69° Journées

« La décision à l'Hôpital »

Les 5 et 6 novembre 2009 à Paris

Organisées avec

**le Groupe Hospitalier
Pitié Salpêtrière**

Programme

Introduction des journées

« Les mécanismes individuels de décision à l'hôpital »

François DANET, psychiatre, chercheur en psychologie, laboratoire Santé Individu Société, Université de Lyon

« Les mécanismes de décision collective »

Hervé LAROCHE Enseignant chercheur ESCP.EAP

« La décision sur une grande scène nationale »

Denis GARNIER, Directeur, Scène nationale de POITIERS

« L'expérience d'un médecin d'établissement privé »

Charles BERNARD, Ancien président FHP Rhône Alpes

« Une approche nouvelle des établissements privés »

Philippe LIBIER, ANCIEN DIRECTEUR REGIONAL RHONE ALPES, GROUPE CAPIO

« Equité face à l'accès aux soins: l'expérience d'un groupe de réflexion interdisciplinaire » "

Claire GEORGES-TARRAGANO, INTERNISTE, HOPITAL SAINT-LOUIS

« Le point de vue de l'ARH »

Jean Louis BONNET, Directeur, ARH RHONE ALPES

« La vision d'un DG de CH »

Angél PIQUEMAL, PRESIDENT DE LA CONFERENCE DES DIRECTEURS DE CENTRE HOSPITALIER

« Les médico techniques : spécificités de la gouvernance en pôle »

Alain LE HYARIC, Responsable de pôle, CH MONTEREAU

« Historique de la décision à l'hôpital »

Jacques GAILLAT, infectiologue, CHR Annecy

« Le vécu d'un praticien »

Sylvie GEFFROY RIETHERMULLER, médecin interniste, CH CHALON ENCHAMPAGNE

« Un exemple suisse de collégialité »

BERNARD GRUSON, Directeur, HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE

« Le malade, le médecin et la décision »

Jean ARNAUTOU, NEPHROLOGUE CH D'AGEN

Atelier 1 : La décision auprès du malade

Atelier 2 : La décision dans l'établissement

Atelier 3 : La décision au sein des territoires

Synthèse

La loi HPST, notamment dans son titre sur la gouvernance hospitalière, incite à approfondir une réflexion sur les processus de décision. C'est ainsi que le GERHNU a choisi le thème de ses 69^e journées, en prolongement de ses travaux de 2005 sur l'Éthique et de 2008 sur l'Argent.

En tant que postulat, on peut dire que la loi doit contribuer à réaliser ce qui est présenté comme un dogme, souvent énoncé : « **le patient est au centre des préoccupations** ». Ainsi **la décision à l'hôpital doit être fondée sur les besoins du patient**.

Les conclusions présentées ici sont issues de l'écoute de conférenciers de divers milieux et de la connaissance approfondie et engagée que les congressistes ont de leurs métiers. Par ailleurs, le GERHNU a beaucoup appuyé son travail sur la méthodologie de la décision.

Dès lors que l'on entreprend une recherche bibliographique on acquiert la conviction que **décider dans le monde du travail est œuvre professionnelle** et que **la décision est un outil au service d'un objectif**.

Il apparaît de façon évidente que la décision fait l'objet de théories très diversifiées, (complémentaires et parfois contradictoires), de recherche, de nombreuses publications et d'un enseignement largement répandu dans divers cursus.

En préambule il peut être utile de citer des définitions de la décision.

Ainsi on peut lire : « *la décision est une théorie de mathématiques appliquées ayant pour objet la prise de décision en milieu risqué* ».

Aussi : « *prendre une décision c'est faire un choix* ».

Ou : « *la décision gère le risque de l'incertitude* ».

Ou bien : « *les décisions sont obligatoirement des inventions* ». Et encore, plus inquiétant : « *absurde et innovation sont liés entre eux comme les deux faces d'une même pièce de monnaie* ».

Pour reprendre la typologie de Christian MOREL, on peut noter qu'il est des « décisions médiocres » : les actions qui tournent autour de l'objet ; et des « décisions absurdes » : les acteurs agissent avec constance et de façon intensive contre le but qu'ils se sont fixé.

On peut aussi lire et accepter que « *la décision privilégie l'action sur la compréhension* ».

Confortés par la littérature, on peut inscrire dans ces conclusions que la pertinence de la décision a deux déterminants majeurs : la **puissance de l'objectif** et la **qualité de l'analyse** de la problématique.

A tous les niveaux, c'est la **patientèle** qui est le moteur des objectifs, avec l'évolution de la population, des pathologies et de la science médicale.

Une décision collective se prend au mieux dans le cadre d'une **communauté d'activité**.

Elle doit s'appuyer sur une **information** factuelle, objective, complète et vérifiable, prenant autant que possible appui sur des standards extérieurs.

Les données doivent être énoncées dans un **langage commun** à tous les acteurs en présence. Il faut s'attacher à cultiver l'information **pour construire** et pour **suivre**.

Les clés de la réussite sont une **culture** partagée, des **rôles** clairement définis, une **confiance** mutuelle et un **respect** indéfectible.

On peut garder en mémoire les effets des processus décisionnels sur les différents types d'acteurs et s'attacher à **attribuer à chacun le positionnement le plus efficace**, selon les cas, en reprenant par exemple le modèle suivant :

	Manager	Expert	Candide
Demandeur			
Producteur			
Suiveur			
Absent			
Opposant			

L'efficacité d'une décision est issue aussi de son **acceptabilité** et de la **faisabilité** dans la mise en œuvre.

Le travail peut utilement s'appuyer sur une **grille de décision**.

Les suspicions naturelles doivent être levées au cours du temps par un processus d'**évaluation des résultats issus des décisions**, dans un cycle d'amélioration avec éventuellement pour appui la roue de Deming maintenant bien connue des professionnels de santé.

Et on sait bien que le réel de la décision peut être atrophique mais que le symbolique tendra toujours à être hypertrophique.

A partir de ces principes généraux, le GERHNU a réfléchi à la déclinaison dans un établissement, auprès d'un patient et sur un territoire.

Au niveau de l'établissement, l'organisation de la prise de décision doit prendre en compte la **sociologie de l'hôpital et la typologie des acteurs**. Et ce d'autant que la prise de décision est omniprésente dans l'exercice des métiers de directeur et de médecin et la responsabilité s'y exerce à titre personnel. Bien plus que l'éventuelle présence d'un chef, le **compagnonnage** régit la vie professionnelle d'un médecin. Les éventuelles subordinations dans un groupe sont issues de niveaux de savoirs différents reconnus par le groupe.

Toutes **les activités sont liées** à divers degrés. Il faut assurer la fluidité de l'organisation. **Beaucoup d'améliorations se construisent par des évolutions progressives** suivant naturellement les orientations des déterminants externes. La multiplication de décisions formelles n'est pas sans risque à la fois pour le climat social et pour la performance de la structure. Il est essentiel de ne pas multiplier les démarches de formalisation. L'accord doit être en préalable trouvé sur un **objectif intéressant pour les malades et/ou le système, accessible et acceptable** par tous. Il faut passer le temps nécessaire à une **analyse approfondie** de la problématique car c'est cette analyse faite **par tous ceux qui sont concernés** qui amènera aux bonnes décisions et à la contribution active de chacun. Les moteurs naturels sont les **directeurs et les médecins**.

Il faut opter donc pour un dispositif qui respecte ces particularités, où **les équipes élaborent et présentent leurs décisions**, établies à leur propre initiative ou dans le cadre d'une action globale de l'établissement et où la **communauté hospitalière dans son ensemble et notamment la communauté médicale** a un rôle d'examen, de validation de coordination.

Concernant ce qui est dénommé le management, plusieurs expériences montrent qu'il n'est **pas indispensable d'être un expert pour manager** une collectivité de travail pluriprofessionnelle et que cette situation peut même être un handicap par le flou des rôles qu'elle confère. Une organisation fondée sur le « pouvoir sur » n'est pas adaptée, chacun doit exercer son « **pouvoir de** » en utilisant activement ses **compétences métier et individuelles**. La prise de décision et la conduite de la mise en œuvre nécessitent moins un chef que la mise

en place d'un système où les compétences et les **capacités d'innovation** peuvent se développer en transversal et où le **portage des projets** est **collectif**. Il faut chercher les **points de convergence**, trouver le juste milieu entre **consensus improductif** et **décision personnelle et hétique**. Le management doit dans ce cheminement utiliser **clairement recherche d'adhésion, concertation et négociation**.

Quant à la décision pour un patient individuellement, à ce jour, il est licite de considérer que le travail accompli dans le cadre de la démarche qualité institutionnelle et du développement des **consensus scientifiques** a structuré les **référentiels collectifs** de pratique. On peut donc maintenant consacrer une partie du temps et de l'énergie jusque là dédiés aux instances techniques à des **réflexions collégiales sur des cas cliniques**. Les patients sont presque tous devenus « pluripraticiens-dépendants » du fait de l'étendue des connaissances et de l'organisation du travail, et la dimension collégiale est une composante forte de la performance médicale, qu'il faut étendre **bien au delà de la cancérologie**.

Les décisions de prise en charge doivent inclure la **globalité du « parcours de santé » du patient**. Il faut promouvoir les **RCP médicosociales** appuyées sur une **grille polymorphe d'évaluation**. Tous ceux qui contribuent au devenir doivent être réunis : le **patient** lui-même bien sûr, son **entourage** (conjoints, enfants et la personne de confiance lorsqu'elle a été désignée), le **médecin traitant** et les **autres professionnels de ville** (spécialistes, infirmiers, aides à domicile, assistante sociale...), ceux des **institutions** d'accueil le cas échéant et notamment des maisons de retraite, de façon large **l'environnement social**.

Il faut s'attacher en choisissant les modalités de réunion (regroupement des dossiers, réunions non présentielles...) à **économiser le temps** de chacun tant pour raccourcir les délais de décision que pour respecter les contraintes d'exercice.

Concernant la décision au sein des territoires, l'enjeu est de **garantir l'équité**.

Il apparaît formellement que le seul **territoire** qui ait une légitimité est celui **investi par le patient**. C'est le territoire de recours. Il est variable selon les problématiques et notamment les pathologies, s'étendant **du territoire de santé** à une dimension **inter régionale**. Un découpage collant aux territoires administratifs n'est pas réaliste. Ceci est vrai tant en déclinaison **pour chacun des patients** que **pour l'organisation des filières** et les décisions qui s'y rapportent.

Dans ce cadre **chacun joue un rôle propre et irremplaçable** ce qui a pour corollaire une **non hiérarchisation des structures** dans les décisions.

Les décisions doivent porter non pas tant sur des choix de fermeture de structures que sur **l'agencement d'une organisation qui garantisse l'accès** de tous à toutes les techniques et compétences compte tenu des **modes de vie** actuels et des possibilités de **télécommunication**. Un travail pour élaborer une **concordance avec l'agencement des transports** sera utilement entrepris dans le cadre de **l'aménagement des territoires**.

Le territoire est la dimension où le poids économique pèse le plus. La **concertation citoyenne** au sein des territoires de proximité peut avoir une grande utilité. Les **collectivités territoriales** sont des partenaires incontournables.

En conclusion, dans le contexte de la loi HPST et sur la thématique de la décision, le GERHNU rappelle que **ce qui compte ce n'est pas qui décide, c'est dans quel but et quel en est le résultat**.

D'ores et déjà, et avec à l'évidence un certain péril pour le patient, l'état d'esprit des professionnels hospitaliers a changé et **l'aspect comptable** tend à devenir prégnant dans les

décisions de tous niveaux. Cela se fait bien sûr **au détriment de la dimension médicale** mais aussi probablement **de l'économie de la santé du pays à moyen et long terme.**

Conscient qu'on ne peut certes pas camper sur des positions idéologiques, le GERHNU conclut cependant qu'il est impensable de ne pas maintenir au premier rang l'intérêt individuel du malade.

Une place entière dans tous les types de décision doit lui être conférée ainsi qu'à son **entourage social et aux professionnels de santé extérieurs.**

Chaque professionnel de santé joue un rôle propre, indispensable dans le dispositif. Dans une démocratie sanitaire, les décisions ne sont pas prises avant la concertation. **L'organigramme doit permettre à tous d'être au cœur de la vie des établissements et des territoires.** Le **sentiment d'appartenance et de fierté** est sans nul doute un des garants principaux de la qualité de la prestation fournie.

Les médecins avec les directeurs et tous les professionnels de l'hospitalisation **ont pour mission d'améliorer l'état de santé de la population autant que les connaissances scientifiques et les moyens technologiques le permettent, dans le respect d'une réflexion bénéfique/risque/coût responsable. Ils contribuent ainsi à la richesse du pays.** Leur objet n'est en aucun cas de générer une performance comptable artificielle pour un établissement.

Le **rôle décisionnaire des médecins** dans le système de santé est **incontournable : ils sont les experts, les ordonnateurs et pour beaucoup les effecteurs.** Ce n'est que dans le cas où des **limites collectives de prise en charge** seraient ordonnées qu'ils ne devraient pas être en première ligne de la décision mais **consultés au sein d'une réflexion citoyenne** comme **experts**, dans le respect du **code de déontologie** qui régit leur exercice.

Le GERHNU souhaite que les textes d'application de la loi HPST, en prenant en compte ces éléments fondateurs, apportent un cadre propice à des processus de décision sécurisés et efficaces pour les malades et la société.