

Mesdames, Messieurs, Monsieur le Président de séance,

C'est effectivement grâce au GERHNU que j'ai l'honneur d'être ici aujourd'hui pour un exercice difficile mais qui est un plaisir car c'est l'occasion de parler vrai

J'ai eu la chance de rencontrer le GERHNU à la fin des années 80, un jour que j'interviewais son secrétaire, Henri Delbecque, sur la problématique des directeurs médicaux. Depuis 30 ans, en effet, le GERHNU fait partie des lieux d'idées dans le monde de la santé.

Puis j'ai rencontré Philippe Renou qui avait repris l'animation du groupe et qui m'y a accueilli. J'y ai trouvé des gens épris d'humanisme et profondément attachés à l'institution hospitalière. J'y ai trouvé un lieu de liberté d'imagination et d'expression et de grande solidarité. De cet esprit que nous essayons de conserver aujourd'hui, très sincèrement je remercie ceux que nous avons coutume d'appeler nos pères fondateurs : Claude Labram, Henri Delbecque, et Philippe Renou

Alors dans le cahier des charges des témoins, les organisateurs nous demandent de vous faire part de notre ressenti de ces journées et de notre vision de l'hôpital pour demain. Pour ce qui est de ces deux jours je dois dire que j'avais un à priori favorable qui est très largement confirmé : c'est que faire réfléchir ensemble plusieurs groupes professionnels est en soi quelque chose de positif. Quand cela prend la dimension d'une agora d'un forum c'est exceptionnel, et ce qui s'est passé ici au Mans est une production d'une très grande richesse. Nous avons entendu les synthèses ce matin et je n'y reviendrai pas, pas directement en tous cas car je ne pourrais y apporter que redondance. Ce dont je veux témoigner c'est que la grande absente était la langue de bois et puis aussi je peux dire la convivialité des débats et les efforts de tous pour sortir de leur schémas habituels de fonctionnement et de leurs jeux de rôle institutionnels et, je crois, messieurs les organisateurs, qu'avec ces assises vous avez créé un outil fondateur pour l'évolution de nos établissements. Merci donc à Antoine Perrin et Alexis Dussol.

1

Alors comment l'hôpital de demain ? sera-t-il autrement ? sans doute, comme le reste de notre société ; j'ai choisi comme sous-titre « l'hôpital lieu de vie » et pour cet exercice difficile j'ai choisi de rêver en étant un peu loin de la sinistrose et peut-être pas trop de la réalité, et de dire quelques remèdes que l'on pourrait expérimenter, et qui sont après ces deux jours arrivés pour beaucoup au stade de « essais de phase 4 » !

Le dessin n'est pas de moi, il est de notre collègue Thierry Peterschmitt, directeur de l'hôpital Francobritannique que j'ai le plaisir de rencontrer, avec Philippe Roussel d'ailleurs, qui est un de nos hôtes d'aujourd'hui, dans un autre groupe qui réfléchit... bien sûr sur le système de santé, qui s'appelait AMIS, ce qui explique la bulle et que vous connaîtrez maintenant sous le nom de révolution santé, qui s'écrit [r@évolution](#) santé , tout un programme.

2

Alors peut-être, comme pour le petit prince, moitié en panne dans un paysage hostile, nous pouvons essayer de dessiner un mouton. Je ne lui ai fait que 3 pattes, au moins dans un premier temps. L'hôpital avec qui : les patients, les professionnels et les structures.

Pour les patients, l'hôpital est un lieu de vie à trois facettes.

Une que l'on connaît bien et qui est quand même le cœur du sujet : l'hôpital est le lieu de reconquête ou de préservation de la santé.

Une autre qui doit à mon sens devenir de plus en plus prégnante et qui est le fait que le séjour hospitalier n'est ce que, je dirais, « un épisode de vie dans un parcours de santé », en d'autres termes que ce moment doit s'intégrer dans une prise en charge globale de l'individu, au plan de la santé et tout au long de sa vie.

De la même façon, et c'est le troisième aspect, la vie à l'hôpital, au plan social ne peut être déconnectée des valeurs et des rôles de chacun dans tout autre lieu de notre société.

3

Alors pour aboutir aux meilleures chances de guérison, ce qui est notre rôle premier, je crois que nous nous devons d'offrir à tous l'accès au meilleur de la science dans les meilleurs délais.

Cela veut dire que le pré requis est que notre pays continue d'affirmer son engagement à donner les moyens de mettre en application les évolutions médicales et de les mettre à la disposition de tous. Quelque soient l'heure et le lieu de la survenue du besoin de soins. C'est notre priorité et ce n'est pas évident.

Ce qui a un coût, que l'on peut peut-être un peu décliner : le coût direct d'abord qui ne fait que croître de par l'augmentation des prix des molécules et des matériels, là on trouve la ligne partenariat état, assurance industrie, mais aussi de par l'augmentation des besoins et là on trouve démographie. Démographie dans son aspect quantitatif plutôt peu inflationniste à ce jour, et surtout qualitatif : sur une population avec une plus longue espérance de vie, dimension que l'on connaît un peu mais dans quel état de santé et avec quels besoins de soins? Là est une des questions fortes dans laquelle l'hôpital a une part de contribution à la réponse, on y reviendra, dans la troisième patte du mouton.

Autre type de coût, le coût organisationnel. Là on trouve un des enjeux majeurs: redéfinir l'accessibilité aux soins en **conciliant proximité et technicité**. On est dans la planification sanitaire. Il nous faut je crois parler non plus de distance mais de **temps d'accès, disponibilité comprise**, ce qui n'est pas évident, nous connaissons tous la saturation des lits et des plateaux techniques. Et également errements compris, nous connaissons tout aussi bien les **parcours multisites** des patients avec leur surcroît de coût, leurs pertes de chance, sans parler des tensions des équipes: je dirais donc travaillons à **créer des routes directes pour les patients et faisons le savoir**.

A tout cela s'ajoute une évidence: on ne peut pas tout avoir, autrement dit et c'est le deuxième enjeu : je reprend la phrase de Jean Pierre Claveranne : « ça coûte mais que peut on faire pour que ça coûte moins », en d'autres termes convaincre tout le monde, professionnels et non professionnels, de la nécessité d'une réflexion permanente coût/bénéfice. Cela, c'est de l'éducation et ça commence à l'enfance.

4

L'hôpital, épisode de vie dans un parcours de santé, que peut-on dire ?

Nous savons que notre pays est performant sur la longévité. Ce qui veut dire que les pro de santé ne sont pas mauvais, alors suivons le conseil de Gerard Vincent « arrêtons de nous autoflageller ». Mais, et pardonnez moi ce raccourci, on a une longue espérance de vie sous réserve que l'on ait réussi à éviter la mort prématurée.

Or nous connaissons les facteurs de risque, et nous savons quelle période privilégiée l'hospitalisation peut être pour une prise de conscience personnelle des enjeux. Il nous appartient de valoriser ces circonstances de déclencher, ou d'actualiser s'il existe, **le projet de santé** des patients que nous prenons en charge. Les soignants hospitaliers doivent avoir un rôle fort dans l'éducation, la prévention, la réinsertion, en direct avec les malades. Cela veut dire vision globale, versus mono organe, information, et aussi en interface avec les autres intervenants de la ville et les personnes de l'entourage.

A l'inverse nous savons que le stress de l'hospitalisation peut être un facteur de détérioration de la santé. Nous connaissons bien le syndrome de glissement des personnes d'un certain âge, des hospitalisations longues. L'hospitalisation est un arrachement de son milieu naturel. Prêtons y attention, comme nous le faisons pour la douleur par exemple et

5

Reconstituons **un environnement bienveillant**.

Cette orientation émerge depuis plusieurs années, avec la création des secteurs mère-enfant, les unités de soins palliatifs, et aussi des initiatives un peu dispersées au sein des services de soins où les accompagnants sont autorisés à rester. Dans ces cas c'est une négociation, une mesure d'exception. Savoir que c'est possible, que c'est institutionnalisé et que cela se fait dans des conditions décentes, serait probablement rassurant pour les patients. Et puis ce serait un bon lien pour la mise en œuvre du projet de santé. Sous réserve bien sûr de donner priorité à l'organisation des soins.

Là la modernisation architecturale de nos établissements qui se met en œuvre sera un facteur contributif si bien sûr que nous ne construisons pas les bâtisses de demain pour le mode de vie d'hier.

Et sans aucun moyen supplémentaire nous nous devons d'être attentifs et respectueux des cultures de chacun ; c'est ce que nous faisons de plus en plus particulièrement lors des décès et que nous ferons pour guider tous les gestes du quotidien, les positions, (assis couchés debout), comme le disait le Professeur Glorion, les toilettes, le sommeil.... Pendant ces moments d'hospitalisation difficiles tous les ressentis sont exacerbés, prenons-le en compte dans notre décodage des relations.

Comme en cours d'hospitalisation, on a besoin de ses proches, et on a aussi besoin d'une vie sociale, je dirais, de rencontre avec ses semblables. On sait bien les effets très positifs des **associations de malades** dans la vie extrahospitalière. Réfléchissons aussi à leurs rôles possibles pendant l'hospitalisation, auprès des patients, en aide, et au-delà de leurs missions dans les instances des établissements. On sait aussi que souvent les patients nous demandent à être dans des chambres à 2 lits. Je crois que nous devons développer les **lieux et les moments de rencontre** dans les structures. Autour du repas, d'une animation ou autour de rien. Dans ce sens, les initiatives actuelles en matière de projet culturel seront, je crois, un bon catalyseur.

Mais le plus fort des rencontres c'est celles qui réunissent patients et professionnels de santé. Elles doivent être celles de **citoyens partenaires dans la résolution d'une situation difficile, chacun avec sa pleine responsabilité et son code de conduite social, pour l'établissement d'un contrat**. Là nos outils c'est l'information, proactive, et la relation privilégiée. On y trouve le **médecin hospitalier référent**, peut-être une nouvelle terminologie est-elle à trouver mais le rôle à garder car, nous le savons bien, tous les patients sont « pluripraticiens dépendants » et parfois un peu perdus. On peut y trouver aussi le **coordonnateur de séjour**,

nouveau rôle cette fois, qui en lien avec le pré et le post hospitalisation organisera le séjour et guidera le malade. Notre objectif, je me permettrai de paraphraser l'expression imagée d'un représentant d'association de patients qui a dit avec l'éducation thérapeutique notamment, « nous devenons des professionnels de la maladie », je crois que notre objectif est **que nos patients deviennent des professionnels de leur santé**.

6

Voilà la deuxième patte du mouton : comme la première était celle de patients professionnels de leur santé, la deuxième est celle des professionnels de santé épanouis et efficaces. Ce que je développerai concerne surtout les soignants médicaux et non médicaux, que je connais mieux.

Je voudrais citer Loïc le Floch Prigent qui a été le parrain de ma promotion à l'ESCP et qui nous a dit en substance en nous souhaitant bonne route : « on nourrit sa vie professionnelle de sa vie personnelle et l'inverse est tout aussi vrai. »

Alors la clef est dans l'exercice de son métier.

Dans les facteurs de remotivation, de stabilisation de la vie quotidienne à l'hôpital il y a je crois la clarification des rôles et missions de chacun. Nous savons qu'au fur et à mesure du temps avec les évolutions scientifiques notamment, les tâches ont évolué et leur répartition entre les acteurs aussi, de façon naturelle et informelle. Permettez moi de prendre un exemple qui me concerne particulièrement : l'anesthésie réanimation : nous avons connu il n'y a pas si longtemps, 25-30 ans, des établissements où un infirmier anesthésiste, qui était, en raccourci, BAC+3, pratiquait entièrement seul, souvent à plus de 30km du premier médecin anesthésiste. Aujourd'hui nous allons dans des salles d'opération où nous pouvons trouver des IADE bac +6 en compagnie parfois de plusieurs médecins. Bien sûr il faut parler risque, incidents accidents et évolution des techniques, je ne connais pas la bonne mesure, mais en tous cas réfléchissons. A **utiliser au mieux les compétences** de chacun ce qui est à mon sens le meilleur facteur de satisfaction des personnes et du système. J'ai l'impression qu'à ce jour bon nombre de métiers sont, je dirais, plutôt dévalués par rapport aux connaissances des professionnels. C'est peut-être uniquement une impression. Et n'hésitons pas en prolongement à **reformer peut-être les métiers et en tous cas les enseignements**.

Les cursus d'enseignement, je crois, doivent intégrer au-delà de la technique, **les connaissances de l'exercice de professionnel de santé et de professionnel de l'hospitalisation** pour ceux qui s'y destinent au moins pour partie de leur carrière. Je citerai certains des domaines : santé publique, relations humaines, dans le rapport aux patients, dans la gestion des équipes, gestion de la qualité et maîtrise des risques. Il y en a d'autres, dont cette approche complexe, pas évidente, que la médecine est une science et aussi quand même un art et que notre objectif pour ce début de siècle est d'apprendre à naviguer guidés par les standards de « **evidence based medicine** » et créatifs dans les situations d'exception, qui sont contrairement à la terminologie, non exceptionnelles ! Le tout de façon assez homogène pour garantir à tous les patients une égalité dans les prises en charge.

Un autre élément fort est la précision et la reconnaissance des missions de chacun. Là je citerai la nécessité de consolider la place institutionnelle des **missions transversales**, parfois floues, parfois incomplètement acceptées et de généraliser les **fiches de poste** tant les missions peuvent être variables pour une même catégorie professionnelle selon les endroits. Un autre axe de réflexion est la **contractualisation** entre l'agent et l'institution ou l'équipe sur cette fiche de mission.

Et en « retour sur investissement » pour ces deux contractants, il y a la valorisation de l'expérience en interne et dans les processus de décision.

7

Nous butons aujourd'hui sur la mise en place de nouveaux organigrammes, La structure de service est trop grande ou trop petite, la même chose peut être dite des autres modes de découpage. De la même façon que les patients sont pluripraticiens dépendants, nous sommes tous **pluri-collègues nécessitants**. De même le non parallélisme de la hiérarchie réglementaire et de la hiérarchie fonctionnelle pose problèmes, je pense par exemple, aux droits d'exercices tels que définis par le conseil de l'ordre des médecins et aux rapports chefs de service non chef de service, ou aussi au binôme médecin infirmier versus Direction des soins. Les professionnels sont à la fois, autre paradoxe, après la disparition des mandarins, en quête de repères de pouvoir et d'autorité et à l'inverse de plus grande autonomie. Je crois qu'il est **urgent de repenser les organisations**, c'est la clef de l'efficacité et la satisfaction. Avec des **expériences**, autour des besoins des patients et des rôles de chacun, avec, la liberté de l'amendement du même nom et, dans ce domaine qui est très complexe l'aide de **spécialistes** des organisations.

Quant à notre propre contribution dans la construction du système de santé, à vivre dans les établissements, nous acquérons tous une certaine expertise sur le système de santé, et nous avons la chance d'être très nombreux et très différents. En échangeant entre nous, ce « nous » inclut les tutelles dont les acteurs sont des professionnels de santé eux aussi, nous valorisons nos expériences, nous faisons de la « **fertilisation croisée** », nous potentialisons notre capacité individuelle de générer des idées, nous l'avons vu pendant ces deux jours. Cette **intervention des professionnels en exercice**, pour prendre le terme consacré, dans le cadre de l'ANAES, du ministère, de nos assises d'aujourd'hui par exemple est, je crois, un point fort dans la façon actuelle de conduire la réflexion.

De même dans le circuit de décision interne. Je n'oserai pas détailler le management participatif, ni aborder les « nouvelles gouvernances » mais citer Jean Pierre Claveranne : passons du ménagement au management. Et puis simplement trois éléments : le premier c'est le choix des **bons échelons de réflexion**, (par exemple service, grands pôles, établissement, bassin de proximité), ensuite c'est à mon sens, une **différenciation du grade et de la fonction dans la participation au circuit de décision** et une **approche pluriprofessionnelle de tous les sujets**.

8

La culture : un des points marquants de nos établissements d'hospitalisation est pour moi le **déficit de** ce que j'oserai appeler la **culture d'entreprise**, la culture interprofessionnelle plutôt. Le point d'accroche du sentiment d'appartenance dont nous avons tous besoin est pour l'instant surtout catégorielle. Elle est issue de nos cursus d'études, elle est exacerbée dans le climat de difficulté qui règne en ce moment et c'est autour de l'identité des tâches partagées et des contraintes spécifiques à chaque métier qu'elle s'organise. Avec trop souvent des enjeux qui sont perçus comme contradictoires entre les différents métiers. On retrouve de plus un premier niveau de cohésion interprofessionnel qui est malheureusement trop souvent la traduction d'un conflit d'intérêt entre secteurs. Alors pourquoi, c'est un long débat mais les conséquences sont très délétères pour chacun et globalement pour l'institution. A mon avis dans les causes fortes il y a les difficultés actuelles d'exercice, c'est le grand débat d'aujourd'hui mais tout simplement aussi la **non connaissance de l'autre**. Un

des remèdes que l'on peut proposer, et on rejoint ce que je disais dans le processus de décision, c'est le développement des occasions de **rencontres**, notamment dans de **nouvelles instances multiprofessionnelles**. Il y a les conseils de service et de départements, cela pourrait être aussi des commissions mixtes, remplaçant ou complétant CME, CTE, CSI. Et également, ce qui existe déjà un peu, une part de croisement des différentes filières d'études : la gestion expliquée aux médecins et la médecine aux directeurs par exemple. Aussi l'introduction de **possibilités de varier les lieux d'exercice**, (la ville, le Centre Hospitalier , CHU, la clinique...) . pourrait apporter la connaissance de l'autre et les réseaux y gagneraient le liant qui manque encore parfois.

On dit motivation : à ce jour, nos modes d'exercice et nos projets professionnels sont en déficit d'évolutivité. Alors le **statut** doit il rester longtemps un sujet tabou ? Peut -on faire l'impasse sur un **changement des modes de rémunération** qui mettrait en adéquation les besoins des patients et les enjeux des professionnels ?

Dernière remarque pour ce qui concerne les professionnels, c'est le temps, sujet brûlant. La direction c'est **un temps guidé par l'emploi du temps des patients** et qui laisse la place à la technique, à la relation humaine, à l'action institutionnelle et à la vie personnelle. Bref en raccourci **le temps qui laisse le temps aux organisations**.

9

Quand on se demande l'hôpital avec qui je crois et c'est la troisième patte du mouton, c'est avec la structure, un hôpital vivant, maillon fort dans la chaîne de santé. Souvenons nous de ce que disait Robert Debré dans son discours fondateur de 1973, c'est à peine hier, « La médecine d'aujourd'hui comporte trois parties l'étude clinique du corps et de l'esprit, l'étude biologique et la santé publique... » et aussi « C'est une pensée globale qui doit inspirer le changement » et encore « Cela ne se fera pas en un jour et il faut être convaincu qu'il faut obtenir une révolution » et enfin « L'hôpital doit être le centre de la santé et garder ses portes ouvertes ».

Alors, un hôpital **recentré sur son cœur de métier qui est le soin, la technicité**. Qu'il met à disposition des autres acteurs, un hôpital **non hospitalo-centriste** mais **sans alibi** pour mener ses missions propres vers l'excellence. Si la dimension humaine dans l'hôpital doit être valorisée, au 21^e siècle il n'y a pas de place pour une mission d'hébergement, c'est non conciliable, source de conflits et d'inconfort

L'activité de l'hôpital découle à mon sens par inférence de ce qu'est le soin qui ne nécessite pas hospitalisation. C'est cette dimension qui doit guider notre stratégie. Car quoique j'ai choisi pour sous titre l'hôpital lieu de vie je suis persuadée que notre objectif est de réduire pour les patients le temps à passer dans ce lieu étranger et très générateurs de dépenses. Paradoxalement c'est le **renforcement du tissu social et médicosocial** qui permettra la valorisation de l'activité de l'hôpital. Là on ne doit pas oublier l'aide professionnelle à ceux que nous appelons les aidant naturels, en raccourci l'engagement social vers les personnes en besoin d'aide.

Le projet d'établissement doit s'intégrer dans un projet de bassin de proximité, quelle dimension ? Le **bon niveau** de réflexion locale, je crois que ce sont pour bonne partie **les patients qui le déterminent** avec leurs déplacements spontanés.

Comment construire : peut-être deux pistes. Là aussi une réflexion sur de **nouvelles assemblées de décision** : commission médicale rassemblant tous les médecins de cet échelon local, tous les professionnels de santé. Et l'utilisation des **technologies de l'information** qui vont acter aussi dans le dimensionnement et l'égalité d'accès aux soins.

Au début j'évoquais les besoins de santé. L'hôpital possède une masse d'information. L'enjeu maintenant c'est de la valoriser, de la structurer, de la diffuser ; elle est la base, l'incontournable pour **nous guider dans nos exercices professionnels et nos décisions stratégiques en matière de soins et de santé**. Une pièce maîtresse dans l'édifice de l'information et c'est le prérequis : c'est **l'accès permanent aux informations patient**, c'est à dire le dossier unique, le carnet de santé, quelle dénomination? c'est un peu important, ce qui l'est plus c'est d'en trouver le moyen, rapidement.

Pour terminer je dirai aussi que notre hôpital vivant doit garder son rôle de procréateur : au travers de sa **réactivité** aux changements, de sa capacité **d'anticipation**. Au travers aussi de sa mission de formation qui est une des plus belles parce qu'elle comprend l'enseignement et surtout le **compagnonnage**.

10

Voilà ce que je souhaitais vous dire au travers des réflexions que nous avons au GERHNU et de ce que j'ai entendu ici.

Alors le fil rouge vers l'hôpital de demain ?

On ne peut pas bien construire en milieu hostile, notre époque est celle, difficile de la recherche du nouveau siècle, alors rappelons nous la confiance mutuelle que nous avons et celle que nous avons encore. L'Hôpital sera ce que nous le ferons, nous qui en sommes usagers, pour nous y faire soigner ou pour y travailler, en mettant en synergie nos convictions et nos énergies dans tous les lieux de rencontre, que ce soit le chevet d'un malade ou des lieux comme celui-ci.

Je vous remercie.