés, un lieu où on va définir des pratiques qui vont être appliquées ensuite ailleurs, où l'on va regarder quels sont les besoins en terme de compétence qu'il faut mobiliser pour répondre aux problèmes. Un exemple : s'il faut effectivement des psychologues qui n'en soient pas qui fassent partie de l'équipe, c'est à ce niveau-là qu'il faudra réfléchir, parce que tous les besoins ne réclament pas toujours exactement les mêmes ressources C'est là où on va réfléchir à l'impact de l'innovation scientifique et technologique sur les pratiques, où on va essayer de provoquer, d'optimiser les ressources disponibles, où on va essayer de provoquer les transferts d'expérience etc... qui sont tous des éléments qui caractérisent la transversalité.

Une activité médicale vecteur d'une réorganisation programmée : la chirurgie – Daniel NICOLLE, directeur de projet, DHOS

Bonjour,

Ma légitimité à intervenir, en dehors du fait que je suis directeur d'hôpital, c'est que j'ai été au Ministère chargé d'organiser la réflexion sur les urgences d'une part et sur la chirurgie d'autre part.

En ce qui concerne la chirurgie, les groupes de travail qui se sont réunis, ont essayé d'évaluer (premier point de mon propos) l'état de la situation et ses perspectives à dix ans et puis les conséquences qu'il faut en tirer vraisemblablement en terme d'organisation des soins.

La première constatation que nous avons faite, c'est que la démographie médicale et paramédicale va contraindre évidemment à une réorganisation de l'activité chirurgicale.

Quelques chiffres. Le nombre de chirurgiens va commencer à baisser sensiblement à partir de 2004 – 2005, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs commence à baisser à partir de maintenant et la baisse, toute chose égale par ailleurs, doit être de l'ordre de 20 % pour les chirurgiens, 30 % pour les anesthésistes-réanimateurs en 2020 pour autant qu'on puisse avoir des prévisions en matière de démographie de ce type, mais le nombre d'internes qui s'inscrit actuellement en chirurgie est tel qu'on peut penser que les hypothèses basses sont les plus plausibles, en tout cas à très court terme.

Deuxième chose, la DRESS estime que les paramédicaux seront en nombre suffisant à partir de 2004, y compris les IADE et les IBODE, étant entendu que la répartition sur le territoire national peut être extrêmement contraignante, puisqu'on sait qu'aussitôt qu'on a une difficulté démographique, on a immédiatement un trou qui est le « champignon français » : tout ce qui est au-dessus de Paris, de la Bretagne et la Lorraine et par ailleurs ce qui tourne autour du Massif Central.

Deuxième considération, il est évident qu'aujourd'hui la mise en œuvre de l'ensemble des normes de sécurité, de qualité etc... qui font l'objet du droit positif n'ont pas exercé toutes leurs contraintes, c'est-à-dire que l'effort de réorganisation qui sera lié à l'application stricte de ces normes n'est pas achevé et qu'incontestablement, c'est un facteur de changement considérable dans les structures qui tournent autour de la chirurgie, y compris dans la logistique qui tourne autour de la chirurgie. Le nombre de secteurs de stérilisation qui, actuellement, ne sont pas absolument pas aux normes est tout à fait important et des efforts considérables sont à faire en la matière, qui sont aussi très restructurants pour l'activité chirurgicale en particulier opératoire.

Troisième considération que nous avons envisagée, ce sont les évolutions technologiques. Elles sont difficiles à cerner, mais, en tout cas, ce qui risque d'apparaître dans les 10 ans, la chirurgie assistée par ordinateur, mais aussi un certain nombre de techniques, sont des techniques très coûteuses. Incontestablement, même s'il est difficile de mesurer l'impact précis, c'est quelque chose qui pousse à la concentration, parce que ce sera très coûteux.

Quatrième considération, on ne peut pas se satisfaire, même si, sur les modalités, il faut réfléchir de l'organisation actuelle des professions qui tournent autour de la chirurgie en matière de formation et en matière de qualification professionnelle. C'est-à-dire le fait qu'aujourd'hui, il y ait au bout du compte une formation initiale, certes validée et reconnue, mais qu'ensuite, tout un chacun puisse mener son activité, en gros comme il l'entend, sans qu'il y ait, à aucun moment, vérification de quoi que ce soit est vraisemblablement à terme condamné. Donc nous avons dit que ce serait une erreur que ce soit les pouvoirs publics qui organisent de façon centrale l'évaluation des professionnels de santé et notamment des médecins, qu'il appartenait vraisemblablement aux professions médicales de s'organiser, par exemple, autour des sociétés savantes et d'un système d'auto-évaluation de façon à ce que cela ne soit pas vécu comme une contrainte, mais bien comme une recherche de la qualité. Ce qui d'ailleurs se fait dans certaines sociétés savantes étant d'ors et déjà très intéressant, je pense notamment à la Société Française d'Urologie.

Cela nous a conduit à recommander, avec quelques précautions, d'envisager un système de labélisation individuelle et des équipes.

Autre idée, nous ne sommes pas au bout et loin s'en faut, de la logique de création d'une véritable équipe opératoire. Et les blocs opératoires, qui sont d'ailleurs le centre de contradiction principale de l'ensemble des forces en présence dans un hôpital, ne sont pas une structure aboutie où tous les professionnels peuvent, dans des rouages huilés, exercer tranquillement et clairement leur profession. Donc, notre conviction est que cela aura forcément un effet restructurant. L'organisation actuelle des blocs opératoires y compris leur éclatement dans les CHU et le fait qu'éventuellement telles ou telles forces dominantes, qui ne sont pas toujours les chirurgiens d'ailleurs, peuvent l'emporter n'est pas une bonne chose et qu'une autre organisation non seulement est indispensable, mais restructurante globalement pour le tout.

Et puis, le point qui nous a beaucoup préoccupés est évidemment le déséquilibre entre le secteur public et le secteur privé, puisque, grosso modo, 65 % des actes se font dans le secteur privé, mais surtout, alors cela en soit ne serait pas un drame, après tout pourquoi pas, si ce n'est que l'évolution fait que le programmé va plutôt vers le privé et que les hôpitaux publics s'orientent de plus en plus, soit vers les activités de pointe très lourdes, très coûteuses, soit vers l'activité d'urgence.

Là aussi, ce ne serait pas un drame si cela n'était pas extrêmement appauvrissant pour la profession chirurgicale elle-même parce que cela pose un problème d'ailleurs de formation des jeunes. A partir du moment où il y aura une activité programmée à un endroit et une activité d'urgence à un autre endroit, cela veut dire qu'on aura des équipes qui ne maîtriseront pas la totalité de la matière, mais aussi qu'on aura toutes les peines du monde à bien former les jeunes.

C'est donc un point sur lequel nous avons beaucoup insisté pour dire qu'on ne peut pas se satisfaire de cette évolution.

Et puis, il y a évidemment, complétant la démographie médicale, l'impact de la durée de définition de l'organisation du travail. On pense à la RTT, mais il n'y a pas que la RTT et il y a l'organisation des gardes et notamment que le fait que les gardes sur place deviennent du temps de travail effectif et que cela n'est pas lié à la législation française, mais bien aux normes européennes, c'est que, de toute façon, on n'y échappera pas. Donc, même s'il y a des aménagements et des moratoires en matière d'aménagement et de réduction du temps de travail, on va être obligé, de toute façon, de connaître une évolution qui va transformer complètement l'organisation actuelle des permanences, la permanence des soins à l'hôpital et l'impact en est aujourd'hui très mal mesuré.

Lorsqu'on en parle (il se trouve que je m'occupe un peu de la réduction du temps de travail actuellement à la DHOS) dans les hôpitaux, autant chez les paramédicaux il y a un début de réflexion, autant chez les médecins dans la plupart des cas, on n'a pas de début de réflexion, même des réactions de rejet « nous avons toujours travaillé 60 heures ou 70 heures par semaine, qu'est-ce qu'on vient nous chanter avec la réduction du temps de travail ? ». Or, il y a là quelque chose qui va considérablement changer dans toutes les professions médicales et paramédicales, mais donc obligatoirement dans le secteur de la chirurgie et dans toutes les professions qui tournent autour de la chirurgie.

Notre conclusion est simple. En tout état de cause, le statu quo est impossible à maintenir. Nous allons forcément vers la concentration des plateaux techniques dans les dix ans qui viennent, mais surtout si on laisse faire les choses, elles vont se faire bien sûr, c'est-à-dire que des tas d'hôpitaux publics et privés, mais notamment publics, vont voir leur activité chirurgicale disparaître tout simplement parce qu'il n'y aura plus d'anesthésistes et de

chirurgiens. Ou que les équipes encore en place n'accepteront plus les contraintes des systèmes de garde, donc ces structures vont disparaître. Mais, s'il n'y a pas de correctif apporté, on va tomber dans tous les travers, c'est-à-dire que d'une part, on va aller vers l'hyper spécialisation publique - privée entre programmé et non programmé et d'autre part, vont disparaître des hôpitaux qui seraient parfaitement utiles en terme d'accessibilité des soins et desserte de la population et en revanche perdureront des hôpitaux qui, parce qu'ils ont une équipe qui est là, qui est stable, qui a encore dix ans devant elle avant la retraite, ne sont pas forcément utiles à la population, du moins dans leur organisation présente. Donc, cela nous a conduit à dire que non seulement le statu quo ne pourra pas être maintenu, donc tous ceux qui se font des illusions en disant qu'on va maintenir partout les hôpitaux de proximité dans toutes leurs fonctions actuelles, notamment chirurgicales, se trompent et de toute façon, c'est intenable, mais de le laisser faire va conduire à des situations qui peuvent être néfastes pour l'accessibilité aux soins et donc à la bonne organisation de la santé en France.

Alors, qu'avons-nous préconisé ? Bien évidemment, les groupes de travail étaient composites, il y avait des institutionnels, des syndicalistes, des représentants du Ministère et donc notre pensée a été forcément un compromis. Nous avons donc avancé avec prudence et sur un certain nombre de points, nous avons plus suggéré que dit, parce qu'il reste des contradictions à gérer.

Notre première recommandation, qui n'était pas évidente au départ, c'est de faire un plan chirurgie dans chaque région, en faisant un volet obligatoire même s'il s'intègre dans un volet plus large dans le SROS III. Mais nous avons même dit qu'il faudrait peut-être que certaines régions se soucient du problème de la chirurgie dès à présent. Parce que le SROS III, c'est 2004 – 2009 s'il n'est pas re-décalés dans le temps. Or, certaines régions n'ont pas de volet chirurgie dans le SROS II (il n'y a eu que 8 régions qui ont déjà fait un SROSS chirurgie) et risquent de connaître des difficultés massives.

Deuxième chose, nous avons recommandé de définir des bassins de santé ou des bassins chirurgicaux qui ne sont pas forcément le secteur sanitaire, même si cela peut être le secteur sanitaire, mais dans certains cas, le secteur sanitaire a une structure composite qui ne correspond pas à des zones de chalandise.

On a des secteurs sanitaires dans le territoire national qui rassemblent, en fait, des habitudes de vie disparates et où les structures de la population autour d'une ville-centre font qu'il faut vraisemblablement distinguer plusieurs bassins de santé.

La région qui a beaucoup réfléchi à cela est la région Rhône-Alpes et qui aboutit, alors qu'ils n'ont que 14 secteurs sanitaires, à 34 bassins santé ou chirurgicaux, mais vraisemblablement ils vont en diminuer le nombre parce que certains bassins n'ont plus de cohérence, mais on fera vraisemblablement autour de 25-26 bassins de santé et l'idée, c'est à l'intérieur de ces bassins cohérents où les habitudes des populations, c'est de vivre ensemble et d'avoir des communautés de service en général d'ailleurs, pas seulement sanitaire, de regarder quel est l'état des lieux de la chirurgie et surtout cela, c'est un premier point, ce n'est pas si simple parce que, finalement, la connaissance que l'on a de l'activité chirurgicale n'est pas aussi bonne que l'on pourrait parfois le souhaiter, en tout cas, la région Rhône – Alpes qui réfléchit, bute sur un certain nombre de difficultés à cet égard, même si on fait beaucoup de travail. Et nous avons préconisé que l'on réunisse, dans un premier temps, les professionnels médicaux publics de ces bassins de santé de façon à ce qu'ils établissent un projet médical, un projet chirurgical inter-établissement, mais qui se coordonne ensuite avec les structures privées.

Alors, pourquoi dans un premier temps le public et ensuite se coordonner avec le privé ? Tout simplement parce que, méthodologiquement, c'est plus commode, que les cultures sont plus communes et qu'il faut vraisemblablement d'abord mettre en commun, les expériences, les volontés et les projets des hôpitaux publics.

Simplement, notre conviction est que si chaque hôpital a un projet médical et un projet d'établissement intégrant la chirurgie sans qu'il y ait de coordination, on ne réglera rien.

J'ai tout à fait entendu ce que disait Michel CREMADEZ il y a quelques instants : si l'hôpital lui-même n'est pas déjà organisé avec un système de réseau, il est très difficile de réaliser le réseau autour, je l'entends bien et vous allez voir que nous avons un peu cette idée en filigrane, même si elle n'est peut-être pas exprimée de façon explicite.

Alors, l'une des conclusions qu'en ont tiré un certain nombre de lecteurs a été que nous recommandions des chirurgiens ambulants, c'est-à-dire qu'il y aurait dans un bassin de santé un certain nombre d'endroits où l'on ferait de la chirurgie avec des chirurgiens qui opéreraient, (excusez-moi, je cite un exemple que je connais bien), le matin au CH d'Amiens, l'après-midi à Péronne, le lendemain matin à Mont Didier et le 4^{ème} jour à Doulan et, pourquoi pas, en prenant la garde le soir à la Polyclinique de Picardie. Cela n'est évidemment pas ce que nous avons voulu dire, nous avons dit simplement : il faudrait qu'il y ait un projet chirurgical de tout le bassin de santé, que l'équipe chirurgicale soit nommée dans le bassin et pas dans un établissement particulier et que l'on s'organise, qu'on se coordonne et c'est vraisemblablement très difficile. Parce que les expériences de coordination et de graduation pour l'instant ne sont pas toutes probantes. Un exemple parmi 1000 : Poitou-Charente a supprimé la chirurgie d'urgence à Confolans en disant on fera de la chirurgie programmée à Confolans et tout ce qui est de l'activité d'urgence se fera dans la région voisine à Saint Julien dans le Limousin. Nous assistons actuellement à la cannibalisation de Confolans par Saint Julien, c'est-à-dire, en fait, même la chirurgie programmée part à Saint Julien.

Cela veut dire qu'il faut vraisemblablement évaluer toutes les expériences menées au fur et à mesure de façon à éviter les écueils, c'est-à-dire que chaque fois qu'on aura à mener une expérience et qui ne sera pas probante, il faudra le rendre public pour dire à d'autres régions : attention, méfiez-vous, telle solution peut être une fausse solution.

Autre exemple, on a tenté de créer des structures de chirurgie ambulatoire complètement isolées dans certaines villes, c'est pour l'instant une expérience extrêmement discutable. Et vraisemblablement, je ne dis pas que cela ne peut pas se faire, certains chirurgiens disent que oui, mais c'est à mener avec une extrême prudence et en évaluant bien les choses au fur et à mesure.

Bien entendu, cela nécessite de réorganiser le réseau chirurgical public et privé dans chaque bassin, relié au plan régional, notamment autour du CHU et en coordonnant avec tous les autres professionnels et du secteur public et privé, mais, bien entendu, en se coordonnant avec les SAU, les UPATOU et les SMUR parce que l'organisation des urgences ne pourra pas ne pas subir les conséquences de la réorganisation de la chirurgie. Ne serait-ce d'ailleurs que parce qu'il y a 600 établissements accueillant des urgences, il y a 720 structures autorisées et qu'incontestablement, on aura du mal, me semble-t-il, à tenir autant de structures dans l'avenir.

Nous avons enfin dit qu'il fallait éviter d'inventer de nouvelles structures et qu'au contraire, il y en a peut-être déjà beaucoup, c'est-à-dire que ce n'est pas la peine de dire qu'il faut un nouveau support juridique pour pouvoir organiser la chirurgie dans les bassins de santé. Entre la convention, le syndicat, le GIP, le groupement de coopération sanitaire, que sais-je

encore, il y a d'autres formes de coopération. Vraisemblablement, il ne faut pas essayer d'inventer des nouvelles formes, il y a de quoi faire, il y a des instruments juridiques. De toutes façons, ce ne sont pas les instruments juridiques qui vont remplacer la volonté. Quand les gens n'ont pas envie de se marier, le plus beau des contrats de mariage ne fait pas qu'il y aura de l'amour entre eux.

Et puis, dernière chose et non des moindres et qui est vraisemblablement l'un des points les plus cruciaux pour pouvoir démarrer aujourd'hui cette réflexion, c'est la différence des statuts, non pas entre hôpitaux publics, encore que pour l'instant, on ne sait pas nommer un médecin ailleurs que dans un hôpital, donc il faudra tout de même qu'on invente le moyen de le nommer ailleurs que dans un hôpital et notamment dans un groupement d'hôpitaux.

Mais, pour l'instant, les différences de statut public et privé sont, dans beaucoup de cas, des freins à des rapprochements entre les cliniques notamment sous OQN et les établissements sous dotation globale, qu'ils soient publics ou privés, sans but lucratif d'ailleurs.

C'est un problème majeur parce qu'on voit mal comment, dans des villes moyennes, on pourrait maintenir des plateaux techniques ouverts 24h/24h avec des systèmes de garde éventuellement sur place, concurrents, avec des équipes qui, de toute évidence, ont une activité qui est faible. D'ailleurs, tout le monde connaît les chiffres de la CNAM sur l'activité d'urgence dans les hôpitaux et si l'on rapporte le nombre d'interventions au coût des systèmes de garde, c'est aujourd'hui quelque chose de tout à fait considérable. Alors, faut-il vraiment maintenir un orthopédiste de garde à la clinique dans une ville de 40 000 habitants face à l'orthopédiste de garde à l'hôpital au prix où est la chose et compte tenu de la contrainte sur la vie personnelle des individus que cela comporte aujourd'hui notamment avec la démographie médicale ? C'est un vrai souci. La DHOS est en train de se saisir du problème même s'il pose évidemment des questions qui d'ailleurs dépassent la compétence de la seule direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

D'ailleurs, un point et je vais en terminer par là. Nous avons un peu fait de la chirurgie ambulatoire le point de restructuration et nous avons beaucoup insisté sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

Un certain nombre de raisons : d'abord, parce que la chirurgie ambulatoire en France et quelles que soient les bonnes raisons qu'on avance à tout moment et que j'ai rencontrées d'ailleurs dans toutes les interventions que j'ai faites ces derniers temps sur ce sujet, le développement de la chirurgie ambulatoire en France est très faible par rapport au développement dans le reste de l'Europe, notamment l'Europe du Nord. On voit bien que, dans beaucoup d'hôpitaux, des activités qui pourraient en partie être prises en charge en chirurgie ambulatoire ne le sont pas et qu'il faut y venir. Alors pourquoi ?

Parce que c'est tout de même une réponse qui est souhaitée par les malades et notamment là où la chirurgie ambulatoire a été instituée, a été organisée, les malades sont en général, toutes choses égales par ailleurs, assez séduits.

Deux, les premières études menées semblent montrer, mais c'est normal, qu'il y a un risque d'infection nosocomiale moindre, il faudrait des études complémentaires, tous les spécialistes le disent. Cela permet, le cas échéant, une meilleure utilisation des lits et des places à l'hôpital et le fait que demain on ait peut-être besoin de moins de lits en chirurgie permettrait de donner de l'air à un certain nombre d'autres structures, notamment pour répondre aux besoins de l'urgence, en particulier en matière de prise en charge des personnes âgées.

Les études de coût qui ont pu être menées, qui sont pour l'instant très partielles, enfin les études du PMSI permettent de le dire tout de même, les études de coût du PMSI permettent de le dire, le coût de la chirurgie ambulatoire paraît être aussi inférieur à la chirurgie

classique, une étude en cours de la CNAM, des trois caisses d'Assurance Nationale Maladie qui permettra de valider cette théorie.

Il faut vraisemblablement être prudent pour l'instant sur ce point, mais les études le laissent penser.

Et puis, surtout, la chirurgie ambulatoire a un effet restructurant sur la chirurgie en général, c'est-à-dire que la chirurgie ambulatoire nécessite absolument une stricte discipline dans l'organisation des tâches et en particulier que l'on règle à l'intérieur de l'hôpital la coordination entre l'activité programmée et l'activité d'urgence. C'est-à-dire qu'on ne peut pas imaginer le développement de la chirurgie ambulatoire si on continue à avoir tous les jours, dans tous les hôpitaux français, des blocs opératoires où tout ce qui a été programmé est systématiquement perturbé par l'activité d'urgence.

Evidemment, c'est plus facile à dire qu'à faire. Je me suis attaqué à cela lorsque j'étais à AMIENS, il est évident que c'est très difficile à mettre en œuvre et que cela pose des tas de problèmes, mais qu'incontestablement, aujourd'hui, l'organisation des blocs fait que les professionnels ne peuvent pas s'y sentir à l'aise, tout simplement parce que tout ce qu'on a prévu est tous les jours complètement remis en cause et que c'est incompatible avec une organisation éventuelle de chirurgie ambulatoire et notamment, compte tenu des dispositions du texte français qui est beaucoup plus contraignant en matière de chirurgie ambulatoire qu'ailleurs. Je suis allé voir la « one » des cliniques à Bruxelles, on fait les dernières cataractes à 18 h et on met les gens à la rue à 20h. Les normes françaises font qu'on est obligé d'avoir une programmation qui est beaucoup plus prudente pour permettre une remise à la rue plus tardive par rapport à l'intervention et donc cela nécessite évidemment que les interventions qu'on a prévues sur un laps de temps relativement court soient bien coordonnées et ne soient pas différées, sinon on met à mal la chirurgie ambulatoire.

Voilà un peu les conclusions auxquelles nous sommes arrivés. Alors il est évident, je crois, c'est la leçon du travail que nous avons mené, que la chirurgie va, quoi qu'il arrive, connaître des évolutions très importantes dans les quelques années qui viennent sous la pression des faits, c'est-à-dire qu'on ne peut pas y résister, mais que s'il n'y a pas un effort de restructuration autour de ces considérations, s'il n'y a pas une prise en compte dans l'organisation générale des établissements dans une communauté d'activités, eh bien, nous allons vers des déconvenues massives, vers des situations où des hôpitaux seront tout simplement menacés ou d'autres seront en difficulté parce que même les plus grands hôpitaux sont frappés par le problème de démographie médicale, mais aussi par un problème qui se posera aux pouvoirs publics qui est l'accessibilité aux soins.

DISCUSSION

Bernard SCHMITT, Lorient

J'avais envie de revenir sur l'intervention de Marie-Christine POUHELLE qui est partie de façon légitime de l'utilisateur.

Au fond, elle s'est fait le porte-parole de la plainte. La plainte en tant que cri de l'utilisateur par rapport à son attente et par rapport à la réponse qui est faite vis-à-vis de son attente. Puis, c'est vrai que Monsieur NICOLLE nous a parlé d'une certaine forme de réponse ou en tout cas des interrogations par rapport à la réponse.

Alors qui dit plainte, dit porter plainte, alors je m'entends.

Porter plainte, porter la plainte, qui porte la plainte? C'est l'interrogation que je voulais avoir, parce qu'on peut crier, mais on peut crier dans le désert.

Alors, si c'est le patient lui-même qui porte plainte, on est dans le domaine de la procédure, c'est ce que nous voulons tous éviter par le dialogue, par l'équipe, c'est ce que j'ai cru comprendre. Si c'est l'institution qui se fait le porteur de la plainte du patient, on est dans le domaine du disciplinaire ou de l'organisationnel, quelle est la capacité que nous avons ? On a un exemple, mais est-ce que cet exemple est transposable à d'autres situations au sein de l'hôpital et puis, si c'est le soignant, on est dans le domaine de l'empathie, c'est-à-dire que c'est dans le domaine du changement de culture du soignant par rapport à la plainte du patient et ce qui veut dire, en terme de réponse individuelle de l'équipe soignante, qu'on va passer du soin en terme technique au prendre soin en terme, j'allais dire d'empathie et de visions collectives relationnelles à l'autrui et la question qui se pose et qui est en plein dans le thème de cette journée, c'est : comment passer d'une réponse technique indispensable à une réponse beaucoup plus globale et philosophique, mais qui est la base même de notre capacité à évoluer et à innover.

Alors, c'est peut-être un peu général, mais j'aimerais bien avoir éventuellement une réponse à cette interrogation.

Marie-Christine POUCHELLE,

Oui, je sèche bien sûr parce que c'est vous qui savez. Je veux dire par là que je crois vraiment que les changements les plus importants ne peuvent venir que du milieu lui-même ; tout ce que peut faire l'observateur, c'est de proposer des points de vue. Je ne suis pas en train de me défausser tranquillement alors non, je vais devenir comme les chirurgiens ambulants.

Vous savez que les chirurgiens ambulants sont une vieille tradition, on trouve ça au 15^{ème} – 16^{ème}, c'est dans notre histoire, on se dépêchait de partir parce qu'on préférait ne pas assumer les conséquences, mais je ne sais pas, vous avez raison de poser le problème comme vous le posez, mais dans cette histoire de porter plainte, on voit bien, en effet, qu'il est probable qu'énormément de procès, y compris celui qu'a gagné la jeune fille dont je parlais tout à l'heure, auraient été évités si sa plainte avait été entendue pour de bon. D'abord, parce que cela aurait été thérapeutique, ils se seraient quand même aperçus qu'elle faisait des pics de fièvre et qu'elle avait des douleurs fortes, c'était vraiment une infection, ce n'était pas difficile à voir si on l'avait écoutée au lieu de dire qu'elle était hystérique, donc déjà c'était thérapeutique et puis, surtout, j'ai l'impression que les patients sont absolument capables, contrairement à ce qu'on croit parfois, d'accepter que les médecins ne soient pas tout puissants et puissent se tromper à partir du moment où ils n'ont pas l'impression que d'emblée il n'y a pas eu contact, ni confiance de part et d'autre, c'est-à-dire qu'il y a eu une sorte de porte de prison et qu'alors, si cela se passe mal, là en effet on cogne et alors, le problème c'est la réponse de l'institution. Cette jeune fille disait qu'au fond, il n'y avait pas de réparation possible, que parmi la chose qui l'ennuyait, c'est que le chirurgien n'avait pas payé, payé au sens métaphorique, c'est-à-dire que l'assurance avait joué et, qu'au fond, si elle avait porté plainte, c'était pour prévenir la suite, c'est à dire pour protéger les autres patients et souvent dans les procès, on trouve ce genre de choses, c'est à dire que les gens portent plainte, moins pour obtenir de l'argent et moins pour obtenir une satisfaction (ah! je l'ai eu), que pour protéger la solidarité, protéger les autres.

Et là, c'est pour cela qu'elle l'a fait, mais ses parents, eux, que voulaient-ils faire ? Le père militaire de carrière a dit : « moi, à ce chirurgien, je vais lui couper les mains ! »

Alors, vous voyez qui porte plainte, je ne réponds pas tout à fait à ce que vous avez demandé finalement, mais je veux dire qui va porter ce genre de plainte.

Dans l'institution, c'est compliqué. Par exemple, pour ce qui est de la maison des usagers, où la plainte arrive, il n'y a pas que la plainte qui arrive dans une maison des usagers ; d'ailleurs, cela suppose, je ne l'ai pas dit qu'il faut toujours être permanent, dans une maison des usagers. Si vous créez un lieu où vous ne mettez personne dedans, c'est pareil. Mais du

coup c'est compliqué, parce que si le permanent est payé par l'hôpital, il fait partie de l'institution, donc il est transversal évidemment, mais il peut être conçu comme une sorte de trait par l'institution ou par les gens de l'institution et cela devient une fonction de médiation assez complexe.

En fait, j'ai parlé, peut-être pas pour ne rien dire, mais je n'ai pas de réponse à ce que vous proposez.

Pierre GALLOIS, MACON

J'aimerais poser deux questions beaucoup plus concrètes, deux choses dont j'ai l'expérience. Premièrement, les commissions de conciliation, qu'en pensez-vous ? On distingue bien de ce que vous avez dit que toutes les plaintes, pratiquement toutes les plaintes, sont dues à un défaut d'écoute et d'information.

Deuxièmement, pour ces maisons d'usagers, qui m'ont paru très intéressantes, que pensez-vous, est-ce que cela peut être aussi le lieu de domiciliation des associations de patients ? Dans mon hôpital, nous avons accueilli dans les locaux de l'hôpital les alcooliques anonymes, l'association des diabétiques et d'autres associations. Est-ce que cela peut être un élément de cet échange ?

Marie-Christine POUCHELLE

Pour ce qui est de la place des associations de patients dans la maison des usagers, bien sûr elles sont concernées. Se pose parfois un problème, parce que ces associations ont le sentiment qu'elles sont parfois propriétaires des usagers. A l'hôpital POMPIDOU, le chargé de mission des usagers de cette maison a essayé de trouver (alors il y a les associations et les bénévoles aussi qui prennent une place parfois de plus en plus importante) d'autres usagers que les membres d'association et que les bénévoles. Et il s'est rendu compte que, là aussi, il y avait tout à coup des histoires de pouvoir, comme partout, et que c'était difficile. Mais, en effet, les associations peuvent être tout à fait des moteurs et je pense que quelqu'un qui est très actif à Pompidou et qui a été longtemps responsable d'AIDS en Ile-de-France, donc les malades du SIDA participaient à la commission de surveillance aussi à BROUSSAIS. Oui, je crois qu'il y a une place tout à fait importante.

Pour ce qui est des commissions de conciliation, tout dépend comment elles fonctionnent évidemment. J'ai remarqué qu'on donne parfois la commission de conciliation à un médecin à la retraite en disant qu'il a le temps. Oui, mais c'est compliqué, oui c'est une très bonne affaire, mais en même temps c'est une position délicate par rapport aux confrères, par rapport aux autres services, je ne sais pas qu'elle est la formule possible.

Parce que ces médecins connaissent bien la maison et en même temps sont un peu extérieurs, mais ce n'est pas forcément facile et ce que j'ai observé en tout cas, pour le premier hôpital sur lequel je travaillais, c'est que la commission de conciliation fonctionne trop tard souvent, c'est-à-dire que le mal est déjà fait. Cela vient après, c'est le dernier rempart, on essaye, tout à coup on faisait savoir aux parents : « venez donc à la commission de conciliation parce que vraiment cela va mal », mais c'est déjà trop tard, les parents, je pense à un cas très précis, sont suffisamment en colère pour avoir déjà écrit au comité ethnique national.

A ce moment-là, au plaignant, la commission de conciliation apparaît comme un pauvre moyen, c'est vraiment mal vu.

Bruno GERBAUD, Bourg en Bresse

Je voulais tout d'abord remercier Monsieur NICOLLE de son intervention, j'ai pour la première fois entendu une résonance qui m'a semblé juste, peut-être pas pour la chirurgie ambulatoire, mais ce n'est pas grave, c'est un mythe qui va mettre un petit moment à se nettoyer.

Pour tout le reste, c'est la première fois que j'entends quelqu'un qui, après une analyse, enfin pour moi, de tutelle, parle vrai, dit des choses très justes.: j'ai entendu le risque de la disparition, la mort de la chirurgie publique, quelque chose qui m'angoisse depuis longtemps,

Je voulais lui demander : à partir de cette constatation je pousserai un petit peu sur un combat qui me semble perdu d'avance : la règle du jeu a pour l'instant été établie de telle sorte que le secteur privé choisisse son créneau, choisisse sa part de gâteau, que le public ne peut que subir les contraintes, ne peut que subir cette évolution, de ne pouvoir qu'assumer ce qu'il lui reste, ce que le privé ne veut pas, c'est-à-dire ce qui est trop lourd, comme l'urgence, l'obstétrique où il faut se lever et avoir des anesthésistes qui acceptent de se lever à trois heures du matin pour les péridurales. Le public ne peut que subir, le privé choisit. Or, l'arbitre là-dedans, c'est quand même notre tutelle, nos Ministères. Quels moyens peuvent-ils prendre, ont-ils décidé de prendre entre les possibilités de modification des cotations, de la rentabilité de telles et telles activités et entre les obligations éventuellement qu'on peut imposer de partager, pour le secteur privé, de certaines obligations d'urgence, de certaines obligations d'activité non rentable éventuellement, quels sont les moyens qu'ils espèrent pouvoir un jour prendre pour sauver cet hôpital public, de cet avenir qui me paraît très très sombre.

Daniel NICOLLE

D'abord, je dois vous dire que j'ai commencé ma carrière à Bourg-en-Bresse. Il n'y a pas de réponse précise à la question, mais il y a un instrument tout de même. C'est que dans le cadre des SROSS et de la contractualisation, il peut y avoir des objectifs fixés aux hôpitaux privés.

Bien entendu, il y a deux contraintes. La première, c'est qu'on ne peut pas les obliger, Prenons l'exemple des urgences, c'est-à-dire qu'un hôpital privé qui ne veut pas demander d'unité de proximité ou à fortiori de SAU, ne peut pas être contraint à le faire et donc c'est l'hôpital qui va évidemment avoir la charge, y compris la charge chirurgicale éventuelle. Encore que c'est à ce niveau peut-être que peut s'organiser la coopération, parce que c'est l'intérêt de tout le monde. C'est l'intérêt de tout le monde que les chirurgiens du privé maintiennent aussi leur savoir-faire hors des seules activités programmées. C'est un aspect.

La deuxième chose que vous avez évoquée qui est la refonte de la nomenclature ou le passage au nouveau système de cotation qui est dans l'air. Je ne m'engagerai pas sur ce point. D'ailleurs, le groupe de travail s'est bien gardé d'aller sur ce terrain parce que c'est en négociation entre les partenaires auprès de la CNAM, mais nous avons simplement dit que c'était un des éléments bien sûr de la situation, cela ne se pose pas essentiellement pour la chirurgie en l'état actuel des choses, bien entendu, une partie du déséquilibre et notamment du déséquilibre démographique est due à la différence de rémunération entre le public et le privé.

Je ne peux pas aller au-delà, simplement il y a vraisemblablement encore des contraintes qui sont levées, qui ne seront pas faciles à lever, mais il y a un champ d'action dans lequel on n'est sans doute pas allé, dans lequel on peut aller.

Danielle TOUPILLIER, DHOS

Ce débat est extrêmement important et nous avons essayé de l'ouvrir justement au travers de la péri-natalité, puisque nous avons eu la grève des gynécologues – obstétriciens, des

anesthésistes et des pédiatres qui a été très forte, qui a beaucoup influencé l'activité des hôpitaux publics et nous nous sommes dit : « à partir du moment où l'on a une autorisation ministérielle d'activité, il est essentiel que la contrainte soit partagée ».

Donc, l'idée sur laquelle nous avons travaillé avec l'ensemble des trois spécialités concernées du secteur public et privé, c'était d'admettre le fait que nous devions effectivement voir du côté du privé pourquoi il y avait une contrainte particulière qui n'était pas honorée et comment nous pouvions éventuellement réparer et rééquilibrer un petit peu la contrainte. Alors, nous avons inventé un système qui peut-être se généralisera sur d'autres activités. D'une part, nous avons créé un forfait naissance qui joue sur l'institution de la clinique, c'est-à-dire qui la met en situation d'avoir un seuil de rentabilité acceptable, puisque nous avons mesuré qu'un certain nombre de cliniques privés n'avaient pas d'avantages économiques, avoir une activité de gynécologie – obstétrique particulièrement contraignante, compte tenu des équilibres et de la permanence de soins qu'elle induit. C'est d'ailleurs souvent des cliniques privées qui se sont dégagées assez vite sur l'activité de maternité.

Deuxième point, nous avons créé, pour la première fois, un système de forfait de garde pour les gynécologues-obstétriciens, des anesthésistes-réanimateurs et des pédiatres qui peuvent être potentiellement concernés, un peu à l'équivalent et sans déséquilibrer le secteur public, à l'équivalent des gardes qui sont prises par le secteur public qui vient en complément du forfait accouchement qui correspond pour eux le salaire.

Donc, nous avons essayé d'équilibrer un petit peu les contraintes et à l'intérieur de statuts différenciés, comme Daniel NICOLLE le disait, la grosse difficulté c'est de concilier des statuts qui sont aujourd'hui assez inconciliables et donc nous avons essayé d'amorcer avec la périnatalité peut-être une manière de voir un peu différente et nous considérons que l'autorisation ministérielle, c'est une contrainte partagée et qu'on ne peut pas, en ayant cette autorisation, se désengager et laisser aux autres le soin de remplir l'ensemble des obligations selon les négociations ministérielles en cours.

Donc, c'est un peu l'esprit dans lequel nous allons, nous avons fait un petit peu la même chose sur les urgences et probablement que cela s'étendra aux activités encadrées au plan national et soumises à autorisation pour le secteur privé.

Yvan SAINSAULIEU, sociologue

J'interviens tout à l'heure sur l'enquête des hôpitaux qu'on est en train de faire.

Je vais poser une question à Monsieur CREMADEZ, à propos de la transversalité. Vous dites que finalement qu'on regarde cette affaire et cette volonté de marcher par pôle et donc vous insistez sur la dimension de projet avant celle de structure, vous dites que ce n'est pas seulement dans la concertation au sommet qu'on va résoudre le problème, mais il faut qu'il se passe quelque chose dans les unités fonctionnelles. Donc, j'avais envie de vous demander : que faut-il qu'il se passe dans les unités fonctionnelles ?

Michel CREMADEZ

Etre dans un pôle et dans une unité fonctionnelle, c'est la même chose. Ce que je veux dire, c'est que lorsque l'on est dans un milieu hiérarchique, la hiérarchie prend la place des acteurs pour dire aux acteurs ce qu'ils doivent faire.

Un pôle, ce n'est pas un univers hiérarchique, c'est un univers dont les acteurs sont concernés, élaborent la conduite qu'ils vont mener.

Je retrouve les mêmes aux UF et les mêmes aux pôles. Et c'est très important, quand on regarde la manière dont cela fonctionne à l'heure actuelle, comme vous avez un service et un chef de service, si vous demandez au chef de service d'assister à toutes les commissions diverses et variées, d'abord il ne peut pas et deuxième point, il n'en a rien à faire pour les trois quarts. Pourquoi ? Parce qu'il s'est spécialisé plutôt dans tel domaine et si ce n'est pas

le domaine de la commission, il y va une fois, et puis pas deux. Et le résultat, c'est que son service est absent de la commission, alors qu'il a, à côté de lui, un PH ou un assistant qui, lui, est spécialisé, qui aurait des choses à dire, mais à qui on interdit de dire quoi que ce soit.

Si on veut valoriser, si vous voulez, cette réalité, cette diversité, il faut dire que les pôles sont constitués de ceux qui mettent en œuvre la réponse aux besoins que le pôle a et cela, c'est extrêmement important, parce que cela valorise une capacité de leadership qui est très grande au niveau des hôpitaux.

Je suis très frappé par une chose, c'est qu'on raisonne aussi en terme de territoire quand on pense public et privé et on a beaucoup fonctionné en disant que le public, c'est la santé publique et le privé, c'est le profit. Erreur fondamentale, que dit-on à l'heure actuelle ? On est en train de dire, à l'heure actuelle, que la santé publique est transversale, elle n'appartient pas à l'hôpital public ou à la clinique, c'est un problème qui concerne tous les acteurs de santé et que sur les problèmes prioritaires de santé publique, les clivages anciens ne doivent plus exister.

Il y a une chose qui me frappe dans ce qu'a dit Monsieur NICOLLE tout à l'heure. On s'en remet au SROSS pour faire un cadrage de la chirurgie, je crois que c'est une erreur fondamentale, vous m'excuserez de le dire comme ça, parce que le problème, ce n'est pas qu'il y ait un SROSS qui définisse des lieux et qui contingente une ressource, c'est qu'il y ait un exercice qui se fasse pour répondre à des besoins.

J'ai vu la différence qu'il y a entre planifier et faire se réunir des acteurs confrontés à une problématique commune de site ou de bassin. Il faut d'abord des ressources qui sont tout à fait différentes, pour amener des acteurs, qui sont antagonistes au départ, à admettre qu'ils ont un objectif commun et à se confronter à cet objectif et il faut les aider à faire ça. C'est à dire que ce n'est pas parce qu'on aura concentré des blocs opératoires sur un hôpital que pour autant on aura résolu le problème ; à mon avis, on aura encore plus compliqué le problème.

Pourquoi ? Parce que ce bloc qui sera localisé à un endroit sera un lieu d'appropriation pour une partie des acteurs qui rejettera l'autre partie des acteurs. Vous l'avez très bien expliqué quand vous avez expliqué l'expérience du Poitou – Charente dans laquelle on enlève à l'un quelque chose, résultat il y a tout qui part à l'autre.

Par conséquent, il faudrait, je crois, qu'on accepte une chose, c'est qu'en matière de tutelle, il est grandement temps d'abandonner une vision qui est planificatrice pour adopter une vision qui est une vision de structuration et d'aide à la structuration des acteurs dans leur exercice et que ce n'est pas très coûteux d'aider les gens à communiquer, à collaborer et à envisager ensemble quelque chose qui fasse du bien à tout le monde. Parce que, ce qu'on constate à l'heure actuelle, c'est qu'à travers ces systèmes territoriaux, on a des absurdités, c'est-à-dire qu'on a des chirurgiens ou des anesthésistes qui, pour protéger leur territoire, acceptent ou ont accepté jusqu'à une certaine période de vivre des vies de chien, alors qu'il y en avait d'autres qui vivaient des vies normales, mais ils n'auraient jamais, pour tout l'or du monde, accepté de parler avec les autres pour leur demander, parce qu'ils avaient peur que les autres prennent leur territoire.

Je crois que là, il y a une très grosse évolution qu'il faut jouer, on est dans la même mouvance si vous voulez : on ne peut pas parler de transversalité et continuer à réfléchir la planification dans la verticalité. On est encore dans cette dualité-là en France.

Pierre GALLOIS, MACON

Je voulais simplement, pour avoir réfléchi depuis plus de 30 ans (la première réunion du GERHNU a été consacrée à la départementalisation), remercier Monsieur CREMADEZ de son intervention et d'avoir ouvert sur cette évolution actuelle des départements, des réseaux, etc.. qui sont verticaux, centrés sur l'organe.

La transversalité, ça n'est pas cela. Ce qui m'a inquiété et c'est la question que je veux poser très rapidement : comment faire pour passer à une transversalité qui prenne bien en compte le patient ? Actuellement, on ne traite plus, dans l'hôpital, des patients, on traite des organes et c'est cela qui explique tout ce que nous a montré Madame POUCHELLE tout à l'heure.

Michel CREMADEZ

Arrêtons de penser à structurer des moyens. C'est-à-dire qu'on est toujours en train d'essayer de concentrer, de structurer des moyens et on n'oublie systématiquement à quoi ça sert.

On ne se pose pas la question : « cette chirurgie est faite pour quoi ? ». Est-ce qu'on va structurer de la même manière une chirurgie qui est faite pour s'insérer dans ce milieu, par exemple de cancérologie ou pour une chirurgie qui a un autre objectif ? Est-ce que cela va nécessiter d'associer les mêmes compétences, les mêmes ensembles ? Non. Alors, arrêtons de penser moyens, de banaliser si vous voulez tout sur le plan des moyens, parce que cela ne résout pas notre problème. Cela peut résoudre éventuellement un problème qui est le problème d'allocation de ressources du haut vers le bas, dans un univers de limitation de ces ressources, mais on voit très bien depuis maintenant pratiquement 30 ans que cela fait peur.

Françoise JUNGFER, SENS

Pour ce qui concerne votre intervention, Monsieur CREMADEZ, j'aurais bien aimé que vous alliez un peu plus loin. Vous nous avez pris l'exemple de NANTES et de la contractualisation interne dont va parler Monsieur HELOURY tout à l'heure.

J'ai l'impression qu'on a créé les outils pour que l'on puisse travailler ce contrat d'objectif, contrat d'objectifs et de moyens interne. Quel est votre sentiment sur la contractualisation toute simple entre les structures, entre les UF, entre les acteurs ? Est-ce que cela, ce n'est pas un modèle organisationnel ou un canevas qui pourrait nous aider, parallèlement à, et je reviens sur ce que disait Pierre GALLOIS, lutter contre notre fâcheuse tendance à parler d'organes ? Est-ce qu'il y a des idées pour que l'on puisse, dans nos établissements, travailler en terme de processus ?

Et avant que vous ne répondez, j'aurais deux remarques :

La première, c'est sur l'intervention de Daniel NICOLE, le problème des statuts et des modes de rémunération. Je me souviens lorsqu'on était chez Jean-François DURR 1996 à la sortie des ordonnances, on a dit très clairement dans les débats que, de toute façon, à un moment ou à un autre, on ne ferait pas l'économie de réfléchir aux modes de rémunération et aux statuts des professionnels de santé.

Deuxième remarque, vis-à-vis de ce que vous dites sur la chirurgie ambulatoire. Ces activités de chirurgie ambulatoire isolées qu'on a implantées dans des établissements où, paradoxalement, on supprimait les autres modes de chirurgie, quelque part, peut-être que je me trompe et les gens de la DHOS vont pouvoir rectifier si besoin, ces structures ont été mises en place un petit peu en tant que médicament, comme anxiolytique, comme anti-dépresseur face à la suppression de l'activité globale de chirurgie et au deuil qui devait se faire ; parce que, dans notre échelle de valeur, dans le monde de la santé, on considère que là où il n'y a pas de chirurgie et pas d'accouchement, il n'y a point de salut.

Michel CREMADEZ

Sur la contractualisation, il faut se dire une chose. Si la contractualisation, c'est quelque chose qui se place à l'intérieur d'une structure pour régler les rapports entre deux acteurs, cela ne marchera jamais. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a aucune raison pour qu'ils règlent leurs rapports autrement que par des rapports de pouvoir s'ils n'ont pas d'objectif commun.

Par pitié, ayons des objectifs communs qui sont nécessairement externes et tournés vers un service rendu avant de parler de contractualisation, or parce qu'on a une vision gestionnaire et qu'on est polarisé sur l'intérieur de la structure, on va se baser sur des relations entre des unités de prestation de service entre des unités, mais ces unités ne savent pas pourquoi. Donc le gros du travail, c'est d'identifier les objectifs de cette coopération et de flamber la contractualisation là-dessus.

Les mondes sociaux de l'hôpital face à la modernisation – Yvan SAINSAULIEU, Professeur des Universités à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, Laboratoire de Sociologie du Changement des Institutions, CNRS

Merci en tout cas à vous, de nous avoir proposé de venir présenter cette enquête. Les autres membres de l'équipe auraient bien souhaité venir, certains n'ont pas pu pour des raisons médicales et vous transmettent leurs salutations.

En ce qui concerne l'enquête « mondes sociaux », la première chose à voir, c'est que les mondes sociaux de l'entreprise, c'est un livre qui est la bible des gens bien, et donc qui recueille les résultats d'une enquête qui a mis au point des modèles qu'on essaye d'utiliser pour les hôpitaux.

L'objectif de l'enquête « Les mondes sociaux de l'entreprise », c'est une typologie des fonctionnements des entreprises avec donc la recherche de l'articulation entre des régulations sociales d'établissement et des performances économiques.

L'idée, c'est qu'on essaye de voir comment s'agence un certain nombre de dimensions qu'on voit dans le bas du tableau, la structure, l'organisation du travail, les modes de gestion des hommes, les jeux d'acteurs, les identités et les cultures au travail.

Donc, les interactions entre ces différentes dimensions sous contrainte de l'environnement et en tenant compte des objectifs de la performance, eh bien, ce doux mélange donne des mondes sociaux d'entreprise. L'enquête originale qui a donné lieu au livre c'est un nombre d'établissements important, 81, 4000 entretiens. En réalisant donc 4000 entretiens avec la mise au point d'un grand nombre de variables traitées quantitativement, on arrive à la projection sur 5 mondes sociaux qui apparaissent sur deux axes différents. Le premier, c'est l'intégration par la culture d'entreprise, donc l'intégration informelle culturelle et (en bas, la flèche), c'est l'intégration par la règle, donc formelle. Et d'autre part un autre axe, du changement ou de la reproduction.

Cinq mondes sociaux apparaissent au terme de l'enquête initiale. « L'entreprise communauté » où grosso modo les relations sont définies par l'affectif, par le groupe communautaire, par des interactions culturelles. L'autre monde (en blanc), c'est « l'entreprise modernisée » où, là, ce qui est fondateur, c'est le métier, notamment les nouveaux métiers, le troisième monde (en blanc) correspond à ces trois mondes-là, aux mondes disons « légitimes », c'est-à-dire ceux qui ont un relatif équilibre, une relative cohérence, c'est « l'entreprise bureaucratique » qui est plus classique et où évidemment la règle est centrale.

Il y a deux mondes, disons plus en difficulté, dont l'un est traditionnel, « l'entreprise DUALE » c'est-à-dire une séparation nette entre la conception et l'exécution, c'est le monde du taylorisme et puis « l'entreprise en crise » qui, elle, correspond plutôt à des difficultés horizontales, c'est-à-dire de conflits entre métiers, entre générations, donc entre l'ancien et le nouveau notamment.

Alors, une fois que l'on a ce schéma général d'interprétation du fonctionnement, de la dynamique socio-culturelle des organisations, qu'est-ce qu'on fait ? Eh bien à la demande de l'Assistance Publique, du Ministère, également maintenant la Fédération des Hôpitaux Privés,

on va voir quatre hôpitaux pour voir comment ça se passe, c'est-à-dire quatre hôpitaux de la région parisienne pour l'Assistance Publique, quatre hôpitaux de la région parisienne pour le Ministère et puis bientôt quatre hôpitaux pour le privé.

Quels sont les résultats provisoires puisqu'on n'est pas au terme de cette enquête, elle est en cours, on a actuellement réalisé 200 entretiens et on a couvert un nombre de sites importants, faisant à chaque fois des entretiens avec tous les métiers et tous les grades différents, aussi bien soignants et non soignants à tous les niveaux.

Je dirai simplement puisqu'il y a trois volets : les structures, les jeux d'acteurs et les identités et la culture.

Sur le premier volet, celui de l'organisation, on voit deux choses principales. La première, c'est qu'il y a deux types de structures, c'est-à-dire des structures ouvertes correspondant à ce qu'on appelle le modèle organique et des structures plus fermées correspondant au modèle mécanique qui sont les structures adaptées à leur environnement, c'est-à-dire que plus cela bouge, plus il faut être réactif, plus vous êtes dans l'organique et donc si j'ai une équivalence entre un nombre élevé de contingences à gauche et une grande souplesse de la structure en bas à droite, j'arrive à une structure qui sait s'adapter à la conjoncture changeante, un modèle organique et effectivement, on voit des services, là pour exemple bon neuropsychiatrie, pédopsychiatrie, brûlés etc..., qui sont apparemment adaptés à un environnement changeant et inversement, un environnement faiblement changeant en terme aussi bien de population que de technologie que de concurrence du marché que d'emploi ou de changement venant de la tutelle. Et bien, si on a un environnement moins changeant, on a une structure plus rigide et on voit effectivement que cela correspond pour la radio, la logistique et le bloc.

Par contre, si vous avez une structure comme les urgences qui apparaît fortement exposée à des contraintes aléatoires, c'est-à-dire les changements et que sa structure n'est pas assez souple, il peut y avoir un déficit structurel et c'est la question posée notamment par exemple pour les urgences, à savoir si les urgences ne sont pas faites pour être dans un hôpital de proximité. A partir du moment où vous avez une grande ouverture des missions de proximité, évidemment, il faudrait que la structure soit adaptée et il y a contradiction avec des structures très spécialisées, on ne sait pas où mettre les polypathologiques.

Donc, c'est un premier résultat.

Un deuxième résultat concernant toujours l'organisation, donc premier point des structures adaptées ou non au changement, deuxième point la question d'une pression quantitative dans l'organisation du travail qui justement interagit avec des effets négatifs sur les deux types de structures, je m'explique. Si vous êtes dans un univers déjà travaillant avec un type de travail plutôt quantitatif avec beaucoup d'actes, une pression quantitative risque d'entraîner une perte d'autonomie. C'est le manipulateur radio qui se demande avec l'automatisation, éventuellement l'accroissement de l'activité, quelle est son autonomie dans le travail.

Inversement, l'augmentation d'une pression quantitative sur les milieux qui ont un type de travail ouvert, qualitatif, relationnel pose le problème du maintien de cette activité relationnelle. C'est l'infirmière qui a des gestes techniques et des gestes relationnels et qui dit « je n'ai pas le temps de faire le relationnel ».

Donc cela, c'est le deuxième repérage sur le volet organisation, à savoir la cohérence entre pression qualitative et organisation du travail dans les deux types de services différents.

Ensuite, toujours très vite, on voit les résultats sur l'identité, 2^{ème} volet.

On voit le schéma de référence dans l'analyse des mondes sociaux qu'il y a six modèles identitaires du point de vue des professions.

Alors les deux axes, c'est la sociabilité qui peut être plus ou moins forte, donc on est plus ou moins collectif ou bien individuel dans le travail, et deuxième axe horizontal c'est toujours cette notion de règle d'interaction par la règle ou bien l'interaction informelle.

Six identités :

L'une réglementaire qui est : « je viens pour le salaire ou le statut ».

La mobilité, « je viens pour la carrière »,

Le modèle de service public, « je viens pour la relation à autrui »,

Le modèle professionnel, c'est le goût du métier,

Le modèle entrepreneurial qui inclut une dimension de gestion de l'ensemble,

Le modèle communautaire qui est la défense communautaire.

Alors, qu'est ce qu'on voit dans les hôpitaux ? On voit, bien sûr, une répartition dans tous les modèles, vu le nombre de professions dans les hôpitaux, cela aurait été dommage, mais ce qui nous a intéressés, c'est qu'alors que le modèle professionnel est central dans les hôpitaux et on retrouve toute cette dimension, on en voit aussi les difficultés au niveau de l'identité, c'est-à-dire une espèce de tendance centrifuge qui fait qu'on cherche des solutions alternatives au modèle professionnel, pourquoi ?

Et bien parce qu'on est tenté par une défense communautaire (en bas) à gauche, on est tenté par un repli vers le règlement, mais qui n'est pas toujours possible, encore faut-il pouvoir faire le minimum syndical ! Un modèle de mobilité qui a ses charmes surtout en terme de mobilité horizontale, c'est à dire « je vais changer d'hôpital, je vais changer de service etc... » donc marginalement, là, le modèle entrepreneurial.

Donc, il y a toute une composante professionnelle très forte, aussi bien profession au sens métier : savoir, transmission du savoir, exercice de son savoir, que dans la rubrique relationnelle où vous voyez, on a mis, je souligne les aide-soignantes et les assistantes sociales qui sont effectivement dans un modèle relationnel très fort et pas toujours d'ailleurs reconnu en ce qui concerne notamment les aides soignantes.

Alors, après le plan des identités professionnelles, maintenant le plan des cultures. Sur le plan culturel, on a en fait deux choses.

Sur le plan des cultures, c'est-à-dire pas seulement sur le plan des identités professionnelles, mais quelque chose de plus transversal, on a des cultures communautaires qui se trouvent de deux façons, il y a deux consensus communautaires culturels, il y a le consensus face à l'adversité...

On en parlait tout à l'heure sur l'hôpital de GAP avec une infirmière chef qui me disait qu'il y avait une culture locale. On peut très bien comprendre qu'il y ait des cultures locales sur le plan géographique, mais dans les grands hôpitaux de dimension inhumaine, disons-le, on voit plus des cultures au niveau des grandes filières de discipline qui ne sont pas forcément des services, mais qui fondent une approche commune du patient.

Donc, deux types de culture, une culture face à l'adversité et une culture de filière.

Sur le plan maintenant des jeux d'acteurs, le schéma de référence des mondes sociaux, c'est trois jeux d'acteurs possibles. L'opposition (en haut), au milieu la négociation et le consensus (en bas) avec à chaque fois des formes différentes.

Eh bien, qu'est ce qu'on observe dans les hôpitaux ? On observe bien sûr des conflits à la fois horizontaux et verticaux. On a essentiellement des conflits partiels, que nous appelons « antagonisme », notamment entre les professions. C'est souvent des professions qui se chevauchent comme, par exemple, anesthésie et chirurgie, infirmière et aide-soignante, psychologue et psychiatre, cadre infirmier et médecin, équipe du matin et de l'après midi. Et on a des tensions verticales que nous appelons « la domination » à l'échelle notamment de service, c'est-à-dire dans les services où il y a soit pour des raisons structurelles, soit pour

des raisons personnelles, c'est-à-dire chef à caractère ou à poigne, des tensions de domination.

Le deuxième schéma qu'on trouve, c'est dans le cas du consensus, le consensus qui suppose une place importante de l'affectif, c'est cela qui nous a frappés, notamment dans ces filières soins comme pédiatrie ou gériatrie, une place très importante de l'affectif et qui fonde un consensus.

Et troisième figure de relation d'acteurs : la négociation, qui en fait n'est pas le modèle le plus abouti, c'est-à-dire que ce qu'on voit, c'est qu'il y a de l'ajustement négocié dans les services, mais que cet ajustement négocié n'a pas de dimension positive au sens de la transformation négociée et qu'on voit plus des interactions souvent répétitives autour de l'incertitude non résolue, de problèmes non résolus. Alors ces incertitudes non résolues, elles sont bien connues des agents hospitaliers. Je peux vous en donner quelques-unes : l'occupation des lits, les délais d'attente des patients, les délais d'attente entre services, le chevauchement des tâches, la maîtrise incertaine des plannings, la prise de repos supplémentaire, l'innovation technique, la pointe des machines... Bref, autour de ces incertitudes, se font de différents types de relation, mais on voit beaucoup de l'ajustement négocié, c'est-à-dire un coup ça passe, un coup ça casse, ça discute vraiment pour adapter la règle rapido, mais on voit peu de réels échanges qui fonderaient d'une transformation négociée.

Conclusion de tout ça, les mondes sociaux dans les hôpitaux.

Pour l'instant, le constat qu'on fait, c'est une évolution double d'une part des communautés à l'échelle de service, qui soit se reproduisent, donc ça roule en quelque sorte, soit se dualisent, c'est-à-dire on pourrait mettre de l'entreprise communauté vers le bas, vers l'entreprise DUALE, c'est à dire ça se dualise au sens qu'il y a des tensions sur la communauté qui font qu'il va y avoir des différenciations entre notamment le haut et le bas, le sommet, l'exécution. Soit autre évolution possible, repérée pour l'instant, ce sont des entreprises bureaucratiques qui ont des aspects de crise, c'est-à-dire qu'on voit des tensions fortes entre générations, entre métiers nouveaux et anciens, qui donc remettent en question bureaucratique initiale.

Pour l'instant, nous n'en sommes pas à des conclusions définitives, nous voyons des évolutions et finalement, s'il y a un mot qui pourrait permettre de résumer cette approche ou ces premiers résultats, c'est finalement d'apporter de l'attention à la dimension du service qui est quand même, alors il ne s'agit pas de tomber dans la mythologie du service où tout le monde serait solidaire et est une belle communauté dans le travail qui est aussi une idéologie de dirigeant, mais c'est vrai que c'est quand même l'unité de référence des personnels au travail dans les hôpitaux. Et sans doute il ne faudrait pas négliger trop cette dimension de service si, en tout cas, on s'intéresse aux capacités d'attachement culturel des personnels à leur travail.

Le cadre juridique et son utilisation ; bilan et perspectives – Danielle TOUPILLIER, Conseiller technique, DHOS

Merci au GERHNU de m'avoir invitée et à sa Présidente,

Merci à l'équipe de GAP qui m'a accueillie hier et aujourd'hui

Et puis un petit clin d'œil à Philippe RENO, mon ami, le fidèle, nous nous connaissons depuis 1992, un grand chemin ensemble.

Et puis, à quelques missionnés DHOS, puisque nous avons comme pratique, au ministère, de prendre des professionnels choisis qui vont à la rencontre d'autres professionnels pour essayer de faire évoluer un petit peu les organisations et donc, nous allons en parler dans quelques instants.

Je voudrais, comme nous avons vingt minutes, répondre, si je peux, à toutes les questions, mais nous avons vingt minutes. Je veux vous présenter un petit peu le parcours du cadre juridique en quatre grands flashs qui seront donc volontairement schématiques.

Je voudrais déjà recamper le décor, que vous connaissez bien, de l'organisation sanitaire en France et je vous remercie, Daniel NICOLLE, d'être mon co-équipier.

L'organisation sanitaire en France est caractérisée, d'une part, par une organisation qui reste planifiée, mais qui doit être réaménagée, c'est important de le dire. Nous avons dans l'ordre d'organisation deux grands supports d'organisation sanitaire, d'une part la carte sanitaire dont vous savez qu'elle gère à la fois les autorisations de lits, les autorisations de places, les autorisations d'activités, je dirai même de certaines activités et également certains équipements de matériel lourd.

L'objectif est une volonté du ministère de déconcentrer les autorisations. Nous avons commencé à le faire de manière très active, notamment au travers des équipements matériels lourds pour la partie imagerie, donc ce sera compétence de l'ARH, l'objectif étant que le ministère devienne, ce qu'il doit être dans une administration traditionnelle, à la fois pilote des politiques et des actions publiques, à la fois animateur et coordinateur, à la fois évaluateur et, le cas échéant, contrôleur, mais qu'il n'aille pas dans des dimensions qui sont des dimensions loco-régionales et qui doivent gérer effectivement des dimensions au plus proche du terrain.

Le deuxième support, c'est le SROS que vous connaissez bien, schéma régional d'organisation sanitaire. Nous allons entrer dans le schéma régional d'organisation de la troisième génération, je dirai même de la troisième dimension. Alors, Monsieur CREMADEZ a fait des commentaires effectivement très intéressants sur la notion de territoire. Et bien, nous sommes interpellés sur la notion de territoire justement, nous sommes dans la dimension du secteur, nous sommes dans la dimension de la région, or nous voyons des projets fleurir qui sont inter-régionaux, nous avons des dimensions d'activité nationale, nous avons la notion de bassin de vie dont certains parlent, nous avons probablement à repenser aussi la planification avec beaucoup d'organisation en terme de territoire de santé, mais pas de territoire au sens effectivement cloisonnant, nous avons donc à revoir également la planification et je dirais un petit mot sur cette première considération : nous devons progressivement passer d'une offre de soins planifiée à une offre de soins organisée, adaptée et coordonnée, à la fois en interne et en externe, des établissements de santé.

Maintenant, nous allons pénétrer un peu au cœur de l'organisation interne de l'hôpital et j'aimerais mettre l'accent sur un point important. Il existe juridiquement une liberté étendue dont nous considérons qu'elle a été insuffisamment conquise par les hospitaliers. Philippe RENOU m'avait demandé de ne pas avoir la langue de bois, donc je dirai clairement les choses et ensuite nous aurons certainement un grand débat.

Le premier point que je voulais signaler, c'est la liberté d'organisation. Il y a un principe, l'hôpital s'organise librement, et il n'y a que quelques exceptions. Or, l'exception, dans l'esprit de beaucoup, devient la règle générale à l'hôpital. Les exceptions sont des activités qui sont planifiées, encadrées, organisées pour des raisons de sécurité sanitaire, pour des raisons de coût, pour des raisons de compétence et de qualification des personnels en nombre suffisant et pour des considérations d'ampleur du plateau technique, je pense notamment chirurgie cardiaque, urgence, réanimation, les greffes. Mais il faut savoir que nous avons seulement, au total, juridiquement, huit à neuf grandes activités encadrées à l'hôpital.

Donc, le monde à l'hôpital n'est pas encadré autant qu'on veut bien le dire, autant qu'on veut bien le vivre. C'est un point extrêmement important, puisque nous allons voir que l'organisation reste très classique à l'hôpital, nous avons fait un petit sondage pour voir l'innovation au cœur de l'organisation, comme elle s'est opérée. On voit que, dans la très grande majorité des établissements, nous sommes dans le schéma classique, unité fonctionnelle, service, département au sens réduit du terme, on verra qu'il y a quelques lois d'exception. Monsieur ALQUIER a une vision du département qui est effectivement déjà la structure libre dont je vais parler et nous avons la fédération qui a souvent été construite à partir des disciplines et spécialités du concours national de praticien hospitalier. Quand on les regarde de très près, nous avons calqué pratiquement par rapport à la spécialité dominante des médecins qui allaient dans la structure considérée.

Alors que la loi prévoit les structures libres, alors vous allez avoir l'exposé du Professeur HELOURY tout à l'heure qui est intéressé et de Monsieur ALQUIER, puisque nous avons des CHU et des CH qui ont été justement dans l'esprit de la structure libre, c'est-à-dire on a organisé, on a inventé l'hôpital autrement.

Donc, ils vous expliqueront, leur expérience est intéressante, et probablement évolutive. Mais effectivement, on voit que certains ont cheminé dans une vision du monde qui est une prise en charge globale du malade, avec le souci d'une coordination inter-disciplinaire, jouant à la fois sur pluri-disciplinarité et inter-disciplinarité, allant dans l'esprit de ce que Monsieur CREMADEZ appelait tout à l'heure le réseau interne de l'établissement.

Le deuxième point sur lequel je voulais intervenir et montrer qu'il y a encore un espace qui n'a pas été conquis non plus par les hospitaliers, c'est la politique et l'évaluation interne de la qualité des soins. C'est une démarche essentielle et il est important que les professionnels s'emparent de la démarche d'évaluation interne de leur établissement, parce que la conquête se fait par les professionnels eux-mêmes et comme l'a dit très justement Daniel NICOLLE, il ne faut pas laisser le soin aux autres de faire ce qu'on est capable de faire soi-même.

Donc nous, nous considérons que les professionnels sont les mieux placés pour pouvoir organiser les évaluations nécessaires à la conduite et à la pratique des qualités de soins au plus proche du terrain.

Je voulais dire également dans ce thème de l'organisation interne, nous avons un partenariat qui a été juridiquement organisé, mais qui est inégalement appliqué. On voit que dans un certain nombre d'établissements, on a deux grandes dimensions d'ailleurs dans ce dispositif, mais surtout la procédure de concertations et de négociations donc internes. Alors on a beaucoup de cadres, l'association des personnels, les personnels sont très demandeurs d'être associés à la refonte des organisations, à repenser l'hôpital autrement et ils sont à même, du point de vue de la loi, d'être associés à la définition des politiques et des établissements concernés passant par la CME, le CTE, les commissions de soins infirmiers et bien d'autres instances, le Conseil de Service, le droit à l'expression libre pour un certain nombre d'autres services qui ne sont pas médicaux et également l'association à la gestion avec trois dimensions qui sont également insuffisamment développées dans les établissements, la coopération par le biais de fédérations internes à l'hôpital, la politique d'investissement collectif, (très peu d'établissements s'y sont risqués et il faut que nous cheminions probablement vers intéressement collectif, intéressement individuel). C'est un pari important pour l'avenir et très peu d'établissements ont développé des pratiques de cette nature. Monsieur ALQUIER, d'ailleurs expliquera ce qui se fait ou ce qui a pu se faire dans un certain nombre d'établissements.

La troisième dimension, vous l'avez soulevée tout à l'heure, c'est la contractualisation interne, ce n'est pas simple. On a 6% à peu près d'établissements qui aujourd'hui sont dans

le dispositif de contractualisation interne, c'est peu. On considère que le cadre juridique est un obstacle, il est probablement à réaménager un peu, mais, en soi, il présente quand même un degré de responsabilité des acteurs qui est essentiel dans la prise en compte de cette contractualisation.

Troisième dimension de l'organisation interne, les contraintes, puisque votre thème, c'était effectivement le poids des contraintes.

Je vous dirai donc qu'il y a des contraintes à considérer, (je ne dirai pas nécessairement à prendre en compte), pour repenser les organisations hospitalières et quand je parle des organisations hospitalières, je ne parle pas exclusivement des organisations des activités de soins, c'est tout l'hôpital qui est concerné, que ce soit la partie administrative, technique, soignante, tout le monde est concerné par le processus de changement.

Quatre éléments que je voudrais au fil de l'eau rappeler : la RTT, vous aurez un atelier cet après-midi, malheureusement je ne pourrai pas rester, puisque j'ai une plaignante ce soir au Ministère. Donc la RTT de la fonction publique et hospitalière qui est déjà en route, ça n'est pas simple, mais effectivement, le dispositif est déjà enclenché et la RTT médicale qui chemine dans des conditions parfois assez difficiles. Ce que je voulais signaler sur la RTT, il est important que vous mesuriez, que nous passons dans des gestions de temps et notamment lorsqu'on va entrer dans la RTT médicale, des temps qui étaient dissociés, désynchronisés et avec la RTT non médicale et avec la dimension de la directive européenne, nous allons être dans des temps rapprochés entre les médicaux et les para-médicaux.

Je pourrai expliquer plus largement si vous le souhaitez tout à l'heure.

Il faut mener également, en interne, une réflexion sur la répartition des compétences entre les médicaux et para-médicaux. Il y a des binômes, je dirai presque des couples, les gynécologues et les sages femmes, les chirurgiens et les IBODE, les anesthésistes-réanimateurs et les IADE, les pédiatres et les puéricultrices et il y en a bien d'autres.

Nous savons que les médecins ont une compétence infinie, limitée par les textes, nous savons que les paramédicaux ont des compétences définies par les textes et il faut optimiser cette compétence qui est dévolue à des paramédicaux qui ne demandent qu'à faire jusque dans la limite de ce que le droit autorise.

Je vous signale également la refonte de certains statuts médicaux, nous sommes en chemin vers une refonte fondamentale du statut des médecins attachés qui va rapprocher les temps médicaux, puisque ce sont les seuls qui, aujourd'hui, ont un référentiel identifiant de temps à 3h30 la vacation, de même dans l'esprit des modifications que nous envisageons qui seront à la demi-journée comme les autres, c'est-à-dire qu'on va planifier de manière plus optimale les organisations avec quelques modifications du statut des attachés.

La démographie, juste un mot en passant. La démographie médicale est effectivement un problème, la démographie paramédicale l'est provisoirement, mais comme l'a dit Daniel NICOLLE, nous cheminons grâce à des augmentations de quota qui ont été adaptées et ré-adaptées, nous devrions effectivement passer le cap plus facilement sur les paramédicaux.

L'allocation des ressources, deux dimensions avec des travaux en cours. Le coût à la pathologie pour la partie financière, l'interrogation sur la péréquation régionale que certains subissent plus que d'autres et également, bien sûr, la gestion des ressources humaines et l'optimisation de la gestion des ressources humaines.

Tout dernier point sur ce flash de l'organisation interne, des outils qu'il nous faudra effectivement optimiser pour moderniser les établissements, le CME, le fond de modernisation sociale des établissements de santé qui a beaucoup servi à la modernisation, l'hôpital n'est pas resté inerte et également les fonds de modernisation aux investissements

puisque l'accent est mis également aujourd'hui sur un effort pour gérer et optimiser l'investissement hospitalier.

Troisième flash, c'est l'hôpital et les usagers, je vais passer très vite parce que je crois que le débat était très riche ce matin.

Donc, des droits qui sont affirmés par la loi 2002, mais qui doivent rester réalistes et je dirai que quand il y a des droits, il y a aussi des obligations, on n'ose pas le dire, mais il est important de dire effectivement qu'il y a probablement trois dimensions attendues par les patients : le droit d'être informé, le droit d'être écouté, on l'a très largement rappelé ce matin et le droit d'être associé parce qu'ils veulent devenir partenaires de leurs soins et de leur prise en charge. Mais, il y a aussi des contraintes, ce qui est une liberté sous contrainte. Parce que l'hôpital a une vie collective à organiser, et effectivement, ils ne peuvent pas se coucher à l'heure qu'ils veulent, ils ne mangent pas nécessairement à l'heure où ils mangent chez eux, donc il y a une vie collective qui impose un certain nombre de contraintes et un règlement intérieur qui est réduit, la liberté au patient et il faut le leur dire.

Le deuxième point sur lequel je voulais apporter un petit peu d'attention, c'est la notion d'attente et de besoin. On confond souvent attente et besoin. On a la notion d'attente, évidemment, qu'est-ce que attend en général le patient ? Pour lui, le temps n'est pas celui des professionnels, plus cela va vite, mieux c'est. Or, pour les professionnels paramédicaux et médicaux, le turn over est une source d'épuisement et donc les temps sont, encore là, totalement désynchronisés entre les attentes et le vécu des professionnels.

Donc, les attentes, c'est la rapidité, c'est la qualité et la sécurité des soins et si possible, autant que possible, la proximité, parce que l'isolement, le système et la loi d'abandon qu'ils vivent, ils le vivent de manière très intense.

Et puis, il y a la réalité, il y a le besoin que vous seuls, les professionnels, vous pouvez apprécier, c'est l'état de santé du malade et la capacité interne à y faire face.

Alors, il faut mesurer effectivement l'angoisse très grande du patient que l'on transfère dans un hôpital dit « de référence » où il se dit que, s'il y est transféré, il est gravement malade. Et donc, effectivement, il y a aussi cette notion d'information, d'écoute et d'information éclairée qui est plutôt à rassurer le patient qui se trouve dans cette dimension.

Quatrième élément, c'est l'hôpital et son environnement. Alors, dans l'environnement, il y a les autres établissements de santé : public et privé, je ne fais pas de distinction, des professionnels de santé y compris libéraux, les professionnels sociaux et médico-sociaux et les tutelles.

Nous avons développé des modes de coopération qui ont été démultipliés et qui sont certainement à simplifier. On a une tendance très grande, dans notre pays : nous multiplions les strates, sans poser la question toujours de l'utilité ou de la pertinence et probablement que nous aurons à travailler sur la simplification des schémas de coopération puisque vous voyez l'éventail, je vous le cite très vite, les conventions, on en a parlé tout à l'heure, les fédérations, les établissements inter-hospitaliers, le GCS, le GIE, le GIP, tout ceci est un manque de visibilité souvent pour les professionnels et qu'il faudra que nous soyons interpellés sur ce qu'il est légitime de faire et comment coopérer de manière souple en visant le volontariat à tout prix parce que, comme l'a dit Daniel NICOLLE, un mariage de raison est un mariage mal réussi, un mariage accepté est quelque chose qui peut effectivement porter l'espoir du plus grand nombre.

Alors, un mode de complémentarité qui doit être optimisé, entre les établissements de santé publics et privés, également les professionnels de santé libéraux, ce sont les réseaux de santé puisque vous savez que la loi récente a fait passer la notion de réseaux de soins à la notion de réseaux de santé. C'est une modification fondamentale qui va être effectivement induire des comportements nouveaux.

Un tout dernier point, une tutelle à reconsidérer. Puisque nous sommes aujourd'hui dans le monde des Agences Régionales de l'Hospitalisation et que, demain, nous allons faire probablement chemin vers les Agences Régionales de Santé qui vont avoir l'avantage de décloisonner les milieux et les professions et qui vont couvrir le champ sanitaire, social et médico-social et, en même temps, les professionnels de santé de la ville et qui vont nous amener à être interpellés sur les statuts juridiques des établissements et des professionnels.

En conclusion, je voudrais dire, pour reprendre le titre qui était le vôtre, le poids des contraintes est à nuancer et souvent on vous dit que l'on n'a que la contrainte que l'on s'impose.

Donc, je crois qu'il faut réfléchir sur l'utilité, la réalité des contraintes que l'on se pose parce qu'on s'enferme souvent sur des contraintes qui sont parfois autant d'alibis pour éviter de changer, de bouleverser, voire même de révolutionner au sens positif du terme, les organisations et les modes de travail en commun. Il y a des opportunités à saisir, il y a des dimensions de la loi qui ont été inexplorées, il est grand temps de les prendre en main et que certains d'entre vous continuent à oser. C'est extrêmement important, un obstacle est toujours là pour être contourné et dépassé.

Des espaces de liberté qui restent à conquérir, c'est un défi qui doit être relevé, mais qui suppose effectivement une démarche qui est collectivement appropriée, c'est l'institution dans son entier, c'est pas un homme ou une femme ou quelques hommes ou quelques femmes, c'est toute une dimension et Monsieur le Professeur HELOURY et Monsieur ALQUIER vous le diront à la faveur éventuellement de tel ou tel élément, ils ont trouvé des leviers, mais cela veut dire qu'ils ont remué l'esprit du plus grand nombre, si ce n'est de tous les personnels de l'établissement.

Alors, je voudrais dire également enfin, la force d'innover, vous avez soulevé la question. Pour avoir force d'innover, il faut avoir deux dimensions, la capacité elle est acquise, les professionnels de santé français sont extrêmement reproduits dans le monde, leur formation est incontestable, donc la capacité existe. Et puis, ensuite, il faut mobiliser la volonté. Et donc on peut encore créer des marges d'innovation très probablement, c'est certainement un pari sur l'avenir, les professionnels en sont capables parce qu'au cœur du métier de l'hôpital, c'est le changement, c'est l'innovation technologique, scientifique et donc vous vivez le changement en permanence, parfois trop de changement et donc les changements démultipliés, les contraintes effectivement parfois plus apparentes que réelles font des bouleversements psychologiques des organisations.

Ainsi, l'interrogation, pour finir, que je voudrais poser, est la suivante : l'hôpital est-il, au bout du compte, un jeu social à trois : l'institution, le patient et le professionnel, ou l'institution est-elle un peu gardienne et garante d'un équilibre, un peu la balance de justice entre le patient, le professionnel et le partenaire ou les partenaires qui lui sont associés ?

Merci.

2^{ème} PARTIE : QUELQUES EXPERIENCES

La contractualisation interne – Yves HELOURY, Président de la CME, CHU de Nantes

Je voudrais tout d'abord remercier les organisateurs de m'avoir invité à vous présenter l'expérience que nous menons à Nantes depuis maintenant un peu plus de 4 ans.

Je voudrais dire tout de suite que cette expérience est, par essence, une expérience évolutive. Monsieur CREMADEZ a bien rappelé tout à l'heure les grandes limites de notre expérience et je ne les cacherai pas devant vous, mais je crois qu'il faut d'emblée dire qu'une structure qui évolue est une structure qui progresse et je n'ai donc pas de doute sur le fait que ces démarches doivent être poursuivies.

Je vous présenterai donc mon intervention en cinq étapes, je vais essayer d'aller relativement vite puisque un certain nombre de choses ont déjà été dites et je rappelle que ce projet qu'on appelle la gestion de proximité et donc la contractualisation interne s'intégrait dans le cadre du projet d'établissement 1998-2002 avec trois autres projets qui étaient le système de formation, la construction d'un projet social et l'engagement dans la démarche qualité et l'accréditation. Nous sommes à la fin de ce projet d'établissement et nous avons déjà pratiquement écrit maintenant notre projet d'établissement 2003-2007 et j'y reviendrai.

Quelle était la volonté de cette démarche de gestion de proximité ? C'était, d'une part, de permettre une nouvelle organisation médicale en décloisonnant les services et puis, également, bien sûr, d'avoir une volonté d'optimiser la gestion en la déconcentrant, en rendant un certain nombre de décisions plus proches du terrain. Ceci supposait dans notre esprit, et Monsieur CREMADEZ a bien dit les critiques qu'il fallait porter, j'y répondrai, que l'on souhaitait donner taille à des structures dont le périmètre soit adapté aux enjeux dont je viens de parler.

Alors, il est bien évident que cette taille est par essence différente en fonction de la taille de l'établissement et ce qui est vrai dans un établissement comme le nôtre n'est pas vrai au niveau de l'APHP ou n'est pas vrai dans un hôpital d'une taille inférieure. Je pense donc que toute expérience doit être prise à l'aune de cette notion qui, à mon avis, est extrêmement importante.

Deuxième élément qui sous-tendait cette démarche, c'était de favoriser l'expression des personnels. Je pense que l'on peut dire, au bout de quatre ans, que c'est quelque chose qui est une réalité pour le personnel paramédical, mais que, par contre, pour ce qui concerne le personnel médical, l'attente reste encore très forte et que, là, nous avons encore beaucoup de progrès à faire.

Nous souhaitons donc maîtriser les dépenses en responsabilisant les acteurs. Cela veut dire donc que l'on devait effectivement au moins comprendre la façon dont les dépenses s'engageaient. Je crois qu'il n'est pas question que les médecins deviennent des gestionnaires et un des éléments qui, je pense, est essentiel dans cette expérience de gestion de proximité est de rappeler le métier de chacun. Nous devons comprendre le métier de l'autre, nous ne devons pas vouloir faire le métier des autres.

Enfin, dernier point, nous souhaitons simplifier les circuits de décisions et, là encore, je dirai que c'est une chose sur laquelle nous avons relativement peu abouti, parce que les circuits de décision, dans un établissement de grande taille, c'est quelque chose qui est relativement long et relativement complexe à faire évoluer.

Quels étaient les grands principes qui sous-tendaient cette démarche ?

Premier principe : la subsidiarité. Si on veut parler plus simplement, cela voulait dire que toutes les décisions qui pouvaient être prises à l'échelon local devaient l'être.

Deuxième principe : la fongibilité. Nous avions, dans notre ambition initiale, la volonté de pouvoir utiliser les moyens dans leur totalité et, en particulier, on pouvait très bien imaginer que les dépenses de personnel puissent être utilisées pour les dépenses médicales. On sait qu'actuellement les dépenses médicales continuent à augmenter de façon extrêmement importante dans tous les hôpitaux. Nous avions cette volonté, nous nous sommes arrêtés très vite, parce qu'il faut se rappeler que, dans les hôpitaux, il y a des partenaires, effectivement parmi lesquels il y a également les partenaires sociaux et ces partenaires ont beaucoup d'importance et nous avons dû faire très rapidement marche arrière.

Troisième principe : l'intéressement aux résultats. Pendant les trois premières années, nous n'avons pas appliqué ce principe et depuis cette année, les pôles sont intéressés à leur résultat qui n'est pas uniquement un résultat financier. Je crois que c'est extrêmement important, nous pouvons dire aujourd'hui qu'aucun des pôles ne respecte son budget, mais cela n'est pas grave, le but de la gestion de proximité n'est pas de respecter le budget, j'insiste beaucoup là-dessus, c'est de comprendre pourquoi nous ne le respectons pas. L'intéressement est basé sur la réalisation du contrat interne qui existe dans l'établissement. Si nous considérons que le pôle a respecté, a rempli ses engagements, il aura effectivement un intéressement qui est, bien sûr, par définition, un intéressement collectif sur un certain nombre de projets.

Enfin, nous avons comme principe de nécessité de définir un référentiel commun, c'est-à-dire que nous devons parler le même langage, et je pense que c'est un des points que l'on peut retenir d'ores et déjà comme un point positif de la démarche avenante, c'est que la gestion de proximité a obligé la communauté médicale, la communauté soignante non médicale et nos partenaires administratifs à communiquer, à parler et essayer de trouver un langage qui soit partagé.

Quelle est l'organisation que nous avons mise en place ? Nous avons créé un nombre important de pôles, vous avez vu qu'il y en a 19, j'y reviendrai très rapidement. Et nous sommes partis d'une double définition pour les constituer qui est, d'une part, une fédération de services et d'autre part, un centre de responsabilité.

Fédération de services, cela veut dire que nous avons gardé pour l'instant des services à Nantes parce que nous considérons que c'était peut-être aller trop vite que de réaliser en même temps ces grands regroupements et ces suppressions de services. Aujourd'hui, je pense que l'on peut dire que l'on va dans un certain nombre de secteurs, proposer la disparition des services pour rattacher directement les unités fonctionnelles au pôle. Je partage l'analyse de Monsieur CREMADEZ qui est de dire que l'unité fonctionnelle est l'unité de base du fonctionnement de l'hôpital. Je pense qu'il faut quand même être un tout petit peu prudent parce qu'il faut aujourd'hui considérer que nous ne sommes pas capables, dans un établissement comme le nôtre, de passer d'emblée d'une organisation pyramidale à une organisation transversale. Tous les praticiens et tous les médecins n'ont pas une volonté ou une appétence particulière pour cette démarche qui suppose quand même un certain nombre de compétences et je reviendrai tout à l'heure sur l'aspect formation. Et je pense donc que ce qui est possible dans certains secteurs ne pourra pas être généralisé. Nous essayons d'avoir une démarche qui est une démarche pragmatique et nous acceptons donc que tout l'établissement n'évolue pas au même rythme. Lorsque nous avons installé la gestion de proximité, nous avons commencé en 1998 par trois pôles, nous en avons rajouté neuf supplémentaires avant de généraliser en 2000 et là encore, dans les évolutions que nous allons proposer, nous allons avoir cette démarche pragmatique, certains pôles évolueront de façon différente et nous tolérerons cette évolution.

Lorsque nous avons mis la gestion de proximité en place, il s'agissait d'une fédération de services et d'un centre de responsabilité qui avait une délégation budgétaire de la part de la direction générale.

Je ne reviendrai pas sur ce que vous a présenté Monsieur CREMADEZ et qui est effectivement éminemment critiquable, parce que je suis tout à fait d'accord avec lui, que l'hôpital ne se résume pas à des logiques d'organes, de prestations ou autre. L'hôpital, c'est beaucoup plus complexe que cela et ce qui devrait sous-tendre notre réflexion, c'est effectivement le parcours du patient dans l'hôpital et le projet de soins qu'on lui propose.

Il n'en reste pas moins qu'il faut trouver des organisations qui permettent, malgré tout, que l'hôpital fonctionne. Je suis également tout à fait d'accord avec ce qu'il a dit sur le fait que l'hôpital doit fonctionner sur la base de projets et ce que nous avons décidé à Nantes, c'est que nos pôles ont une constitution pour la durée du projet d'établissement et à partir du moment où nos projets évoluent dans le cadre du projet d'établissement dont le rythme chez nous est de cinq ans, nous modifierons nos contours de pôle et on sait très bien que dans notre projet d'établissement 2003 – 2007 cela sera modifié et sera basé sur des unités fonctionnelles.

Nous avons déjà commencé, puisque nous avons déjà accompli un certain nombre d'éléments de souplesse, nous avons déjà des unités fonctionnelles où le corps médical est rattaché à un pôle et où le personnel paramédical est rattaché à un pôle, ce qui montre bien que l'hôpital est, par définition, une organisation extrêmement complexe.

Comment sont nos pôles et bien notre pôles. C'est un trio qui est chargé de faire fonctionner, composé d'un médecin, d'un cadre soignant et d'un cadre administratif.

Le médecin est un médecin qui est élu par l'ensemble du corps du médical du pôle. Nous avons voulu que cette règle soit appliquée pour légitimer la fonction et la personne. Je rappelle quelque chose qui a beaucoup de poids dans tous les hôpitaux : la fonction de chef de service est une fonction officielle, que la fonction de directeur de pôle non.

Le directeur de pôle est le médecin et joue un rôle de coordonnateur, le cadre soignant assiste le directeur de pôle pour tout ce qui est le corps paramédical et, lui, est nommé par le directeur général.

Enfin, il existe un cadre administratif de pôle qui assiste le directeur d'hôpital dans tous les aspects de gestion en particulier pour le suivi des tableaux de bord, et pour le suivi au quotidien du contrat interne.

Monsieur CREMADEZ a formulé des réserves sur cette notion de contrat interne je comprends tout à fait, et aujourd'hui donc à Nantes nous avons une organisation où nous avons un contrat annuel interne dans lequel on retrouve, les objectifs que se fixe le pôle, qui sont développés avec le directeur général et une allocation de moyens pour aboutir.

Il était bien évident dans cette organisation, enfin mon point de vue, le Président de CME ne pouvait pas être directeur de pôle et je dois dire également que je ne suis pas non plus chef de service parce que je considère qu'on ne doit pas non plus mélanger les fonctions. Et je considère que dans les hôpitaux il y a toute une série de compétences à toutes utiliser et que l'on ne doit pas mélanger les responsabilités.

Comment est-ce que cela fonctionne ? Nous avons donc cette direction de pôle qui est chargée de faire vivre le pôle, nous avons un comité médical de pôle qui est réunit la totalité des praticiens et également la totalité du personnel.

Là encore, cela a été un élément qui a été débattu. Au départ, il s'agissait d'un tirage au sort du personnel qui participait au conseil de pôle et puis, à la demande des organisations syndicales nous sommes arrivés assez rapidement à une élection du personnel qui participe à ce conseil de pôle.

Le fonctionnement du pôle est donc un fonctionnement annuel comme je l'ai dit concernant le contrat, avec une transmission du projet de budget en début d'année.

Nous avons ensuite des réunions bilans qui sont organisées dans le courant du premier trimestre où nous faisons le bilan de l'année écoulée et où nous voyons les objectifs pour l'année avenir et les moyens qui sont alloués au pôle. Au mois de juin il y a le bilan d'étape, tous les mois il y a des réunions avec les cadres du pôle et tous les deux mois, il y a des réunions de contrôle budgétaire de façon à suivre l'évolution budgétaire du pôle.

J'insiste beaucoup sur la délégation budgétaire et donc un processus qui n'est pas inévitablement une démarche de contrôle.

Voilà ce qu'on peut dire de cette expérience au bout de 4 ans, globalement positive. D'une part, cela nous a permis d'une part à travailler ensemble d'autre part je pense de mieux se comprendre mais également de garder la notion et j'insiste beaucoup là dessus que chaque métier a ses spécificités et que nous ne devons pas chercher à faire le métier des autres.

L'hôpital là encore est suffisamment riche de compétences pour partager les responsabilités.

Cette organisation, avec toutes ses imperfections, est pour nous un outil très intéressant sur le plan de la démarche stratégique. Il est bien évident que la construction du projet d'établissement 2003 – 2007 a été beaucoup plus facile parce que nous avons déjà des structures qui étaient de périmètre relativement large et que nous avons pu avoir des projets qui avaient l'avantage d'être structurés, les gens avaient l'habitude de travailler ensemble depuis 4 ans et il n'a pas été très difficile d'obtenir un matériau extrêmement riche pour construire notre projet d'établissement.

Et si on fait la comparaison avec le projet d'établissement précédent, nous avons pu gagner beaucoup de temps et probablement beaucoup de qualités du fait de ce que nous avons mis en place.

Nous avons indiscutablement un début de décloisonnement, mais je crois qu'il faut rappeler que ce n'est qu'un début de décloisonnement et aussi que tout le monde n'a pas retrouvé son compte dans cette démarche et, qu'en particulier, un certain nombre de praticiens hospitaliers sont restés relativement éloignés de cette démarche, mais Que la circulation de l'information en particulier déficitaire et est certainement un élément dans lequel nous devons progresser.

Sur le plan budgétaire à Nantes, je crois qu'il faut rester relativement modeste et encore, mais pour ce qui est des dépenses du groupe II, nous déléguons à peu près les 2/3 de l'enveloppe budgétaire.

Concernant le groupe III, c'est encore beaucoup plus limité.

Au total, nous devons donc accepter comme je l'ai dit tout à l'heure des expériences là encore qui nous enrichissent progressivement.

Nous devons veiller à ne pas créer de cloisonnement supplémentaire ; Monsieur CREMADEZ a beaucoup insisté sur l'organisation transversale et je suis d'accord avec lui, aujourd'hui nous sommes encore dans une organisation pyramidale, nous n'arriverons pas demain à une organisation transversale.

Je crois qu'il faut être très clair, l'hôpital est une structure très complexe, il faut du temps.

Enfin, nous devons accepter les évolutions différentes. Et nous devons avoir une structure centrale, c'est-à-dire une direction générale, qu'elle soit administrative ou médicale, qui soit forte, qui soit cohérente, car l'hôpital est un tout qui doit fonctionner dans le même sens, c'est-à-dire qui doit travailler au service des patients, mais également au service des personnels qui y travaillent.

La gestion déconcentrée – Jean Pierre GONDRAN et E.PETIT, directeurs, Centre Hospitalier Lagny Marne-la-Vallée

Je vous remercie beaucoup de laisser une place à une expérimentation qu'on a faite à Lagny Marne-la-Vallée, qui n'est pas tout à fait innocente, puisque cette démarche a été initialisée par Monsieur DELANOE qui s'excuse de ne pouvoir être parmi vous, mais qui attache beaucoup d'importance aux travaux qui sont faits dans le cadre du GERHNU.

Très rapidement, on va vous présenter, en deux ou trois transparents, l'hôpital de Lagny Marne-la-Vallée juste pour mentionner que c'est un hôpital général, qui est dans une zone de très fort développement, puisqu'on est dans la zone de Marne-la-Vallée et peut-être cela explique aussi la démarche. C'est un établissement qui a une très forte évolution, et on a signé un COM très important en 1999 et vous verrez que ce COM et la nécessité de réorganiser l'hôpital ont peut-être incité les professionnels à repenser leur organisation.

Ma présentation va se faire en deux étapes.

La première étape était de 1994 à 2000 jusqu'à la signature de notre COM qui était la déconcentration budgétaire avec un intéressement et c'était très intéressant de voir, qu'en 1994, déjà, l'hôpital de Lagny avait lancé une expérimentation de déconcentration budgétaire avec une notion d'intéressement que l'on retrouve maintenant assez couramment. Et on verra qu'il y a eu une deuxième étape à partir de 2000 à la signature de notre COM.

La première étape de la déconcentration budgétaire qui a duré à peu près six ans était orientée sur les cadres soignants et l'idée était de se dire qu'on allait sensibiliser les cadres soignants à la gestion des comptes sur lesquels elles peuvent agir réellement. Donc, il y a une déconcentration uniquement sur ces comptes. Cela touchait à peu près 5 millions de francs et concernait une vingtaine de membres. L'idée de base était une idée simple et rustique on pourrait dire aujourd'hui. C'était de se dire, on constate une différence, on regarde les dépenses d'une année sur l'autre et puis il y a une régulation des dépenses et à ce moment-là, il y a un intéressement qui correspond à la différence. Donc, quelque chose de très simple qui a été très vite compris par les cadres qui se sont appropriés cette démarche et même aujourd'hui les cadres veulent garder cette idée de maîtrise, d'attente de compte, de savoir pourquoi dépenser ou sur quel compte ?

La deuxième idée de cette démarche était intéressante aussi, c'est la généralisation. C'est-à-dire que cette démarche n'a pas été lancée sur un service, mais dès le départ elle a été conçue pour l'ensemble de tous les services. Et donc, aujourd'hui, il y a une culture de suivi budgétaire dans tous les services puisque tous les cadres savent ce qu'est un contrat, savent quels sont les dix produits les plus consommés dans leur service, quels sont les dix produits qui consomment le plus au niveau budgétaire. Donc, il y a vraiment une culture.

Une remarque et on verra que c'est une des raisons qui nous a fait changer un peu notre façon d'aborder le problème, c'est qu'il n'y a pas d'incitation de réorganisation. On constate, on peut, on essaye, on sensibilise, mais on ne pousse pas les gens vers l'amélioration. Deuxième chose, c'est que dans cette notion de constat, on s'aperçoit que l'intéressement s'est réduit d'année en année : les premières années, les gens ont fait très attention, en notant ce qu'ils dépensaient, et puis progressivement l'écart se réduit entre des dépenses peu adaptées et puis le comportement des gens qui s'adaptent progressivement et puis arrivent à se cadrer sur le budget et globalement comme les budgets n'augmentaient pas et bien ça réduisait leur intéressement.

Un dernier effet qui a été souvent soulevé, c'était l'effet pervers éventuellement sur la prise en charge des malades et leur qualité, on l'a aussi relevé dans certaines expérimentations au niveau de le l'AP de Paris. On s'est aperçu que, peut-être, dans certains cas, certains cadres

hésitaient à commander ou recommander des pansements. Donc, il y avait quand même un risque qui était pervers dans cette démarche et qu'il fallait faire très très attention.

Alors la question fin 1999, c'est le COM, et dans ce COM il y avait deux éléments importants. Premier élément étant l'implication dans la démarche de déconcentration budgétaire des médecins, et je trouve, je vous ai donné la phrase parce que je trouvais qu'elle montrait l'état d'esprit de l'époque en tous les cas : « l'objectif est de responsabiliser les médecins sur les conséquences financières de leur rôle de prescripteur ». Donc, on voit la réduction du rôle des médecins en terme de prescripteur uniquement et non pas en terme de gestionnaire, afin de mieux ajouter dépense et activité, et on voit bien que c'est une extension, puisque le rôle du cadre était souvent de la même façon, comment sensibiliser le cadre aux prescriptions à affirmer la gestion des comptes. C'était une des extensions de la démarche.

Un deuxième point, c'était passer d'une compensation budgétaire à une contractualisation interne qu'on s'était engagé à faire au niveau du COM. Alors, après réflexion, on s'est rendu compte qu'en définitive le problème ne se posait pas comme on pensait qu'il devait se poser. Lorsqu'on a regardé les budgets et dépenses et par service, on s'est aperçu que l'enjeu était tout à fait ailleurs, ce n'était pas de voir si les gens prescrivaient « bien ». L'enjeu de base était que chaque service en moyenne dépensait 30 millions par an et que l'enjeu maximum c'était de mieux gérer les 30 millions mis à disposition de chaque service. Et d'où la nécessité de dire, à la place de se baser sur les 2 ou 3 % d'amélioration, regardons globalement l'ensemble du budget consommé par service.

D'où une démarche complémentaire différente, une rupture par rapport à juste un certain nombre de focaliser sur un certain nombre de comptes, mais de s'intéresser à l'ensemble des comptes du service et donc de donner une autre vision à la démarche et de mettre en place une vraie démarche de contrôle de gestion au niveau de chaque service et donc d'inciter chaque chef de service, à se positionner non plus en prescripteur et éventuellement de temps en temps en gestionnaire, mais d'abord en gestionnaire d'un service, de s'intéresser à l'ensemble des dépenses que génère ce service, l'ensemble des projets que génère ce service. Et pour l'administration de pouvoir aider ce chef de service à mener à bien ces différents projets.

Et donc les deux démarches qu'on a mises en place, en parallèle ; c'est premièrement une démarche de contrôle des gestion et en même temps une démarche de contractualisation interne.

Alors, à travers ce schéma, on a essayé de regrouper ça, alors il est un peu compliqué mais je vais essayer de vous l'expliquer.

Premièrement, c'est une démarche de contrôle de gestion. La démarche de contrôle de gestion, cela veut dire pour nous : chaque année on réunit le conseil de service, donc le chef de service, les cadres avec l'ensemble de l'équipe de direction et on regarde l'exécution de l'exercice précédent et on étudie à travers un certain nombre de fiches qu'on va vous décrire, au niveau de la structure, au niveau de l'activité, au niveau de la qualité, au niveau des dépenses et au niveau des effectifs. Et à partir du fait de la présence de l'ensemble de l'équipe de direction, on peut aborder l'ensemble de ces différents problèmes et avoir au moins une fois par an une cohérence au niveau de l'établissement et avoir les discours cohérents pour l'ensemble de l'équipe de direction et l'ensemble du service. Et cela pour de tous les services, un par un, et on a ce moment privilégié.

On a testé cela l'année dernière sur tous les services. On n'a eu aucun refus d'abord et deuxièmement, on nous a demandé de recommencer chaque année ; donc, cette année, du 15 juin au 14 juillet, on va repasser l'ensemble de tous les services avec l'ensemble d'équipe de direction, donc il y a une volonté majeure d'avoir un discours commun, des explications

cohérentes pour l'ensemble de tous les aspects de fonctionnement du service. On verra que quoique contractualisation interne, là il y a une nécessité de négocier donc il y a un contrat qu'au départ on avait imaginé annuel et on nous a demandé maintenant de faire sur trois ans pour ne pas avoir un débat tous les ans, mais pour que cela soit plus simple pour tout le monde et qu'on puisse intégrer des projets de service également dans ce contrat. Par contre, on s'aperçoit que du fait qu'il s'agit d'un contrat, il y a forcément une négociation et on ne peut pas l'imposer à tous les services. Il y a donc d'un côté un contrôle de gestion qui s'impose à tous les services, et la contractualisation interne qui est réducteur par rapport à ce contrôle de gestion et ne concerne que certains services et sur certains postes.

Alors sur la contractualisation interne, au départ, on est parti sur les pôles qui étaient contractualisés de façon externe avec le COM, donc les 5 services concernés. Mais, il faut savoir qu'aujourd'hui, il y a des services qui n'étaient pas initialement fléchés « contractualisation interne » qui nous demandent de rentrer dans cette contractualisation interne, puisque les échanges, on verra que pour inciter les gens à rentrer dans cette contractualisation interne, il y a un intérêt pour l'administration de mieux maîtriser l'activité de l'hôpital, mais aussi on verra qu'il y a un intérêt au niveau de chaque chef de service puisqu'en parallèle, on s'engage à les aider dans les gestions quotidiennes, c'est-à-dire qu'on n'a pas de délégation d'administrative auprès de chaque chef de service, par rapport à ce qu'on a vu tout à l'heure, par rapport à Nantes, on n'a pas d'administratif pour faire la gestion quotidienne : on considère que les chefs de service et les cadres continuent à s'adresser aux différentes directions fonctionnelles pour tous les actes au quotidien. Par contre, on admet un support au niveau des projets pour aider à la mise en œuvre de projet, puisque chaque projet est fléché. On s'engage à mettre en œuvre un certain nombre de projets, intéressants pour l'établissement, mais intéressants pour le service avec un certain nombre de moyens d'accompagnement et, à partir de là, on a nommé un co-directeur, (pour dire que ce n'était pas un sous-directeur) au niveau de la gestion au quotidien, mais pour accompagner à la mise en œuvre de ce projet. Donc, c'est plutôt une aide méthodologique pour faire débloquer les situations et non pas pour régler les commandes, on ne court-circuite pas la position des investissements qui est générale pour les établissements, le service économique reste le service économique, la DRH reste la DRH, donc tous les problèmes de gestion du personnel restent au niveau du fonctionnement fractionnel.

Par contre, au niveau des projets, on se sera rendu compte que c'est important que le chef de service et les cadres puissent être aidés par un cadre de direction qui les accompagne dans les démarches au niveau externe et interne.

On a prévu trois réunions et au niveau de la contractualisation interne qui sont mentionnées, la notion de co-directeur, on a aussi désigné un contrôleur de gestion pour préparer ces réunions. On s'aperçoit que tout cela nécessite la mise en place de tableaux de bord et c'est important des chiffres validés, partagés entre l'administration et les différents services, donc la notion de contrôleur de gestion chez nous, nous sert à mettre en œuvre l'ensemble de ces tableaux de bord qui sont complètement simplifiés.

Et puis, il y a une prime d'intéressement. Au niveau intéressement, on n'a pas mis l'intéressement comme seul élément de rentrer dans la démarche. Donc, je vous dis, l'intéressement est l'élément complémentaire qui permet effectivement de mettre un peu de l'huile dans les rouages lorsqu'il y a des problèmes et non pas comme l'élément principal de rentrer dans la contractualisation interne. C'est surtout pour aider les gens à faire des projets et non pas pour profiter de l'intéressement.

Les points marquants. Comme je vous l'ai dit, tous les services ont joué le jeu de contrôle de gestion, donc on n'a eu aucun refus de faire cette radioscopie de fonctionnement de chaque service et des pôles manquants entrent cette année dans la démarche. Pourquoi la première année n'ont-ils pas souhaité entrer dans ce système ? c'était parce que « on ne peut pas

prévoir l'imprévisible » et on s'aperçoit qu'on a un tout petit peu adapté le contrat, puisque maintenant en terme de prévision, c'est en fourchette de prévision et non pas en terme d'une cible figée, mais en terme de fonctionnement.

Et donc, avec cette remarque, avec cette évolution, les urgences vont entrer dans la contractualisation interne.

Le développement de projet, on s'aperçoit grâce à cette contractualisation interne, du fait que la direction générale s'est engagée à soutenir un certain nombre de projets, cela a beaucoup favorisé d'abord la mise en place de ces projets, il y a un affichage du service, mais aussi de la direction générale pour la mise en place de ces projets. On s'aperçoit que à peu près tous les projets affichés ont été mis en place et donc, pour nous, c'est aussi un moyen de créer une dynamique au niveau de l'établissement.

Les perspectives d'évolution de la démarche, l'extension de contrôle de gestion à l'ensemble de l'établissement parce que, pour l'instant, on a parlé beaucoup des services cliniques et éventuellement des services médico-techniques, mais la démarche, c'est de mettre un contrôle de gestion aussi pour les activités logistiques et pour l'administration.

Alors là, il faut savoir que l'on parle beaucoup des chefs de service, des cadres, mais au niveau administration, il y a aussi beaucoup de contraintes et beaucoup de résistances.

On s'aperçoit que, dans notre cas, cette démarche a été vécue difficilement par les services administratifs qui voyaient peut-être une perte de repère, une perte de pouvoir, une perte de maîtrise de leur budget et donc il faut savoir que, là, en rajoutant un contrôle de gestion sur les activités administratives, on montre que la gestion administrative est aussi intégrée dans une meilleure efficacité de ces actions.

L'incitation des autres services à contractualiser, l'objectif c'est maintenant d'étendre cette contractualisation interne aux autres services de l'établissement et on a actuellement une liste d'attente et donc faut croire que la perception a été vue de façon positive.

Développer un contrôle déficient, c'est expliquer aux chefs de service et aux cadres que de toutes façons, de plus en plus, on allait demander des explications sur l'utilisation des moyens et qu'ils avaient tout à fait intérêt, eux aussi, à ne rien cacher et de se comparer avec d'autres. Et dans la mesure où l'on est en Ile de France, avec des budgets quand même assez contraints, on est obligé de faire un certain nombre de choix et ces choix on considère qu'on ne peut pas les faire seul, qu'il faut les faire avec le corps médical, le corps soignant et il faut trouver un certain nombre de critères de pertinence, de choix et à travers ces éléments-là, on s'est dit que c'est intéressant de savoir quels sont les services qui jouent le jeu et les services qui ne jouent pas le jeu.

Il n'y a pas de raison que les services qui ne jouent pas le jeu pénalisent l'ensemble de l'établissement. Il faut favoriser ceux qui jouent le jeu. Donc on a essayé de trouver un certain nombre de critères. On est en train de réfléchir sur une notion d'efficacité relative au niveau des services et de voir dans le temps si, effectivement, il y a des liens de productivité, des liens de développement de projets au niveau de chaque service et donc de comparer à d'autres établissements.

DISCUSSION

Une congressiste.

Je voulais dire que j'avais beaucoup apprécié qu'on parle des droits réalistes des malades et cela me paraît fondamental que le malade comprenne qu'il rentre dans une structure sociale quand il rentre à l'hôpital et que tous ses droits sont limités par le droit des personnes et de la structure qu'il va rencontrer.

Ce n'est pas démagogique de ma part de soulever ce projet. Je crois que si l'on veut que le malade reste un acteur à la fois de sa guérison et de la vie de l'hôpital, il ne faut pas l'infantiliser en lui faisant penser que dès qu'il a franchi la porte de l'hôpital, tout le monde est à son service et qu'il peut se comporter en tyrannosaure.

Alors, bien sûr, c'est dans le respect des personnels, mais aussi de ma part, je crois pour l'avoir expérimenté, dans le souci de mettre la maladie dans sa dynamique de guérison. D'autre part, je crois que si l'on veut effectivement instituer un dialogue constructif, il faut que les deux parties se sentent respectées et j'ai entendu tout à l'heure, me semble-t-il, vous me corrigerez, la peur de tous les médecins et soignants ici présents qui, prêts à entendre la plainte, avaient très peur du « porter plainte ». Il ne faut pas effectivement que « le porter plainte » devienne une arme pour le malade, il faut qu'elle reste l'exception d'une régulation d'erreur et je crois que cela n'est possible que si les deux parties se savent respectées et se savent constructeurs de relations vraiment intéressantes.

Donc, voilà, ce que moi, je voulais dire par rapport à cela. Il me semble que l'on apporte, si l'on pose les bases de la discussion en ces termes, un embryon de réponse à ce que disait l'intervenante de ce matin, c'est-à-dire qu'on n'a plus besoin de chercher un tampon dans les relations patients-soignants. Je crois qu'on l'a trouvé en permettant que tout soit exprimé, à la fois le négatif ou l'améliorable et le positif parce que je crois qu'en tant que malade, on a souvent envie de dire le positif de l'hôpital et on ne sait plus bien comment le dire, on ne sait plus bien si l'on peut le dire. Je me rappelle quand j'étais petite fille, il y avait une coutume dans le Sud, où on faisait un petit cadeau au personnel avec lequel on avait particulièrement accroché. En dehors du folklore, je crois que c'était une façon de dire merci, il faut certainement en trouver d'autres, on est à une époque où l'on a ouvert des espaces de parole et je crois que dans ces espaces de parole, si on peut dire le positif aussi, on repartira sur des bases bien plus saines.

Philippe RENO

Je voudrai remercier Monsieur HELOURY d'avoir fait son exposé qu'il a déjà fait à la Direction des Hôpitaux, j'ai eu l'occasion de l'entendre.

Effectivement ces pôles, c'est tout à fait intéressant, mais je voudrais lui poser quelques précisions concernant justement cette verticalité ou l'horizontalité.

Personnellement, je ne suis contre ni la verticale, ni l'horizontale. Simplement, il a parlé de 19 pôles. Alors il y a des pôles qui sont adaptés au vertical, par exemple, l'uro-néphrologie, on peut imaginer le néphrologue, l'urologue, l'anatomopathologiste et finalement c'est une grande cohérence. Mais il y a d'autres domaines, comme la cancérologie qui sont plus verticaux.

Autrement dit, il y a dans la tentative pour rationaliser au mieux, à la fois du vertical et de l'horizontal et j'imagine bien que, d'ailleurs, dans la réticence des médecins, vos collègues qui hésitent, je crois qu'ils sont de bonne foi, de bonne foi ne veulent pas devenir verticaux. En tous les cas, en tant que médecin responsable, je ne suis pas trop sur l'horizontal parce que le malade est au centre, c'est ce qu'on dit, le malade est au centre et la notion médecin référent me paraît absolument fondamentale, parce que c'est une notion de responsabilité. Par conséquent, je voulais que vous me répondiez sur la façon dont vous décidez des 19 pôles que vous avez faits à Nantes.

Yves HELOURY

La séparation en 19 pôles est, par essence, artificielle et vous venez là encore de le souligner. Monsieur CREMADEZ l'a souligné tout à l'heure et je crois l'avoir rappelé dans mon exposé, elle est par définition artificielle.

Il faut savoir que le CHU de Nantes, c'est 8000 employés, c'est 85 services avant que nos pôles existent et on est donc une structure extrêmement lourde, nous avons plus de 3000

lits d'hospitalisation, puisque nous sommes un des rares CHU en France à avoir la totalité des activités, le long séjour, la psychiatrie... Donc, on est bien obligé à un moment de s'y retrouver, parce que je perçois bien l'organisation transversale en UF, mais, à un moment, il faut des espaces de cohérence et dans un établissement de la taille du notre, cet espace de cohérence ne veut pas être uniquement la direction centrale. Il faut donc qu'on ait des espaces de cohérence qui soient à un échelon inférieur.

Après, la séparation est artificielle et il faut absolument d'une part, j'insiste beaucoup là-dessus, tenir compte, dans notre découpage, des projets qui sont en cours et c'est pour cela qu'on a un cadencement que l'on va articuler avec notre projet d'établissement. Et puis également des relations qui doivent obligatoirement exister entre les pôles et on a vécu, il faut être tout à fait clair, un vrai risque de territorisation. Ce n'est pas un bon terme, mais il est difficile à dire il y a à peu près deux ans. Mais je crois que maintenant, c'est une chose qui est relativement cassée, et ça c'est un risque qui est un risque mortel. Il est bien évident que si la création des pôles aboutit à créer 19 petits hôpitaux et on avait même dit au CHU de Nantes à un moment parce qu'il y a eu beaucoup d'imprudences de dites, 19 petites PME, et bien alors là on a tué l'hôpital. Donc, c'est le premier point.

Deuxième point, vous parliez de la notion de référent médical, je n'ai pas de doute que sur le plan de l'acte soignant, cette notion de référent médical soit extrêmement importante. Elle n'est pas toujours respectée, y compris dans les unités les plus élémentaires et c'est quelque chose qui effectivement est très important.

Je pense que vous avez bien perçu, mais cela tient aussi à mon tempérament chirurgical, probablement que je crois quand même au chef, je suis Président de CME, je crois qu'une institution a besoin d'un pouvoir central qui soit fort, parce qu'il faut en permanence rappeler qu'il y a une politique. Il faut rappeler au service de qui est cette politique et je rappelle que cette politique est effectivement au service des patients, mais également des personnes qui y travaillent. On ne gère pas une entreprise comme un hôpital qui est le nôtre, qui est le plus gros employeur de la région des Pays de Loire, ce que de temps en temps on oublie, y compris au niveau politique, sans qu'il y ait effectivement une politique globale de la maison. Et donc je suis d'accord sur la transversalité, mais à un moment, il faut des prises de décision et c'est là aussi où nos directions de pôles sont importantes, parce que le débat doit avoir lieu, l'information doit circuler et c'est là que de temps en temps nous pêchons et je l'ai dit tout à l'heure dans mon exposé et c'est vrai, il y a des pôles où ça fonctionne très bien, et il y en a d'autres où la circulation de l'information est imparfaite mais à un moment il faut que les décisions soient prises parce que, sinon, je crois qu'on court aussi un danger mortel.

Un concept architectural défini autour d'un projet organisationnel ou un concept organisationnel rendu possible par un projet architectural. – M. ALQUIER Directeur, Docteur DANIS, Centre Hospitalier Val d'Ariège

Monsieur ALQUIER

Cela ne va pas être une partie facile, pour deux raisons, vous venez de le dire, je crois qu'il y a des gens qui, après le repas, ont quelques lourdeurs, sinon des paupières, tout au moins des difficultés à rejoindre la salle. Donc, il va falloir que l'on puisse faire en sorte que vous ne vous endormiez pas.

Et, deuxièmement, vous avez vu le thème qui devait être développé : une architecture bâtie autour d'un projet organisationnel. Alors, cela me gêne par rapport à ce que disait Monsieur CREMADEZ, une architecture, disons-le, sans espace et je ne sais pas faire. Donc, manifestement, nous allons nous situer dans un espace, sinon dans un volume.

Le thème que nous devons aborder aujourd'hui, c'était une architecture autour d'un projet. Je pense que ce titre ne nous a pas satisfaits et nous avons préféré deux sous-titres qui sont

un concept architectural défini autour d'un projet organisationnel ou un concept organisationnel rendu possible par un projet architectural. Etant entendu que nous ne pouvons pas faire d'architecture si nous n'avons pas une prévision et une prospective en terme d'organisation et que, manifestement, nous n'aurions pas fait d'organisation, au moins aussi fine que ce que nous avons fait, si nous n'avions pas eu une architecture à construire tous ensemble.

Donc pour vous présenter un peu l'établissement, on va être relativement bref.

Nous sommes un centre hospitalier intercommunal qui a été créé en 1991 et qui est issu du très connu Syndicat Inter Hospitalier de Foix -Pamiers qui a été créé dans les années 1972. Nous sommes un pôle de secteur sanitaire, nous sommes SAU, nous avons 580 lits dont 330 lits d'hospitalisation de court séjour avec une grosse densification d'activité, puisque nous avons quand même 10% d'hôpitaux de jour dont 10 lits de chirurgie.

Nous avons une activité qui est relativement importante, eu égard au bassin de population puisque nous traitons 25 000 urgences environ, 80 000 journées, 80 000 consultations externes et nous avons le cadre de maternité de niveau II avec néonatalogie et 1000 naissances environ par an.

Une activité relativement importante, avec, en 2001, 24 millions de points ISA, d'une valeur du point ISA à 1,91 euros, donc bien placé dans son environnement régional.

Architecturalement, nous étions deux sites de production de soins, puisque nous avons un hôpital à Foix et un hôpital à Pamiers et manifestement la dualité des deux structures faisait que la prise en charge des patients et la productivité étaient réellement insuffisantes, nous doublonnons sur plusieurs secteurs et il nous est apparu nécessaire, en terme de stratégie et en terme de rationalisation sanitaire, d'envisager de construire un hôpital sur site unique.

Jacques DANIS

Je vais en préambule, avant que Monsieur ALQUIER ne reprenne la parole, la démarche qui nous a amenés, en 20 ans, de deux hôpitaux de taille humaine qui étaient chacun insérés dans leur ville, à distance de 17 km, à faire une structure nouvelle tout à fait novatrice dans certains des concepts. Il faut savoir que nous étions dans deux villes relativement petites, qui posaient des problèmes de développement puisque l'un à Foix, 9000 habitants, Pamiers 13 000 habitants, vous voyez donc, les possibilités de développement étaient très limitées et l'idée petit à petit, après avoir mis en commun notre blanchisserie en 1972 par un syndicat inter-hospitalier, au niveau des équipes a été quand même progressivement d'essayer de faire une structure plus ou moins commune et la moins concurrentielle possible.

Ces hôpitaux s'étaient développés parallèlement, ce qui fait qu'on se retrouvait avec de nombreux et multiples doublons qui ont généré beaucoup de difficultés pour la fusion éventuelle. C'est ainsi qu'on est arrivé à avoir une complémentarité, mais qui était incomplète. Cette complémentarité incomplète se traduisait par des structures éclatées. On s'est ainsi retrouvé avec, d'un côté, la réanimation, la cardiologie, l'hémodialyse, de l'autre côté, on avait l'obstétrique, le scanner et l'orthopédie. On avait des doublons, donc on avait deux urgences, deux radios, on avait des services qui, bien que sur un site, avaient une antenne sur l'autre, ce qui se traduisait par des dysfonctionnements énormes concernant essentiellement la logistique, le transport de patients et une non-clarté vis à vis des patients concernant les urgences avec des transports de patients urgents d'un site sur l'autre selon les pathologies.

C'est donc comme cela, qu'après un audit dans les années 1990, nous sommes arrivés le 3 juillet 1990 à la conclusion qu'il fallait envisager la création d'un site unique, que nous avons donc programmé progressivement, pour des raisons purement politiques, entre les deux villes le long d'une rocade.

Il faut savoir aussi que nous étions dans une structure qui est syndicat inter-hospitalier, qui a ses avantages pour permettre aux gens de se connaître, mais qui est excessivement lourde, puisqu'elle suppose 2 CME, 2 CA, 2 CPE et tout cela devant délibérer de façon concordante. Donc, cela devenait totalement ingérable, d'où la création le 1^{er} janvier 1992, du Centre Hospitalier Intercommunal avec, comme vocation, la création de ce fameux site unique. Site unique, donc justifié par ce regroupement indispensable pour pouvoir améliorer les moyens, pour pouvoir faire fonctionner les équipes et assurer ainsi une meilleure rentabilité des différents partenaires.

Toutefois, il faut quand même savoir que cette dynamique, qui était essentiellement interne au départ, a généré des craintes et des angoisses. Il y a eu, notamment vis à vis des équipes, des pertes de repères. L'idée d'aller travailler avec ceux d'en face qui n'avaient pas la même culture, ne s'est pas imposée aussi facilement que cela. Il y a eu ensuite la notion de déménagement, l'idée qu'on allait regrouper des unités qui s'étaient un petit peu mangé le nez pendant plusieurs années n'a pas été évidente. Il y a donc eu tout un travail pédagogique à faire.

Perte de repères également des élus. Il a fallu convaincre les élus qui n'étaient politiquement pas toujours du même bord, qui étaient dans deux villes qui étaient historiquement très concurrentielles, (l'une était la préfecture, l'autre l'évêché, l'une était ville franche et l'autre, ville comtale, l'une qui était industrielle et l'autre administrative...) d'arriver à faire ensemble la première chose qu'ils allaient faire ensemble, c'est-à-dire un hôpital.

Ensuite, les craintes de la population, de perdre l'objet de proximité qui était l'hôpital, perte des repères concernant la prise en charge rapide et la notion d'être déshabillée et d'être abandonnée. Tout ceci a fait naître un certain nombre de craintes qui ont pu être quand même levées et qui ont amené quand même à la réalisation de l'objet dont on va vous parler maintenant.

Monsieur ALQUIER

Le Docteur DANIS vient de vous parler un peu de la dynamique de regroupement et puis, disons, des problèmes, je dirai locaux, qui ont fait que nous avons pu progresser dans cette démarche et qui nous a permis d'avoir une réflexion autour d'un projet organisationnel.

Le nouvel hôpital a permis cette mise, disons, en synergie vers une nouvelle organisation, puisqu'il a été le levier de cette organisation.

Il est certain que la structuration nouvelle n'était plus tabou, on regroupait tout, les gens n'avaient plus de repères, donc il fallait inventer quelque chose. Alors, on pouvait inventer tout et n'importe quoi. Je crois que, dans notre esprit, avec un petit groupe de pionniers, parce que l'hôpital ne s'est pas fait avec 1000 personnes, on en parlait ce matin, disons, de synergie, de prise en charge des équipes etc...nous, nous l'avons menée en petits groupes. Au niveau de la direction, il y avait moi, peut-être une autre personne, qui partagions cette évolution, tout le monde était inquiet, tout le monde voulait garder disons son pré carré. Au niveau du corps médical, il y avait le Docteur DANIS, Président de la CME, deux ou trois médecins, tout le monde était bien convaincu qu'il fallait trouver autre chose, mais tout le monde se raccrochait quand même à ce qu'il connaissait dont les services, leur petit pré carré, la géographie, l'espace et donc ce que nous avons essayé de faire, c'était de casser cette approche en petits groupes et nous avons essayé de faire cela, parce que nous avons considéré que l'hôpital, l'hôpital tel que nous l'avons vécu, l'hôpital totalement atomisé, totalement déstructuré, un hôpital chapelle, avait vécu et nous ne pouvions plus construire et nous ne pouvions plus avoir une stratégie autour de cela.

Donc, cela nous a amenés à une réflexion qui nous a permis de considérer qu'il fallait responsabiliser les équipes. Les responsabiliser, canaliser un peu l'organisation, permettre à l'organisation de réfléchir, parce que, ce matin, Monsieur CREMADEZ, je ne sais pas s'il est là, nous a dit, c'est vrai, les départements, ce n'est pas bon, mais l'atomisation, ce n'est pas

mieux. On essayé de créer une COB, une commission des opérations en bourse, c'est-à-dire que nous avons essayé de créer des entités, entités des départements, mais pas pour le plaisir d'avoir des unités, je dirai spatiales, pour essayer, qu'à l'intérieur de ces départements, les gens se parlent, définissent une stratégie et puissent évoluer. Donc c'était la valorisation et la responsabilisation des divers acteurs qu'il fallait mettre en place, la direction totalement au-dessus, je dirai encore est-elle au-dessus, je ne sais pas où elle se situe dans un hôpital, mais de toute façon, la direction ne pouvait pas impulser et ce n'était pas l'atomisation des structures qui permettait de monter les stratégies de coopération. Donc, nous avons essayé, par le biais des départements, d'impulser un peu ce type d'organisation.

Alors, cela s'est fait autour de quoi ? Quel a été le catalyseur ? Cela a été le projet médical. Donc, on a essayé en projet médical de faire prendre un peu cette double approche donc de responsabilisation et de création de nouvel espace et la communauté médicale a défini, le Docteur DANIS vous en parlera, (on est sur la base globalement, à un iota près et on ne s'est pas concerté, de l'expérience de Nantes), je crois, disons, une charte de département avec des obligations, des droits, des acteurs etc...pour essayer de faire vivre tout cela.

Et donc, ce projet médical, nous l'avons intégré dans le programme à l'avant projet détaillé ; c'est-à-dire voilà l'organisation que l'on a plus ou moins pressentie et cette organisation doit se retrouver dans l'architecture et la boucle est bouclée.

Nous sommes donc partis d'un projet architectural qui nous a amenés à une réflexion organisationnelle.

Jacques DANIS

De voir éclater cet ensemble et de voir reconstruire quelque chose de nouveau, nous a amenés à un concept également qui était nouveau, de un nouveau découpage de l'établissement en départements.

Il faut savoir que nous avons 22 chefferies de service au départ. Par exemple, nous avons quand même deux services de néphrologie pour 12 lits de dialyse. Et tout ceci était historique, c'était la loi de 85, quand les PH ont réintégré, on avait créé des chefs de service à tout le monde pour pouvoir faire plaisir. Donc on était parti vers quelque chose qui devenait ingérable.

Donc notre but était de regrouper, de gérer et nous sommes arrivés à 11 départements : grosso modo, 4 grands départements cliniques : chirurgie, médecine interne, spécialité médicale et gynéco-obstétricale et maternité. Associés à cela, un certain nombre de départements médico-techniques (imagerie, pharmacie, DIM, personnes âgées et labo), regroupés au sein d'un département. Chaque département étant défini dans sa fonction par une charte qui est une sorte de règlement intérieur où on a essayé de redonner vie à chaque praticien, le but étant que chaque UF puisse être représentée au sein de chaque département, que le conseil de département soit vraiment quelque chose de vivant dans lequel se retrouvent à la fois les médecins, les cadres et le personnel, dans le but de faire une sorte de démocratie de l'établissement. Tout ceci a des limites dans la mesure où on ne gère pas les budgets et on ne gère pas le personnel, mais on arrive à gérer tout le quotidien et un petit peu tous les problèmes de dépenses minimales de l'établissement.

Tout ceci a permis donc de développer un projet médical que nous avons soumis aux architectes qui ont donné une déclinaison architecturale de notre projet, le principe étant que chaque département soit à plat et qu'il y ait une lisibilité très grande des différentes fonctions.

Ce dont on peut rendre compte, c'est que, à chaque étage, correspond un grand département. Au rez-de-chaussée, les fonctions d'urgence, d'imagerie. Au premier étage, tout ce qui est la chirurgie. Au deuxième étage, tout ce qui est les spécialités médicales qui

comportent la cardio, la gastro, la pneumo et la néphro. Au dernier étage, les médecines internes avec le moyen séjour. Et en annexe, tout ce qui est la mère et l'enfant.

La deuxième lisibilité concernait les fonctions et là on le retrouve de façon verticale. Vous avez d'abord les trois galets en bas, qui sont l'hospitalisation (A B C) ; en avant, vous avez la barre qui comporte tout ce qui est consultations-hôpitaux de jour et tout à fait en avant et nettement plus bas dans l'architecture, nous avons les services techniques, urgences, imageries, bloc opératoire ; la mère et l'enfant toujours à part.

C'est donc ce concept médical, ce découpage médical en départements, qui a permis de retrouver donc l'architecture, ce qui donne, vu d'avion, un petit peu cet aspect. Vous retrouvez donc cet ovoïde qui est la mère et l'enfant, les galets d'hospitalisation derrière, la barre de consultations et en avant les services techniques et tout à fait en avant la logistique dont je vous ai pas parlé qui est vers la rocade.

Voilà comment un projet médical a permis d'élaborer un concept architectural. Ce concept architectural, bien entendu, a sous-tendu ensuite une organisation au niveau personnel. Voilà notre expérience dont Monsieur ALQUIER va vous donner les conclusions.

Monsieur ALQUIER

Donc, un an après, où en sommes-nous en terme d'organisation ? Je dirai, qu'en terme d'architecture, tout évolue et manifestement la nature a horreur du vide. Des activités de sécurité que vous connaissez bien les uns et les autres viennent se rajouter, des transversalités externes à l'établissement avec des réseaux départementaux, hygiène etc.... La psychiatrie rentre : alors qu'elle était peut-être rentrée par la petite porte et elle veut rentrer par la grande. Et donc, manifestement, vous avez des adaptations régulières et permanentes qui se font. Donc, c'est le premier point. Et il est bien entendu, que dans ce cadre d'hôpital, nous avons des possibilités d'évolution architecturale si tant est que demain nous ayons à modifier l'organisation, parce qu'une organisation est la situation d'un moment, elle peut évoluer.

Un an après, tous les départements ne sont pas au même niveau de maturation, nous avons des départements qui, je le précise, comportent un chef de département, un bureau de département, un conseil de département, un cadre responsable, un système d'analyse de gestion qui est commun à l'ensemble et qui permet la relation entre économique – économique-médical, parce qu'on essaie de faire en sorte, ce n'est pas encore finalisé, que l'analyse de gestion soit une analyse médico-économique. Je trouve que l'analyse de gestion économique est la pire des choses et qu'il faut pouvoir analyser et pouvoir interpréter, disons, les éléments financiers d'évolution dans les départements et c'est possible si l'on a une dimension qualitative et une dimension médicale. Donc, c'est une analyse médico-économique. Dans l'analyse de gestion, siège le DIM, il est capable d'apporter des éléments. Donc, il y a des départements qui fonctionnent très bien, je ne veux pas citer la mère et l'enfant, par exemple, qui a un journal interne, donc qui a une vie. Le fait qu'il y ait un journal interne, il y a débat, il y a une vie à l'intérieur au niveau de la gynéco, au niveau de l'obstétrique, au niveau de la pédiatrie, c'est un département qui a défini un réseau externe à l'établissement fabuleux, vous avez tous les jours des réunions transversales avec l'ensemble des partenaires du terrain et les partenaires départementaux dans les divers secteurs, qu'il s'agisse de l'obstétrique ou qu'il s'agisse de la pédiatrie. Donc, je veux dire que la transversalité, par là, peut vivre.

Alors, le problème de la transversalité, c'est également le fait qu'un département est une unité d'intérêt. Aujourd'hui, une masse de praticiens qui siègent dans un département, peut, lui même et il lui appartient de définir quel est le besoin de collaboration, le besoin de réseau et le besoin de participation à d'autres départements de l'établissement.

Nous sommes en train actuellement de refaire le projet médical, et dans le cadre de ce projet médical, toutes les transversalités, les gens discutent à l'intérieur de leur propre département et ont des relations transversales avec les autres départements pour voir ce qu'on peut partager, ce qu'il faut faire et ce qu'il faut améliorer.

Un an après, nous avons eu quand même une difficulté, c'est que nous souhaitions rapidement rentrer dans l'aspect analyse de gestion qui existe, c'est vrai que, dans un hôpital, l'aspect économique est quand même important et une évolution d'activité qui a été de 10 % a fait que nous avons été peu en difficulté et que nous avons considéré que 2001 devait être l'année d'adaptation et que nous reverrions en 2002 l'approche économique, analyse de gestion, au niveau des départements. C'est chose qui est faite maintenant. Donc, nous avons mis en place et nous allons le lancer au mois de juin avec l'ensemble des partenaires, nous allons définir quels sont les objectifs annuels que le département doit avoir et le département, pas au niveau du chef des départements, mais du bureau qui comprend l'ensemble des chefs d'UF du département, nous allons discuter de l'activité, nous allons discuter des moyens qu'ils doivent avoir et nous allons ensuite pouvoir suivre ces moyens par le biais d'une analyse de gestion a posteriori.

Nous n'avons pas la prétention de brider des équipes, nous voulons les aider à posteriori dans une approche économique, mais également dans une approche médicale. Donc, nous ne nous sommes pas bridés là dessus.

Tout cela s'est fait aussi autour d'une contractualisation interne, puisque je pense que le dialogue et la responsabilisation et la déconcentration devaient faire que nous puissions discuter sur des stratégies et que nous puissions mettre ces stratégies en contractualisation. Nous en avons actuellement une série qui ne sont pas économiques, mais on parlait, ce matin, par exemple, entre les services cliniques et l'imagerie et autres et le labo, nous avons fait des contrats internes, mais c'était quoi, quel est le problème ? Quelles sont les difficultés ? Qu'est-ce que je fais, moi, pour répondre au besoin qui est le vôtre ? Et que faites-vous pour répondre à votre besoin ? Tout cela, on l'écrit, comment on l'évalue et on le signe. Et je crois que le fait de travailler dans le cadre d'un département qui intègre un peu l'ensemble de cette approche est tout de même plus intéressante pour nous et je dirai beaucoup plus réactive que si nous avons travaillé sur des services. Les services sont atomisés, nous n'aurions jamais pu arriver avoir cette masse d'acquis et cette masse, je dirai, d'engagements que nous avons dans le cadre du département.

Nous avons également simplifié les relais. Parce que nous parlons du CLUD, comité de lutte contre la douleur, et bien nous avons, dans le département, un référent, mais ce référent n'est pas le chef du département. C'est quelqu'un qui est impliqué, nous avons une approche d'investissement de l'ensemble de l'établissement et il y a un praticien et un cadre qui viennent en commission de choix, de détermination du programme d'investissement et il rend compte au chef de département. En matière de travaux, c'est pareil, nous avons également une planification annuelle des travaux où chacun fait ses propositions et sur lesquelles nous arrêtons des décisions, nous avons en matière d'hygiène un responsable d'hygiène, en matière de commande de groupe III par exemple, nous avons une personne qui a la signature du bon, nous n'avons pas la signature de l'engagement de la commande, mais qui a la signature du bon au niveau des services économiques et si cette personne ne signe pas le bon, les services économiques ne livrent pas. Donc on a essayé de rationaliser, de clarifier, de permettre au département de vivre, d'être une entité qui soit un interlocuteur valable et un moteur de l'établissement et qui joue également dans le cadre des transversalités.

Alors voilà où nous en sommes aujourd'hui. Je voudrais peut-être en finir par une citation : « on ne se débarrasse pas d'une habitude en la flanquant par la fenêtre, il faut lui faire descendre l'escalier marche par marche ». On n'y est pas encore, on est encore, nous, au

milieu de l'escalier, mais je pense que les éléments que l'on a mis en place permettent de répondre peut-être aux interrogations et aux craintes qu'avaient exprimées, ce matin, Monsieur CREMADEZ et je suis intimement persuadé que l'établissement vit cette révolution aujourd'hui, disons, de manière sereine et de manière avec beaucoup de foi en l'avenir.

Une réorganisation induite par une fusion – Valérie CARRAT, Directrice de l'organisation et de la stratégie médicale, Institut Mutualiste Montsouris

Bonjour à tous. Je n'ai pas tout à fait le même accent, vous allez tout de suite l'entendre. Je vais vous parler de la fusion des hôpitaux, donc c'est un sujet qui vient d'être abordé. En fait, l'exposé que j'ai souhaité préparer pour cette journée est un peu plus tourné vers l'organisationnel et, de façon très concrète, sur un ensemble d'outils sur lequel nous avons réfléchi, pour préparer la fusion.

Et si vous le voulez bien, très rapidement avant, puisque vingt minutes, c'est court pour raconter une histoire qui a pratiquement dix ans maintenant, je vous propose, de dresser l'historique de ce regroupement et puis de passer plus de temps sur un certain nombre d'outils très concrets qui nous ont aidés à nous organiser.

Alors, l'historique : juillet 1991, un protocole de regroupement, entre la chancellerie des Universités de Paris et la Mutualité Fonction Publique pour le regroupement du Centre Médico-chirurgical de la Porte de Choisy qui était un PSPH, 250 lits, clinique chirurgicale exclusivement et l'Hôpital international de l'Université de Paris qui, lui, était un hôpital public général de proximité.

1992, un projet médical commun, signé par l'Etat en février 1993, une obtention de permis de construire en 1994, puisque nous avons, dès la fusion juridique, décidé de reconstruire un nouvel hôpital sur un des deux sites, en l'occurrence le site Jourdan. Donc, pose de la première pierre en 1995 et ouverture de l'hôpital neuf, dans toutes ses composantes en septembre 1999, c'est à dire il y a trois ans. Donc, vous voyez quand même dans le rythme, une fusion qui finalement a pris un petit moins de 8 ans.

Alors, le contexte de ces regroupements : je vous disais tout à l'heure, deux cultures plutôt opposées, une privée, une publique, des activités spécifiques : généralistes pour l'HIUP, c'est le site Jourdan et l'activité chirurgicale exclusive pour la porte de Choisy ; des statuts des personnels qui étaient différents et, enfin, des organisations très différentes dans les deux sites, des organigrammes nul part, cela n'existait pas, des circuits de décisions, bien que traditionnels, très différents dans les deux hôpitaux et des flux, des processus, des circuits qui étaient évidemment hétérogènes. Donc, un contexte, j'ai envie de dire, un petit peu complexe, pour se lancer dans une fusion.

Donc la nécessité avant la fusion géographique, pendant que l'hôpital se construisait, de fédérer et d'organiser, d'où notre volonté de travailler sur cette organisation bien avant la fusion physique.

Rapidement, pour vous donner une idée de l'établissement, c'est 50 000 m², 1500 personnes, 180 médecins qui sont à 70 % plein temps (c'est important de le souligner), 420 lits et places de court séjour, j'ai mis entre parenthèses moins 153 lits puisqu'à l'époque 1992, souvenez-vous, c'est cette époque où l'on planifiait avec un objectif de réduire l'offre, puisque le secteur sanitaire n°2 auquel on appartient dans Paris intra-muros, c'était évidemment en surcharge de lits aussi bien médicaux que chirurgicaux.

Actuellement, on est à 16 000 hospitalisations par an, 120 000 consultations et on a un budget de fonctionnement de 115 millions d'euro.

Je vais venir au cœur du sujet qui, pour moi, est intéressant. Ce sont les outils et les projets que nous avons mis en place de façon chronologique entre 1994 et 1999 pour préparer cette fusion. Alors, j'allais dire, à tout seigneur tout honneur et cela vient d'être évoqué pour le projet de Foix-Pamiers, bien sûr à la base d'un projet médical, de façon je dirai ultra classique avec l'aide d'un consultant, avec les médecins et les soignants des deux structures, ce qui aboutit à la définition de 15 départements, donc je n'ai pas à revenir sur ce thème puisque cela été largement discuté ce matin. Des départements médico-chirurgicaux et médico-techniques, on énumérera peut-être tout à l'heure, mais Monsieur CREMADEZ en a beaucoup parlé ce matin. Nous, on a choisi une logique d'organes et vous verra un petit peu comment on a réfléchi sur la transversalité pour effectivement compenser cette fameuse verticalité.

Alors, le projet médical a valorisé, en fait, les pôles d'excellence des deux sites, ce qui n'était, en fait, pas si compliqué puisqu'il y avait des spécificités d'activités au départ. Donc, on n'avait pas trop ce phénomène de doublon évoqué tout à l'heure. En tout cas, faut-il savoir de quoi on parle quand on parle de doublon et cela a servi de base au projet architectural, mais je ne reviens pas du tout sur ce sujet déjà évoqué.

On a mis en œuvre le projet médical complètement en 1999 au moment de l'ouverture, puisque avant on travaillait sur deux sites, sur un bout du site qui se reconstruisait, donc le projet médical n'était finalement pas complet.

Le deuxième outil qui a été utilisé, à la même époque en 1994 – 1995, c'est un contrat d'objectif avec les tutelles, les ARH n'existaient pas à ce moment-là et, en fait, ce contrat d'objectifs nous a beaucoup aidés dans l'élaboration du projet, parce que d'abord c'était un contrat avec l'état, cela nous a permis d'avoir un document de référence avec les différents partenaires qui contribuaient, particulièrement le Ministère de la Santé et surtout cela a permis de définir de façon très précise le financement de cette opération, puisque c'était une construction neuve et le financement d'un plan social puisqu'à l'occasion de cette fusion, il y a eu un certain nombre de licenciements, y compris d'ailleurs de médecins. Et puis, des budgets qui étaient alloués annuellement, au fur et à mesure que le projet avançait, donc c'était un contrat d'objectif qui était vraiment dédié à la préparation de la fusion, rien à voir avec les contrats d'objectifs et de moyens que vous avez évoqués ce matin.

Troisième outil, extrêmement concret aussi celui-là, c'est toute une réflexion menée sur l'organigramme. Il nous semblait indispensable, pour responsabiliser les gens, de construire un organigramme qui soit transparent, qui soit clair et qui a été élaboré selon trois principes un petit peu innovants à l'époque, le premier étant la suppression d'une double hiérarchie médicale et soignante qui nous paraissait un frein à un certain nombre de développements, la création de la notion de Départements qui font environ entre 40 et 100 personnes en moyenne et la création d'une direction stratégie – organisation qui est le poste que j'occupe que je définirai comme une espèce de direction de consulting interne, de soutien méthodologique sur tous les sujets d'organisation et de stratégie et qui finalement a eu en charge, c'est vrai, l'accompagnement de ce projet de fusion et une fois la fusion faite, qui a finalement pour objet d'assurer toute cette transversalité, puisque c'est une direction qui gère les projets et que nous croyons beaucoup, à l'Institut Montsouris, à l'évolution et des mentalités et des activités et des organisations via des projets, via une multitude de projets qui sont gérés de façon relativement centralisés au niveau de cette direction.

Alors, très rapidement, donc la direction stratégie d'organisation qui s'appelle DOPH qui, vous voyez, est en fait à un niveau fonctionnel, à côté à gauche un DRH classique, une DFCG

(direction financière contrôle de gestion) et une direction des services économiques et techniques. Donc, la DOPH (direction stratégie organisation) prend sa place naturellement à ce niveau fonctionnel.

Je crois que c'est important d'explicitier la notion de double hiérarchie dont je parlais tout à l'heure. Voici, en fait, la logique d'organisation d'un des départements : donc, un responsable de département médecin et puis ensuite, au même niveau, des techniciens, chirurgiens, un cadre de département qui a un rôle tout à fait central et une responsable de secrétariat qui, vous le voyez, sont exactement au même niveau fonctionnel au sein de ce département. La surveillante de département qui gère tout ce qui est soins, accueil et une gouvernante organisation hôtelière qui hiérarchiquement est responsable de tous ces personnels dans la mesure où, pour nous, la prise en charge d'un patient, prise en charge complète, ce n'est pas soignants d'un côté, hôteliers de l'autre.

Cette organisation, qui fonctionne maintenant depuis trois ans, a été un petit peu difficile à intégrer par les médecins, il faut bien le dire, parce que les médecins avaient du mal à être considérés plus comme des experts techniques que comme des chefs des infirmières et avec leur propre secrétaire, puisqu'il n'y a plus de secrétaire affectée à un médecin dans notre hôpital, mais un pool de secrétaires qui preste pour l'ensemble et cela a permis et on va y revenir après, de faire évoluer la structure et finalement de permettre de répondre aux objectifs qu'on s'était fixés, notamment en terme d'activités et en terme d'objectifs.

Voilà, j'ai déjà dit un petit peu tout cela, mais les avantages de cet organigramme, c'est qu'il y a un manager qui est responsable de son activité, donc de sa production, qui est responsable de sa politique qualité, de ses ressources humaines, de ses consommations, de son budget et donc de ses dépenses.

Alors, cette création de poste de manager s'est évidemment accompagnée de définition de fonction extrêmement précise, parce qu'on ne peut pas s'inventer manager comme cela du jour au lendemain, surtout que ces postes sont occupés par des médecins ou des chirurgiens qui ont effectivement pour première vocation de soigner.

Alors, c'est vrai que le risque a été largement expliqué, c'est le risque d'autonomisation, de multiplicité de PME, qui, vous allez le voir, a été contre-balançé par les différents projets transversaux qui sont menés en parallèle.

L'autre outil dont on s'est servi pour organiser cette fusion est une accréditation à blanc que nous avons faite avec les Canadiens en 1997, exactement sur le modèle canadien, c'est-à-dire qu'on a fait des groupes par département qui se sont auto-évalués, puis ensuite, les Canadiens sont venus sur place rencontrer les personnels, voir les dossiers patients, rencontrer les patients, analyser les auto-évaluations et cela a été une expérience extrêmement intéressante. Cela a permis au personnel de prendre conscience finalement de l'intérêt de se remettre en cause, de l'intérêt de travailler sur des circuits de patients, sur des processus et non pas sur des moyens exclusivement ou sur des résultats, un effet miroir aussi sur finalement les marches de progrès parce que, même quand on se réorganise, il y a toujours des choses qui peuvent s'améliorer. Et cela a poussé les personnels, en fait, à mettre des indicateurs, à apprendre à objectiver les choses, à les mesurer et non plus à se fier, sur notre culture latine forte, à des impressions et des suggestions.

Pour les patients, puisque lors de cette accréditation, il y avait des patients qui participaient aux réunions, cela a été pour eux l'occasion de mieux comprendre toute la complexité de l'hôpital, de mieux comprendre aussi pourquoi il restait toujours, malgré de bonnes volontés, un certain nombre de dysfonctionnements, un outil, je dirai, extrêmement fédérateur.

Alors, un autre outil qui nous a pris beaucoup de temps, mais qui, je crois, était pivot dans la réussite de cette fusion, c'est l'élaboration d'un guide qu'on a appelé le guide de l'IMM, qui

avait comme objectif de définir, de formaliser, de diffuser toute l'organisation transversale de l'hôpital, quel que soit le domaine, aussi bien sur l'organisation de la transfusion, que du ménage, que je dirai l'organisation et la charte du bloc opératoire, que de la chirurgie ambulatoire, que sais-je.

Donc, la méthodologie nous a pris plus de deux ans. On a mis à plat l'existant de chacun des deux sites. Bien sûr, les réunions se faisaient en commun avec des soignants et des médecins des deux sites. On a ensemble décrit un nouveau processus, c'est-à-dire comment, dans le nouvel hôpital, cette organisation-là fonctionnera, on a validé ces nouveaux processus sur une logique de clients- fournisseurs, puisque vous savez que l'hôpital, c'est en permanence une logique de clients-fournisseurs, là je parle de l'interne, je ne parle pas du patient usager. Quand le bloc opératoire a besoin de gaz du sang en urgence, il fait appel, finalement il est le client du laboratoire qui lui fournit les gaz du sang, par exemple. Et on a formalisé tout ce travail, énorme travail je dois dire, au travers de procédures écrites, homogènes, c'est-à-dire toutes sur le même masque que l'on a mises dans un classeur et que l'on a ensuite traduites dans notre intranet et que l'on met (là, je vais vous montrer un modèle de procédure) à jour évidemment régulièrement, parce que, comme on disait tout à l'heure, une organisation évolue en permanence, aussi bien d'ailleurs du fait des contraintes extérieures, des lois, des décrets etc...mais aussi des contraintes internes et des évolutions internes.

Alors, je suis désolée, en transparents, cela ne donne pas grand chose, mais vous avez ici la synthèse du modèle de procédure que l'on a utilisée, toutes les procédures transversales de la maison qui précisent, donc c'est assez classique, les acteurs concernés, les documents officiels concernés, un lexique quand des mots utilisés ne sont pas connus de tous, puisque je rappelle que ce guide était la vocation de tous les personnels de l'institution, donc 1500 personnes. Il est bien évident que l'agent hôtelier n'a pas toujours le même vocabulaire qu'un chirurgien cardiaque, par exemple et puis, ensuite, une fiche signalétique qui explicite le domaine d'activités, le mode de communication, le lieu où se situe l'action, la composition de l'équipe, la description des procédures etc...

Alors, évidemment, cet outil évolue en permanence, mais je vous montre, là, le chapitrage global de ce guide qui comporte environ, actuellement, je dirai, une centaine de procédures que l'on a faites selon le circuit du patient dans l'hôpital. Donc, vous avez son arrivée, les prestations médicales, les prestations paramédicales, son départ, la gestion des informations médicales, un chapitre sur les personnels, un chapitre sur la logistique, achats-provisionnement-prestations et puis un chapitre sur les vigilances, bien sûr, qui est un élément tout à fait important.

Je passe très vite parce que c'est très classique sur la mise en place du SIH, puisque on a profité de l'occasion d'ouvrir le nouvel hôpital pour choisir un nouveau système d'information complet, dont le principe est, je dirai, le fait qu'on ait choisi un outil médico-administratif unique, une base unique de patients, ce qui tente à réduire les clivages entre la base médicale et les administratifs. Tout cela est finalement assez classique.

On en a aussi profité, tous ces exemples que je vous donne ont été faits pour être prêts en septembre 99, donc tout cela est opérationnel depuis trois ans, des outils de gestion et de pilotage parce que, bien sûr, les départements, une organisation, une architecture neuve etc.. Tout cela doit se gérer et se piloter. Alors ce que l'on fait et je dois dire que ce n'est pas très innovant, parce que beaucoup d'hôpitaux ont mis cela en place aussi, mais je tenais à le citer parce que je crois que, dans la logique de préparation d'une fusion, c'est important d'y penser aussi. Ce sont d'abord des tableaux de bord qui chez nous sont mensuels, qui donnent des indicateurs de production quantitative et qualitative, on raisonne par segments d'activité et en s'aidant bien sûr du PMSI, des indicateurs de consommation de ressources, c'est-à-dire pour un département producteur de soins, sa consommation de laboratoire, d'imagerie, de bloc, de réanimation, bien sûr des éléments de dépense et de comparatif par

rapport au budget et des indicateurs qualité, c'est évidemment essentiel. Cela ne suffit pas de produire, encore faut-il qu'on produise bien.

Alors, c'était juste pour vous donner un exemple. On ne va pas analyser, mais vous voyez que sur ce tableau, des indicateurs quantitatifs d'activité, les points ISA, le PMCT, les entrées, durées de séjour, nombre d'interventions, les consommations de plateau technique en alpha, bêta, gamma, etc... puisque les lettres-clés, on l'espère, vont bientôt disparaître, les dépenses. Alors, là, vous avez ici les dépenses salariales, dépenses médicales - dépenses générales qui correspondent aux différents groupes des dépenses. On leur donne aussi mensuellement une information plus précise, plus qualitative sur l'activité. Donc, là, c'est un département d'uro-néphrologie dans lequel on donne le PMCT chirurgical, médical, le taux de GHM chirurgicaux par exemple, le nombre de reprises, le nombre de passages en réanimation, le nombre de décès. On est actuellement en train d'intégrer les indicateurs d'infections nosocomiales, du suivi de la douleur, toutes ces choses qui sont tout à fait importantes. Et là, ils ont aussi un suivi, en fait, de leurs résultats par rapport à leurs objectifs, parce qu'on a un contrat d'objectif avec chaque département, contrat dans lequel on détermine ensemble un objectif de production d'activité quantitatif et qualitatif que l'on suit évidemment chaque mois pour voir un petit peu où l'on en est par rapport aux objectifs qu'on s'est fixé. Donc, voilà le type de tableau que le département reçoit de façon mensuelle.

Et puis, là, plus qualitativement, issus directement des GHM, du PMSI, des segments d'activité dans chaque discipline. L'urologie en l'occurrence s'intéresse plus spécifiquement, préfère qu'on lui donne des informations sur le nombre de cancers de prostate opérés, cancers du rein, cancers de vessie etc... toujours par rapport à l'objectif qu'il s'est fixé. Vous voyez que la colonne de gauche, ce sont toujours les objectifs et puis, à droite, ce sont les résultats mensuels, les résultats cumulés.

Je termine. Ceci est un tableau de productivité parce qu'on ne l'a pas démarré en septembre 99, mais un peu plus tard. On a, petit à petit, une fois je dirai, que les esprits étaient un peu plus mûrs, on a intégré les indicateurs de productivité, productivité de médecins, productivité de soignants, là je ne vous donne pas toutes les difficultés parce que cela ne s'est pas fait en cinq minutes, mais ce sont des étapes qui sont tout à fait intéressantes dans le projet et enfin la satisfaction des patients, ils reçoivent chaque mois un mapping sur un certain nombre de critères qualitatifs de satisfaction des usagers où on positionne en fait sur mapping leurs points forts, leurs points d'amélioration, qui leur donnent finalement des leviers très concrets pour mettre en place de nouvelles actions, chacun dans son département.

La contractualisation interne, j'en ai déjà parlé. Chaque année, un contrat est signé qui rappelle les objectifs institutionnels globaux, quels objectifs s'est fixé l'institut pour l'année et puis des objectifs qui sont déclinés en terme d'activités, consommations de ressources, de dépenses par grands groupes et de management et d'organisation. C'est un petit peu plus récent parce que, finalement, pour arriver à ces objectifs, il y a bien sûr une production de soins, mais il y a aussi et surtout je dirai un management d'équipe, une approche des patients, j'ai peu parlé des patients au moment de mon intervention, mais c'est vrai que c'est une dimension tout à fait importante et notamment action de communication et implication dans les projets institutionnels transversaux comme, par exemple, les infections nosocomiales, la douleur, les groupes d'usagers puisqu'on a développé depuis quelques mois des groupes d'expression des usagers qui se réunissent régulièrement au sein de l'institution avec des professionnels sur des sujets comme, par exemple, l'information ou autre.

Et je conclurai en disant que, c'est vrai, la restructuration est un formidable levier pour réorganiser. Cela permet d'avoir plein d'idées, de motiver les gens, de développer cette gestion de projets qui, finalement, fait que les gens se rencontrent, travaillent ensemble et

que cette espèce de verticalité dont on parle, elle n'existe que s'il n'y a pas de projet, j'ai envie de dire puisque, quand il y a des projets, les gens intéressés de tous les départements peuvent se retrouver sur les sujets qui les intéressent. Et je dirai que les facteurs de succès, de façon globale, parce qu'il y en a probablement d'autres, c'est qu'il faut une direction forte, il faut travailler par gestion de projets et non pas par logique effectivement hiérarchique et de pouvoir, il faut responsabiliser les gens, il faut leur donner des objectifs chiffrés, je crois que c'est très important parce que les objectifs en l'air, c'est très bien, sauf qu'en fin d'année, on a du mal à se parler, quand on doit parler résultats et des objectifs de l'année suivante, il faut que la stratégie qui amène à la fusion soit cohérente et là c'est vrai que les outils qu'on a utilisés ont une certaine cohérence entre eux, puisque chacun favorisait plutôt un savoir-faire ou un autre pour faire évoluer tous les personnels vers cette nouvelle organisation et enfin la communication qui, évidemment, est essentielle à travers intranet, à travers des lettres internes etc...Cela, je ne l'ai pas développé, à petits pas, puisque c'est un choc de cultures qui, je dois dire, au bout de trois ans de fonctionnement de l'institut Montsouris ne sont encore pas tous réglés et loin de là, parce qu'on a quand même encore les ex-Choisy et les ex-Jourdan et ce n'est pas, même avec une bonne organisation des projets, qu'on balaye tout cela.

3^{ème} PARTIE : LES ATELIERS

Il faut qu'on introduise maintenant les ateliers de cet après-midi. Là, vous allez travailler. Donc, avant de vous parler de l'organisation précise de ces ateliers, nous allons va vous présenter le résultat du questionnaire qui a été adressé aux membres du GERHNU, aux membres officiels et ces résultats vont servir de base aux discussions des ateliers.

Françoise JUNGFER,

Juste un mot en complément sur ce questionnaire. C'est une première expérience. L'idée est celle de Jean-Jacques PICARD et vous verrez, après avoir entendu Pascal, que c'est une idée excellente. Nous avons tous été tout à fait contents, surpris agréablement, de la masse de choses que les gens ont souhaité exprimer dans ces questionnaires et je tiens, au nom du bureau, à remercier particulièrement Jean-Jacques qui a fait le travail d'élaboration.

Je tiens à dire aussi, parce que la plupart d'entre vous n'ont peut-être pas été destinataires, que c'est une première. Donc, nous ne savions pas très bien quelle masse de travail cela allait nous donner. En fait, c'est considérable mais je crois que c'est quelque chose que l'on va renouveler avec une extension beaucoup plus large pour ce qui est des personnes sollicitées.

Et le bureau remercie bien sûr aussi Pascal FORTIER pour l'énorme travail qu'il a fait et pour l'analyse qu'il nous livre maintenant.

Introduction aux ateliers – Présentation des résultats de l'enquête GERHNU – Pascal FORTIER, Centre Hospitalier du Haut Anjou, GERHNU

Pour vous dire que le résultat n'a absolument pas de valeur scientifique. Il faut savoir qu'on a reçu 37 questionnaires sur 140 envoyés, ce qui d'autant loin d'être suffisant pour tirer des données statistiques fiables.

L'intérêt, par contre, c'est qu'il s'agit d'un questionnaire extrêmement complet, nécessitant une bonne connaissance. C'est peut-être pour cela qu'il y avait aussi peu de réponses et cela permet de rappeler un certain nombre d'idées qui ont été évoquées tout au long de la journée pour alimenter le travail des ateliers.

Le public.

Quels sont ceux qui ont répondu à ce questionnaire ? On voit que ce sont des âges murs, relativement anciens dans la profession, avec des secteurs d'activité essentiellement cliniques, au nombre de 27, mais également techniques, transversaux et on a eu quand même des réponses de directeurs.

Pour ce qui concerne les praticiens hospitaliers, la plupart sont des temps pleins ; en fait, un seul est un temps partiel ; beaucoup de chefs de service. Les PH non chefs de service ont-ils du mal à prendre la parole ou les membres du GERHNU ont-ils sollicité plus de chefs de service que de non chefs de service ? Je crois qu'il faudra qu'on y réfléchisse parce qu'on a parlé du problème de communication dans l'hôpital ce matin pour ce qui est des gardes, de l'activité privée, la retraite souhaitée par contre, bon c'est dans l'air du temps, la plupart des PH voudraient partir en retraite trois ans plus tôt que leur statut ne le leur impose.

Satisfaction professionnelle : on voit qu'il y a deux pics, il y a les bons, il y a les insuffisants. Il faut savoir que, parmi les soignants, j'entends par soignants, ceux qui sont au contact des malades, que ce soit des médecins ou du personnel soignant type infirmières etc...et c'est là que la satisfaction professionnelle est la plus insuffisante, elle est bien meilleure dans les structures transversales qui n'ont pas le contact avec le patient et tout le stress des multiples activités qui en découle.

Donc, les hôpitaux : essentiellement publics, un PSPH. L'hôpital type, en fait, ayant répondu à ce questionnaire, c'est un hôpital qui travaille avec deux CHU à 110 km de distance, dans une ville de 80 000 habitants, mais vous voyez que les écarts sont extrêmement importants, 8500 à 500 000 et il y a un biais évident, puisque Chalons en Champagne, mais Jean-Jacques PICARD est de Chalons en Champagne, a massivement répondu, GAP s'est très bien mobilisé, c'est presque un hit parade, Saintes : bravo ! PAROLA, Sens : c'est pas mal, Bourgen-Bresse : peut mieux faire, les autres j'ai préféré ne pas les citer, parce que, franchement, ce n'est pas bien.

Donc, là, c'est un diagramme à peu près lisible. Tout ce que l'on peut savoir, c'est que ceux qui ont répondu à ce questionnaire estiment qu'ont un impact, en général excessif, sur leur hôpital, des gens qui ont un pouvoir de décision : DAR, à moindre mesure DASS. Par contre, dès qu'on a un peu moins de pouvoir de décision, DIM, CLIN, Comité du Médicament, on trouve que, là, c'est totalement adapté.

On va retrouver un petit peu la même chose dans les services. En sachant que c'est un petit peu le sentiment d'autonomie qu'ont les médecins, parce qu'il y avait principalement des médecins qui répondaient, qui pensent que, quoi qu'on dise, quoi qu'on fasse, ils sont maîtres chez eux et ils font ce qu'ils veulent, donc tout est adapté.

Impact de réglementation excessive.

Je crois que c'est l'illustration de ce que je viens de dire, on peut passer.

Commission médicale d'établissement.

Là, il y a quand même une nette volonté de la part de ces chefs de service majoritaires, mais également des non-médecins et de quelques PH non chefs de service qui ont répondu, d'une ouverture de la CME à l'ensemble des médecins. C'est vrai que vous avez vu que c'était en moyenne 80 000 habitants, donc, a priori, pas de très grosses CME. Il est évident que dans les centres trop importants, en dehors des CHU qui ont une organisation particulière, il est possible que tout le monde à la CME, cela fasse beaucoup de monde. Par contre, le PV, là il y a une nette majorité pour que l'ensemble de la communauté médicale reçoive le PV de la

CME et même le PV d'autres instances, parce que c'est vrai qu'il y a un espèce de cloisonnement entre les instances qui ne produit pas une vision globale de l'établissement.

Le projet médical.

La plupart, étant chefs de service, ont participé au projet médical. Mais on s'aperçoit qu'il n'y a pas d'évaluation. C'est quand même à notre époque ou comme évaluation ou comme malade au centre du processus de soins, quelque chose d'un peu bizarre. Et on voit que pour les COM, c'est la même chose, c'est-à-dire qu'il y a des COM dans la plupart des établissements, cela prouve que les DRH font leur travail. Par contre, en terme de suivi, il y a très peu de médecins qui participent au suivi des COM, ce qui n'est peut-être pas tout à fait normal.

Modification des instances. En fait, on ne châtie bien que ce que l'on connaît, à savoir que pour ce qui est des médecins majoritaires, c'est surtout la CME qui va le modifier, donc certains disent qu'il y a trop de monde, d'autres pas assez, donc après il faudra en discuter. Il faut savoir qu'en ce qui concerne les CME, certains proposent une élection de tous les membres et que les chefs de service ne soient plus membres de droit. On verra que cela va assez dans le sens de membres de droit par contre de chef de projet au niveau de l'établissement.

Certains proposent qu'au niveau du Conseil d'Administration, les collectivités locales interviennent un peu de manière financière en terme d'aménagement du territoire, ce qui rendrait peut-être plus responsables ceux qui prennent les décisions au Conseil d'Administration. Alors, qu'actuellement, ils prennent la décision concernant des financements qui ne viennent pas de chez eux. Et, enfin, en ce qui concerne le CTE, il y a beaucoup de demandes pour qu'il y ait moins de présence des syndicats, mais je ne vois pas tellement comment on peut trouver une solution.

L'amendement liberté.

On est un petit peu déçu, parce que c'est vrai que cela a bien été dit ce matin. Cela devrait être la règle à la limite et je crois que c'est le sens de la présentation d' Yves HELOURY, ce matin, en terme de renouvellement des chefs de projet tous les 5 ans. Je crois que c'est plus par crainte et par méconnaissance que beaucoup de gens ont répondu non, alors que je pense cela demande à être retravaillé et re-proposé. Je crois que Danielle Toupillier ce matin, a bien expliqué qu'en fait les contraintes incontournables étaient relativement peu fréquentes.

Directeur médical.

Il y a une petite majorité pour les directeurs médicaux. Il existe de plus en plus d'établissement où le DIM fait fonction de DSIO, est-ce une piste ?

Formation des PH.

Oui. Il faut vraiment que les PH aient une formation à autre chose que leur métier de soignant, on le voit bien d'ailleurs parce que, finalement, ceux qui ont répondu, ce sont d'anciens présidents de CME, ce sont des chefs de service qui ont déjà des activités de non-soignant et je pense que, même si tout le monde n'a pas cette fibre-là comme le disait Yves HELOURY, il y a certainement quelque chose à faire pour que des gens participent.

Les besoins.

Je trouve les médecins optimistes à connaître aussi bien les besoins de leurs patients, entre besoin, désir, on ne sait pas trop. Par contre, ils sont relativement honnêtes quand ils disent qu'ils ne remplissent pas probablement comme il le faudrait.

Livret d'accueil – questionnaire de sortie.

On voit que c'est quelque chose d'assez bien investi tant en terme de diffusion, d'analyse des données, bon toujours ce petit côté subjectif où l'on a l'impression qu'on appuie plus sur ce qui ne va pas, que sur ce qui va.

Commission de conciliation.

Cela existe, cela fonctionne. Bien ou mal, on ne sait pas.

La représentation des usagers au CA. Beaucoup disent que les représentations actuelles sont suffisantes, d'une part, parce que cela dépend essentiellement de la qualité des représentants et d'autre part, c'est vrai que ce sont souvent des représentants d'associations d'usagers, ce qui ne représente pas réellement l'utilisateur. Je crois que cela a été très bien dit ce matin. Les politiques sont-ils des représentants d'usagers ? Majoritairement oui, puisqu'ils sont élus avec les limites du Maire, Président du Conseil d'Administration.

Protocole d'accord.

Beaucoup de gens en ont pris connaissance, en effet, avec une lecture, une action c'est déjà un peu moins. La durée de travail moyenne est de 52,5 heures par semaine, finalement 48 h de maximum lissées sur 4 mois, cela paraît infaisable. L'évaluation des conséquences, en terme de création de postes supplémentaires au niveau des services, c'est peu intéressant puisqu'on n'a pas le nombre de postes in fine et aucun n'a pu répondre sur le nombre de postes ou quasiment aucun qui serait créé à terme sur son établissement. Par contre, risque de réduction de la permanence médicale. Ce qui est curieux, c'est qu'on pense que le risque est plus important sur l'hôpital que dans les services, c'est-à-dire que les gens pensent qu'eux vont faire l'effort de continuer à avoir une permanence médicale importante, alors que les collègues ne le feraient pas. C'est curieux, mais bon !

L'utilisation des jours de RTT.

Là, c'est très âge-dépendant, à savoir que les plus jeunes l'utilisent au fil de l'eau, les plus anciens, dont je fais partie, 48 ans cette année, cela serait peut-être un petit peu de CET et un petit peu de retraite plus tôt.

Temps additionnel

Essentiellement de la rémunération, c'est vrai que le CET, on se demande si restant extensible on a le risque d'avoir des hôpitaux sans médecins dans 7 ans.

Primes assistants.

Visiblement, ce n'est pas très intéressant. Quand on fait des calculs, sur prime mensuelle, c'est vrai qu'on agit à la marge et on voit bien qu'avec les problèmes de démographie médicale, ceux qui seraient potentiellement des assistants demandent des postes de faisant fonction de PH et demandent d'avoir des garanties rapides, d'avoir un statut stable.

SROSS, fermeture des services.

Bon, là, je crois que le diagramme n'appelle pas à des commentaires. Il y aura des fermetures de services, d'hôpitaux et de SROS, c'est vrai que mécaniquement il faut y songer et on a vu que la DHOS a encore une politique de concentration qui persiste.

Spécialisation des services.

Là, c'est sans commentaire, cela continue.

Fédération – Département.

On a, à nouveau, cet espèce de V grippal, avec des fédérations, c'est vrai, c'est ce qu'il y a de moins contraignant, des départements mais pas beaucoup, les centres de responsabilités ou les pôles, comme Nantes, restent à l'état d'expérimentation comme on a vu cet après-midi également.

Chef de projet.

Peut-on imaginer une organisation de l'hôpital par projets ? Au GERHNU, on y croit beaucoup. Cela a déjà été dit par Nantes également ce matin. Visiblement, c'est une idée qui passe bien avec participation à la CME et possibilité, pourquoi pas tous les 5 ans de nommer des nouveaux chefs de projet.

Cohérence des projets

Avec le projet d'établissement, le SROSS et le COM, on espère, parce que, sinon, on ne voit pas comment cela va marcher.

DMS

Certes mais pas seulement. Il y a aussi des goulots d'étranglement vis-à-vis de certaines consultations spécialisées, vis-à-vis de l'imagerie, là on est surpris que le moyen séjour ne soit pas ou étranglement mais c'est vrai que vu le faible effectif, ce sont peut-être des situations particulièrement favorables des établissements qui ont répondu.

Organisation de l'hospitalisation.

C'est souhaitable et pratiqué dans la mesure du possible. On en a parlé ce matin également.

Les entretiens de sortie.

Ce sont souvent les équipes qui le font, plus que les médecins, mais cela dépend des spécialités : en gériatrie, c'est vrai que les médecins s'impliquent beaucoup dans les entretiens de sortie.

L'assistance sociale.

Définition difficile pour les professionnels que nous sommes et pas des assistances sociales de savoir quel est le ratio idéal, il se trouve que, là, il faudrait pratiquement le double de ce qui existe actuellement.

Glissement de tâches lié à la RTT.

On en a parlé. Je crois qu'il faut en effet redéfinir les fonctions de chacun, c'est très important et revenir pour chacun au cœur de métier. D'ailleurs, on le reverra en ce qui concerne les moyens qui permettraient de mieux organiser l'hôpital en terme de moyens humains, moyens matériels et moyens informatiques.

En ce qui concerne la RTT non médicale, on voit qu'elle est effective, au moins partiellement, dans la plupart des établissements. En terme de satisfaction, je ne ferai pas de commentaire. Il s'agit des sensations des intéressés eux-mêmes et non pas des médecins et donc on voit ce que je disais tout à l'heure, à savoir qu'en moyens humains, on demande essentiellement des brancardiers, des coursiers, c'est-à-dire des gens qui poussent des chariots, mais il y a une certaine culture du chariot dans les hôpitaux. Un extraterrestre qui viendrait dans un hôpital dirait : c'est bizarre tous ces chariots qu'on pousse.

Pour les *moyens matériels*, vous verrez, c'est un peu la même chose.

On a encore des « trucs » de transport, de levage, des lits à roulettes etc..

Et puis, pour ce qui est de *l'informatique*, je crois que, pour l'instant, nos établissements, peut-être parce que je suis DIM, peut-être parce qu'il est DIM, mais on a raté l'évolution

informatique, c'est à dire que toutes les tâches répétitives qui peuvent être soulagées par l'informatique, bien quand on voit l'état d'informatisation de nos établissements, je crois qu'on a des gains de productivité à faire.

3° partie : restitution des travaux des ateliers

Atelier – Gestion des tâches, gestion du temps – Animateur Jean-Jacques PICARD, GERHNU

Danièle RAUFAST

Donc, gestion du temps, gestion des tâches : on a abordé plusieurs problèmes. D'abord, on a pensé qu'il fallait essentiellement travailler sur les modes d'hospitalisation et on a envisagé 4 modes d'hospitalisation qui paraissent incontournables.

D'abord, l'hospitalisation en urgence, ensuite, évoluer surtout vers une hospitalisation de semaine, évoluer vers une hospitalisation programmée qui serait précédée d'une consultation pré-hospitalière qui nécessite un secrétariat fort pour la prise des rendez-vous et une hospitalisation de courte durée style service de porte.

J'ai donné l'exemple de TOULON qui a initié un service un peu tampon qui s'appelle : accueil, traitement et orientation des urgences où les patients ne restent que trois ou quatre jours au terme desquels ils sont orientés : soit ils sortent, soit ils vont dans le service de spécialité défini, soit ils vont en court séjour. C'est ce qui n'a pas mal arrangé un petit peu les problèmes de l'hospitalisation.

Donc, on a pensé que ces différents modes d'hospitalisation réglent le temps du malade et le temps des soignants.

Deuxième chose importante, on a pensé qu'il fallait recentrer sur les métiers. C'est-à-dire qu'on évolue actuellement vers un glissement des tâches qui nous paraît préjudiciable au temps et à l'écoute des patients. Donc, redonner du sens à des métiers qui existent déjà, comme les coursiers, les brancardiers, ce qui permet aux infirmières d'être davantage au lit des patients, aux aides-soignantes également d'être davantage au lit des patients pour une meilleure écoute des patients.

Ceci entraînera de prévoir, de programmer pour gagner du temps, donc organiser l'accueil téléphonique, le téléphone est très préjudiciable au temps. Apprendre à gérer les flux et on a dit développer des métiers existants pour ces brancardiers, pour donner du temps aux soignants et permettre l'écoute des patients. Donc, recentrer sur les métiers, cela a été un moment important de l'atelier.

Troisièmement, donner du sens au temps du patient, c'est-à-dire organiser son séjour et éventuellement envisager l'existence d'un coordonnateur du séjour qui peut être le cadre infirmier, mais qui peut être une autre personne. Ménager le temps d'écoute par rapport aux soignants et on a vu qu'avec la RTT, les problèmes de transmissions se font de façon plus difficile, le personnel se plaint de ne plus pouvoir échanger, de faire des transmissions rapides, les gens ne sont plus là souvent le lendemain, donc se sentent obligés d'écrire

d'avantage sans être sûrs que leurs écrits vont être lus. Il y a aussi le temps de rencontre des patients entre eux et respecter le mode de vie du patient.

Enfin, en dernier lieu, soigner le temps des personnels, donc garder du temps et des espaces d'échange également cette notion de culture d'équipe, développer le temps d'échanges extra-professionnels, ne pas imposer des réorganisations en escalier par rapport à la RTT, ce qui nous a été cité à GAP par exemple et être à l'écoute du bien-être des personnels.

DISCUSSION :

Danièle RAUFAST

Ce qui est ressorti d'important dans l'atelier, c'est de bien organiser les modes d'hospitalisation et recentrer sur les métiers.

Jean-Jacques PICARD, Chalons en Champagne

L'idée, c'est que tous ceux qui s'occupent des patients qui arrivent à l'hôpital perdent beaucoup de temps à organiser l'hospitalisation des patients et, en particulier, cela concerne les prises de rendez-vous pour des avis spécialisés qui sont souvent indispensables et dans l'atelier, on a eu l'impression que la seule façon d'y remédier, sauf moyen matériel ou humain permettant de le faire, c'était de distinguer, dans le fond, quatre types d'hospitalisation différente qui correspondent à la réalité de ce que l'on vit tous les jours.

Il y a des patients qui arrivent pour une urgence, c'est-à-dire quelque chose qui est réellement urgent, la fracture du col du fémur, l'infarctus du myocarde, on pourrait prendre d'autres exemples, ceux-là doivent trouver sans délai une place dans un service hospitalier. C'est un premier type d'hospitalisation en urgence.

Deuxième type, ce sont les patients pour lesquels il faut un temps relativement court pour juger de leur orientation, c'est-à-dire soit après que l'on ait fait un certain nombre de choses, vont repartir chez eux, exemple : l'hypoglycémie, une fois qu'elle aura été prise en charge et que la situation sera stabilisée, sauf si le premier bilan montre qu'il faut aller plus loin, ces patients-là peuvent donc repartir et par contre, il faut un lieu où ils soient accueillis, qui peut être une unité d'hospitalisation temporaire, un service porte etc...

Si on reprend l'exemple de l'hypoglycémie. Si le patient a fait une hypoglycémie qui s'est accompagnée d'une crise d'épilepsie, il y aura peut être une incertitude sur le diagnostic, il faudra peut-être un petit peu de temps avant de savoir où il doit aller, bien sûr tout ceci étant en fonction de la disponibilité des lits à l'intérieur de l'hôpital.

Et puis, on a beaucoup insisté sur un troisième type d'hospitalisation qui est l'hospitalisation programmée, c'est-à-dire un patient se trouve dans une situation pathologique et son médecin traitant également et par exemple, cela va être une anémie. On découvre une anémie chez un patient, mais cette anémie est bien supportée. Pour organiser la prise en charge de cette anémie, si le médecin, parce que cela dépend bien sûr des conditions peut-être d'exercice, de lieu, des conditions sociales du patient, si ce bilan doit être hospitalier, il peut être organisé après une consultation préalable, qui va organiser l'hospitalisation en prenant des rendez-vous, en rendant l'hospitalisation plus courte. J'ai pris l'exemple de cette anémie, mais il y a d'autres situations. Dans le domaine gériatrie, une situation qui est très fréquente, c'est la chute à répétition où, là, on peut certainement se donner le temps de programmer l'hospitalisation.

Dans le groupe, cela nous est apparu assez important et c'est susceptible, en faisant comme cela, de rendre du temps à tout le monde, puisque les rendez-vous peuvent être pris. Mais le corollaire de cela, c'est qu'il faut un secrétariat ou un coordonnateur de séjour qui pourrait avoir cette mission et puis le dernier type, c'est l'hospitalisation de semaine où, là, il y a bien sûr de nombreuses expériences d'hospitalisation de semaine, mais c'est un petit peu

différent de l'hospitalisation programmée. Mais il est évident que cette hospitalisation de semaine peut également être programmée.

Voilà, je ne sais pas si j'ai à peu près rendu ce qu'on avait dit, Françoise.

Françoise JUNGFER, Sens

Ce que je voulais dire en complément, c'est qu'il nous a semblé indispensable, sachant que la population hospitalisée se partage en deux files qui sont quand même très fondatrices sur notre activité, de réfléchir sur un partage du parc de lits, en parc de lits destinés aux patients admis en urgence et parc de lits destinés aux malades admis de façon programmée.

On a également dit que ce travail devait comprendre une réflexion sur le degré de spécialisation des services, c'est une question qui émergeait beaucoup du questionnaire qu'avait élaboré Jean-Jacques, probablement des intérêts très forts, probablement aussi ses limites et quelque part un flux sur la gestion du temps, sur la gestion des places. Donc, dans le groupe, on a dit que la gestion du temps devait nécessairement inclure également une réflexion sur quel degré de spécialisation des services et sur le cheminement : qui va vers qui ? Est-ce le patient qui est mobile ? Ou est-ce qu'au contraire ce sont les médecins mobiles ?

Sur ce coordonnateur de séjour, il nous a semblé très pertinent qu'il y ait quelqu'un dédié à l'organisation du séjour du patient, un petit peu aussi dans le prolongement de ce que l'on voit sur les référentiels de l'ANAES : « est-ce que lors de l'admission du séjour, la sortie du séjour est déjà programmée et organisée ? ». Donc, pour le profil de poste sur ce type de mission, nous avons été d'accord pour dire que ce n'était pas un médecin, que ce n'était pas le cadre du service dans ses missions de cadre du service, mais que manifestement il nous semblait que c'était un métier, et que cadre soignant pouvait être un bon profil.

Une intervenante

On a insisté sur le recentrage des métiers, arrêter de disperser l'ensemble des personnels que ce soient les médecins, les infirmières, les aides-soignantes, sur des tâches qu'elles ou qu'ils font tous en doublons ou qui ne font absolument pas partie des tâches d'une aide-soignante ou d'un médecin.

Une intervenante

Oui, le temps. On disait qu'il fallait considérer le temps du patient et le temps des soignants. Pour le moment, c'est le temps de l'hospitalisé. On peut l'organiser mieux pour le satisfaire davantage et le temps du soignant, on doit aussi y penser parce qu'on est en train de le comprimer et c'est sûr que les gens sont satisfaits d'avoir plus de jours de congés, mais leur temps au travail n'est pas forcément amélioré. Donc, il y a des temps qui ne sont pas considérés dans ce temps de travail, puisqu'on est quand même une équipe, il y a de plus en plus de temps partiel, donc il faut faire vivre cette équipe si on veut qu'elle ait des projets, qu'elle ait un esprit d'équipe et cela prend du temps. Donc, ce temps-là, il ne faut pas l'oublier.

Michel CREMADEZ

Juste par rapport à ce que vous disiez à propos des services. Il me semble que le degré de polyvalence, lorsqu'on est sur des flux qui sont des flux aléatoires, qu'on n'a pas pu orienter à l'avance, doit être plus élevé, bien entendu, que lorsqu'on est sur des flux qui ont été orientés. Et donc je ne crois pas que ce soit au niveau du service que se pose le problème de la polyvalence, mais au niveau des unités fonctionnelles qui peuvent appartenir à un ou plusieurs services qui ont pour objectif d'accueillir des malades qui ont été programmés et dont l'acte spécialisé a été défini, qui doivent aller dans le lieu adéquat et puis les autres et

cela signifie des caractéristiques en terme d'exercice médical, para-médical etc...qui sont tout à fait différents.

Donc, tout le problème est de savoir finalement quel est le volume des flux qui sont des flux programmés par rapport au volume des flux non programmés, en attente d'aiguillage en quelque sorte, pour savoir comment dimensionner finalement la partie partagée et la partie spécifique parce que, sinon, on a cette espèce de contamination de l'un par l'autre qui fait qu'il y a tout un tas d'actes pervers qui viennent.

Danièle RAUFAST, Toulon

Juste pour aller dans le sens de ce que vous venez dire, on s'est posé la question justement de savoir, s'il fallait conserver les pôles et départements, est-ce que c'était le médecin qui devait aller vers le malade ou le malade qui était le centre et comment résoudre cette problématique actuellement. Est-ce qu'il faut davantage de médecins, parce qu'actuellement, c'est un gros problème de fonctionnement dans les hôpitaux.

Michel CREMADEZ

Je crois que ce que vous disiez est important, c'est un problème d'équipe et pas simplement un problème de médecins.

Parce qu'à vouloir prendre une catégorie, on oublie que cette catégorie-là travaille aussi avec les autres et qu'en fait, ce qui va bien, c'est que dans un contexte de polyvalence, on a une équipe qui est conformée d'une certaine manière et qui fonctionne d'une certaine manière.

Alors, que le médecin soit un membre permanent de l'équipe, attaché à ou qu'il soit partiellement attaché, tout dépend du poids de son apport dans l'aiguillage. S'il s'agit, pour aiguiller un patient, de faire un certain nombre de tests et à l'issue de ces tests, d'avoir un avis médical qui permet l'aiguillage, ce n'est pas la peine d'avoir un permanent, il vaut mieux avoir un mobile, d'accord.

Je crois qu'il faut réfléchir sur la nature de ce que l'on va produire collectivement, parce que sinon on risque de partir sur des solutions a priori qui sont fragmentaires et qui vont s'opposer à des visions pragmatiques de fonctionnement. Donc, pour définir ce que l'on fait de manière très précise.

Pierre GALLOIS, Macon

Je pense qu'une des grandes voies pour gérer mieux l'hospitalisation, c'est l'hospitalisation programmée.

L'hospitalisation programmée nécessite beaucoup de choses. Elle nécessite en particulier une relation tout à fait étroite et organisée, structurée et améliorée avec le médecin traitant. Pour le médecin traitant, c'est souvent un confort de dire, j'ai un malade qui a besoin, hop vous allez à l'hôpital. Donc je crois qu'il y a un énorme travail de l'hôpital et des hospitaliers pour établir une relation personnalisée avec le médecin traitant et à ce moment-là, moi je sais que j'étais arrivé à 50 % d'hospitalisation programmée il y a 10 ans, donc c'est possible. Cela veut dire que ce n'est pas obligatoirement, cela ne passe pas obligatoirement par une consultation qui est encore du temps, une difficulté de gestion du temps, des délais etc...et cela peut très bien être réalisé par téléphone. Donc, c'est une des orientations, mais cela veut dire un gros travail de relations avec les médecins traitants.

Jean Marc CUNY, Remiremont.

Je ne suis pas tout à fait d'accord pour l'hospitalisation programmée sans consultation préalable. Parce que je pense qu'il y a déjà une relation importante entre le patient et le médecin et là c'est quelque chose qui me semble extrêmement important, il faut qu'il y ait une consultation, quelque chose d'expliqué, c'est sûr que c'est une perte de temps, mais c'est, au contraire, parfois, un gain énorme de temps. Ensuite, une hospitalisation

programmée, la plus courte possible, hélas ! cela pose parfois des problèmes d'organisation et là dessus je voudrais revenir sur la notion de mobilité.

Il y a deux sortes de mobilité, soit du patient, soit du médecin. Alors, si on commence par le patient, il y a des limites, en particulier structurelles de l'hôpital qui est parfois grand. Alors, on voit dans les CHU, les malades se baladent tout la journée et font deux examens par jour, un le matin, un l'après midi. Cela nécessite une organisation de déplacer les malades suffisamment à temps, car le médecin attend. Cela nécessite aussi beaucoup de personnel, de brancardage, de choses comme cela qui deviennent finalement insupportables. Et quant à la mobilité du médecin qui devient médecin mobile et même auto-mobile, il y a des limites aussi, c'est-à-dire qu'il ne faut pas exagérer la mobilité du médecin, il faut qu'il ait un, deux, trois lieux de travail, mais pas 36, parce qu'à ce moment-là, il est perdu, il n'a plus ses repères.

C'est difficile et on n'en arrive à des structures complètement délirantes, de type fonctionnement des psychiatres qui passent leur journée en voiture et non pas à côté de leurs patients. Donc, ce sont des limites aussi et je crois que c'est important à considérer. Merci.

Une intervenante

Juste pour finir avec la mobilité du médecin, on a dit qu'elle est limitée aussi par certains examens complémentaires qui font qu'on ne peut pas déplacer les appareils, par exemple.

Françoise JUNGFER, Sens

Pour reprendre ce que disait Monsieur CREMADEZ, je crois que le degré de polyvalence, c'est très important.

Je crois qu'il ne faut pas se planter dans le niveau de polyvalence, on ne fera pas l'économie de se dire qu'il y a deux types de patients qui sont pris en charge dans les hôpitaux, les gens urgents, les gens non urgents qui sont donc programmés.

Les gens urgents, je crois qu'il y a un problème, à l'heure actuelle, d'hébergement, que quelque part, cela génère des pertes de temps, puisque c'était le thème de l'atelier, génère des zones d'incertitude, c'est quelque chose qui est terrible à vivre et dont tout le monde parle, cet engorgement des urgences. Donc, c'est une file qui doit être prise de façon particulière.

Pour ce qui est des malades programmés, ils sont tous polypathologiques ou pathologies dominantes, mais sont très rarement mono-pathologiques strictement. Ce qu'on a dit dans l'atelier, c'est que les expériences de structures polyvalentes sont faites de plus en plus sur des domaines qui sont pourtant difficiles à gérer : les très courts séjours, les hospitalisations de jour, les hospitalisations de semaine, or là on a des structures qui n'ont pas d'appellation en fonction de la spécialité médicale, mais qui sont des structures où interviennent différents types de discipline médicale et elles ont toutes fait la preuve, on en a largement entendu parler à Aulnay, d'une performance de fonctionnement. Alors on s'est dit, dans l'atelier, que c'était peut-être intéressant de voir si ce mode de fonctionnement ne pouvait pas s'appliquer à un certain degré pour certains patients sur l'hospitalisation complète.

Jacques DANIS, Val d'Ariège

La polyvalence des services, c'est quand même un énorme inconvénient. Au niveau des équipes soignantes, c'est de voir défiler dans une matinée 14 praticiens et c'est quand même quelque chose qui perturbe énormément le fonctionnement des unités.

L'autre chose, concernant les unités de court de séjour ou lits de porte, il y a un danger dans ces unités, c'est de les transformer, petit à petit, en petits services de médecine interne. Si

on ne fait pas attention à limiter le temps d'hospitalisation dans ces unités, c'est une dérive que les urgentistes ont tendance à vouloir faire.

Voilà les deux petites remarques que je voulais faire là-dessus.

Bruno GERBAUD, Bourg en Bresse

Je voudrais juste revenir sur une notion qui me semble assez générale sur la compression actuelle que l'on observe actuellement du temps de travail de l'ensemble des équipes paramédicales.

C'est vrai on s'aperçoit qu'on est dans la phase où, RTT imposée oblige, on voit qu'on est critique, on est dans une phase où les gens ont été obligés de rogner sur le temps relationnel sur tout ce qui semblait important.

J'espère et là, j'attends un petit peu votre avis, que pour toute cette RTT et pour la RTT médicale, on en reparlera tout à l'heure, il y aura tout de même un effet ressort, c'est-à-dire que, là, on a bien comprimé, on en profite éventuellement pour se poser des questions, sur la façon dont on travaillait avant et une fois qu'on a récupéré quelque chose de bien, après on va avoir cet effet ressort et ce besoin de mieux travailler, de reprendre du temps professionnel etc.. au fur et à mesure où l'on arrivera à exiger les moyens en personnel qui sont nécessaire pour les réaliser, c'est-à-dire qu'il ne faut pas tout à fait se désespérer, j'espère que la baisse de cette qualité, notamment du point de vue relationnelle que toutes les équipes soignantes observent depuis la mise en place de la RTT, j'espère que cela ne durera pas trop longtemps et qu'il y aura un effet ressort qui sera bénéfique ultérieurement.

Michel CREMADEZ

Je crois que le gros problème de la RTT, c'est que si on ne repense pas véritablement l'organisation et si on reste au niveau des équipes telles qu'elles fonctionnent à l'heure actuelle, la RTT ne peut produire que cela et j'ai bien peur que le ressort ne se produise pas. A partir du moment où on a une plus grande discontinuité des équipes, parce que c'est cela, finalement, la RTT, on peut s'interroger sur les activités qui sont susceptibles de supporter cette discontinuité sans qu'il y ait de préjudice et quelles sont les activités pour lesquelles cette discontinuité est hautement préjudiciable.

Plus je suis programmé, plus je suis organisé, plus les délais d'hospitalisation sont courts, plus la discontinuité a un impact faible. Par contre, plus je suis dans quelque chose d'indéterminé, de polyvalent dans lequel le temps n'est pas un facteur maîtrisé, plus la discontinuité est préjudiciable et donc, il faut regarder, analyser assez finement les activités, pour savoir quelles sont celles qui sont de nature, comment on va éventuellement faire passer certaines de l'une dans l'autre, parce qu'elles ne sont pas par nature d'un type ou d'un autre et adapter l'organisation de cette manière-là et cela veut dire aussi que le mode de fonctionnement et je dirai, l'écologie des équipes n'est pas du tout la même. Une équipe qui fonctionne de manière discontinue sur des choses très programmées n'a pas le même vécu professionnel, n'a pas les mêmes satisfactions professionnelles, n'a pas le même vécu d'équipe qu'une équipe qui doit être beaucoup plus soudée par rapport à des problématiques qui sont beaucoup plus durables et beaucoup plus incertaines. Si on ne note pas cette réflexion de fond, on ne s'en sortira pas parce qu'on tombera sur des problèmes comme celui que vous évoquez à propos du service de porte. Pourquoi, parce que si on dit les lits portes ou les lits polyvalents sont des unités qui admettent des patients parce qu'on est en attente d'orientation. Que veut dire l'attente d'orientation ? Cela ne veut pas dire qu'on ne sache pas ce qu'il faille faire pour orienter, cela ne veut pas dire qu'on va laisser quelqu'un-là et puis laisser au hasard, si vous voulez, le soin de délimiter la durée de l'hospitalisation.

Pourquoi, s'il faut orienter, il y a un certain nombre de techniques qu'il faut appliquer suivant une certaine forme protocolisée de manière à ce que le temps d'orientation soit le plus faible possible, pourquoi ? Parce qu'en attendant d'être orienté, le risque de dégradation du patient est important, d'accord.

Ce que je veux dire par là, c'est que, comme les flux sont aléatoires on a intérêt à programmer le protocole de prise en charge et la sortie, au moins ça, d'accord.

Un intervenant

Un tout petit mot sur lequel j'aimerais insister parce que je crois que c'est fondamental. Je crois qu'il faut toujours programmer la sortie à l'arrivée du malade et c'est une des choses qu'on oublie trop souvent.

Atelier – L'utilisateur, acteur de l'organisation hospitalière – Animateur Bernard SCHMITT, GERHNU

Elisabeth MEYER, « usagère » du Centre Hospitalier de GAP.

Alors, en toute bienveillance, c'est à l'utilisateur qu'on a délégué le rôle de rapporteur, mais j'aurai besoin de beaucoup d'aide parce que je connais mal vos structures et vos mots qui sont compliqués.

Notre atelier s'intitulait « l'utilisateur, acteur de l'organisation hospitalière ». Cela a tout de suite engendré trois questions :

- L'utilisateur peut-il être acteur de l'organisation hospitalière ?
- L'utilisateur veut-il être l'acteur de l'organisation hospitalière ?
- Comment l'utilisateur peut-il être acteur de cette organisation hospitalière ?

Je vais vous donner la définition qu'on a retenue de l'utilisateur, parce que la question s'est posée aussi. Donc, l'utilisateur c'est le citoyen. On a conclu que tout habitant d'une ville deviendrait sans doute un jour utilisateur de son hôpital ou à peu près. C'est le patient qui est déjà défini comme utilisateur présent. C'est la famille et les accompagnants, c'est aussi le médecin traitant.

On a limité à ces quatre définitions notre prise en compte.

A partir de là, on a essayé de vous dégager des propositions qui nous permettront de développer un petit peu ce qui a été dit dans l'atelier.

La première proposition est une proposition de développement de communication vers le citoyen, c'est-à-dire en amont de l'urgence, en amont d'une prise en charge médicale. Expliquer le fonctionnement, expliquer les contraintes, expliquer un certain nombre de choses par rapport à la structure hospitalière.

Comment expliquer cela ? Alors, on a imaginé aussi une ouverture par des conférences ou au moins des lieux de débat à l'hôpital ou hors de l'hôpital pour l'essentiel de la communication en amont.

Deuxième point : l'attente. Il faut avant tout la formaliser, parce qu'elle est très variable, elle est différente. Elle peut être collective à travers les associations d'utilisateurs, elle peut être individuelle à travers l'utilisateur ou une famille. Il est important de la formaliser pour qu'il puisse y avoir une réponse. Il est difficile de répondre à des attentes très ciblées, très personnelles. Par contre, il y a certainement une prise en compte d'une attente plus globale, mieux formalisée à assurer. S'il y a une attente de la part de l'utilisateur et pour qu'il soit acteur, il faut rencontrer une écoute de la part de la structure.

Alors, la première écoute, c'est l'équipe avec laquelle il va se rencontrer. Après, c'est une écoute de l'équipe, une écoute de la structure, l'équipe elle-même fera une remontée vers la structure. Il faudra prévoir du temps.

Une écoute de quoi ? Et bien, une écoute de l'attente de soins, l'écoute d'un projet de soins qui pourrait être élaboré avec, dans le sens médical du terme, mais au moins dans la concertation et explication avec le patient. Une écoute de son attente qu'on a appelée hôtelière, c'est-à-dire tout ce qui est plus matériel.

Comment écouter ? Dans le direct, dans le dialogue, dans la concertation. Ecouter aussi par des moyens plus formels. On a beaucoup parlé du questionnaire de sortie qu'on a groupé avec un questionnaire de satisfaction parce que, fort justement, on nous a fait remarquer qu'il y avait des gens qui sortaient de l'hôpital, mais qu'il y en avait qui restaient très longtemps et qu'il était important de prendre leur avis avant la fin de leur séjour.

On a évoqué le questionnaire d'entrée aussi. Alors, pourquoi un questionnaire d'entrée et de sortie ? Et bien parce qu'on a réfléchi à ce qu'on a appelé le glissement de l'attente des patients. Effectivement, quand vous arrivez et j'entendais tout à l'heure, quand vous arrivez aux urgences, dans une situation d'urgence, vous voulez être réparé, soigné, ne plus souffrir, mais au bout de huit jours, quand vous allez mieux, que vous nous avez bien rétabli, vous commencez à avoir envie de mieux manger, d'avoir un bon matelas, donc on n'a plus la même attente à la sortie et à l'entrée. Et sans doute pour avoir un bon catalogue de ces attentes, il faut prendre la température si vous permettez ce terme, avant, au début et à la fin parce qu'on touche des pôles d'expression qui sont sur des domaines complètement différents.

Nous avons parlé aussi, dans le comment écouter, des maisons d'usagers qui sont quand même là des structures toujours avec la parallèle collective-individuelle, il y a certainement dans les maisons d'usager une écoute attentive à leur adresser.

Les stratégies d'évaluation. A partir de cette écoute et de la façon dont elle a été entendue, on a essayé de dégager des stratégies d'évaluation.

On a noté, affirmé sur le plan institutionnel, ce désir d'écoute. Il faut qu'il soit affirmé pour qu'il y ait du temps de dégage, pour qu'il y ait des choses très précises et très structurelles mises en place, les questionnaires, les remontées, les réponses à apporter au malade par rapport à ce qui a émergé.

La réalisation de cette écoute, c'est ce que je viens de dire.

La restitution. Comment restituer ce qui a été dit ? Parce qu'effectivement, si vous remplissez des questionnaires et qu'ils se perdent dans la nature ou même s'ils sont exploités, mais que vous ne le sachiez pas, cela n'incitera personne. Je crois que l'un des gros problèmes que rencontre l'hôpital pour ceux qui ont déjà mis en place ces techniques, c'est que les réponses vont de 5 % à 30 % et 40 % dans le meilleur des cas, mais 40 % étant, semble-t-il, un pic performant.

Donc, il faut restituer ce qui a été dit par les patients. Cette restitution, on l'a imagée d'abord au niveau du service, mais aussi dans un élargissement. On s'est dit pourquoi pas dans un bulletin municipal, pourquoi pas donner un indice de satisfaction ou de progrès d'un hôpital dans un journal interne à une association, dans vos structures (alors, excusez-moi, j'ai perdu beaucoup de sigles, il me semble avoir retenu CME, il semblerait que ce soit un endroit où l'on puisse exprimer ce genre de choses). Voilà, cette restitution semble extrêmement importante.

Je reviendrai, parce que je l'ai oublié, sur la réalisation. Il me semblait, en tant qu'usager, qu'il fallait qu'on s'exprime, mais qu'il fallait aussi et tout le monde était d'accord dans le groupe, que l'équipe sache ce que l'on avait dit, le regard qu'on avait posé sur son travail ou sur son accueil, d'abord pour y remédier et puis, par éthique et puis qu'effectivement après, les directions prennent en charge et retransmettent.

Et puis enfin, il nous a semblé indispensable de prévoir des outils de correction assez stratégiques d'évaluation tout simplement pour progresser, car rien n'est figé et que le mot glissement qu'on a employé tout à l'heure semble tout à fait actuel. Parce que s'il y a un glissement sur le temps du séjour, il y a aussi un glissement ne serait-ce que par l'information

croissante des patients, c'est-à-dire que vous nous sembliez vous rendre compte et je pense que c'est tout à fait vrai, que le patient ne porte plus seulement un regard sur le côté hôtelier, mais entend être informé. C'est là qu'il y a glissement sans doute dans les demandes sur les protocoles médicaux, sur les projets de soins, sur la façon dont il va être pris en charge et il y a une meilleure connaissance ou le malade pense quelquefois avoir eu de meilleures connaissances des actes techniques ou médicaux que vous posez, mais c'est vrai, souvent il entend, sinon en discuter, du moins un petit peu se les approprier.

Voilà, je crois que je vais laisser développer par mon collaborateur.

Bernard SCHMITT

Dans le groupe, nous avons souhaité ardemment que ce soit effectivement une usagère qui soit le rapporteur du groupe, ce qui était la moindre des choses pour un tel thème. Alors, c'est vrai et ce qui vient d'être dit me paraît tout à fait intéressant, c'est qu'entre l'usager, étranger au système et l'acteur, en plein dans le système, il y a un problème de communication, un problème de langage, un problème de sémantique, un problème de concept, que nous ne partageons pas obligatoirement et que la première des choses, c'est justement la capacité de ce partage, donc d'un effort bilatéral, d'un effort des soignants vers l'usager au sens large du terme pour dire à l'usager, je me mets à votre place, j'utilise votre vocabulaire, j'utilise vos concepts, je tâche de répondre au mieux à votre attente, d'abord par le langage, mais également, un effort inverse qui passe obligatoirement à ce moment-là et c'est dommage, on aurait pu remettre les transparents, mais par le premier point que nous avons développé et qui vous a été développé, c'est celui de la communication. Communication dans les deux sens, on a dit communication vers le citoyen par les acteurs de santé, mais communication des citoyens vers l'institution par la capacité de dire : voilà notre attente. Et je crois que cela était le premier point et au fond, notre dialogue là, notre duo, c'est la capacité de dire. Effectivement, je le dis tout de suite, je suis impressionné par la qualité des débats de cet atelier parce que, justement, pour une fois, nous avons des gens qui ne sont pas des professionnels et qui nous apportent leur regard sur nos pratiques professionnelles. Voilà le premier point.

Que dire ? Dans la formalisation de l'attente du patient, pour être capable de mettre concrètement des outils d'écoute, on a dit et je crois que cela n'a peut-être pas été assez souligné, cela passe par la formation des acteurs. C'est-à-dire, si nous, en tant qu'acteurs, qu'on soit médecin, infirmière, cadre, aide-soignante, peu importe, directeur ou cadre de direction, si nous ne sommes pas formés à ces stratégies d'écoute, nous serons incapables de mettre au point des outils d'écoute. Donc, le premier point, c'est la formation et quelqu'un dans le groupe a signalé que c'était aussi une obligation ardente au niveau des IFSI, c'est-à-dire des structures de formation des personnels de santé.

Formation des personnels, information des patients et élaboration du coût des outils et notamment dans les outils, ce sont des référentiels et là, on retrouve des problèmes de l'accréditation, c'est au niveau des services ou des unités, des référentiels de procédure de qualité du service qui incluent obligatoirement cette capacité d'écoute et ces outils d'écoute. Cela nous a paru extrêmement important.

Cette écoute, on a utilisé le mot aussi de subsidiarité. Traditionnellement, dans la pratique des établissements, les fiches d'enquête de fin de séjour, d'enquête de satisfaction remontent à la direction. Et puis, la direction va les faire traiter éventuellement par un adjoint des cadres, pour en faire une étude statistique et on va nous retourner ensuite en disant : 80 % des patients de votre service sont satisfaits, 20 % sont moins satisfaits et il y a qu'une

petite frange qui n'est pas du tout satisfaite. On classe cela dans un classeur ou on le met à la poubelle.

Donc, il nous semble que le principe de subsidiarité doit s'exercer, c'est-à-dire que le retour est d'abord au niveau de l'unité pour que les acteurs même du terrain soient capables de se faire leur autocritique ou de se faire leur auto-correction par rapport aux objectifs qu'ils se sont fixés. Et ce n'est que dans un deuxième temps que la direction peut être informée, puis les instances en retour.

Enfin propos de qui, de quoi et comment ?

L'écoute de qui? On a dit patients, familles, médecins et on n'insiste pas assez sur le médecin généraliste usager. Donc, là, c'est tout un problème et le débat est très politique, très politisé actuellement et c'est peut-être parce que, justement, l'hôpital ne considère pas le généraliste comme un usager de l'hôpital qu'il y a cette distorsion que nous vivons actuellement.

L'écoute de quoi ? Là, on a réparti en trois groupes. Il y a une écoute nécessaire, médicale au sens de la pathologie et du diagnostic. C'est-à-dire que si nous ne sommes pas capables d'écouter le cancéreux, le diabétique, l'insuffisant respiratoire, c'est-à-dire par pathologie, l'attente est différente parce qu'il y a quelque chose dans le vécu du patient ou de la famille qui est lié à la pathologie. Il faut savoir écouter la pathologie et s'adapter en fonction de cette pathologie, maladie chronique, maladie aiguë etc...L'écoute du soin est très différente de l'écoute de la pathologie, car le soin est une prise en charge globale mais qui est très variée, très diversifiée et enfin, l'écoute de l'environnement hôtelier, (hôtelier non pas forcément au sens literie, que sais-je), mais l'hôpital c'est l'hospitalisation, c'est l'hôtellerie, c'est la même racine, c'est-à-dire la vocation de l'accueil au sens large du terme, du séjour, donc écoute diagnostique médicale, écoute du soin, écoute hôtelière. Vous avez parfaitement parlé du comment, en interne, en externe par les acteurs institutionnels ou des acteurs extra-institutionnels, on a dit les maisons éthiques avec un H qui actuellement sont des maisons éthiques sans H, voire virtuelles. Donc, voilà quelques éléments, quelques pistes.

Enfin, la stratégie de l'évaluation. Dans le groupe, il y avait un directeur d'établissement qui a réaffirmé et me semble t-il avec beaucoup d'à propos, que c'est d'abord une volonté institutionnelle qui doit être empreinte d'une sorte d'obligation. L'obligation n'est pas forcément réglementaire, mais c'est une obligation ardente, c'est-à-dire qu'il faut que ce soit un état d'esprit parce que si ce n'est qu'une personne sur dix qui remplit un questionnaire de satisfaction, cela ne sert à rien. Il faut qu'il y ait donc des moyens de rendre cette évaluation quasi-obligatoire.

Deuxièmement, elle est réalisée par l'équipe et par l'institution. C'est-à-dire que si c'est l'équipe qui la réalise sans que l'institution soit derrière, cela ne marche pas. Si c'est l'institution qui la réalise sans que l'équipe soit partie prenante, cela ne marche pas non plus. C'est donc un travail de collaboration étroite sur un projet commun. Et la restitution : il y a eu des problèmes. La restitution, je ne sais pas si vous l'avez bien souligné, c'est que le premier lieu de restitution de cette évaluation, c'est d'abord l'équipe avant d'être l'institution, parce que c'est au niveau du terrain que les corrections doivent être faites d'abord et que c'est donc bien les acteurs directs de santé qui sont les premiers destinataires de cette restitution et puis après, l'usager à être le destinataire. Et l'usager est destinataire à la fois sur le plan collectif parce qu'il y a des réponses qui sont des réponses de type collectif, je dirai sociales et puis sur le plan individuel, le cas échéant, quand ce sont des problèmes beaucoup plus spécifiques.

Quant aux outils de corrections, nous n'en avons pas eu le temps d'en débattre, mais il est évident que si une évaluation ne s'accompagne pas de la mise en place d'outils de correction, elle ne sert à rien et que donc dans la réflexion de la place de l'usager, nous sommes donc bien dans un continuum de qualité et qui va jusqu'à l'outil et ce sont des

boucles perpétuelles, ce sont des spirales qui s'auto alimentent et parce que ces outils de correction doivent être de nouveau évalués en retour et je pense que c'est comme cela que nous ferons des progrès.

Les questions :

Françoise JUNGFER, Sens

J'ai deux questions pour les participants de l'atelier. Vous avez écrit : développer la communication vers le citoyen. Est-ce que vous pouvez nous en dire plus, à quel moment ? Est-ce que cela débouche sur la prévention, l'éducation à l'utilisation de l'établissement de santé ou autre ?

Et deuxième question, est-ce que dans vos débats, vous avez réfléchi au rôle de l'usager dans le processus des décisions ?

Annie ALLAMANOT, cadre de santé.

Je voudrais répondre à la première question en disant qu'il semblait important que le citoyen soit mieux informé sur les contraintes hospitalières pour pouvoir mieux les comprendre et pour éviter sans doute des attentes très précises auxquelles on ne pourrait pas répondre. Donc, il me semblait qu'on pouvait organiser cela sous forme d'ouverture de l'hôpital sur la ville. Nous ne sommes pas allés plus loin dans la discussion, mais cela peut être effectivement au moyen d'organisation de réunions à thème avec des associations d'usager et un partenariat entre l'hôpital, des soignants et des usagers. Cela peut être sous différentes formes, mais il semble qu'il manque une communication et une compréhension du système de santé français parce qu'on a aussi débattu sur le problème de la mauvaise orientation au départ des patients qui se tournent systématiquement vers le service d'urgence au lieu de se tourner vers le médecin généraliste et par méconnaissance des structures qui existent et de leur mission.

Pour la deuxième question que vous avez posée à propos des instances. Effectivement, nous avons amené dans le groupe une discussion autour de : comment sont nommés les représentants au Conseil d'Administration des usagers, comment ces gens-là sont-ils formés pour participer à un conseil d'administration et quelles sont les missions de ces gens par rapport au reste de la population.

J'assiste depuis six ans, comme représentante syndicale du personnel de l'hôpital de Gap, au Conseil d'Administration et je m'aperçois, qu'effectivement, il y a des représentants légaux, puisque c'est réglementaire, mais qu'ils n'ont pas forcément de formation et d'explication sur le contenu des débats et qu'ils donc sont très loin de faire leur travail de relais entre la population et l'hôpital et que personne d'autre ne le fait à leur place.

Un intervenant.

Je voulais rajouter de petites choses sur l'atelier.

La première : on a insisté énormément sur un outil immédiatement utilisable dans tous les hôpitaux, c'est le questionnaire de sortie.

Ce questionnaire de sortie est tout à fait fondamental, encore faut-il qu'il soit bien réalisé et surtout qu'il soit bien présenté au patient.

Dans mon établissement, nous avons constaté que, justement, cela variait selon les unités de soins et donc, selon la façon dont cela était présenté au patient, de 5 % ou de 2 % à 40 % - 50 %. Et donc là, il y a certainement un effort fondamental à faire au niveau des

équipes de soins pour présenter ce questionnaire dont on peut tirer beaucoup de choses avec la restitution et les modalités de restitution sont aussi une chose importante à travailler. Deuxième chose, sur laquelle on a peu insisté, alors qu'on en avait parlé pas mal dans l'atelier, c'est le rôle des associations de patients. Le rôle des associations de patients est sûrement un élément de participation des patients à l'évolution de l'hôpital.

Il est probable qu'il faut les accueillir beaucoup plus à l'hôpital. Il est très probable aussi que ces associations de patients ont un rôle pour apporter un certain nombre d'informations et en particulier au niveau de la formation.

Personnellement, je les utilise dans la formation médicale. Je pense qu'on peut les utiliser dans la formation des personnels et l'apport de ces associations dans les formations est souvent très passionnant et très utile.

Arnaud POUILLARD, Saintes

Je voulais simplement poursuivre sur le questionnaire de sortie pour parler au nom de mon Directeur, pour dire que le principe de subsidiarité dans le traitement des questionnaires de sortie est systématiquement appliqué dans notre établissement et je ne pense pas que le Centre Hospitalier de Saintes constitue une exception dans ce domaine, c'est-à-dire que, systématiquement, après lecture par le Directeur, les questionnaires seront envoyés aux unités concernées pour éventuellement demande d'information, mais en tout cas pour informer les équipes concernées.

Michel CREMADEZ

Je voudrais attirer votre attention sur une chose. Il y a une très grande liaison entre le thème qu'on a débattu tout à l'heure et celui-là.

Autrement dit, le risque vis-à-vis de cette information du patient, de cette écoute du patient, de tout le contenu que vous avez évoqué, c'est qu'on le traite un peu de manière globale, comme on a traité un temps l'accueil et il faut s'interroger à partir du moment où on différencie les prises en charge au sein de l'hôpital. Faut-il y réfléchir globalement ou bien chaque type de prise en charge a-t-il ses propres opportunités et ses propres exigences ?

Il est évident que si j'ai un patient qui va rester six mois, j'ai intérêt à faire un projet avec lui ; s'il reste six heures, j'ai intérêt à avoir balisé beaucoup de choses avant qu'il arrive qui concernent ce qu'il va faire pendant et ce qui se passera après.

Donc, le temps, les rythmes, les contenus, les attentes ne sont absolument pas les mêmes suivant le type de situation dans lequel est passé le patient et même le rôle qu'il va jouer en tant qu'acteur parce que si on ne lui donne pas la possibilité d'être acteur, il sera toujours perturbateur parce qu'il ne saura pas ce qu'il aurait pu faire ou dû faire.

Donc, il faut y réfléchir à partir de ce moment d'une manière qui est pré-liée à la nature du service.

Si vous prenez la notion d'écoute sur un domaine qui est le domaine de l'urgence, c'est réputé être un domaine sur lequel on ne peut pas écouter parce qu'on est toujours en train d'être sur le feu. Qu'est ce qui se passe ? Et bien, pendant 1h, 2h, 3h, il y a quelqu'un qui, dans un coin, attend avec sa douleur (enfin ce que vous avez dit tout à l'heure) et au fur et à mesure que le temps passe, l'absence de toutes les ??? le conduit à une situation qui peut être paroxystique, qui peut d'ailleurs conduire à des violences, comme on observe dans un certain nombre de cas quand elles peuvent s'exprimer.

Est-ce qu'on se pose le problème dans ce terme-là, non ! Parce qu'on a vis-à-vis de l'urgence, une réaction qui est : c'est une urgence vitale. Autrement dit, si on n'a pas une

vision très différenciée des situations dans lesquelles il faut reconnaître les objectifs, on ne s'en sort pas.

Deuxième élément qui me paraît important, c'est qu'il est clair que la restitution, c'est intéressant, mais la correction l'est plus. Il est clair qu'il ne faut pas attendre d'avoir traité le questionnaire de sortie pour corriger un certain nombre de choses, parce que, pour le patient, on ne pourra rien lui restituer parce qu'il y aura belle lurette qu'il sera parti et il n'en aura plus rien à faire de ce qui se sera passé, sauf s'il doit revenir parce qu'il aura un mauvais souvenir.

Là aussi, en terme d'action corrective et de restitution, c'est quelque chose qui est extrêmement lié au temps et au rythme et à la nature des prestations qui sont faites.

Si on n'y réfléchit que globalement, on aboutira à des choses qui sont très difficilement opératoires et donnent peu de résultat.

Yvan SAINT SAULIEU

On n'a pas interrogé les patients en tant qu'acteurs dans l'hôpital. D'ailleurs, c'est un oubli intéressant. Mais, là, j'aimerais parler de mon observation participant à l'hôpital, du moins en tant qu'utilisateur et puis aussi en tant qu'enquêteur qui se baladait à l'hôpital, mais sur deux points.

D'une part, il me semble que, dans la différenciation des usagers, des patients, il y a aussi l'élément socioculturel et si on parle de formation des professionnels de santé dans la capacité d'écoute et d'accueil des patients, peut-être y aurait-il une dimension de formation socioculturelle, à savoir qu'il y a des patients qui ne sont pas arrivés depuis cinq minutes que déjà tout le monde est au courant et puis, il y en a qui peuvent effectivement attendre dans un coin sans que personne ne s'en rende compte parce qu'ils n'ont pas le même comportement.

Donc, entre ceux qui sont dotés de beaucoup de ressources, comme on dit en sociologie et ceux qui en ont moins, l'attitude doit être différente et je dirai qu'il y a une autoréflexion importante aussi à faire sans doute des professionnels de santé sur les schémas qu'ils ont par rapport aux patients, c'est à dire qu'on voit des changements de comportement des professionnels de santé en fonction du type de personnes auxquelles ils croient s'adresser. C'est-à-dire si c'est, en gros, quelqu'un qui est du même milieu socioculturel qu'eux, cela va aller mieux que si c'est quelqu'un qui est d'un autre milieu socioculturel. C'est bien, en tout cas, des risques comportementaux qui existent pour toutes les professions et je crois que c'est un élément à souligner.

Deuxième chose, je crois que, d'une manière générale, l'attente pour les rendez-vous, l'attente dans les salles d'attente serait plus facile si les gens étaient systématiquement tenus au courant de l'évolution, de la programmation des tâches qui sont nécessaires et qui font que l'attente se prolonge. L'information, demi-heure par demi-heure, de ce qui se passe et pourquoi on est là en train d'attendre. C'est à mon avis important.

Elisabeth MEYER

Il y a un point que je n'ai pas du tout abordé, qui m'a échappé, mais que vous venez, Monsieur, de m'aider à retrouver et qui me semble fondamental. Vous dites qu'il y a des malades qui, hospitalisés depuis cinq minutes, la ville en est informée, c'est vrai, d'autres non.

J'ai oublié de soulever ce point qui, on s'en doute, ne s'applique qu'à des villes petites ou moyennes. C'est ce droit à la discrétion ou, au moins, au choix de la révélation d'un patient de son état de santé. C'est vrai que dans les petites villes comme Gap, j'inviterais volontiers les structures à rappeler un certain devoir de discrétion et de réserve. Quelquefois, vous n'êtes pas sorti des urgences que la moitié de la ville sait aussi ce que vous avez et parfois cela m'a gênée. Je crois que c'est très spécifique à des petites villes.

J'aimerais vous remercier d'avoir donné la parole aux usagers et vous dire, mais je n'y arrive pas sans émotion, qu'aussi perceptibles que soient vos missions, elles m'ont jusqu'à maintenant permis de vivre neuf ans de plus et j'espère que cela va se prolonger. Donc, bravo.

Et puis, il y a un côté de l'accueil du malade qu'on n'a pas évoqué. Je me suis toujours posé la question et je n'y ai pas répondu, je me suis sentie pour chaque membre soignant que j'ai rencontré, importante, c'est-à-dire qu'il y a bien des fois où je me suis dit : « mais pourquoi se battent-ils avec tant de ferveur pour toi, tu n'es pas leur mère, leur frère, leur sœur, leur voisine » et ceci, on le ressent.

Voilà, merci et à bientôt.

Atelier III – 35=48+20-207 : Quels enjeux de l'ARTT sur le métier de médecin hospitalier ?
– Animateur : Jean Noël PAROLA, Saintes, GERHNU

Valérie SERRA-MAUDET, Centre Hospitalier du Mans

Je voudrais dire que c'est difficile de prendre la parole après la dame qui vient de parler.

La soluble équation qui était le titre de l'atelier est un reflet souriant des inquiétudes et du désarroi qui s'est exprimé dans l'atelier de la part des médecins qui constituaient l'essentiel du groupe par rapport aux modalités d'application de cette ARTT médicale.

Nous avons noté que la précipitation de la mise en route de cette ARTT en particulier non médicale, et souvent sans concertation dans la plupart de nos établissements, n'avait pas établi un climat favorable à la réflexion nécessaire sur nos organisations et surtout les médecins ont exprimé dans cet atelier la crainte de voir se modifier les pratiques médicales du fait de l'application de cette ARTT avec une dégradation de la qualité des soins, mais bien au-delà, avec une modification profonde de notre identité de praticien hospitalier que le groupe a défini comme libre et responsable et comme responsable parce que libre de son temps.

Dans les inquiétudes qui se sont exprimées, il y a eu aussi celle qui s'est fait jour de ne pas voir tenir compte de la variété des prises en charge des patients dans nos hôpitaux et que ce remplacement du temps médical dédié à cette ARTT ne se fasse que dans les services à temps continu où le temps est facile à compter parce qu'il peut se compter en heures. Il y a dans les hôpitaux, à côté des services à temps continu, des services cliniques, des services médico-techniques où les médecins ne comptent pas et ne peuvent pas compter leurs heures et il ne faut pas oublier ces services-là dans la réduction du temps de travail.

Il y a eu aussi l'inquiétude exprimée qui est une inquiétude technique et que chacun, je pense, connaît, de la fuite des temps de remplacement des praticiens vers des Centres Hospitaliers qui sont déjà bien dotés, qui sont les Centres Universitaires ou les grandes villes et en particulier la région parisienne.

Il y a eu encore de nouveau les inquiétudes exprimées sur la modification du métier, la perte du suivi du patient par un praticien identifié du fait de la constitution de très grandes équipes, du fait de la nécessité des regroupements, la perte de la liberté, de la souplesse

d'organisation qui nous permettait d'adapter nos pratiques à ce que nous percevions du besoin de nos patients.

Alors, l'ARTT, oui, avec des restructurations qui sont parfois nécessaires, qui seront très souvent utiles parce que nos organisations méritent réflexion et amélioration et que l'efficacité à laquelle on doit aboutir ne sera pas nécessairement synonyme de productivité si les médecins prennent en charge ces restructurations.

Certains d'entre nous ont déjà débuté ce travail de réflexion et de réorganisation dans la précipitation et nous le regrettons tous, en essayant d'établir un bilan de l'existant et cet état des lieux que doivent faire les médecins, c'est qui fait quoi et comment fait-on et non pas qui travaille plus de 48 heures, moins de 48 heures, plus de 38, moins de 39.

Et ce travail d'évaluation, c'est à nous de le faire pour pouvoir en tirer matière à la démarche de réorganisation. Ce qui nous laissait quelques pistes d'espoir dans la morosité ambiante qui s'est dégagée du groupe, c'était que cette ARTT soit l'occasion de développer le travail en équipe, de développer une réflexion sur la complémentarité de nos fonctionnements et d'arriver à harmoniser nos pratiques pour autant que ce soit possible en respectant la prise en charge individuelle de chacun des patients.

C'était, plus pratiquement, de profiter des aspects techniques qui nous sont donnés dans les lois pour repenser les plans de carrière de certains de nos confrères à temps partiel ou assistants pour mieux utiliser le temps de travail.

C'était de redéfinir le rôle précis des fonctions de chacun entre médecins et paramédicaux, les structures et les fonctions qui existent aujourd'hui ou qui pourraient exister en France comme on en voit pour certains en Europe et que cette redéfinition des fonctions entre les médecins et paramédicaux soit faite en fonction de l'état des lieux qu'on a évoqué tout à l'heure et qui nous paraît essentielle à faire et à faire faire par les médecins.

Mais, également aussi, surtout, de réfléchir au-delà de l'établissement, de sortir des services, de sortir des hôpitaux pour aller vers des bassins de vie et de réfléchir entre hôpitaux d'abord et éventuellement une participation au-delà des hôpitaux vers les structures du libéral.

Le plus important et c'est ce qui nous a semblé mériter la conclusion de ce rapport, c'était que cette ARTT était l'occasion rêvée pour les médecins de reprendre en mains leurs organisations, parce que le pouvoir médical, il ne faut pas dire qu'on le perd, il faut prouver qu'on peut l'assumer aujourd'hui et maintenant, utilement et pour nos patients et pour nos hôpitaux.

Discussion

Jean-Noël PAROLA, Saintes

Je ne voudrais pas allonger par rapport à ce qu'a dit Valérie. Elle a parfaitement résumé le travail de ce groupe. Cela a été plus une tribune libre qu'un atelier, dans la mesure où quelque part... alors j'avais posé comme question au préalable aux personnes de l'atelier, s'ils étaient concernés par l'ARTT médicale, auquel cas s'ils avaient répondu non, on serait allé prendre l'air et tout aurait été terminé.

Je crois que, très sérieusement, l'ensemble des médecins et des praticiens hospitaliers a bien compris le dispositif, sauf que, quelque part, il faut quand même souligner la chose suivante, c'est que ce dispositif a une connotation très syndicale et même, à la limite, très corporatiste et certainement pas institutionnelle et c'est ce qu'on peut regretter.

Au jour d'aujourd'hui, le dispositif réglementaire s'impose à tous, même si les décrets d'application ne sont pas encore en place, il est là, il est dans la loi, il faut qu'on s'en empare, il faut qu'on en sorte quelque chose de cohérent et de positif qui amène un certain

nombre d'inquiétudes et ces inquiétudes sont du fait qu'il y a un manque de lisibilité en terme de mise en place, en particulier sur les priorités, le calendrier, la démographie médicale comme tout le monde le sait, l'attractivité de l'hôpital en terme de statut et je crois que Valérie vient de le dire, la répartition des postes, la qualité de recrutement, un certain nombre de télescopage permanent qui engendre chez nous des réflexions, mais aussi un dilemme. Et puis, hier, ce n'était pas un atelier, c'était un chantier, mais le problème de ce chantier, c'est qu'on n'en connaît pas les bases, on ne sait pas comment poser les premières pierres. Les politiques aujourd'hui n'ont pas de réponse à notre problématique, les Directeurs d'ARH ne savent pas encore quelle sera leur dotation. 3500 postes, est-ce suffisant, n'est-ce pas suffisant ? La répartition de ces postes, comment va t-elle se faire ? On l'a souligné aussi, Valérie vient de le dire, on a un souci important, ce sont les assistants, il faut bien comprendre que ces statuts ont été créés pour aider les hôpitaux généraux à faire face effectivement à un problème de démographie médicale.

Aujourd'hui, on nous dit que les assistants seront aussi, auront porte ouverte dans les CHU. Pour les hôpitaux généraux, c'est une problématique qu'il faut absolument prendre en compte. Cela peut même être un casus belli quelque part avec les pouvoirs publics, puisque vous comprenez très bien, que les jeunes médecins préféreront, à juste titre, s'intégrer dans des équipes beaucoup plus structurées, beaucoup plus importantes que de venir renforcer les effectifs déjà extrêmement réduits dans les hôpitaux.

Malgré tout cela, il y a quand même de l'allant, comme on dit en Charente. Cela veut dire simplement que les médecins ont envie de faire quelque chose et ils ont envie de pouvoir s'emparer de leur pouvoir médical, je ne sais pas si c'est vraiment le terme adapté, certainement, tout au moins, ont envie de s'emparer de responsabilités qu'ils ont même en terme d'organisation de service et c'est fondamental. On a entendu dans le groupe quelqu'un dire : « moi, en tant que chef de service, tant que je n'aurai pas les moyens pour mettre en place ce dispositif, tout au moins pour compenser le temps médical, je serai même susceptible, à la limite, de ne pas signer les congés ou de faire en sorte que les médecins du service fassent un certain nombre de jours de façon à assurer la continuité, à assurer la sécurité du service au-delà des possibilités qu'ils ont de pouvoir prendre davantage ». C'est quelque chose d'important.

Et puis, il faut aussi, je pense et que les pouvoirs publics l'entendent, si on veut se coller à ce chantier, il faut qu'on s'y colle tous ensemble, les médecins en priorité, enfin les praticiens en priorité parce qu'ils connaissent l'organisation de leur service, il faut que les chefs de service deviennent de vrais chefs de service. Quelque part, cela veut dire, qu'aujourd'hui, je pense ne plus exercer une fonction un peu caricaturale ou une fonction de non organisation avec les paramédicaux aussi. Il faut aussi que les Directeurs soient aux côtés des médecins et ils n'ont pas non plus une grande visibilité du dispositif, et je terminerai en disant que, dans nos hôpitaux, il y a des potentialités, il y a des statuts, il y a des miettes qui sont sur le bord du chemin, alors quand je parle de miettes, ce sont des vacations, ce sont aussi des statuts de temps partiel. Il faut aussi rappeler à l'ordre, on l'a dit dans le groupe, un certain nombre de médecins qui ont des statuts à cheval sur l'hôpital et en dehors, qui ne font pas forcément le temps pour lequel ils ont signé un contrat. Il faut rappeler tout cela à l'ordre, il faut évaluer les possibilités en interne et je pense qu'avec tout cela, on devrait pouvoir effectivement gérer l'instant, gérer l'avenir je n'en sais rien, mais tout au moins gérer un peu l'instant, jusqu'à quand, je ne sais pas.

Laurent VAUBOURGEIX, Centre Hospitalier du Mans

Je ne veux pas reprendre tout ce qui a été dit. En tout cas, je remercie Valérie SERRA-MAUDET pour la qualité de synthèse et le travail du groupe.

Et ce qu'il vient d'ajouter, je voudrais à ce titre-là, insister sur des points importants qui ont été évoqués, c'est de faire de la réflexion sur l'aménagement de la réduction du temps de travail pour les médecins. Effectivement, véritable réflexion en matière de compétences et de recherche de compétences médicales et à la faveur de cette réflexion là, intégrer effectivement dans des plans de carrière les médecins qui peuvent se situer en des situations de non lisibilité de leur temps de travail. Je crois qu'effectivement, c'est un point important de la réflexion pour intégrer un certain nombre de carrières médicales.

Un autre aspect incontournable, qui demande un effort conjoint de réflexion avec les personnels non médicaux, c'est le travail sur les nouvelles organisations et l'association dans cette réflexion sur les nouvelles organisations des médecins et Inon-médecins. La qualité des résultats de cette réflexion commune est certainement un des enjeux de la réussite de ces nouvelles organisations et à la conduite avec un objectif commun et réussite de la mise en place de cet aménagement du temps de travail, car il s'agit bien, en fin de compte, d'une réflexion qui converge, mais qui n'a pas exactement la même finalité. Puisqu'on parle de 35 heures pour les personnels non médicaux et qu'il s'agit par ailleurs de rentrer dans un dispositif réglementaire pour les médecins, c'est peut-être, dans le fond, une démarche qui se rapproche, mais dans la finalité, elle n'est pas nécessairement issue des mêmes dispositifs.

Le troisième point que je voulais commenter, c'est en ce qui concerne la notion de liberté et de responsabilité. Les propos qui ont été tenus sont d'une grande qualité et je crois que, là aussi, un des facteurs de réussite de la mise en place de l'ARTT médicale, c'est de pouvoir laisser un grand espace de liberté dans la réflexion sur l'aménagement faite par les médecins, il ne faut pas effectivement réfléchir en procédure ou en élaboration de tableaux de service. Il faut effectivement laisser un grand champ de réflexion, de création, de possibilités amenées par des médecins, qui, comme il était souligné par l'orateur précédent, font preuve d'une très grande responsabilité dans la prise en charge de ces mesures qui ne sont pas faciles, dont on ne voit pas véritablement l'issue, mais qui effectivement par le biais des grandes libertés de réflexion qui peuvent être laissées aux équipes médicales pour concevoir leur ARTT médicale et probablement aussi dans l'instant comme cela a été dit un facteur de réussite.

Pierre BADINAND, Macon

Je voulais faire deux réflexions. D'abord une réflexion immédiate après l'exposé du Directeur du Mans. C'est quand même, à mon avis, « gonflé » de compter sur la non-application, parce que finalement c'est cela, de l'ARTT par les médecins, pour que cela marche, parce que finalement c'est un peu cela. C'est ce que nous a dit aussi Jean-Noël, il y a des gens qui vont dire : « bon, l'ARTT, tu n'y auras pas droit, parce que, sinon, cela ne peut pas fonctionner ».

La deuxième chose, moi j'ai fait un petit calcul rapide dans mon équipe. Nous sommes quatre temps plein avec cinq semaines de congés, quatre semaines d'ARTT, trois semaines de formation continue. Donc, nous ne fonctionnerons jamais qu'à trois, parce que cela fait 12 semaines. 4 fois 12 semaines, on est pratiquement au bout de l'année.

Emmanuel Farges, Villeneuve saint Georges

Un objectif fondamental dans la réflexion : le maintien de la personnalisation des soins, le maintien d'une prise en charge personnalisée par le médecin du patient.

Jean Noël PAROLA, Saintes

Juste pour rajouter un mot à ce que vient de dire Emmanuel. Effectivement, quand je disais tout-à- l'heure, connotation syndicale plus qu'institutionnelle, je crois que tu le touches du doigt, le problème est là.

Il y a une définition du temps de travail des praticiens qui fait, qu'aujourd'hui, on a l'impression avec un statut unique, effectivement, que le décompte du temps de travail n'est plus le même pour les différentes spécialités de l'hôpital et c'est une ambiguïté dramatique. Je pense qu'elle est dramatique, cette ambiguïté, puisque personne ne s'y retrouve. Et quand je dis personne, je suis membre de la conférence des Présidents de CME, je peux vous garantir que les échanges que j'ai eus avec mes collègues Président de CME, c'est le même désarroi pour tous et en particulier dans ce problème de lisibilité. Deuxièmement, j'ai eu l'occasion de participer à la mise en place du groupe régional du suivi ARTT médicale qui doit se mettre en place et présidé par les Directeurs d'ARH. J'ai un Directeur d'ARH dans la région qui attendait la mise en place de ce groupe, qu'on lui apporte des éléments de réflexion pour qu'il puisse éventuellement au mieux gérer les moyens qu'il n'a toujours pas et qu'il ne connaît pas en plus, mais qui, lui aussi, en terme de lisibilité de ce qu'évoque Emmanuel, est en total désarroi. Nous, Président de CME, avons aussi à nous mettre les mains dans le cambouis, parce que je rappelle quand même dans nos hôpitaux, cela va être les Directeurs et Présidents de CME qui vont gérer avec le Comité Local. Nous avons aussi une difficulté de lisibilité du système et en plus, ce qui devient dramatique dans nos équipes médicales, c'est une surenchère qui se fait en terme de corporatisme qui va déglinguer la relation médicale à l'intérieur de la maison.

Je crois qu'on en a discuté avec Bernard SCHMITT très longuement à table hier midi et non pas entre la poire et le fromage, mais carrément pendant tout le repas. Il y a des lobbies qui s'installent dans nos hôpitaux, il y a des masses critiques de spécialités qui vont chambouler considérablement l'équilibre relationnel médical et même institutionnel et cela m'inquiète, cela m'inquiète considérablement.

Je ne veux pas faire une tribune syndicale ou politique, mais, quand même, ce manque de discernement ou alors c'est beaucoup plus que cela, c'est peut-être machiavélique, ce manque de discernement dans la définition du temps de travail tel que cela a été proposé par les pouvoirs publics et acté par les syndicats, risque effectivement de faire, soit exploser, soit implorer l'hôpital.

Je terminerai mon propos, parce que c'est quand même important, j'ai dans mon établissement un président de syndicat national qui a milité, qui a travaillé sur ce dispositif d'ARTT médicale et qui nous a annoncé dans une CME, je crois qu'il faut le dire car il faut frapper les imaginations, à la cantonade, que le dispositif allait faire « péter les hôpitaux ». Alors si les syndicalistes, qui nous représentent, militent pour faire exploser nos hôpitaux, je crois que cela devient extrêmement préoccupant.

Annie ALLAMANOT

Bien que n'étant pas médecin, je pense qu'il faut remettre une petite note peut-être légèrement plus optimiste à cette ARTT. Bien que consciente de toutes les contraintes, de toutes les inquiétudes, de toutes les difficultés de mise en place de cette ARTT, je pense qu'il y a aussi, derrière, l'amélioration de la qualité de vie des médecins, notamment des médecins hospitaliers et d'autre part, au travers de ce que vous dites, il y a forcément, effectivement, des partages qui vont se faire avec les équipes soignantes et des modifications dans le fonctionnement global d'une unité, d'une UF et c'est un travail qui se met en place obligatoirement avec le cadre et les équipes dans l'organisation des soins et de la prise en charge du patient et cela permet au moins que l'on puisse rencontrer autour

d'une table et de discuter de comment on va prendre en charge ce malade avec toutes les contraintes que nous avons tous les uns et les autres, avec nos différences de profession.

Un intervenant

Avec notre collègue de Saintes, là, je ne peux qu'adhérer. Je voudrais simplement illustrer. On a vu, hier, dans la présentation sur l'enquête faite par les membres du GERHNU que, grosso modo, les médecins de médecine, les fantassins de la médecine, ceux-là travaillent 55 heures et demi par semaine. Il va falloir descendre à 48 heures.

Deuxièmement, on est dans une dichotomie complexe dans les établissements entre ceux qui travaillent avec des gardes en continuité, récupération, ils n'ont pas le droit de travailler le lendemain parce qu'ils sont en faute légale s'ils travaillent et s'ils font une faute, c'est eux les responsables. Dernière CME, la semaine dernière chez nous, où on nous dit : « vous, les médecins, vous devrez prendre des gardes sur place aux urgences, parce que nous, les urgentistes, nous sommes quinze, nous sommes insuffisants à quinze pour assurer les urgences de l'hôpital, compte tenu de la nécessité des récupérations obligatoires les lendemains de garde ».

Question posée par nous, les fantassins : « mais, si nous prenons une garde à l'hôpital de nuit, le lendemain, nous ne pouvons pas travailler ». « Ah, si ! vous, vous ne pouvez pas travailler parce qu'on a trouvé le système. Vous allez travailler jusqu'à 2 heures du matin et à 2 heures du matin, vous allez rentrer chez vous, pour dormir dans votre lit, moyennant quoi, à 8 heures du matin, vous avez le droit de travailler ».

C'est de la petite histoire, c'est de l'histoire de chasse, mais cela veut dire que nous sommes devant une sorte d'aristocratie médicale qui prend le pouvoir par un corporatisme extrêmement virulent contre des gens qui n'ont pas la même cohésion globale, parce que c'est vrai que nous sommes des individualistes et que chacun a sa spécialité et que nous allons devant une sorte double système. Il y a deux poids, deux mesures et qu'on va créer des conflits en interne dans le monde médical qui vont être ingérables, ce qui m'angoisse beaucoup.

Danièle RAUFAST, Toulon

C'est juste pour aller dans le sens de ce que disait Jean-Noël, puisque j'ai participé à une séance du Conseil Supérieur des Hôpitaux au mois de janvier où j'ai été assez ahurie de la façon dont les syndicats ont embrayé le pas sur l'ARTT et cela m'a paru très très inquiétant. Une question que je voulais poser, en dehors des réflexions d'ordre général qui sont très importantes et qui ont été exprimées par le groupe, y a-t-il une piste de préconisation du GERHNU pour l'ARTT ?

Jean-Noël PAROLA, Saintes

Les préconisations du GERHNU, les pistes qu'on a évoquées et que Valérie a rapportées, il y en a un certain nombre, il n'y a rien de nouveau par rapport à ce qu'on peut entendre de ci, de là. D'abord, un certain nombre a dit qu'il y avait encore certainement du grain à moudre dans les organisations médicales et qu'il ne fallait pas aujourd'hui rester figé sur ses positions et qu'il fallait s'emparer effectivement au sein des services, au sein des fédérations, au sein des départements, au sein des structures hospitalières, réfléchir et retravailler les organisations de façon déjà à essayer de dégager des potentialités qui existent quelque part. Je crois que cela, tout le monde est d'accord sur le principe.

Ensuite, il y a effectivement cette notion de bassin de vie ou bassin de santé qui devient quelque chose de fondamental, on l'a entendu de la part de Monsieur NICOLE hier sur la chirurgie.

Je crois qu'on ne peut pas laisser de côté cette appréhension du problème en sachant et, j'en reste convaincu, que les médecins d'un hôpital à un autre doivent aujourd'hui se rencontrer plus souvent, plus facilement, se mettre autour d'une table, définir des objectifs communs.

Vous savez les bassins de vie ne sont quand même pas, cela dépend des régions, à des distances énormes. Les malades ont appris à voyager. Ils ne sont pas forcément crispés sur un hôpital de proximité, je crois que cela il faut le dire. J'ai, dans mon secteur, une maternité à 40 km de Saintes qui a fermé brutalement. IL était sûr et certain qu'on perdrait les 2/3 des accouchements qui allaient vers Bordeaux, eh bien ! on a récupéré les 2/3 des accouchements. Cela veut dire que les parturientes n'hésitent pas à faire 40 km pour venir accoucher dans de bonnes conditions et dans un climat sécuritaire beaucoup plus élaboré.

Il faut que les médecins des petits hôpitaux, des hôpitaux pivots, des hôpitaux plus importants apprennent à se connaître, à se rencontrer, partagent leurs inquiétudes, redéfinissent des recherches ensemble, des pistes de fonctionnement dans l'intérêt des usagers de l'hôpital dont on parlait précédemment. Et, là aussi, je crois qu'il y a des pistes importantes, mais il faut que les médecins s'en emparent. C'est ce qu'on disait dans le groupe, aujourd'hui, ce ne sont pas les Directeurs qui vont le faire, ce ne sont pas les Directeurs d'ARH, c'est nous, les praticiens de terrain, qui connaissons parfaitement nos difficultés et c'est à nous d'en parler, c'est à nous de les changer avec les autres et c'est à nous de proposer des scénarii adaptés ou plus ou moins adaptés à ce qui est en train de se profiler pour nous à l'horizon.

Jean-Marie BLANC, Gap

Je m'interroge à propos de la chirurgie réglée. Nous sommes dans un système concurrentiel, public – privé. Si le médecin hospitalier est aussi souvent absent, recrutera-t-il de la chirurgie réglée ? A mon avis, non.

Pour recruter, il faut être présent, il faut être disponible et je crois que, là, il y a un gros problème, peut-être est-ce un des aspects de la mort de l'hôpital si les médecins sont aussi peu souvent dans leur service.

Jacques DANIS, Val d'Ariège

Nous, ce que nous voyons venir dans notre hôpital comme une chose sûre et certaine, c'est compte tenu de l'obligation du service continu, qui est imparable et qu'on est obligé de mettre en place, compte tenu du peu d'effectif des médecins qui sont promus dans le cadre de l'ARTT, c'est la transformation de nos hôpitaux en immense centre d'urgence, point final. C'est-à-dire que tout le personnel médical sera recentré sur les urgences, les spécialistes restants derrière comme des techniciens, des prestataires de service pour les urgences, car on ne pourra plus faire tourner les services et compte tenu du peu d'effectif, la répartition étant que l'on ne pourra pas augmenter une unité de gastro 1/2 praticien, une unité de néphro 1/2 , on ne pourra pas couper ces praticiens. Ils ne serviront qu'aux urgences, les 3000 qui sont là. Donc, on part vers des hôpitaux qui vont s'orienter là dessus et cela remet en cause ce qui a été dit lors du premier exposé sur le temps où on devait privilégier l'accueil programmé.

Françoise JUNGFER, Sens

J'ai une question : qu'est-ce qu'on peut faire comme préconisation, parce que le dispositif n'est pas fermé, (sauf si je me trompe complètement et qu'il s'est fermé brutalement dans cette nuit) ? Est-ce qu'il n'y a pas une marge de manœuvre sur la souplesse d'aménagement, est-ce qu'on ne peut pas préconiser de mettre en avant tout ce qui est plages horaires supplémentaires de travail, est-ce qu'on n'a pas des choses positives ou des choses interrogatives et prospectives à mettre en face de cette problématique ?

Je voudrais reprendre la phrase de Valérie. Elle a dit : « c'est l'occasion rêvée de reprendre en main nos organisations » et c'est vrai que c'est l'occasion rêvée de repenser nos organisations dont on est tous d'accord qu'elles ne sont pas pertinentes. C'est l'occasion rêvée d'un point de rencontre, d'enfin réfléchir, d'aller jusqu'au bout de notre dimension, de dire on fait des pôles, des départements, des fédérations, des déconcentrations, l'ARTT nous apporte cette possibilité, cette obligation de se mettre à réfléchir comme cela avec les trois principaux corps de métier, tous ensemble, c'est l'organisation de repenser notre vie personnelle et c'est l'occasion de devenir des acteurs vis-à-vis de la restructuration.

Vraiment, je souhaiterais, car c'est quelque chose qui est complètement ouvert à ce jour, cette ARTT médicale, je souhaiterais qu'on reparte de Gap avec quelques points, quelques pistes, quelques propositions.

Atelier IV – Le processus de décision : quelles instances ? quels acteurs ? – Animateur Arnaud POUILLARD, Saintes, GERHNU

Arnaud POUILLARD, Saintes

Donc, l'atelier a porté sur le processus de décision interne aux établissements hospitaliers à l'exclusion de la définition de la politique de santé en général et on s'est aperçu que le champ d'investigation était déjà suffisamment vaste.

Nous avons commencé par définir la décision qui consiste, selon nous, en l'arbitrage réalisé par une personne ou par un groupe habilité à le faire, à propos d'un problème précis, ce problème ayant éventuellement nécessité une concertation préalable.

Le processus de décision est donc l'ensemble des étapes conduisant à cet arbitrage, à ce choix ou à ces objectifs. Ces étapes comprennent notamment quatre grands moments : l'information, la réflexion, la concertation et la construction.

La notion de pouvoir s'associe étroitement à celle de décision. A titre d'illustration, les grandes décisions qui égrainent la vie d'un établissement hospitalier sont l'adoption du projet d'établissement et/ou du contrat d'objectifs et de moyens, l'approbation et la fixation du budget, la décision de création de nouvelles activités ou de nouveaux postes qui elles-mêmes supposent des investissements matériels. Il faut donc s'interroger sur la capacité des instances et des acteurs institutionnels actuellement à l'œuvre dans les établissements de santé à réaliser le processus des décisions dans des conditions optimales et il est également nécessaire d'envisager les conditions d'intervention de nouveaux acteurs et de nouveaux modes de décisions.

Face à ces interrogations, le groupe de travail a finalement adopté une position assez conservatrice, mais optimiste en souhaitant montrer que les dysfonctionnements actuels des instances et des acteurs hospitaliers ne font pas obstacle au processus de décisions et que,

par ailleurs, les solutions souvent évoquées pour améliorer le contenu des décisions peuvent très largement s'inscrire dans le corpus juridique existant.

Alors, les instances et les acteurs hospitaliers connaissent des dysfonctionnements, mais ils ne font cependant pas obstacle au processus de décisions, selon nous en tout cas.

Je commence par les dysfonctionnements et les paradoxes que nous avons pu constater.

Les dysfonctionnements, quels sont-ils par catégories d'instance ? En ce qui concerne le comité technique d'établissement, les membres ont noté une représentation syndicale disproportionnée par rapport à la représentativité réelle des partenaires sociaux et un rôle des Conseils de Service ou de Département mal défini par rapport à celui du Comité Technique d'Etablissement. En ce qui concerne la commission médicale d'établissement, on a soulevé la trop grande importance des Chefs de Service, membres de droit, qui représentent mécaniquement 50 % de l'effectif de la CME et une représentation non en adéquation avec l'importance respective des différentes spécialités et ce phénomène devrait s'accroître avec la mise en œuvre de la réduction du temps de travail en fonction des différences dans les gardes en fonction des différentes spécialités.

On a relevé que la Commission Médicale d'Etablissement était parfois une chambre d'enregistrement de décisions préparées en amont au sein d'un bureau ou en colloque entre le directeur et le Président de la CME, mais certains membres du groupe ont noté que ce fait que la CME soit une chambre d'enregistrement n'est pas forcément un dysfonctionnement réel. Et, enfin, le trop grand nombre de membres de la CME nuit parfois à l'efficacité des décisions adoptées.

En ce qui concerne le Conseil d'Administration, certains membres du groupe ont estimé que son pouvoir est limité depuis l'application du budget global, donc depuis 1984, pour les Centres Hospitaliers Généraux et que les membres du Conseil d'Administration sont là en représentation d'une autre instance, une instance interne à l'Etablissement ou externe ou en représentation d'un pouvoir élu.

Cette fois, c'est une critique à l'ensemble des instances, le manque d'évaluation des décisions qui sont adoptées nuit forcément à leur efficacité et risque d'aboutir à un découragement des membres des instances.

Nous avons constaté également quelques paradoxes. Tout d'abord, que les instances dites techniques, comme le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, le Comité du Médicament et du dispositif médico-stérile ou encore le collège de l'information médicale ont une influence limitée dans le processus de décision, essentiellement en raison d'un problème de communication des avis qui y sont donnés. Par ailleurs, nous avons noté et trouvé assez paradoxal que les membres de la Commission du Service de Soins Infirmiers qui étaient présents dans le groupe de travail s'estiment non reconnus au sein de l'ensemble des instances de l'établissement, alors que nous avons constaté dans le questionnaire que nous avons envoyé, notamment aux praticiens hospitaliers, que ceux-ci estiment le pouvoir des Directeurs de Soins, ancien Directeur du Service de Soins Infirmiers, trop importants. Alors même que ce Directeur des Soins est le Président de la Commission du Service des Soins Infirmiers.

Pour autant, le fonctionnement actuel des instances et des acteurs ne fait pas obstacle au fonctionnement des établissements. En effet, malgré des frustrations et des ressentiments perçus ici et là, (et on a pu le percevoir, y compris parmi les membres de l'atelier), les établissements hospitaliers réussissent à faire évoluer les activités de soins, à investir et à améliorer les pratiques professionnelles. A vous d'en juger. En tout cas, c'est la position que nous avons adoptée.

Surtout, si les instances sont un point de passage obligé du processus de décisions en droit, des marges de liberté peuvent être dégagées à chaque étape du processus de décision.

Par exemple, au sein de la Commission Médicale d'Établissement, il est possible de nommer et d'élire des chefs de projet qui auront pour mission de faire avancer ces projets et d'en rendre compte à leurs pairs. Il ne serait pas inintéressant que les membres du Conseil d'Administration aient une formation adaptée pour adopter en conscience certaines décisions.

De même, il est possible si l'on estime que la représentativité syndicale ou plus exactement la représentation syndicale est surdimensionnée, il n'est pas interdit de créer des instances de discussion directe et en amont du Comité Technique d'Établissement entre, par exemple, la Direction et les personnels de l'établissement.

Enfin, et cela constituera la transition avec la deuxième partie, en dehors des 18 cas de compétence, limitativement attribués au Conseil d'Administration, le Directeur a une compétence générale sur la conduite de l'établissement selon la loi de 1970 ; or, il peut déléguer une partie de ses éléments de compétence propre aux acteurs de terrain notamment.

Les solutions pour améliorer la qualité du processus de décision peuvent, selon nous, très largement s'inscrire dans le corpus juridique existant. Alors, nous avons pris deux exemples pour illustrer notre propos. Tout d'abord, la déconcentration de la gestion par la contractualisation interne notamment et d'autre part, la question de la fonction d'un directeur médical.

La déconcentration de la gestion : le cadre juridique existe, les ordonnances de 1996 ont posé, dans le code de la santé publique, que le Directeur a la faculté de déconcentrer une partie de ses attributions. Par ailleurs, ce principe a été réaffirmé par un arrêté ministériel et une circulaire l'année suivante en 1997. Ce processus de déconcentration de la gestion a plusieurs avantages qui ont été rappelés à plusieurs reprises dans les présentations d'hier. Tout d'abord, une meilleure connaissance de l'activité et des processus de la formation des coûts, le développement de projet par les centres de responsabilité ou les pôles, ces projets pourront être développés sur des bases concrètes, sur des fondements concrets et objectifs surtout.

La déconcentration de la gestion permet également de définir un référentiel et un langage commun entre les différentes catégories d'acteurs, notamment entre la Direction et les acteurs de terrain et, enfin, il ne faut pas le cacher, un des objectifs de ce type de mode de management est de dégager, si possible, des économies de gestion et alors de permettre l'intéressement des personnels qui y participent.

Cependant, ce mode de management nécessite certaines conditions pour être réalisé. Tout d'abord, la performance des systèmes d'information hospitaliers doit être améliorée. Je sais que c'est un serpent de mer et ce n'est pas la première fois qu'on vous le dit. Pour autant, si on veut mettre en place une déconcentration de la gestion, fondée notamment sur des budgets de service et si on prend le cas au départ d'un centre hospitalier moyen, cela nécessite à peu près un an de travail à temps plein pour refonder le système d'information et pour améliorer notamment l'imputation des dépenses.

La déconcentration de la gestion suppose également, mais là les avis ont été partagés au sein de l'atelier, l'élection peut-être des membres composant l'exécutif du centre de responsabilité, que leur mandant ait une durée limitée et qu'il n'y ait pas de cumul avec d'autres fonctions ou d'autres mandats. Là, on a repris tout simplement les propos du Président de la CME de Nantes.

En ce qui concerne la création d'une fonction de Directeur Médical, les avis ont été très partagés. On peut les résumer en disant qu'il y a trois possibilités.

La première possibilité, qui est loin de faire l'unanimité ou plus exactement qui fait l'unanimité contre elle, serait la création d'une véritable fonction de directeur médical à l'instar du directeur des soins (95% des membres du groupe ont rejeté cette possibilité). De

toute façon, quand bien même on souhaiterait s'engager dans cette voie, resterait à définir le profil exact du poste, les compétences nécessaires pour occuper ce poste, la formation, le statut du directeur médical, il est très certain que si le statut était équivalent à celui de directeur hôpital, on trouverait peu de candidats me semble t-il, le mode de nomination de ce directeur et enfin la durée de son mandat ou de sa fonction.

Donc, la deuxième possibilité était celle adoptée en fait en conclusion des journées du GERHNU de 1994 à Arpajon. C'était la création d'un expert au côté de l'équipe de direction qui apporterait donc des conseils dans la conduite de la politique de l'établissement.

Après notamment avoir entendu les arguments en accusation en défense, Bernard SCHMITT, à l'époque, je crois, qui concluait ces journées, disait oui à la création de conseiller médical plutôt que de directeur médical, mais en liberté surveillée et avec une période de mise à l'épreuve. Donc, c'est la deuxième possibilité.

C'était aussi l'avis d'une partie des membres de l'atelier, la majorité allait vers la troisième solution, qui est aussi mon point de vue personnel, qui est tout simplement une redéfinition des rôles et des fonctions de la CME d'une part, en particulier, du bureau de la CME et enfin du Président de la CME qui pourrait jouer ce rôle de conseiller médical, à condition, c'est notre point de vue, que la Commission Médicale d'Etablissement ne soit plus essentiellement un organe corporatiste et politique, mais un organe délibérant à part entière et orienté vers la gestion.

En conclusion de nos débats, on peut dire qu'il appartient aux établissements d'utiliser la marge de liberté permise par le cadre juridique pour faire évoluer favorablement le processus de décision. Là, on reprend tout simplement le propos de Madame TOUPILLIER d'hier et une conclusion qui est un peu plus personnelle, la responsabilité d'organiser ce changement incombe, à mon sens, essentiellement aux équipes de direction. Mais, son aboutissement dépendra là essentiellement de la volonté du corps médical ou du pouvoir médical d'y adhérer.

Discussion

Personne, tout a été dit, tout le monde est content.

SYNTHESE GERHNU

Jean François DURR, Freming Merlebach, GERHNU

Donc, comme d'habitude, nous allons terminer la réunion du GERHNU par la synthèse.

Alors, la synthèse a été faite dans l'urgence, là aussi j'allais dire comme d'habitude, mais encore plus dans l'urgence par Etienne, qu'on va remercier d'avoir pris sur le vif la fonction de synthétiseur.

Ce qui est aussi de rigueur au GERHNU, il n'y a plus de discussion et on ne commente pas la synthèse des journées.

Françoise JUNGFER

Alors avant Etienne, juste un mot pour vous remercier encore une fois, pour remercier encore une fois le Centre Hospitalier de Gap, vous remercier d'avoir eu l'occasion de travailler comme jamais avec une participation extrêmement active des cadres, avec Madame Meyer que vous avez sélectionnée et qui est vraiment le modèle de « l'usagère » que l'on souhaiterait cloner, (ce d'autant plus que vous avez été capables de la guérir), remercier également l'Association Economie Santé, tous nos partenaires de l'Industrie, et tous ceux qui ont confiance dans notre association et qui apportent leur richesse.

Et aussi vous dire à l'année prochaine.

Etienne DUSEHU , Compiègne

C'est un exercice d'équilibriste qui consiste à assurer la synthèse du GERHNU en l'ayant ignorée jusqu'au moment où je suis entré en séance, ce qui, quand même, ne facilite pas la tâche.

La synthèse du GERHNU, pour ceux qui ne connaissent pas, ce n'est pas un concentré des débats pour dormeur impénitent qui lui permettrait ainsi de rattraper par un cours supplémentaire ce qu'il aurait perdu au cours d'un sommeil réparateur. Mais, c'est une relecture globalisante des travaux pour en tirer les repères et les points apparus essentiels, du moins à celui qui en a la charge et c'est ce que je vais essayer de vous faire avec des papiers et des renvois dans tous les coins parce que plan confié au début avec 4 couleurs différentes, bien évidemment, à la fin, on l'a foutu par terre, il est ruiné et on recommence.

Donc, c'est en fait le passage de la territorialité à la transversalité si on veut raisonner en trois mots. Pourquoi ?

Parce que l'hôpital étant inclus dans une culture historique enracinée dans le territoire et la pyramide hiérarchique et qu'actuellement, il faut bien constater que c'est la ruine de ces structures, c'est l'échec des représentations traditionnelles qui étaient le fonctionnement divisé par organe, population, pathologie ou bien prestation.

Et quoi ? Qu'est-ce qui arrive derrière ? Et bien, destruction des repères usuels, on a tous besoin de repères usuels, cela génère l'incertitude, l'incertitude génère l'anxiété, l'anxiété le danger, le danger et le repli sur soi, le repli sur soi, cela génère la crise.

Alors, la crise c'est quoi ? J'ai un très beau transparent, si j'avais su, je l'aurais amené. La crise, c'est quand l'ancien est mort et que le nouveau n'est pas encore né. La crise, c'est très bien représenté par le sigle chinois qui est l'association de deux sigles dont l'un signifie danger et l'autre opportunité. La crise, ce n'est pas celle de l'hôpital tout court, c'est celle de la société et l'hôpital ou la santé, ce n'est qu'un des ingrédients ou plutôt qu'un des déterminants ou plutôt une des conséquences de la crise.

La crise de la société, c'est essentiellement au travers des hommes et on l'a assez entendu pendant les deux jours, à travers les hommes qui la composent et qui recherchent de nouveaux repères parce qu'on ne peut pas fonctionner sans repères pour savoir d'où on vient et où on va.

L'hôpital, on en a entendu au service des malades depuis longtemps et là, cette fois-ci, on a quand même entendu quelque chose d'un peu nouveau par rapport au discours classique, conventionnel qu'on entendait, c'est au service des malades et du personnel.

Alors, pourquoi du personnel ? Parce que finalement on achetait quand même le voile des bonnes-sœurs et la gourme qu'elles jetaient dans les orties, la dévotion c'est très bien, mais le martyr, il y a mieux à faire que d'être martyr.

C'est-à-dire, c'est quoi ? C'est un hôpital finalement équilibré dans lequel, effectivement, il serait délivré des soins de qualité pour la satisfaction des patients, mais aussi un lieu d'épanouissement de ceux qui y travaillent. Parce que la valeur ajoutée de l'hôpital, ce sont ses ressources humaines et non pas tant le support technique qui n'est qu'un moyen. Un cliché radiologique n'a d'intérêt qu'à partir du moment où il a une interprétation et où il est utilisé dans une stratégie de soins par des hommes qui derrière utilisent la donnée devenue une information et je crois que cela a été illustré de façon magistrale et cela se passe de commentaire par le témoignage de la représentante des usagers quand elle nous a quittés.

Alors, donc, on a ruiné tout ça, je dirai l'expression de Match, « le poids des mots, le choc des photos ». Le choc des photos a ruiné cette représentation traditionnelle de l'hôpital et on

est maintenant dans une situation intermédiaire dans laquelle on a connu au début l'affrontement non résolu du contrôle de gestion, c'est-à-dire l'identification objective et non plus subjective de ce qui a produit l'hôpital avec les finalités qui lui donnent du sens, on en revient donc à la quête du sens.

Qu'est-ce qu'il y a eu dans cette période intermédiaire ? Il y a eu effectivement, on l'a entendu hier et je crois que c'est important, il y a eu le département, la fédération et le pôle et tout cela, c'est la même maison qu'on a repeint à des moments différents en terme de temps, c'est donc la même chose en fonction effectivement de la vogue d'un mot qui s'épuise.

La réponse, c'est donc la recherche d'un fonctionnement qui réponde à cette évolution nécessaire pour que le schéma d'organisation soit fonctionnel, adapté à la complexité du processus de soins et aussi pour qu'il soit lisible par chacun des acteurs et qui lui permette et de s'y identifier.

Comment passer de cette logique de territoire à la coopération ?

Et bien, il y a un état des lieux qui a été fait essentiellement d'ailleurs par les représentants de la tutelle dans lequel je pense que l'on peut tirer deux constats et trois nécessités.

Le premier constat, c'est d'abord l'éclatement du temps, le temps des professionnels et le temps de l'action, l'éclatement des systèmes et l'éclatement des lieux pour redonner tout son sens à la relation humaine et parce qu'il est nécessaire de se recentrer sur l'action singulière destinée à un individu que représente chacun des patients et les valeurs de la société sont devenues quand même plus individuelles que collectives.

Le deuxième constat est celui du problème démographique qu'il appartient, on nous l'a bien rappelé hier, au professionnel de santé d'assumer et de prendre en charge. Ce problème démographique ne se résout pas par un coup de baguette magique, on ne crée pas un médecin en conforme en 10 à 12 ans, on a même d'ailleurs vu qu'on ne crée pas non plus une infirmière en trois ans et que cela pose bien des problèmes. Cela veut dire effectivement réorganisation de nos pratiques sur une vision dynamique qui est celle d'un regard à 10 ans et qui n'est plus comme on en a l'habitude celle qu'on appelle au cul du camion immédiatement derrière quand le camion freine, on s'écrase dedans.

C'est l'évolution aussi à 10 ans, c'est l'évaluation plutôt à 10 ans de ce que sont et de ce que deviendront les techniques, les pratiques dans un environnement incertain qui, effectivement, est difficile à discerner, mais où il est certain et il n'y a qu'une seule certitude, c'est celle que le statu quo, c'est la mort.

C'est quoi, c'est aboutir, on nous l'a dit hier très clairement à des concentrations et l'essentiel des problèmes des concentrations, c'est qu'elles soient équitables et qu'elles ne servent pas comme a servi la dotation globale à enrichir les riches et à appauvrir les pauvres.

Le point suivant, c'est reconsidérer, mais si c'est incident et peut être ça peut apparaître un exotique à mon sens c'est important, c'est reconsidérer la relation publique – privé en cessant effectivement de jeter l'anathème comme il est encore trop fréquemment fait et à la recherche effectivement de la création des modes de fonctionnement qui permettent l'harmonie des deux et non pas effectivement re-rester dans un système de combat qui, finalement, lui aussi, est voué à l'échec, c'est-à-dire que l'essentiel si on synthétise, c'est agir individuel, organiser en équipe.

Cela veut dire de passer donc de la mono-appartenance d'un individu à un homme, le chef de service, à un territoire, à la multi-appartenance.

La multi-appartenance, c'est ce que Françoise a rappelé hier de façon assez percutante et je trouve parlante, activités pluri-praticiens dépendantes, pluri-collègues nécessitantes, pluri-structures intervenantes. On cesse de mettre un homme dans un lieu au service d'une

personne pour une tâche. A partir d'une organisation qui ne soit donc plus figée et immuable, mais fondée sur une logique de projet, qu'on pourrait appeler homo-dégradable. Quelles sont les conséquences ? C'est effectivement la substitution à la structure figée actuelle, repère de l'organisation et autour de laquelle les hommes s'organisent, repère de l'organisation et des fonctions traditionnelles, donc substitution à cette structure d'un fonctionnement fondé sur des stratégies et des objectifs, c'est-à-dire des choses que l'on ne peut pas percevoir directement. Cela veut dire se mettre aussi en réseau dans l'hôpital pour pouvoir se mettre en réseau en dehors de l'hôpital, comme il a été rappelé hier un réseau n'a pas de tête, si l'hôpital est une tête de réseau, il tue le réseau, il lui appartient, par contre, de donner l'exemple du fonctionnement en réseau dans sa structure pour effectivement du réseau en dehors de la structure et pas dans la super structure.

Alors la synthèse de la synthèse, cela peut être quatre points ; du moins, je vous en propose quatre.

- 1) afficher la direction pour discerner le chemin,
- 2) inventer en permanence une organisation adaptée aux objectifs qu'on se donne, c'est-à-dire inventer un hôpital libre et autrement
- 3) savoir associer le faire, le faire-faire et le faire avec, c'est-à-dire un agir individuel dans lequel la responsabilité est individuelle, mais dans une organisation collective, commune, appropriée par chacun de ses acteurs, pour un objectif apprécié non plus individuellement, mais collectivement en terme de résultat et dans lequel tous sont associés au succès, quel que soit le degré d'implication de chacun d'entre eux. Deux images pour expliquer cela, c'est le fonctionnement en chaîne dans laquelle la résistance d'une chaîne, c'est celle du maillon le plus faible et où il est au moins aussi important de s'attacher à renforcer les maillons faibles que de renforcer son propre maillon fort qui n'apportera rien à l'ensemble. C'est aussi l'orchestre dans lequel il y a un chef d'orchestre, mais le chef d'orchestre n'est chef de rien du tout, puisque finalement il ne peut pas jouer et il ne peut pas donner sa mesure sans la partition et sans chacun des musiciens puisque chaque musicien est responsable de son résultat et que le couac de l'un d'entre eux suffit finalement à discréditer l'ensemble de l'orchestre que le chef d'orchestre, mais la qualité aussi, quel que soit le degré d'implication, est une qualité d'ensemble.
- 4) Les valeurs nécessaires, quelques-unes, du moins les 4 ou 5 que j'ai repérées les plus importantes, c'est, un, la tolérance mutuelle, je sais bien que quelqu'un a dit qu'il y avait des maisons pour cela, mais la tolérance mutuelle et le respect des individus, respect mutuel dans l'altérité de chacun d'entre nous, certes des patients mais aussi entre nous acteurs de santé, c'est important. L'écoute, les qualités d'écoute, on avait perdu l'habitude de l'écoute dans la suppression de la dimension du temps et c'est bien ce que nous reproche l'essentiel des patients aujourd'hui. C'est aussi l'initiative individuelle dans un ensemble coordonné, il n'y a plus quelqu'un qui dit à chacun des acteurs ce qu'il doit faire, chacun doit être capable de définir son espace de responsabilité et donc son espace d'initiative, fondé sur le pouvoir de c'est à dire l'agir, et non pas sur le pouvoir sur, c'est-à-dire la hiérarchie manipulateur des hommes. Et, enfin, c'est accepter la réalité du temps nécessaire, on ne peut plus faire l'économie de cette dimension du temps.

Voilà, je vous remercie.

FIN DES JOURNEES