

**HÔPITAL
LES,
#IDÉES
DES
ACTEURS**

CRAPS

***CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE SUR
LA PROTECTION SOCIALE***

LES RÉFLEXIONS DU CRAPS

PRÉAMBULE

Faire un livre pour quoi faire ? Faire un livre sur l'hôpital mais quel hôpital, public, privé, clinique ? Faire un livre sur l'hôpital public un de plus ? Faire un livre pour qui ? Car on ne fait pas un livre pour soi, mais bien pour les autres, pour faire partager et transmettre. Faire un livre maintenant en pleine crise sanitaire ? Pourquoi ?

Ce livre est destiné à tous ceux qui participent à cette œuvre collective qui donne du sens à la vie de chacun, c'est-à-dire à tous les soignants, médecins, administratifs et personnels des services techniques qui s'engagent, et non travaillent, à l'hôpital, car on ne travaille bien à l'hôpital que si on s'y engage.

Il est également destiné à tous les Français qui financent collectivement la Protection sociale à la condition qu'ils soient pris en charge individuellement quand cela sera nécessaire.

C'est en ce moment de crise où l'actualité a pointé du doigt les forces et les faiblesses de notre système de santé que le CRAPS souhaite participer à sa manière au débat actuel en proposant un ouvrage à votre réflexion.

L'hôpital est un lieu symboliquement fort, héritier d'une conception de l'Homme et donc le reflet d'une civilisation. L'hôpital, selon beaucoup de Français, reste la seule lumière qui demeure allumée quand tout

s'éteint, quand le vendredi le libéral ne répond plus, quand la société ou la famille ou le malade n'en peut plus, quand la technique médicale interroge mais aussi quand elle jette l'éponge et que la fin arrive. Nous naissons et nous mourrons nombreux à l'hôpital. Les services d'urgence, de psychiatrie, de chirurgie, de soins palliatifs, bref, tous ces services qui battent les records de confiance dans l'évaluation des services publics par les Français sont des acteurs de notre histoire commune.

Même si l'hôpital évolue avec de hauts plateaux techniques, avec des équipes de plus en plus spécialisées, que le malade y reste de moins en moins longtemps, que l'hôpital se déplace au domicile, rien ne changera dans la finalité de la relation humaine au cœur de l'institution hospitalière. L'hôpital demeure lui-même au long du temps, le lieu où se rencontrent une détresse humaine et une volonté de guérir, soulager et accompagner cette souffrance commune à l'humanité. Y travaillent des métiers les plus divers et les plus nombreux qu'une entreprise humaine peut connaître (230 métiers différents). Se croisent tous les âges de la vie, toutes les formations.

À l'origine ce projet était parti d'une idée : l'hôpital public a un avenir, des acteurs y travaillent, se sont engagés par passion et il ne faudrait pas désespérer ceux qui toujours construisent l'hôpital et se sentent non

reconnus. Il nous paraissait utile de donner la parole à des acteurs de terrain. À partir des expériences vécues dans la quotidienneté de l'acte où se construit la vraie histoire que nous voulions partager avec vous. Ces acteurs n'ont pas vocation à être représentatifs mais à refléter la diversité des acteurs. La crise du Covid a modifié certaines contributions en accentuant l'aspect crise mais sur le fond elles témoignent d'une réalité quotidienne devenue exceptionnelle.

Ainsi cet ouvrage a été construit en trois temps :

- Le temps des acteurs qui ont apporté leur contribution en toute liberté et initiative ;
- Le temps des experts qui ont analysé ces contributions et tiré des conclusions sous la forme de propositions ;
- Le temps de la synthèse afin de dégager un modèle cohérent.

Le temps de la réflexion appartient maintenant au lecteur sachant que la décision politique interviendra plus tard et supposera un débat plus représentatif avec notamment les corps intermédiaires, syndicats et associations et les élus nationaux.

À vos critiques, réactions, propositions que nous publierons dans une prochaine revue, le CRAPS se devant d'être un facilitateur du dialogue social et non un donneur de leçons ou de solutions toutes faites. Inversement, si cet ouvrage vous a été utile nous aurions réussi le pari.

JEAN-PAUL SÉGADE
PRÉSIDENT DU CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE
SUR LA PROTECTION SOCIALE

CONTRIBUTIONS

RÉAPPRENDRE À FAIRE CONFIANCE

PAR

NORBERT NABET

DIRECTEUR DES AFFAIRES PUBLIQUES ET DE LA COMMUNICATION
DE NEHS

À l'heure où nous rédigeons ces quelques lignes, le système de santé français commence tout juste à appréhender la descente du pic épidémique de la « première vague » du Covid-19.

Si nous ne pouvons que souhaiter que les mesures sanitaires et sociétales mises en œuvre par les pouvoirs publics évitent l'émergence d'une « deuxième vague » à court et moyen termes, force est de constater que cette gestion de crise inédite a mis en lumière une évidence que nous avons peut-être occultée depuis quelques temps : le rôle déterminant des femmes et des hommes qui font l'hôpital.

Nul ne pourra nier que l'institution hospitalière, et ses institutions régulatrices, ont été rapidement dépassées par l'ampleur de la crise et mises en difficulté dans la conduite de la réponse opérationnelle. Et pourtant, l'hôpital a su s'organiser pour prendre en charge les Français, grâce à l'engagement des femmes et des hommes qui y œuvrent au quotidien.

Loin des lourdeurs hiérarchiques habituelles et sans attendre que les autorités leur « donnent l'autorisation de faire », médecins, infirmier(ère)s, aides-soignant(e)s, cadres de santé, brancardier(ère)s, logisticien(ne)s, directeur(rices), etc. ont réorganisé en profondeur des services entiers, fermé des activités pour soulager leurs

collègues, augmenté des capacités pour accueillir des patients dans le besoin, organisé des formations pour pouvoir prêter main forte en sécurité, mis en place de nouvelles répartitions des tâches, coordonné leurs activités avec les autres acteurs de santé du territoire, se sont mis à la disposition des services voisins voire parfois de l'autre bout du pays...

Avec un mot d'ordre qui a guidé leur action : la confiance des uns envers les autres.

UNE CONFIANCE ET UNE MOBILISATION DE TOUS QUI A PERMIS DE TENIR BON FACE À UNE CRISE D'UNE INTENSITÉ JUSQU'ALORS JAMAIS VUE DANS DE NOMBREUX TERRITOIRES. ET SI CETTE CONFIANCE A PERMIS DE TENIR EN PLEINE TEMPÊTE, POURQUOI NE POURRAIT-ELLE PAS ÊTRE LA RÈGLE DU QUOTIDIEN ?

Une confiance et une mobilisation de tous qui a permis de tenir bon face à une crise d'une intensité jusqu'alors jamais vue dans de nombreux territoires. Et si cette confiance a permis de tenir en pleine tempête, pourquoi ne pourrait-elle pas être la règle du quotidien ?

L'hôpital croule depuis plusieurs années sous les normes centralisées, les autorisations standardisées, les budgets et les tarifs nationaux, les contrôles et les évaluations nationales, les strates hiérarchiques, les déclarations administratives, bref une régulation légistique et égali-

taire ? Le système de santé a oublié au gré des réformes et des transformations qu'il était possible et peut être utile de faire confiance aux acteurs de terrain ? À leur sens de la responsabilité en tant que soignants et à leurs intelligences individuelles et collectives ?

Cette crise nous interroge sur l'opportunité de maintenir une régulation rigide, distante et omnisciente sur les activités de santé, qu'elle soit pilotée par l'État ou l'Assurance maladie. Il semble être temps d'alléger pour de bon, et pas uniquement par un étroit canal d'exception (article 51 et task force nouveaux modes de financement) qui ressemble plus à un alibi qu'à un changement de paradigme, le « mammouth normatif » de la santé au profit d'une prise de responsabilité réelle des acteurs de terrain, afin qu'ils s'organisent entre eux et répondent aux enjeux de santé spécifiques de leur territoire.

Nous avons constaté une fois de plus que ces professionnels, à l'échelle du territoire, trouvent ensemble les mécanismes qui fonctionnent, et qu'ils sont différents à Ajaccio, Saint-Flour ou Valenciennes. C'est pourquoi cette prise de responsabilité doit s'accompagner de moyens pour être pleinement exercée, avec un État bienveillant, courageux, stratège et accompagnateur et non pas régulateur.

Hôpital : les idées des acteurs

Il s'agit là plus d'une reconnaissance lucide de la réalité et de la qualité des femmes et des hommes qui font l'hôpital que d'une révolution, mais c'est elle qui nous permettra de reconstruire une organisation de la santé sur les territoires plus pertinente, plus résiliente au profit d'une seule mission : soigner et prévoir.

DU DÉCONFINEMENT À LA FIN DES CLOISONNEMENTS

PAR

THÉO KLARGAARD
PUBLIC AFFAIRS MANAGER
À NOVO NORDISK

La crise sanitaire nous a tous surpris, pris de court, elle a arrêté le temps qui défilait sur nous, a suspendu un souffle qui rythmait nos journées, nos semaines, nos vacances. Personne ne l'a vu venir, ni en a réellement mesuré l'ampleur.

Cette crise sanitaire, cette suspension du temps, a mis sur le devant de la scène médiatique, politique, économique et sociale un sujet longtemps relégué à des sous-thèmes de notre société : la santé.

Aurions-nous réalisé que la santé était l'un des piliers de notre Protection sociale elle-même fondement de notre République ? Aurions-nous donc « pensé d'une nouvelle manière à des choses anciennes auxquelles on a bien eu tort de ne plus penser : la République, l'État, l'intérêt général, la Nation » comme l'a récemment suggéré Régis Debray.

Comment allons-nous désormais envisager l'après-crise ? Non pas comment gérer le déconfinement, mais plutôt comment gérer la fin des cloisonnements, si présents dans la société française. Le cloisonnement de l'hôpital et de la médecine de ville. Le cloisonnement entre les organismes publics et les entreprises privées. Le cloisonnement entre Paris et le reste de la France.

Nous le voyons, sur chacun de ces sujets, le cloisonnement a lui aussi été suspendu à l'épreuve de la crise. La médecine de ville a joué son rôle de « gardien », de pivot du système de santé, en prenant en charge les patients infectés, en évitant de surcharger les services hospitaliers lorsque cela n'était pas nécessaire ; des industriels sont venus contribuer et ont apporté leur pierre pour faire face à la crise (ex : le Groupe LVMH avec la fabrication de gel hydroalcoolique pour les soignants hospitaliers ou le laboratoire danois Novo Nordisk avec le soutien des personnes précaires impactées par la crise par un mécénat aux Banques Alimentaires) et, enfin, le Gouvernement a donné un cadre pour l'organisation de l'après-crise en laissant une marge de manœuvre presque inédite à l'échelon local délaissant - un peu - l'habitude hypercentralisatrice à la française.

C'est sans parler de l'explosion - inédite - de la santé digitale en France avec la généralisation des téléconsultations, la mise en place de solutions innovantes pour

CETTE CRISE GRAVE, DRAMATIQUE, MEURTRIÈRE A AUSSI MIS EN LUMIÈRE LES VULNÉRABILITÉS DE NOTRE SOCIÉTÉ, LA FRAGILITÉ DE CERTAINS CITOYENS PLUS TOUCHÉS PAR LA CRISE : LES PERSONNES EN EXTRÊME PRÉCARITÉ, LES DIABÉTIQUES, LES PERSONNES ATTEINTES D'OBÉSITÉ, LES PERSONNES ÂGÉES...

le suivi des personnes infectées comme COVIDOM (consortium AP-HP, Nouveal, J&J et Novo Nordisk) ou StopCovid qui ont apporté un souffle d'innovation à des problématiques certes immédiates et d'une grande ampleur, mais pas si nouvelles.

Cette crise grave, dramatique, meurtrière a aussi mis en lumière les vulnérabilités de notre société, la fragilité de certains citoyens plus touchés par la crise : les personnes en extrême précarité, les diabétiques, les personnes atteintes d'obésité, les personnes âgées...

Cette crise sanitaire, laissera probablement à la santé - et notamment au service public hospitalier - la première place qu'elle mérite en termes de ressources humaines et de financement, mais aussi et surtout, de projet de société : quelle santé voulons-nous pour la France ? Quelle organisation structurelle, territoriale, économique ? La santé est en ce sens résolument politique. C'est en tous les cas ce qu'elle doit être.

LE MODÈLE PSYCHIATRIQUE : UN MODÈLE D'ORGANISATION TERRITORIALE ET SES LIMITES ACTUELLES

PAR

SOPHIE ALBERT

DIRECTRICE GÉNÉRALE
DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ (EPS)
DE VILLE-ÉVRARD

&

ANTOINE LABRIÈRE

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ (EPS)
DE VILLE-ÉVRARD

La politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960 mettant en place la sectorisation. Le secteur permet l'organisation d'une offre complète psychiatrique proche du lieu où vit le patient.

Malgré la transformation profonde du dispositif de soins avec la réduction importante de l'hospitalisation à temps plein et le développement des prises en charge alternatives en ambulatoire, le monde psychiatrique reste très attaché au secteur. La loi santé du 27 janvier 2016 en réaffirme le principe sans toutefois répondre à ce qui est aujourd'hui le frein de la politique de secteur : les moyens et le cloisonnement dans un univers de plus en plus complexe.

La santé mentale est, parmi les pathologies chroniques, celle qui touche le plus grand nombre de personnes. Sur les 25 dernières années, le nombre des patients traités par les secteurs de psychiatrie a plus que doublé et ne cesse d'augmenter. Les maladies psychiatriques concernent 2,1 millions de personnes. Toutefois, si l'on ajoute les 5,1 millions de personnes avec un traitement chronique par psychotrope, ce sont plus de 7 millions de personnes qui ont été prises en charge pour une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale.

Le coût économique et social des troubles mentaux a été évalué par le comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018 à 109 milliards d'euros par an, dont :

- 65 milliards pour la perte de qualité de vie ;
- 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides ;
- 13,4 milliards dans le secteur médical ;
- 6,6 milliards pour le secteur médico-social.

Les équipes psychiatriques interviennent dans la cité, en complémentarité avec les services médico-sociaux, sociaux, éducatifs, afin d'accompagner les personnes souffrant de pathologies chroniques dans leur réinsertion, et d'assurer une continuité de leur parcours de soins.

L'objectif de l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale est de placer le patient dans un parcours de soins fluide où il peut être suivi le plus possible à domicile par un médecin traitant et un spécialiste. En cas de besoin, il doit pouvoir être accueilli à l'hôpital pour un séjour d'une durée adaptée à son état et dirigé ensuite vers une solution d'aval disponible sans délai.

Ainsi, tout au long de sa vie, en fonction de son état de santé, tout patient devrait se voir proposer une prise en charge adaptée à la complexité de son état à toutes les étapes de sa vie (enfance, adolescence, adulte et grand âge) que ce soit dans une structure sanitaire, médico-sociale, sociale ou au mieux au sein d'un logement éventuellement adapté.

TROP DE PATIENTS RESTENT SANS SOLUTION D'AVAL APRÈS UNE HOSPITALISATION, LES DÉLAIS D'ATTENTE ET LA SATURATION DES STRUCTURES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES SONT DÉNONCÉS AINSI QUE LA DISPARITÉ DES MOYENS AU SEIN D'UNE MÊME RÉGION ET ENTRE LES RÉGIONS.

Depuis quelques années, ce secteur est en crise : trop de patients restent sans solution d'aval après une hospitalisation, les délais d'attente et la saturation des structures sanitaires et médico-sociales sont dénoncés ainsi que la disparité des moyens au sein d'une même région et entre les régions. Selon les études de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) en 2015, les hospitalisations de patients chroniques représentent un faible poids dans les files actives (0,8 % de patients pris en charge dans les établissements de santé) mais représentent plus de 25 % des journées d'hospitalisation. Une prise en charge hospitalière sur une longue durée n'est pas imposée par une indication thérapeutique mais davantage symptomatique

du cloisonnement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux ou de l'absence et du manque de réponses sociales ou médico-sociales adaptées.

Pour limiter le coût considérable de la santé mentale, il est certes nécessaire de soutenir une politique de recherche et de dépistage précoce mais aussi d'agir sur des déterminants de santé aussi larges que l'éducation, l'environnement et la réduction des inégalités sociales dont on sait que plus elles sont importantes, plus la prévalence des troubles mentaux augmente.

Pour faciliter le parcours de vie, il a été demandé aux acteurs de se coordonner et d'organiser un maillage territorial efficace. C'est ainsi qu'est présenté le projet territorial de santé mentale dans la loi de 2016.

Si les intentions sont bonnes, à savoir d'intégrer de la démocratie sanitaire ou plus simplement de la participation des acteurs concernés à toute décision, le dispositif est en passe de devenir illisible et difficile à piloter :

- Un dispositif de soins complexe, pour les usagers, comme pour les professionnels de la psychiatrie et leurs partenaires. Certaines structures de soins intersectorielles répondent aux besoins d'une zone territoriale d'un établissement, d'une ville, d'un

département ou d'une région. S'y ajoute l'offre de soins non sectorisée, parfois conçue comme une alternative, parfois comme un recours spécialisé (c'est le cas par exemple des centres experts). Cette construction de l'appareil de soins, devient difficile à cerner par les professionnels de santé mentale eux-mêmes ;

L'ENCHEVÊTREMENT DES OUTILS D'ORGANISATION N'A D'ÉGAL QUE LA CONFUSION DES TERRITOIRES.

- Des établissements engagés dans des organisations multiples : la majorité des établissements publics psychiatriques sont membres d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Ils peuvent aussi s'associer au sein d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT). Les espaces de développement du GHT et de la CPT ne coïncident pas forcément. Ils doivent par ailleurs s'inscrire dans le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) ;
 - L'enchevêtrement des outils d'organisation n'a d'égal que la confusion des territoires. Ainsi il faut concilier :
1. Le projet d'établissement de l'hôpital, sur la base duquel est défini un Contrat Pluriannuel d'Objec-

tifs et de Moyens (CPOM) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) ;

2. Le Projet Médical Partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire, arrêté par l'instance de gouvernance du GHT ;
3. Le Projet Régional de Santé (PRS) arrêté par l'ARS, qui englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention ;
4. La convention constitutive de la CPT, qui fixe des objectifs et des mesures à prendre en conséquence, associe la psychiatrie de service public et ses partenaires (privés et/ou médico-sociaux, sociaux) ;
5. Le PTSM qui porte sur l'organisation des soins en santé mentale, mais plus largement sur les parcours de vie depuis le repérage précoce jusqu'à l'inclusion sociale.

Et tous ces dispositifs doivent se mettre en place conjointement et sans animation territoriale excepté celle des acteurs eux-mêmes.

À l'heure où les médecins démissionnent de leurs responsabilités administratives dénonçant une lourdeur

qui les détourne de leur cœur de métier, il est difficile de les mobiliser dans cet enchevêtrement. Même si l'empilement des comités et des structures n'a qu'un seul but, à savoir celui de faire travailler un ensemble d'acteurs pour organiser un parcours de vie répondant aux besoins des patients et de leurs familles, se pose la question de la méthode et du processus de concertation à dérouler pour parvenir à une cohérence globale de ces travaux.

Cette crise s'exprime aujourd'hui par un mouvement social inédit avec pour thèmes :

- La crainte d'un appauvrissement de la psychiatrie : les forts mouvements sociaux de 2018 ont exprimé ce malaise et pourtant la dépense consacrée au traitement des pathologies psychiatriques, liée aux soins hospitaliers et ambulatoires, publics et privés, n'a pas diminué ces dix dernières années. La question ne peut donc se limiter aux seuls moyens ;
- La crainte d'une perte d'identité de la psychiatrie par non reconnaissance de sa spécificité. La création des GHT, avec la loi du 27 janvier 2016, a réveillé chez certains cette crainte quand il a été question d'inclure des établissements spécialisés en psychiatrie au sein de GHT MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) ;

- La crainte d'une dilution de la psychiatrie dans un ensemble plus large, la santé mentale : la loi du 27 janvier 2016 définit la politique publique comme étant de « santé mentale ». Deux commissions de concertation sont créées au niveau national, certes articulées entre elles mais distinctes, au point d'être consultées séparément sur les mêmes sujets : le Conseil National de Santé Mentale (CNSM) et le Comité de Pilotage de Psychiatrie (COPIL psy). Cela peut laisser penser que psychiatrie et santé mentale sont deux objets différents, l'un recouvrant le domaine du soin, et l'autre celui de la prévention et de la réinsertion-réadaptation alors qu'ils sont intimement liés ;

SANS PRÉTENDRE TROUVER LES SOLUTIONS QUI PERMETTRONT DE SORTIR DE CETTE CRISE, IL SEMBLE NÉCESSAIRE DE METTRE EN OEUVRE UNE RÉFORME DE LA SANTÉ MENTALE DÉCLOISONNANT ET ENGLOBANT TOUS LES CHAMPS QU'ELLE RECOUVRE.

- Une limite floue entre la maladie mentale et le handicap psychique : le handicap psychique ne succède pas forcément dans le temps à la maladie psychiatrique, il en est la conséquence, exprimée en termes de limitation des capacités, et évolue. Équipes

psychiatriques, sociales et médicosociales interviennent donc souvent sur la même période auprès de la personne qui est en même temps malade et handicapée. Inévitablement se pose donc la question des complémentarités nécessaires entre les équipes relevant de chacun de ces différents domaines, et, par conséquent, celle des limites respectives de leurs interventions.

Sans prétendre trouver les solutions qui permettront de sortir de cette crise, il semble nécessaire de mettre en œuvre une réforme de la santé mentale décloisonnant et englobant tous les champs qu'elle recouvre. Il semble vain de continuer à mettre des moyens dans le sanitaire si le renforcement de l'amont (prévention et dépistage précoce) et de l'aval (places en Établissements et Services Médicaux-Sociaux (ESMS), logements, emplois, accompagnements, etc.) n'est pas mené de front. Cette politique plus globale doit être ambitieuse et agir sur d'autres déterminants que ceux du sanitaire.

L'animation du territoire doit être soutenue et coordonnée par des ressources dédiées si on veut éviter un découragement des acteurs qui s'épuisent dans l'ensemble des commissions et travaux (CTS, CLS, CLSM, CPTM, CPT, CPTS, PTA...).

Enfin, le cloisonnement des financements est également un obstacle important pour porter des projets transversaux. Il alimente les clivages. À l'heure de la réforme du financement de la psychiatrie qui a pour ambition de mieux répartir les moyens entre les établissements sanitaires psychiatriques du public et du privé, il serait important de poser la question du financement d'un parcours de soins et de vie englobant l'ensemble des champs. Le chiffre de 109 milliards d'euros montre la hauteur des enjeux et l'ambition qu'il convient de porter à ce sujet majeur de notre société.

Depuis plus de 60 ans et la mise en place de la sectorisation, le dispositif de soins psychiatriques a fait preuve d'une remarquable capacité à innover et à se redéfinir. Après identification des freins à un dispositif efficient, son évolution pertinente et nécessaire, doit rimer avec décroissement et clarté, a fortiori dans un contexte de découragement des professionnels et de rationalisation budgétaire.

LES LEÇONS DU COVID : LA MUTABILITÉ

PAR

STÉPHANE PARDOUX
DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DE
L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

En 1934, Louis Rolland cherchant à systématiser ce qui constituait le noyau de principes qui s'imposait au service public en discerna trois. La continuité, l'égalité sont connues de tous. Le troisième moins vénéré parce que plus pragmatique pourrait cependant constituer le cœur de notre transformation collective pour ordonner la réponse sanitaire : la mutabilité. Tout ce qui a su muter ces dernières semaines a rempli sa mission, ce qui n'en avait pas les capacités a failli.

Mais à la lecture des nombreux points de vue qui à la faveur de cette crise sanitaire s'efforcent de dessiner l'avenir de notre système de santé, on peut douter de notre capacité à accepter de muter dans nos analyses.

Chacun étant désormais parfaitement sinologue et ayant intégré qu'en mandarin, la notion de crise est l'assemblage de deux idéogrammes, s'efforce en opportunité de profiter de ce danger sanitaire pour porter sa vision des changements nécessaires, indispensables, vitaux, éthiques ; vision immanquablement confortée par les défaillances et les réussites de la gestion de ce drame.

Plusieurs réserves demeurent :

- Ceux qui écrivent sont rarement ceux qui agissent au cœur du système et ils perçoivent de ce fait de

façon imprécise le déroulé de chacune des actions menées et des décisions prises. Ils parlent d'un ailleurs confiné souvent sans prise avec le réel qu'ils compensent par des avis définitifs ;

- Par ailleurs, il peut être dangereux de penser si vite l'avenir quand le présent demeure encore si incertain. Nul ne connaît encore la durée de cette crise, son impact réel sur les structures économiques et sociales, nationales et internationales, nul ne peut savoir si nous sommes face à une catastrophe qui renverse tout ou devant une crise ponctuelle dont les effets s'effaceront vite ;
- Mais alors que la prudence s'impose et que la réflexion doit gagner en profondeur et en champ bien vite, les positions portées se révèlent finalement bien proches des postures connues, des croyances passées, des analyses ancrées, des idéologies.

La bataille liberté égalité :

- Les tenants de la liberté et de la responsabilité, analysent la gestion actuelle comme la défaillance d'un modèle étatique dépassé, bureaucratique. La société française a été dans cette crise entravée par une machine administrative nationale et des règles tatillonnes. Le système de santé n'a été réactif que

par l'engagement des équipes et le renfort des entreprises privées. Les solutions traditionnelles deviennent alors évidentes : régionalisation du pilotage de la santé / assouplissement des statuts / libéralisation du pilotage pour libérer les initiatives. Ces tenants d'une vision entrepreneuriale assurent que libéré de ses chaînes, le système de santé redeviendrait le plus efficace du monde ;

- Les tenants de l'égalité et du projet collectif assurent que si le système de santé a été entravé c'est en raison de l'affaiblissement

RIEN N'EST FAUX MAIS RIEN N'EST NOUVEAU ET DANS UNE SOCIÉTÉ FRAGMENTÉE, SANS VISION COLLECTIVE, RAVIVER SANS DÉLAI TOUS LES ANTAGONISMES FAIT PORTER LE RISQUE D'UNE VÉRITABLE DÉSAGRÉGATION TANT LA PEUR PEUT ÊTRE SOURCE DE COLÈRE, DE HAINE, DE SOUFFRANCE.

progressif de l'État qui voyant ses moyens se réduire a vu immanquablement ses missions moins bien assurées ou portées par d'autres acteurs plus soucieux de leurs intérêts privés souvent économiques que de l'intérêt collectif. Ce système n'a là encore tenu que par l'engagement et l'adaptabilité des équipes soignantes et médicales. Les remèdes sont tout autant connus de longue date : ré-abondement financier massif, revalorisation des métiers pour les rendre

attractifs, fin des systèmes d'évaluation basés sur l'efficacité, sanctuarisation des systèmes de santé car garants de la cohésion et désormais de la sécurité nationale.

Toute ressemblance avec des discours préexistants étant purement fortuite !

Rien n'est faux mais rien n'est nouveau et dans une société fragmentée, sans vision collective, raviver sans délai tous les antagonismes fait porter le risque d'une véritable désagrégation tant la peur peut être source de colère, de haine, de souffrance. Si ces visions continuent de s'opposer si frontalement, qu'en espérer ?

Une autre voie est possible si les acteurs du système de santé auréolés de leur nouveau statut collectif et de leur image renouvelée s'efforcent de proposer un cadre de réflexion plus global, plus profond fondé tout à la fois sur l'évidence based médecine et l'évidence based policy.

Ce cadre de réflexion pourrait s'appuyer sur les leçons de la crise que le temps, le refroidissement des émotions, les retours d'expériences viendront largement solidifier, conforter ou amoindrir mais affiner assurément pour constituer un socle de transformation, consensuel et soutenable sans se perdre avant même de s'être re-

trouvé dans des débats idéologiques sur la nature des opérateurs (privés ou publics), le cadre d'action (national ou régional). Débats français assurément mais avant tout stériles et diviseurs car au cœur de nos névroses nationales.

Quelques traits pour ébaucher ce cadre :

- Prendre acte du fait que les catastrophes sanitaires redeviennent possibles et que le système de soins doit désormais disposer d'un volant de sécurité, inutilisé en temps normal, vital en temps de guerre sanitaire. Si la réponse passe par une unité de soins aigus non armée mais préparée dans chaque établissement de soins ce n'est ni très coûteux, ni très ardu à réaliser. C'est un changement de doctrine qui aurait pu accompagner le désarmement du réseau des hôpitaux militaires ;
- Reconnaître que pour mener une guerre, il faut connaître son ennemi, l'avoir observé à l'avance, l'avoir vu évoluer. En ce sens nos systèmes de surveillance sanitaire et de santé publique doivent être renforcés en utilisant les outils numériques qui offrent aujourd'hui des capacités d'action démultipliées. Lutter contre un ennemi sanitaire c'est savoir qu'ils attaquent ceux pour lesquels le risque est plus fort. Prévenir ces risques c'est réduire la portée de l'atta-

que. La prévention est donc désormais une arme de dissuasion qu'il faut utiliser massivement ;

- Ne plus oublier que la puissance de l'engagement de l'armée des soignants est consubstantielle à leur vocation. Les soignants sont des combattants de la vie. Ils guerroient contre la mort et la maladie. Le reconnaître c'est aller beaucoup plus loin dans la reconnaissance

sociale, salariale pour rendre ces missions estimables et désirées par chaque génération qui demain réfléchira

à son avenir professionnel. La reconnaissance c'est également associer chaque Français à cette capacité à soigner par la généralisation d'un système renouvelé de réserve citoyenne sanitaire ouverte à tous ;

- Si les organisations de santé deviennent une arme pour assurer notre sécurité, le retour à une souveraineté nationale en ce domaine est une priorité nationale. Toutes les initiatives sont à favoriser de la start-up aux grands medtech. La production de valeur économique ira de pair. L'État peut initier

SI LES ORGANISATIONS DE SANTÉ DEVIENNENT UNE ARME POUR ASSURER NOTRE SÉCURITÉ, LE RETOUR À UNE SOUVERAINÉTÉ NATIONALE EN CE DOMAINE EST UNE PRIORITÉ NATIONALE.

la démarche, chaque opérateur sanitaire doit pouvoir l'accompagner via des participations croisées, la création de filiales et ainsi offrir rapidement des terrains d'expérimentation et des relais de développement.

En parallèle, si la souveraineté nationale prend une dimension sanitaire, le contrôle du fonctionnement des grands groupes sanitaires et médicosociaux privés pourrait être renforcé et leur gouvernance revue pour s'insérer dans les intentions nationales. Leur indépendance actuelle autorise tous les fantasmes et toutes les orientations potentiellement contraires à l'intérêt général.

Prendre acte du fait que les crises sont mondiales et nationales mais que leur impact est différencié selon les caractéristiques des territoires. Ce faisant si les orientations sont nationales lorsque la sécurité est menacée (la décision du confinement comme seule arme à disposition) les applications concrètes ne peuvent qu'être déclinées localement, adaptées à chaque situation (fallait-il un plan blanc national stoppant toute activité programmée ?). Plus proche on voit plus précisément, de plus haut, on voit plus large.

En temps de guerre, il faut des chaînes de commandement, elles existent et ont été efficaces pour le sec-

teur sanitaire qui a su ces dernières années structurer ces processus et au sein duquel quoi qu'en disent les idéologues frustrés, le système de gouvernance est largement partagé, éthique et collectif. Les ARS ont donné des lignes claires, les hospitaliers ont su les décliner et le système a tenu. Elles ont été désastreuses pour le secteur médicosocial éparpillé entre de nombreux organes gestionnaires, sans ligne directrice, sous staffé en compétences, peu habitué à évaluer ses propres process.

Constaté les manquements d'un système ce n'est pas faire porter des responsabilités, c'est collectivement accepter de le questionner. Le secteur des EHPAD a manqué de réactivité et de lignes claires quel que soit son statut juridique, sa taille, son niveau de gamme. Ce système décrié en temps de paix pour son coût, sa complexité, son inhumanité n'a pas démontré sa capacité de réaction en temps de crise. Le réinventer à l'aune d'un questionnement sur la place du grand âge et le schéma social que l'on souhaite pour la fin de vie s'imposera.

Les combattants sanitaires ont été nombreux, de statuts divers, de l'ombre souvent. Les grandes sociétés de services d'Accor à Elior ont été au rendez-vous tout autant que le service public. Tirer de cette crise un besoin de plus de secteur public relève d'une vision partielle ; en conclure que les métiers au service du public doivent être partout revalorisés et considérés seraient au con-

traire une bénédiction pour l'esprit de service français qui en a tant besoin.

FAIRE DE LA SANTÉ UN ENJEU POLITIQUE GLOBAL

PAR

CÉDRIC ARCOS

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
DE LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

La pandémie à laquelle la France a eu à faire face en luttant contre le Covid-19 a marqué un tournant à de nombreux égards. Qu'il s'agisse de l'organisation du travail, des rapports sociaux, de la prise de conscience de notre trop grande fragilité industrielle ou encore de l'organisation même de nos espaces urbains, cette crise a été un révélateur du besoin de porter d'autres visions et d'autres projets pour la France. En matière de santé, les enseignements sont pluriels et parfois paradoxaux. Si les personnels de santé ont été érigés au rang de héros, applaudis chaque soir par des millions de Français à leurs fenêtres, si le système de santé, qui a certes été bousculé a tenu et a su faire face, il n'en demeure pas moins qu'a été mis en lumière un besoin profond de porter un nouveau projet pour le système de santé et de rénover en profondeur nos organisations. Attractivité des carrières, renforcement de l'autonomie de décision des professionnels, simplification et allègement des procédures, reconnaissance du rôle majeur des territoires, nécessité de coopérations accrues entre public et privé, besoin d'une industrie de santé forte et autonome, place du grand âge dans notre société, les chantiers sont majeurs et confirment le besoin de refonder notre système de santé.

Après-guerre, le Conseil National de la Résistance avait su rassembler les Français et faire de la santé un instrument au service de la reconstruction de la France, de sa

modernisation. Des organisations, des financements, des outils avaient alors été mis en place au service de ce projet majeur par lequel la santé participe de la puissance de la France. Progressivement, ce Grand Projet, cette finalité semblent avoir été oubliés et les outils sont devenus des finalités : tarification à l'activité, CPTS, article 51, forfaits en tout genre et bien d'autres : le système de santé a progressivement été confisqué par une vision technique, générant chez les personnels une perte de sens.

Pour redonner de la protection aux Français et recoudre les fractures depuis et grâce à nos territoires, l'enjeu central est

**LE SECOND PRINCIPE À MÊME DE
REFONDER POLITIQUEMENT NOTRE
SYSTÈME EST CELUI DE LA TERRITO-
RIALISATION.**

donc de faire de la santé un nouvel enjeu de mutation de notre modèle social, de redonner du sens et une finalité aux organisations. Pour cela, plusieurs principes fondateurs doivent être posés.

Le premier est de ne pas réduire les questions de santé à une approche technique sur l'organisation des soins mais de les intégrer dans l'ensemble des champs de l'action publique. La santé doit être considérée comme un secteur clé pour notre pays, sa cohésion et son

économie. Elle ne doit plus se limiter aux frontières d'un département ministériel mais être abordée par l'ensemble des politiques publiques. Qu'il s'agisse de l'éducation, de l'environnement, de la formation, de l'agriculture ou encore des transports, toutes les politiques doivent être coordonnées pour participer à un même objectif d'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens.

Le second principe à même de refonder politiquement notre système est celui de la territorialisation. Il s'agit de replacer l'État, non plus dans un rôle de gestionnaire du détail, mais dans un rôle de définition de la feuille de route stratégique et de préparation de l'avenir du système. L'État doit pouvoir mieux anticiper les grandes évolutions et être le garant de la politique nationale de Santé Publique. Les Régions, collectivités en charge de l'investissement et donc de la préparation de l'avenir, doivent quant à elles se voir confier un rôle central et une responsabilité forte en matière de santé dans les territoires en devenant le point de rassemblement des différentes politiques qui contribuent à la santé. Leur responsabilité sera simple : coordonner les différentes politiques qui ont un impact sur la santé (sport, éducation, transport, environnement, développement industriel, logement, etc.) afin d'améliorer l'état de santé de la population. Le besoin de proximité des Français devant être entendu, les Conseils départementaux doivent

être pleinement associés à ce mouvement de décentralisation, en leur confiant des responsabilités accrues et en leur donnant des outils et instruments de décision pour adapter le système au plus près de la vie des gens.

Le troisième principe fondateur est d'appréhender la santé comme un secteur stratégique d'avenir, source de création de richesse et d'emplois. La politique d'économies au rabot conduite depuis plusieurs années mène à une impasse. Cette régulation de court terme permet certes, tant bien que mal, de respecter les objectifs macro-économiques, mais sape toute stratégie d'avenir du secteur, saupoudrant les efforts et affaiblissant les capacités d'investissement. Un nouveau modèle doit être déployé qui, tout en accompagnant les réorganisations nécessaires, définisse une stratégie d'investissements clés pour demain. Dans ce même mouvement, il devient urgent de penser à grande échelle les effets de la transformation numérique du système de santé, d'accélérer les efforts de recherche et de définir une nouvelle alliance entre les secteurs publics et privés, en faisant notamment de nos industries de santé de véritables partenaires, porteurs de l'ambition française. Il s'agit là d'un enjeu de souveraineté nationale.

Enfin, le quatrième principe est celui de l'autonomie et de la responsabilité, des professionnels, des établissements comme des territoires. Redonner aux métiers de

santé leur attractivité nécessite une évolution profonde de leurs formations, de leurs rémunérations, de leurs relations avec les autorités régulatrices et managériales. À un système basé sur le cloisonnement et le contrôle doit succéder un système basé sur le travail d'équipe, la coordination, la confiance et la valorisation des résultats réellement atteints. Chaque acteur de santé doit être recentré sur les actes pour lesquels il apporte le plus de valeur ajoutée aux patients, grâce à une évolution des pratiques et compétences. Pour cela, les profils des étudiants en santé doivent être diversifiés, les études repensées et décloisonnées tandis que les rémunérations des équipes de soins doivent devenir la règle.

CETTE REFONDATION NE SERA BIEN ENTENDU PAS POSSIBLE SANS UNE ÉVOLUTION PROFONDE DES RÉMUNÉRATIONS ET DES STATUTS DES PERSONNELS COMME DES STRUCTURES.

Cette refondation ne sera bien entendu pas possible sans une évolution profonde des rémunérations et des statuts des personnels comme des structures. Elle ne sera pas non plus possible sans une nouvelle et massive politique d'investissement en faveur de la santé et particulièrement de sa dimension numérique. Il s'agira au final de faire émerger un Service Public de Santé universel, qui fasse de l'alliance des professionnels de

santé et du médico-social, quel que soit leur statut, le point cardinal des organisations. Dans ce « new deal », les femmes et les hommes qui travaillent dans le système devront être mieux considérés et faire l'objet d'un investissement d'envergure : investir sur leurs formations, sur de nouvelles répartitions des tâches et des rôles, définir de nouvelles rémunérations plus en phase avec la réalité et la complexité de leurs pratiques.

Face à la crise profonde de notre système, il est donc urgent de poser enfin la question du sens. Plutôt que de ne parler que des mécanismes et des outils, il faut considérer les finalités de notre système de santé et son rôle dans le projet de notre nation. Notre société a mué, s'est globalisée ; notre équilibre démographique et économique s'est modifié ; des innovations de rupture sont proches. Il est donc nécessaire de faire évoluer notre logiciel de pensée, en inscrivant l'évolution de notre système de santé dans le monde tel qu'il est aujourd'hui et tel qu'il sera demain.

GOUVERNER C'EST PRÉVOIR

PAR

STÉPHANE CHATENET

DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE AIRINSPACE

On attendait 2020 en France sur la réforme des retraites, aux États-Unis pour la réélection de son Président, 2020 sera l'année de la prise en compte brutale et tragique d'un nouveau risque ou plutôt, soyons honnêtes, l'année de la confirmation concrète d'un risque bien réel que nos sociétés occidentales avaient choisi d'ignorer malgré les alertes.

LA PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX SERA RESTÉE UN PARENT PAUVRE DES POLITIQUES DE SANTÉ DEPUIS PLUS DE 20 ANS, LES COÛTS LIÉS À CE RISQUE NE SONT TOUJOURS PAS CHIFFRÉS SÉRIEUSEMENT...

La prévention du risque infectieux sera restée un parent pauvre des politiques de santé depuis plus de 20 ans, les coûts liés à ce risque ne sont toujours pas chiffrés sérieusement...

Ce risque n'avait jamais été intégré dans les logiciels étatiques.

Les épidémies successives SARS-CoV-1, H1N1, grippe porcine, EBOLA, MERS constituaient donc autant de signes que nos sociétés n'ont pas voulu regarder en face, nous sommes aujourd'hui contraints à un apprentissage permanent, à des mouvements parfois contradictoires, à une communication rendue anxiogène par

l'amateurisme d'un système d'État hiérarchisé, politisé et totalement inadapté en pareilles circonstances.

La galaxie de nos experts, mandarins ou même de notre « Capitaine Flamme » marseillais, par ailleurs tant admirés, que l'on appelle « sachants », eux aussi remplis de certitudes à défaut d'exprimer courageusement leurs doutes, n'ont pas manqué une occasion de se ridiculiser, des accidents de trottinettes à la « grippette » en passant par les municipales, l'inutilité des masques et des tests.

La peur continue sa gangrène favorisée par l'État, la structure et les petits marquis qui se couvrent de ridicule au quotidien.

Nous sommes donc entrés dans « le continent des imprévus » comme le dirait Patrick Lagadec où s'entrechoqueront les réflexes du monde d'avant en prise avec les dures réalités du monde devenu.

La société toute entière et certains de ses piliers comme la santé, le tourisme, notre chère gastronomie, des pans entiers de l'industrie et des services sortiront abasourdis de cet évènement profondément disruptif à moyen et long terme.

Pour notre environnement biomédical, les acteurs industriels cocardiens furent longtemps moqués, écartés par les élites mondialisées « calculantes » pour ne pas s'être rangés dans la logique des coûts et, parfois même, par les acheteurs publics hospitaliers pour ne pas avoir su s'adapter à un monde inéluctable. Délocalise ou meurt !

Il aura fallu moins de trois mois pour que ces évidences, imposées dans les dernières décennies et pour que les certitudes partagées dans le système dominant s'écroulent sous la force de cette crise systémique.

IL FAUDRA RETENIR UNE CHOSE, COMME SOUVENT RÉVEILLÉE EN PAREILLES CIRCONSTANCES, C'EST CETTE FORCE DES INDIVIDUS ET DES PEUPLES À PRENDRE LEURS DESTINS EN MAIN POUR ÉPONGER LES CARENCES DE L'ÉTAT LORSQUE « LE NAVIRE PREND L'EAU DE TOUTES PARTS ».

Connaissant notre environnement et recevant tous les informations du terrain sur une situation déjà catastrophique en Chine, nous étions plusieurs fabricants de matériel médical français à Arab Health Dubai fin janvier à déjà comprendre et à faire savoir, sous les critiques d'un système encore une fois autosatisfait, que la pénurie de tous les matériels allait se généraliser et que nos pays impréparés risquaient d'être privés de tout !

Hôpital : les idées des acteurs

Les acteurs industriels français du médical ont été sollicités dans l'urgence, à la dernière minute et se sont mobilisés ensemble, rapidement, solidairement, fièrement ; des fournisseurs aux sous-traitants pour permettre, en situation de pénurie mondiale, l'approvisionnement des matériels nécessaires dans NOS hôpitaux pour aider ceux, applaudis tous les soirs à juste titre, qui se sont battus dans l'adversité malgré un manque affligeant de moyens.

On nous annonce un monde d'après forcément différent, j'en doute.

Le Président nous promet le monde d'après en Santé ; dans les hôpitaux certainement vu les circonstances pour plaire au peuple malgré les déficits mais, sans changement de système ou de logique, la mutation nécessaire sera reprise par les mêmes et conduite à l'échec comme tout plan blanc qui se respecte...

Il faudra retenir une chose, comme souvent réveillée en pareilles circonstances : c'est cette force des individus et des peuples à prendre leurs destins en main pour éponger les carences de l'État lorsque « le navire prend l'eau de toutes parts ».

LES LEÇONS DE LA CRISE COVID : LES APPORTS DE L'IHU

PAR

YOLANDE OBADIA

PRÉSIDENTE DE LA FONDATION MÉDITERRANÉE INFECTION

&

SERGE BORSA

IHU

Héritier d'une longue tradition marseillaise de prise en charge des maladies dites « tropicales » et plus généralement des maladies transmissibles, l'IHU Méditerranée Infections s'est inscrit dès sa création en 2011 à la suite d'un appel à projets national hautement compétitif, dans une volonté de l'État de créer, au sein des CHU, des pôles d'excellence combinant recherche, soins de pointe et contribution à la santé publique. Abrisé depuis octobre 2016 dans un nouveau bâtiment spécialement conçu à cet effet, les activités de l'IHU regroupent ces trois volets d'un projet collectif dont l'ambition explicite est de construire un pôle national et international de références pour les maladies infectieuses et la gestion des épidémies.

Les données scientifiques, médicales et éducatives accumulées depuis le lancement de l'IHU démontrent que celui-ci est d'ores et déjà reconnu comme une telle référence tout en restant profondément ancré sur le terrain dans sa ville de Marseille et sa région Sud (ex Provence-Alpes-Côte d'Azur).

L'évolution dans le temps de ces mêmes données démontrent de plus que le modèle de l'IHU a permis une amélioration très significative de ses performances tant en matière de production scientifique que d'amélioration de la qualité des soins. Quant aux données économiques et financières, elles confirment le succès avec

une fondation en charge de l'IHU structurellement équilibrée et un pôle médical de l'Assistance Publique de Marseille dégageant des excédents d'exploitation. Le succès de cette phase de démarrage a indéniablement été permis par une gouvernance forte, par la mise en place de règles collectives rigoureuses de fonctionnement et par des partenariats externes fructueux avec l'Université, l'AP-HM, les collectivités territoriales et bien sûr les pouvoirs publics nationaux ses partenaires. Désormais, les mots qui résument le mieux les perspectives de l'IHU sont CONSOLIDATION, ÉQUILIBRE et OUVERTURE.

La consolidation scientifique passe par une meilleure valorisation de ses activités et une ouverture des plateformes technologiques. Elle aura une incidence sur la consolidation de ses recettes et permettra avec le développement de la formation de conforter le partenariat avec l'État et plus précisément avec l'Agence Nationale de la Recherche.

L'HISTOIRE NOUS RAPPELLE QUE LES MALADIES NE CONNAISSENT PAS DE FRONTIÈRES ET QU'AUCUN CONTRÔLE ADMINISTRATIF NE PEUT CONSTITUER UNE BARRIÈRE CONTRE LES ÉPIDÉMIES.

L'équilibre des comptes du pôle passe également par une consolidation de ses relations avec l'AP-HM, démarche initiée avec la fondation mais pas encore avec le pôle médical. Toutes ces évolutions devront se traduire par une gouvernance collégiale élargie aux différentes composantes afin de concilier la nécessaire autonomie d'un projet médical innovant et l'ouverture à des partenariats indispensables pour renforcer un rayonnement bénéficiant aux acteurs de ce projet.

Cette ouverture touche toutes les dimensions nationales, méditerranéennes et européennes des projets de recherche de soins et d'enseignement. L'Histoire nous rappelle que les maladies ne connaissent pas de frontières et qu'aucun contrôle administratif ne peut constituer une barrière contre les épidémies (peste de Justinien en 541, peste de Caffà en 1347-8 et la plus récente peste à Marseille en 1720 après celle de 1347 et de 1580). Cette ouverture touche à la fois le soin comme la recherche comme le démontre le succès de THETIS (regroupement des universités euro méditerranéenne) mais aussi le développement de nombreux programmes de recherche.

Lors de la pandémie de Covid-19, l'IHU Méditerranée Infections est le seul centre français à avoir proposé et mis en œuvre une stratégie de dépistage massif du SARS-CoV-2 et de prise en charge des cas confirmés

positifs et de leur entourage tant sur le plan individuel des soins que pour le contrôle populationnel de l'épidémie. S'il a indéniablement suscité de vives polémiques, en particulier dans notre pays, le protocole de traitement systématique dès le diagnostic introduit à l'IHU a permis une importante réduction de la gravité de la maladie chez les personnes infectées et de limitation de sa diffusion à l'échelle de la ville de Marseille et du territoire. Au travers de cette expérience unique, l'IHU Méditerranée Infections est devenu une référence planétaire inspirant la réponse à l'épidémie d'une majorité mondiale des professionnels de santé et de très nombreux gouvernements et acteurs de la santé publique.

Au-delà de l'expérience propre à l'AP-HM la création de l'IHU interroge l'ensemble des CHU. Par construction, ceux-ci sont censés répondre à plusieurs objectifs : enseignement, recherche, référence en matière d'activités de soins mais également soins de proximité, de recours territorial et régional.

L'évolution du progrès médical, la recherche de nouvelles compétences se heurtent désormais aux règles qui hier avaient fait le succès de la réforme Debré lors de leur création dans les années 1960. Tous les services des CHU sont-ils universitaires ? Comment garantir l'excellence de certains dans tous ces domaines tout en adme-

tant que d'autres ne sont pas en mesure d'exercer ces multiples missions de la même façon ? Par exemple, les services, départements et structures autour desquelles s'organise un CHU sont multiples, très certainement trop nombreuses, et pourtant chacune exige de disposer de la plénitude des activités de recherche alors que l'analyse des services démontre qu'il y a globalement des niveaux de recherche différenciés entre les CHU et à l'intérieur de chacun d'eux, allant d'une recherche accompagnant l'activité clinique qui existe partout à services ayant atteint un niveau de compétences et de travaux à vocation interrégionale, et enfin à un nombre limité de centres, dont notamment les IHU, qui constituent des références internationales et de ce fait doivent jouer un rôle clé dans la structuration nationale et européenne de la recherche.

Cette leçon que l'IHU propose à la réflexion sur la composition des CHU supposera une refonte de la réforme Debré.

ATTRACTIVITÉ ET FIDÉLISATION : RELEVONS LE DÉFI ENSEMBLE !

PAR

MATTHIEU GIRIER

DIRECTEUR DU PÔLE RESSOURCES HUMAINES AU CHU DE BORDEAUX
PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES
HUMAINES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIALES (ADRESS)

L'attractivité de l'hôpital public est au centre des préoccupations actuelles : malade de son organisation, malade de ses conditions de travail, malade de sa vétusté, malade de son système de rémunération suranné et dépassé, il ne serait plus en phase avec les attentes du public et les besoins du service public : mettre en œuvre des technologies de plus en plus poussées au service de patients dont les exigences, au-delà du soin, sont de plus en plus élevées.

La diffusion de ce débat dans l'opinion publique, alliée à la restructuration rapide des établissements de santé privés à but lucratif, a bien démontré que ce débat trouve une partie de ses racines dans son incapacité à accélérer l'assimilation du changement. Si l'hôpital a toujours été concerné par le changement, qu'il soit technique, opérationnel, thérapeutique, la quatrième révolution industrielle, le développement de la Health Tech et le développement des acteurs de la recherche médicale ont changé le tempo de la transformation hospitalière, en rendant plus rapide le mouvement d'adaptation et d'intégration de l'hospitalisation ambulatoire, de la robotisation ou de l'intelligence artificielle dans le quotidien des hospitaliers.

Face à cette accélération très rapide, traduite directement dans la tarification à l'activité et dans la convergence des tarifs, l'hôpital est resté piégé dans la

structuration qui avait fait son succès lors des vagues précédentes de transformation : le droit administratif et le statut de la fonction publique, qui privilégient l'ordre hiérarchique, le temps long et la stabilité, là où la transformation impose célérité, agilité, collectivité et efficacité dans la prise de décision.

Rendre l'hôpital agile : voilà donc le remède naturel à son manque naturel d'attractivité. Les modèles étrangers, américains, danois, suédois, ont tenté depuis plusieurs décennies de résoudre cette difficulté, convaincus par deux principes fondamentaux : l'attractivité et la fidélisation ne sont pas qu'une question d'affichage, on ne convainc des profils experts et de nouveaux talents de rejoindre une institution que si la philosophie globale de l'organisation interne coïncide avec le message diffusé lors du recrutement, et cette philosophie ne peut véritablement s'épanouir que si les soins donnés aux patients et l'attention accordée aux agents par l'institution se répondent.

Dès lors, si un soignant heureux génère des patients satisfaits, comme l'enseigne la théorie de l'hôpital magnétique¹, l'attractivité et la fidélisation est l'affaire de tous. Avant de pouvoir s'en prévaloir, encore faut-il interroger toutes les sphères de l'organisation de l'hôpital, définition des collectifs, répartition des tâches, pondération des métiers et des compétences au sein

des équipes, sécurisation des organisations, pour libérer les marges de manœuvre et l'autonomie de chacun au bénéfice du collectif.

C'est au prix d'une rationalisation et d'une simplification des organisations que l'hôpital public redeviendra une organisation attractive pour tous et disposera des marges nécessaires pour promouvoir excellence, technologies de pointe, qualité de vie au travail et équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Ce mouvement implique cependant une phase d'ajustement, que les directions des ressources humaines et les directions des soins sont appelées à conduire, ajustement à la hauteur des difficultés rencontrées par les collectifs. Au risque, à défaut, de faire reculer le service public et de perdre l'universalité, qui garantit la qualité des soins fournis à tous.

C'EST AU PRIX D'UNE RATIONALISATION ET D'UNE SIMPLIFICATION DES ORGANISATIONS QUE L'HÔPITAL PUBLIC REDEVIENDRA UNE ORGANISATION ATTRACTIVE POUR TOUS ET DISPOSERA DES MARGES NÉCESSAIRES POUR PROMOUVOIR EXCELLENCE, TECHNOLOGIES DE POINTE, QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET ÉQUILIBRE ENTRE VIE PERSONNELLE ET VIE PROFESSIONNELLE.

¹ McClure, M. et al. Magnet Hospitals Attraction and Retention of Professional Nurses, American Nurses Assn Press, 1983.

UNE ÉTHIQUE AU SERVICE DU PUBLIC : L'EXPÉRIENCE D'UN ÉLU

PAR

DR SIMON RENUCCI

PÉDIATRE ET ANCIEN MAIRE
DE LA VILLE D'AJACCIO

Vous avez été pédiatre pendant 27 années et vous continuez actuellement d'exercer : s'il fallait retenir trois éléments de fond sur l'évolution de votre métier en lien avec l'hôpital que diriez-vous ?

Au début de ma carrière la consultation était en partie consacrée à des apprentissages nouveaux alors qu'aujourd'hui, afin de créer un climat de confiance, il faut expliquer et répondre aux interrogations suscitées par la multiplicité d'informations parfois erronées ou mal comprises. Il faut redoubler d'attention, garder un esprit simple pour un acte global.

Le rôle du pédiatre comme acteur majeur de la vie familiale n'est plus reconnu par les pouvoirs publics, n'est pas valorisé malgré leur compétence entretenue par une formation permanente de qualité. La pédiatrie promeut les droits des enfants et la nécessité de réaliser une politique de prévention avec notamment les vaccinations et l'exigence du bon recours aux soins qui est prioritaire chez l'enfant.

Les progrès liés à une meilleure connaissance des maladies, de leur prévention avec les nouveaux vaccins par exemple et les traitements adéquats ont fait disparaître certaines affections et leurs complications (les jeunes diplômés s'installent sans avoir jamais vu certaines maladies éruptives pratiquement disparues). Les progrès

de la réanimation et de la chirurgie infantile ainsi que la génétique (grâce au Téléthon) ont réhabilité la vie de ces enfants à égalité de chance avec les autres.

C'EST UNE ERREUR D'AVOIR NÉGLIGÉ L'ÉLU LOCAL COMME ÉLÉMENT DE TRANSMISSION D'INFORMATION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ PAR DÉFINITION NATIONALE ET LES ATTENTES LOCALES D'UNE POPULATION.

La réforme Debré qui a permis de moderniser l'Hôpital et d'attirer de nouvelles compétences à temps plein a cependant favorisé la suppression de postes de praticien à temps partiel tandis que le cloisonnement avec le monde libéral a nui à la coordination et au parcours de soins et donc à la bonne offre de soins aux citoyens.

Quand j'étais à l'hôpital Saint-Joseph, il y avait trois formules qui étaient partagées entre les médecins : écouter, c'est déjà répondre, en l'occurrence pour rassurer les parents et l'enfant ; au moindre doute, vérifier auprès des gens d'expérience ses connaissances, cela rappelle bien sûr le *primum non nocere* du médecin ; s'assurer de la bonne compréhension des directives et de l'évolution de la maladie. Il est essentiel de comprendre que ces principes demeurent, comme toutes les valeurs humaines.

Vous avez été maire d'Ajaccio pendant 13 ans et à ce titre, Président du Conseil d'administration du CH : quelles leçons en tirez-vous ?

Je dirais en premier lieu que l'élu reste un facilitateur à trois niveaux :

1. Facilitateur entre la population et l'Hôpital pour que chacun comprenne les enjeux et les contraintes. C'est une erreur d'avoir négligé l'élu local comme élément de transmission d'information d'une politique de santé par définition nationale et les attentes locales d'une population.
2. Facilitateur entre les différents acteurs internes de l'Hôpital entre la direction et la commission médicale d'établissement (CME) mais encore entre la direction et les syndicats ou entre les médecins entre eux dans des arbitrages toujours difficiles dans un domaine où tout est jugé comme prioritaire sans vision globale. Ma plus grande joie, aussi en qualité de médecin, est d'avoir permis la construction d'un nouvel Hôpital. J'avais d'ailleurs obtenu que la clinique vienne s'installer au même endroit permettant une mutualisation des compétences médicales et une meilleure offre de soins. Mon regret est que ce regroupement territorial ait été abandonné.

3. Facilitateur entre les acteurs publics que sont avec les services de la ville d'Ajaccio, la direction de l'ARS, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et enfin le Premier ministre et le Président de la République. Cette collaboration a concerné principalement l'achat du terrain, l'acceptation du projet d'établissement, le financement du projet, le choix d'une méthode « conception, réalisation » ayant permis de poser directement la première pierre dès le 18 mars 2014. Une fierté pour l' élu et son équipe comme la satisfaction du député d'avoir participé à la création d'un bien commun au service de tous et la reconnaissance des citoyens envers la République répondant au principe de l'égalité de l'accès aux soins.

Vous avez été élu député de 2002 à 2012, quelles sont les leçons de votre travail parlementaire ?

Le Parlement joue un rôle important dans la définition d'une politique de santé et je suis fier d'avoir participé à l'émergence des concepts de transparence, d'évaluation, d'accréditation. Par ailleurs, le débat portant sur le PLFSS est révélateur d'une confiscation du pouvoir législatif par l'administration centrale (des Directions générales et de l'Assurance maladie) ; révélateur également de l'absence de choix politiques forts comme le montre le nombre exagéré des priorités en matière de

santé : quand tout est prioritaire, on cède à la confusion. Par exemple, la loi Évin a situé une organisation différente de l'Hôpital avec la suppression des services mais, les chefs de service s'étant opposés à cette réforme, elle n'a jamais pu être réalisée. Un grand regret est de n'avoir pas fait de la prévention un axe obligatoire de la politique de santé et de n'avoir pu placer l'évaluation avec les mesures d'impact comme préambule à toute action nouvelle. Il serait souhaitable que l'Hôpital puisse disposer d'un budget dédié à la prévention étant donné qu'il réussit très bien l'éducation à la santé.

LA SÉCURITÉ, LA QUALITÉ ET LA PERFORMANCE MÉDICALE COMME LA BONNE GESTION DOIVENT PRIVILÉGIER LA PLACE DU MALADE.

Plus globalement si vous deviez tracer quelques pistes de travail ?

La première piste est celle de la responsabilité et de la modestie. L'Hôpital est une organisation collective et tous les acteurs de santé doivent travailler en harmonie pour son fonctionnement. La sécurité, la qualité et la performance médicale comme la bonne gestion doivent privilégier la place du malade. « Il n'y a pas de vent favorable si on ne connaît pas le port que l'on veut atteindre ».

dre » (Sénèque). L'Hôpital est un volet du Pacte social républicain qui doit rester dans le cadre national d'une politique de santé mais égalité des droits ne veut pas dire uniformité des règles. C'est pourquoi, trois principes me semblent nécessaires : laisser les acteurs libres, développer les expérimentations et enfin responsabiliser les acteurs. Dans ce cadre, l'État planifie, répond aux besoins croissants mais doit déléguer la gestion, en la contrôlant, car il est difficile d'être l'ordonnateur et l'acteur. L'Hôpital s'inscrit dans une politique de santé, résultant d'une vision politique. Nous construisons ensemble l'Hôpital de demain mais il doit s'ouvrir davantage, faire plus de place à l'interdisciplinarité, faire confiance : cela ne se décrète pas mais peut être facilité par des règles plus souples ou simplement déclinées à travers une charte élaborée en commun.

Au total, un monde nouveau est à bâtir avec l'esprit d'équipe solidaire dans la prise des décisions de soins au plus près de la gestion avec le dévouement et la reconnaissance des compétences. L'Hôpital demeure ainsi le pilier des soins du territoire de santé où chaque acteur notamment l'élu a sa part et tous l'ont en entier. C'est pour cela qu'une charte des services publics permettrait de mieux adapter les décisions aux besoins.

LE COVID DANS LES ALPES DU SUD : UN GHT EN MARCHE !

PAR

YANN LE BRAS
DIRECTEUR DE GHT

Le Groupement Hospitalier des Alpes du Sud, constitué de 6 établissements exerçant leurs missions sur les Hautes-Alpes et le nord des Alpes-de-Haute-Provence, a abordé l'épidémie de COVID en s'appuyant sur les fondations et caractéristiques suivantes :

- Un GHT de terrain ayant un projet médical et soignant opérationnel et des filières de prise en charge éprouvées notamment entre les principaux sites de Gap-Sisteron, Embrun et Briançon pour les soins critiques, l'infectieux et des fonctions médico-techniques et supports en cours de montée en charge voire d'intégration (biologie, pharmacie, logistique...);
- Un territoire rural et de montagne à faible densité démographique mais frontalier avec l'Italie et à forte concentration touristique hivernale (stations de ski);
- Des établissements s'étant très fortement réorganisés notamment sous la pression budgétaire du plan ONDAM et des Contrats de Retour à l'Équilibre Financier-Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (CREF-COPERMO), disposant de locaux pour la plupart récents et dimensionnés avec une communauté médicale et soignante dynamique et avec une démo-

graphie médicale consolidée voire très bonne, sauf exception, dans les spécialités les plus impactées (infectieux, réanimation, pneumologie, médecine, gériatrie, urgences) ;

- Une gouvernance à taille humaine, travaillant à l'amélioration des process de contractualisation et de décision et intégrée pour 4 établissements sur 6 (direction commune notamment pour les sites MCO principaux de Gap-Sisteron, Briançon et Embrun) ;
- Des réflexions ou chantiers en cours avec les autres acteurs de santé (médecine de ville, collaboration avec la clinique de Gap, télémédecine avec les EHPAD et les MSP, etc.).

Avec ces principales caractéristiques, le Groupement a abordé l'épidémie de COVID avec la chance de disposer de temps pour prendre la mesure exacte de la crise, bénéficier des retours d'expérience notamment du Grand Est, adapter progressivement même si à vitesse très soutenue, les réorganisations à mettre en œuvre selon les phases de préparation et de réponse (niveau 2 puis niveau 3).

Le caractère frontalier du territoire a induit plusieurs aspects :

- Une volonté très précoce, dès fin février, de consolider l'hôpital de Briançon à 14 km de la frontière italienne comme établissement de 2^e ligne en accord avec l'ARS. Cette décision pouvait paraître étonnante pour un territoire de 140 000 habitants, le CH intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS) Gap-Sisteron étant déjà positionné comme établissement de 2^e ligne. Elle s'est avérée précieuse pour réagir face à l'apparition d'un cluster dans le Briançonnais fin février et début mars. La circulation du virus n'est pour autant pas venue d'Italie comme redouté mais de retours de personnes ayant participé au rassemblement évangélique de Mulhouse ;
- Un retour d'expérience de la part de médecins italiens exerçant au sein du CH de Briançon (30 % de la communauté médicale) ayant permis de réhausser le niveau de vigilance et de mobilisation notamment sur les règles de protection et d'hygiène.

Les hôpitaux du territoire ont complètement revu leurs organisations, leur capacitaire, les circuits au sein de leurs locaux avec une réactivité re-

CHACUN EST À SA PLACE SUR LE TERRAIN COMME DANS L'ARBRE DE DÉCISION, CONSCIENT D'ÊTRE UN MAILLON DE LA CHAÎNE DONT LA SOLIDARITÉ ET L'INTERDÉPENDANCE SONT ESSENTIELLES POUR RÉUSSIR DANS LA CRISE.

marquable et une mobilisation exemplaire des équipes malgré l'évolutivité incessante des instructions et postures mais aussi l'appréhension voire l'angoisse pour certains professionnels en première ligne.

En quelques jours, le monde change. Les circuits de décision sont raccourcis au maximum, les cloisons entre secteurs, services, acteurs sautent. Chacun est concentré sur une filière de prise en charge inconnue il y a quelques jours encore mais qui devient prioritaire. L'approche économique devient exclusivement celle de la bonne allocation de la ressource humaine, pharmaceutique et logistique au bon endroit pour le juste besoin. On ne compte plus en termes financiers sauf pour s'assurer de la trésorerie minimale pour payer les salaires et les fournisseurs.

L'organisation entre la clinique et les hôpitaux se met en place en moins de 72 heures pour disposer de lits d'aval et d'un renfort en ressources humaines du privé pour participer à l'armement de lits de réanimation dont la capacité quadruple. L'historique, les statuts, les a priori sont oubliés ou mis de côté pour quelque temps.

Chacun est à sa place sur le terrain comme dans l'arbre de décision, conscient d'être un maillon de la chaîne

dont la solidarité et l'interdépendance sont essentielles pour réussir dans la crise.

Le GHT parfois encore interrogé dans sa structuration et ses missions devient une évidence pour bâtir des filières et réponses complémentaires, échanger et trouver collectivement les bonnes réponses, être solidaires dans les renforts en ressources humaines, les approvisionnements, les stocks, la logistique, facteurs déterminants pour soutenir les équipes médicales et soignantes. Il est aussi un support essentiel pour l'ARS et l'État qui soutient son action et s'en sert aussi de point d'appui pour la livraison et la distribution des masques, pour la gestion des renforts en ressources humaines auprès des structures sociales et médico-sociales, pour le conseil et l'appui auprès des EHPAD, pour la construction des plans de reprise d'activités non différables en lien public-privé.

Chacun revient aussi aux fondamentaux : une stratégie élaborée et posée sur des forces apparemment solides peut parfois buter sur ce qui était considéré comme trivial et devient brutalement une ressource rare. Ainsi, l'accroissement considérable des capacités de réanimation est avant tout permis par des équipes médicales et paramédicales compétentes et en nombre, un parc de respirateurs suffisant. Mais tout ceci aurait pu vaciller ou s'effondrer pour des problèmes de stocks de surblou-

ses, de gants. Heureusement, à ce jour, les solutions ou alternatives ont été trouvées mais le rappel à ces réalités opérationnelles est majeur au niveau national comme local. Il en est de même pour la stratégie diagnostique avec la montée en charge de la biologie territoriale confrontée au manque d'écouvillons et de réactifs.

À cette heure, la vague annoncée a été une courbe ascendante aboutissant à un haut plateau qui décroît fortement en réanimation mais aussi en hospitalisation, toutefois avec pour ce dernier point des évolutions incertaines et erratiques. Chacun a tenu sa place et la mobilisation exceptionnelle comme le confinement ont produit leurs effets dans les Alpes du Sud.

Pour autant, plusieurs enseignements se dégagent :

- Ce qui était appréhendé dès le départ comme une course de fond sera sans doute un marathon voire un ultra-trail qui nécessitera endurance, récupération et agilité permanente ;
- Le cadrage national par la doctrine DGS décliné et adapté par l'ARS puis approprié par le GHT a permis, grâce au temps de préparation accordé par la circulation tardive du virus, une réponse adaptée sans dépassement des capacités qui ont été toutefois pleinement utilisées en réanimation ;

- La marge de manœuvre locale en fonction des caractéristiques du territoire et du maillage du système de santé sont essentiels pour réussir. L'approche par GHT est la plus adaptée pour poursuivre une gestion opérationnelle et proche du terrain même si le cadrage global est national ou régional ;

SANS RETOMBER DANS L'HOSPITALO-CENTRISME, DANS UN TERRITOIRE COMME LES ALPES DU SUD, L'HÔPITAL PUBLIC A CONFIRMÉ SA PLACE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ EN TANT QU'ÉPINE DORSALE PAR SA CAPACITÉ DE RÉPONSE MÉDICALE, SOIGNANTE, LOGISTIQUE ET ORGANISATIONNELLE DONT AUCUNE AUTRE STRUCTURE NE DISPOSE. IL A SU AUSSI SE COORDONNER AVEC LE PRIVÉ ET LA MÉDECINE DE VILLE, LOIN DES CLICHÉS HABITUELS.

- Les faux débats sur la gouvernance et l'hôpital bashing sont vite apparus dépassés dans la crise. Le sujet réel n'est pas celui du pouvoir mais de la responsabilité et de la part de chacun dans celle-ci autour d'une filière de prise en charge et des décisions à prendre concernant l'allocation des ressources qu'elles soient humaines ou matérielles avec de la coordination incessante, de l'accompagnement, beaucoup de communication interne et externe et du décloisonnement ;

Hôpital : les idées des acteurs

- Sans retomber dans l'hospitalo-centrisme, dans un territoire comme les Alpes du Sud, l'hôpital public a confirmé sa place dans le système de santé en tant qu'épine dorsale par sa capacité de réponse médicale, soignante, logistique et organisationnelle dont aucune autre structure ne dispose. Il a su aussi se coordonner avec le privé et la médecine de ville, loin des clichés habituels ;
- Si la vie « normale » reprendra un jour dans nos institutions, il faut dès maintenant se concerter sur les enseignements à conserver au sein des établissements. En ce sens, un séminaire au sein du CHICAS Gap-Sisteron aura lieu dès le 19 mai avec les acteurs de la gouvernance pour partager le débriefing et préparer des arbitrages concertés et réactifs pour capitaliser sur toutes les dimensions organisationnelles, humaines, managériales de cette gestion de crise et les appliquer pour ce qui est transposable et pertinent, en dehors du COVID ;
- Les enseignements nationaux et régionaux de la crise pour le monde d'après devront à tout prix associer les acteurs de terrain qui ont vécu la réponse opérationnelle à l'épidémie et leur donner les leviers pour anticiper et être réactifs face aux nouvelles crises et à l'évolution nécessaire de notre système hospitalier et de santé.

CRÉATION D'UN SERVICE D'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) : LES LEÇONS

PAR

DIDIER ZANINI

CHEF DE SERVICE À L'AP-HM

2011, avec une réelle volonté institutionnelle de s'inscrire dans une Politique Nationale de Santé Publique en réponse aux besoins de la population et en complément des structures de maintien à domicile, la direction générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille a souhaité un service d'hospitalisation à domicile en complément des structures de maintien à domicile existantes. Un lien direct et permanent, entre la cellule projet (binôme médecin-directeur) et la direction générale, volontaire sur le sujet, a permis une gestion efficace et une efficacité évidente de l'aboutissement du projet.

2012, ouverture du service HAD du CHU qui comprend trois départements : obstétrique (pour la prise en charge des grossesses pathologiques), pédiatrie et adultes.

Depuis l'HAD prend actuellement en charge 800 patients par an, représente 21 000 journées d'hospitalisation et coordonne 800 professionnels de santé libéraux.

La communauté médicale s'accorde à reconnaître que l'HAD est un facteur de bien-être pour les patients en prodiguant dans un contexte familial des soins de qualité hospitalière. De plus, l'HAD est un vrai facteur de désengorgement des services hospitaliers conventionnels. Enfin, elle est un important facteur d'économie puisque une journée en HAD coûte 196 euros contre 703 en moyenne lors d'une hospitalisation traditionnelle. L'HAD de l'AP-HM

valorise chaque année plus de 4 millions d'euros de recette.

À ces qualités reconnues, l'HAD ajoute un renforcement du lien entre l'hôpital et la pratique de ville, par

ses contacts avec les professionnels libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins généralistes et spécialistes...) et les différentes structures d'accueil (EHPAD, Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)...).

Un des axes de progression de cette pratique vise à inclure dans ce réseau les services d'accueil des urgences hospitaliers dont l'engorgement constitue un problème de santé majeur. La gestion de ce réseau ne peut s'entendre qu'avec la création d'une plateforme de « régulation » dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire que nous avons proposé dès 2014 et réactivé dans un éventuel GHT HAD des hôpitaux publics du département mais qui n'a toujours pas abouti faute de décisions et d'autorité.

À CES QUALITÉS RECONNUES, L'HAD AJOUTE UN RENFORCEMENT DU LIEN ENTRE L'HÔPITAL ET LA PRATIQUE DE VILLE, PAR SES CONTACTS AVEC LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX (INFIRMIERS, KINÉSITHÉRAPEUTES, MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES...) ET LES DIFFÉRENTES STRUCTURES D'ACCUEIL (EHPAD, MAS...).

Cette conjonction de facteurs souligne bien l'importance prioritaire que devrait avoir le développement des HAD dans le projet hospitalier. Il faut néanmoins tempérer cette vision idyllique :

- La lourdeur administrative hospitalière est un frein réel au développement de ce projet innovant. Les changements très fréquents au sein de la direction générale de l'établissement n'ont pu qu'aggraver cette tendance ;
- La méconnaissance et le manque de « culture HAD » par les médecins hospitaliers du fonctionnement (voire de l'existence de l'HAD) est le reflet d'une absence de volontarisme institutionnel qui n'incite par les services à recourir en priorité à l'HAD de son établissement et à se tourner encore trop fréquemment vers des prestataires privés aux méthodes commerciales parfois très énergiques. (Pas de garantie de la protection de l'appellation « hospitalisation à domicile » contre des abus éventuels) ;
- Sans vouloir léser personne, il paraît indispensable de coordonner l'action de ces différentes structures en attribuant à chacune les patients en fonction de leur lieu de résidence et surtout de la nature des soins à leur prodiguer ;

Hôpital : les idées des acteurs

- Il convient de souligner l'intérêt de développer des relations efficaces avec les EHPAD, relations qui pourraient éviter de nombreux transferts aux urgences.

Un des principaux freins au développement harmonieux de l'HAD réside malheureusement dans l'absence d'un interlocuteur clairement identifié au sein de l'institution. Faut-il s'adresser à la direction générale, au Président de la CME, au directeur référent (HAD n'étant pas rattaché à un pôle) ? La simplification des flux décisionnels constitue une condition sine qua non à l'épanouissement de ce service bon pour le malade, bien pour l'hôpital et profitable à la Sécurité sociale.

OSER LE PARI DE LA CONFIANCE DANS LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE FINANCIER

PAR

BASTIEN RIPERT-TEILHARD

DIRECTEUR DU GROUPE HOSPITALIER
SOPHIA ANTIPOLIS DANS LA VALLÉE DU VAR

Le guide de haute montagne a pour mission d'accompagner son client « là où ses yeux ont regardé », comme disait Gaston Rébuffat, par des terrains souvent escarpés pour atteindre le sommet. Dans cet environnement risqué, le client appréhende son ascension en remettant sa confiance au guide de haute montagne, qui détient la compétence issue de son expérience, l'expertise du terrain et l'adaptation aux circonstances qui obligent parfois de trouver des variantes pour mieux atteindre l'objectif.

La gestion d'un établissement public de santé par un directeur d'hôpital comporte de nombreuses similitudes car nous devons entraîner avec nous la communauté hospitalière vers les sommets et évoluer dans un environnement risqué, par nature toujours différent, en prenant le meilleur chemin qui n'est pas toujours la voie normale.

Un établissement en proie à un contrat de retour à l'équilibre financier exigeant du fait d'une situation budgétaire extrêmement difficile a été contraint de se séparer en trois ans de 10 % de son effectif, tout en perdant parallèlement 25 % de son activité en lien avec le départ de nombreux médecins découragés par le contexte. Même si la situation s'était malgré tout améliorée sur un plan budgétaire, l'établissement se retrouvait en perte de confiance, les patients ne croyaient plus en

sa capacité à bien soigner et les projets manquaient. La poursuite d'une phase 2 d'un contrat de retour à l'équilibre financier était promis à l'établissement.

Devant cette situation, fidèle à son analyse du terrain comme à ses intuitions, le directeur de cet établissement a osé sortir des « sentiers battus » et tenter le pari de la confiance en proposant un choc d'offre médicale pour partir à la reconquête des parts de marché perdues, permettre à la population de retrouver confiance dans son hôpital et redonner espoir aux professionnels hospitaliers compétents et exemplaires. Cette initiative à contre-courant n'a pas manqué d'étonner lors des premières présentations, voire susciter des doutes, y compris des professionnels en interne. De plus, il fallait oser croire que l'État donnerait sa confiance dans une situation exceptionnellement complexe. Le Directeur Général de l'ARS a osé ce pari, en témoignant simplement de sa confiance, qui devient de fait la plus grosse respon-

DEVANT CETTE SITUATION, FIDÈLE À SON ANALYSE DU TERRAIN COMME À SES INTUITIONS, LE DIRECTEUR DE CET ÉTABLISSEMENT A OSÉ SORTIR DES « SENTIERS BATTUS » ET TENTER LE PARI DE LA CONFIANCE EN PROPOSANT UN CHOC D'OFFRE MÉDICALE POUR PARTIR À LA RECONQUÊTE DES PARTS DE MARCHÉ PERDUES, PERMETTRE À LA POPULATION DE RETROUVER CONFIANCE DANS SON HÔPITAL ET REDONNER ESPOIR AUX PROFESSIONNELS HOSPITALIERS COMPÉTENTS ET EXEMPLAIRES.

sabilité pour un Directeur d'hôpital. Cette confiance n'excluait pas par nature le contrôle, qui se devait d'être exigeant pour maintenir la confiance donnée.

Quelques années plus tard, cet établissement a pu consolider son offre médicale de plus de vingt médecins (environ 25 % de l'effectif), améliorer ainsi la réponse aux besoins de santé, y compris sur des spécialités confrontées à la désertification médicale, et susciter des effets non mesurables, mais essentiels, à l'image du retour de la confiance de la population dans son établissement, et en ricochet les professionnels hospitaliers ont retrouvé la foi dans l'avenir de l'établissement. Enfin, le déficit budgétaire a été réduit par trois, créant un cercle vertueux pour avoir « simplement » osé la confiance.

Comme disait Steve Jobs, fondateur d'Apple, « cela ne fait aucun sens d'embaucher des gens intelligents puis de leur dire ce qu'ils doivent faire. Nous enrôlons des gens intelligents afin qu'ils nous disent ce que nous devons faire ».

L'HÔPITAL ET LES PERSONNES ÂGÉES

PAR

JULIEN TIPHINE

ANCIEN DIRECTEUR DE CABINET MINISTÉRIEL EN CHARGE DES PERSONNES
ÂGÉES - CONSEILLER À LA DIRECTION GÉNÉRALE DE PÔLE EMPLOI

Les personnes âgées sont déjà au cœur des publics et des enjeux de l'hôpital public, sans avoir encore déterminé une révision de son organisation, ni l'avoir assez poussé à sortir de lui-même pour se projeter sur son territoire de soins et l'organiser.

La situation chronique des urgences, et la crise sanitaire en cours qui frappe durement les personnes âgées, et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), sont les révélateurs d'une mutation inaboutie du système de santé, mise en lumière récemment tant par les travaux de la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES - chiffres ci-dessous, 2017, sauf mention contraire), que par la concertation puis le rapport « Grand âge et autonomie » de Dominique Libault (mars 2019).

Les personnes âgées constituent une part majeure et croissante des patients de l'hôpital : 1 patient hospitalisé sur 3 a plus de 65 ans, 1 sur 8 plus de 90 ans ; 40 % des personnes de plus de 80 ans sont hospitalisées au moins une fois dans l'année ; les plus de 65 ans représentent la moitié des places d'hospitalisation à domicile (HAD) et deux tiers de l'activité des services de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Or, elles se caractérisent par leurs polypathologies (50 % des patients de plus de 75 ans prennent régulièrement

7 molécules différentes ou plus ; aux urgences, les personnes âgées ont en moyenne un tiers d'exams complémentaires en plus pour un pourcentage de diagnostics identiques), avec un besoin de prise en charge globale, par leur fragilité (aux urgences, les patients de plus de 75 ans sont trois fois plus nombreux à n'être pas en mesure de répondre – inconscience, confusion...), et aussi par leur isolement (43 % des patients de plus de 75 ans vivent seuls à leur domicile, contre 32 % des 15-74 ans), ce qui complique la sortie.

Aux urgences, les personnes âgées ont une durée de passage plus longue (durée médiane de 4h30 pour les plus de 75 ans, contre 2h20 pour les 15-74 ans ; hors séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : 4h v. 2h10), un délai plus long pour obtenir un lit (une personne âgée de plus de 75 ans sur 5 a séjourné en UHCD pendant son passage aux urgences, contre une

UN PREMIER ENJEU MAJEUR, À L'HÔPITAL, EST DE DIMINUER LES RISQUES POUR LA PERSONNE ÂGÉE LIÉS À L'HOSPITALISATION ELLE-MÊME, ET D'ABORD D'UNE LONGUE ATTENTE AUX URGENCES : POUR RÉDUIRE LES PASSAGES AUX URGENCES ÉVITABLES, DES FILIÈRES D'ADMISSION DIRECTE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DOIVENT ÊTRE ORGANISÉS, ET LES MÉDECINS DE VILLE DOIVENT ÊTRE FORMÉS - ET INCITÉS - À ÉVITER DE RECOURIR À L'HÔPITAL PAR LES URGENCES.

sur 13 pour les 15-74 ans), avec, avant même une éventuelle hospitalisation (à l'issue du passage aux urgences, 56 % des patients de plus de 75 ans sont hospitalisés dans un autre service, soit une probabilité 2,6 fois plus élevée que pour les 15-74 ans, 38 % retournent à leur domicile et 5 % dans leur EHPAD), un risque accru de perte d'autonomie iatrogène et nosocomiale (immobilisation, rupture de soins, troubles confusionnels, chute, dénutrition, incontinence – après une sortie d'hospitalisation, seuls 50 % des patients récupèrent leur état fonctionnel de base ; au cours du vieillissement, la dépendance chez le sujet âgé serait expliquée par une hospitalisation dans la moitié des cas (HAS, 2017)), puis de ré-hospitalisation (18 % des séjours de personnes âgées de plus de 75 ans sont suivis d'une réhospitalisation à 30 jours).

Un premier enjeu majeur, à l'hôpital, est de diminuer les risques pour la personne âgée liés à l'hospitalisation elle-même, et d'abord d'une longue attente aux urgences : pour réduire les passages aux urgences évitables, des filières d'admission directe dans les services hospitaliers doivent être organisés, et les médecins de ville doivent être formés - et incités - à éviter de recourir à l'hôpital par les urgences. À l'hôpital, l'organisation du travail, centrée sur les soins, doit aussi prendre en compte les rythmes et la fragilité de la personne âgée, qu'il s'agisse des soins d'hygiène et de toilette, de la du-

rée des repas, des visites ; pour lutter contre les risques de dénutrition, en développant le recours aux diététiciens ; plus généralement bien sûr, en associant davantage psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, à la prise en charge et à la préparation de la sortie.

Le deuxième enjeu, autour et en aval de l'hôpital, est l'accompagnement de la sortie, qui en retour limitera les réadmissions. Les transitions entre le domicile, l'hôpital, la médecine de ville, l'EHPAD sont propices aux ruptures de charge, aux pertes de temps, d'information, et finalement de chances d'éviter des paliers supplémentaires de perte d'autonomie - faute de culture commune, d'habitude du travail en commun, bien sûr, mais aussi d'outils digitaux commodes et sûrs, au moment où le débat national porte sur une application de suivi des patients Covid-19. Pour s'adapter au vieillissement de la société, pour assurer les meilleurs soins aux personnes âgées, l'hôpital doit sortir de lui-même et, dans les GHT, assumer sa complète responsabilité territoriale et d'organisation des soins ; les médecins de ville et les EHPAD doivent connaître et pratiquer les contacts hospitaliers nécessaires à l'accès direct de leurs patients aux spécialistes hospitaliers, sans passer par les urgences ; les hôpitaux doivent former les personnels des EHPAD et les soutenir, particulièrement face aux nouveaux risques sanitaires, et dans les territoires sous-dotés ; de tels partenariats entre hôpitaux, EHPAD,

professionnels de santé libéraux, aides à domicile, doivent être prioritaires, obligatoires, évalués sur leurs résultats, incités financièrement, et appuyés sur des outils digitaux modernes, sûrs, ergonomiques et inclusifs.

Il ressortait du groupe de travail sur l'hôpital de la concertation organisée par Dominique Libault que « l'hôpital du futur idéal pour la personne âgée est l'hôpital où elle ne va pas ; si elle y va, c'est l'hôpital où elle ne reste pas ; si elle y reste, c'est l'hôpital qui sait prendre en compte ses besoins les plus spécifiques ». Construisons-le, lui, et son territoire de santé ?

LA DÉCISION À L'HÔPITAL: FAIRE CONFIANCE AUX ACTEURS

PAR

JEAN-PAUL SÉGADE

PRÉSIDENT DU CRAPS

&

D^R DOMINIQUE BURONFOSSE

ANCIEN PCME

VICE-PRÉSIDENT DE CTS

De réformes de la santé en réformes de l'hôpital, de lois hospitalières aux lois de santé l'acteur de base du système de santé ne se retrouve plus dans ces multiples réformes qui l'éloignent de la décision de terrain.

Deux exemples au hasard :

- Dans votre hôpital posez-vous la question, combien de lignes hiérarchiques entre un infirmier diplômé d'État (IDE) qui a un projet innovant et la direction, on compte : le cadre infirmier du service, le cadre infirmier du pôle, le directeur administratif du pôle, le directeur des soins et si vous êtes en CHU le directeur adjoint de l'établissement où se situe le service, la commission des soins infirmiers... saut d'obstacles ;
- Histoire vécue : un chirurgien demande à la direction des services économiques de disposer de sabots chirurgicaux neufs : réponse du cadre concerné : Monsieur le professeur nous prenons note de votre demande, je fais partir dans la semaine une enquête auprès des blocs du CHU en lien avec les cadres concernés afin de déterminer le niveau des besoins et dans le cadre d'un appel d'offres prochain nous incorporerons votre demande dans une démarche plus globale... et cerise à la clé acceptez vous de par-

participer à un groupe de travail transversal sur ce besoin pour mieux le définir ?

Cette problématique de la gouvernance prend ses racines dans quatre mouvements profonds de la décision publique en France :

- La politique des conseils ou « comment ne pas décider » : l'éternelle hésitation entre le pouvoir d'un patron et la polysynodie. À l'hôpital entre le conseil de pôle, le directoire, le Conseil d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), la Commission Médicale d'Établissement (CME), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité Technique d'Établissement (CTE), où la décision est-elle prise ?... Avec le GHT, on rajoute un échelon multiplié par les instances propres ;
- Les difficultés de préciser qui fait quoi, à l'exemple des rapports entre la CNAM et le ministère de la Santé, entre les services du ministère de la Santé, du Budget, l'Institut National du Cancer (INCA), la CNAM, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), la Caisse Na-

tionale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)... qui prétende gérer la santé, qui décide ?

- La propension à vouloir tout gérer dans un cadre unique avec des textes uniformes entre l'AP-HP et les petits CH sur la base d'un principe égalitaire posé en dogme ne favorisant pas l'adaptation de la gouvernance aux réalités de terrain ainsi qu'aux Hommes. L'égalité des droits n'implique pas l'uniformité des règles ;
- Le dernier est l'oubli des acteurs de terrain au profit d'échelons supplémentaires qui au nom d'une meilleure transversalité ou d'une prétendue économie d'échelle globalisent le problème et empêchent les acteurs de terrain de gérer à leur niveau. Combien a-t-on créé de postes de cadres supplémentaires dans les hôpitaux ? A-t-on évalué leur rapport coût/efficacité ?

DANS LES HÔPITAUX COMBIEN DE MÉDECINS ET SOIGNANTS NE COMPRENNENT PLUS QUE TOUTES LES INITIATIVES PASSENT PAR LE FILTRE DES COMMISSIONS ET INTERMÉDIAIRES.

Les réformes pourtant nécessaires ne font qu'alourdir les process. Deux exemples :

- La création des pôles a créé un échelon supplémentaire qui se traduit par un éloignement de la décision et le risque est grand de voir les acteurs se retirer du processus de décision et de devenir passifs dans un processus qu'ils ignorent ;
- La création des GHT conduit à une multiplication des instances et des réunions qui éloignent les vrais acteurs du terrain et laissent la décision aux spécialistes de la réunion plus qu'aux vrais cliniciens.

Dans ce contexte, le risque est grand qu'à l'exemple de « l'huître et les plaideurs » de Jean de la Fontaine une autorité vienne confisquer le débat à son profit. En l'espèce, il s'agira de la technostructure qui selon l'auteur tirera le sac et les quilles. Cette technostructure est à la fois administrative, technique médicale et soignante par le jeu des corporatismes et la volonté de tout contrôler. Cela touche autant le volet national que local. La réaction récente du Sénat de rejeter le projet de loi sur la Sécurité sociale traduit cette évolution technocratique d'un débat qui échappe au Parlement au profit du dialogue confisqué entre la CNAM et les ministères de la Santé et Bercy. Dans les hôpitaux combien de médecins et soignants ne comprennent plus que toutes les initiatives passent par le filtre des commissions et intermédiaires. Quand en 1984 la création des budgets de service est proposée, quand la délégation de ges-

tion est prévue par les textes de la loi HPST la réforme n'aboutit pas du fait du double réflexe de la peur de la décentralisation et d'une idée jacobine qu'eux savent. Dans toute organisation complexe la vérité se trouve dans l'interdisciplinarité et non dans la formule magique du savant ou d'Alexandre dans le nœud gordien. Dans les revendications actuelles d'une nouvelle gouvernance les soignants de terrain demandent plus de reconnaissance mais aussi de liberté. Pour cela trois propositions :

- Imposer le principe de subsidiarité en appliquant la maxime « on ne gère bien que de près ». Un exemple décentraliser par pôle l'achat de biens inférieurs à un seuil fixé dans la délégation. Pourquoi pas un droit de tirage spécial pour chaque pôle ?
- Modifier les règles des marchés publics pour décentraliser la gestion ;
- Faire confiance aux acteurs et évaluer et non faire à leur place. Responsabiliser pour mieux intéresser.

LES LEÇONS DE L'ÉCHEC DES PÔLES ET LES RAISONS D'ESPÉRER

PAR

PR EUGÉNIO ROSSET
RESPONSABLE DE SERVICE

Depuis plusieurs années le « mal être » à l'hôpital s'aggrave inexorablement.

Fermeture de lits, non remplacement du personnel en maladie ou maternité, facturation T2A, lenteur administrative, souffrance du personnel... voilà autant de sujets parmi bien d'autres qui mériteraient des heures de réflexions et de débats.

Professeur agrégé en chirurgie vasculaire depuis 2003, Responsable du Service de Chirurgie Vasculaire au CHU de Clermont-Ferrand depuis 2015, très attaché à l'hôpital public, je me suis employé depuis de nombreuses années à faire bénéficier aux patients vasculaires des traitements les plus efficaces et les moins agressifs grâce aux progrès technologiques particulièrement notables en ce début de siècle dans ma spécialité (chirurgie mini-invasive, endoprothèses...).

Car c'est bien le rôle de l'hôpital public de développer et d'évaluer avec toute la prudence et le recul nécessaires les techniques nouvelles de soins.

Pourtant j'ai eu maintes fois la sensation de devoir affronter un véritable parcours du combattant administratif afin de pouvoir disposer d'une nouvelle technologie.

L'apparition des pôles en 2009 (loi HPST) n'y a rien changé.

Pourtant l'intention initiale lors de la création des pôles était louable : elle visait un fonctionnement rationalisé grâce à un « triumvirat » associant Médecin, Cadre Soignant, Assistant de Gestion. La mission principale était le pilotage des activités et de fait l'optimisation de la gestion des coûts.

Francis Fellanger (conseiller général des établissements de santé à l'IGAS) écrivait d'ailleurs : « [les pôles] doivent favoriser les dynamiques de mutualisation et de coopération, l'ouverture au territoire, faciliter l'accès à l'innovation ».

Force est de constater dix ans plus tard que les pôles représentent pour beaucoup (dans un CHU de taille moyenne) un agrégat de services de soins de spécialité tellement différents les uns des autres que la mutualisation des moyens en reste limitée.

UNE PISTE DE RÉFORME POUR L'HÔPITAL PUBLIC SERAIT À MON SENS DE RENDRE UN PEU PLUS D'AUTONOMIE AUX SERVICES EN SIMPLIFIANT LES PROCÉDURES ET EN RÉTABLISSANT UNE FORME D'AUTONOMIE DANS LE DIALOGUE AVEC LA DIRECTION ET SON POUVOIR DÉCISIONNEL.

Les coopérations ont toujours existé entre les services et les spécialités : elles fonctionnent encore et toujours au gré des pathologies. Pour une spécialité aussi transversale que la chirurgie vasculaire les coopérations se font entre soignants de bonne volonté soucieux du bien fondé de leur pratique et cela quel que soit leur pôle de rattachement.

Les pôles, outils d'accès à l'innovation ?

L'hétérogénéité des spécialités agrégées en pôles n'apporte aucune aide évidente pour l'accès à l'innovation. Pire encore, que dire des dossiers novateurs montés à grands renforts de formulaires, passés par un premier filtre lié au pôle puis soutenus, pas forcément par un représentant de la spécialité, en CEB, en CIT, Comedins et autres commissions se réunissant tous les trois mois voire beaucoup moins souvent...

Ce ne sont que quelques exemples mais il est clair que le passage obligé par le pôle alourdit encore plus le parcours administratif déjà bien complexe.

Une piste de réforme pour l'hôpital public serait à mon sens de rendre un peu plus d'autonomie aux services en simplifiant les procédures et en rétablissant une forme d'autonomie dans le dialogue avec la direction et son pouvoir décisionnel.

Hôpital : les idées des acteurs

Cette simplification est à mon sens un élément essentiel si l'on veut que l'hôpital reste attractif pour les jeunes praticiens, l'attractivité du Privé étant actuellement très forte non seulement sur le plan financier mais aussi sur le plan de l'accessibilité aux nouvelles technologies.

LA CRISE SOCIALE DE L'HÔPITAL PUBLIC, L'OPPORTUNITÉ D'UNE TRANSFORMATION

PAR

LUCIEN VICENZUTTI

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Nous n'avons pas oublié que juste avant la crise sanitaire du Covid-19 l'hôpital public était secoué par une profonde crise sociale : grève des urgences, grève du codage médical des activités, démission en masse de responsables médicaux, épuisement professionnel...

Pourtant à bout de force, l'hôpital public a su admirablement encaisser le choc de l'épidémie du Covid-19, très violent notamment dans les régions Grand Est et Île-de-France, pour soigner et sauver des milliers de gens. Porté par le courage des médecins, des soignants et de tous ceux qui concourent à la logistique, il a été capable en quelques jours de transformer et d'adapter son organisation à la crise sanitaire, en doublant sa capacité de réanimation. Bravant les pénuries multiples de matériels il a mis en œuvre des mesures de fortune pour pouvoir fonctionner. Il a tenu ! Très grande est la dette de la nation envers l'hôpital public à qui le chef de l'État a promis la reconnaissance de ses professionnels et des moyens pour le renforcer.

Mais derrière la crise sanitaire, se profilent la crise économique et probablement le retour de la crise sociale. Le jour

JE ME RISQUE À DIRE QUE CETTE CRISE REFLÈTE LE BESOIN DE RECONSIDÉRER EN PROFONDEUR LES LIENS QUI UNISSENT DEPUIS LONGTEMPS L'HÔPITAL, LA NATION ET L'ÉTAT.

d'après viendra le temps du bilan et de la réflexion. Sur le fond, de quoi cette crise sociale est-elle le nom ? Je me risque à dire que cette crise reflète le besoin de reconsidérer en profondeur les liens qui unissent depuis longtemps l'hôpital, la nation et l'État.

En tant que service public, l'hôpital est au service de la nation, donc de la population diverse qui la compose. Mais sous le principe affiché d'égal accès aux soins, se sont développés le consumérisme médical d'une part et les inégalités sociales et territoriales d'autre part.

Soumis à la tarification à l'activité et la maîtrise budgétaire, comme pour mieux le contraindre à se transformer, l'hôpital public s'est épuisé ces dernières années dans une concurrence inutile et une course à la production et à la productivité. Par ailleurs obligés de prendre en charge les populations les plus précaires et de compenser la désertification médicale des territoires éloignés, nombreux sont les médecins et les soignants qui estiment ne plus être en mesure d'apporter des soins de qualité à tout le monde, partout et de la même manière.

Il y a fort à craindre que le maintien de l'hôpital public dans une logique de compétition à jeu inégal entre les territoires et entre les statuts public et privé, après les d'efforts consentis durant la crise sanitaire, ne fasse qu'amplifier la colère sociale. L'absence d'al-

ternative risque d'entraîner le chaos social, le blocage de l'hôpital dans des conflits interminables, et au bout du compte le découragement des bonnes volontés. La situation peut au contraire conduire à poser les termes d'une transformation nécessaire et acceptable par tous. Il faut savoir tirer les enseignements de chaque crise.

En effet, la crise sanitaire du Covid-19 a montré que ce qui a plutôt bien fonctionné pour éviter la catastrophe, c'est d'une part la solidité des derniers remparts de l'État social pour protéger et soigner les plus fragiles. C'est d'autre part la capacité d'initiative et d'imagination de l'hôpital, fort de l'engagement désintéressé de ses « agents publics » et du soutien consenti par l'État pour alléger ses contraintes et garantir son financement.

De même la crise sociale implique, dans un contexte où la situation économique sera aggravée, de définir un projet autour de trois enjeux : sanitaire, social et démocratique.

Au plan sanitaire, priorité doit être donnée à la prévention et au dépistage pour soulager en amont le fardeau de l'hôpital. Nous avons tous été pris au dépourvu par l'épidémie du Covid-19, faute de préparation. N'attendons pas qu'il soit trop tard pour anticiper d'autres fléaux moins rapides mais tout aussi dangereux tels que

l'obésité, les addictions, les troubles mentaux, la dépendance liée au grand âge ou au handicap. Cela nécessite une véritable combinaison entre la formation des professionnels de santé, l'éducation sanitaire des citoyens et des soins de premiers recours. C'est aussi la capacité à faire travailler ensemble les hôpitaux avec la médecine de ville, le secteur social (précarité, enfance, famille...) et le secteur médico-social (personnes âgées et handicap) : il s'agit de favoriser l'autonomie des citoyens par la santé et l'emploi, c'est dire le maintien à domicile et la réinsertion sociale.

Au plan social, seul le dialogue permettra de trouver une meilleure régulation entre les exigences de l'organisation de l'hôpital et celles des personnels hospitaliers. Il convient de redonner du sens au travail en cernant mieux les missions de l'hôpital, dans un objectif partagé de qualité des soins et d'égalité d'accès aux soins entre les territoires. Malgré les difficultés financières qui pèseront, il sera alors plus acceptable d'ajuster l'allocation des ressources aux contraintes du

CETTE DOUBLE CRISE SOCIALE ET SANITAIRE FAIT ENTRER L'HÔPITAL DE PLAIN-PIED DANS UNE AIRE NOUVELLE AVEC DES RISQUES NOUVEAUX À MAÎTRISER ET DES POTENTIALITÉS NOUVELLES À EXPLOITER : IL EST EN DROIT DE DEMANDER À L'ÉTAT LES MOYENS DE SA MISSION POUR CONFORTER SA PLACE AU SEIN DE LA NATION.

travail. Le dialogue social entre directions, les équipes médico soignantes et les syndicats doit reposer sur la responsabilité partagée et non sur des algorithmes.

Au plan démocratique, la crise du Covid-19 a rappelé le besoin de l'intervention de l'État et d'une véritable solidarité européenne mais aussi affirmé la volonté des collectivités locales d'agir efficacement dans le domaine de la santé publique et de la protection des populations. Il appartient à la représentation nationale, avec l'élan et la contribution du débat citoyen, d'apprécier les bons niveaux de délégation et de redéfinir la place de l'État dans le pilotage de la santé publique et l'hôpital en particulier. Ce débat est d'autant plus important qu'il engage désormais, avec le développement du numérique, non seulement le respect des libertés publiques et individuelles mais aussi la protection des données de santé. La nation doit se réapproprier non seulement l'industrie des produits de santé mais aussi la maîtrise des nouvelles technologies et de leur emploi par le système de santé.

Cette double crise sociale et sanitaire fait entrer l'hôpital de plain-pied dans une aire nouvelle avec des risques nouveaux à maîtriser et des potentialités nouvelles à exploiter : il est en droit de demander à l'État les moyens de sa mission pour conforter sa place au sein de la nation.

LE PÔLE SANTÉ PUBLIC-PRIVÉ DE CARPENTRAS : UN OECUMÉNISME DE BON ALOI

PAR

ALAIN DE HARO

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
DE CARPENTRAS ET DE L'HÔPITAL DE SAULT

Une première en France qui repose sur une complémentarité gagnante

Il y a 25 ans, les deux cliniques et l'hôpital public de Carpentras (Vaucluse) étaient menacés et invités par les autorités de tutelle à rechercher des solutions ensemble. On comptait trois blocs opératoires concurrents pour ces trois structures, deux maternités, deux urgences (une privée et une publique) et ces trois établissements périlclitaient.

Après une longue concertation entre les acteurs, le projet se concrétise. Fin 2001, le premier pôle santé public-privé français voit le jour. L'hôpital public et la clinique Synergia, rassemblant désormais les deux cliniques, sont réunis dans un bâtiment commun sur un terrain de quatre hectares à l'entrée de la ville. L'ensemble a nécessité un investissement de 19,81 millions d'euros. Ce partenariat public-privé novateur à l'époque le reste 20 ans plus tard car ce « mariage de raison » a assuré la pérennité de l'offre de soins locale.

FIN 2001, LE PREMIER PÔLE SANTÉ PUBLIC- PRIVÉ FRANÇAIS VOIT LE JOUR. [...] CE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ NOVATEUR À L'ÉPOQUE LE RESTE 20 ANS PLUS TARD CAR CE « MARIAGE DE RAISON » A ASSURÉ LA PÉRENNITÉ DE L'OFFRE DE SOINS LOCALE.

Une répartition non concurrentielle des autorisations

La répartition des activités a mis fin aux concurrences « suicidaires » entre établissements.

L'hôpital conserve les autorisations des urgences, de la maternité, de la médecine polyvalente et de la gériatrie. La clinique a les autorisations des chirurgies, sauf gynécologiques et obstétricales conservées par l'hôpital public. En contrepartie, un scanner en GIE (Groupe-ment d'Intérêt Économique) est accordé par la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), dès l'ouverture.

Une complémentarité intelligente associée à une belle entente

Un tableau de permanence des soins médicaux commun est organisé avec les chirurgiens libéraux (viscéraux et orthopédistes) de la clinique pour conforter les urgentistes du Centre Hospitalier de Carpentras. Sont mutualisés notamment : la stérilisation assurée par la clinique, la pharmacie à usage interne réalisée par le Centre Hospitalier de Carpentras, pour le compte également des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de sénologie du Ventoux (autorisation partagée sur le cancer du sein), un pôle d'accueil médico-judiciaire et la res-

tauration assurée par le Centre Hospitalier (900 repas jour).

Une autonomie respectée avec des charges communes sur des fonctions supports

Une gestion autonome de chaque entité avec une charte de copropriété commune qui définit la quotité des charges communes (réseaux TGBT, chaufferie, politique de sécurité incendie et de sûreté commune, etc.).

Deux réunions annuelles permettent le suivi de la politique générale de projets croisés, de communications partagées, dans le respect intangible du principe de non-concurrence entre les entités.

20 ans d'âge et toujours en développement

Un nouvel élan de développement accru depuis 2013 :

- Arrivée sur le site du pôle santé du SSR de 66 lits gérés par l'UGECAM (Union pour la Gestion des établissements de Caisses d'Assurance Maladie) et de 40 lits de psychiatrie du Centre Hospitalier de Montfavet avec deux unités de soins (dont une fermée) ;

- Transfert de deux unités d'hémodialyse d'une capacité totale de 28 lits, gérées par l'ATIR (Association de Traitement de l'Insuffisance Rénale) ;
- Création des espaces extérieurs et de stationnement en lien avec la polyclinique Synergia ;
- Extension du Centre Hospitalier de Carpentras (13 451 m²) afin d'augmenter la superficie de la pharmacie, du magasin central, des archives et ainsi libérer de la superficie au service maternité ;
- Location du cinquième étage à une structure d'accueil de jour pour enfants autistes.

Aujourd'hui, la surface totale du pôle représente 34 515 m².

Une phase 2 d'extension en cours :

- Installation récente d'un deuxième scanner ;
- Démarrage le 7 mars 2020 d'une MMG (Maison Médicale de Garde) durant les week-ends ;
- Ouverture prochaine, à proximité du pôle santé, d'un nouveau centre « ATLAS » de 2 900 m², spécialiste de la tête et du cou. Il réunira une vingtaine

de professions médicales et sera le seul centre dans le Vaucluse à détenir le laser utilisé en chirurgie réfractive ;

MAINTENIR UN HAUT NIVEAU DE COOPÉRATION ET UNE BONNE ENTENTE DEMANDENT BEAUCOUP D'ÉNERGIE, DE LA VOLONTÉ ET UNE BONNE DOSE DE COMMUNICATION ENTRE LES PARTENAIRES DU PÔLE.

- Extension des urgences afin de doubler les surfaces qui passeront à 1 800 m² pour un montant de 8,7 millions d'euros. Le Centre Hospitalier travaille sur l'esquisse de la restructuration des urgences générales, dimensionnées au départ pour 15 000 passages par an alors qu'elles totalisent 29 444 passages en 2019 ;
- Projet d'un centre de sommeil en partenariat avec un centre spécialisé. Le pôle santé envisage de créer un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens pour ouvrir une nouvelle unité de diagnostic et soins du sommeil.

Ce pôle santé n'a pas vraiment d'équivalent, ni en PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur), ni ailleurs. La qualité des soins de proximité qui sont dispensés et le parcours des patients sont appréciés. Maintenir un haut niveau de coopération et une bonne entente demandent

Hôpital : les idées des acteurs

beaucoup d'énergie, de la volonté et une bonne dose de communication entre les partenaires du pôle. Mais dans notre belle ville de Carpentras, inscrite dans l'Histoire du Comtat Venaissin et la papauté, il était naturel que l'œcuménisme soit préféré aux guerres de religion.

LE TUTORAT DES STAGIAIRES, UN FACTEUR D'ATTRACTIVITÉ

PAR

AURORE DUPONT-WESTPHAL

ORTHOPHONISTE
AU CHU DE NICE

L'un des enjeux majeurs de l'hôpital est de contribuer à former nos collègues de demain. Selon la façon que l'on a de présenter la structure, son fonctionnement, ainsi que notre propre rôle on peut intéresser les stagiaires à remplir une fonction hospitalière au moins à temps partiel. Le lien privilégié que constitue une relation pédagogique instaurée dans un climat de confiance et de bienveillance rend notre rôle de tuteur crucial dans le développement de cette aspiration.

Le goût d'un exercice hospitalier peut être aiguisé par le fait que l'hôpital présente des qualités difficiles à retrouver dans d'autres types d'exercice tant en termes de vie professionnelle que personnelle.

L'un des attraits relevés par les stagiaires qui envisagent une activité salariée ou mixte est que le salaire est identique, quel que soit le nombre de patients vus ce qui rend indépendant des annulations de rendez-vous fréquentes en libéral. Et au-delà, la qualité de vie que cette structure offre : des horaires qui permettent d'avoir du temps pour soi et de conjuguer son travail avec une éventuelle vie de famille.

Ensuite, il s'agit d'un environnement idéal d'apprentissage de par la spécificité du lieu, de sa structure et de son cadre régi par des règles définies. Le cadre du service y remplit la fonction de maître de stage et constitue

si besoin un recours pour l'étudiant ou son tuteur. Les singularités des services et de leurs prises en soin donnent à voir concomitamment une diversité de pratiques et un exercice ciblé. Cela favorise

pour le professionnel et pour le stagiaire le développement de compétences spécifiques grâce à la prévalence de situations professionnelles emblématiques. Suite à leur identification précise par le tuteur elles deviennent apprenantes pour le stagiaire grâce à la pratique réflexive, qui le rassure sur ses capacités et contribue à construire et consolider des compétences qui peuvent alors être transférées dans d'autres situations.

Le contact avec les patients et les autres professionnels est permanent à l'hôpital, ce qui crée des échanges riches (d'idées, de matériel, des retours de formation, un partage d'expériences...) avec ses confrères, qui sont aussi une ressource en cas de difficulté (organisationnelle, transférentielle...).

LES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES ENTRE LES SERVICES MÉDICAUX ET DE RÉÉDUCATION SONT UN DES PRINCIPAUX ATOUTS TANT POUR LE PROFESSIONNEL QUE POUR LE STAGIAIRE CAR LA STRUCTURE RASSEMBLE DE NOMBREUX CORPS DE MÉTIERS, CE QUI INVITE NÉCESSAIREMENT À UNE RENCONTRE ET À UNE DÉCOUVERTE DE L'AUTRE.

Les relations interprofessionnelles entre les services médicaux et de rééducation sont un des principaux atouts tant pour le professionnel que pour le stagiaire car la structure rassemble de nombreux corps de métiers, ce qui invite nécessairement à une rencontre et à une découverte de l'autre. Les échanges avec les autres professionnels sont favorisés, et le rôle du tuteur est de créer la curiosité chez l'étudiant d'aller observer leur travail. Une présentation de chaque profession observée est dispensée au préalable à l'étudiant par le professionnel concerné afin de pouvoir répondre à d'éventuels questionnements. Le travail en équipe offre un éclairage sur nos compétences respectives et partagées. Il renforce la cohérence de la prise en soin et la cohésion des acteurs en définissant les rôles attendus de chacun. Les staffs pluridisciplinaires auxquels peut aussi assister l'étudiant sont ainsi des terrains privilégiés de communication au sujet des patients et de nos pratiques.

Amener au cours d'un stage à s'interroger sur ces points d'intérêt favorise l'implication dans l'hôpital et l'envie de l'intégrer.

LA RECHERCHE CLINIQUE PARAMÉDICALE, UN ATOUT PAR ET POUR L'HÔPITAL PUBLIC

PAR

THOMAS RULLEAU

INGÉNIEUR DE RECHERCHE CLINIQUE ET KINÉSITHÉRAPEUTE
DOCTEUR EN STAPS-COGNITION DU MOUVEMENT HUMAIN

Depuis une dizaine d'années, nous avons eu la chance d'assister à l'émergence d'une recherche clinique paramédicale. Elle s'est matérialisée par la création de prix pour récompenser les initiatives, de programmes d'accompagnement des paramédicaux vers des cursus universitaires, et surtout d'un financement dédié, le Programme Hospitalier de Recherche Infirmier, devenu le Programme Hospitalier de Recherche Infirmier et Paramédical.

Les impacts de cette évolution sont multiples.

IL EST DONC NÉCESSAIRE DE FORMER LES PROFESSIONNELS, JEUNES ET PLUS EXPÉRIMENTÉS, À « CONSOMMER » LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.

En premier lieu, elle oblige une évolution des compétences des professionnelles vers la pratique basée sur les preuves (Evidence Based Practice - EBP), regroupant l'Evidence Based Medicine, Nursing pour les infirmiers ou encore Physiotherapy pour les kinésithérapeutes etc. En effet, les évaluations des pratiques professionnelles sont maintenant ancrées dans les habitudes. Si le professionnel se pose une question pratique, il doit rechercher dans la littérature scientifique une réponse et l'implémenter à sa pratique dans l'intérêt du patient. Il est donc nécessaire de former les professionnels, jeunes et plus expérimentés, à « consommer » la littérature scientifique (poser une bonne

question et équation de recherche, identifier les bases de recherche, les mots clés, et faire une lecture critique des articles).

Néanmoins, si la réponse n'est pas dans la littérature, comment y répondre ? Le second impact de cette évolution est de permettre aux paramédicaux de pouvoir poser des questions de recherche en lien avec leur pratique clinique. En effet, jusqu'à maintenant, un professionnel paramédical se posant une question pratique avait peu de moyens ni de structures permettant de répondre à sa question. Ainsi, les prix, bourses, soutiens des structures et financements de programmes de recherche sont une opportunité pour les professionnels. On notera que cette opportunité est aussi présente pour les structures qui peuvent ainsi prétendre aux crédits « missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation » afin de financer leur investissement.

Le dernier point remarquable est en lien avec l'évolution des formations paramédicales. En effet, la création de nouvelles sections du Conseil National des Universités en sciences infirmières (92) et sciences de la rééducation et réadaptation (91) signe l'arrivée de nouveaux professionnels formés à haut niveau pour la recherche. Ils pourront accompagner les acteurs de terrain dans ce développement de la recherche clinique paramédicale. Nous pouvons souhaiter que la création de pos-

tes d'enseignant-chercheur universitaire s'accompagne de création de postes de praticien-chercheur au statut spécifique, reconnaissant le double cursus paramédical et doctorat, permettant ainsi de professionnaliser cet investissement des structures et des professionnels aux bénéfices directs des patients.

LES LEÇONS DU COVID VUES PAR LA RÉANIMATION

PAR

SÉBASTIEN HIDALGO

INFIRMIER COORDINATEUR AU SERVICE DE RÉANIMATION
DE L'INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS

La crise sanitaire que nous traversons actuellement, en lien avec l'épidémie du SARS-CoV-2, aura révélé qu'il est indispensable de privilégier la santé avant tout autre domaine. En parallèle, de par la nécessité pour des milliers de patients atteints par le COVID-19 d'être hospitalisés en réanimation, cette crise aura mis sur le devant de la scène cette discipline et les difficultés liées à sa spécificité. Afin d'éviter d'être confrontés de nouveau à ces contraintes, nous pourrions nous interroger sur la capacité d'accueil de patients en réanimation sur le territoire français. D'autre part, au regard de cette spécificité, nous pourrions également nous questionner sur la formation de l'infirmier de réanimation.

Capacité d'accueil en réanimation sur le territoire

Avant que la crise ne survienne, comme l'a évoqué M. Véran, ministre de la Santé, la France disposait de « 5000 lits en réanimation »¹. Malgré une durée moyenne de séjour en baisse, notamment en lien avec le développement de la récupération améliorée après chirurgie, d'après mon expérience et d'après des événements évoqués dans la presse², une réorganisation et/ou une augmentation du nombre de lits en réanimation sur le territoire français pourraient améliorer l'accès aux soins. Elles pourraient aussi permettre un traitement plus rapide des pathologies des patients devant impérativement être pris en charge en réanimation durant leur

hospitalisation (par exemple après une chirurgie cardiaque).

Dans le cadre de l'épidémie à SARS-CoV-2, afin d'assurer la prise en charge de l'ensemble des patients atteints par le COVID-19 et nécessitant des soins en réanimation, en plus des

autres patients devant être hospitalisés en réanimation, le nombre de lits en réanimation en France a certainement été multiplié par plus de deux³ grâce à une réorganisation des établissements de santé publics et privés ;

des milliers d'interventions chirurgicales non urgentes ont été déprogrammées ; des évacuations de patients vers d'autres régions moins touchées par l'épidémie ont été réalisées ; un hôpital militaire de campagne a été monté à Mulhouse. Ces actions ont démontré que le monde de la santé est capable de s'organiser, d'anticiper, de s'adapter et de collaborer.

ACCUEILLIR DAVANTAGE DE PATIENTS EN RÉANIMATION NE S'EST PAS EFFECTUÉ ET NE S'EFFECTUE PAS SANS DIFFICULTÉS PUISQUE PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS EN RÉANIMATION, NOTAMMENT ATTEINTS PAR LE COVID-19, NÉCESSITE DE DISPOSER D'ÉQUIPEMENTS, DE DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DE MÉDICAMENTS SPÉCIFIQUES.

Mais cela ne s'est pas fait sans mal. Accueillir davantage de patients en réanimation ne s'est pas effectué et ne s'effectue pas sans difficultés puisque prendre en charge des patients en réanimation, notamment atteints par le COVID-19, nécessite de disposer d'équipements, de dispositifs médicaux et de médicaments spécifiques. Or, des tensions d'approvisionnement de dispositifs médicaux (sondes d'intubation, matériels pour dialyse) et de médicaments (hypnotiques, curares) ainsi que des contingentements ou des indisponibilités d'équipements (consoles d'ECMO, pompes pour alimentation entérale, pousse-seringues électriques) ont été constatés. Il faut également que du personnel formé soit disponible. Cependant, des professionnels de santé non habitués aux pratiques de la réanimation ont été amenés à y exercer.

Formation de l'infirmier de réanimation

« Les unités de réanimation doivent être aptes à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës circulatoires, rénales et respiratoires, mettant en jeu leur pronostic vital. Ces patients nécessitent la mise en œuvre prolongée de méthodes de suppléance telles que la ventilation artificielle, le support hémodynamique, l'assistance rénale »⁴. Donc, les soignants exerçant en réanimation sont amenés à posséder des compétences

particulières, à assurer des prises en charge et à réaliser des soins non rencontrés dans les autres disciplines.

Or, comme il est évoqué dans le « Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation » publié en 2011, ces compétences sont peu abordées durant la formation en soins infirmiers et « contrairement à d'autres pays d'Europe, (...) le métier d'infirmière de réanimation n'est pas reconnu en France. Il n'existe pas de diplôme ni de formation diplômante dédiés à l'exercice en réanimation »⁵. Actuellement, après avoir été embauché, l'infirmier est intégré plus ou moins longtemps selon la possibilité pour l'établissement et le service en termes de budget et de ressources. Le contexte de pénurie d'infirmiers sur le terrain renforce les difficultés de formation des nouveaux professionnels. L'infirmier sera alors conduit, après son intégration, en collaboration avec les autres professionnels du service, à développer les compétences nécessaires pour être autonome. En réanimation, cette autonomie est généralement acquise après plusieurs mois d'exercice de par la spécificité de cette discipline.

Dans le cadre de l'épidémie du SARS-CoV-2, des soignants n'exerçant pas habituellement en service de réanimation, ont été amenés, en plus de la spécificité de prise en charge de patients atteints du COVID-19, à développer des compétences dans ce domaine.

Conclusion

La particularité du domaine de la réanimation a été mise en lumière par la crise sanitaire actuelle sur deux aspects : uniquement les services de réanimation sont en capacité d'accueillir des patients présentant ou susceptibles de présenter de multiples défaillances mettant en jeu leur pronostic vital ; les services de réanimation nécessitent des moyens spécifiques en matière d'équipements, de dispositifs médicaux, de médicaments et de professionnels.

Il semble fortement probable que si le territoire français disposait d'une organisation différente et/ou de plus de lits en réanimation, les difficultés rencontrées lors de cette crise auraient été moindre. Davantage de lits de réanimation, d'équipements, de dispositifs médicaux, de médicaments et de personnels formés auraient certainement été disponibles dans les régions les plus touchées par l'épidémie. Ainsi, moins d'interventions auraient dû être déprogrammées, permettant un meilleur accès aux soins et un moindre impact économique pour les établissements de santé.

IL SEMBLE FORTEMENT PROBABLE QUE SI LE TERRITOIRE FRANÇAIS DISPOSAIT D'UNE ORGANISATION DIFFÉRENTE ET/ OU DE PLUS DE LITS EN RÉANIMATION, LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE CETTE CRISE AURAIENT ÉTÉ MOINDRE.

D'autre part, en plus d'une revalorisation méritée pour l'ensemble des professionnels de santé en lien avec les activités et les missions réalisées, il paraît indispensable que la profession d'infirmier de réanimation, nécessitant des compétences spécifiques, soit reconnue comme une spécialisation au même titre qu'un infirmier de bloc opératoire, anesthésiste ou puériculteur.

Finalement, il semblerait qu'une réorganisation et/ou une augmentation du nombre de lits en réanimation sur le territoire ainsi que la spécialisation de l'infirmier de réanimation amélioreraient l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins au quotidien et dans le cadre d'une crise sanitaire.

¹ France Bleu.

² Ouest France.

³ Op. Cit.

⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé.

⁵ Société de Réanimation de Langue Française (SRLF).

L'ATTRACTIVITÉ ET LA FIDÉLISATION DES MÉTIERS À L'HÔPITAL EXEMPLE : LE KINÉSITHÉRAPEUTE

PAR

PIERRE-HENRI HALLER

CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ
KINÉSITHÉRAPEUTE AU PÔLE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION À
L'AP-HM

S'interroger sur l'attractivité de la kinésithérapie hospitalière et la fidélisation des kinésithérapeutes salariés, c'est observer avec distance les paradoxes des statuts et des exercices, de la démographie et du sens au travail, causes et/ou conséquences des manques en établissements de santé. En 2008, l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière¹ avait identifié le kinésithérapeute salarié comme un métier sensible, non seulement du fait des difficultés de recrutement liées aux conditions statutaires, mais aussi et surtout en termes d'évolutions du métier : « l'évolution du niveau de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes salariés semble être un facteur important pour l'attractivité des professionnels. Au-delà de cette question de salaire la problématique du recrutement pourrait être fortement influencée par (...) : la capacité des professionnels eux-mêmes à promouvoir et valoriser l'exercice salarial auprès des étudiants en formation initiale et continue, la capacité de la profession à développer une expertise et une qualité des soins kinésithérapiques objectivées par de véritables travaux de recherche ». (...)

L'étude observait par ailleurs que l'exercice en secteur salarié s'inscrivait dans trois évolutions : l'expertise dans des domaines très spécifiques à haute valeur ajoutée, la polyvalence pour répondre à des besoins généralistes, et l'évaluation, orientation facilitant les parcours

de soins. Ces trois évolutions pouvant être concomitantes pour chaque kinésithérapeute hospitalier.

L'HÔPITAL PUBLIC, PAR SES SOINS D'EXCELLENCE, PAR SES DIMENSIONS D'ENSEIGNEMENT VOIRE DE RECHERCHE, CONSTITUE UN MODE D'EXERCICE ATTRACTIF EN TERMES DE DIVERSITÉ ET DE QUALITÉ D'ACTIVITÉS.

La notion d'attractivité est ainsi une question ancienne et indissociable de la question statutaire mais ne peut la résumer. L'attractivité est la propriété physique d'attraction et au figuré ce qui présente un avantage ou un attrait. L'hôpital public, par ses soins d'excellence, par ses dimensions d'enseignement voire de recherche, constitue un mode d'exercice attractif en termes de diversité et de qualité d'activités. Mais si l'hôpital est magnétique et attractif en tant que tel, pourquoi certains hôpitaux le seraient-ils plus que d'autres pour les professionnels ?

Comme indiqué dans la monographie pré-citée, « la problématique du recrutement (des kinésithérapeutes) pourrait être fortement influencée par (...) la capacité des établissements à rendre lisible leurs missions de santé, les valeurs et le sens de ces missions, (...) et la capacité de l'encadrement de proximité à développer une véritable gestion (quotidienne et prévisionnelle) des compétences professionnelles en rééducation (...) ». Ne dit-on pas « on rejoint une entreprise, on quitte un ma-

nager ». Les évolutions du rapport au travail ont transformé les carrières et l'attachement aux institutions. Le travail en équipe et la variabilité des pathologies et des technologies constituent un atout de l'exercice salarié, si et seulement si, dans une triade activité - stratégie - performance, l'encadrement invite au sens au travail et à l'autonomie - responsabilisation des acteurs, manage les interactions avec le corps médical, et favorise la qualité de vie au travail et les perspectives d'évolutions professionnelles². Le cadre n'est pas celui qui fait mais celui qui crée les conditions pour que les « choses » se fassent³. Pour cela il convoque l'Art de l'Équilibre⁴, entre labeur et bonheur, exigence et bienveillance, confiance et reconnaissance, agilité et fragilité, Je et Nous, innovation et tradition, sens et finances, en absorbant l'incertitude pour diffuser la confiance⁵.

Travailler ensemble ne va pas de soi. Favoriser la fidélisation dans un monde complexe et incertain, nécessite pour l'encadrement de faciliter les collaborations en accompagnant la coordination des activités et la coopération des acteurs. L'altérité au service du soin se construit par l'accompagnement de la connaissance et de la re-connaissance réciproque de ses acteurs. Ainsi l'interprofessionnalité est le pivot de la qualité de vie au travail⁶, du « bien travailler ensemble » car soutenu par les valeurs du « bien vivre ensemble ». Il convient alors de :

- Faire connaître ces richesses aux étudiants ;
- Favoriser des recrutements doubles appétences/compétences ;
- Soutenir le retour d'intérêt vers le salariat et des mobilités choisies ;
- Valoriser les acteurs par des exercices experts et des pratiques avancées.

« La contribution de chacun est source de valeurs partagées et de sens collectif, terreau fertile de la qualité de vie au travail », dans lequel le professionnel se sent connu et reconnu. Le cadre en est alors le chef d'orchestre dans un concert d'autonomies⁷.

¹ Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Étude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière monographie masseur - kinésithérapeute [Internet]. Paris : Ministère de la Santé et des Sports Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins ; 2008 octobre. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/monographie_mk-2.pdf

² Roussel E. L'attractivité en questions... Kinescope. Mai 2009.

³ Cottret Y. Journées nationales d'Etudes et de réflexion, UIPARM Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques. 2005.

⁴ Lajous O, Robien G de, Duez E. L'art de l'équilibre. Paris : L'Harmattan ; 2016.

⁵ Villiers P de. Qu'est-ce qu'un chef ? Paris : Fayard ; 2018. 253 p.

⁶ UIPARM Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques. Livre vert l'Interprofessionnalité, pivot d'une démarche vers la qualité de vie au travail. [Internet]. 2018 mai p.9.

⁷ Le Moteux C. Cadre de santé MK en service de soins : Chef d'orchestre d'un concert d'autonomies. Espaces, interfaces et kinésithérapie Altérité et diversité, d'un corps à l'autre. Marseille : Collège National de la Kinésithérapie Salariée ; 2007.

CE QU'IL FAUT RETENIR DU COVID

PAR

ANTHONY VALDEZ

DIRECTEUR DE L'ORGANISATION DES SOINS
DE L'ARS PACA

À l'heure où j'écris ces quelques lignes, la circulation virale demeure active en dépit du confinement de la population et déjà se forme le bourdonnement sourd des futures polémiques derrière la clameur du 20h00 rendant hommage à nos professionnels de santé. Si l'exercice du bilan est un passage obligé en démocratie, il importe de le faire toujours avec distance, équilibre et honnêteté intellectuelle afin d'éviter excès et instrumentalisation.

Naturellement la crise à laquelle nous faisons actuellement face révèle quelques fragilités de notre organisation, mais elle souligne aussi et surtout une extraordinaire puissance d'adaptation de notre système hospitalier qui a su proposer en quelques jours de nouveaux circuits patients, des unités conventionnelles dédiées Covid, un volume plus que doublé de lits ventilés, de nouvelles organisations du travail, le déploiement d'outils numériques de télésurveillance ou de suivi des parcours ville-hôpital. L'hôpital sort de ses murs, à la rencontre notamment des EHPAD via ses services d'HAD ou ses équipes mobiles de gériatrie ; et, nécessité faisant loi, il accélère également à un rythme soutenu les orientations proposées par le Pacte de refondation des urgences : admission directe des personnes âgées sans passage par les urgences, monitoring des disponibilités en lits à l'échelle d'un territoire, articulation recherchée avec les acteurs de la ville pour assurer une cohérence dans les

parcours - au point de faire des communiqués de presse commun, c'est dire à quel point cette crise fait tomber les murs -.

AUTREMENT DIT, LA RÉFORME SYSTÉMIQUE PORTÉE PAR «MA SANTÉ 2022» EST À L'ŒUVRE. PLUS QUE JAMAIS NOUS POUVONS OBSERVER À QUEL POINT LA COORDINATION ET LA SOLIDARITÉ DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU SOIN CONSTITUENT LES CLÉS DE VOÛTE DE LA RÉPONSE SANITAIRE À LA PANDÉMIE.

Autrement dit, la réforme systémique portée par « Ma Santé 2022 » est à l'œuvre. Plus que jamais nous pouvons observer à quel point la coordination et la solidarité de l'ensemble des acteurs du soin constituent les clés de voûte de la réponse sanitaire à la pandémie.

Si l'amnésie sélective fait souvent partie du tableau clinique post-crise, c'est là un premier enseignement fondamental qu'il faudra largement valoriser car cela valide définitivement la stratégie de réorganisation structurelle du système de santé à poursuivre, à amplifier : un système décroisé organisé autour du parcours patient.

De la même façon, les démarches entreprises autour de l'efficacité des organisations hospitalières devront se poursuivre d'autant plus que les hospitaliers font ici la démonstration d'une grande agilité en la matière. Là

encore il faudra éviter le piège des raccourcis caricaturaux comme cela commence déjà autour de l'avenir des Copermo... Cette instance interministérielle ayant vocation à s'assurer que les erreurs d'hier ne soient plus reproduites conservera sa pertinence. En effet, le comité a été constitué pour défendre une démarche globale d'amélioration des processus et des organisations dans l'intérêt des patients. Si le volet financier intéresse naturellement ses membres, le comité n'est pas pour autant frappé d'hémiplégie comptable contrairement à ce que lui reproche ses opposants ; bien au contraire, il s'agit d'un espace d'échange, un peu solennel, qui permet à un établissement de poser sa stratégie globale de transformation structurée autour de la qualité et sécurité des soins, la pertinence des prescriptions, l'efficacité des chaînes logistiques, la juste utilisation des ressources - particulièrement en phase de développement de l'ambulatoire - l'ouverture et la coopération avec la ville (MMG, CPTS etc.). L'objectif étant de conjuguer l'amélioration des conditions de travail, l'optimisation de la qualité et l'efficacité opérationnelle ; valeurs d'ailleurs largement portées par la Haute Autorité de Santé. Aussi ne faudra-t-il pas, le moment venu, se tromper de combat ; même si une médicalisation plus appuyée de sa composition serait probablement intéressante.

Enfin, la gestion de crise met en exergue la place prépondérante du chef d'établissement, capitaine de frégate, ô combien précieux lorsqu'il faut, dans une certaine mesure, naviguer en eaux troubles, s'adapter quotidiennement à l'évolution épidémique sans savoir précisément ce qu'elle sera sous 48h. Il est intéressant à cet égard d'observer que l'ensemble de la communauté hospitalière est ici soudée derrière son directeur, sollicite ses arbitrages et respecte le cap. Ce phénomène sociologiquement cohérent en période de crise, tranche par rapport aux débats récurrents sur la gouvernance hospitalière qui poussent vers une dilution des responsabilités entre plusieurs acteurs du top management.

La préparation de la reprise d'activité constituera dans les prochaines semaines un enjeu essentiel certainement tout aussi instructif que la gestion de crise elle-même, et tout aussi pressant, sinon plus encore, au regard des enjeux sanitaires mais également économiques déjà soulevés par certains opérateurs de santé.

HÔPITAL PUBLIC : ET SI ON DÉCIDAIT DE SE FAIRE CONFIANCE ?

PAR

FLORIAN TAYSSE

ÉLÈVE DIRECTEUR D'HÔPITAL
À L'EHESP

La crise sanitaire provoquée par l'apparition d'une nouvelle forme de coronavirus début 2020 a tout à la fois soulevé des critiques nourries sur la gestion des autorités sanitaires et avivé la question de la reconnaissance des soignants. Exceptionnelle, et donc conjoncturelle, cette situation n'en accentue pas moins des problématiques structurelles, déjà largement mises en lumière par les grèves et actions de mobilisations portées par le personnel hospitalier depuis 2019.

Plus encore, l'hôpital public est dit « en crise »... depuis des années, voire des décennies. Comme le décrivent très bien P-A. Juven, F. Pierru et F. Vincent¹, celle-ci s'est cristallisée sur une opposition entre deux grilles de lecture portant chacune une solution : « moins d'hôpital » pour les uns, « plus de moyens » pour les autres. Ce moment de crise paraît confirmer l'intuition des auteurs, selon laquelle il est probable qu'il faille plaider simultanément pour les deux orientations en même temps.

Si un consensus paraît émerger en ce sens, la question est désormais « comment ? »

Nombre d'acteurs engagés et sachants ont déjà travaillé, et travaillent encore, sur le système de santé d'aujourd'hui et de demain. Depuis les années 1990, au moins quatre grands plans nationaux² ont ainsi été

présentés, sans jamais donner l'impression de pouvoir atténuer les fragilités identifiées. Aussi, et alors que d'aucuns³ appellent de leurs vœux la tenue d'États généraux de la santé, la crise actuelle doit sans doute inciter à mettre en œuvre deux grands principes méthodologiques, écartant ainsi la tentation d'un énième plan national. Ceux-ci doivent s'inscrire dans la volonté de se départir des dogmes idéologiques qui empêchent de construire le consensus nécessaire à la refondation du système hospitalier.

En premier lieu, nous devons nous appuyer sur des expérimentations et des comparaisons. Comme le rappellent à juste titre E. Duflo et A. Banerjee dans leur dernier ouvrage⁴, « l'action publique doit être fondée sur la preuve ». Au même titre que les expériences médicales qu'il abrite en son sein, l'hôpital public ne peut que s'inscrire dans cette même philosophie.

Or, à la différence d'expériences de laboratoires, le système de santé français bénéficie de plusieurs expériences « naturelles ». D'une part, en France, et contrairement aux idées reçues, le service public hospitalier repose sur deux piliers ; les hôpitaux publics évidemment, mais également les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), qui partagent les mêmes obligations. D'autre part, autour de nous, aucun de nos voisins n'a de système identique au nôtre. Ces deux directions

sont autant de sources potentielles d'inspiration que nous devons investiguer, pour chercher et démontrer la meilleure façon d'assurer le service public hospitalier.

En second lieu, le système de santé en général et le système hospitalier en particulier doivent s'appuyer sur le principe de subsidiarité. Autrement dit, et particulièrement

AINSI, TANT EN DIRECTION DES PERSONNELS HOSPITALIERS QUE DES USAGERS, IL NOUS FAUT SORTIR D'UNE LOGIQUE UNIQUEMENT CENTRALISATRICE QUI UNIFORMISE LES SOLUTIONS SANS PRENDRE EN COMPTE NI COMPRENDRE LES RÉALITÉS DE TERRAIN.

à la lumière de cette crise, l'organisation du système de santé ne peut faire l'économie d'un rééquilibrage de l'exercice des compétences entre les différents échelons territoriaux. Partant, une autorité centrale ne doit s'occuper que des compétences qui ne peuvent être assurées avec efficacité à l'échelon inférieur.

Ce principe de subsidiarité présente deux avantages essentiels. D'une part, et sans occulter les avantages que peut présenter la centralisation jacobine historique, on ne peut retarder plus longtemps la nécessité - parfois exprimée durement à l'occasion de la crise des Gilets jaunes - de retrouver une proximité plus affirmée entre le service public et ses usagers. D'autre part, une même

proximité doit être construite entre les personnels hospitaliers et le centre de décision.

Ainsi, tant en direction des personnels hospitaliers que des usagers, il nous faut sortir d'une logique uniquement centralisatrice qui uniformise les solutions sans prendre en compte ni comprendre les réalités de terrain⁵. Plus concrètement, si un socle commun doit être défini sur de nombreux aspects, il ne doit plus empêcher la différenciation territoriale.

Cette logique, déjà engagée dans d'autres domaines⁶, doit irriguer le système de santé, mais également la structure même de l'hôpital. Ainsi, des exemples - bien que trop rares - comme celui du Centre Hospitalier de Valenciennes illustrent combien des initiatives locales⁷ construites au sein des établissements peuvent être plus adaptées aux réalités et permettre un meilleur exercice du service public.

Ces deux principes méthodologiques cardinaux tout à la fois concrétisent et impliquent une évolution quasi philosophique de notre vision traditionnelle de l'hôpital public. En effet, expérimenter, comparer, différencier nécessitent de faire évoluer notre cadre de pensée. Il nous faut ainsi sortir d'une approche où l'hôpital public ne peut faire que ce qui lui est autorisé (par les pouvoirs législatif et réglementaire), pour lui autoriser

tout ce qui n'est pas interdit. Plus concrètement, nous devons construire un socle de règles de base, applicable à tout le territoire, pour ensuite permettre des expérimentations, des comparaisons, des adaptations, bref, des différenciations fondées sur les solutions de terrain.

Cette révolution pourrait être moins ardue qu'il n'y paraît. Encore une fois, elle peut être facilitée par... son existence, au sein du service public hospitalier français (modèle espic) ou d'autres pays (modèle scandinave notamment⁸).

Il n'en demeure pas moins qu'elle s'opposerait à deux tendances néfastes pour l'hôpital public. D'une part, la nécessité d'un texte de niveau législatif ou réglementaire pour permettre une réponse adaptée aux circonstances locales⁹. D'autre part et dans le même temps, le recours - non assumé - à des solutions plus ou moins légales pour répondre aux nécessités, aux besoins ou aux aspirations des agents.

En définitive, il s'agit ni plus ni

IN FINE, IL FAUT PRENDRE ACTE DU FAIT QUE CROIRE EN L'ÉTAT N'EST PAS CROIRE QUE L'ÉTAT PEUT TOUT. PENSER UN ÉTAT PLUS STRATÉGIQUE, PLUS EFFICACE ET DONC PLUS LÉGITIME DANS SON ACTION SANITAIRE SIGNIFIE PROBABLEMENT RESTREINDRE SON CHAMP D'INTERVENTION.

moins que d'affirmer une approche fondée sur la confiance dans l'ensemble des acteurs du système hospitalier. Si elle s'accompagne inévitablement d'une responsabilisation accrue, cette approche n'en reste pas moins indispensable, à l'heure où la moindre attractivité des métiers hospitaliers, souvent liée à un certain déclassé social, n'est pas que financière. Elle est ainsi fortement corrélée à une déresponsabilisation ; les agents, qu'ils soient médecins, directeurs, infirmiers, etc. ayant l'impression d'avoir perdu le contact avec les évolutions des structures dans lesquelles ils œuvrent.

In fine, il faut prendre acte du fait que croire en l'État n'est pas croire que l'État peut tout. Penser un État plus stratégique, plus efficace et donc plus légitime dans son action sanitaire signifie probablement restreindre son champ d'intervention. Mais, dans le même temps, le service public hospitalier doit s'appuyer sur une action publique impliquant et responsabilisant à tous les niveaux, qu'ils soient territoriaux ou fonctionnels. Cette nouvelle lisibilité dans la chaîne de responsabilité doit permettre de mieux répondre aux différents besoins identifiés localement. En effet, cette crise nous engage à acter le fait que l'objectif du service public hospitalier n'est pas tant d'user en tout lieu des mêmes outils. Il est d'assurer, sur l'ensemble du territoire, un accès pour tous à des soins de qualité.

¹ Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent, *La Casse du siècle, Raisons d'agir*, 2019, 192p.

² Pour une vision exhaustive, voir notamment IRDES, *Les réformes hospitalières en France ; Aspects historiques et réglementaires*, 2019.

³ Il s'agit notamment d'une revendication du COLlectif inter-hôpitalaux.

⁴ Esther Duflo, Abhijit Banerjee, *Économie utile pour des temps difficiles*, Seuil, Les livres du nouveau monde, 2020, 544p.

⁵ Voir notamment le récent article de Laurent Cappelletti, *Les spécificités territoriales, grandes oubliées de l'analyse de la crise*, *The Conversation*, 2020.

⁶ En ce sens, le décret n°2020-412 du 8 avril 2020 relatif au droit de dérogation reconnu au préfet autorise ce dernier à déroger à une réglementation nationale dans certains domaines, comme l'aménagement du territoire, l'emploi ou la construction.

⁷ Exploitant la logique de pôles pensée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST, le CH de Valenciennes a mis en place une décentralisation de son organisation, en responsabilisant les 14 pôles qui le composent.

⁸ A titre d'exemple, la Finlande a conservé un système hospitalier essentiellement public, qui s'appuie néanmoins non sur un statut de la fonction publique hospitalière mais sur une convention collective nationale constituant un socle commun n'excluant pas des pratiques locales mieux disantes.

⁹ Les primes d'attractivité contenues dans le plan Investir pour l'hôpital, pour 50 000 professionnels exerçant dans des hôpitaux de Paris et de la petite couronne en sont une illustration récente.

LES PARAMÉDICAUX, RETOUR AUX FONDAMENTAUX

PAR

ALEXIS BATAILLE

AIDE-SOIGNANT

AUTEUR DE L'OUVRAGE « VOUS AVEZ MAL OÙ ? CHRONIQUES D'UN AIDE-SOIGNANT À L'HÔPITAL », CITY ÉDITIONS, 2019.

Bienvenue devant les lourdes portes de notre hôpital public. Ce lieu est d'abord un endroit où subsistent des valeurs immuables inspirées, entre autres, de l'alinéa 11 du préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946. Ce texte majeur de la législation française établit les solides fondations humaines de la « maison santé » : « la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

À une époque où l'individualisme ne fait que fermer de plus en plus de por-

tes sur les autres et où l'on aurait tendance à mettre les poussières humaines sous le tapis, l'on s'aperçoit que la santé, en France, est bien plus qu'une maison, c'est un véritable temple de grands principes à préserver.

De petits travaux à d'importants chantiers, de simples rénovations à une ample reconstruction, ce dernier modernise régulièrement ses aménagements en vue de se rationaliser et de s'adapter à ses usagers. En revanche,

À UNE ÉPOQUE OÙ L'INDIVIDUALISME NE FAIT QUE FERMER DE PLUS EN PLUS DE PORTES SUR LES AUTRES ET OÙ L'ON AURAIT TENDANCE À METTRE LES POUSSIÈRES HUMAINES SOUS LE TAPIS, L'ON S'APERÇOIT QUE LA SANTÉ, EN FRANCE, EST BIEN PLUS QU'UNE MAISON, C'EST UN VÉRITABLE TEMPLE DE GRANDS PRINCIPES À PRÉSERVER.

une donnée est immuable. Ses plans initiaux, dont on retrouve la trace jusqu'au Moyen Âge, à l'époque religieuse des maladreries, tracent des lignes qui convergent toujours vers le professionnel de santé paramédical, son fondement principal.

• *Entretenir la spécificité du matériau soignant, une nécessité absolue à la durabilité du système*

A fortiori, maintenant que vous avez mis le pied dedans, des présentations s'imposent avec les soubassements de la maison.

Véritables piliers sur lequel repose l'essentiel de l'organisation institutionnelle, les paramédicaux assurent le bon fonctionnement de la « maison santé » dont les médecins en sont les architectes. Ils sont les utilisateurs privilégiés de ses outils et les ouvriers majeurs de l'ensemble de ses transformations dont ils soutiennent chaque imbrication. Leur rôle est capital.

Sur ce point, pour s'assurer une stabilité sans faille malgré le poids, toujours plus conséquent, des responsabilités, les paramédicaux sont des êtres bâtis de trois matériaux constitutifs leur permettant de surseoir à toute usure prématurée. Une solidité du corps, de l'esprit et du cœur mis à profit d'une pièce commune qu'est l'Homme, s'inscrivant comme être véritablement le ci-

ment d'une motivation en béton armé impératif à leur durabilité.

• *Le corps, un matériau impératif à la stabilité du système*

Parce qu'en bon pilier de la santé, ces derniers supportent, parfois, de sacrés tableaux humains, il leur faut savoir adapter un revêtement prêt à essuyer toutes sortes de plâtre.

Au milieu de la chaîne de soins, au centre des interrogations des familles, cristallisant une multitude de données médicales et administratives, les professionnels de santé paramédicaux sont, à première vue, des soutènements sur lesquels de nombreuses personnes viennent déposer leur confiance. Favoriser la relation soignant-soigné en abordant le patient et son entourage avec humanité, mettre ses outils relationnels à disposition de la résilience afin de les aider à tracer de nouvelles perspectives de vie, savoir utiliser l'outillage complet des professionnels de santé médicaux et pairs paramédicaux afin de construire le meilleur projet de vie... Tout cela ne sont que des exemples d'ingrédients de base du matériau soignant.

Utilisé pour recouvrir les fissures laissées par des plaies physiques et psychologiques plus ou moins profondes,

il est sublimé de qualités telles que la patience, l'empathie, le respect et la bienveillance. Un matériau noble et aussi précieux que fragile. De fait, il doit être entretenu avec constance car il est un moyen, si ce n'est le meilleur, pour estomper les cicatrices de l'âme et les blessures physiques.

- *L'esprit, un matériau obligatoire pour l'avenir du système*

Les professionnels de santé, titulaires du « permis de soigner », d'un niveau scolaire et universitaire allant du brevet des collèges jusqu'au doctorat, s'enduisent, après imprégnation définitive de la sous-couche humaniste, de savoirs, de savoir-faire et de savoir-devenir qui ne les placent plus comme de simples faiseurs de soins mais comme de véritables penseurs du soin !

Fait d'apprentissages théoriques et pratiques, d'expériences professionnelles et de rencontres personnelles,

C'EST AINSI QUE LE PILIER SOIGNANT DOIT AUSSI SE CONNAÎTRE, ABORDER SES LIMITES, CONCEVOIR LES TENANTS ET ABOUTISSANTS DE SON ORIENTATION PROFESSIONNELLE, MAÎTRISER SON SANG-FROID ET CONSERVER UNE JUSTE DISTANCE ÉMOTIONNELLE, POUR ÉVITER LE RISQUE, TROP RAPIDE, DE NE PLUS VOIR SON MÉTIER EN PEINTURE...

c'est un matériau incontournable qui s'agglomère parfaitement avec un fond de rigueur et d'organisation. Néanmoins, amorçant la finition, il peut rapidement se craqueler si l'on n'y prend pas garde. Deuil, maladie, colère, violence... Tout n'est pas rose lorsque l'on pratique les soins ! Le nuancier humain de coloris émotionnels peut laisser bien plus qu'une tâche indélébile sur le recouvrement immaculé de la blouse blanche. Il faut donc que le vernis soit épais. C'est ainsi que le pilier soignant doit aussi se connaître, aborder ses limites, concevoir les tenants et aboutissants de son orientation professionnelle, maîtriser son sang-froid et conserver une juste distance émotionnelle, pour éviter le risque, trop rapide, de ne plus voir son métier en peinture...

- *Le cœur, un matériau indissociable du supplément d'âme de notre système*

Vous l'aurez compris, à la fois, porteurs d'un idéal de santé publique et derniers pilastres du supplément d'âme au cœur de nos sociétés déshumanisées, les piliers soignants forment une immense salle hypostyle ayant traversée l'histoire de notre pays. Toutefois, son architecture d'aujourd'hui n'est pas celle d'hier.

Les gabarits formant les professionnels de santé paramédicaux se modifient ponctuellement et on les agrmente de plus en plus de nouveaux contreforts techni-

ques qui doivent renforcer la collaboration médicale mais aussi l'interdisciplinarité au service du patient et de la sauvegarde du système hospitalier.

Nonobstant ces évolutions de compétences, ne perdons tout de même pas de vue le caractère humaniste de notre maison santé et de ceux qui l'habitent. En effet, les soignants sont avant tout le produit fini d'une fabrication artisanale de caractère, construit pierre après pierre des apprentissages de la vie, se bonifiant avec le temps car on ne naît pas soignant, on le devient.

Par conséquent, l'avenir de l'hôpital public ne saurait se résoudre en s'accommodant de la seule efficacité technique de ces plus de 800 000 piliers venant de tout horizon professionnel et de les transformer en simples producteurs de soins. L'on retrouve d'abord, et surtout, l'avenir de l'hôpital public dans sa valeur par essence, celle qui demeure entre nos mains. Car, pour le moins, la maison santé ne sera certainement jamais riche d'ar-

EN QUELQUE SORTE, N'EST-IL PAS GRAND TEMPS, BIEN AVANT DE COMMENCER LE GROS ŒUVRE DE LA MAISON SANTÉ, DE « PRENDRE SOIN » DE RÉUNIR, DANS UN SEUL ET UNIQUE CORPS PROFESSIONNEL, TOUTES LES PROFESSIONS DE SANTÉ QUI EN SERONT, À LA FOIS, LE SOCLE, LA CHARPENTE ET L'AVENIR ?

gent mais l'on y trouve un matériau ô combien précieux : l'humanité. Une authenticité soignante, ô combien précieuse, mais fragilisée par une actuelle vision entrepreneuriale.

Certes, ce temps de soin ne peut être monétisé, ne peut être codifié, n'a aucun intérêt financier. Pourtant, que l'on soit riche ou pauvre, c'est d'abord, et surtout, de cela que l'on a besoin au moment d'être soigné...

Alors, avant que notre hôpital public ne soit qu'un amer souvenir du mot « service », ayons le souci de l'accompagner et de porter, tous ensemble, du masseur-kinésithérapeute à l'agent de service hospitalier, en passant par l'infirmière ou l'aide-soignant, celles et ceux qui agissent et font grandir l'art de soigner en toute humanité : les professionnels de santé paramédicaux.

À cet égard, la distinction sémantique « médicaux et non-médicaux » n'est plus de mise. Il faudrait créer une immense salle commune du soin, dans laquelle chaque pilier humaniste de soignant compte par sa spécificité. Il m'apparaît inutile de continuer à bâtir une multitude de corridors réglementaires remplis de circonvolutions administratives qui ankylosent l'efficacité du système faute d'un sentiment interprofessionnel d'unité sanitaire alors que l'on gagnerait à faire vivre la transversalité.

En quelque sorte, n'est-il pas grand temps, bien avant de commencer le gros œuvre de la maison santé, de « prendre soin » de réunir, dans un seul et unique corps professionnel, toutes les professions de santé qui en seront, à la fois, le socle, la charpente et l'avenir ?

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'HÔPITAL PAR LES BÉNÉVOLES PATIENTS EXPERTS ET REPRÉSENTANTS DES USAGERS

PAR

MARIE-LAURE LUMEDILUNA

BÉNÉVOLE PATIENTE EXPERTE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES DIABÉTIQUES (FFD) ET PRÉSIDENTE D'UNE DE SES ASSOCIATIONS FÉDÉRÉES, REPRÉSENTANTE DES USAGERS (MEMBRE DU COMITÉ DES USAGERS DU GHT 13 ET PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DES USAGERS DU CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'AIX)

Les États Généraux du Diabète et des Diabétiques (EGDD), lancés par la Fédération Française des Diabétiques (FFD) le 14 novembre 2017, avaient pour objectif de consulter tous les acteurs concernés, patients, professionnels de santé, institutionnels, industriels, politiques sur la prise en charge de la maladie. Dans la phase actuelle de mise en œuvre des propositions issues de cette initiative, l'offre de soins doit répondre autant que possible aux besoins des patients. Il est certain qu'une personne atteinte d'une pathologie chronique doit être accompagnée à chaque étape de sa vie. Malgré une reconnaissance de la part du législateur qui inscrit les actions d'accompagnement dans le Code de la Santé Publique (loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) - article L.1161-3), il n'y a pas actuellement de cahier des charges faisant consensus, alors que les situations des patients sont extrêmement variées, selon le type de pathologie, l'état d'avancement ou les complications liées à la maladie, la présence de comorbidités, le mode de vie, etc. Le système de santé doit pouvoir mettre à disposition des offres répondant avec pertinence aux différentes situations vécues par les patients : améliorer l'organisation est un axe majeur d'évolution. En l'occurrence, la proposition 9 des EGDD vise à fournir des solutions concrètes dans la perspective de cet ajustement entre l'offre et le besoin. Il paraît important en effet d'obtenir une structuration réglementaire et opérationnelle permettant de préciser

le cadre des actions d'accompagnement de patients par des pairs, les compétences requises pour intervenir, les modalités de mise en œuvre mais aussi de clarifier l'offre en général.

À CET ÉGARD, LA CONTRIBUTION ACTIVE GÉNÉRALISÉE DE BÉNÉVOLES PATIENTS EXPERTS AINSI QUE DE REPRÉSENTANTS DES USAGERS, MANDATÉS ET FORMÉS, REPRÉSENTE UN ATOUT PRÉCIEUX POUR L'HÔPITAL.

À cet égard, la contribution active généralisée de Bénévoles Patients Experts ainsi que de représentants des usagers, mandatés et formés, représente un atout précieux pour l'hôpital.

Prenons l'exemple que nous connaissons bien du Centre Hospitalier du Pays d'Aix. Une collaboration étroite entre patients, équipe médicale et direction s'est tissée au long des années. Ainsi, la Maison des Usagers (MDU), ouverte dès décembre 2013, inaugurée officiellement en mai 2014 à la suggestion d'associations de patients œuvrant au sein de l'hôpital et grâce à l'écoute et l'appui de la direction, joue un rôle important au service de tous. Elle regroupe douze associations de patients et d'aidants et offre aux usagers, dans le respect de la confidentialité, un espace d'accueil et d'information gratuite sans rendez-vous. En partenariat avec l'hôpital, ce lieu est également un service de

ressources avec des animations organisées par les associations et leurs bénévoles, en petits groupes ou ouvertes sur le hall principal de l'établissement : sont ainsi organisées des journées thématiques, des journées de dépistage, est également dispensée une information ciblée s'appuyant sur des brochures d'information, des livres, des annuaires et des guides dans le domaine de la santé. Chaque bénévole est ainsi en mesure d'orienter au mieux le public, renseignant sur sa propre association le cas échéant, mais aussi sur les autres associations ou sur les représentants des usagers de l'hôpital à qui s'adresser pour bénéficier d'une aide plus ciblée en cas de difficulté. Certains de ces bénévoles sont également Patients Experts de leur association, intervenant à la demande des équipes médicales dans les programmes d'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP).

Le comité de pilotage de cette MDU se réunit trois fois par an pour le choix d'axes communs de travail. Il est constitué d'un représentant de chacune des associations membres, de représentants de l'équipe de direction, du service qualité, et d'une coordinatrice des actions mises en place pendant l'année, qui est également représentante des usagers élue présidente de la commission des usagers de l'établissement, conformément au décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016. C'est ainsi que, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des asso-

ciations de bénévoles ayant signé une convention avec l'hôpital et intervenant en son sein, les recommandations formulées par la commission des usagers visent régulièrement à améliorer le fonctionnement de l'établissement ainsi que la prise en charge et la qualité des soins dispensés aux usagers.

En outre, un projet des usagers, élaboré par les associations de la Maison des Usagers, exprime leurs attentes et propositions au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge comme du respect des droits. Les deux axes de travail retenus sont les suivants : « renforcer la place de l'utilisateur au cœur du parcours de soin » et « développer une culture de la qualité et de la gestion des risques dans le parcours de prise en charge optimale ». Ils illustrent l'effort de réflexion des bénévoles et leur manière d'accompagner leurs suggestions d'amélioration pour que l'établissement puisse y répondre. Ce projet témoigne de la volonté de construire ensemble des solutions adaptées : les représentants des usagers participent par exemple aux groupes de travail pour le suivi des demandes des patients, la formalisation et la mise en place des parcours patients chroniques, ou encore pour l'élaboration d'actions ciblées sur les droits et les devoirs des usagers au sein du Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix-Pertuis (CHIAP), notamment pour mettre à profit la journée de la lutte contre la maltraitance afin d'organi-

ser une action concertée ou encore d'accentuer la collaboration à la semaine de sécurité des patients de fin novembre.

Les bénévoles des associations et représentants des usagers contribuent ainsi de manière très volontariste à la politique d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Voilà en actes des pistes d'évolution pour faire vivre et dynamiser l'hôpital. Prendre en compte la voix des patients en instituant la commission des usagers au sein de la gouvernance de l'hôpital.

LES CONDITIONS POUR LE MAINTIEN ET LE RETOUR D'UN SERVICE PUBLIC D'EXCELLENCE

PAR

GUILLAUME WASMER
DIRECTEUR D'HÔPITAL DÉTACHÉ

L'hôpital public est sans doute à la V^e république ce que l'école publique était à la III^e : le ciment social du Pacte républicain. Au milieu des peines et des drames, la crise liée au Covid-19 aura eu un effet salutaire : remettre crûment en lumière les fondements de l'hôpital public et de son utilité sociale. On peut - au moins pour quelque temps - espérer une suspension de « l'hôpital public bashing » et des mesures aveugles de rationnement qui ont conduit à le fragiliser dangereusement ces dernières années.

Mais cette crise peut également avoir un effet délétère si une autre cécité se substitue à celle qui préexistait. Dans un pays qui consacre presque 12 % de son PIB à la santé, où les dépenses de santé croissent de 4 % par an, quand la croissance est de 2 % les meilleures années, il faut être lucide sur ce qui a déclenché un déclin continu de la qualité du service public hospitalier ces dernières années. Et il faut savoir y faire face avec un regard neuf, en prenant en compte des contraintes, qui ne se sont malheureusement pas évaporées.

Proposition 1 : Clarifier l'objectif de la raison d'être de l'hôpital public

On ne peut pas demander tout et son contraire à l'hôpital public. Être performant économiquement mais en faire un lieu privilégié d'accueil des SDF et des ré-

fugiés, s'engager dans une politique de diminution des structures et des lits et participer à l'aménagement du territoire, résorber l'emploi précaire et diminuer le volume de dépenses de personnel...

Les politiques antérieures ont conduit au choix implicite du maintien d'un maillage hospitalier parmi les plus importants d'Europe, mais avec un parc relativement vétuste par rapport à ses voisins, un plateau technique d'un niveau moyen perfectible, et dont les lignes de garde fonctionnent avec des médecins qui ne sont pas toujours parmi les mieux formés.

Il faut avoir le courage de faire le choix d'un hôpital public élitiste : l'hôpital public doit être en mesure de proposer les meilleurs médecins, les meilleurs équipements, les meilleurs bâtiments pour tous sans distinction, quitte à revoir en profondeur le maillage hospitalier actuel. L'hôpital public du XXI^e siècle ne doit pas se résumer à être celui du XIX^e, assurant les fonctions

IL FAUT AVOIR LE COURAGE DE FAIRE LE CHOIX D'UN HÔPITAL PUBLIC ÉLITISTE : L'HÔPITAL PUBLIC DOIT ÊTRE EN MESURE DE PROPOSER LES MEILLEURS MÉDECINS, LES MEILLEURS ÉQUIPEMENTS, LES MEILLEURS BÂTIMENTS POUR TOUS SANS DISTINCTION, QUITTE À REVOIR EN PROFONDEUR LE MAILLAGE HOSPITALIER ACTUEL.

d'hospice et de dispensaire en laissant les autres champs aux secteurs privés et à quelques services de CHU.

Proposition 2 : Réformer le pilotage de l'hospitalisation

La lourdeur des EPS est incontestable. Mais le modèle des ESPIC connaît ses propres lourdeurs. C'est au sein du statut actuel d'établissement public qu'il faut redonner l'autonomie aux dirigeants des hôpitaux, dans un cadre territorial qui dépasse la structure hospitalière, mais qui engloberait des fonctions actuellement assurées par les ARS.

- La création d'entités régionales hospitalières autour des CHU/établissements support de GHT avec un lien de subordination entre DG CHU/territoire et directeurs d'hôpital. Ces structures devront intégrer au sein de leur gouvernance les médecins libéraux (éviter à tout prix le développement étanche des GHT et des CPTS), et une représentation beaucoup plus forte des usagers, qui pourraient disposer d'un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent au même titre que les représentants du personnel ;
- L'intégration dans ces entités territoriales des collaborateurs des ARS qui s'occupent actuellement de

la tutelle des hôpitaux publics (toutes les fonctions de validation budgétaire, de suivi RH des directeurs- cadres-PH et de transmission et de suivi des règles de la FPH) ;

- Maintien en ARS des seules fonctions de régulation (organisation et financement) du secteur hospitalier dans son ensemble (autorisation, SROS, parcours de soins, investissement FIR et innovation etc.) ;
- Une déconcentration des leviers de gestion stratégique ministériels au profit d'un nouvel établissement national regroupant les fonctions hospitalières publiques de RH (dont le CNG et dont les services en charge de la gestion de la FPH) et de stratégie (pouvoir de décision en terme de CREF et d'investissement, la performance avec l'intégration de l'ANAP et la suppression pure et simple du CO-PERMO).

Proposition 3 : Associer différemment les collectivités locales

Permettre aux collectivités locales d'intervenir dans le champ de l'hospitalisation mais dans un cadre bien défini :

- Participation au financement d'équipements innovants ;
- En cas de maintien dans les territoires de certaines structures ou activités sur des critères autres que ceux de seuls santé publiques et notamment d'aménagement du territoire, possibilité d'appeler les collectivités locales en garantie en cas de dépassement d'un seuil de déficit de ces activités/structures.

Proposition 4 : Réformer le mode d'allocation des ressources

- Réaffecter une masse supérieure de dépenses publiques vers l'hôpital : (mais au détriment de qui ? Police ? Justice ? Éducation ?) ;
- Stopper le mouvement de préemption de dépenses en début d'année, et y substituer un système d'augmentation des masses financières communes aux acteurs de santé pour une gestion populationnelle, à la capitation, en y intégrant le secteur ambulatoire. Mettre en place des ORDAM qui eux-mêmes se déclinent dans les territoires ; en acceptant que la rémunération des acteurs de santé varie en fonction de leur densité dans les territoires ;

- Permettre aux hôpitaux de prendre des parts dans des start-up, de valoriser leur savoir-faire et leurs équipes, voire d'être dans une démarche capitaliste contrôlée :
1. Ouvrir le financement des hôpitaux à d'autres acteurs : industriels, laboratoires, fondations et mutuelles dans des conditions réglementées et cadrées ;
 2. Accepter la labellisation/naming des hôpitaux comme pour les salles de spectacle pour quelques années par des industriels de santé qui pourraient en faire des démonstrateurs à l'instar de ce qu'on voit en Corée du Sud par exemple.

Proposition 5 : Renforcer la gouvernance interne en la diversifiant en sortant des cadres de rémunérations de la FP

- Sortir des corporatismes : avec l'évolution des techniques et des savoirs, l'allongement de la vie professionnelle, il faut permettre

METTRE SUR PIED DES ÉQUIPES D'APPUI MOBILES À DÉCLENCHER EN CAS DE CRISE : MÉDICALES (RADIOLOGUES, CHIRURGIENS, ANESTHÉSISTES, DIM) ET ADMINISTRATIVES (RH EN CAS DE CONFLIT SOCIAL, ÉQUIPES PUBLIQUES D'ASSISTANCES MAÎTRISE D'OUVRAGE POUR UN PROJET D'INVESTISSEMENT...).

- aux médecins d'aller plus facilement vers le management mais dans le cadre d'un parcours maîtrisé, avec des formations adaptées et communes à celles des autres managers de santé (formation en binôme ?), aux soignants d'aller plus vers le médical, aux ingénieurs d'aller vers la médecine, intégrer des directeurs médicaux au sein des équipes de direction, dont dépendraient les DIM ;
- Si on ne sort pas l'hôpital du statut de la FP qui reste un marqueur politique fort, le cadre d'attractivité devra être revu par des éléments d'intéressement :
1. Possibilité ouverte à l'ensemble d'un service de soins (IDE, AS, cadre, secrétaire médicale, etc.) en tant que collectif et non pas aux seuls médecins d'une activité libérale à l'hôpital complémentaire à l'activité publique, encadrée dans son volume et son montant ;
 2. Instaurer des primes à la publication pour toute une équipe ;
 3. Reverser des primes liées aux IFAQ et indicateurs qualité pour toute une équipe ;
 4. Revoir les modalités de rémunération de certaines spécialités (radiologie, cardiologie, néphrologie)

pour lesquelles les écarts de rémunération publiques et privées sont les plus importantes et compromettent le maintien de ces activités dans la sphère publique.

Proposition 6 : Capitaliser sur la souplesse et l'agilité développées pendant la crise pour faire face aux enjeux plus quotidiens

- Mettre sur pied des équipes d'appui mobiles à déclencher en cas de crise : médicales (radiologues, chirurgiens, anesthésistes, DIM) et administratives (RH en cas de conflit social, équipes publiques d'assistances maîtrise d'ouvrage pour un projet d'investissement...);
- Changer le rapport de force face à la pénurie dont les intérimaires sont aujourd'hui les grands gagnants en créant des équipes mobiles publiques mobilisables rapidement pour éteindre un « incendie » ;
- Créer des réserves sanitaires régionales capables d'aller aider des établissements sur un temps court, créer au niveau régional des systèmes et procédures permettant la gestion et l'activation de lits de soins critiques très rapidement ;

- Créer un plan d'interopérabilité numérique accéléré entre tous les acteurs de santé d'un territoire, appuyé sur le recours à un nombre restreint d'opérateurs pour éviter la dispersion actuelle.

RECONNAÎTRE LA VÉRITABLE CONTRIBUTION DES INFIRMIERS AU SEIN DE L'HÔPITAL PUBLIC

PAR

PATRICK CHAMBOREDON

PRÉSIDENT DE L'ORDRE NATIONAL
DES INFIRMIERS

Dans le contexte de la crise sanitaire inédite que nous traversons actuellement, les 700 000 infirmiers et les infirmières que compte notre pays sont en première ligne, à domicile, comme à l'hôpital.

Et pourtant, la contribution réelle des infirmiers à l'offre de soins n'est pas valorisée comme elle le devrait. Nos savoir-faire, nos connaissances cliniques, le rôle singulier que nous jouons auprès des patients et qui va au-delà du simple « soin infirmier » (lien social, présence, écoute, prise en compte du contexte familial...) sont insuffisamment reconnus.

C'est pourquoi, en 2019, l'Ordre des infirmiers a réalisé le Livre blanc de la profession infirmière. Fruit d'une grande consultation inédite qui a mobilisé plus de 20 000

infirmières et infirmiers dans toute la France, remis à Madame la ministre des Solidarités et de la Santé de l'époque, Madame Agnès Buzyn, le Livre blanc de la profession infirmière a été officiellement rendu public

DEPUIS LA RÉALISATION DE CE LIVRE BLANC, L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 MET LA LUMIÈRE SUR DE NOMBREUSES CARENCES, ET L'ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS SOUHAITE CONTRIBUER AUX TRAVAUX DE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS ET MENER UNE NOUVELLE RÉFLEXION SUR LE RÔLE DES INFIRMIERS.

en novembre 2019 (document en ligne sur grandeconsultation-infirmiere.org).

Ce Livre blanc est constitué de 26 propositions visant à faire évoluer les textes qui encadrent l'exercice de la profession.

Quelques exemples :

- Reconnaître pleinement la consultation infirmière. Patients chroniques, maintien à domicile, post-hospitalisation. Bien qu'elle apporte une réelle plus-value aux patients et qu'elle existe dans les faits, la consultation infirmière n'est pas officiellement reconnue ;
- Élargir le droit de prescription des infirmiers ;
- Développer le télésoin infirmier ;
- Étendre la vaccination des adultes sans prescription médicale ;
- Reconnaître davantage le rôle des infirmiers en matière de prévention et d'éducation à la santé ;

- Reconnaître davantage la singularité et les bénéfices en termes de santé publique des travaux de recherche en sciences infirmières ;
- Initier une démarche visant à déterminer des seuils minimaux d'infirmiers par nombre de patients selon les différentes activités de soins et les prises en charge.

Depuis la réalisation de ce Livre blanc, l'épidémie de Covid-19 met la lumière sur de nombreuses carences, et l'Ordre national des infirmiers souhaite contribuer aux travaux de transformation de notre système de soins et mener une nouvelle réflexion sur le rôle des infirmiers.

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ : UNE POLITIQUE DE SANTÉ PENSÉE PAR LES ACTEURS D'UN TERRITOIRE : 10 ANS DE PRATIQUE

PAR

D^R DOMINIQUE BURONFOSSE

ANCIEN PCME
VICE-PRÉSIDENT DE CTS

Le Conseil Territorial de Santé (CTS) voulu par la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, a remplacé la Conférence de Territoire. Avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et la Conférence Nationale de Santé, le CTS est une des instances de la Démocratie en Santé. Ses missions sont définies réglementairement : parmi elles « participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé, en prenant notamment en compte les projets des établissements de santé publics, privés et médico-sociaux ».

Le CTS Lorient-Quimperlé est positionné sur un territoire de 250 000 habitants, à cheval sur les départements du Morbihan et du Finistère. Composé de cinquante membres, tous acteurs de la santé, il est présidé par le Président de la communauté d'agglomération, secondé d'un vice-président, Président de la CME d'un des hôpitaux du groupement hospitalier du territoire.

Le CTS Lorient – Quimperlé et son action

Parmi les missions réglementaires nous retiendrons principalement la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé (DTP) en 2017 et 2018. La méthodologie retenue a privilégié une large concertation et a intégré les projets médicaux des différents établissements et services du territoire. Pour chaque thématique examinée, les enjeux territoriaux ont été identifiés et

des préconisations formulées. Le DTP a été approuvé à l'unanimité en séance plénière. Depuis, il constitue un socle de référence pour l'ensemble des acteurs de la santé du territoire. Le DTP donne lieu à l'établissement de projets élaborés et mis en œuvre par les partenaires du territoire sous la forme de Contrats Locaux de Santé ou de CPOM.

D'autres réalisations découlant d'auto-saisines, sont des réponses à des particularités territoriales. On retient :

- La mise en place de groupes de travail (personnes âgées, prévention des addictions, personnes handicapées, éducation thérapeutique des patients, santé, environnement...), chacun formulant ses préconisations ;
- Des contributions (Grand âge et autonomie, référentiel « parcours » avec l'ANAP, stratégie de transformation du système de santé, projet national Handicap, Initiative Territoire...).

LE CTS REVÊT UN CERTAIN NOMBRE D'INTÉRÊTS : UNE EXISTENCE RÉGLEMENTAIRE QUI LUI DONNE UNE LÉGITIMITÉ INCONTESTABLE ET LA POSSIBILITÉ DE RÉUNIR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU TERRITOIRE.

On relève encore l'organisation pluriannuelle de conférences « grand public », des débats-publics à thème, en partenariat avec la CRSA.

Et la création d'une newsletter territoriale destinée aux acteurs de la santé...

Au cours de ces années, et avec le temps, les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation réglementaires, formulées par un promoteur du territoire, font régulièrement l'objet d'un examen par le CTS. Elles acquièrent de ce fait un soutien territorial. Dans les autres cas, un addendum témoignant de leur degré de discussion territoriale leur est joint pour le passage devant la Commission régionale Spécialisée dans l'Organisation des Soins.

Les intérêts du CTS : systématiser et valoriser une démarche collective

Le CTS revêt un certain nombre d'intérêts : une existence réglementaire qui lui donne une légitimité incontestable et la possibilité de réunir l'ensemble des acteurs du territoire. Il est un endroit neutre, sans enjeux de pouvoir, du fait de son impossibilité à gérer un service ou un établissement. Instance de la Démocratie en Santé, il bénéficie de l'influence grandissante de celle-ci. La réflexion en son sein développe les apprentissages

communautaires dans les champs sanitaire et médico-social (acquisition d'une culture parcours...), démasque les stratégies individuelles et contribue au décloisonnement. Il offre l'opportunité du portage conjoint des projets des partenaires du territoire, devant les instances de régulation. Il peut s'auto-saisir sur un problème de santé au sens large. C'est un lieu d'expression libre et de partage.

Une volonté des acteurs

Le CTS Lorient - Quimperlé a été aidé dans son action par l'ancienneté de la concertation sur le territoire, que ce soit entre établissements de santé (les restructurations lourdes remontent à 2007) ou entre établissements et acteurs libéraux. Les acteurs de santé ont compris l'intérêt des échanges dans ce cadre dépourvu d'enjeu de pouvoir et y apportent les problématiques dont ils souhaitent débattre.

Les dimensions du territoire sont adaptées : périmètre géographique superposé aux limites du bassin populationnel de la communauté d'agglomération, incluant la grande majorité des parcours de soins des patients.

Les animateurs du CTS sont reconnus et font autorité chacun dans son domaine. Leurs fonctions réciproques « Grand Élu » et PCME les exposent peu aux pressions

extérieures qui ne manquent pas de s'exprimer, ce qui protège de ce fait le CTS. De plus ce duo « politique / technicien » offre une grande complémentarité.

La confiance des Directeurs Généraux d'ARS successifs, fondée sur un respect réciproque, est également aidante, de même que les moyens humains mis à disposition. Cette confiance a été concrétisée par la signature à titre expérimental, d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, première en France.

Les éléments qui hypothèquent l'action du CTS

Le positionnement du territoire à cheval sur deux départements complexifie le fonctionnement (par exemple, l'accès aux données de santé, la compréhension des organisations de la santé mentale, la comparaison des politiques départementales en faveur des personnes âgées ou handicapées...).

La volonté de certains responsables de l'ARS de réduire les moyens dédiés est insistante.

Une présence forte des grands acteurs est vécue de façon prégnante par certains partenaires de dimension plus modeste. Inversement, leur absence marquée réduit la portée des débats.

L'opposition réelle et durable de certains élus départementaux est un handicap qui témoigne d'une méconnaissance de la Démocratie en Santé et des atouts qu'elle représente pour un Conseil départemental. Enfin, la complexité des problématiques abordées demande à tous un réel apprentissage.

Deux obstacles majeurs ; respecter (contester ?) l'autonomie et accepter (rejeter ?) l'unité d'action

Deux obstacles ont gêné la mise en œuvre des préconisations du CTS, de façon récurrente.

Le premier tient à la volonté de différencier les « acteurs » et les « usagers ».

Le CTS Lorient-Quimperlé a toujours considéré que les usagers et leurs représentants sont des acteurs de la santé et que les acteurs sont des usagers actuels ou potentiels. Cependant, on a pu observer des mouvements de repli sur soi de certains représentants d'usagers, préférant se retrouver au sein d'organismes exclusivement dédiés aux usagers.

GLOBALEMENT, LA LEÇON À TIRER EST SIMPLE : FAIRE CONFIANCE AUX ACTEURS, LES LAISSER TRAVAILLER ENTRE EUX, LEUR DONNER PLUS DE LIBERTÉ ET DE CONFIANCE, MAIS SE MONTRER FERME DANS LA MISE EN ŒUVRE ET RAPPELER QUE L'UNITÉ D'ACTION S'IMPOSE.

Le second est spécifique aux établissements de santé. La mise en œuvre de préconisations concrètes, pourtant validées par leurs directeurs et représentants en plénière du CTS, a été mise en difficulté, sinon rejetée, par leurs services-qualité et dans une moindre mesure par les services cliniques au motif que : « ce n'est pas au CTS de nous dire ce que nous avons à faire » emblème d'un hospitalo-centrisme pénalisant.

Globalement, la leçon à tirer est simple : faire confiance aux acteurs, les laisser travailler entre eux, leur donner plus de liberté et de confiance, mais se montrer ferme dans la mise en œuvre et rappeler que l'unité d'action s'impose.

LES LEÇONS DU COVID-19

PAR

DENIS FRÉCHOU

EX-DIRECTEUR GÉNÉRAL
DES HÔPITAUX DE SAINT-AURICE

Notre système de Santé et plus particulièrement notre système hospitalier vont-ils pouvoir résister à la charge, nous protéger contre les risques majeurs qui nous touchent, le coronavirus, bien sûr, mais aussi demain, tous les virus, tous les risques sanitaires que l'on n'a pas pris très au sérieux jusqu'à présent, persuadé que notre technologie, nos systèmes de défense étaient sans faille.

CETTE ÉPIDÉMIE N'A PAS SEULEMENT PERCÉ NOS DÉFENSES, MIS EN PANNE NOTRE ÉCONOMIE, MAIS PLUS GRAVE, REMIS EN CAUSE NOS BELLES CERTITUDES SUR L'INVINCIBILITÉ DE NOTRE ORGANISATION ET DE NOS MOYENS DE DÉFENSE.

Cette épidémie n'a pas seulement percé nos défenses, mis en panne notre économie, mais plus grave, remis en cause nos belles certitudes sur l'invincibilité de notre organisation et de nos moyens de défense.

Il est donc temps de se poser la question de comment renforcer, ou revoir complètement l'organisation de notre système de santé.

Si l'on a la prétention de résoudre cette équation, il faudra répondre à deux questions préalables :

- Contre quoi voulons-nous nous défendre ?

- De quels moyens de défense disposons-nous aujourd'hui ?

L'honnêteté oblige à dire que nous ne saurons répondre à aucune de ces deux questions.

L'identification des risques

En ce qui concerne l'étude de risques, nous ne disposons d'aucune structure centrale disposant des moyens et des compétences pour étudier ces risques. La France a eu de façon très éphémère de 81 à 86 un secrétariat d'État chargé de la prévention des risques technologiques et naturels majeurs, depuis plus rien ou presque.

Il est donc illusoire de penser que nous pouvons être préparés de quelque façon à la survenue d'un risque majeur, qu'il s'agisse d'un coronavirus, d'une catastrophe nucléaire ou de la chute d'une météorite.

De quels moyens disposons-nous ?

L'épidémie de coronavirus aura eu du moins le mérite de faire prendre conscience que dans notre société complexe, il est très difficile de se passer de certains moyens qui pourraient à priori être considérés comme subalternes et donc il faut plus raisonner en termes de filières, de flux plutôt que de stock.

Ce n'est pas le tout d'avoir des masques encore faut-il les transporter, les distribuer et ensuite les éliminer.

Si l'on revient à la question des moyens disponibles pour le système de santé et hospitalier, personne n'est capable de faire un inventaire précis et exhaustif des moyens dont nous disposons.

La question des masques supposés être en stock en est la démonstration caricaturale, plus personne ne savait où ils étaient, chacun y allant d'une découverte en explorant les sous-sols.

MALGRÉ TOUTES CES ERREURS ET LE MANQUE DE PRÉPARATION, LE SYSTÈME NE S'EST PAS EFFONDRE MAIS CE N'ÉTAIT PAS SI LOIN ET LA PROCHAINE FOIS, CAR IL Y AURA UNE PROCHAINE FOIS, NOUS N'AURONS PAS D'EXCUSE À L'IMPRÉPARATION.

Bien sûr c'est anecdotique à côté de la grande pagaille, de l'incapacité à faire l'inventaire des moyens hospitaliers en général.

Il y a quelques années, alors que je présidais la Conférence des Directeurs d'Hôpitaux, nous avions avec le ministère de la Santé un différentiel de 200 à 300 hôpitaux dans le décompte de ces établissements. Je vous

laisse imaginer ce qu'il en est du détail, des locaux, des matériels et des personnels.

Un autre constat alarmant est à faire en ce qui concerne les moyens. Il faut pouvoir mobiliser les moyens dans ces circonstances exceptionnelles, mais aussi reconverter, transformer très vite en fonction des besoins, or cela fait des années que l'on travaille à la rigidification du système hospitalier.

Il y a encore 20 ans les hôpitaux étaient très autonomes dans leur gestion et donc très adaptables, mais depuis lors on n'a cessé de centraliser la gestion, d'inventer des procédures complexes d'organisation qui désormais paralysent les acteurs locaux devenus de simples exécutants.

L'épidémie de coronavirus n'a pas eu pour l'instant les conséquences catastrophiques que l'on aurait pu redouter, tant mieux mais tirons-en toutes les leçons.

Surtout pas d'autosatisfaction, nous avons mal évalué et mal décidé dans tous les domaines, sachons le reconnaître.

- Il n'y avait pas de prévisions, pas de plan de réponse prêt ;

- Il n'y avait pas de moyens en stock, ni même de procédures pour s'en procurer rapidement ;
- Il n'y avait pas de marge d'extension dans les hôpitaux, aucune souplesse dans l'organisation ;
- Il n'y a pas eu de décisions d'organisation pertinentes mais des attentes, des erreurs et des contradictions.

Malgré toutes ces erreurs et le manque de préparation, le système ne s'est pas effondré mais ce n'était pas si loin et la prochaine fois, car il y aura une prochaine fois, nous n'aurons pas d'excuse à l'impréparation.

DIÉTÉTIQUE EN PSYCHIATRIE : UN SOIN NUTRITIONNEL ATYPIQUE ?

PAR

SOPHIE JOLIMAY

DIÉTÉTICIENNE-NUTRITIONNISTE

L'hôpital public permet un accès aux soins à tous. Le premier soin commun à chacun des patients est l'alimentation. En termes de nutrition, chaque service a ses particularités et ses besoins.

Le diététicien est un professionnel de santé spécialisé dans le domaine de la nutrition. Longtemps associé uniquement au champ de la restauration, c'est un soignant qui appartient au corps des rééducateurs.

Dans tout service, il est sollicité lorsqu'une pathologie nécessite un soin nutritionnel, il adapte et rééduque. Son rôle ne se limite pourtant pas à cela.

C'est en psychiatrie que j'interviens.

Il est fréquent de constater un décalage notable entre la réalité du patient et l'exactitude des faits, décalage mis en évidence par les échanges entre soignants, pour autant le profil psychiatrique efface souvent les plaintes somatiques des patients.

Si les traitements ont une influence réelle sur le métabolisme du patient, mais aussi sur sa sédentarité, c'est en évaluant les ingesta que j'ai pu noter un fréquent déséquilibre alimentaire mais aussi un excès d'apport énergétique. L'apparition de signes tels prise de poids, trouble du transit voire même syndrome métabolique

est donc classique. Ces complications ne sont pourtant pas une fatalité et pourraient être limitées si une prise en soin nutritionnel était initiée par un diététicien au démarrage des traitements.

DÉMONTER LES IDÉES REÇUES ET AIDER À LA PRISE EN CHARGE DE CES PATIENTS SOUVENT STIGMATISÉS EN CRÉANT DES OUTILS EFFICACES ET EN METTANT EN PLACE DES ATELIERS ADAPTÉS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE THÉRAPEUTIQUE OU PRÉVENTIVE, EST UN CHALLENGE POUR LE DIÉTÉTICIEN ET POUR L'INSTITUTION.

L'alimentation est un domaine qui ramène à d'autres domaines culturels, sociaux... Elle peut être vécue comme un lien avec la famille. Chaque individu a ses habitudes alimentaires, ce sont des connaissances acquises. Lui faire adopter une cuisine qu'il ne connaît pas risque de le marginaliser par rapport à sa propre famille. Or en psychiatrie, le patient est déjà marginalisé par sa maladie. C'est en m'adaptant au patient, que je lui permets de ne pas modifier drastiquement ses habitudes alimentaires et de garder des repères nécessaires à une éducation ou une rééducation.

Une tendance fréquente des soignants est d'utiliser l'alimentation pour canaliser le patient car celui-ci est dans la sollicitation et la demande. Mais que se cache-t-il derrière ces demandes ? J'observe entre autres une

difficulté à discerner faim, ennui, envie, difficulté sur laquelle ils peuvent progresser via des ateliers.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le patient est en capacité d'entendre le message « l'alimentation est un soin », je constate un savoir-faire (cuisine, courses..) et un besoin : améliorer sa santé d'un point de vue cognitif et physique. L'objectif nutritionnel évident est donc l'équilibre alimentaire. Il s'agit alors au regard de sa (ou de ses) pathologie(s), et en veillant à ne pas l'infantiliser, de lui apporter des connaissances de manière individuelle ou collective, en s'adaptant à ses capacités de concentration.

Devant ces patients demandeurs, classiques et atypiques à la fois, la collaboration, l'intégration et la communication avec une équipe pluridisciplinaire sont importantes afin de maintenir et d'harmoniser le discours diététique. Face aux idées reçues ou au manque d'informations, l'apport en connaissances est primordial.

Au final, il s'agit pour le diététicien d'adapter le soin diététique pour qu'il soit applicable et atteignable.

Démonter les idées reçues et aider à la prise en charge de ces patients souvent stigmatisés en créant des outils efficaces et en mettant en place des ateliers adaptés pour une meilleure prise en charge nutritionnelle

thérapeutique ou préventive, est un challenge pour le diététicien et pour l'institution.

DYNAMISER LA GESTION DES CARRIÈRES POUR RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA FPH

PAR

FRÉDÉRIC FORSANS

ÉLÈVE DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL À
L'EHESP

ANCIEN ATTACHÉ D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE

Alors que la crise sanitaire actuelle a permis aux établissements publics de santé et médico-sociaux de bénéficier de renforts humains issus de divers horizons, il ne faut pas pour autant oublier les problématiques d'attractivité qui touchent la Fonction Publique Hospitalière.

Cette situation concerne non seulement les professionnels de santé mais également les directeurs et cadres de la Fonction Publique Hospitalière. En effet, une baisse constante du nombre d'inscrits aux concours nationaux (de 800 à 420 entre 2010 et 2018 pour DH et D3S) est constatée et se traduit, pour certains concours, par un faible nombre d'élèves en formation à l'EHESP (36 Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) pour 120 places à l'EHESP en 2020).

Même si la revalorisation de certaines grilles salariales devra être étudiée, d'autres leviers pourraient être utilisés pour améliorer l'attractivité de ces métiers.

Parmi ceux-ci, rendre la gestion des carrières des cadres de la FPH plus dynamique pourrait y contribuer.

D'une gestion administrative des carrières à une gestion des compétences

La gestion des corps de directeurs et des AAH est actuellement assurée selon une approche administrative et statutaire.

Ce type de gestion, peu dynamique, ne favorise pas l'attractivité des corps et des carrières de la fonction publique hospitalière.

AFIN D'INVERSER CETTE TENDANCE ET D'ATTIRER ET FIDÉLISER LES POTENTIELS ET COMPÉTENCES, IL SERAIT INTÉRESSANT D'OPTER POUR UNE GESTION PLUS DYNAMIQUE, BASÉE SUR LES COMPÉTENCES.

Afin d'inverser cette tendance et d'attirer et fidéliser les potentiels et compétences, il serait intéressant d'opter pour une gestion plus dynamique, basée sur les compétences.

Ce système, qui se baserait sur les principes de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences, aurait pour objectif de lier le recrutement aux besoins actuels et futurs des établissements mais également d'identifier au sein des différents corps des potentiels et compétences.

Ces professionnels pourraient alors être mobilisés sur des missions ou emplois spécifiques tels que des projets complexes ou innovants, au sein d'établissements en difficulté ou de zones à faible densité médicale.

La participation à ces missions pourrait être valorisée par un déroulement de carrière amélioré.

Cette gestion dynamique des ressources humaines serait assurée, pour l'ensemble des corps relevant d'un concours national, par le Centre National de Gestion (CNG) qui serait en lien, sur les territoires, avec les Agences Régionales de Santé et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics.

Le CNG, en lien avec les structures publiques, pourrait ainsi favoriser les mobilités des personnels et accompagner les établissements dans certains recrutements complexes.

Favoriser la diversité et la richesse des carrières

La crise sanitaire a permis de renforcer les échanges entre acteurs du système de santé, qu'ils soient issus d'établissements sanitaires et structures médico-sociales ou des secteurs publics et privés.

Même s'il sera difficile de faire perdurer sur le long terme certaines de ces coopérations, il s'agit tout de même d'une opportunité pour favoriser le décroisement du système de santé.

La mise en œuvre de nouvelles modalités de gestion des personnels de direction pourrait venir appuyer cette dynamique de coopérations.

En effet, les évolutions de carrière des professionnels pourraient être liées à la diversité de leurs parcours.

Ainsi, les professionnels présentant des parcours riches et variés comprenant notamment des missions au sein d'établissements (CHU, CH...) et domaines (MCO, santé mentale, médico-social...) différents pourraient accéder à des postes à fortes responsabilités (chefferie d'établissement, emplois fonctionnels...).

Une telle gestion favoriserait ainsi les mobilités et, à terme, pourrait être un facteur de décloisonnement.

Elle aurait surtout pour conséquence de rendre les carrières plus attractives, d'attirer les jeunes diplômés et de fidéliser les professionnels déjà en exercice.

POUR DES PLATEFORMES TERRITORIALES DE BIOLOGIE SPÉCIALISÉE DAVANTAGE INTÉGRÉES AVEC LEUR ÉCOSYSTÈME : VERS UN SYSTÈME « ONE HEALTH » ?

PAR

ALEXANDRE DREZET
DIRECTEUR DE LA STRATÉGIE
DU CHU DE CAEN

La biologie a joué un rôle central dans l'épidémie du SARS-CoV-2 - connue sous le nom de Covid-19 - qui a débuté en France en mars 2020. S'il fallait encore le démontrer, cette crise place clairement la biologie comme un maillon toujours plus incontournable de la chaîne de soins de demain étant entendu que le diagnostic est un des facteurs pronostiques reconnus des inégalités de santé et un fondement essentiel de la médecine personnalisée.

À l'occasion de cette crise, dans un contexte de tension particulièrement important en matière de réactifs, les laboratoires de biologie ont fait preuve de réactivité et d'inventivité pour adapter leur réponse aux besoins. Néanmoins, force est de constater qu'aucun d'entre eux n'a pu y répondre seul. En ce sens, cette crise sanitaire est riche d'enseignements et l'expérience du laboratoire de biologie médicale du CHU de Caen permet d'émettre quelques suggestions pour l'avenir.

Le CHU de Caen, par l'intermédiaire de son laboratoire de biologie médicale, a eu la responsabilité de réaliser la détection du virus SARS-CoV-2 par RT-PCR (Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction) à la fois pour les patients qu'il a pris en charge mais également pour ceux hospitalisés dans les établissements sanitaires et médico-sociaux de son territoire. Pour ce faire, le CHU a procédé en deux temps :

- Un premier temps qui a impliqué de redéployer et de former du personnel technique dans des délais très contraints pour faire face à la hausse de la demande. En ce sens, le CHU a fait preuve de flexibilité et de souplesse pour réaliser dès les premiers jours jusqu'à 300 RT-PCR par jour ;
- Un second qui a permis de dépasser la seule capacité du CHU en ayant recours aux ressources humaines et matériels du laboratoire vétérinaire LABEO. Le recours à ce laboratoire a été rendu possible par les mesures prises à titre exceptionnel dans le cadre de la crise sanitaire. Les capacités ont ainsi été multipliées pour atteindre jusqu'à 2 000 RT-PCR par jour.

La collaboration du CHU avec le laboratoire LABEO a mis en exergue davantage de similitudes que de différences entre laboratoire de biologie médicale et laboratoire vétérinaire. Les compétences, le matériel et les modes de fonctionnement en biologie moléculaire se sont avérés

LA CONJONCTION DES SYNERGIES ENTRE LABORATOIRES DE BIOLOGIE PUBLICS ET L'EXPÉRIENCE DU SECTEUR PRIVÉ DOIT COLLECTIVEMENT NOUS FAIRE RÉFLÉCHIR À DES MODÈLES ALTERNATIFS ET À UNE VRAIE PRISE EN COMPTE DE LA BIOLOGIE DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS.

globalement similaires et appellent à ce que des synergies soient trouvées entre ces deux structures après la crise.

Ceci pose très clairement la question d'un rapprochement dont l'intérêt premier n'est pas l'obtention d'économies d'échelles mais davantage la constitution de plateformes plus performantes et toujours plus spécialisées et transversales.

Les groupements de biologie privés (Cerballiance, Eurofins...) ont dans le même temps montré leurs limites : bien qu'ils disposent de plateformes performantes, l'ultracentralisation des analyses spécialisées à l'échelle nationale a allongé les délais de rendus des résultats induisant, par voie de conséquence, des retards de prise en charge.

La conjonction des synergies entre laboratoires de biologie publics et l'expérience du secteur privé doit collectivement nous faire réfléchir à des modèles alternatifs et à une vraie prise en compte de la biologie dans l'organisation territoriale des soins. Il conviendrait notamment d'identifier a minima par territoire une plateforme publique ou publique-privée permettant de répondre aux besoins et capable de générer une réelle capacité d'innovation. Ces nouveaux plateaux techniques de biologie constitueraient des masses critiques

réactives sur des secteurs thématiques à fort enjeu (génomique, biologie moléculaire, microbiologie...) et gagneraient aussi en visibilité ce qui faciliterait l'ambition d'une réelle recherche translationnelle qui peine réellement à se créer une place en France.

Cet exemple inédit de collaboration démontre que si les virus ne connaissent pas de frontières la réponse à ces virus suppose une agrégation de compétences qui dépasse les limites de l'hôpital.

LA DIFFÉRENCE EST UNE FORCE

PAR

DR JEAN-MARC LE GAC
PRATICIEN HOSPITALIER

7h30 : J'ai vu ce slogan affiché sur la voile d'un voilier de course qui quitte la base nautique tôt ce matin avant de regagner le large, alors que je longe le bras de mer qui mène à mon hôpital. À son bord des navigateurs de tous âges, certains aguerris, d'autres ne connaissant pas la mer, des jeunes, des vieux, des femmes, des hommes, des handicapés, des valides. Cela fait plusieurs années que cette expérience de la team « Jolokia » existe¹. Chaque année le skipper renouvelle plus de soixante pour cent de l'équipage. Ils gagnent des régates malgré leurs différences.

Je suis médecin hospitalier depuis toujours, je l'ai choisi. J'ai passé vingt cinq années aux urgences, et devant les files de brancards qui s'accroissaient sans cesse au cours des années sans lits d'aval, malgré toutes les organisations tentées et audits je suis parti. Chef de service, vice président de commission médicale d'établissement, j'ai tout quitté. J'ai en quelque sorte fui ce service au sommet de mon expérience, un peu la mort dans l'âme mais conscient que la qualité des soins que je délivrais était altérée par une lassitude liée à mon mal-être. Je travaille maintenant en orthopédie à temps partiel et je suis coordinateur médical au centre de formation en simulation.

8h30 : J'arrive dans le service et je découvre une jeune stagiaire. Elle est élève directeur. Elle essaye de se fon-

dre parmi les soignants. Le chef de service qui arrive pour faire la visite ne lui adresse même pas la parole. Je vais échanger un moment avec elle entre deux malades.

« Je fais mon stage hospitalier après être entrée à l'École des Hautes Études en Santé Publique. J'y ai été deux mois et maintenant je vais tourner dans les services. C'est bizarre quand j'y suis arrivée, je voyais les soignants regarder mon badge et se détourner sans m'adresser la parole. Il était écrit dessus « élève directeur ». Depuis j'ai tendance à le cacher. C'est étonnant l'organisation des services de soins, les gens se parlent.

Au début de mon stage j'étais dans les bureaux des directeurs au rez-de-chaussée, je me demande maintenant pourquoi ils ne sont pas répartis dans les étages, près des soins ».

12h45 : Je suis au self, alors que je choisis mon dessert, je croise du regard le jeune directeur des affaires médicales. Ostensiblement je le vois détourner le sien. J'allais pourtant le saluer. Est-ce qu'il est ennuyé car il ne répond pas à mes courriels de relance sur le projet de formation en télémédecine ?

Lors de notre dernier entretien il y a un mois, il m'avait tout de suite stoppé : « vous avez beaucoup d'idées doc-

teur, il va falloir vous organiser un peu, envoyez moi un « pitch » et on reverra tout cela ».

J'ai renvoyé le projet dès le lendemain. Il ne devait sans doute pas savoir que j'en avais mené beaucoup dans le service, avant qu'il n'arrive à l'hôpital.

Il regagne la table des directeurs où ils mangent tous ensemble, je regagne celles des « chir ortho » avec qui je travaille.

19h30 : Je discute avec un de mes fils au téléphone. Il est externe en médecine en quatrième année dans le CHU proche. Il a changé de stage il y a une semaine et il me raconte sa journée à l'hôpital, sa déception. Comme son frère aîné qui est en dernière année d'internat de médecine générale il me déclare que jamais il ne travaillera à l'hôpital comme moi : « c'est trop nul les services, il y a une mauvaise ambiance, tout le monde se plaint et le chef rôle tout le temps sur la direction ».

Cette chronique de la vie ordinaire dans un hôpital

LES EXEMPLES CITÉS CONFIRMENT QUE LA COMMUNICATION EST DIFFICILE AU SEIN DE L'HÔPITAL, QUE LES JEUX DE POUVOIRS OCCULTENT LES VALEURS PHARES QUE DEVRAIENT ÊTRE LA BIENTRAITANCE ET LE RESPECT MUTUEL.

public de 2300 lits regroupés sur 5 sites, motive la réflexion de cette contribution. Des rapports existent sur la qualité de vie au travail, sur la nécessité d'un sens commun². Les exemples cités confirment que la communication est difficile au sein de l'hôpital, que les jeux de pouvoirs occultent les valeurs phares que devraient être la bienveillance et le respect mutuel. Celles-ci sont nécessaires pour la mission première qui devrait être de soigner les patients qui s'y adressent, et cela avec empathie.

Il existe évidemment, tout comme sur le voilier Jolokia, des talents pluri professionnels dans une structure hospitalière de cette taille. Comment pouvoir se libérer des seules contraintes extérieures en répondant déjà à celles internes ?

Parler de l'autre, s'y intéresser, permet de dire pourquoi l'on fait les choses, et ainsi suivre plus facilement un cap commun pour les faire.

Les méthodes d'enseignement moderne, la gestion des risques et des crises, comme celles que l'hôpital traverse, sont des pistes qu'il est urgent de mettre en place, pour redonner aux étudiants, médecins, soignants ou gestionnaires, un horizon et des perspectives motivantes.

La simulation en santé est un levier possible. Il met en situation des professionnels autour d'un scénario préétabli. À l'issue de la séance, il est procédé à un débriefing avec tous les personnels impliqués. Ce n'est pas tant des capacités techniques qu'il est débattu, que des facteurs humains qui y ont été déployés. Parler de l'autre, s'intéresser à son processus de pensée, à ses ressentis, les comprendre, cerner son positionnement au sein du groupe sont les points clés. En résumé, comment l'aider à s'y sentir mieux, est la finalité prioritaire de ces exercices^{3,4}.

APPRENDRE À SE CONNAÎTRE, NE PAS RÉDUIRE LA FONCTION DE CHACUN À UNE SIMPLE CASE DANS UN PLANNING, OU À UN TITRE DE DIRECTEUR, EST UNE PISTE POUR CRÉER CETTE FORCE DE LA DIFFÉRENCE.

Ces séances de simulation s'intègrent de plus en plus comme un outil pour la gestion des risques⁵. Il est usuel au sein des hôpitaux de relire les événements indésirables qui tournent autour de soins, beaucoup moins souvent pour ce qui concerne la gestion des ressources humaines et la gouvernance. Un chef de pôle ou un directeur démissionne, il faut alors en trouver un autre, mais personne ne s'interroge sur cet épisode qui grève la dynamique des services et impacte les personnels et indirectement les soins en installant de la défiance de

chaque côté de deux rives qui n'ont pas lieu d'être : les administratifs et les soignants...

Apprendre à se connaître, ne pas réduire la fonction de chacun à une simple case dans un planning, ou à un titre de directeur, est une piste pour créer cette force de la différence.

Les études de médecine sont longues et souvent bien décalées des fonctions hospitalières de gouvernance qui pourront incomber aux futurs médecins. Celles des directeurs sont très souvent gérées par la voie exclusive de l'École des Hautes Etudes de Santé Publique, avec très peu de contact direct avec les soignants hormis un court stage.

La mixité pourrait commencer là, lors de l'apprentissage. Il serait tout à fait bénéfique que les internes, dans leur cursus, croisent celui des élèves directeurs. La simulation pourrait être un support particulièrement pertinent. Organiser des séances communes lors de stages hospitaliers, animées par des équipes mixtes de directeurs et médecins favorisera une culture d'entreprise partagée.

Les thèmes et scénarios à aborder ne manquent pas.

De plus par la suite, au quotidien, toute difficulté ressentie dans la gestion humaine, doit faire l'objet d'une analyse au même titre que d'autres événements indésirables hospitaliers. C'est autour de retours d'expérience et encore de leur modélisation en simulation, qu'il sera possible d'obtenir une culture d'entreprise commune, sortir de la défiance habituelle entre clans, pour se tourner vers la confiance et le respect mutuel afin de faire de nos différences une force.

¹ Team Jolokia.

² HAS Santé.

³ HAS Santé.

⁴ HAS Santé.

⁵ HAS Santé.

REGARD SUR L'HÔPITAL PUBLIC VU DU LIT

PAR

BENOÎT MOURNET
HAUT FONCTIONNAIRE

Lieu d'engagements et de passions, l'hôpital public suscite les émotions les plus vives et autant de vérités que d'expériences vécues : la vérité d'un patient guéri et pour longtemps reconnaissant, la vérité de proches en deuil pour un décès inattendu, la vérité de personnels soignants ou logisticiens, la vérité d'un interne, celle d'un cadre de santé, la vérité d'un chirurgien, d'un chercheur, la vérité d'un directeur, celle d'un syndicaliste, la vérité d'un administrateur d'une agence régionale de santé, la vérité d'un maire, la vérité de chacun d'entre nous.

Ces expressions, toutes informées par l'expertise ou l'expérience, sont des réalités. Celles-ci coexistent, se

comprennent souvent et s'affrontent parfois. Elles rendent un travail d'objectivation sans doute plus délicat encore que pour d'autres domaines de l'action publique, moins sujets aux passions. Elles traduisent aussi la réalité d'une communauté humaine riche de 201 métiers, ce qui est sa force, mais aussi son revers quand le cloisonnement médical, soignant et administratif et la logique des « corps » l'emportent sur le pilotage en

À CET ÉGARD, L'HÔPITAL N'EST JAMAIS AUSSI PERFORMANT QUE LORSQUE LE MANAGEMENT FAVORISE LE TRAVAIL EN ÉQUIPE, DÉCLOISONNE ET PRÉFÈRE L'HORIZONTALITÉ AUX SILOS. LES TEMPS DE CRISES EN OFFRENT DES EXEMPLES INSPIRANTS.

mode projet. À cet égard, l'hôpital n'est jamais aussi performant que lorsque le management favorise le travail en équipe, décloisonne et préfère l'horizontalité aux silos. Les temps de crises en offrent des exemples inspirants.

Le fil directeur des réformes de l'hôpital conduites depuis 1996¹ concerne pourtant des sujets d'organisations territoriales ou internes. Or, le temps consacré à ces questions de structures a pu détourner l'attention des managers de l'essentiel. Les patients ne connaissent en effet ni le pôle, ni la communauté hospitalière de territoire, ni les divers comités internes. De plus, les lois annuelles de financement de la Sécurité sociale définissent un Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie (Ondam) ventilé par une tarification à l'activité. Celle-ci a ses vertus mais est aussi marquée par une certaine imprévisibilité et un écart avec la dynamique des dépenses. Cela s'est traduit par des tensions sur la capacité d'autofinancement des établissements et l'accumulation d'une dette, aujourd'hui de 30 milliards d'euros, conduisant les pouvoirs publics à en proposer un refinancement par l'État. Des plans d'investissements hospitaliers tels que ceux de 2007 et de 2012 décorrélés des cycles d'exploitation des établissements ont également montré leurs limites.

La loi du 4 mars 2002 de réforme du droit des malades et de la qualité du système de santé fait figure d'exception dans ce mouvement de fond même si sa portée reste inachevée. Fallait-il que le patient ait été oublié ? La démarche de certification qualité de la Haute Autorité de Santé, parfois décriée, aide à rendre cette intention effective, et accompagne la mutation vers une culture de la sécurité et du résultat, poussée par les patients et les professionnels. Or, les failles persistantes dans la gestion des processus de soins et des fonctions supports, en un mot les insuffisances de la démarche qualité, se traduisent encore par 2,6 événements indésirables graves évitables (EIG) pour 1 000 jours d'hospitalisation chaque année², soit environ 300 000 patients touchés³. L'erreur humaine individuelle intervient certes, mais n'est pas la cause majoritaire tirée des analyses systémiques. Il serait d'ailleurs intéressant de la réactualiser, eu égard aux progrès entrepris depuis dix ans dans cette démarche. Cependant les mots du manifeste du collectif interhôpitaux⁴ énoncent autrement cette même réalité.

Aussi, la réponse aux défis de notre hôpital public ne devrait pas être abordée, d'abord et uniquement par la question des moyens ou par de nouvelles prescriptions normatives. Les patients appellent avant tout à satisfaire leurs besoins, qu'ils soient d'ordres préventifs, curatifs ou palliatifs, et les professionnels à changer de

paradigme, d'une figure du médecin héros, culpabilisatrice et lourde, à l'envie d'un travail d'équipe, humain, secondé par la technologie, au service du possible et du souhaitable. Ce changement est d'abord une affaire de mise en pratique.

Pour répondre, les managers hospitaliers, et à commencer par les directeurs d'hôpitaux, mais également les responsables médicaux et paramédicaux, devraient opérer une remise en question. Il ne s'agit bien sûr pas là d'une question de personne, ni même de compétences, mais de se reposer la question fondamentale de pour qui travaille-t-on ? Si la réponse semble a priori plus aisée pour les médecins, infirmiers, aides-soignants, logisticiens, techniciens ou les agents d'accueil, elle est devenue moins nette, en particulier pour les cadres : une infirmière travaille-t-elle pour sa hiérarchie ou pour le malade ? Un cadre travaille-t-il pour sa hiérarchie ou pour son équipe ? À cet égard, le terme « dialogue de gestion » traduit en lui-même un décalage entre celui à qui incomberait la responsabilité de gérer et celui qui fait. À mesure de l'inflation des structures, le management hospitalier est devenu parfois « méta

CERTES, DES DIRECTEURS, RESPONSABLES MÉDICAUX, OU CADRES SUPÉRIEURS DE SANTÉ S'EFFORCENT D'« ALLER SUR LE TERRAIN », CE QUI N'EST TOUTEFOIS PAS ÉQUIVALENT À « ÊTRE SUR LE TERRAIN ».

management », coupé bien que nourri par le terrain. Certes, des directeurs, responsables médicaux, ou cadres supérieurs de santé s'efforcent d'« aller sur le terrain », ce qui n'est toutefois pas équivalent à « être sur le terrain ».

Le décalage ainsi exprimé se traduit in fine par une adéquation imparfaite entre le besoin réel des usagers et le service rendu. Pour y remédier, il est possible de s'inspirer d'exemples en France ou à l'étranger ayant fait leurs preuves. L'hôpital de Valenciennes est toujours cité, à juste titre, en exemple pour avoir été au bout de la gestion de proximité. Il en est de même des centres de lutte contre le cancer dont la direction générale médicale peut faciliter la légitimité du management. Pour les plus audacieux, certains services d'hôpital pourraient même expérimenter le modèle de « l'entreprise libérée »⁵ consistant à passer d'une logique du « comment », hiérarchique, bureaucratique, adepte du commandement et du contrôle à une logique du « pourquoi » qui se désintéresse de la façon de procéder et mise tout sur le seul objectif qui compte réellement : faire plus et mieux au moindre coût pour la satisfaction de l'utilisateur. Le fonctionnement hospitalier actuel est très éloigné de ce modèle « libéré ». Si celui-ci a d'ailleurs fait plus d'admirateurs que d'émules, et s'il n'y a bien sûr pas de modèle univoque, il nous donne à penser. La perte de sens dans le monde du travail ne

touche pas seulement les personnels hospitaliers. 89 % de l'ensemble des salariés seraient aujourd'hui « non engagés » ou « activement désengagés » dans leur travail⁶. L'étaient-ils lorsque ces salariés ont entamé leur carrière ? Quelles qu'en soient les modalités, il est essentiel de retrouver un environnement hospitalier dans lequel chacun soit traité en tant qu'intrinsèquement égal et puisse se développer de sorte d'avoir envie de prendre des initiatives, de trouver des solutions et de les mener à bien.

La stratégie « Ma Santé 2022 » de « passer d'un système cloisonné, fondé sur les soins curatifs tarifés à l'activité à un système davantage tourné vers le parcours du patient, la prévention, la coordination des acteurs et des secteurs, la qualité des soins et la pertinences des actes »⁷ pose le bon diagnostic. Sa mise en œuvre passe, à mon sens, et à l'échelle de chaque établissement, par le fait de recréer les conditions de l'engagement et de l'innovation de chacun des acteurs de la chaîne de soins. Pour cela, tous les leviers de gestion (recrutements, évaluations, achats, investissements, codage) pourraient être confiés aux acteurs les plus en proximité, à l'échelle du pôle ou du service. Seuls eux peuvent effectivement gérer, au sens de maîtriser leur besoin et y affecter la juste ressource.

Le recueil de satisfaction des patients, la tenue du dossier médical, la sécurité du système d'information et de la prise en charge médicamenteuse, la sécurité d'approvisionnement et de la chaîne logistique pourraient ainsi mieux percer l'ordre du jour des comités de direction hospitaliers, dans lesquels un directeur médical devrait être présent, sans toutefois que les sujets plus classiques d'organisation territoriale, de gestion financière et de dialogue social ne soient effacés. Par ailleurs, la HAS pourrait prendre une place plus importante qu'aujourd'hui comme levier de pilotage du système de santé, en intégrant par exemple, les résultats de la certification pour réguler l'offre de soins. De même, l'opération de « reprise de dette » en cours pourrait fonder ses conditionnalités sur des critères de démarche qualité/sécurité, comme par exemple la juste prescription ou le taux de signalement des événements indésirables. Cela aurait pour effet indirect de porter l'incitation financière à la qualité, généralisée en 2016 et portée en 2019 à 200 millions d'euros par an jusqu'à 10 milliards d'euros sur quinze ans.

FAVORISER LA CULTURE DE LA QUALITÉ, DE L'INNOVATION ET DU RÉSULTAT ME PARAÎT ÊTRE AUJOURD'HUI LA PRIORITÉ.

Favoriser la culture de la qualité, de l'innovation et du résultat me paraît être aujourd'hui la priorité. Un retour d'expérience collectif et sans tabou pourrait aussi sans doute mettre en exergue la question de l'attractivité du statut de la fonction publique hospitalière, en l'état, pour certains emplois, par rapport à des CDI plus rémunérateurs dans le secteur privé non lucratif. De même, la responsabilité des médecins seniors dans l'encadrement des étudiants internes mériterait d'être évaluée au regard des différences de pratiques, entre services et entre établissements.

La crise sanitaire a invité l'hôpital, avec ses forces et ses failles, au cœur du débat public. Quasi gratuit, formant des praticiens compétents, avec un maillage territorial réel bien qu'imparfait et fort de l'investissement de ses professionnels, il donne beaucoup de raisons d'être fier. Or, le cri d'alarme lancé, avant cette crise, et ses faiblesses mises au grand jour, sont des opportunités pour réinterroger sa pratique de management. Le principe de subsidiarité devrait toujours prévaloir dans la gestion, et les managers, moins nombreux, et repositionnés en « décroiseurs » et pilotes de processus transversaux ou supports, pourraient se concentrer sur leur rôle premier de garant de la confiance et de la responsabilité de leurs équipes et de la satisfaction de ses usagers.

¹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 créant des agences régionales d'hospitalisation et des groupements de coopération sanitaire. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 relative au plan hôpital 2007 et au remplacement de la carte sanitaire par le territoire de santé. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 relative à la nouvelle gouvernance hospitalière et la tarification à l'activité (T2A). Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 de refonte du statut des établissements hospitaliers, de création des communautés hospitalières territoriales et des groupements de coopération sanitaire de moyens. Plan hôpital 2012. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, de groupements hospitaliers de territoire et d'un projet territorial de santé mentale. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, au développement d'une offre hospitalière de proximité, à la création des communautés professionnelles de territoire, à la création du projet territorial de santé (PTS) et au renforcement des GHT. Source Irdes.

² Drees N°17 2010 Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Les événements indésirables graves associés aux soins (EIG) sont définis comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Un événement indésirable évitable se définit comme un événement indésirable qui n'aurait pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue.

³ 13 millions de patients pris en charge chaque année dans les établissements de santé pour 127 M de journée hors SLD. Source Drees.

⁴ « Nous soussignés chefs de services et responsables d'unités de soins, médecins hospitaliers, cadres de santé, infirmières, aides-soignantes, sage-femmes, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, agents hospitaliers, secrétaires, assistantes sociales, etc. alertons une nouvelle fois sur l'aggravation des conditions de travail des soignants, médecins et personnels paramédicaux, entraînant une dégradation inacceptable des conditions d'accueil des patients et de la qualité des soins ».

⁵ Une entreprise libérée est une entreprise qui a supprimé tous les niveaux d'encadrement intermédiaires, et tous les niveaux de contrôles et de prescriptions pour laisser une liberté totale à ses salariés. Le concept d'entreprises « comment » transformées en entreprises « pourquoi » a été théorisé par Isaac Getz & Brian M. Carney.

⁶ Selon l'enquête Gallup de 2013 sur l'engagement des salariés, réalisée dans 9 pays, 11 % des salariés sont motivés, prescripteurs des produits et des stratégies de leur entreprise, ils créent de la valeur. 61 % sont non-engagés, ils effectuent leur tâche avec une relative neutralité, « ils viennent pour repartir ». Enfin 28 % sont activement désengagés, ils ont une vision négative de leur entreprise et vont jusqu'à lutter contre les intérêts de cette dernière.

⁷ Discours de la ministre des Solidarités et de la Santé, 13 février 2018, centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency.

LA RECHERCHE CLINIQUE À L'HÔPITAL : LES SOINS DE DEMAIN

PAR

PIERRE LOULERGUE

PRATICIEN HOSPITALIER

La recherche clinique est constituée par l'ensemble des études pratiquées sur la personne humaine afin d'améliorer les connaissances médicales et scientifiques.

La médecine est une science particulière, qui a pendant longtemps progressé grâce à des méthodes empiriques. Une culture de la médecine « fondée sur les preuves » (Evidence-Based Medicine) est apparue progressivement au XX^e siècle, avec une accélération depuis plusieurs décennies, liée notamment à la mondialisation des connaissances, à la densification des échanges internationaux et aux facilités de communication actuelles.

LA PLACE DE L'HÔPITAL DANS LA RECHERCHE CLINIQUE EST ÉVIDENTE. C'EST LE LIEU D'APPRENTISSAGE DE LA MÉDECINE PAR EXCELLENCE, NOTAMMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES.

La recherche clinique doit donc démontrer une efficacité, avec une méthodologie adaptée, avant que des thérapeutiques, ou plus largement des actions médicales, ne soient validées et fassent l'objet de recommandations officielles, nationales ou internationales. Ces recherches ne peuvent se concevoir que dans un cadre éthique strict respectant la personne humaine : elles sont soumises à l'accord de l'Agence nationale de sé-

curité du médicament et des produits de santé et d'un Comité de protection des personnes.

La place de l'hôpital dans la recherche clinique est évidente. C'est le lieu d'apprentissage de la médecine par excellence, notamment dans les établissements hospitalo-universitaires. Il y a en effet une unité de lieu entre des médecins spécialisés, des laboratoires de recherche fondamentale, des plateaux techniques de biologie ou d'imagerie et des patients. Les études cliniques sont réalisées dans les services de soins, mais les exigences de la réglementation nécessitent le plus souvent le concours d'unités spécialisées, comme les centres d'investigation clinique ou les centres de recherche clinique. Ces unités ont du personnel formé et dédié à la recherche, et participent à la réalisation des études dans le respect des Bonnes pratiques cliniques.

Les études cliniques sont un facteur de valorisation potentielle sous-exploité par les hôpitaux. Outre la valorisation financière par les promoteurs de la recherche (institutionnels ou privés) qui peut être optimisée, les hôpitaux doivent assurer une meilleure visibilité dans la valorisation scientifique (publications dans les revues scientifiques, présentations en congrès médicaux).

L'hôpital a la particularité de pouvoir être le lieu de réalisation d'études cliniques très diverses : phases de

développement du médicament (tolérance, sécurité, recherche de dose, efficacité clinique), études observationnelles, études en sciences humaines, innovation technologique (chirurgie, radiologie, biologie...) et des études dites de « preuve de concept » (réalisation d'une idée scientifique sur un nombre réduit de personnes pour démontrer sa faisabilité). Le développement de la recherche translationnelle, dite « recherche de transfert », assure le lien entre la recherche fondamentale et la recherche clinique. Elle se charge donc de trouver des applications pratiques aux découvertes scientifiques les plus récentes dans le monde de la santé.

Ce type de recherche, en plein essor, permet un transfert accéléré des connaissances et des technologies innovantes vers des applications diagnostiques et thérapeutiques, au bénéfice du patient. Elle nécessite des équipes pluridisciplinaires, de chercheurs et de médecins formés à la recherche clinique, assurant un mouvement bidirectionnel des connaissances du patient vers la recherche fondamentale et de la recherche fondamentale vers le patient.

LA RECHERCHE EST UNE DES FORCES INCONTESTÉES DE L'HÔPITAL. C'EST UN FACTEUR D'ATTRACTIVITÉ VIS-À-VIS DES JEUNES GÉNÉRATIONS QUI DEVRAIT ÊTRE DAVANTAGE MIS EN AVANT DANS UNE PÉRIODE DE DOUTE VOIRE DE DÉSAMOUR.

La création d'un véritable réseau de recherche clinique hospitalier pourrait permettre de relever les défis de demain : inclure plus de patients, plus rapidement, sans transiger avec la qualité. La concurrence dans la recherche est internationale, et notamment européenne, mais elle est aussi parfois nationale. La mutualisation des moyens dédiés à la recherche clinique dans des structures hospitalières proches géographiquement, au sein d'un Groupement hospitalier de territoire par exemple, pourrait aider des hôpitaux plus loin de la recherche à accéder à des études menées par des hôpitaux leaders dans ce domaine.

La recherche est une des forces incontestées de l'hôpital. C'est un facteur d'attractivité vis-à-vis des jeunes générations qui devrait être davantage mis en avant dans une période de doute voire de désamour. La recherche aura de plus en plus besoin de jeunes médecins capables de faire le lien entre le monde de la recherche fondamentale et le monde du soin. Percevoir les applications cliniques potentielles d'une idée scientifique, mettre en place la méthodologie adéquate pour prouver l'intérêt d'un concept, réaliser une recherche avec des patients, analyser et valoriser son étude sont autant d'éléments enthousiasmants pour un médecin. La recherche clinique de demain aura besoin de médecins passionnés, curieux et dynamiques !

COMMENT UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE SE REMOBILISE SUR UN PROJET DE TRANSFORMATION ?

PAR

LUCIEN VICENZUTTI
DIRECTEUR D'HÔPITAL

Établissement public de santé mentale de référence du territoire Rouen-Elbeuf, connu et reconnu au plan régional, le CH du Rouvray est investi de missions d'expertise et de recours. Il est un acteur incontournable de la filière psychiatrique de Normandie. Néanmoins, il fait face à une crise majeure qui met en jeu son avenir.

Le départ de 10 praticiens (dont 5 chefs de services) parmi lesquels 4 sont recrutés par la nouvelle clinique d'Yvetot constitue une alerte sérieuse pour l'établissement, dans un contexte interne parsemé de doutes et d'incertitudes depuis deux ans. Face aux menaces de la situation, l'hôpital saisit l'opportunité du nouveau projet d'établissement pour mobiliser toutes ses forces autour d'objectifs stratégiques partagés, cohérents et adaptés aux besoins de la population, dans un climat retrouvé de sérénité.

1/ Une crise sans précédent au Centre Hospitalier du Rouvray : crise sociale, perte d'attractivité médicale, absence de vision stratégique et déficit budgétaire

Premièrement, l'établissement a connu en 2018 plus de 78 jours de conflit et une grève de la faim suivie par plusieurs agents, qui a fortement ébranlé l'image de l'établissement et divisé la communauté hospitalière. Malgré la signature d'un protocole d'accord de sortie de crise en juin 2018, sa mise en œuvre est demeuré

complexe. Les 30 postes supplémentaires alloués par l'ARS de Normandie n'auront pas permis de résoudre les deux problèmes à l'origine de la crise sociale : la sur-occupation des lits d'hospitalisation et la nécessité de créer une unité pour adolescents de 10 lits.

Deuxièmement, l'établissement fait face à une crise préoccupante de son attractivité médicale. Suite à une première vague de départs de praticiens il y a deux ans, qui a entraîné la dissolution d'un pôle adulte sur les trois existants, une seconde vague sévit ces derniers mois avec le départ de 10 praticiens dont 4 pour la clinique d'Yvetot, sans compter les 4 départs à la retraite prévus en 2020 (sur un effectif global de 100 praticiens), marquant ainsi une rupture sans précédent.

Troisièmement, au plan financier l'établissement n'est pas sous-doté budgétairement, loin de là, mais ses marges de manœuvre se sont réduites ces dernières années, au point de compromettre le financement des projets et des investissements à venir.

Quatrièmement, le CH du Rouvray ne possède pas de projets d'établissements ni de projets collectifs pour donner du sens aux travail des équipes. Depuis la fin du projet d'établissement 2013-2017 (dont de nombreux projets n'ont pas été mis en œuvre faute de lisibilité sur leur financement), l'hôpital a tardé à relancer

sa démarche stratégique dans un contexte qui exigeait pourtant d'être attentif aux contraintes de travail des équipes médicales et soignantes dans la prise en charge des patients : augmentation de l'activité (file active), augmentation des durées d'hospitalisation, manque de solutions d'aval pour les séjours longs.

DÉSORMAIS L'ENJEU EST DE TRANSFORMER CET ÉLECTROCHOC EN FORCE MOTRICE POUR RELEVER LES DÉFIS D'AUJOURD'HUI ET PRÉPARER L'HÔPITAL DE DEMAIN.

Enfin dernièrement, l'hôpital a été ébréché par la visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) en octobre 2019, qui a non seulement condamné les deux problèmes à l'origine de la crise sociale (sur-occupation des lits et hospitalisation des adolescents, dans des conditions indignes), mais aussi dénoncé d'autres dysfonctionnements importants impactant fortement la dignité et les droits fondamentaux des patients, à savoir : le non-respect de la réglementation relative aux mesures d'isolement à n'utiliser qu'en dernier recours, la liberté d'aller et venir des patients, le droit à l'information des patients. Les personnels ont été profondément heurtés par l'impact médiatique de la publication de ces recommandations.

Désormais l'enjeu est de transformer cet électrochoc en force motrice pour relever les défis d'aujourd'hui et préparer l'hôpital de demain.

2/ D'abord passer de la parole aux actes

Dès l'annonce des recommandations en urgences de la CGLPL, le CH du Rouvray a su remettre en question ses pratiques et établir un plan d'action d'amélioration à court et moyen terme :

- Les 31 lits supplémentaires (utilisés dans des conditions indignes) ont finalement été fermés entre janvier et mars 2020 ;
- Une action est engagée avec l'ARS, le Département 76, la MDPH et les structures médico-sociales afin de réduire les hospitalisations inadéquates en psychiatrie et orienter une trentaine de patients vers des structures médico-sociales ;
- À cet effet, le CHR va mettre sur pied une équipe mobile handicap qui viendra en soutien des établissements accueillant les patients porteurs d'un handicap psychique ;
- Le dispositif interne de gestion des flux de patients a été réactivé au mois de janvier pour prévenir les

hospitalisations, faciliter les sorties et réduire les durées de séjour. Son efficacité avait déjà été démontré en 2018 mais il avait été malheureusement stoppé ;

- Des équipements améliorant l'accueil des patients dans les unités intra ont été recensés et commandés ;
- Des groupes de travail ont été mis en place sur les thèmes de l'isolement et des contentions, la liberté d'aller et venir des patients, l'information des patients sur leurs droits et l'ouverture et la sécurisation du site ;
- Le projet d'humanisation des chambres d'isolement sera accéléré et les travaux sont planifiés sur 2 ans avec une aide financière de l'ARS de 1 million d'euros ;
- Enfin le ministère de la Santé a validé le projet de création de l'unité de 10 lits dédiée à la prise en charge des adolescents de plus de 13 ans. L'établissement bénéficie d'un accompagnement de l'Agence régionale de santé finançant 10,5 postes sur les 36 postes nécessaires au total pour mettre en service cette unité. Celle-ci ouvrira en novembre 2020, à l'issue d'une réorganisation interne qui implique notamment le redéploiement d'une unité adulte de 15 lits.

3/ Saisir l'opportunité du projet d'établissement pour remobiliser l'hôpital

Le directoire a validé le cahier des charges d'une mission d'expertise et d'accompagnement du Centre Hospitalier du Rouvray à l'élaboration de son projet d'établissement. Suite à un appel d'offres un prestataire a été retenu. La définition d'orientations stratégiques partagées et cohérentes est l'effet nécessaire afin de guider l'action des professionnels pour les 5 années à venir et adapter les organisations aux besoins de la population, autour de eux priorités :

- Dépistage et prise en charge précoce des maladies mentales ;
- Réhabilitation psychosociale et réinsertion des patients.

**SUR CHACUN DE CES POINTS IL
CONVIENDRA COLLECTIVEMENT DE SE
DEMANDER : QUELLES SONT NOS VA-
LEURS ? C'EST QUOI LA PSYCHIATRIE
DANS 20 ANS ? ET LES USAGERS DANS
TOUT ÇA ? ET NOUS LES PROFESSION-
NELS ?**

Un véritable plan de transformation attend l'hôpital avec à la clé la trajectoire du retour à l'équilibre financier :

- Mettre au cœur la qualité, la sécurité des soins et le respect des droits des patients ;
- Refonder les organisations en profondeur pour amorcer le virage ambulatoire qui est aussi un virage inclusif ;
- Investir des moyens dans les territoires et développer les coopérations avec les partenaires médico-sociaux, sanitaires, ainsi que la coopération ville-hôpital.

Sur chacun de ces points, il conviendra collectivement de se demander : quelles sont nos valeurs ? C'est quoi la psychiatrie dans 20 ans ? Et les usagers dans tout ça ? Et nous les professionnels ? Dans sa démarche l'hôpital a fait le choix d'une large implication des personnels et des équipes dans la définition des projets des pôles et du projet de prise en charge des patients.

Aussi, l'accent sera mis sur la responsabilité car il faudra :

- Prendre en compte les contraintes financières et réglementaires ;

- Proposer des réorganisations audacieuses et courageuses ;
- Identifier les investissements prioritaires et solliciter des financements extérieurs ;
- Procéder à des arbitrages budgétaires, dans la transparence et la concertation, car l'hôpital ne pourra pas tout faire.

On soulignera enfin l'importance du projet social avec un volet médical et un volet non-médical. Seul le dialogue permettra de trouver une meilleure régulation entre les exigences de l'organisation de l'hôpital (qualité, réglementation, équilibre financier) et celles des personnels hospitaliers (formation, reconnaissance, conditions de travail). Il convient de redonner du sens au travail en cernant mieux les missions de l'hôpital, dans un objectif partagé de qualité des soins et de qualité de vie au travail. Malgré les difficultés financières qui pèseront, il sera alors plus acceptable de négocier l'allocation des ressources aux contraintes du travail, notamment en prévenant les risques professionnels et les risques psychosociaux en particulier, à partir de la prise en compte des situations de travail. L'hôpital doit retrouver la voie de la cohésion interne et de l'attractivité s'il veut recruter les compétences dont il a besoin.

Au bout du compte le Centre Hospitalier du Rouvray peut démontrer sa capacité à transformer ses organisations et proposer une offre de soins de proximité et de recours, pertinente et de qualité, pour répondre aux besoins actuels et émergents en santé mentale. Entre-temps, l'épidémie de Covid-19 a mis en pause cette démarche de projet lancée en début d'année. Néanmoins des initiatives ont été prises et augurent de l'état d'esprit nouveau dans lequel les acteurs internes veulent désormais travailler ensemble. Deux exemples emblématiques :

- Les contraintes du confinement ont permis aux pôles de psychiatrie de limiter les hospitalisations et de garder le lien social et de soigner à distance grâce au développement sans précédent des téléconsultations, sans constater d'intolérances ou de décompensations préoccupantes chez des patients ;
- La perspective du déconfinement pose avec acuité la nécessité d'évaluer avec les Partenaires sociaux du CHSCT les risques professionnels afin de garantir la qualité et la sécurité de la reprise des activités.

Un début encourageant.

LE SYSTÈME FRANÇAIS FACE AU COVID : UNE REDISTRIBUTION DES RÔLES DES ACTEURS

PAR

LOÏC MONDOLONI

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER
ANTOINE LACASSAGNE À NICE

La crise sanitaire que le monde vient de traverser est présentée comme un évènement historique. L'épidémie de COVID-19 a provoqué une interruption brutale de l'ensemble du système de santé, la période ayant été qualifiée de « guerre ». En temps de guerre, nous revenons à l'essentiel en évinçant l'ensemble des dispositifs et structures superflus ou excessifs. Il faut profiter de cette expérience inédite pour tirer les leçons nécessaires.

La première leçon porte sur l'identification des vraies autorités en santé. Trois niveaux sont apparus de manière évidente :

- L'État aura été l'institution de régulation, de contrôle, de financement, d'organisation vers lequel chacun s'est tourné pour comprendre, apprécier, ou critiquer. La place de l'État n'est pas contestable et il aura fallu qu'il soit présent, qu'il pilote et qu'il structure un système de santé à adapter en un temps record ;
- Les Agences Régionales de Santé, structures sanitaires déconcentrées, sont désormais connues de l'ensemble de la population française. Chacun comprend leur rôle et sait qu'elles veillent à la déclinaison régionale de la politique sanitaire nationale ;

- Les maires et Présidents de Métropole auront été soucieux de veiller aux intérêts et à la bonne prise en charge de leurs administrés. Ils ont été des relais indispensables des problématiques locales auprès des Préfets.

La seconde leçon porte sur les moyens : en temps de guerre, on se limite à ceux dont on a besoin pour assurer l'essentiel, et force est de constater qu'ils sont simples :

- Les hommes et les femmes, professionnels de santé, auront montré leur courage, leur force et mis un terme à l'ensemble des tergiversations relatives à l'intelligence artificielle, aux big data ou à la médecine du futur. Il faut un médecin, une infirmière, une aide-soignante pour s'occuper d'un malade, de près ou de loin : une personne dotée de compétences, d'un savoir-faire et d'une intelligence sachant adapter la prise en charge à chaque

LE NUMÉRIQUE AURA CONNU SA CONSÉCRATION : UNE TRANSFORMATION INÉDITE S'EST DÉROULÉE EN UN TEMPS RECORD, AVEC LA MISE EN PLACE DE SYSTÈMES DE TÉLÉSAINTÉ QUI AURONT PERMIS D'ASSURER L'ADAPTATION DES PRATIQUES, DÉVELOPPER DE NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE, ET PERMETTRE AUX PATIENTS DE CONSERVER UN DISPOSITIF DE SUIVI À DISTANCE.

situation particulière. Ce sont des métiers à reconnaître, à valoriser, et il faut espérer que cette période de reconnaissance unanime se traduira par une politique de transformation et de développement des métiers, des compétences, et des carrières ;

- Les Groupements Hospitaliers de Territoire auront été des structures logistiques essentielles pour les établissements de santé, tandis que les ARS et leurs Délégations Territoriales auront été les interlocuteurs directs de la médecine de ville et de l'ensemble des autres structures de santé pour fournir les moyens sollicités (médicaments, masques, solutions hydro-alcooliques...) ;
- Le numérique aura connu sa consécration : une transformation inédite s'est déroulée en un temps record, avec la mise en place de systèmes de télé-santé qui auront permis d'assurer l'adaptation des pratiques, développer de nouveaux modes de prise en charge, et permettre aux patients de conserver un dispositif de suivi à distance. L'investissement dans le numérique devra se poursuivre et être encouragé dans le cadre de l'évolution de la relation patient-soignant.

La troisième leçon porte sur les structures sanitaires : l'hôpital est reconnu comme lieu de prise en charge

indispensable aux situations critiques. C'est avec ceux qui sont à ses côtés, et avec lesquels la chaîne de prise en charge et les parcours ne sont pas clairement définis, que les difficultés les plus grandes ont été rencontrées.

Les EHPAD ont connu une véritable catastrophe sanitaire que chacun a eu l'impression de découvrir tardivement. Leur intégration dans un dispositif sanitaire à restructurer s'impose, et c'est sans doute la priorité à définir dès à présent si nous voulons réellement évoluer collectivement pour un meilleur système de santé.

Les professionnels de santé de ville se sont trouvés délaissés, parfois isolés, ne retrouvant plus leurs patients. On souhaitait faire appel à eux, sans véritablement savoir ni comment, ni dans quel cadre. L'avenir nous dira si cette période de confinement aura créé de vrais drames pour les prises en charges connexes au COVID pour des patients qui n'ont pas pu ni voulu se faire soigner. Si les taux de mortalité auront évolué de manière importante, c'est qu'il y aura eu des dommages collatéraux importants. Si tel n'est pas le cas, ce sera la démonstration que des patients qui jusque-là allaient à l'hôpital n'avaient rien à y faire.

HÔPITAL HORS LES MURS : LE LIEN VILLE- HÔPITAL

PAR

AXELLE FRUCTUS

ÉLÈVE DIRECTRICE D'HÔPITAL,
PROMOTION NICOLE GIRARD-MANGIN 2019-2020 À L'EHESP

Alors que notre société se trouve repliée sur elle-même, confinée dans les appartements et les maisons, l'hôpital incarne mieux que jamais auparavant ce lieu d'accueil inconditionnel et universel.

L'épidémie de COVID-19 accélère l'évolution des conditions de cet accueil. Elle nous pousse aujourd'hui à donner une traduction nouvelle, encore plus concrète aux notions d'hôpital hors les murs, de liens ville-hôpital. Ce faisant, elle est une opportunité d'inscrire davantage le soin dans la ville et de favoriser l'inclusion de nos patients.

Elève-directrice d'hôpital, j'ai la chance de faire mon stage de direction, pendant la gestion de la crise du COVID-19, dans un établissement de 4^e ligne assurant entre autres des activités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de psychiatrie.

L'hôpital dans la ville avant le COVID-19

La psychiatrie et les SSR n'ont pas attendu le confinement pour construire des projets de soins au plus près du lieu de vie des patients. En effet, ces deux filières de soins disposent de plusieurs modalités de prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète à l'hôpital : hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques (CMP), centres d'activité thérapeutique à temps partiel

(CATTP), visites à domicile (VAD), équipes mobiles, hospitalisation à domicile (HAD)...

LES PATIENTS NE SONT PLUS DES MALADES, CONFINÉS DANS LES ASILES DU XIX^E SIÈCLE, LOIN DU REGARD DE LA SOCIÉTÉ, MAIS DES CITOYENS, DES MEMBRES À PART ENTIÈRE DE LA SOCIÉTÉ.

Ces différents outils permettent de réduire la distance entre l'hôpital et le lieu de vie du patient, en faisant intervenir l'hôpital dans la ville au plus près de ses patients. Les soignants délivrent leurs soins dans ces lieux-antennes de l'hôpital comme au domicile des patients. L'hôpital n'est donc plus uniquement ce lieu de soins assimilé à une ville dans la ville, mais bien un lieu de soins inscrit dans la ville. Les patients ne sont plus des malades, confinés dans les asiles du XIX^e siècle, loin du regard de la société, mais des citoyens, des membres à part entière de la société.

Repenser la conciliation du projet de soin et du projet de vie du patient grâce au COVID-19

L'épidémie du COVID-19 rebat les cartes. Elle nous pousse à nous rapprocher davantage du patient. Les équipes de psychiatrie, de pédopsychiatrie, de SSR ou encore d'HAD de rééducation, d'abord déstabilisées par la fermeture partielle des structures ambulatoires, ont mis en place de nouvelles modalités de suivi : per-

manences téléphoniques, programmes de VAD lorsque des soins sont indispensables, téléconsultations via des applications web, vidéos de rééducation, visites d'équipes mobiles ou dans le cadre de l'HAD.

Les chefs et cadres de pôle avec l'ensemble des équipes de la direction ont travaillé de concert pour maintenir l'accès aux soins, dans des délais particulièrement réduits. Créer des protocoles de prise en charge des patients à leur domicile tout en garantissant la sécurité sanitaire des soignants, ouvrir des lignes téléphoniques pour assurer les permanences téléphoniques...

Avec la crise, d'autres filières de soins s'approprient ces pratiques extrahospitalières et proposent à leurs patients de nouvelles interactions comme des téléconsultations avec les futurs parents ou encore des vidéos pour répondre à leurs questions posées précédemment sur les réseaux sociaux.

En sortant le soin de ses murs, l'hôpital contribue, aujourd'hui plus que jamais, à changer le regard sur nos patients mais aussi notre perception de la maladie, des patients et du personnel hospitalier.

ET SI L'HÔPITAL PUBLIC AVAIT ASSEZ DE MOYENS !

PAR

JEAN-PIERRE DEWITTE

ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL
DU CHU DE POITIERS

Depuis quelques mois de nombreuses voix, syndicats, collectifs, coordinations, s'élèvent pour réclamer plus de moyens pour l'hôpital public. La demande est à vrai dire floue : plus de moyens pour le fonctionnement quotidien, pour investir, ou pour les acteurs eux-mêmes et en premier lieu les médecins et infirmiers ? Dans mon propos, j'écarterai la problématique de l'investissement dont l'insuffisance peut provenir de multiples causes comme par exemple des choix inconsidérés, des emprunts exagérés, ou des déficits d'exploitation... Je ne traiterai pas non plus de l'organisation de l'offre publique sur le territoire, pour me focaliser sur le fonctionnement interne de l'hôpital.

Il faudrait donc un ONDAM à plus de 4 % et supprimer la tarification à l'activité responsable de tous les maux, système pourtant plébiscité à la fin du budget global. Le problème est tout autre, même si la revendication salariale me paraît justifiée, mais prioritairement pour les rémunérations les plus faibles : aides-soignants, ouvriers qualifiés, adjoints administratifs...

Oui, l'hospitalisation publique est correctement financée dans notre pays ; il suffit de voyager pour au retour plébisciter notre système de santé et son accessibilité ; il suffit d'avoir conscience que chaque Français peut accéder à des traitements coûteux comme les transplantations, la réanimation ou à des traitements très coûteux

dépassant, à l'année, plusieurs centaines de milliers d'euros pour un seul individu.

Avant de réclamer des moyens nouveaux, pouvons-nous apporter la preuve que collectivement et individuellement nous utilisons au mieux nos ressources. Comment expliquer que des hôpitaux publics, CHU inclus, soient en excédent année après année depuis plus de 20 ans et que d'autres soient en déficit constant alors que les règles sont les mêmes pour tous ?

L'équilibre financier s'obtient sous certaines conditions, du dialogue, de la décision, de l'organisation, du contrôle.

- Sommes-nous persuadés d'avoir redistribué nos ressources humaines en fonction de l'évolution des durées de séjour des patients ?
- Sommes-nous convaincus d'avoir suffisamment développé les activités de chirurgie et de médecine ambulatoires ?
- Avons-nous chaque fois que possible priorisé le domicile : ne pas hospitaliser, quitter l'hôpital dès que possible médicalement, hospitaliser à domicile ?

- Sommes-nous certains d'organiser le parcours du patient ou continuons-nous à lui proposer des séquences répétées de soins ?
- Nos services médicotechniques sont-ils organisés en fonction des besoins des services cliniques et des attentes des patients ?
- La complémentarité entre services d'urgence et services cliniques est-elle optimisée ?
- Avons-nous vérifié que nos services logistiques et hôteliers sont qualitativement et financièrement compétitifs avec le secteur privé ?
- Notre priorité quotidienne est-elle la qualité de la prise en charge coordonnée ou n'est-ce qu'une préoccupation à la veille d'une expertise de la Haute Autorité de Santé ?

IL FAUT DONC COMBATTRE LE CONSERVATISME HISTORIQUE DES ACTEURS HOSPITALIERS ET SURTOUT ORGANISER UN DIALOGUE ASSOCIANT EN MÊME TEMPS LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES QUI DOIT PERMETTRE AUX INSTANCES DIRIGEANTES DE DÉCIDER ET DÉCIDER RAPIDEMENT TOUJOURS DANS L'INTÉRÊT PREMIER DU PATIENT.

- Considérons-nous que la cotation de l'activité est une responsabilité médicale ?
- Ne valorisons-nous pas trop souvent ce qui est spécifique avant de privilégier ce qui nous réunit ?
- Nous considérons-nous comme propriétaires des moyens ou dépositaires de crédits collectifs que nous devons optimiser ?

Derrière chacune de ces assertions, il est possible de proposer des actions très concrètes qui ont fait leur preuve. Cette liste n'est pas exhaustive, si nous pouvons répondre par l'affirmative à toutes ces interrogations, alors il sera temps de s'interroger pour savoir si nous manquons de moyens.

Cela nécessite d'être convaincus que « ce ne sont pas les espèces les plus fortes et les plus intelligentes qui survivent mais celles qui savent changer », il faut donc combattre le conservatisme historique des acteurs hospitaliers et surtout organiser un dialogue associant en même temps les différentes catégories professionnelles qui doit permettre aux instances dirigeantes de décider et décider rapidement toujours dans l'intérêt premier du patient.

L'HÔPITAL PUBLIC CARREFOUR DES DONNÉES DE SANTÉ SUR UN TERRITOIRE : L'OPPORTUNITÉ D'UNE « SOLI- DATA-RITÉ »

PAR

PR PIERRE-ANTOINE GOURRAUD

FACULTÉ DE MÉDECINE
À L'UNIVERSITÉ DE NANTES

Sous la double influence de l'effondrement du coût de collecte de l'information, et, de la rupture quantitative qui nous confronte à des masses de données de plus en plus conséquentes, le monde de la santé semble encore hermétique à la transformation numérique qui pourtant change en profondeur tous les secteurs de la société. Le secteur industriel notamment a déjà intégré une modification, parfois radicale, de ses procédés, des modes de gouvernance d'entreprises et de l'organisation interne grâce et à cause des fameuses « data ».

Une première explication est certainement à trouver dans l'intentionnalité des données de santé. De manière assez spécifique, les données destinées à alimenter la réflexion de la recherche biomédicale et de l'innovation, sont dans la très grande majorité des cas, pensées a priori et collectées « pour » la recherche. Au contraire, quand on analyse des données a posteriori, on la recycle. La donnée de santé est produite, « par et pour » le soin sans prendre en compte, qu'elle pourrait être réutilisée. En santé, on ne réfléchit pas le futur du soin avec des données « recyclées ». Pourtant la recherche sur données de « vie réelle », fussent-elle médico-administrative a de beaux jours devant elle.

Une autre explication est la force quasi-inconsciente du « primum non nocere » du serment d'Hippocrate. Cette injonction à « d'abord ne pas nuire » traverse les siè-

cles et irradie jusqu'à nos pratiques informatiques sur la donnée de santé. Nos soignants et nos institutions cherchent d'abord à « ne pas nuire au caractère absolument confidentiel des données de santé ». Cette injonction prime sur le partage et la ré-analyse de données sensibles qui bénéficieraient à toute la collectivité.

À L'ORIGINE, LES DONNÉES SONT CELLES DU PATIENT, MAIS C'EST UN SOIGNANT QUI Y CONTRIBUE. C'EST UNE INSTITUTION QUI LA CONSERVE. ET, CE SONT DE « DATA SCIENTISTS » QUI L'EXTRAIENT ET LA POLISSENT. LA VALEUR DE LA DONNÉE DE SANTÉ EST DONC LA RÉSUULTANTE D'UNE LONGUE CHAÎNE DE CRÉATIONS DE VALEUR.

Et pourtant, on voit de nombreux établissements de santé, notamment des hôpitaux universitaires, structurer la gouvernance et l'exploitation de leurs données issues du soin par l'entremise d'un service dédié. Que l'on n'y voit un prolongement des Centre d'Investigation Clinique (CIC) sous la forme d'une pratique renouvelée de l'épidémiologie, que l'on crée un « Centre des Données Cliniques », ou bien comme au CHU de Nantes, une « Clinique Des Données », c'est bien la prise de conscience de la valeur des données issues du soin qui est en question. La notion même « valeur des données » qui doit nous interroger. Les données de soins ne peuvent être rédui-

tes à la valeur marchande d'un « patrimoine » individuel ou commun. Une conception plus complexe est nécessaire. Il faut mettre en évidence la multiplicité des contributions qui donnent de la valeur aux données en la transformant. À l'origine, les données sont celles du patient, mais c'est un soignant qui y contribue. C'est une institution qui la conserve. Et, ce sont de « data scientists » qui l'extraient et la polissent. La valeur de la donnée de santé est donc la résultante d'une longue chaîne de création de valeur.

Cette multiplicité permet de souligner l'émergence d'une valeur décuplée quand les données sont croisées entre plusieurs sources. Par exemple, le croisement des données entre un CHU et le réseau SOS Médecins est manifeste à cet égard : SOS Médecins est aveugle sur le devenir des patients en son aval, et, de manière symétrique, le CHU est aveugle sur l'amont des données d'un patient qui ultimement lui échoit. Dans tout épisode épidémique saisonnier ou dans la crise du COVID-19 : ne pas croiser ces sources de données revient « à ce que la première ligne de défense ignore la dernière... »

Que ce soit dans l'exemplarité des pratiques transactionnelles associées aux données puisqu'elles sont sensibles et issues d'un patient, ou, par les enjeux de concertation entre les sources et les responsabilités qui s'appliquent, le domaine de santé nous donne une

vision claire sur la hiérarchie des enjeux associés aux données : la gouvernance prime sur le réglementaire qui conditionne la technique et détermine la valeur décisionnelle. Dans cet ordre, seul émergera une nouvelle dimension de solidarité dans le système de santé : une solidarité qui passe par le partage de l'information, respectueuse de chacun et au service de tous, une soli-data-rité.

LES RAISONS D'ESPÉRER - SE TRANSFORMER ENSEMBLE

PAR

MARIE-GEORGES FAYN

FONDATRICE DE RÉSEAU CHU ET DE RÉSEAU HÔPITAL & GHT
PHD EN SCIENCES DE GESTION ET MAÎTRE DE CONFÉRENCES
À L'UNIVERSITÉ DE TOURS

L'hôpital public est un « trésor national¹ » auquel les Français tiennent tout particulièrement. Cet attachement est motivé par les valeurs républicaines d'égalité d'accès aux soins que garantit la solvabilité de tous et par la qualité des prises en charge prodiguées par les équipes réputées pour leur excellente formation médicale et soignante. Mais ce bien commun est menacé. Pris dans un carcan financier et réglementaire, l'hôpital ne fait plus rêver et peine à recruter ; une crise endémique semble le dévorer. Mais pour ses défenseurs qui sont encore légions le pire serait de renoncer. Au cours des dernières décennies, l'hôpital a montré sa capacité à évoluer. Les alternatives existent, plus nombreuses qu'il n'y paraît... Parfois, ce n'est qu'une question de posture.

Mon expérience professionnelle en communication santé et mon travail académique sur l'empowerment des patients plaident pour l'instauration de nouveaux modèles de concertation à déployer tout particulièrement lorsqu'il est question de restructurer l'offre de soins sur un territoire.

Balise urbaine vers laquelle affluent les secours, les premiers ou les derniers recours, l'hôpital a tissé des liens étroits avec chacun d'entre nous et tout changement d'ampleur dans son organisation impacte notre existence. Ainsi, en cas de fermeture de service de chirurgie

ou de maternité, tout le monde en subira les conséquences. D'abord, les patients directement touchés à savoir les futurs opérés ou les parturientes ainsi que leurs proches et leur médecin traitant. Mais ces fermetures vont aussi avoir une incidence sur l'activité économique, la démographie et le rayonnement de la ville. C'est pourquoi, avant toute décision de restructuration, une concertation s'impose. Mais pas de ces « caricatures » de concertation au cours desquelles une assemblée d'initiés valide des décisions prises en amont. Celles-ci ne réussissent qu'à exacerber les divergences, au risque de déclencher la colère d'une population qui va se mobiliser pour bloquer la décision, tenter de déstabiliser le pouvoir ou mettre en cause sa légitimité.

Non, une vraie concertation est à inventer avec les citoyens et en premier lieu, ceux qui seront le plus affectés. Dans notre exemple, les personnes dont l'opération était programmée et les futurs parents. Or, cette rencontre n'est jamais proposée parce que les responsables partent du principe que la concertation se réduira à une confrontation ; arguant qu'aucune communauté ne su-

UNE VRAIE CONCERTATION EST À INVENTER AVEC LES CITOYENS ET EN PREMIER LIEU, CEUX QUI SERONT LES PLUS AFFECTÉS.

pporte de voir réduire l'offre de soins sur son territoire. Surtout si celle-ci est présentée comme inéluctable, si elle s'inscrit dans le cadre d'un recul permanent du service public et si cette décision s'impose du fait de l'autorité du décideur. Il est vrai qu'ainsi asséner le projet ne peut qu'entraîner une opposition.

Mais la maturité et la bonne volonté aidant, il est possible de voir les choses autrement. Commencer par imaginer qu'un autre postulat de départ peut être adopté par ceux qui ont le pouvoir, la direction de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'hôpital. En effet, personne ne maîtrise toutes les dimensions d'un problème, ni toutes ses conséquences tout particulièrement dans le secteur complexe du sanitaire, du médico-social et du développement local. D'où la nécessité d'organiser au préalable une réflexion avec les patients qui se trouvent en première ligne. La concertation se déroulera sur des bases objectives ; le problème sera posé : ses motifs, les choix possibles avec leurs avantages et leurs limites ; chacun sera appelé à en imaginer d'autres, de meilleures et à les exposer aussi. La réunion sera modérée par un opérateur indépendant ; le compte rendu rédigé à l'issue de la rencontre sera soumis aux participants puis diffusé à l'extérieur. Gageons qu'à partir de ce premier échange, l'intelligence collective ouvrira de nouvelles voies comprenant des solutions innovantes,

des contreparties, des rééquilibrages, qu'il faudra étudier et affiner en commun.

Entre temps, il sera possible de développer une écoute

sociale active sur les réseaux sociaux afin de saisir les visions alternatives qui y sont exposées, de mieux entendre les préoccupations et les opinions minoritaires. La couverture médiatique de la question sera également suivie. Un espace sur Internet pourra être ouvert pour rendre compte des différentes voies explorées et favoriser l'expression libre. Ces efforts d'écoute et de co-construction éviteront les tentatives de manipulation. Ils pourront être rappelés à l'heure des décisions collectives prises cette fois-ci avec l'ensemble des parties prenantes.

Cette démarche conduite avec les usagers, suppose qu'au préalable, en interne, un dialogue ait pu s'instaurer avec les équipes des services dont la pérennité est menacée et qui logiquement doivent être les premières averties. Là aussi, l'intervention d'un tiers médiateur extérieur aux cadres hiérarchisés et contraints des instances hospitalières facilitera les échanges. Il pourra

CETTE DÉMARCHE CONDUITE AVEC LES USAGERS, SUPPOSE QU'AU PRÉALABLE, EN INTERNE, UN DIALOGUE AIT PU S'INSTAURER AVEC LES ÉQUIPES DES SERVICES DONT LA PÉRENNITÉ EST MENACÉE ET QUI LOGIQUEMENT DOIVENT ÊTRE LES PREMIÈRES AVERTIES.

—

aider les participants à remettre en question leurs modèles et à en inventer de nouveaux. Pour anticiper ces moments de tension, précurseurs de crise, la gouvernance pourrait quant à elle, se doter en amont d'une cellule recherche-innovation en management, chargée d'assurer une veille internationale sur les questions de restructuration hospitalière, d'en restituer les enseignements et de penser la transformation des services de santé en lien étroit avec les territoires.

L'évolution de l'hôpital en services plus légers et proches peut être l'occasion d'écrire un nouvel acte de démocratie locale en construisant un pouvoir en commun. L'enjeu est ambitieux : il requiert la conception de nouveaux modes de concertation qui respectent à la fois les besoins de santé des populations, les principes de lutte contre les inégalités et les contraintes financières. Un exercice forcément ardu et qui appelle de nouvelles compétences d'écoute, de médiation, de benchmarking, d'empowerment et surtout une volonté de se transformer ensemble.

¹ Discours d'Agnès Buzyn devant les Sénateurs lors de l'étude du budget 2020 de la Sécurité Sociale. Mardi 12 novembre 2019.

ANALYSE

À l'origine cet ouvrage se voulait un cri de cœur des hommes de terrain pour défendre et promouvoir une institution critiquée et critiquable mais qui porte depuis des siècles un projet de société et une vision humaine de l'organisation sociale. En demandant à une quarantaine d'acteurs de l'hôpital de nous apporter leur libre contribution à la rédaction de ce « livre blanc », le CRAPS souhaite alimenter la réflexion collective engagée à côté ou aux côtés des corps constitués ou représentations qui ont légitimement leur mot à dire dans ce débat. La production de cet ouvrage à plusieurs mains sera une pierre de plus apportant un regard sur la propre vérité de chacun à côté d'un discours institutionnel ou syndical représentatif. Cette complémentarité des approches devrait faire progresser la réflexion et pourquoi pas la décision.

La méthode utilisée génère cependant trois éléments de complexification :

- La diversité des écritures et des productions. La réalité est plurielle et chacun apporte sa part de vérité à une complexité reconnue de tous ;
- La tendance parfois d'un témoignage trop auto-centré, les difficultés de sortir de sa propre expérience même si au terme figurent des idées

utiles et des réflexions qui ont été reprises par les experts ;

- L'incidence du Covid alors que le projet est bien antérieur a parfois influencé des contributions qui restent marquées par une référence à la crise.

Les principaux mots clés qui reviennent le plus souvent sont : confiance, responsabilité, souplesse, adaptation à travers le principe de mutabilité du service public, nouveaux territoires et coopération institutionnelle comme entre métiers. Ces principes dynamiques et positifs répondent en miroir aux termes passésistes et négatifs contenus dans les contributions : lourdeur, bureaucratie, méfiance, silos, rigidité statutaire. D'autres principes apparaissent moins souvent mais sont tout aussi importants comme innovation, diversité et transversalité. Eux, répondent à routine, fermeture, hospitalocentrisme, non-évaluation, autisme institutionnel... autres maux relevés et révélés dans ces textes.

Sur le fond quelques éléments de réflexions :

- L'absence de moyens est très rarement évoquée ce qui démontre la vérité première qu'une bonne réforme passe plus par les acteurs motivés que par les moyens alloués. Un texte produit par l'ancien

Président de la conférence des DG de CHU va jusqu'à poser la question provocatrice de « trop de moyens ? ». Curieusement, la question des moyens est peu abordée comme si les acteurs savaient que le problème n'est pas PLUS mais COMMENT et peut-être POUR QUOI. Comme d'habitude, nos réflexes, nos habitudes et pour tout dire notre culture dans un élan pavlovien ont provoqué une inflation tout à la fois d'accusations et de demandes urgentes d'argent pour remédier rapidement aux insuffisances constatées. La France dépense autant que l'Allemagne pour sa santé par rapport au PIB. Il serait donc plus mature de se pencher sur les axes d'amélioration de nos organisations de soins, afin que les moyens promis viennent consolider une dynamique et non maintenir des organisations dénuées ou des gestions déficitaires. L'annonce du Président de la République le 25 mars dernier en direct de Mulhouse, « l'engagement que je prends ce soir pour eux et pour la nation tout entière c'est qu'à l'issue de cette crise un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières sera construit pour notre hôpital » a suscité des espoirs qui ne se concrétiseront que dans l'investissement d'un modèle nouveau. Le danger est réel d'arroser le sable ou tout simplement se retrouver comme le décrit fort bien Jean de la Fontaine dans la fable

« la Laitière et le pot au lait » comme « Gros-Jean comme devant » ;

- Une autre constante la forte place des contributions ressources humaines avec les mots clés qui reviennent sans cesse : attractivité, fidélité, autonomie, collectif et interdisciplinarité. La revendication d'une identité professionnelle repose sur un mouvement multiple :
1. L'attachement à un référent commun, à des valeurs qui participent à une morale collective de l'appartenance dans un socle de principes communs qui permettent aux acteurs de se reconnaître mais également de se sentir reconnus ;
 2. Le refus de voir la santé comme un marché libéral par nature, la recherche du profit comme de l'équilibre budgétaire sont ici rejetés et la terminologie utilisée par le Président de la République « quoi qu'il en coûte » revient à l'ancien paradigme « la santé n'a pas de prix... » oubliant le principe de réalité : mais elle a un coût !
 3. S'ajoute également le sentiment que la réalité notamment technologique ne suit pas la reconnaissance professionnelle. L'exemple du retard pris par la France dans le développement

des infirmières praticiennes est révélateur de l'incapacité à remodeler les frontières entre médecins et soignants ;

4. L'attractivité des métiers hospitaliers est au cœur de la recherche de la performance. Pour les contributions de nos hospitaliers, la rémunération ne résoudra pas la problématique sans une valorisation et reconnaissance. Cette refonte des métiers comme des sphères de compétences et donc la délimitation de terrains de compétences partagées supposera une refonte de la formation, la valorisation de tutorat comme la validation des acquis et des compétences. La révision de la nomenclature des actes médicaux avec ses enjeux financiers de rémunération est inéluctable. Dans la gestion quotidienne des ressources humaines, l'ensemble des contributions évoque plus qu'un hôpital agile qu'un centre hospitalier prisonnier de ses cadres et statuts. La phrase de Jean Monnet « rien ne se crée sans les Hommes, rien ne dure sans les Institutions » présente ici toute sa signification ;
- Le territoire est donné gagnant sans que soit bien défini sa structure et sa dimension. Il existe plusieurs territoires entre celui de la proximité, celui de l'appel et celui de l'expertise. La performance passe par une articulation entre ces

territoires permettant d'assurer un continuum de prise en charge. De même, il ne faut pas que les territoires conduisent à la création de structures supplémentaires engendrant de nouveaux frais de gestion. Entre la direction commune et la fusion des établissements il faut laisser libre les acteurs de ces territoires conjuguer unité et autonomie dans des formules innovantes. La taxonomie de l'intérêt : « utile, nécessaire, indispensable » peut se révéler un outil puissant d'aide à la décision. La redistribution des cartes entre l'État, l'ARS, le CH et les Pôles médicaux apparaît comme une autre constante. La recherche d'un nouvel équilibre entre les acteurs externes comme internes s'impose dans la majorité des écrits. La détermination des nouvelles frontières entre les acteurs suppose que soit acté le principe de subsidiarité avec le corollaire de la responsabilité et de l'évaluation. Faute de mettre en œuvre les principes d'une véritable déconcentration il y a un risque de précipiter la gestion hospitalière dans la décentralisation alors que la santé est bien perçue par tous comme un enjeu national ;

- Une vision plus transversale et globale du soin. Le soin est présenté dans sa globalité intégrant prévention, recherche, personnes âgées, éducation, diététique, filières de prise en charge. Notre système de santé reste une juxtaposition de structures

indépendantes, de professionnels, de modes de financement, souvent concurrentiels. De la même façon de nombreuses contributions et notamment la seconde fait état d'une santé globale, la crise du Covid a démontré l'absurdité d'un système en tuyaux d'orgues et l'enchevêtrement des structures comme d'une conception étroite de la santé ;

- Un oubli, un seul texte traite la transformation numérique et en fait un vecteur de changement. Les technologies numériques, encore sous-utilisées dans le secteur de la santé en France, sont souvent présentées comme des outils d'amélioration de l'efficacité notamment par une meilleure information entre les acteurs mais aussi une évaluation de la qualité et la sécurité de notre système de santé. Deux questions se posent : les acteurs après les échecs répétés du dossier médical hospitalier informatisé ont délibérément sauté ce choc de l'innovation ou inversement ils ont intégré dans leur analyse cette nouvelle donne et la considérant comme inéluctable elle n'apparaît donc pas sujette à débat ? Le CRAPS dans son dernier ouvrage sur l'intelligence artificielle a fait apparaître les impacts sur les systèmes de Protection sociale que ce soient le back office, le big data, la robotisation de l'acte chirurgical ou plus concrètement la mutation des

métiers de biologistes ou radiologues comme la création de nouveaux métiers.

Sur ces points de travail on peut distinguer en méthodologie trois points :

- Ce qui relève de la puissance publique : édicter des règles simples qui permettront à la confiance, à la coopération de s'exercer. Autrement dit, et c'est une vraie gageure pour la technostructure médico administrative, d'accepter de lâcher prise et de réduire drastiquement les règles de gouvernance imposées (sauf celles qui obligent à coopérer). Revenir à l'esprit (et sans doute à la lettre) de l'amendement libéré, et donc assouplir les règles de composition des instances, laisser la liberté pour l'organisation interne (pôles ou services), supprimer les quotas, (sous toutes formes) d'accès à certaines responsabilités comme autoriser un CH à se transformer en ESPIC ;
- Ce qui relève du niveau régional : les territoires sont perçus comme un moyen de concilier l'unité de la politique de santé et la diversité des réalités mais également de faire vivre la démocratie sanitaire en associant les élus. L'introduction d'une dose significative de régionalisation dans les ARS (co-nomination du Directeur Général

d'ARS entre l'État et le Président de la Région/ participation des élus régionaux au conseil de surveillance) va de pair à une co-décision de la Région aux investissements (confier l'immobilier aux Régions. Confier la présidence des CHU aux Présidents de Région permettrait de mieux articuler les CHU entre eux mais également déterminer des niveaux de compétences différenciées aux territoires. Les GHT sont considérés comme un progrès mais insuffisant. Le choix de la fusion des entités ou d'un management unique des GHT se pose. La régionalisation est souvent présentée comme un moyen de participation accrue des établissements de santé au tissu économique (prise de participation dans des start-up, dans les sociétés de valorisation...);

- Ce qui relève du registre de la méthode : passer d'une culture de la norme à celle du contrat. La généralisation des appels à projets (ou appels d'offres) pour tous les projets territoriaux, indépendamment du statut des acteurs (établissement public, privé, exercice libéral...). La démultiplication des projets article 51 comme la définition contractuelle du parcours patient répondent à un objectif : celui de l'autonomie et de la diversité. La réforme de l'hôpital ne peut être qu'une combinaison de facteurs, une faible partie relevant de la loi et de la norme, une

partie non négligeable du management et de la compétence des acteurs, et enfin de la culture de la collaboration, avec coordination des activités et coopération des acteurs, qui semble avoir fait un grand pas pendant la crise du Covid.

L'attaque du Covid selon la terminologie guerrière a modifié le quotidien professionnel de chacun et celui de toute l'organisation hospitalière comme de notre système de santé. Si les activités industrielles, commerciales... ont été pratiquement à l'arrêt, nos hôpitaux ont connu une pression forte. En moins de quatre mois, un virus a réussi à réduire au confinement la moitié de l'humanité, révélant avec éclat les distorsions des pratiques et discours médicaux mais également, étouffant toute critique ou débat à la recherche d'une vérité révélée se prétendant indépassable. On a souvent entendu - à chaque grande crise - que les choses ne seraient plus jamais comme avant et on a vu aussi, souvent et comme fatalement, que bien peu de changements advenaient. Pourtant voici que l'on assiste, dans la dispersion de ce confinement, à l'expression forte d'un nouveau désir de commun, un peu comme si chacun de nous, ébranlé dans ses habitudes, s'efforçait de sortir de l'espèce de somnambulisme où l'avait plongé la croyance selon laquelle nous avons le meilleur système de santé du monde avec en corollaire son impudente dogmatique. Des contributions, il en ressort après une lecture critique

Hôpital : les idées des acteurs

des experts, des propositions formant un tout qui n'a pas pu être hiérarchisé. En effet la complémentarité des contributions a conduit à proposer un modèle d'ensemble eu égard à la complexité de l'exercice et à son équilibre : comment hiérarchiser entre autonomie, contrat et financement. De l'expertise collective il en ressort les propositions suivantes.

PROPOSITIONS

La santé constitue aujourd'hui un élément majeur du volet social du Pacte républicain basé sur une Sécurité sociale et une organisation du système de soins conciliant service public et activité privée. La Protection sociale doit faire face aux trois risques qui la menacent : un déficit budgétaire non maîtrisé malgré des présentations comptables hasardeuses dénoncées par le dernier rapport de la Cour des comptes, une organisation des soins non centrée sur le malade et une absence de reconnaissance des professionnels de santé. La crise du Covid n'a fait qu'accélérer la prise de conscience d'une nécessaire réforme mais également d'une reconnaissance par une valorisation des rémunérations. À l'heure où le débat doit se construire autour et au-delà du Ségur de la santé, le CRAPS a souhaité apporter les points de vue des acteurs de terrain analysés par un groupe d'experts. Les contributions reflètent une réalité quotidienne difficile mais démontrent aussi une volonté et une capacité des acteurs de participer à la construction d'un nouveau modèle. En ouvrant le débat sur le Ségur de la santé, les pouvoirs publics ont le devoir de ne pas décevoir mais également de ne pas promettre ce que l'on ne peut pas donner durablement. En appelant plus de 40 acteurs hospitaliers à apporter leurs contributions, cet ouvrage se veut être également une contribution au débat. La construction de ce nouveau modèle reposerait sur un triptyque : trois principes, cinq niveaux de décision et neuf propositions fonctionnelles.

Les principes communs aux contributions et aux analyses des experts reposent sur trois mots :

Autonomie, dans la mise en œuvre d'une stratégie de santé fondée sur la construction partenariale : respect des règles, et des cahiers des charges mais liberté des acteurs. En contrepartie, le rôle de reporting et d'évaluation de la qualité des soins comme des résultats.

Contractualisation, trop de textes tuent l'action, trop de structures ou de niveaux de décision empêchent l'initiative. Préférer des formules contractuelles, à des règles nationales suppose deux conditions : faire confiance aux acteurs et accepter une diversité des situations, conditions qui s'opposent à une tradition jacobine égalitaire et uniforme par son caractère réglementaire.

Alliance, facteur de décloisonnement, interprofessionnalité et fluidité. Cette alliance entre public et privé, entre secteur libéral et institutions, entre métiers de santé doit s'élargir aux malades acteurs de leur santé comme aux élus représentant des intérêts locaux.

L'analyse des contributions conduit à articuler ces trois principes sur cinq niveaux d'organisation dont le cinquième plus virtuel mais utile au projet.

Au niveau national, il faut distinguer les opérateurs de la politique de celui qui l'a définie. Pour ce faire, le ministère de la Santé et le Parlement auraient la charge de définir le Plan National de Santé, le cahier des charges des opérateurs, mais ils resteront en dehors de leur mise en œuvre. Il est urgent de faire du principe de subsidiarité la base de la gouvernance et d'interdire le pouvoir d'évocation par l'échelon supérieur des décisions prises par l'échelon inférieur. Ce procédé facilite les remontées et conduit à court-circuiter l'action des cadres intermédiaires. Ce procédé qui permet au cabinet d'un ministre d'intervenir auprès de l'ARS comme pour cette dernière de s'immiscer dans la gestion d'un établissement ou d'un directeur dans la gestion d'un pôle peut conduire à des situations de blocage et empêcher toute initiative.

Au niveau régional, la mise en œuvre opérationnelle du Plan National de Santé sera confiée aux ARS dont l'autonomie sera renforcée et garantie par des élus ou représentants des acteurs présents dans les instances. Afin de mieux adapter l'offre de soins aux besoins, élus, patients et professionnels seront associés aux décisions de l'ARS.

Au niveau territorial, le projet de Santé de territoire implique tous les acteurs de la santé. Le cadre territorial facilite le décloisonnement de la ville et l'hôpital des

professionnels de santé des établissements de soins et des professionnels de santé libéraux. Le territoire est le lieu privilégié du développement de la « culture parcours-patient ». Il est le lieu où le professionnel de santé, médecin et paramédical de pratiques avancées deviennent ensemble le pivot central dans l'offre de soins. Ils seront incités à s'engager dans les réflexions territoriales, source d'ouverture et de coopération. La restructuration des plateaux techniques se fera selon des critères d'activités et de qualité en laissant au territoire une large autonomie dans la proposition de répartition de ces activités avec la participation des usagers. Le débat sera parfois difficile entre le désir de proximité et l'exigence d'une plus grande sécurité et expertise mais faute de débat citoyen toute mesure apparaîtrait comme technocratique alors même que les malades par leur déplacement démontrent qu'ils choisissent toujours en priorité la compétence. Le développement des alternatives à l'hospitalisation sera largement encouragé grâce aux liens réciproques et partagés entre la médecine de ville et l'hôpital.

Au niveau des établissements publics, les GHT pourraient être soit des personnes morales soit des organisations de management (direction commune) conjuguant l'unité de la décision et l'autonomie de gestion avec une délégation de gestion des établissements concernés intégrant les pôles médicaux.

À défaut d'une structure nouvelle, la nécessité d'un management territorial s'impose et n'interdit pas une décentralisation et une autonomie de gestion par site. Cette organisation devra conduire à une refonte des CHU qui sont à la fois des centres hospitaliers de proximité, d'appels et d'expertise. Cette graduation doit valoriser les centres d'excellence à l'exemple des IHU qui doivent permettre de disposer de structures à finalité nationale avec un objectif européen. À ce volet doivent s'ajouter les établissements privés qui pourraient être associés dans un territoire avec un établissement public comme l'exemple du pôle de Carpentras.

Un cinquième niveau a été développé celui de la transversalité, qui doit permettre un fonctionnement du modèle sur une base dynamique et ouverte et non en tuyaux d'orgues.

Les propositions fonctionnelles retenues par les experts sont au nombre de 9.

Proposition 1. Un service public ouvert.

La crise a permis de relever une réalité : la santé doit désormais être considérée dans toutes ses dimensions, sanitaires certes, mais aussi en lien avec les situations économiques et sociales, le travail, l'environnement, l'urbanisme, l'éducation et tout ce qui a un impact sur la santé. La prévention comme la réadaptation - soins de suite - doivent être massivement investies. La volonté de devenir une nation de santé publique suppose que l'on puisse conjuguer égalité des soins et diversité des situations : le besoin d'horizontalité et le refus d'un modèle vertical s'imposent. Notre système de santé reste une juxtaposition de structures indépendantes, de professionnels, de modes de financement, dont les objectifs et les modèles économiques, sont aux mieux parallèles, mais trop souvent concurrentiels. La segmentation des acteurs se retrouve à tous les niveaux du champ sanitaire et social. Tout incite à une vision plus ouverte et libérée de l'hôpital mais aussi du système de santé où les acteurs travaillent dans une logique du soin perçue en un continuum de prises en charges.

Cette segmentation du champ sanitaire est confortée, aggravée par la coexistence (non pacifique) de plusieurs statuts rigides pour les salariés : ceux de la fonction publique hospitalière, de l'université, des hôpitaux privés à but non lucratif, des centres de lutte contre le cancer, des hôpitaux privés à but lucratif, et les

règles conventionnelles des professionnels de santé libéraux. Cette segmentation statutaire est assortie d'un différentiel de revenus considérable pour certaines professions et spécialités. L'absence d'un minimum de vision partagée et de véritable communauté de projets rend impossible le pilotage de cet ensemble. La somme des intérêts individuels ne crée pas d'intérêt commun et ne peut pas être considérée comme satisfaisante dans un domaine marqué par des externalités collectives et des économies d'échelles considérables : il faut ouvrir le service public sur la base de cahiers des charges définissant le besoin et d'une offre respectant les principes du service public.

Cette ouverture passe par une refonte du monopole de la mission de service public en ouvrant cette possibilité aux ESPIC et aux établissements privés sur la base d'un cahier des charges territorial impulsé par l'ARS et géré au niveau territorial. Cette règle doit concerner à la fois les actions de prévention, de soins généraux, de réadaptation comme les activités de pointe ou de recherche. Réformer l'hôpital public sans repenser notre système de santé c'est continuer un fonctionnement en silos alors que la crise actuelle a démontré, une fois encore, que nous avons besoin de tous les acteurs. N'envisager que la réforme de l'hôpital sans impliquer la médecine de ville, nous conduira aux mêmes erreurs que par le passé. La complémentarité entre l'hospitalisation

publique et l'hospitalisation privée sera favorisée, en reconnaissant à cette dernière la possibilité d'exercer des missions de service public. La notion de service public doit s'ouvrir et changer de paradigme pour s'inscrire dans une notion de service au public... La répartition des activités entre acteurs définie par leurs compétences et pas uniquement par leurs statuts doit être la règle. Pour cela cette collaboration - comportant la coordination des activités et la coopération entre les acteurs - devra être initiée par les territoires et devra prendre en compte les besoins de la population en reposant sur des critères de qualité.

Proposition 2. Revoir la géographie des territoires afin de les faire coïncider aux réalités de vie (intercommunalité et district) au lieu et place des frontières départementales. Ces nouveaux territoires devront s'articuler autour des établissements disposant des activités d'expertise. Ces activités de référence seront basées sur des équipes reconnues qui contractualiseront avec les équipes des autres territoires voisins. Le territoire disposant d'un CHU doit pouvoir contractualiser avec les autres territoires. Il convient de fixer une date limite (31 décembre 2021) aux GHT pour fusionner ou se délier et permettre aux GHT nouvellement constitués de se transformer s'ils le souhaitent en ESPIC. L'association des élus sur la

base régionale pour les CHU et départementale pour les GHT doit être affirmée. Cette association doit se concilier avec le respect des cahiers des charges édictés au niveau national et déclinés au niveau régional mais également de cadre à la politique d'investissement (voir supra). Cette stratégie territoriale passe par la définition de filières et parcours de soins (voir supra).

Proposition 3. Ouvrir le statut national des personnels actuels en créant en parallèle un contrat unique pour tous les professionnels de la santé, dont les médecins, quel que soit leur lieu d'exercice. Le statut de temps partiel sera commun pour tous. Pour ceux qui souhaiteraient travailler à temps complet à l'hôpital, il leur sera proposé un contrat de travail complémentaire prenant en compte la spécificité du travail et l'engagement du professionnel. Cette réforme autour d'un socle unique, traduction d'un engagement commun aux exigences de la santé et d'une partie contractualisée, rejoindra la proposition de rémunérer l'exercice libéral sur une partie forfaitaire et une partie variable liée à l'activité. Il ne s'agit pas de supprimer le statut (attention aux propositions qui, par les anticorps générés, font plus de mal que la maladie) mais d'ouvrir une voie contractuelle à côté du statut en commençant par les cadres (administratifs, soignants, médicaux).

Trois idées à travailler et à élargir aux autres métiers hospitaliers :

- Refonder le statut des temps plein hospitaliers en temps partiel à statut identique pour tous et un volet contractuel pour les 50 % intégrant les différences d'activité, la spécificité des métiers et l'engagement du médecin dans le projet de l'hôpital. Le personnel médical serait composé de temps partiel simple, de temps partiel incomplet pour attirer les anciens vacataires qui font aujourd'hui défaut dans les relations médecine de ville et hôpital (soit 1/4, 1/3, 1/2 d'un temps partiel) et de temps plein ayant une double situation de praticien hospitalier à temps partiel et de contractuel ;
- Créer une troisième voie de recrutement à côté du temps plein, du temps partiel, la voie contractuelle laissée libre à chaque hôpital au moment de la vacance de poste ;
- La validation des acquis et des compétences doit être un axe de complémentarité de sélection. À côté de la voie traditionnelle d'une sélection classique fondée sur les diplômes et des parcours universitaires, doit émerger une reconnaissance des parcours cliniques. Ceci concerne aussi bien les cadres de santé cloisonnés par les Instituts de Formation des

Cadres de Santé (IFCS) que les PUPH sélectionnés par un parcours initiatique défini par le Conseil National des Universités (CNU) ou les directeurs d'hôpitaux exclusivement sélectionnés par le biais de l'EHESP. Il faut ouvrir l'accès aux postes de cadres de santé, médicaux et administratifs, à ceux qui ont fait preuve d'une pratique clinique et de gestion. Il faut ouvrir la carrière universitaire à ceux qui par leurs parcours et travaux méritent une telle reconnaissance indépendamment ou pas de disposer d'une thèse de science. Plus concrètement aujourd'hui les PUPH sont universitaires avec un complément hospitalier, peut-t-on imaginer des PUPH principalement hospitaliers avec une valence universitaire ?

Ce projet repose sur les mots de souplesse et de fluidité par définition opposé au statut et au fonctionnement linéaire.

Proposition 4. Refonder la réforme de la gouvernance comme des missions des CHU à travers leur dimension territoriale mais également leur niveau d'expertise. À partir d'un schéma établi dans chacune des régions par les ARS, les conseils régionaux et les CRSA, devront construire une organisation de recherche et de soins de recours

permettant une complémentarité entre acteurs en fonction des réalités de la géographie hospitalière de chaque région. Redécouper les trois AP de Paris, Lyon et Marseille en CHU autonomes supervisés par une holding ou structure souple de coordination afin d'alléger leur structuration administrative et leur donner plus d'agilité mais aussi de coordination avec les autres structures privées ou publiques et disposant dans ces grandes villes des potentiels de recherche et de santé de qualité.

Proposition 5. Remettre « l'amendement liberté » comme la base de la gouvernance hospitalière : l'établissement de santé s'administre librement selon les choix de gouvernance arrêtés par son conseil de surveillance sur proposition du directoire. La généralisation des contrats d'activités et la possibilité de donner aux pôles une autonomie de gestion. Cette problématique de la gouvernance prend ses racines dans quatre travers profonds de la décision publique en France :

- La politique des conseils ou « comment ne pas décider ». À l'hôpital entre le conseil de pôle, le directoire, le CHSCT, la CME, le CLIN le CTE, où la décision est-elle prise ?... Avec le GHT, on rajoute un échelon aux instances actuelles ;

l'éternelle hésitation entre le pouvoir d'un patron et la polysynodie ;

- La propension à vouloir tout gérer dans un cadre unique avec des textes uniformes entre l'AP-HP et les petits CH sur la base d'un principe égalitaire posé en dogme ne favorisant pas l'adaptation de la gouvernance aux réalités de terrain ainsi qu'aux hommes. L'égalité des droits n'implique pas l'uniformité des règles ;
- L'oubli des acteurs de terrain au profit d'échelons supplémentaires qui au nom d'une meilleure transversalité ou d'une prétendue économie d'échelle globalisent le problème et empêchent les acteurs de terrain de gérer à leur niveau. Combien a-t-on créé de postes de cadres supplémentaires dans les hôpitaux ? L'exemple de l'intercommunalité dans le regroupement des collectivités locales est révélateur d'un pays qui ajoute souvent des structures sans en supprimer.

Proposition 6. Reconnaître les professionnels,
c'est revaloriser le travail avec une triple incidence :

- Ouvrir pour tous un développement et une diversification de carrière sur une base

professionnelle. La valorisation des acquis comme la professionnalisation des métiers d'encadrement s'impose. À titre d'exemples, les soignants, médico-techniques et rééducateurs, doivent pouvoir être reconnus par la validation des acquis et des compétences comme praticiens experts, les transporteurs sanitaires en véritables métiers de santé... mais aussi les praticiens libéraux dans une reconnaissance universitaire dont le statut de professeur associé offre une opportunité. La nécessité de disposer de temps plein à l'hôpital est la réponse au principe de continuité mais ce principe n'a pas pour obligation de disposer uniquement de praticiens temps plein. Si la réforme Debré a contribué à faire venir des compétences à l'hôpital public, elle doit aujourd'hui faire venir des cliniciens dans les CHU et CH qui forment les futurs professionnels de santé. À côté des PUPH, qui sont des universitaires ayant une fonction hospitalière, on pourrait imaginer des PHPU qui seraient des praticiens disposant d'une valence universitaire. Cela permettrait d'intégrer des praticiens ayant des compétences affirmées sous la forme de professeurs associés ;

- Revoir l'organisation des métiers de la santé en faisant de la réforme de la nomenclature des actes un moyen de revoir les nouvelles frontières et zones

de complémentarités entre les métiers de soins. La fluidité du parcours professionnel doit faire écho à la fluidité exigée pour le parcours du malade ;

- Ouvrir les fonctions de direction aux professionnels de santé en faisant de l'EHESP une école de promotion.

Ces propositions touchant le volet universitaire et de formation, il conviendrait d'élargir le Ségur de la santé à un Descartes des métiers de santé.

Proposition 7. Financer toutes les institutions et acteurs sur une base forfaitaire et une base d'activité... Les rémunérations des professionnels de santé doivent évoluer pour être en phase avec l'augmentation des pathologies chroniques, induisant le fonctionnement en parcours de soins et l'exercice pluridisciplinaire comme la qualité de prise en charge. À côté d'une rémunération intégrant ces volets, ne convient-il pas de réfléchir à un financement mixte (part fixe réglementaire et part variable contractuelle) généralisé pour tous les acteurs ? Le paiement à l'acte, avec une ouverture combinée vers des espaces de liberté tarifaire, est consubstantiel de la médecine dite libérale. Il n'est pas contradictoire de le panacher avec un financement spécifique aux activités

d'intérêt général comme la prévention ou la prise en charge de parcours notamment pour les pathologies chroniques et la réadaptation. À tout financement doit correspondre une évaluation des actions comme des équipes, ce qui suppose la transparence de l'activité. L'exemple du retard français dans les seuils d'activité est révélateur de la difficulté à admettre que si l'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent le financement des activités notamment de référence (à l'exemple des greffes) doit intégrer une politique de régionalisation des actes risqués ou complexes.

Proposition 8. Repositionner la gestion des ARS en faisant de ces dernières des administrations de mission en confiant aux territoires des tâches de gestion en interdisant les remontées des décisions par le biais du pouvoir d'évocation cité plus haut. Cette tendance naturelle qui met les directeurs généraux des ARS sous le pouvoir hiérarchique des membres du cabinet a son parallèle entre le directeur d'un centre hospitalier et les membres de direction de l'ARS. Il a pour incidence de paralyser l'action des opérateurs en confondant pouvoir de tutelle et pouvoir hiérarchique. La généralisation du principe de subsidiarité et l'interdiction de cette pratique administrative doivent permettre pour chaque acteur de connaître sa sphère de compétences et au sein de celle-ci de rester autonome. Les ARS doivent être

des régulateurs des projets territoriaux en édictant des cahiers de charges en devenant des administrations de mission. L'allègement des contraintes réglementaires passera par une simplification et une réduction du nombre de directions et de sous-directions des ARS incluant des compétences déléguées aux territoires. Les ARS seront encouragées à recruter pour ces missions les acteurs de terrain ayant une expérience à l'exemple des ex-chefs de pôle ou ex-Président de la CME, mais aussi de cadres de santé et directeurs des soins, dont les connaissances du terrain et institutionnelles sont grandes en lieu et place de chargés de mission.

Proposition 9. Ouvrir et développer la recherche : la recherche hospitalo-universitaire doit garantir aux Français l'accès aux meilleurs soins et à l'innovation. La recherche médicale ne peut pas être écartelée entre l'université, l'INSERM qui se rapproche de plus en plus de la recherche fondamentale du CNRS, et une direction des hôpitaux qui utilise le financement de la recherche, comme une variable permettant d'ajuster les déficits des CHU. Au niveau national, une restructuration des trop nombreux organismes de recherche et une clarification des rôles de chacun sont indispensables. En outre, il s'agit de régionaliser et de contractualiser la politique de la recherche avec l'appui des Conseils Régionaux, tout en développant les IHU qui deviendraient le volet national et européen de cette

politique. Dans le budget hospitalier, l'autonomie des crédits de recherche et leur non-fongibilité permettraient de clarifier le financement et de prioriser la recherche.

Élargir la recherche sur une base de médecine sociale et paramédicale permettrait de prendre en compte les multiples volets du soin. Enfin le volet européen de la recherche s'impose par l'intermédiaire des IHU mais aussi par la définition d'une politique de partenariat entre les CHU français et CHU européens. Cette ouverture passe par une contractualisation avec les écoles d'ingénieurs voire de sciences (mathématiques, informatiques ou de gestion) en faisant du niveau régional le cadre territorial d'une stratégie ouverte.

Changer de paradigmes est plus important que trouver des moyens supplémentaires.

La santé doit s'intégrer dans un ensemble plus large intégrant les sciences du vivant.

La santé doit partir des besoins et d'une démarche ascendante.

La santé doit se décliner dans le quotidien des malades comme dans la vie professionnelle de tous les acteurs.

La crise actuelle peut être un vecteur de transformation de notre organisation de la santé mais présente deux risques réels. Le premier consiste à exiger plus de sécurité et donc plus de normes et plus de contrôles alors que l'autonomie et le contrat sont plébiscités dans les contributions. Le deuxième est de résumer le débat sur des moyens nouveaux avec un énième plan quantitatif. La prochaine réforme serait de redonner de l'élan, du dynamisme dans les cœurs des acteurs en dégagant des marges et surtout des règles de jeu dynamiques donc du sens. En somme, cette transformation que nous appelons de nos vœux, c'est de rendre plus efficace notre système de santé dans l'intérêt des patients. Selon la formule de Gresham sur la monnaie transposée à notre sujet : « les mauvaises règles chassent les bons acteurs », l'objet de toute réforme devrait donner de l'élan dans les cœurs et faciliter l'initiative. Le projet qui se dégage de ces textes repose sur quatre axiomes :

- *Plus de confiance.* La responsabilisation des acteurs, des médecins dans la gestion de leurs services, comme des gestionnaires dans la définition de la stratégie de leur établissement, suppose que l'on inscrive comme principe de base dans toute réforme, le principe de subsidiarité qui induira plus de liberté. Le prix à payer pour plus d'autonomie étant la responsabilité mais aussi l'évaluation comme l'intéressement (positif et négatif). Cette

confiance doit être élargie aux malades acteurs de leur santé et aux élus représentant les intérêts locaux. Cela supposera plus de pédagogie et plus de transparence ;

- *Plus du courage.* La contradiction entre une exaltation pour le progrès médical comme technologique et la volonté de garder les mêmes organisations, le même statut, reflète une réalité humaine : la peur du changement qui s'oppose à toute évolution. Le maintien de rentes de situation ou de droits acquis, le jeu des pouvoirs seront des obstacles d'autant plus forts qu'ils revêtiront l'habit de l'intérêt du malade ;
- *Plus de liberté.* Car la France reste marquée par une tradition jacobine par des réformes toujours pensées à Paris et dans un cadre unique garant d'une égalité virtuelle des acteurs. La décentralisation de l'action n'interdit pas la définition d'une politique nationale de santé déclinée selon les réalités de terrain. Comment respecter l'unité du service public corollaire du principe d'égalité des usagers et la diversité des réalités comme des acteurs ? À cette question, la réponse doit intégrer que liberté n'est pas synonyme d'inégalité sous réserve qu'un cahier des charges organise cette liberté ;

- *Plus d'engagement* dans une dynamique de long terme ; la santé ne peut être l'enjeu de débats politiques, ou d'une stratégie électorale (nationale ou locale) c'est un enjeu politique au sens noble avec un volet dépense mais aussi recette, valeur ajoutée pour la nation. La définition d'une politique de santé au niveau national, l'autorisation d'un équipement ou d'une activité dans un territoire doit dépendre du besoin de santé et non d'enjeux à court terme. C'est la dynamique du projet national qui donnera du sens à l'action des acteurs.

Enfin, en cette période de crise économique si la santé n'a pas de prix... elle suppose un financement durable et une gestion équilibrée ! Préservons cet héritage commun, ne sombrons pas dans des facilités oratoires qui nous exposeraient à de nombreuses déconvenues ! Notre projet ne se veut pas « LE » modèle mais « un » lanceur de pistes de réflexions et de travail... À vous de travailler.

1. UN SERVICE PUBLIC OUVERT

2. REVOIR LA GÉOGRAPHIE DES TERRITOIRES

3. OUVRIR LE STATUT NATIONAL DES PERSONNELS

4. REFONDER LA RÉFORME DE LA GOUVERNANCE COMME DES MISSIONS DES CHU

5. REMETTRE « L'AMENDMENT LIBERTÉ » COMME LA BASE DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE

6. RECONNAÎTRE LES PROFESSIONNELS

7. FINANCER TOUTES LES INSTITUTIONS ET ACTEURS SUR UNE BASE FORFAITAIRE ET UNE BASE D'ACTIVITÉ...

8. REPOSITIONNER LA GESTION DES ARS

9. OUVRIR ET DÉVELOPPER LA RECHERCHE

LES MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

PR ALAIN BERNARD

CHEF DU PÔLE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE AU CHU DE DIJON

DR RACHEL BOCHER

PSYCHIATRE AU CHU DE NANTES

PR FRANCIS BRUNELLE

PROFESSEUR DE RADIOLOGIE À L'HÔPITAL NECKER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

DR DOMINIQUE BURONFOSSE

GÉRIATRE AU CH DE QUIMPERLÉ

YVES COTTRET

CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ
ANCIEN CHEF DE CABINET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

PR JEAN-MICHEL DUBERNARD

CHIRURGIEN, DÉPUTÉ HONORAIRE ET ANCIEN PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DES
AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

JACQUES LÉGLISE

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'HÔPITAL FOCH

OLIVIER MARIOTTE

PRÉSIDENT DE NILE

BENOÎT PÉRICARD

DIRECTEUR NATIONAL SANTÉ ET SECTEUR PUBLIC DE KPMG

JEAN-PAUL SÉGADE

PRÉSIDENT DU CRAPS
ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AP-HM

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE P.5

CONTRIBUTIONS P.11

NORBERT NABET P.12

THÉO KLARGAARD P.18

SOPHIE ALBERT & ANTOINE LABRIÈRE P.22

STÉPHANE PARDOUX P.34

CÉDRIC ARCOS P.44

STÉPHANE CHATENET P.52

YOLANDE OBADIA & SERGE BORSA P.58

MATTHIEU GIRIER P.64

D^R SIMON RENUCCI P.68

YANN LE BRAS P.76

D^R DIDIER ZANINI P.86

BASTIEN RIPERT-TEILHARD P.92

JULIEN TIPHINE P.96

JEAN-PAUL SÉGADE & D^R DOMINIQUE BURONFOSSE P.102

P^R EUGÉNIO ROSSET P.108
LUCIEN VICENZUTTI P.114
ALAIN DE HARO P.120
AURORE DUPONT-WESTPHAL P.128
THOMAS RULLEAU P.132
SÉBASTIEN HIDALGO P.136
PIERRE-HENRI HALLER P.144
ANTHONY VALDEZ P.150
FLORIAN TAYSSE P.156
ALEXIS BATAILLE P.164
MARIE-LAURE LUMEDILUNA P.174
GUILLAUME WASMER P.180
PATRICK CHAMBOREDON P.190
D^R DOMINIQUE BURONFOSSE P.194
DENIS FRÉCHOU P.202
SOPHIE JOLIMAY P.208

FRÉDÉRIC FORSANS P.214
ALEXANDRE DREZET P.220
D^R JEAN-MARC LE GAC P.226
BENOÎT MOURNET P.234
PIERRE LOULERGUE P.246
LUCIEN VICENZUTTI P.252
LOÏC MONDOLONI P.262
AXELLE FRUCTUS P.268
JEAN-PIERRE DEWITTE P.272
PIERRE-ANTOINE GOURRAUD P.278
MARIE-GEORGES FAYN P.284

ANALYSE P.291

PROPOSITIONS P.305

PARTENAIRES

Aneo
www.aneo.eu

Association pour le Prêt d'Appareillage aux Malades Paralysés (APAMP)
www.apamp03.fr

Avenir Mutuelle
www.avenirmutuelle.com

Bioméga Services
www.biomega.fr

Cegedim Insurance Solutions
www.cegedim-insurance.com

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
www.chicreteil.fr

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM)
www.cmim.ma

Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH)
www.cneh.fr

CPAM de Paris
www.ameli.fr

CPAM des Hauts de Seine
www.ameli.fr

Droits des Non-Fumeurs (DNF)
www.dnf.asso.fr

Enedis
www.enedis.fr

Fédération Hospitalière de France (FHF)
www.fhf.fr

GMF
www.gmf.fr

Groupe nehs
www.nehs.com

Groupe Vyv
www.groupe-vyv.fr

Gustave Roussy
www.gustaveroussy.fr

Hôpital Foch
www.hopital-foch.com

Institut National d'Assurance Maladie (INAM) du Togo
www.inamtogo.com

Klésia
www.klesia.fr

La France Mutualiste
www.la-france-mutualiste.fr

Mutuelle Civile de la Défense (MCDef)
www.mcdef.fr

Mutualité de la Fonction Publique Services (MFP Services)
www.mfp-services.fr

Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)
www.maee.fr

Mutuelle Générale de la Police (MGP)
www.mgp.fr

Mutualité Sociale et Agricole (MSA)
www.msa.fr

Novo Nordisk
www.novonordisk.fr

Organisation Internationale du Travail (OIT France)
www.ilo.org

Santé Mobilité Services
www.santemobilite.com

Syndicat des Biologistes
www.sdbio.eu

Unéo
www.groupe-uneo.fr

Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL)
www.unapl.fr

Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)
www.uspo.fr

YCE Partners
www.yce-partners.fr

OUVRAGES

5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle Protection sociale !
Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné
Octobre 2015

Le Livre Blanc
Novembre 2012

CAHIERS

L'intelligence artificielle : un défi pour la Protection sociale - Début
d'une réflexion
Mars 2020

Territoires de santé : de nouvelles frontières
Juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu
Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
Décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]
Avril 2017

Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à l'heure
de la révolution numérique
Mars 2017

Un quinquennat pour retrouver une ambition française contre le
tabagisme
Mars 2017

Quelle politique mener ? [Addiction à l'alcool]
Mars 2017

Quatre stratégies pour maîtriser la dépense [Assurance maladie]
Février 2017

Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun
[Financement de la Sécurité sociale]
Février 2017

L'emploi : un défi européen
Janvier 2017

Une bombe à mèche longue [Chômage, formation, accompagnement
et indemnisation]
Décembre 2016

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public
Décembre 2016

Pour structurer la médecine du XXI^e siècle : la télémédecine
Décembre 2016

CRAPSLOGS

CRAPSLOG Spécial Covid-19
Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
Mars 2020

PLFSS sur fond de crises
Décembre 2019

Le Danemark les enseignements d'une réforme aboutie
Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe Sociale !
Mai 2019

Heur et malheur de l'assurance chômage
Février 2019

L'Organisation Internationale du Travail : une utopie en marche !
Octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament !
Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ?
Février 2018

Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement :
quelle implantation ?
Novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique
Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires
Juillet 2017

Les mutuelles au coeur de notre avenir
Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac
Mai 2016

Le numérique au chevet de la médecine...
Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la population
Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant
Janvier 2015

Démographie médicale
Avril 2013

ÉDITION & CRÉATION

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL

Hervé Chapron

CONCEPTION & RÉALISATION

Fabien Brisard, Pierre-Maxime Claude & Anaïs Fossier

CRAPS

45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS
01 73 75 41 09 - accueil@association-craps.fr

© CRAPS 2020

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits.

Imprimerie GUILLOTTE - LAVAL

Dépôt légal
Juillet 2020

ISBN : 978-2-9541751-7-1

HÔPITAL LES #IDÉES DES ACTEURS

À l'heure où le débat doit se construire autour et au-delà du Ségur de la santé, le CRAPS a souhaité apporter les points de vue des acteurs de terrain analysés par un groupe d'experts. Les contributions reflètent une réalité quotidienne difficile mais démontrent aussi une volonté et une capacité des acteurs de participer à la construction d'un nouveau modèle. En ouvrant le débat sur le Ségur de la santé, les pouvoirs publics ont le devoir de ne pas décevoir mais également de ne pas promettre ce que l'on ne peut pas donner durablement. En appelant plus de 40 acteurs hospitaliers à apporter leurs contributions, cet ouvrage se veut être également une contribution au débat. La construction de ce nouveau modèle reposerait sur un triptyque : trois principes, cinq niveaux de décision et neuf propositions fonctionnelles.

