

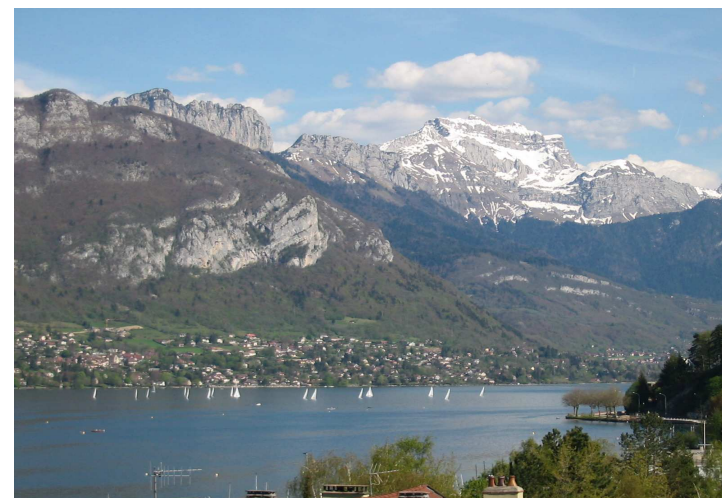


Historique de la décision à l'hôpital



J Gaillat

GERHNU 2009



Recherche bibliographique

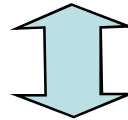
- Mots clefs :
 - Décision ET hôpital
 - Histoire, historique décision hôpital
 - Gouvernance hôpital
- RIEN ou pas grand chose

Une vision personnelle avec des histoires de décision à l'Hôpital

Nature et impact

Origine

La décision



**Qui?
Pouvoir(s)**

Modalités

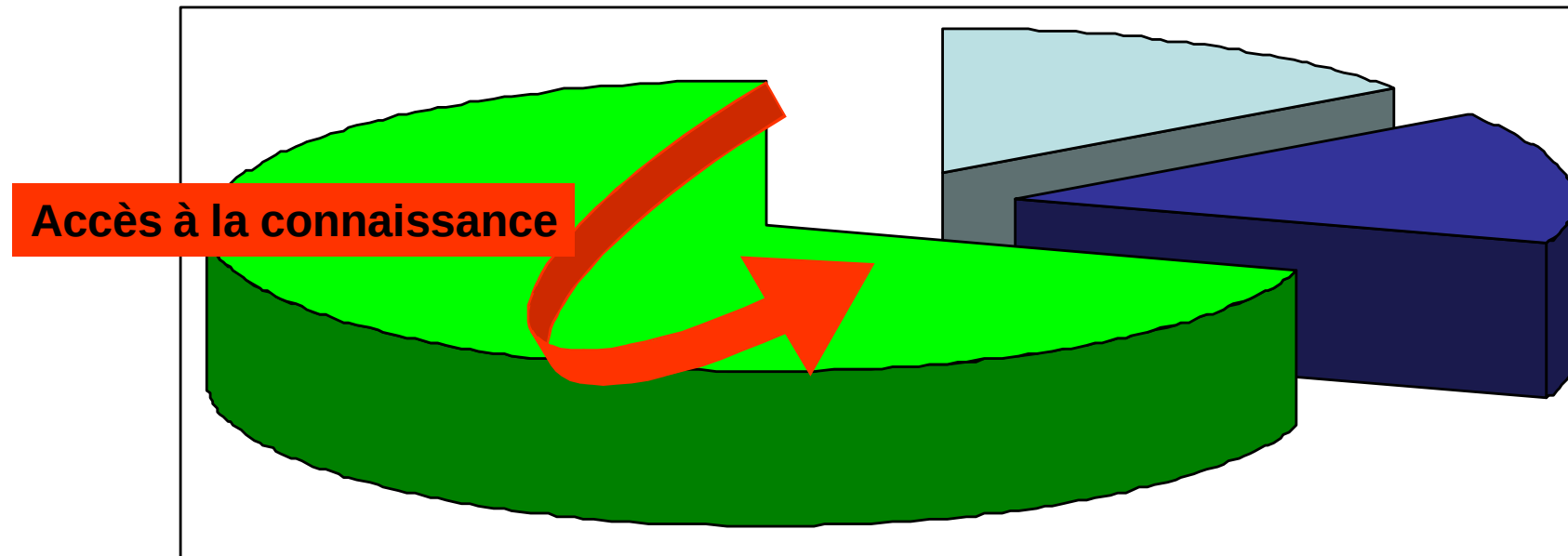
structures

Évolution de ces paramètres au cours du temps ?

Évolution de la prise de décision en médecine

Années 80	Années 90	Années 2000
Expérience based médecine	Connaissance based medecine	Evidence based medecine
Accès à la connaissance		
technologie		
décide souvent seul	Soumission à l'équipe ± formelle	Réunions de concertation formatées

Connaître son niveau d'incompétence

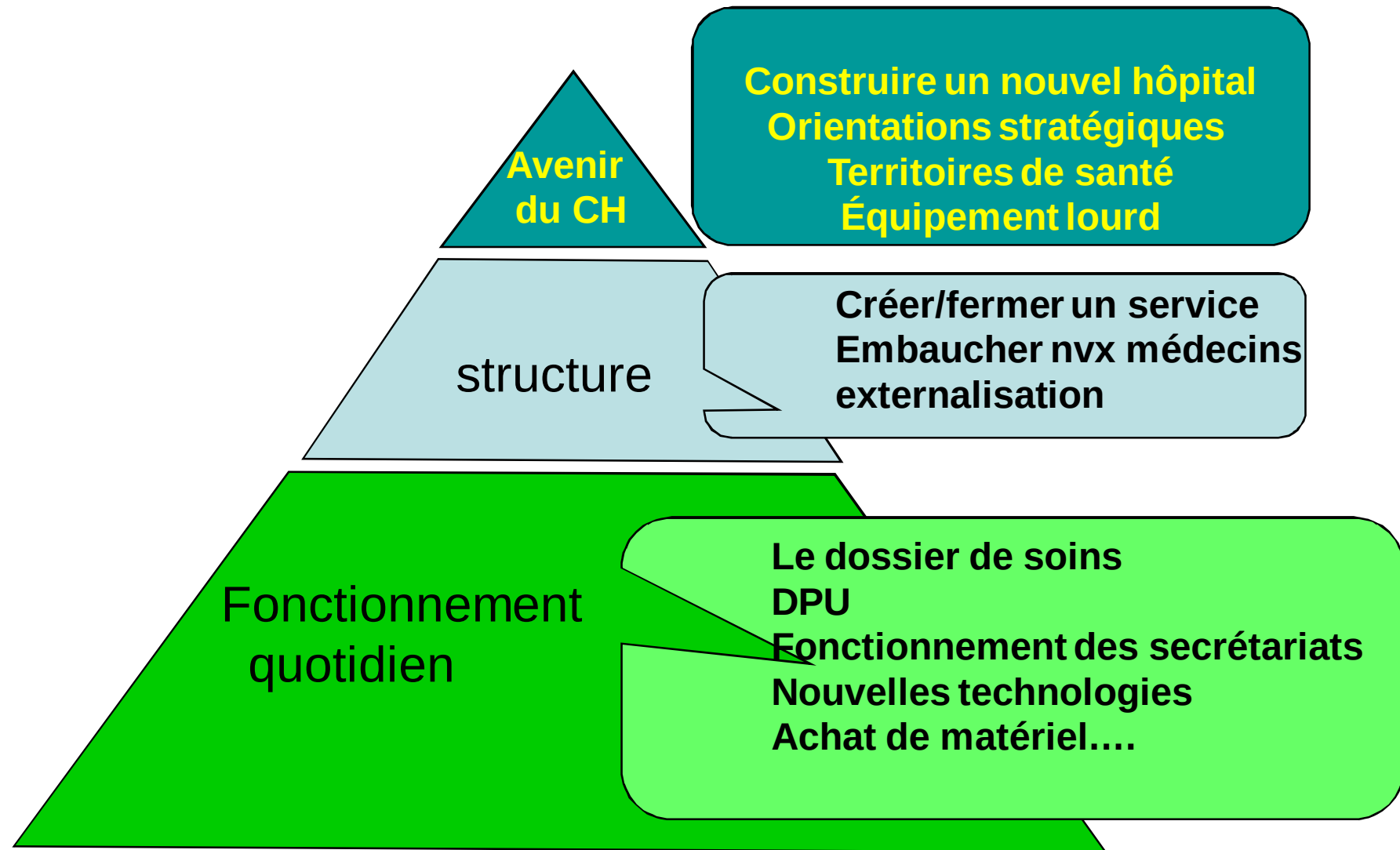


- je sais que je sais
- je sais que je ne sais pas
- je ne sais pas que je ne sais pas

avertissement

- Un médecin hospitalier, normalement constitué, prend des décisions médicales à longueur de journée, sur des temps courts,
- il peut en apprécier les résultats de façon très concrète et rapide
- Il ne conçoit pas obligatoirement la notion de temps nécessaire pour une décision d'ordre administratif ni les dédales pour y parvenir
- Il doit faire deux métiers et n'a été formé que pour un seul

Les grands types de décision



Origines des Décisions structurantes

- Années 70 : loi du 31 décembre portant réforme de l'hôpital



Naissance en 1864
Décision 18 sept 1863



1965-1970 les hôpitaux modernes
CA 1958 (loi Debré)

Évolution des décisions structurantes

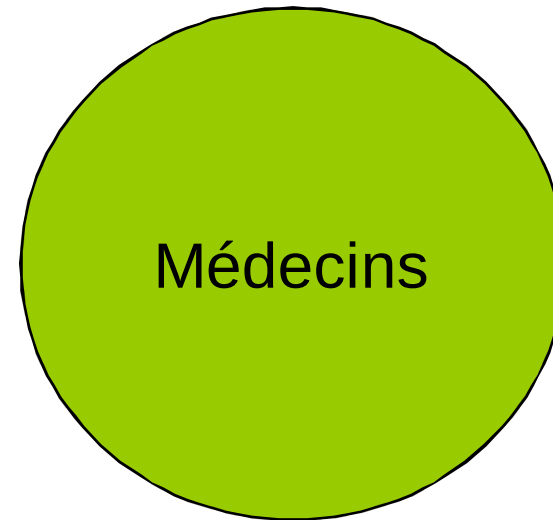
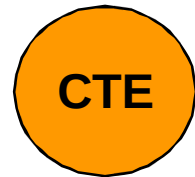
Années 80	Années 90	Années 2000
Grandes orientations santé publique		
DDASS /DRASS	Préfet de région/DRASS	ARH= préfet sanitaire
	SROS CPOM	Plans nationaux
Géopolitique hospitalière : quelle carte de santé?		
Budget Prix de journée	Budget global	T2A

Orientations structurantes

- Décisions « imposées »
- Ou des chances à saisir

Évolution des structures hospitalières de décisions et des exemples de modalités de prise de décision

années 1980



Exemple création d'un poste médical

- **Cadre** : Hôpital rural de La Mure (1983),
- **Contexte** accord et budget dépendant DRASS
- **Objectif** : créer un poste de PH entre médecins et directeur
- **Moyen** : prouver sa nécessité : thèse sur l'évaluation de l'activité (Dt Parchoud) d'un service de médecine en hôpital rural grâce à la micro-informatique (1985)
- **Technique** : MIR jury de thèse
- **Résultats** Notification au directeur (G Dandel) qu'un 1/2 poste est créé : mise en application recrutement

Décodage*

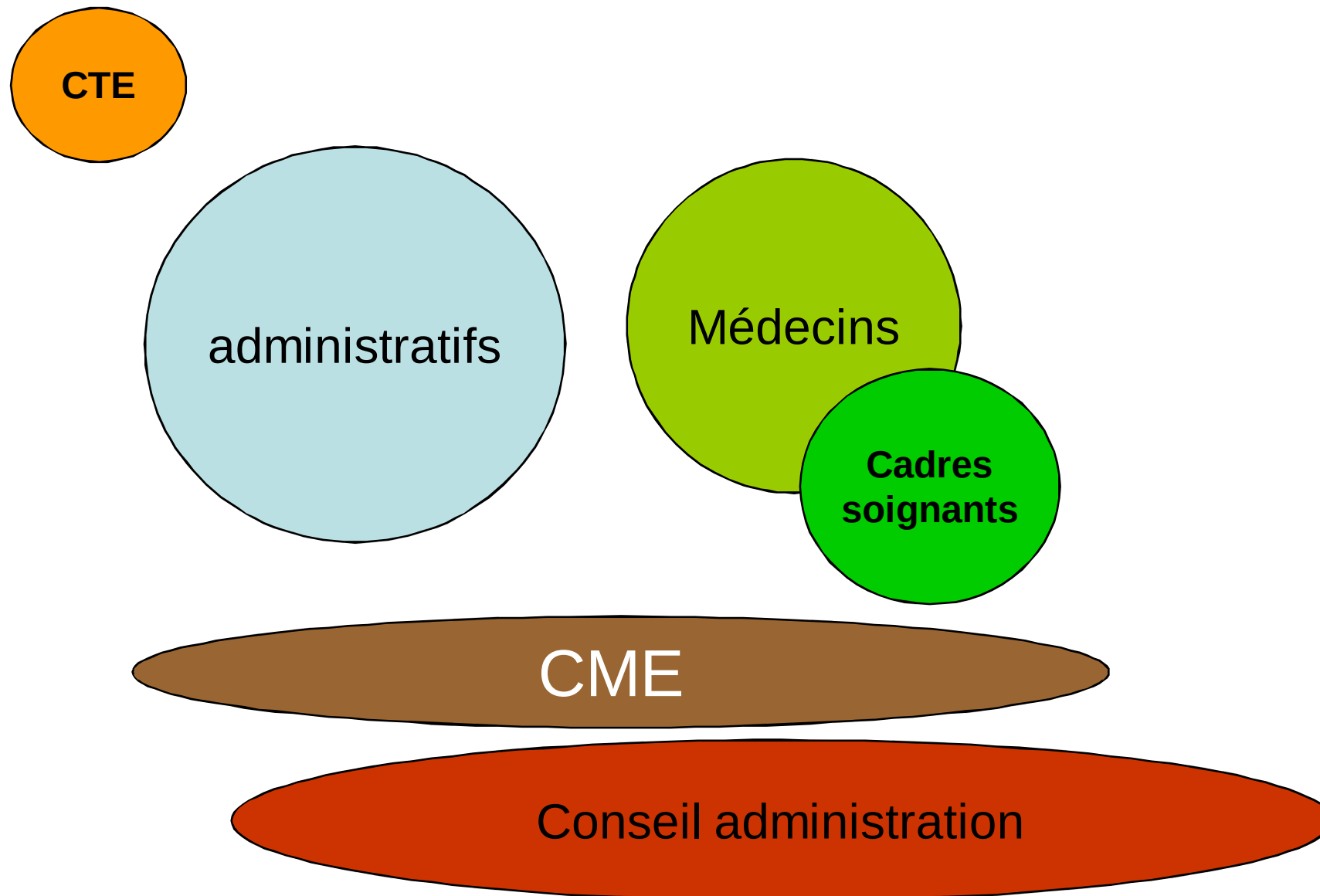
- Directeur et PH d'accords sur la nécessité d'un poste supplémentaire : synergie
- La création du poste dépend de la tutelle
- Évaluation de l'activité, (nouvelles technologies)
- Technique : impliquer le MIR et le faire s'exprimer en public sur la nécessité d'un poste

**Joule, Beauvois; Petit traité de manipulation à l'intention des honnêtes gens. PUG*

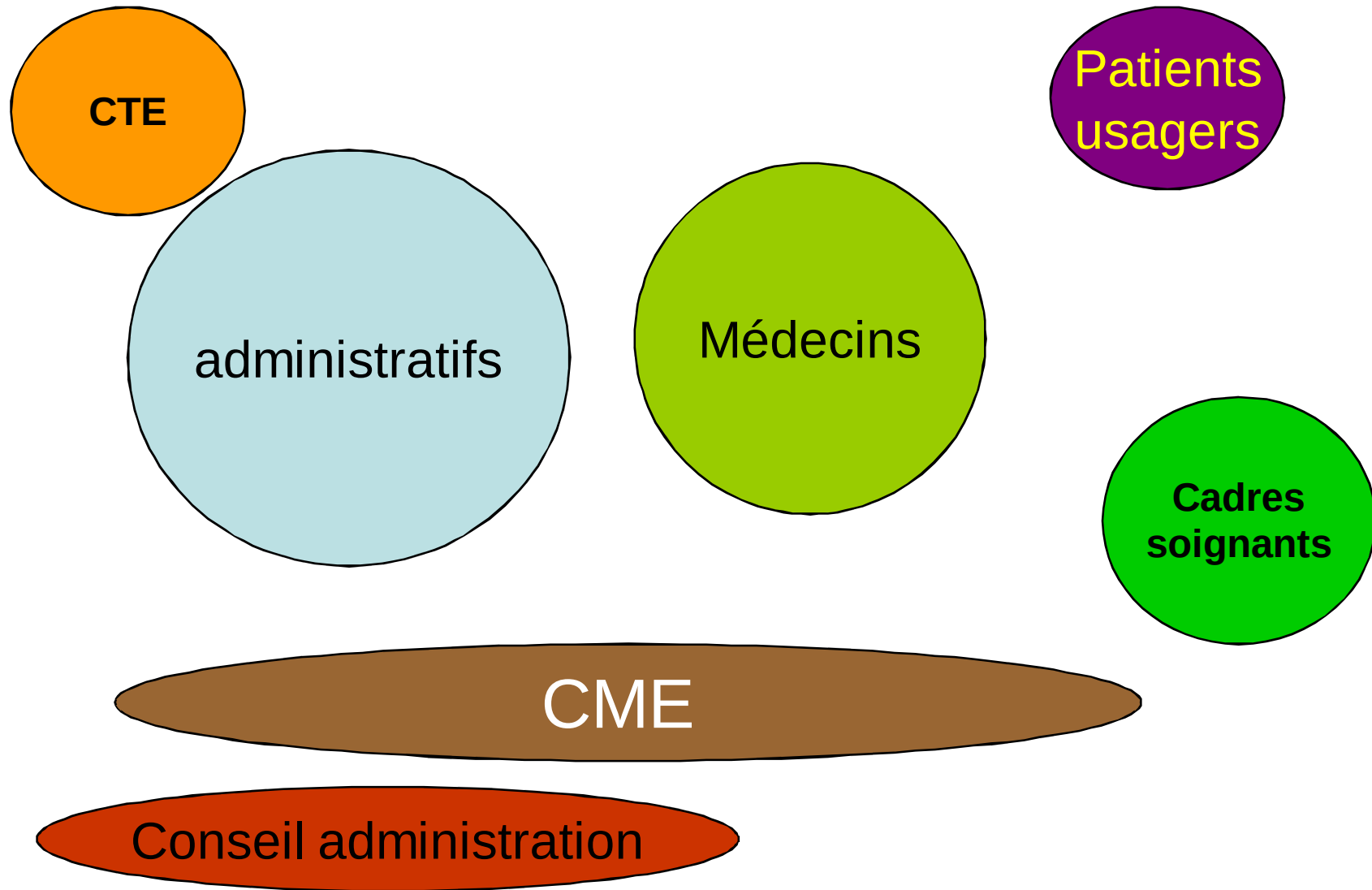
GERHNU 2009

Les prises de décisions
correspondent plus à un jeu de
pouvoir direct ou chacun défend ses
intérêts

années 1990



années 1990



Méthodes administratives #1: les audits

- **Objectif** : réaliser un changement,
- **Moyens** : faire évaluer, une situation ou autre processus qu'on veut faire évoluer ou modifier par une société d'audit externe
- **Décision** administrative de débloquer des crédits
- **Type de réponse** : on attend trop aux urgences, il faut restructurer les urgences

Méthode # 2 : les commissions à « l'usure »

- **Objectif** : mettre en place des regroupements de service avec un impact structurel fort
- **Moyens** :
 - Réunion initiale
 - Nouvelle réunion, même schéma, reprenant les éléments comme si aucune réunion n'avait eu lieu ou sur une décision qui n'avait à l'évidence pas été prise à la réunion précédente
 - Refaire le schéma autant de fois que nécessaire en raccourcissant les délais entre les réunions et de réponse
- **Résultats** : incertains, risque de démotivation et désintéressement

Méthode # 3 : faire croire que les décisions sont imposées par la tutelle

- **Objectif** : externaliser la stérilisation
- **Moyens** : faire état de la non-conformité et du risque de fermeture du bloc opératoire
- **Décider** sans analyse contradictoire malgré l'avis négatif de la CME
- **Imputer** ensuite aux médecins le déficit budgétaire induit par l'externalisation

Les médecins ne sont pas en reste dans la manipulation

- **Objectif** : créer un service décent et fonctionnel
- **Moyen** :
 - mettre en avant à chaque fois que c'est possible les conditions de travail impossibles: harcèlement
 - Profiter des médias pour insister sur le caractère insalubre et dangereux en particulier au moment de l'épidémie du SIDA dans les années 1991-1996
- **Condition préalable** : Être sûr d'être titulaire ou être inconscient
- **Intérêt** : faire prendre conscience de la situation à l'ensemble du CA (politique) :
- **Résultats** : incertain

La dernière mutation : modernisation des hôpitaux

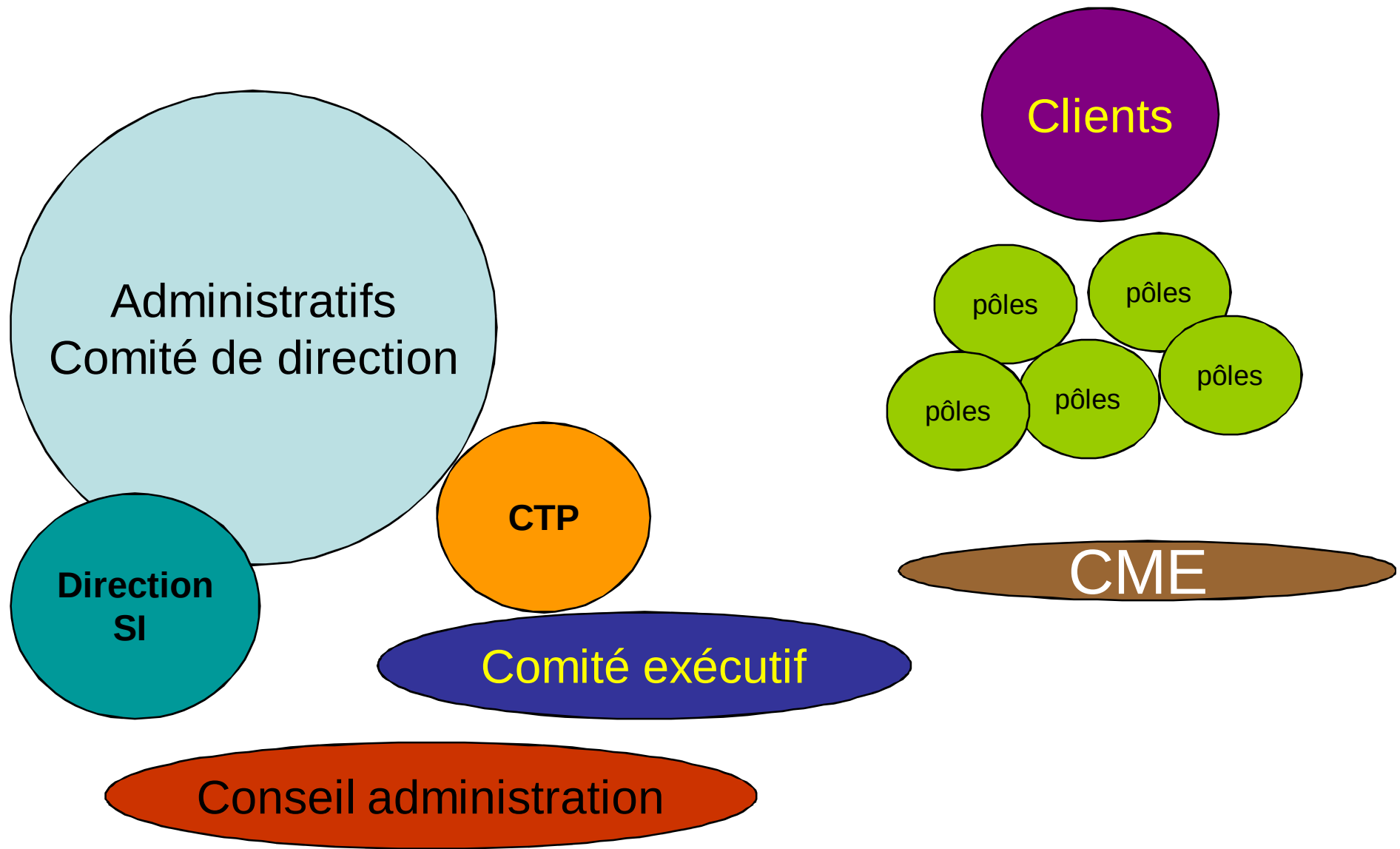


Emménagement mai 2008
Décision automne 1994 (lettre S Weil)

Autour d'un projet médical fort

GERHNU 2009

années 2000



Les nouveaux outils de décision

- Informatisation de plus en plus large
- Mise en place progressive d'outils :
 - Comptables, tableaux de bords
 - À faire évoluer vers des outils d'évaluation ou d'aide à la qualité

Les commissions et les comités

- Structures transversales
- élabore des dossiers : commission du matériel, commission de recrutement
- donne un avis
- Présentation à l'instance ad hoc
- Qui décide en fin de compte, quelles règles du jeu?

Les pôles ont-ils un pouvoir décisionnel?

- Un peu tôt pour entrer dans l'histoire
- Perte du niveau directeur dans le triumvirat pas de bon augure pour l'aspect décisionnel
- Pas de délégation vraie
- Rôle de rouage de transmission et d'application des contrats

Utilisation les pôles pour modifier en
profondeur les modes de fonctionnement : la
mutualisation

Le comité exécutif a-t-il un pouvoir d'exécutif?

- Pas encore de recul
- Pas d'enthousiasme des participants interviewés
- En recherche d'un rôle stratégique et d'une reconnaissance

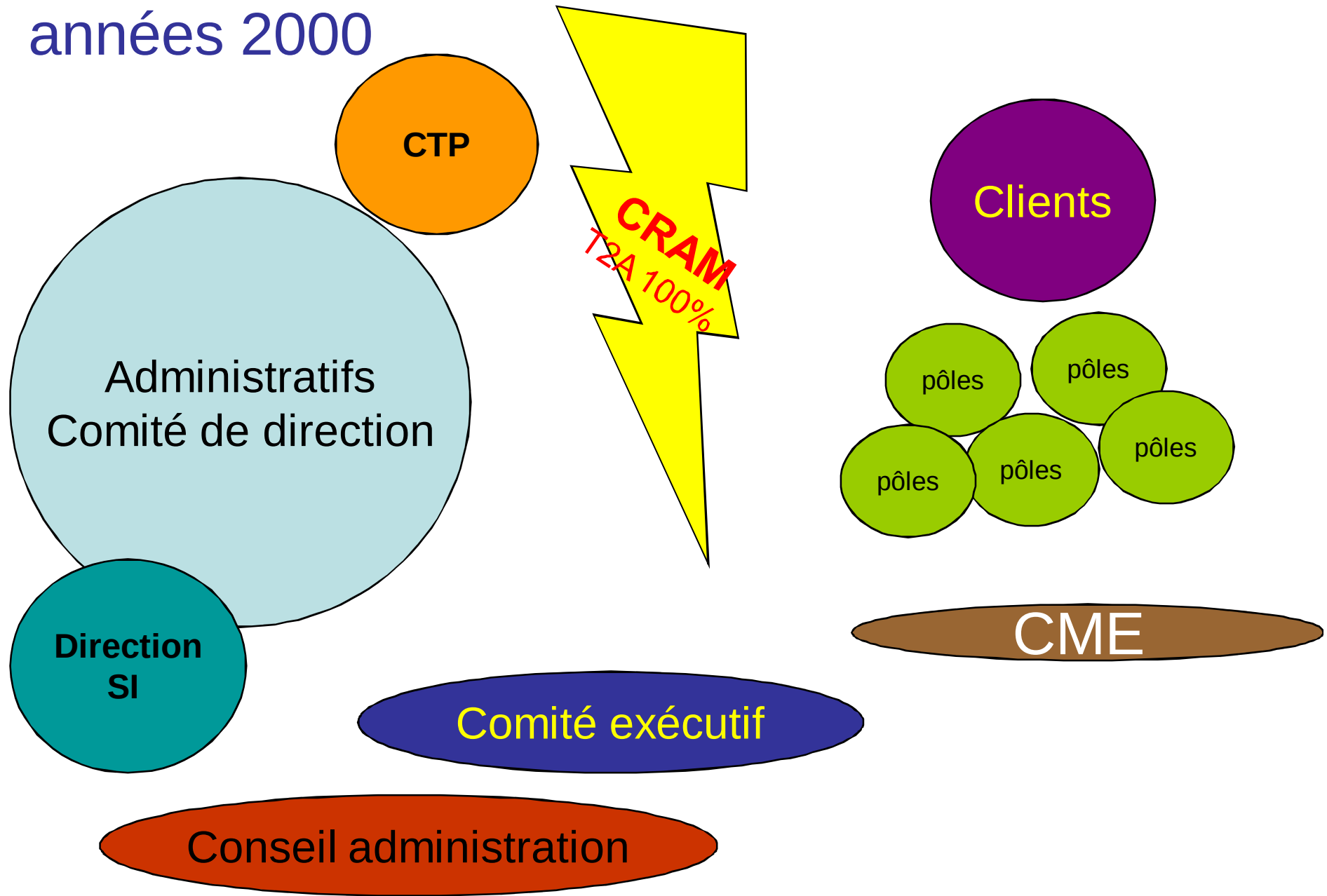
Une CME en déséance et en reconstruction

- Perte des véritables niveaux de décision
- Perte des repères
- S'occupe des soins et de la qualité
- Mais continue de voter le budget etc...
- Rôle majeur du binôme président-directeur

Une direction forte, mais

- Management de l'équipe
- Isolement du décideur institutionnel
- Exposé
- Passer
 - d'un management global vs métier
 - vision établissement vs territoire

années 2000



Le nouveau pouvoir : les €hommes

- PMSI : déplacer la ligne d'arrivée pendant la course
- Prise en charge en HDJ : contrôle de la CRAM ou interprétation de la circulaire Frontière :
 - Bilan VHC : organiser RDV écho structurelle, fibroscan & score de fibrose(hors nomenclature, reconnu HAS et Sociétés savantes), consultation possible hépatologue et infectiologues, comité de concertation différé
 - Pieds diabétique : prévenir or not prévenir
- Deux logiques qui s'affrontent
 - Qualité des soins
 - Coûts arbitraires sans tenir compte de la réalité des coûts réels
 - Menaces de pénalités

conclusion

- Évolution des structures de prise de décision dans le temps qui augmentent mais paradoxalement le management reste très verticale
- Poids très forts des tutelles sur l'orientation
- Poids de plus en plus fort de l'organisme payeur
- l'individu en retrait au profit du groupe (commissions, comités, référentiels) mais souvent seul dans son travail
- Multiplication des interfaces et des structures qui n'ont pas pour autant le pouvoir de décider ou de marge
- Concentration des pouvoirs stratégiques aux mains du directeur qui peut s'entourer d'avis....

« Dans le contexte économique et social actuel, les hôpitaux et les services de santé ont besoin de responsables capables d'assumer des choix, de prendre des décisions, de prévoir des objectifs ambitieux et d'évaluer les résultats. »

JL Muller MF Minnaert Masson 2008

**Il faut en assurer la dynamique dès maintenant
sinon perte d'occasion et de sens**

