

REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE



RESSOURCES HUMAINES

**2004-2014 :
quelles évolutions
des pôles ?**

Dossier

Coopérations et T2A

RÉFLEXIONS HOSPITALIÈRES

- Coopérations et biologie médicale
- Quand le docteur devient... horodateur
- EHPAD et risques psychosociaux

Nouvelle
édition !

2014



Envoyez votre projet
avant le 31 mars 2014

www.fondationhopitaux.fr ou www.vivre-gmf.fr

*L'hôpital décloisonné au bénéfice du malade,
votre action fait la différence !*



FONDATION
Hôpitaux de Paris
Hôpitaux de France
Reconnue d'utilité publique

Mieux vivre l'hôpital,
c'est aussi guérir.

**Récompenser l'action d'équipes hospitalières :
une initiative de GMF et
Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France**





WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR
 1 bis, rue Cabanis – CS 41402
 75993 Paris Cedex 14
 Tél. : 01 44 06 84 44
 Fax : 01 44 06 84 45
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
 Frédéric Valletoux
RÉDACTEUR EN CHEF Gérard Vincent

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT Catherine Bonhomme
 c.bonhomme@fhh.fr

LA RHF EST ÉDITÉE PAR
LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Véronique ANATOLE-TOUZET, directeur général, CHR Metz-Thionville
 Jean-Marie BARBOT, directeur de la Fondation Vallée
 Jean-Marie BOLLIET, directeur du CHI du Bassin de Thau
 Gilles CHAUVIN, chef du service d'hygiène, CH de Mont-de-Marsan
 Édouard COUTY, président de la FHF Rhône-Alpes
 Claudine ESPER, professeur associé, faculté de droit, Paris 5
 Francis FELLINGER, conseiller général des établissements de santé
 André FRITZ, directeur général du CHU de Rennes
 Jean-Jacques ROMATET, directeur général, AP-HM
 Guy VALLANIEN, chef du département urologie, Institut mutualiste Montsouris, Paris
 Guy VALLET, inspecteur général des affaires sociales, Paris

COMITÉ DE RÉDACTION

Cédric ARCOS, directeur de cabinet, Nadine BARBIER, responsable du pôle Ressources humaines hospitalières, René CALLET, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale, Pascal GARTEL, responsable du pôle Europe-International, Yves GAUBERT, responsable du pôle Budget-Finances, Cédric LUSSIEZ, directeur de la communication, Fédération hospitalière de France

Martine AUTRAN, directeur du système d'information, CH de Gonesse, Stéphane BERNIAC, directeur des affaires financières, CH de Saint-Denis, Bernard DORLAND, directeur des soins, CH de Saint-Denis, Dominique LEGOUZE, directeur du Resah-IDF, Marie-Cécile MOCELLIN, DRH, CH Sainte-Anne

MAQUETTE Héral éditions - CM - 01 45 73 69 20

IMPRIMEUR Imprimerie Bialec
 BP 10423 - 54001 Nancy Cedex

RÉGIE DE PUBLICITÉ Mistral Média
 365, rue de Vaugirard - 75015 Paris
 Tél. : 01 40 02 99 00 - Fax : 01 40 02 99 01
www.mistralmedia.fr
 Directeur commercial : Luc Lehericy
 Directeur de publicité : David Bichot
 david.bichot@mistralmedia.fr

ABONNEMENTS ET VENTES AU NUMÉRO 2013

Rachida Valorus
 Tél. : 01 44 06 84 35 - Fax : 01 44 06 84 36
 E-mail : rhf.abonnements@fhh.fr

Abonnement : 6 numéros servis.

Ces tarifs s'entendent tous frais d'expédition inclus.

FRANCE (TVA à 2,10 %)

Abonnement : 163 € TTC
 Le numéro : 39 € TTC
 • Personnels hospitaliers, étudiants, abonnés à titre personnel : le prix de l'abonnement est réduit à 82,40 € TTC
 • Hôpitaux locaux, établissements médico-sociaux : le prix de l'abonnement est réduit à 82,40 € TTC
 • Anciens hospitaliers : le prix de l'abonnement est réduit à 82,40 € TTC
 • Remise librairie 10%

DOM-TOM

• DOM (Guadeloupe, Martinique et Réunion)
 Abonnement : 163 € TTC
 Le numéro : 38,60 € TTC
 • TOM et Guyane Abonnement : 163 € TTC
 Le numéro : 39 € TTC

UNION EUROPÉENNE - ÉTRANGER
 (exonérée de TVA, sauf cas particulier)
 Abonnement : 215 € • Le numéro : 39 €
 Remise librairie 15 %

RÈGLEMENT BRED Paris

Code banque : 10107 - code guichet : 00118
 N° de compte : 00810182886 - clé : 64
 IBAN : FR76 1010 7001 1008 7101 8255 248
 BIC : BREDFRPPXXX

CPPAP N° 0317 G 81414 - ISSN 0397-4626

SIRET 784546582 00015

DÉPÔT LÉGAL 1^{er} trimestre 2014

ANNONCEURS

- GMF 2^e de couv. • Dax - Office du tourisme et du thermalisme p. 2
- ArjoHuntleigh SA p. 7
- Rencontres de la communication hospitalières 2014 p. 9
- Géront Expo p. 19 • Hit p. 25
- CGOS 3^e de couv. • MNH 4^e de couv.

ÉDITORIAL

Frédéric VALLETOUX Président
Gérard VINCENT Délégué général
 Fédération hospitalière de France



Des initiatives pour travailler ensemble

Les hôpitaux publics, comme les établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux, ont longtemps pu s'organiser de manière autonome, en structurant le champ de leurs coopérations sur des secteurs limités, par le biais de conventions ou plus rarement de syndicats interhospitaliers.

Cette époque est révolue, car de nombreux facteurs plaident désormais pour la recherche systématique de coopérations étendues : mise en œuvre de la tarification à l'activité, définition de seuils d'activité, constitution de filières de soins pour organiser le parcours des malades, rareté des compétences, économies d'échelle...

Ces coopérations nouvelles, qui bénéficient depuis la loi HPST d'un cadre juridique élargi, incarnent sur le terrain la logique d'un « service public hospitalier de territoire ».

L'exemple de la biologie médicale abordé dans ce numéro est exemplaire à plusieurs titres, parce qu'il s'agit d'une discipline au cœur des prises en charge, mais aussi parce que des collaborations historiques s'y étaient établies avec le secteur privé. Il est donc essentiel de développer partout de fortes coopérations public/public dans les domaines sanitaires et médico-sociaux.

Afin de faire vivre ces coopérations, nous devons être en mesure d'attirer les hommes sur ces projets innovants. C'est tout l'enjeu des projets sociaux, sans lesquels il n'est pas possible de faire bouger l'hôpital.

Les initiatives nouvelles dans ce domaine sont à saluer, à l'instar de celle menée par le centre hospitalier de Gonesse, également présentée dans ce numéro : en s'attachant à construire un véritable projet social médical, cet établissement ouvre la voie à des solutions originales. Beaucoup figureront au cœur des propositions sur l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital public, que nous présenterons en avril prochain.



DAX

St-Paul-lès-Dax
Saubusse

"Avec 16 établissements de soins, nous vous ouvrons d'autres horizons thermaux..."

Les Landes,
le thermalisme
taille



Commandez votre guide thermal gratuit & réservez votre cure :

05 58 56 86 86 - macureadax.com
thermalisme-landes.fr





En couverture

de ce numéro 556 janvier-février 2014 :
Tableaux tactiles interactifs, décembre 2013.
Œuvre digitale de l'artiste vénézuélien Santiago Torres
pour la salle d'attente des parents (service de chirurgie infantile) du CHU de Nantes.
Un projet de l'association Art dans la cité,
réalisé en partenariat avec le musée des Beaux-Arts de Nantes.
www.artdanslacie.eu/
<http://tableautactilesinteractifs.blogspot.fr/>
copyright : Artdanslacie/Seesaw

ÉDITORIAL

1 Des initiatives pour travailler ensemble

Frédéric VALLETOUX, Gérard VINCENT

ACTUALITÉS

- 4 Panorama des établissements de santé 2013
- 4 HAD, psychiatrie, SSR
Vers une échelle commune ?
- 5 Chiffres clés : chirurgie ambulatoire
- 5 Psychiatrie et santé mentale
Retour sur un carrefour lillois prometteur
- 6 Les régions investissent la Silver économie
- 6 Télésurveillance
pour les patients insuffisants cardiaques
- 8 « Premières » chirurgicales mondiales
dans les hôpitaux français

SUR LE WEB

- 10 Pôles et ressources humaines
- 10 Coopérations et T2A
- 11 Nouveautés

DOSSIER RH 2004-2014 : PÔLES HOSPITALIERS, QUELLES ÉVOLUTIONS ?

- 12 D'une culture du séjour
à une culture du parcours
Quels impacts dans l'organisation d'un pôle ?
Dr Catherine PICHENE, Pr Raymond SCHWAN, Gilles BAROU
- 14 Évolution des pôles :
des principes à la réalité
Ou le passage de la première à la deuxième génération
Christiane COUDRIER, Pr Gilles POTEL, Pr Jean-Noël TROCHU, Hubert JASPAR
- 20 Des outils au service du dialogue de gestion
Démarche du CHU de Toulouse
Marianne PRADÈRE, Pr Olivier FOURCADE

DOSSIER COOPÉRATIONS ET T2A

- 26 T2A, productivité et conditions de travail
en établissements de santé
Jean-Claude MOISDON
- 31 Tarification au parcours ou au cycle de soins ?
Nathalie ANGELÉ-HALGAND
- 35 Réhabilitation améliorée après chirurgie
Véronique FAUJOUR, Pr Karem SLIM, Pascal COROND
- 42 Collaboration ville/hôpital
dans l'accompagnement des personnes âgées
L'expérience de deux communes bruxelloises
Pr Marie-Christine CLOSON, C. MARCUS, R. CAMMARATA,
Marguerite MORMAL, Dr Jean-Philippe PRAET
- 48 Quelle utilisation des études de coûts
dans les coopérations ?
Housseyni HILLA
- 50 Coopération interne
et T2A en établissements de santé
Expérience de pôle au groupe hospitalier
Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal
Philippe SUDREAU, Pr Rémy NIZARD

RÉFLEXIONS HOSPITALIÈRES

- 54 Nouvelle gestion du temps de travail médical
Quand le docteur devient... horodateur
Armelle DREXLER, Loïc MONDOLONI
- 59 Un projet social médical pour favoriser l'attractivité
Démarche du centre hospitalier de Gonesse
Florent BOUSQUÉ, Marie-Marthe HIANCE, François VENUTOLO
- 63 Prestations de biologie médicale
Comment choisir son prestataire ?
Rodolphe RAYSSAC
- 68 T2A, évolution de l'activité
et de la productivité hospitalières
Comité d'évaluation de la T2A, sous la présidence du Pr FAGON
- 72 Prévenir les risques psychosociaux en Ehpad
André MARRO

CULTURE(S)

- 76 Librairie
- 78 Avec Barbe-Bleue, avec humour, avec soin...
- 80 Romans, essais, documents

ACTUALITÉS

AGENDA

13/02 Paris

Rencontres annuelles FHF
des cadres
www.sphconseil.fr

20-21/03 Paris

XXII^{es} Journées nationales de l'ADH
La fin du management ?
www.adh-asso.org

27/03 Paris

Rencontres de
la communication hospitalière
www.sphconseil.fr

20-22/03 Marrakech

Qualité et sécurité des soins :
de la théorie à la pratique
www.afquaris.org

01-03/04 Ouagadougou

Rencontres du réseau
des hôpitaux d'Afrique,
de l'océan Indien et des Caraïbes
www.reshaoc.info

20-22/05 Paris

Salons de la santé
et de l'autonomie
www.sphconseil.fr

22-23/05 Strasbourg

Rencontre des métiers de la santé :
management de la qualité
et gestion des risques
www.qualite-risques-sante.fr

06/06 Châlon-sur-Saône

Comités de retour
d'expérience (Crex)
Journée d'étude
valerie.lamasse@ch-chalon71.fr

CHIFFRES CLÉS

1,5 MD€
de placements
risqués

dits aussi « emprunts structurés »,
détenus par les établissements
publics de santé.
Une vingtaine d'hôpitaux
ont décidé de déposer
un recours
en contentieux.

ÉTUDES

Panorama des établissements de santé 2013 Études sur la T2A et la structure des services d'urgence

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) enrichit son *Panorama*. Deux nouvelles études font leur entrée : la première sur la tarification à l'activité, la seconde sur la structure des services d'urgence. L'impact T2A est analysé en intégrant la concurrence créée par ce système de financement.

Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?

La structuration récente de cette spécialité au sein des établissements est examinée. Une enquête réalisée en juin 2013 permettra de mieux connaître ces services et motifs de recours (livraison des premiers résultats au premier semestre 2014). Comme chaque année, le *Panorama* propose une synthèse des principales données (2011) sur l'activité et les capacités des hôpitaux publics et des cliniques privées. Sont aussi précisés les chiffres clés sur les personnels et leur rémunération. Un éclairage concernant les

CHIFFRES CLÉS

Urgences 750 services

**8,5 millions
de passages**

Données 2011, source DREES.

activités de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et hospitalisation à domicile est apporté. ■

**Panorama des établissements de santé,
édition 2013**

*Coordination : B. Boisguérin, G. Brillault
DREES, janvier 2014, 162 pages*

Publication téléchargeable : www.drees.sante.gouv.fr

AUTONOMIE

HAD, psychiatrie, SSR Vers une échelle commune ?

Les grilles Activités de la vie quotidienne (AVQ) des recueils PMSI sont sur la sellette. L'ATIH* mène des travaux afin de fiabiliser la description de la dépendance fonctionnelle des patients dans les recueils PMSI dédiés : Hospitalisation à domicile, Psychiatrie et Services de soins et réadaptation. Ces travaux sont analysés par des groupes de travail ATIH*, FHF** et CNIM***. En ligne de mire : l'identification d'un ou plusieurs outils de mesure, valides et fiables. Ajustement de l'AVQ ou nouvelle échelle ? Échelle commune ou spécifique à chaque champ ? Les travaux courrent depuis décembre. Ils se poursuivront toute l'année 2014. ■



© Corentin Massiere

Centre hospitalier de Sainte-Anne

* Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

** Fédération hospitalière de France

*** Collège national de l'information médicale

CHIFFRES CLÉS

Effectifs 2012 de la fonction publique hospitalière

1 153 200 personnes

0,7 % de progression

des effectifs (y compris et hors contrats aidés).

La progression était de 1,3% en 2011 (1,7% avec les contrats aidés).

	2010	2011
Hôpitaux	1 018,9	1 031,4
Titulaires	751,4	753,9
Non-titulaires, autres catégories et statuts	253,3	266,6
dont médecins*	104,5	106,6
Bénéficiaires de contrats aidés	14,2	10,8
Établissements médico-sociaux**	111,5	113,8
Titulaires	70,1	70,9
Non-titulaires, autres catégories et statuts	35,8	38,0
dont médecins*	1,1	1,1
Bénéficiaires de contrats aidés	5,6	4,9
Total fonction publique hospitalière	1 130,4	1 145,2
dont bénéficiaires de contrats aidés	19,9	15,8

Champs : postes principaux finaux (actifs et non annexes) au 31 décembre, France.

* Correspondant aux praticiens hospitaliers (médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien) y compris internes et hors praticiens hospitalo-universitaires (comptés en FPE).

** Y compris établissements d'hébergement pour personnes âgées

Sources : Insee, Siasp

CHIFFRES CLÉS

Chirurgie ambulatoire

- 31% des actes réalisés en centres hospitaliers (46% à terme).
- 23% des actes réalisés en centres hospitaliers universitaires (38% à terme).
- 80% de l'activité répartie sur quatre spécialités : ophtalmologie, digestif, orthopédie, urologie.

Source FHF, 2014



Sinistralité

Elle serait proportionnellement moins fréquente au regard du volume global d'activité que celle observée en chirurgie classique. Une étude SHAM conduite sur cinq ans (2007-2011) révèle que la chirurgie ambulatoire (CAMB) a généré 1,6% du total des sinistres déclarés sur la période, chiffre à rapprocher des 35% de l'activité chirurgicale globale qu'a représenté la CAMB entre 2007 et 2011. Les coûts d'indemnisation s'élèvent en proportion à 1,7 M€ après condamnation, sur un total de 402 M€. Coût moyen d'indemnisation : 50 500 €, contre 184 000 € au global. Causes principales des 33 dossiers de sinistres réglés par voie judiciaire : faute médicale (14 dossiers), infection nosocomiale (13 dossiers), défaut d'organisation (3 dossiers), défaut d'information (3 dossiers). ■

Source SHAM - Repères n°07, janvier 2014

PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

Étudiants-journalistes/ experts : retour sur un carrefour lillois prometteur

Comment faire évoluer les représentations de la santé mentale et de la psychiatrie ? En sensibilisant les relais d'opinion que sont les médias, notamment. Nous nous étions fait l'écho dans ces colonnes (n° 554) d'un partenariat inédit porté par la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord/Pas-de-Calais et l'École supérieure de journalisme (ESJ) de Lille. Depuis, le premier carrefour étudiants-journalistes/experts s'est tenu à l'ESJ Lille. Avec succès et un intérêt manifeste de part et d'autre. Quatre jeunes internes (membres de l'Association des internes en psychiatrie) ont dialogué avec soixante et onze futurs titulaires de la carte de presse. « Un public très motivé », se réjouit Nathalie Pauwels, chargée de la communication de la F2RSM Nord/Pas-de-

Calais. Le tout sous la houlette modératrice d'un senior psychiatre et d'un journaliste spécialisé. Au programme : l'expertise psychiatrique et la récidive, ainsi que la notion de dangerosité et la maladie mentale. L'occasion pour les étudiants journalistes de présenter plusieurs travaux et pour les internes de « détricoter » les approches convenues. Les termes, à l'usage soit galvaudé, soit incorrect, ont été passés « à la moulinette ». Les internes en ont fait un glossaire malin : *Les Mots qui fâchent, petit glossaire de précautions sémantiques en psychiatrie*. Rappelons que pour les journalistes en activité, l'ESJ PRO propose une formation courte de trois jours animée par les experts nationaux et les acteurs régionaux. Prochaines sessions à Lille et Montpellier. ■



Contact : Nathalie Pauwels

Chargée de la communication

Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord/Pas-de-Calais

3, rue Malpart - 59000 Lille

presse.f2rsm@santementale5962.com

www.santementale5962.com

PERSONNES ÂGÉES

Les régions investissent la Silver économie

Le marché des technologies, services et produits au service des âgés sera-t-il un moteur pour la France ? Une chose est sûre : la Silver économie hexagonale se structure. Créée au printemps 2013 à Bercy, la filière a installé son comité en juillet. Elle a signé le 12 décembre son contrat* avec les ministres Michèle Delaunay et Arnaud Montebourg.



Début février, au moins quatre Silver régions entrent en lice. Objectif : s'appuyer sur la dynamique territoriale pour déployer les entreprises innovantes du secteur de l'autonomie. Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées ont déjà

entrepris d'investir la filière. La Martinique travaille à une cartographie et à un développement industriel.

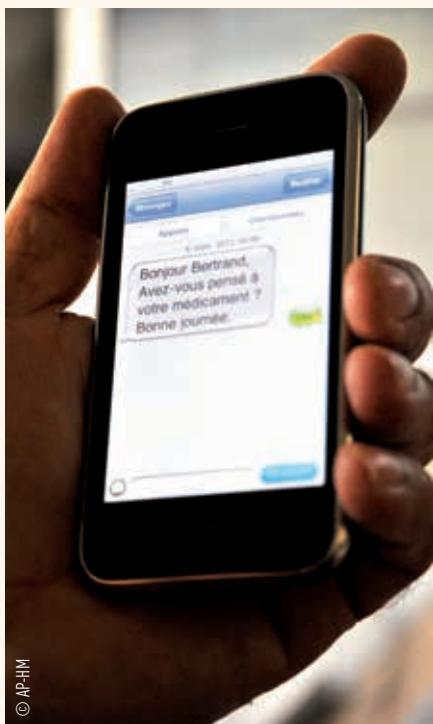
Concours mondial d'innovation

Plus largement, le secteur est invité à participer au Concours mondial d'innovation. Un appel à projets a été lancé pour ce concours doté de 300 M€, lancé le 2 décembre sur l'initiative d'Anne Lauvergeon. Les acteurs de la Silver économie peuvent y répondre, seuls ou dans le cadre de consortiums.

D'autres incitations à l'innovation sont mises en avant dans le contrat de filière, comme la mobilisation des fonds européens dans le cadre des stratégies régionales de l'innovation (SRI). Une action prévoit d'accompagner l'innovation collaborative et l'industrialisation des projets de la Silver économie grâce à l'action du Commissariat général à l'investissement et de ses opérateurs.

Télécharger le contrat de filière :
www.social-sante.gouv.fr

*Contrat signé par Gilles Schnepp, président de la puissante Fédération des industries électriques, électroniques et de communication, Arnaud Montebourg et Michèle Delaunay.



© APHM

CHIFFRES CLÉS

Smarphones et e-santé

25 millions de Français
possèdent un smartphone,
soit **46% de la population française**.

22 % des mobinautes
ont déjà téléchargé au moins
une application mobile de santé

32 % des internautes
atteints d'une maladie chronique
sont des mobinautes santé.

94 % des médecins
ont un usage professionnel de leur smartphone.

E-SANTÉ

Télésurveillance pour les patients insuffisants cardiaques

En Poitou-Charentes, quarante patients insuffisants cardiaques bénéficient d'un dispositif pilote de télésurveillance inclus dans les suites d'hospitalisation. L'équipement mis à leur disposition à domicile comprend un tensiomètre, une balance et une tablette. Objectif : diminuer les réhospitalisations, particulièrement fréquentes durant les six premiers mois.

Le dispositif est porté par l'association Projets innovants en cardiologie (PIC) pour le Poitou-Charentes. Partenaire financier pour cette première phase : l'agence régionale de santé, avec un budget de 100 K€ en 2013. L'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux et le Collège des cardiologues libéraux assurent un soutien logistique. H2AD, l'opérateur, est une société stéphanoise créée en 2004.

L'étude de faisabilité court jusqu'en juin 2014. Si les résultats sont concluants, le dispositif pourra être développé sur l'ensemble du territoire régional.

Contact

Dr Benoit Lequeux,
président de PIC Poitou-Charentes
b.lequeux@chu-poitiers.fr





ARJOHUNTLEIGH
GETINGE GROUP

ENTERPRISE 9000X®

**Lit de soins intensifs et réanimation
avec pesée intégrée**

Dernier né de la gamme Enterprise®, le nouveau lit hospitalier E9000X, offre des avantages significatifs pour le patient, le soignant et l'établissement de santé.

Pour concevoir ce nouveau lit, nous nous sommes inspirés des défis quotidiens auxquels sont confrontés les soignants afin de leur proposer une solution efficace en adéquation avec leurs besoins spécifiques :

- Plus de sécurité pour le patient et le soignant.
- Un matériel robuste, intuitif et simple d'utilisation.
- Une solution conçue pour contribuer à l'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins.

- Pesée intégrée jusqu'à 250 kg avec auto-compensation, pour une aide dans les soins quotidiens;**
- Alarme de sortie de lit, pour une sécurité maximale du patient;**
- Capteurs anti-piégeage, pour plus de sécurité.**



1401 INSERTION ENTERPRISE 9000X



Pesée intuitive et facile d'utilisation



Système anti-piégeage par infrarouge

Contactez-nous pour obtenir un descriptif détaillé de ce produit :

Info.france@arjohuntleigh.com / Tel : 03 20 28 13 13

www.ArjoHuntleigh.fr

...with people in mind

Enterprise 9000X est un dispositif médical de classe I (et classe III pour la pesée) fabriqué par ArjoHuntleigh. Il est destiné à offrir un support aux patients lors d'un séjour à l'hôpital ou dans tout autre centre de soins médicaux. Lisez attentivement la notice d'utilisation.

CHIFFRES CLÉS

OCDE - Panorama de la santé 2013

Une espérance de vie moyenne qui dépasse les 80 ans, des maladies chroniques (diabète, démence) en essor, des dépenses totales de santé qui baissent dans un pays sur trois... Tels sont quelques-uns des enseignements du *Panorama de la santé 2013* de l'OCDE.

Autres données « moulinées » pour les 34 pays membres : l'état de santé des populations et les déterminants non médicaux, les personnels de santé, le vieillissement, les services.

L'édition 2013 contient de nouveaux indicateurs. Ont été introduits les inégalités en matière de santé, les facteurs de risque chez les enfants, le marché pharmaceutique, la qualité et l'accès aux soins. On notera au chapitre « Qualité des soins » une section « Admissions évitables à l'hôpital » ciblée sur trois pathologies chroniques : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique et diabète.

- **Dépenses totales de santé :** en baisse entre 2009 et 2011 dans un pays sur trois.

- **Maladies chroniques :** en 2011, près de 7 % des 20-79 ans de la zone OCDE souffraient de diabète, soit plus de 85 millions de personnes.

- **Part des dépenses restant à charge :** 20 % en moyenne des dépenses de santé sont pris en charge directement par les patients, dans des proportions qui vont de moins de 10 % aux Pays-Bas et en France, à plus de 35 % au Chili, en Corée et au Mexique.

- **Aidants bénévoles :** dans l'ensemble des pays membres, plus de 15 % des personnes de 50 ans et plus s'occupent d'un parent ou d'un ami dépendant. ■

Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE
www.oecd.org/fr/sante/panorama-de-la-sante.htm



Dr Marco Vola, janvier 2014. Première mondiale au CHU de Saint-Étienne : chirurgie mini-invasive de la valve aortique.

© CHU de Saint-Étienne

INNOVATIONS

« Premières » chirurgicales mondiales dans les hôpitaux français

Outre le cœur Carmat, les équipes chirurgicales publiques françaises ont conduit deux premières mondiales, rendues publiques récemment.

Ablation partielle d'un rein à travers le nombril

L'équipe d'urologie et de chirurgie de la transplantation de l'hôpital Édouard-Herriot, dirigée par le Pr Xavier Martin, a réalisé l'ablation d'un cancer du rein sur un patient de 46 ans, à travers le nombril. L'intervention a été réalisée avec le nouveau robot chirurgical acquis par le CHU de Lyon. Seule la partie cancéreuse a été retirée. Plus technique qu'une ablation totale, la néphrectomie partielle permet une préservation maximale de la fonction rénale du patient qui conserve ses deux reins. ■

Plus d'informations : www.chu-lyon.fr

Chirurgie mini-invasive de la valve aortique

Le remplacement de la valve aortique par voie exclusivement endoscopique est une technique inédite au niveau mondial. Elle est développée et mise en œuvre par le Dr Marco Vola au CHU de Saint-Étienne (service de chirurgie cardio-vasculaire dirigé par le Pr Jean-Noël Albertini). Cinq patients ont d'ores et déjà bénéficié de cette avancée. Le Dr Vola souligne qu'il s'agit, pour le moment, d'une opération sur des patients sélectionnés pour leur anatomie. Il rappelle que l'avenir de cette approche est intimement lié à l'évolution des plateaux techniques dédiés, ainsi qu'à l'entraînement d'une équipe opératoire pluridisciplinaire. ■

Plus d'informations : www.chu-st-etienne.fr

Ablation d'un rein par micro-chirurgie.



© CHU de Lyon

RENCONTRES
DE LA COMMUNICATION
HOSPITALIÈRE 2014

Paris, le 27 mars 2014
MAS
18, rue des Terres au curé
75013 Paris

COMMUNICATION ET
MARKETING HOSPITALIER



Une session plénière et des parcours thématiques en ateliers

Renseignements sur www.fhf.fr, rubrique Communication / Presse
Inscription sur www.sphconseil.fr

Un évènement :



En partenariat avec :



SUR LE WEB

Émilie LEBÉE Adjointe à la directrice des ressources humaines, AP-HP GHU Nord, hôpital Avicenne

Timothée MANTZ Directeur des affaires financières, AP-HP GHU Nord, hôpital Avicenne

Paul TANDONNET Directeur du projet territorial et de la communication, centre hospitalier de la région d'Annecy

Pôles et ressources humaines



// Bonnes pratiques RH : l'outil-diagnostic «GRH PNM»

Vous souhaitez analyser l'organisation et les activités de la fonction gestion des ressources humaines – volet personnel non médical – de votre établissement ? «GRH PNM» vous permet de réaliser ce projet en confrontant ces activités avec les ressources qui y sont consacrées. Conçu dans le cadre des projets Performance, cet outil-diagnostic mis au point par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a été testé auprès de onze établissements. Attention : il n'évalue ni les résultats ni la performance des ressources humaines globales d'un établissement. Les indicateurs de productivité des différentes catégories professionnelles sont calculés dans d'autres sources de données, notamment Hospidiag. «GRH PNM» est accessible via l'onglet «Publications & outils» du site de l'ANAP.

www.anap.fr



// Chiffres clés et données macro

Découpage, nombre, procédures de nomination, rythme des réunions entre les chefs de pôle et la direction : bien que réalisée voici une trentaine de mois, l'Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011 conduite par la DGOS (auprès de 709 répondants) livre un panorama précieux. Sur le nombre moyen de pôles par établissement, par exemple, qui augmente logiquement avec la taille des structures (de 3,1 à 9,2 en centres hospitaliers, jusqu'à 22 en moyenne en CHU/CHR) ; ou encore sur le dialogue de gestion pôles/établissements : 2,1 réunions par an en moyenne pour le suivi des contrats de pôle (8,6 en CHU/CHR). Quant à la formation des chefs de pôle, les mois passés l'auront peut-être fait progresser : seuls 8 % des chefs de pôle avaient suivi une formation en 2010. Accès en ligne aux résultats de l'enquête via la saisie «Gouvernance hospitalière» sur le site du ministère de la Santé.

www.sante.gouv.fr

Coopérations et T2A



// Sur le blog de Pascal Forcioli

Directeur général du groupe AHNAC (Association hospitalière Nord Artois cliniques) et ancien directeur d'hôpital, Pascal Forcioli publie sur son blog un article consacré aux effets de la T2A. Y sont salués les effets positifs de la tarification à l'activité, qui a permis d'augmenter la rentabilité des établissements privés, l'émergence de nouvelles prises en charges (chirurgie ambulatoire) et la diminution générale des durées de séjour. Pascal Forcioli pointe aussi les dysfonctionnements, issus en particulier de la dérive inflationniste de la T2A, dans un contexte où l'effet prix/volume reste opaque. Le directeur général du groupe AHNAC prône en conséquence une réforme du financement hospitalier. Objectifs : soutenir le maintien d'activités en petit volume garantissant l'égalité d'accès aux soins, ainsi que le développement des coopérations et les mutualisations de plateaux techniques.

<http://blog.ahnac.com>

NOUVEAUTÉS



// Des outils pour accompagner les coopérations

Le site de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) propose des outils destinés à comprendre les coopérations territoriales et accompagner leur mise en œuvre. Données réglementaires et kits opérationnels sont présentés pour chaque type de coopération – de la communauté hospitalière de territoire au groupement de coopération sanitaire en passant par les fédérations médicales de territoire ou les groupements d'intérêt économique. « Eval'Impact », l'un de ces outils, permet d'évaluer l'impact financier potentiel d'une coopération et l'efficience des organisations. À découvrir en sélectionnant « Coopérations territoriales, modalités d'accompagnement » sur le moteur de recherche du site.

www.sante.gouv.fr



// Centre national de référence pour l'accident vasculaire et cérébral de l'enfant

Créé en janvier 2013, le Centre national de référence pour l'accident vasculaire cérébral de l'enfant a désormais son site Web. La coordination de ce centre multisites, soutenu par plusieurs partenaires et labellisé par le ministère de la Santé, est assurée par le CHU de Saint-Étienne en collaboration avec l'hôpital du Kremlin-Bicêtre (AP-HP), l'hôpital Necker-Enfants malades (AP-HP), le CHU de Grenoble. Le site Internet offre aux professionnels de santé une plateforme de contacts et d'informations précieuses en particulier sur les recherches menées actuellement. Également ouvert aux usagers, il met à disposition les informations essentielles sur la maladie et son traitement et oriente vers des sites d'associations de familles.

www.chu-st-etienne.fr/avcpediatrie/



// Centre national de ressources (CNDR) Soin palliatif

Centre de référence et plateforme d'interaction pour les particuliers et professionnels concernés par les questions de fin de vie, de soins palliatifs, de mort et de deuil, le Centre national de ressources (CNDR) Soin palliatif soutient des projets innovants comme le programme d'amélioration des soins de bouche préventifs chez les patients en soins palliatifs, en partenariat avec le CHU de Rennes. Il propose une plateforme nationale d'écoute qui rappelle gratuitement sur téléphone fixe ou portable (0811020300). Le CNDR a reçu le 27 septembre le prix du site Internet médical « professionnels » au Festival des entretiens de Bichat 2013. Il proposera, d'ici le 26 avril, un outil pédagogique sur la loi Leonetti.

www.soin-palliatif.org

// « Espace handicap » AP-HP

Ce nouveau site Web de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris recense les hôpitaux et services adaptés, comme le centre d'essai de fauteuils roulants de l'hôpital Raymond-Poincaré. Il met également à disposition des professionnels un kit de communication. Son usage ? Améliorer la communication et la prise en charge des personnes qui rencontrent des difficultés d'expression et/ou de compréhension, de manière définitive ou transitoire. « Espace handicap » est porté par la mission Handicap de l'AP-HP.

<http://handicap.aphp.fr>

// Semaine de la sécurité des patients : un succès

Retour sur la Semaine de la sécurité des patients (25-29 novembre). Parmi les meilleures initiatives figure une affiche... pachydermique. L'initiative en revient à l'hôpital de Carentan, qui l'a créée pour inciter les professionnels à déclarer leurs erreurs médicamenteuses. L'équipe d'animation du bassin de santé Nord-Aveyron a imaginé l'usage d'une fiche navette. Objectif : rendre les patients acteurs de leur parcours de santé. Dans la catégorie « vidéos », l'hôpital d'Argenteuil fait un tube avec un hymne – enjoué et fédérateur - au lavage des mains.

www.sante.gouv.fr



Ce dossier Ressources humaines
a été réalisé en partenariat avec la MHN

D'une culture du séjour à une culture du parcours	p. 12
Évolution des pôles : des principes à la réalité	p. 14
CHU de Toulouse : des outils au service du dialogue de gestion	p. 20

D'une culture du séjour à une culture du parcours Quels impacts dans l'organisation d'un pôle ?

Dr Catherine PICHENE Présidente de la CME
Pr Raymund SCHWAN Chef du pôle du Grand Nancy
Gilles BAROU Directeur
Centre psychothérapeutique de Nancy

Des secteurs au pôle : pourquoi et comment ?

Spécialisé dans la prise en charge des troubles en santé mentale, le centre psychothérapeutique de Nancy a mis en place ses pôles d'activité le 1^{er} janvier 2007 en s'appuyant sur un contexte législatif et réglementaire qui modifie l'organisation générale des hôpitaux¹. La dynamique d'établissement a contribué au succès de la démarche en associant étroitement les praticiens à sa gestion. Une logique organisationnelle qui favorise le passage d'une logique de structure à une logique de mission, d'une culture du séjour à une culture du parcours.

Un contexte incitatif

Le pôle d'activité clinique dit «du Grand Nancy» est constitué par la réunion de trois secteurs de psychiatrie de la communauté urbaine du Grand Nancy². Plusieurs facteurs ont contribué à ce regroupement, hors celui d'une communauté professionnelle culturellement ouverte au changement et qui a toujours montré ses capacités d'adaptation aux nouvelles technologies (dossier médical informatisé depuis 2004) :

- une logique territoriale de l'appréhension de l'offre de soins, avec une population regroupée et contrastée dans une communauté urbaine, dépassant largement les limites sectorielles initialement définies. Même si le secteur constitue l'espace de proximité pour le patient auprès duquel intervient l'ensemble des acteurs (hospitaliers, médico-sociaux, sociaux), la réunion de plusieurs secteurs en un pôle favorise le déploiement de filières de soins et permet d'assurer des prises en charge plus spécialisées ou mieux ciblées ;

- un facteur conjoncturel et humain lié à la vacance d'une chefferie de service. Ce dernier a permis aux personnels médicaux des deux autres secteurs concernés d'intervenir sur un autre territoire très proche et de prendre en charge une autre population regroupée dans le même bassin de vie ;
- des débordements de lits d'un secteur à l'autre : le décalage croissant entre la progression démographique de l'agglomération nancéenne et les moyens capacitaire alloués à chaque secteur (qui ne permettaient plus de répondre pleinement aux demandes d'admission) a conduit les responsables médicaux à s'orienter vers une logique territoriale globale de façon «à mailler» l'offre de soins sur la quasi-totalité de la communauté urbaine du Grand Nancy. Cette évolution a trouvé toute sa signification dans l'élaboration du nouveau projet médical d'établissement : un projet structuré autour du parcours du patient, donnant priorité à l'accès et la continuité des soins, privilégiant l'activité ambulatoire et s'articulant entre une psychiatrie de secteur généraliste et des soins spécialisés.

Un projet médical d'établissement transversal

Le projet médical d'établissement 2013-2018 a été structuré de façon transversale afin de suivre les différentes étapes du parcours de soins des patients. Il ne s'agit ni de la juxtaposition de projets de pôles, ni d'un empilement de dispositifs, mais bien d'adapter les soins de manière efficiente à toutes les étapes de la prise en charge. Son élaboration s'appuie sur une démarche participative associant les médecins, l'ensemble des soignants et les représentants d'usagers, ce qui, à terme, a permis de structurer un projet commun, médical et soignant.

Nos priorités sont l'accès aux soins et la continuité des soins avec l'ambition, d'ici cinq ans, d'inverser la proportion des ressources en faveur de l'extrahospitalier. Les pôles, mis en place depuis 2007, nous offrent les leviers de la mutualisation des compétences et des ressources. Cette dynamique permet d'envisager l'articulation d'une psychiatrie de secteur «généraliste» forte, et de soins de plus en plus spécialisés – territoriaux, voire régionaux –, notamment en raison de la présence de services universitaires au sein de l'établissement.

La politique médicale d'établissement doit donc tenir compte – et harmoniser – des pôles dits «pôles-secteurs» (un pôle = un secteur) et de pôles rassemblant plusieurs secteurs. Ces pôles plurisectoriels nous amènent à penser des référentiels organisationnels nouveaux. Entre les contraintes du CPOM, d'un contexte économique et socio-démographique difficile, de réglementations multiples et des projets et fonctionnements de pôles très différents, porter l'élaboration et la dynamique d'un projet médical relève bien souvent de l'équilibriste...

Le pôle du Grand Nancy

Ce pôle regroupe plusieurs secteurs et s'inscrit dans une démarche de parcours et de mutualisation. Il est organisé en structures internes transversales :

- **une structure interne qui réunit l'ensemble des unités d'hospitalisation de tous les secteurs du pôle** : les unités d'hospitalisation ne sont pas sectorisées et le choix de l'hospitalisation (étape limitée de la prise en charge) repose sur la situation clinique du patient. Cette mutualisation a permis une harmonisation des pratiques. Elle devrait prochainement offrir des dispositifs spécifiques et des soins trop spécialisés pour être proposés par chaque secteur, individuellement ;
- **une structure interne qui regroupe l'ensemble des centres médico-psychologiques**, chacun restant sectorisé. Ce mode d'organisation a introduit une nouvelle fonction : **le coordonnateur du parcours de soins**. Il ne s'agit plus seulement d'un référent pour le patient au sein de l'unité, ambulatoire ou d'hospitalisation : le coordonnateur intervient sur tout le parcours du patient, il est le référent unique de l'ensemble des soins, à toutes les étapes, pour le patient, sa famille, son médecin généraliste et tous les intervenants. L'harmonisation des pratiques en CMP se traduit également par des objectifs communs en termes de critères de fonctionnement : délais de rendez-vous, élargissement des créneaux horaires adaptés aux besoins de la population, mise en commun de stratégies de prévention de la rechute, notamment par tous les moyens de «rester en contact» : réseaux d'alerte pluriprofessionnels, etc.

REPÈRES

L'établissement occupe une zone d'action dédiée sur le sud du département de Meurthe-et-Moselle, où il met à disposition de la population des services et équipements de prévention, de diagnostic, de soins et de suivi pour adultes, adolescents et enfants. Les personnes qui s'adressent à l'établissement bénéficient de prises en charge médicales diversifiées et adaptées, au plus proche de leur domicile. Le CPN a la responsabilité de cinq secteurs de psychiatrie adulte et trois secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour une population estimée à 395 000 habitants (l'agglomération nancéenne en compte 265 000).

- **une structure interne qui fédère les urgences et les situations de crise** au sein de l'hôpital MCO (CHU de Nancy), la psychiatrie de liaison, la cellule d'urgence médico-psychologique régionale, la consultation territoriale du psychotraumatisme et l'unité de psychiatrie de la personne âgée. Les urgences, en particulier, drainent tout le territoire. Au-delà, elles sont coordonnées avec les unités ambulatoires et d'hospitalisation du pôle par le coordonnateur du parcours de soins ;
- **une structure interne de réhabilitation psychosociale** ;
- **une structure interne spécifique** : l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) ;
- **une structure rattachée «psychiatrie justice»** : consultations pénitentiaires, CRIAVS.

Au-delà de la simple mutualisation des ressources et des compétences, cette organisation a pour objectif une harmonisation des soins. Elle reste fondée sur la pratique de la psychiatrie de secteur comme philosophie du soin en dépassant, par la structuration en pôles, la seule définition juridique et réglementaire du secteur psychiatrique pour devenir une véritable culture du parcours de soins.

Certes, ce mode d'organisation demeure en évolution et questionne au quotidien les professionnels (appartenance au pôle, au secteur?). Mais en redéfinissant le rôle et les fonctions de chacun, en contribuant à l'élaboration de nouveaux référentiels, à la création de nouvelles fonctions (coordonnateur du parcours), il permet à l'établissement de projeter son offre de soins sur l'ensemble d'un territoire fortement urbanisé et impliqué dans la prévention et la permanence des soins. Ce schéma facilite l'adaptation des structures et du management à l'évolution de la société et des ressources. Il offre une égalité d'accès aux soins à des populations diverses vivant sur un même territoire, à partir d'échelles de soins graduées. Cette nouvelle logique organisationnelle favorise le passage d'une logique de structure à une logique de mission, d'une culture du séjour à une culture du parcours, et d'un établissement public de santé mentale à un service public territorial de santé mentale. ■

1. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, décret n° 2005-221 du 4 mai 2005.
2. Secteurs G01, G04, G05.

Évolution des pôles Des principes à la réalité

Ou le passage de la première à la deuxième génération

Christiane COUDRIER Directeur général

Pr Gilles POTEL Président de la commission médicale d'établissement

Pr Jean-Noël TROCHU Chef du pôle Institut du thorax et du système nerveux

Hubert JASPARD Directeur général adjoint, centre hospitalier universitaire de Nantes

Le CHU de Nantes a été un des premiers établissements à mettre en œuvre une organisation polaire en installant, dès 1998, des pôles cliniques. En 2010, dans le cadre de la refonte de son projet médical et de la préparation du projet d'établissement 2013-2017, le CHU a souhaité revoir la configuration de ses pôles et en réduire le nombre. Ce choix stratégique et managérial répondait à deux objectifs : adapter l'établissement aux évolutions de la prise en charge des patients – développement des alternatives à l'hospitalisation notamment – et porter le projet de reconstruction du CHU sur son futur site hospitalo-universitaire de court séjour.

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé prévoyait, dans les établissements autres que les hôpitaux locaux, une organisation en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif et par décision du conseil d'administration. Le CHU de Nantes s'est lancé à la fin des années 1990 dans l'aventure des pôles en créant les premiers pôles cliniques dans une configuration de filières de soins (médecine physique et de réadaptation), d'organes (digestif) et de populations (mère-enfant). Le projet d'établissement posa dès 1997 le principe du découpage en pôles et d'une charte de gestion de la proximité. En trois années, la structuration de l'organisation polaire était étendue à

l'ensemble de l'établissement, les contours des nouvelles structures relevant de plusieurs logiques : pathologie, âge ou flux de patients, logique d'organe, de prestation ou encore d'une vocation généraliste. Les critères de proximité entre disciplines cliniques ont donc prévalu au « découpage » en pôles.

Cette nouvelle organisation visait également à répondre à des enjeux essentiels, inséparables des défis auxquels un CHU est confronté : réflexion stratégique sur les activités médicales, réduction du nombre de services, implication du corps médical dans la gestion, simplification des procédures administratives, développement de la contractualisation interne.

Après la première phase expérimentale qui a couru jusqu'en 2000, l'organisation polaire s'est peu à peu structurée en vingt-quatre pôles, l'ensemble comprenant des pôles cliniques et médico-techniques ainsi qu'un centre de ressources pour les blocs opératoires.

Intégration de la triple mission « soins, enseignement, recherche »

Avec ses partenaires, le CHU a parallèlement réfléchi à la manière de **mieux structurer les activités de recherche en facilitant l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche**. Ces missions, partagées avec les établissements publics scientifiques et techniques (Inserm), l'université et les écoles paramédicales, sont traditionnellement conduites dans des structures distinctes : les soins à l'hôpital, l'enseignement au sein de la faculté de médecine ou de la faculté des sciences, la recherche clinique et fondamentale en centres d'investigation clinique (CIC) ou unités de recherche.

Cette organisation habituelle des CHU et le morcellement des activités qu'elle implique sont lourds et peu adaptés aux enjeux de la recherche (réactivité, dynamisme, environnement concurrentiel). En 2003, l'Inserm, le CHU et l'université de Nantes ont

exprimé la volonté de mettre en commun leurs moyens en termes de soins, d'enseignement et de recherche. Objectifs : décloisonner savoirs et pratiques au service du malade, favoriser la visibilité européenne et internationale de l'ensemble.

Création des instituts (2003)

Quatre instituts ont été créés : thorax, maladies de l'appareil digestif, transplantation urologie-néphrologie, cancer avec le centre de lutte contre le cancer René-Gauducheau. Cette initiative originale portée par le CHU de Nantes, l'université et l'Inserm a permis de mettre en avant les capacités d'innovation du CHU et de proposer un nouveau modèle d'organisation. C'est à travers cette synergie entre la modernisation des soins, la pertinence de la recherche et l'actualisation des enseignements que, *in fine*, peut être raccourci le temps qui sépare les découvertes fondamentales de leur application clinique. Des conventions tripartites ont été signées entre les trois partenaires. Cette initiative contribue, sans nul doute, à favoriser l'intégration de la triple mission «soins, enseignement, recherche».

Pôles 2^e génération : comment relever les défis futurs ?

En 2010, le CHU de Nantes a souhaité réviser la configuration de ses pôles tout en réduisant leur nombre. Cette démarche a été entreprise à la suite de la loi HPST, dans le cadre de la refonte de son projet médical et de l'élaboration du programme technique détaillé de son futur site hospitalo-universitaire de court séjour. La révision de l'organisation en vigueur (de 1998 à 2004) visait à relever les grands enjeux stratégiques de l'établissement : promotion des alternatives à l'hospitalisation complète ; développement des filières internes et externes de soins ; consolidation des activités de recherche ; modernisation de l'organisation interne dans la perspective du projet de reconstruction d'un CHU sur l'île de Nantes.

L'objectif était de tendre vers de grands ensembles fonctionnels dotés d'une certaine masse critique en matière de soins et de recherche. Cette évolution s'est inscrite dans le cadre de réflexions menées notamment sur le projet médical d'établissement actualisé en juin 2010, qui affichait clairement l'ambition du CHU de s'engager dans le «virage ambulatoire», avec 60 % de séjours à l'horizon 2020 contre 46 % en 2010. Autres vecteurs de réflexion : le contrat de performance et le projet d'établissement 2013-2017¹.

Outre ces orientations stratégiques, l'évolution en pôles devait répondre aux nouveaux enjeux : favoriser



les synergies entre soins, enseignement et recherche ; contribuer à l'efficience des organisations et à la mutualisation de certaines ressources ; aboutir à des ensembles de taille homogène² ; trouver de nouveaux équilibres médico-économiques ; intégrer de nouveaux principes de financement (T2A pour les soins/appels à projets et indicateurs de production pour la recherche) ; mettre en œuvre la délégation de gestion. SCHÉMA 1

LES PÔLES DE 2^E GÉNÉRATION ET LEUR CONTEXTE SCHÉMA 1



1. En 2010, le CHU a actualisé son projet médical. Ce dernier visait à définir ses orientations stratégiques dans la perspective du projet de regroupement de ses activités de court séjour sur un seul site (contre deux actuellement). L'objectif, notamment, était que ce projet accorde une place substantielle à la chirurgie ambulatoire et s'inscrive dans son environnement en tenant compte de l'état de l'offre de soins à la fois hospitalière et ambulatoire, en recherchant systématiquement mutualisations et coopérations.
2. Le contrat de performance du CHU de Nantes a été signé le 21 septembre 2012 avec l'agence régionale de santé et l'Agence nationale d'appui à la performance. Conclu pour une durée de trois ans, il comprend douze actions (stratégie, organisation, accompagnement du projet de reconstruction du CHU).

Onze pôles hospitalo-universitaires et cinq principes

Le 1^{er} janvier 2013, onze pôles hospitalo-universitaires (PHU) voyaient le jour. Ces PHU participent à l'évolution de prise en charge des patients (développement des alternatives à l'hospitalisation) et à l'organisation interne de l'établissement en s'appuyant sur les projets médico-scientifiques élaborés au premier semestre 2012. La création et l'animation de ces pôles répondent à l'ambition de mieux servir les besoins de la population à partir d'axes déterminés :

TÉMOIGNAGE

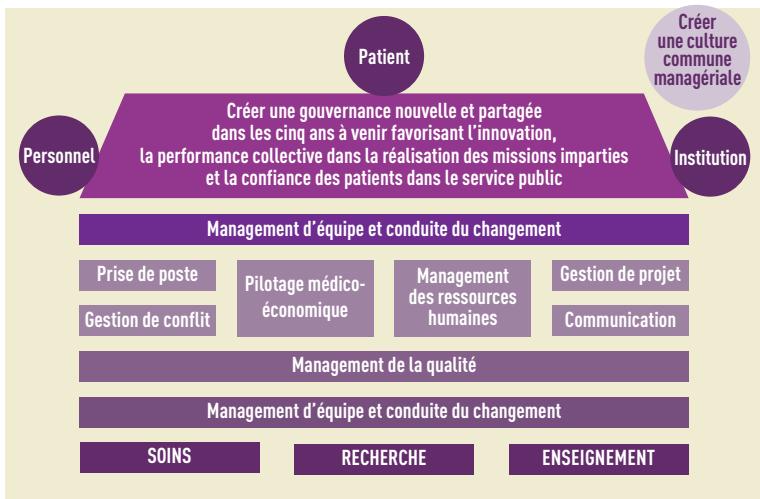
PR JEAN-NOËL TROCHU
Chef du pôle Institut du thorax et du système nerveux

Pour les médecins, des formations « management »

L'organisation nantaise dans ses nouveaux pôles a permis de mettre en place plusieurs outils pertinents qu'il reste à affiner : gouvernance, contrats de pôles, conseils de gestion, convergence médico-soignantes, délégations médicales, objectifs qualité/risques/évaluation... Un dialogue régulier et direct avec la direction générale – et entre pôles – est indispensable pour rester réactif et créatif dans la réalisation des projets. Un accompagnement est globalement nécessaire, les médecins ayant généralement une connaissance partielle des missions, des marges de manœuvre. Des formations « management » assorties d'une dizaine de modules thématiques sensibilisent les médecins à ces enjeux. La démarche est étroitement liée au projet du PHU. Elle repose sur un projet médico-scientifique appelé à évoluer et à s'adapter, mais qui reste le garant essentiel de la cohérence du PHU.

Le PHU représente un cadre optimal pour la structuration de la recherche clinique et translationnelle d'un établissement hospitalo-universitaire. Dans le cadre de l'école de l'institut du thorax et du système nerveux, il représente un niveau d'organisation de proximité optimal pour l'enseignement intégré médical, (1^{er}, 2^e, 3^e cycles), paramédical et pour la formation médicale continue.

LA FORMATION MANAGEMENT



- **la cohérence médicale** dans la prise en charge des patients : la création de PHU repose sur les orientations du projet médical qui prévoit le développement des alternatives à l'hospitalisation complète. Il s'agit d'un enjeu majeur pour le CHU. Les alternatives à l'hospitalisation constituent un facteur très attractif pour les patients, génèrent une prise en charge moins lourde et mobilisent moins de moyens. Le CHU s'y engage résolument (ambulatoire, HAD, éducation thérapeutique) ;
- **la cohérence managériale** : la conduite du changement est d'autant plus souple qu'elle fait intervenir un nombre limité de pôles et donc de chefferies de pôle. Des trios de pôles ont été nommés avec la responsabilité de coordonner les actions opérationnelles qui déclinent nos orientations stratégiques ;
- **la cohérence soignante** : l'homogénéité des prises en charge soignantes réalisées au sein d'un PHU est recherchée afin de faciliter la montée en compétence des personnels sur les différentes pathologies ;
- **la cohérence géographique et cohérence des flux patients** : le périmètre de gestion de chaque PHU doit permettre de lisser les flux et de rassembler des lits contigus, localisés au sein d'un même ensemble géographique ;
- **la cohérence médico-scientifique** : les nouveaux PHU contribuent à mieux identifier les filières intégrées de soins et de recherche, et confortent l'assise clinique de certaines thématiques de recherche.

Une démarche stratégique et managériale

Conduire l'évolution de l'organisation interne d'un établissement de santé exige temps et méthode. Avec ses onze nouveaux pôles hospitalo-universitaires, celle du CHU de Nantes a pris trois ans. La démarche peut paraître longue et conceptuelle aux acteurs de terrain. C'est la raison pour laquelle elle doit être porteuse de sens pour les professionnels qui voient leurs organisations de travail évoluer et se transformer en services de soins, blocs opératoires, consultations externes. Cette réorganisation doit aussi les accompagner dans la manière de prendre en charge le patient, avec toutes les difficultés légitimes ressenties : crainte, remise en cause des valeurs, déni, incompréhension, opposition, résignation...

Mis en œuvre en 2012, le projet management du CHU de Nantes engage la direction générale vis-à-vis des responsables managériaux et concerne tous les

professionnels qui assument des fonctions de management : directeurs, médecins, cadres. Le projet participe à la reconnaissance mutuelle des compétences professionnelles. Il a vocation à être partagé, porté, mis en œuvre par l'ensemble des responsables hospitaliers, qu'ils soient médecins, soignants, techniques, logistiques ou administratifs.

Une série de mesures concerne l'intégration et la formation des futurs (les « faisant fonction ») et nouveaux cadres. : un plan de formation dédié est centré sur les problématiques de management et la performance des outils. Le projet implique également l'évolution de la gouvernance interne à l'établissement, avec ses onze PHU. Les staffs de PHU (chef de pôle, cadre soignant de pôle et cadres administratifs de pôle) et les directeurs délégués auprès des pôles sont accompagnés dans leurs prises de fonction via un parcours de formation original. Le projet de management participe par ailleurs à la promotion d'un management responsable et solidaire. Il mobilise ses professionnels à répondre aux exigences et attentes des patients.

Les DHU et le projet de l'Île de Nantes

Parallèlement à la création des pôles hospitalo-universitaires, le CHU de Nantes souhaitait lancer une démarche qui développe la dynamique « recherche » en rapprochant, dans le cadre d'une convention de partenariat, tout ou partie d'un ou plusieurs PHU avec une ou plusieurs unités mixtes de recherche. Cela sur la base d'un projet intégré et d'une interface soins/recherche. En juin 2012, le CHU, l'université de Nantes et Aviesan³ lançaient un appel à projets conjoint pour la création de départements hospitalo-universitaires (DHU).

La démarche repose sur une exigence d'évaluation vis-à-vis des résultats scientifiques et de structuration. Elle s'inscrit aussi dans le projet architectural qui vise à regrouper, sur un campus du centre-ville, toutes les activités hospitalo-universitaires de court séjour. Ce projet permettra de rapprocher géographiquement les pôles hospitalo-universitaires des UMR, de disposer de surfaces au sein de l'hôpital dédiées à l'enseignement intégré et de bénéficier de forums médico-scientifiques favorables aux échanges cliniciens/chercheurs.

Un jury international de neuf membres, présidé par le Pr Denis Roy⁴, a été constitué. Dans le prolongement d'un travail conduit au sein des établissements, trois projets ont été déposés le 26 octobre 2012. Le 12 décembre, deux projets étaient consi-

ZOOM SUR... LE PROJET ÎLE DE NANTES

Programmé à horizon 2023-2025, le projet vise au regroupement sur un site unique (dit « île de Nantes ») de toutes les activités de court séjour du CHU de Nantes, aujourd'hui dispersées sur deux sites distincts (l'hôtel-Dieu en centre-ville de Nantes et l'hôpital Guillaume et René-Laënnec sur la commune de Saint-Herblain au nord de Nantes).

Cet hôpital du XXI^e siècle répondra ainsi aux enjeux principaux du CHU de Nantes :

- ouvrir l'hôpital sur la ville et le territoire,
- intégrer soins, recherche et enseignement,
- innover dans la relation aux patients et les organisations,
- concevoir un bâtiment modulaire pour une organisation performante, et évolutif pour anticiper sur l'avenir,
- imaginer un hôpital écoresponsable.

Les chiffres témoignent de la taille du projet :

- 1384 lits et places,
- 225 000 m² dans œuvre, sur une dizaine d'hectares de terrain,
- un objectif de 64 % (séances comprises) de prise en charge en ambulatoire en 2020.

LE CHU À HORIZON 2023-2025



dérés éligibles au label Département hospitalo-universitaire par le jury. Le directeur général du CHU de Nantes, le président de l'université et le président-directeur général de l'Inserm et représentant d'Aviesan ont décidé de suivre les propositions du jury. Les projets Oncogreffe et DHU 2020 ont été labellisés DHU pour une durée de quatre ans.

3. Axés sur le projet médical (approuvé par le directoire le 4 juillet 2012), ses fondamentaux reposent sur la recherche d'efficience, le développement de l'ambulatoire et la perspective de regroupement des activités de court séjour sur l'île de Nantes.

4. Les cinq PHU cliniques comprennent en moyenne 750 ETP médicaux et non médicaux et 250 lits.

5. Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé – www.aviesan.fr (NDLR)

6. Le Pr Denis Roy est professeur titulaire à l'université de Montréal, directeur de l'unité de recherche de thérapie cellulaire, directeur scientifique du Centre de recherche - Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Le projet Oncogreffé

Coordonné par le Pr Philippe Moreau, le projet Oncogreffé fédère l'hémato-cancérologie, l'onco-dermatologie, la médecine nucléaire et l'institut de transplantation-uropathie-néphrologie. Il vise à structurer une thématique « immuno-transplantation et oncologie » intégrant soins, recherche et enseignement. La création de cette thématique originale est basée sur l'existence à Nantes de trois axes forts en recherche et clinique : l'immunologie et la transplantation rénale, l'hémato-cancérologie et la médecine nucléaire.

Unique en France par le potentiel de chercheurs, enseignants-chercheurs et cliniciens représentés, cette situation offre plusieurs opportunités : augmenter les innovations dans les domaines de l'immuno-transplantation, la médecine nucléaire et la cancérologie centrée sur l'hématologie, l'onco-dermatologie et gastro-entérologie ; accélérer le transfert clinique de ces innovations issues des laboratoires par les interactions cliniciens-chercheurs que crée le DHU ; proposer un enseignement original pour les étudiants intégrant des échanges chercheurs-cliniciens ; favoriser leur valorisation via des partenariats public/privé.

Le projet DHU 2020 : médecine personnalisée des maladies chroniques

Ce projet coordonné par le Pr Antoine Magnan rassemble l'institut du thorax et l'institut des maladies de l'appareil digestif.

L'augmentation de la durée de vie oblige à préparer le « bien vieillir » : prévoir les maladies chroniques en détectant au plus tôt leurs facteurs de risque,

dans le cadre d'une médecine prédictive préventive et personnalisée.

En rassemblant l'institut du thorax et l'institut des maladies de l'appareil digestif, DHU 2020 fédère les forces nécessaires à un projet intégré de la prématureté au sujet âgé : découvrir ces facteurs, en prouver la pertinence, développer des stratégies de soins adaptées. Depuis le début des années 2000, les instituts ont construit les outils de cette recherche translationnelle. Ils sont mûrs pour aller plus loin, ensemble.

Comment ? D'abord en rapprochant soin et recherche : chercheurs et médecins, soignants et personnels techniques, étudiants en médecine, en sciences et sciences humaines. Ensuite en se tournant vers l'avenir : l'école du DHU2020 permettra aux plus jeunes de s'approprier cette nouvelle culture de la médecine personnalisée. Enfin en participant à la mutation de la société nantaise et de la Région : DHU2020 s'intégrera aux projets culturels, en articulation avec le public et pas seulement les usagers. En cela, il prépare son implantation sur l'île de Nantes à l'horizon 2020. L'intégration des chercheurs en sciences humaines et sociales permettra d'atteindre ces objectifs.

L'évolution de l'organisation polaire montre qu'avec la nouvelle gouvernance, les établissements hospitaliers disposent des atouts et outils nécessaires pour accompagner leur stratégie. Cette évolution portée par les professionnels doit s'inscrire dans une démarche managériale institutionnelle mobilisatrice afin de répondre à notre principal objectif : mieux prendre en charge les patients.



REVUE DU MANAGEMENT ET DES RESSOURCES HUMAINES HOSPITALIÈRES
WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR

RECHERCHE EN LIGNE PAR MOTS CLÉS,
ARCHIVES, ACCÈS ILLIMITÉ POUR LES ABONNÉS

analyse anticipé accompagné anticipé accompagné anticipé analyse



REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE



LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE PRÉSENTE
HopitalExpo, Health-ITExpo et GerontHandicapExpo :

LES SALONS
DE LA SANTÉ
ET DE L'AUTONOMIE



20-22
MAI 2014
PARIS - PORTE DE
VERSAILLES - PAVILLON 1



LE SALON DE TOUTES LES SOLUTIONS
POUR ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE

Un panorama complet de l'actualité et des innovations : équipements et services, initiatives remarquables, conférences, sessions de formations et animations. L'occasion de faire le point sur les attentes et besoins des secteurs du grand âge et du handicap. Un rendez-vous à ne pas manquer autour d'un enjeu majeur !

GerontHandicapExpo se déroule dans le cadre des SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE.

POUR EXPOSER, VISITER, S'INFORMER : www.salons-sante-autonomie.com



RESTONS CONNECTÉ !

www.salons-sante-autonomie.com



UNE MANIFESTATION



UNE ORGANISATION



CHU de Toulouse

Des outils au service du dialogue de gestion

Marianne PRADÈRE Responsable analyse de gestion et information décisionnelle
Pr Olivier FOURCADE Chef du pôle anesthésie-réanimation
 CHU de Toulouse

Le CHU de Toulouse est organisé en pôles depuis plus de dix ans. La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a placé le chef de pôle au centre du dispositif de performance des hôpitaux : quels outils proposer à ces médecins nouveaux managers ? Comment peuvent-ils s'approprier cette obligation de performance, en la conciliant avec leur appartenance professionnelle ?

« Pertinence et performance s'associent quand l'analyse des données chiffrées participe d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. »

Pr Olivier Fourcade

Comment décliner la performance en établissement de santé ? Formaliser la démarche en lui conservant un aspect multidimensionnel nécessaire ? Nous sommes tentés de répondre que la démarche adéquate est celle que les acteurs envisagent, c'est-à-dire dessinée par ceux qui produisent le soin. Ce constat posé, plusieurs modalités d'adhésion sont possibles. Comme d'autres établissements, le CHU de Toulouse a établi un dialogue de gestion avec les professionnels via des outils dédiés. Les pôles ont bénéficié dès 2005 d'un tableau coût case-mix (TCCM)¹, outil peu à peu abandonné car ne prenant pas en compte l'ensemble des pôles et ne pouvant être produit qu'une fois l'an.

Le compte de résultat analytique, socle d'une démarche d'EPP

Depuis 2006, chaque pôle (clinique, médico-technique et logistico-administratif) bénéficie d'un compte de résultat analytique (CREA)² trimestriel, extrêmement détaillé et largement diffusé. Chaque parution est assortie de commentaires, la plupart du temps complétés par une intervention du contrôleur de gestion et du médecin DIM référents. L'acculturation des professionnels, soignants et médicaux, n'a pas été immédiate. Les premières rencontres ont été difficiles, et l'apparition d'un contrôle de l'institution sur les pratiques professionnelles parfois vivement décriée. Mais une fois l'intérêt suscité, les professionnels ont rapidement compris les possibilités qu'offrait l'exploitation du CREA. Denis Debrosse souligne à ce propos que « *tous ces éléments, recueillis et analysés, sont les outils d'une démarche stratégique, en rupture avec l'exercice traditionnel de la médecine. Il faut reconnaître que la mutation recherchée est particulièrement forte. Il est donc compréhensible que le corps médical résiste³* ».

Le CREA peut se révéler intéressant dans le dialogue de gestion dès lors qu'il permet une analyse d'écart pertinente sur les différentes lignes (charges directes, recours aux plateaux techniques ou logistique générale). Il cible les données à investiguer, le pôle devant être en mesure de questionner les chiffres avec l'appui du contrôle de gestion. La démarche comprend trois phases : le bilan de l'existant avec autoévaluation des pratiques, la confrontation de celles-ci aux référentiels de bonnes pratiques avec modification des pratiques courantes, si nécessaire, et l'observation du résultat. Quelques exemples issus de l'analyse du compte de résultat illustrent cette propriété des outils de gestion à initier une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Dépenses médicales et analyse d'écart

L'augmentation des dépenses médicales est-elle due aux dispositifs médicaux ou aux médicaments ? Une fois les médicaments ciblés, il convient de savoir quelle est la classe thérapeutique concernée. Si l'augmentation est liée à une augmentation d'activité, l'investigation du chef de pôle s'arrête là. Par contre, une classe thérapeutique particulièrement touchée conduit le chef de pôle à questionner ses équipes. Deux cas de figure se présentent : soit une situation exceptionnelle (par exemple l'augmentation très importante de la consommation de produits sanguins corrélée aux soins prodigués à un patient hémophile), soit une modification des prises en charge. Dans ce dernier cas, seul le chef de pôle est habilité à savoir si l'existence de nouveaux référentiels justifie cette nouvelle pratique ou si l'on a affaire à un excès de prescription.

Rationalisation des recours aux plateaux techniques

La démarche d'investigation a consisté à transmettre aux services médicaux, via des tableaux de bord, les examens qui présentaient un coût important (soit par leur itération importante, soit par leur coût unitaire très élevé). Ont également été listées toutes les pratiques qui consistaient à rendre automatique la prescription d'un examen, comme les bilans d'entrée ou de suivi systématique. L'état des lieux concernant les prescriptions de biologie a été réalisé en binôme (pôle et contrôle de gestion). À l'issue de cette première phase, un groupe de travail s'est constitué avec un médecin de chaque unité concernée et un biologiste. Il en est ressorti un guide de pertinence des prescriptions de biologie. Diffusé et enseigné aux médecins et soignants par le référent médical du groupe en mars 2012, ce guide annonçait la suppression des prescriptions systématiques et prescriptions groupées, et révélait l'inutilité de la prescription de certains examens.

Le suivi de son application s'effectue à partir d'un tableau de bord de consommation des analyses biologiques, selon une liste choisie par chaque service impliqué dans le projet, les examens pratiqués en unité de réanimation n'étant pas les mêmes qu'en chirurgie digestive. Au total, une dizaine de services de soins critiques se sont mobilisés autour de cette approche, sur la base du volontariat.

Au-delà de l'amélioration avérée de la qualité des soins délivrés au patient (diminution des ponctions veineuses et de la spoliation sanguine), la démarche a mis en lumière la dynamique des relations clients/fournis-

seurs entre pôles cliniques et pôle biologie. Attentifs au résultat de la ligne biologie de leur CREA, les cliniciens s'attendaient à voir diminuer ce coût, et ce à partir du moment où la prescription avait connu une certaine baisse. Or le coût des examens de biologie n'avait pas diminué, ce qui induisait qu'en améliorant sa pertinence, le service ou le pôle n'avait pas amélioré sa performance économique... Il est évident que l'outil de

La démarche a mis en lumière la dynamique des relations clients/fournisseurs entre pôles cliniques et pôle biologie.

production n'avait pu être modifié dans un laps de temps aussi court. Mais cela a conduit le pôle biologie à une réflexion sur le développement de ses ressources externes, aujourd'hui inscrit dans son contrat de pôle, en engageant notamment une augmentation de leurs recettes de soins externes.

Gestion des ressources humaines

La notion de prestation paramédicale, en l'occurrence pour la filière diététique, a également été questionnée. En 2011, les diététiciens sont entrés dans une démarche de suivi de leur activité. Au CHU

CONTRÔLE DE GESTION, UNE NÉCESSAIRE ÉVOLUTION

Par son étymologie latine, la définition du contrôle de gestion laisse à penser que sa fonction est uniquement la vérification. Dans sa vision outre-Atlantique, le contrôle de gestion, ou *management control**, emporte une fonction de maîtrise.

Cette confusion originelle entre « vérification » et « maîtrise » engendre au moins deux conséquences : la première tient à la difficulté de définir le contrôle de gestion. Il est classique de le confondre avec des dimensions de sanction, oscillant entre atteinte des objectifs et rationalisation des ressources ; la seconde tient à la nature du contrôle de gestion et à sa place dans une bureaucratie professionnelle en mutation. Les opérationnels sont représentés par les pôles ; le lien qui doit exister entre le contrôle de gestion et les exécutifs de pôle est à construire.

Au CHU de Toulouse, la volonté d'autonomiser les pôles dans la captation et l'analyse de leur propre information, conduit le contrôle de gestion à une mutation certaine. Entre vérification et maîtrise, le contrôle de gestion va œuvrer à la maïeutique d'un contrôle opérationnel.

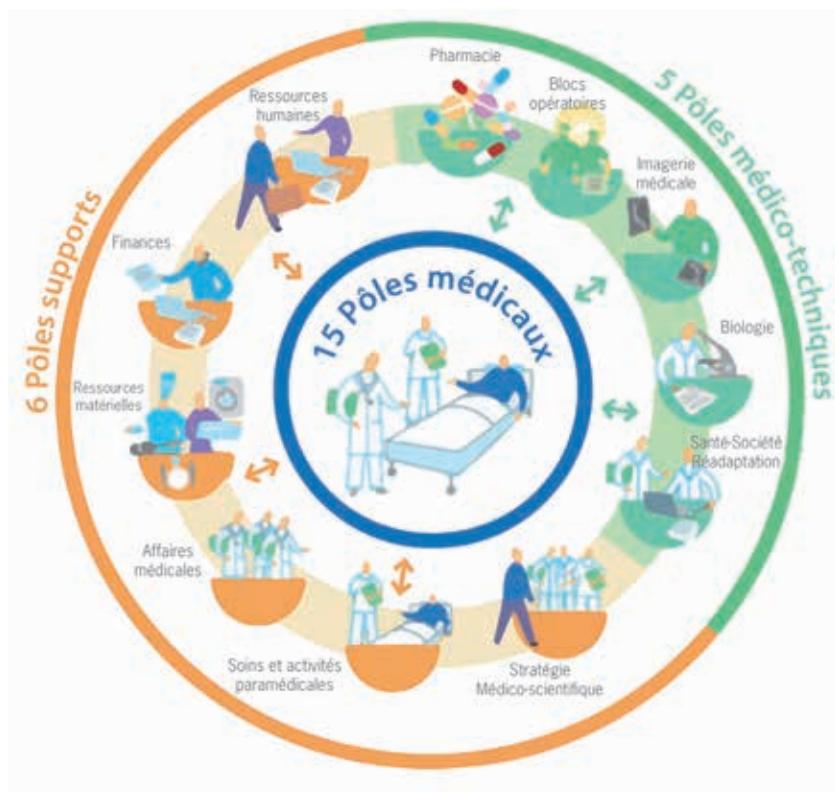
* Méthode de management née dans les grandes firmes américaines dans les années 20 et théorisée par R.N. Anthony, professeur à la Harvard Business School, in H. Bouquin, *Le Contrôle de gestion, Gestion*, Paris, PUF, 7^e édition, 2006.

1. Le tableau coût case-mix (TCCM) permet de comparer les données de coûts et d'activité d'un établissement avec les données de la base de l'étude nationale de coûts (ENC).

2. Le compte de résultats analytiques (CREA) par pôle permet de juger de l'équilibre économique du pôle, en confrontant directement ses dépenses à ses recettes, telles qu'elles peuvent être calculées à partir des règles de la tarification à l'activité (T2A).

3. D. Debrosse, «Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet», in B. Honoré, G. Samson (sous la dir.), *La Démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat, 1994.

ORGANISATION DES PÔLES AU CHU DE TOULOUSE



LE CHU DE TOULOUSE

- **27 pôles**
 - 15 pôles médicaux
 - 5 pôles médico-techniques
 - 7 pôles support
- **2 860 lits**
- **213 000 séjours**
- **1 milliard de dépenses d'exploitation**
- **Plus de 14 000 personnes au service de la santé**

de Toulouse, ceux-ci sont chargés des commandes des produits de nutrition entérale et parentérale, ce qui, en termes analytiques, se traduisait par la cotation d'un acte par jour et par patient. Soit en force de travail l'équivalent de quatre équivalents temps plein, alors que les services de réanimation polyvalente ne bénéficiaient que de deux personnes physiques affectées en activité exclusive «réanimation». Le bilan a permis de montrer qu'il n'existe pas de correspondance dans le CREA entre le type d'activité et la facturation.

Un groupe de travail rassemblant médecins, soignants et diététiciens a révisé l'ensemble des pratiques : bilans nutritionnels, nutrition et ce qui était attendu d'un diététicien en réanimation. Sur ce dernier point, le groupe a conclu à quatre grands types d'actes⁴. En outre, le groupe de travail a influé sur une réorgani-

sation des diététiciens qui ont mutualisé leurs prestations au sein des quatre unités de réanimation, améliorant ainsi la permanence de leur prestation à effectif constant. Cette réorganisation a permis de recentrer les diététiciens sur leur cœur de métier, tout en améliorant la prise en charge du patient et mettant en valeur le rôle de la diététique.

Le pôle anesthésie-réanimation a engagé la même démarche avec la médecine physique et réadaptation, afin de supprimer les glissements de tâches et repositionner les kinésithérapeutes en tant qu'experts.

Il est intéressant de voir ici les mécanismes de la mesure et de l'évaluation entrer dans les mœurs médicales et soignantes. D'un contrôle *a priori* institutionnel découle un renouveau induit par la profession, avec pour vocation d'interroger les pratiques professionnelles. Cette démarche d'EPP n'est pas ressentie comme contrainte car elle n'est pas nécessairement sous-tendue par un objectif d'économie. Pour le Pr Olivier Fourcade, «*le raisonnement médical induit que la démarche de gestion soit associée à un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de leur pertinence*».

Ces trois exemples nous semblent significatifs à plus d'un titre. En premier lieu parce que l'importance du langage commun entre l'administration et les pôles n'est plus à démontrer, mais à appliquer. Un objectif partagé permet un dialogue interne pertinent au sein du pôle. Ensuite parce que le rôle du contrôle de gestion dans l'alimentation de ce dialogue interne est puissant : la responsabilisation du pôle se gagne à travers la recherche de marges de manœuvre, qui objective les situations et valorise les actions entreprises en vue d'améliorer la performance. Enfin parce que l'intérêt presque contraint des pôles à la gestion s'est mué peu à peu en une culture que le contrôle de gestion a dû appréhender. La vision un peu trop manichéenne d'une dualité entre professionnels de santé et managers n'a plus cours aujourd'hui. Les professionnels médicaux et soignants consentent à un phénomène d'«hybridation», qui renforce cette notion émergente de médecins-managers.

Appropriation par les pôles du dialogue de gestion et des outils décisionnels

Le contrôle de gestion intervient dans ce processus d'appropriation pour interagir entre les connaissances explicites données par l'institution et les connaissances implicites vécues par les pôles, ainsi que pour structurer le dialogue de gestion.

Les hôpitaux s'inscrivent aujourd'hui dans une logique de résultat où l'efficacité de la mesure est primordiale (rôle des indicateurs) et dans une logique d'évolution, de mouvement qui demande un réajustement régulier de ces outils. Les informations diffusées par le contrôle de gestion ne sont pas comprises par ceux à qui elles s'adressent, car elles font de la gestion une reconstitution très virtuelle du terrain : il est de notre devoir de les rendre compréhensibles. *Idem* pour les indicateurs calculés, selon les sources : il nous appartient de rédiger un dictionnaire commun.

Un nouveau système d'information décisionnel

Au CHU de Toulouse cohabitaient plusieurs systèmes d'information décisionnels (SID), parallèles, produisant des données issues des mêmes logiciels, mais dont les indicateurs n'étaient pas calculés de la même manière. La multiplicité des sources de données et parfois la contradiction des informations font en outre de la compatibilité, dans l'inconscient collectif de la communauté hospitalière, une reconstruction largement virtuelle. Le CHU s'est lancé depuis deux ans dans une urbanisation de son SID. Idée maîtresse : l'autonomisation des acteurs des pôles dans la captation d'informations. La démarche, en mode projet, a permis de recueillir les besoins des utilisateurs, de réellement corrélérer les indicateurs et informations à leurs attentes. Ce nouveau SID se bâtit sur deux rôles et deux objectifs fondamentaux :

- **pour les professionnels de santé** : accès simple et dynamique à leurs données avec un outil intuitif et convivial : c'est le rôle du portail décisionnel Magellan⁵. Intuitif et de manipulation aisée, ce portail, construit selon une technologie dite vectorielle *in memory*, permet d'accéder en temps réel à des masses de données très importantes. Il regroupe l'ensemble des indicateurs nécessaires à une vision « macro » du pôle : indicateurs croisés sur tous les domaines (activités, programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI], dépenses, recettes, ressources humaines, qualité...);
- **pour les directions fonctionnelles, les directeurs délégués et les contrôleurs de gestion** : récupération quotidienne d'un maximum d'informations grâce à des «**vues**» **personnalisées** sur l'entrepôt de données, la base centrale du SID, et particulièrement sur des **datamarts** (bases de données) métiers, permettant l'analyse de l'information fine⁶ de domaines particuliers (agents, actes, produits...).

Aller chercher directement dans l'entrepôt de données central les informations non restituées dans le portail décisionnel est une des dernières possibilités offertes par le nouveau SID. La logique de mise à disposition des pôles de données « métiers » par le biais des *data-marts* est en outre le prolongement de l'effeuillage des lignes du CREA. Reprenons l'exemple de la pertinence des prescriptions de biologie par les pôles cliniques : le contrôle de gestion a monté un tableau de bord, restitué au travers du datamart sur les actes de biologie afin que chaque pôle puisse suivre sa prescription d'analyses biologiques. Ce tableau est le fruit d'une démarche professionnelle, qui a réuni un certain nombre de prescripteurs cliniques. Il décline une liste d'analyses biologiques choisies, comme un top 10, suivies pour leur itération ou leur coût. Les résultats même modestes sont assez probants. Les unités médicales entrées dans la démarche ont pu encadrer leurs prescriptions et rationnaliser certaines demandes jugées par elles inutiles.

Le nouveau SID permet d'aller chercher directement dans l'entrepôt de données central les informations non restituées dans le portail décisionnel.

SYSTÈME D'INFORMATION DÉCISIONNEL VECTEUR D'UNE SYNERGIE D'INFORMATIONS

Les indicateurs de performance et le système d'information servent à mesurer la performance mais représentent également de véritables outils de savoir et de partage des connaissances connues de tous. Ces outils vont non seulement contribuer à l'amélioration des pratiques, des connaissances des professionnels mais également au partage, à la compréhension et à l'adhésion aux objectifs de performance recherchés. Ce cercle vertueux de la connaissance par un apprentissage permanent va influer sur les pratiques professionnelles quotidiennes. L'objectif de la transmission de l'information via le système d'information est de la rendre accessible, compréhensible et exploitable par les professionnels et de transformer ces connaissances « explicites » en connaissances « tacites » grâce à un processus d'apprentissage.

Les thuriféraires de la transformation des hôpitaux, d'un modèle de bureaucratie professionnelle à celui de l'agence, ont comme postulat qu'il faut entretenir les managers de terrain dans une asymétrie informationnelle. Cette option n'a jamais été privilégiée par le CHU de Toulouse, puisque l'évolution de la fonction de contrôle de gestion a montré l'importance du partage d'informations de même rang.

4. Le diagnostic diététique initial par détection de la dénutrition; le suivi hebdomadaire par le diététicien de tous les patients ayant eu un diagnostic de dénutrition; le bilan nutritionnel de sortie intégrant la transmission de l'évolution de l'état nutritionnel et la transmission des consignes pour la prise en charge d'aval; les consultations diététiques pour le calcul de l'ingestat ou la prise en charge de pathologies complexes.
5. Progiciel décisionnel édité par le Syndicat interhospitalier de Bretagne (SIB).
6. L'analyse utilise les fonctions de navigation par forage (le *drill down* et le *drill up*) et plus particulièrement le *drill through* qui permet d'accéder aux détails élémentaires des informations en se basant sur des données agrégées.



Le portail décisionnel Magellan.

Le portail décisionnel Magellan regroupe l'ensemble des indicateurs nécessaires à une vision «macro» du pôle.

LES GRANDES ÉTAPES DE LA REFONTE DU SID AU CHU DE TOULOUSE

- 1 Automne 2011 : évaluation des besoins des utilisateurs**
 - Évaluation et adaptation des indicateurs proposés en standard
 - Fiabilisation et synchronisation des données fines, agrégées et historisées
- 2 Hiver 2012 : réflexion sur les datamarts métiers et vues sur entrepôt de données**
 - Intégration des données métiers dans le système décisionnel
 - Intégration des indicateurs ANAP
- 3 Automne 2012 : adaptation et enrichissement du SID**
 - Enrichissement continue des données fines pour l'analyse
 - Enrichissement des indicateurs pour le portail décisionnel
- 4 Janvier 2013 : déploiement du portail sur sites pilotes**
 - Le portail décisionnel Magellan est installé et déployé sur un groupe pilote (25 utilisateurs de trois pôles cliniques, un pôle médico-technique et un logistique)
 - Datamart Pertinence des actes de biologie
- 5 Septembre 2013 : déploiement institutionnel**
 - Fin du déploiement prévue en décembre 2013

De la même manière, un deuxième *datamart* regroupant les données fines de personnel, notamment sur la gestion du présentéisme, est en cours de mise au point (à partir de l'application Gestor). Ce deuxième ensemble d'outils correspond à la perspective posée par le centre hospitalier Bretagne-Atlantique, qui utilise le même portail décisionnel Magellan⁷ : gérer au mieux la frontière entre pilotage et terrain.

Perspectives

Tous les éléments nécessaires à l'analyse ne peuvent figurer dès le départ dans le nouveau système d'information décisionnel. La première étape a nécessairement été la reprise *a minima* de l'existant, avec un enrichissement de certains indicateurs (conserver les indicateurs actuels de ressources humaines et y adjoindre des données sur le présentéisme). Par contre, un SID ne saurait être complet sans données médicales, notamment celles issues du PMSI⁸. Une réflexion est en cours avec le département d'information médicale, sur une analyse synthétique du case-mix⁹, du niveau de sévérité des patients pris en charge, se traduisant par quelques indicateurs significatifs de l'évolution de l'activité. En outre, il apparaît important de pouvoir restituer, grâce à la granularité des informations stockées dans la base Magellan, un socle de données pouvant servir à des analyses épidémiologiques ou de recherche clinique. La fonction d'analyse des parcours du patient (APP) disponible dans Magellan nous permet d'optimiser l'organisation interne de nos prises en charge.

Par ailleurs, le dernier pas à franchir est l'un des plus périlleux : gérer la résistance au changement. La quasi-totalité des acteurs ont été associés à la démarche. Il n'en reste pas moins que le rôle du contrôle de gestion, en tant que porteur du projet, va être de soutenir les pôles dans leur appropriation. Même si notre mot d'ordre a été l'empathie utilisateur, le succès de notre nouveau SID ne reposera que sur son acceptation par les pôles. Le déploiement prévu sur deux mois implique une rencontre d'une demi-journée par pôle avec formation et manipulation de l'outil.

7. Y. Sammour, «Portail décisionnel : un outil structurant du dialogue de gestion avec les pôles», *RHF* n° 542, sept-octobre 2011 - www.revue-hospitaliere.fr

8. Le progiciel Magellan intègre nativement un module de pilotage PMSI.

9. Anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrit par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée.

LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE PRÉSENTE
HopitalExpo, Health-ITEexpo et GerontHandicapExpo :

LES SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE



20-22

MAI 2014

PARIS - PORTE DE
VERSAILLES - PAVILLON 1



LE SALON LEADER EUROPÉEN
DES TECHNOLOGIES ET SYSTÈMES
D'INFORMATION APPLIQUÉS À LA SANTÉ.

Le rendez-vous de référence des industriels, institutionnels et professionnels de la e-santé. Plus de 200 exposants y présentent leurs solutions et innovations. Hébergement de données dans le Cloud, DMP, dématérialisation, sécurisation des données, m-santé ou télésanté, autant de sujets et débats pour échanger avec vos pairs - DG, DSIO, DIM... Participer à Health-ITEexpo est tout simplement...e-essentiel.

Health-ITEexpo se déroule dans le cadre des SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE.

POUR EXPOSER, VISITER, S'INFORMER : www.salons-sante-autonomie.com



RESTONS CONNECTÉ !

www.salons-sante-autonomie.com



UNE MANIFESTATION



UNE ORGANISATION



T2A, productivité et conditions de travail en établissements de santé

Jean-Claude MOISDON Professeur émérite à Mines Paristech, chercheur associé à l'équipe de recherche, Management des organisations de santé (MOS), EHESP

Peu d'études, parmi les nombreuses évaluations de la tarification à l'activité (T2A), ont tenté d'appréhender la question relative aux gains de productivité des hôpitaux et leurs impacts sur les conditions de travail des personnels hospitaliers. Trois travaux de différentes natures, dont celui de la Fédération hospitalière de France sur l'évaluation de la T2A, convergent cependant sur un constat : si l'on se contente de productivités partielles, les établissements de santé publics ont vu la productivité du personnel paramédical augmenter.

L'année 2013 a vu la publication d'un nombre impressionnant de rapports consacrés à la tarification à l'activité (T2A), qu'ils proviennent d'institutions étatiques (Inspection des finances, Inspection générale des affaires sociales, Assemblée nationale, etc.), du monde de la recherche et même d'organisations hospitalières (cf. rapport de la FHF). Tous ont mis l'accent sur l'augmentation d'activité des établissements de santé, essentiellement pour les établissements ex-dotation globale, phénomène le plus facile à quantifier. L'analyse des autres impacts de la T2A est plus succincte : la qualité des soins et la sécurité des patients donnent lieu à des quantifications partielles sur tel ou tel segment d'activité qui, en l'état, permettent uniquement de ne pas tirer le signal d'alarme. *Idem* pour l'efficience économique. Les conditions de travail du personnel hospitalier ne sont pas évoquées. Or, d'une part on peut légitimement penser que si la T2A conduit à rendre les établisse-

ments davantage productifs, ce ne peut être sans incidences sur l'exercice professionnel ; d'autre part, les conditions de travail constituent une composante importante de la performance hospitalière, comme le rappelle régulièrement l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) dans ses travaux. Certes, le sujet n'est pas facile à traiter. Il exige des outils d'objectivation, encore balbutiants, ainsi que des méthodologies plus qualitatives que celles qui portent, par exemple, sur les augmentations d'activité. Cet article vise cependant à étudier le thème des conditions de travail en parcourant la chaîne de causalités, depuis la détermination des coûts à l'établissement des tarifs – et ce qu'il est possible d'en déduire quant aux variations de productivité des établissements, à la nature de celles-ci – jusqu'aux incidences sur les conditions de travail. Il ne s'agit pas d'une séquence de liens fermement établis, plutôt d'une série de conjectures, de signaux faibles. Espérons-les suffisamment éloquents pour encourager la production d'un nombre, plus important, de travaux sur les situations de travail confrontées au système de financement hospitalier.

Des coûts de l'ENC aux tarifs

Les établissements de santé à activités de médecine/chirurgie/obstétrique (MCO) sont-ils plus productifs sous l'égide de la T2A ? L'augmentation d'activité évoquée plus haut ne suffit pas à répondre à cette question, car les ressources sont susceptibles d'évoluer au même rythme que l'activité. Si l'on reste dans le cadre du système de financement T2A, sans mobiliser d'autres éléments que ceux élaborés par ce système (coûts de référence, tarifs, règles), il est possible d'estimer les efforts de productivité demandés aux établissements en confrontant coûts mesurés par l'étude nationale des coûts (ENC) et tarifs. Une telle comparaison est relativement fine puis-

qu'elle peut porter sur chaque groupe homogène de séjour (GHS). Mais elle est trompeuse, comme le rappelle régulièrement l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Les composantes des ressources financées par d'autres modalités que les tarifs (molécules onéreuses, dispositifs médicaux implantables, réanimation, soins intensifs, etc.) impliquent d'abord, pour toute confrontation coût/tarif, de soustraire les éléments correspondants des coûts ENC. Or, cela n'est pas toujours possible. En ce qui concerne, par exemple, les soins très aigus (réanimation, soins intensifs, néonatalogie, surveillance continue), ce ne sont pas les coûts publiés de l'ENC qui sont à déduire, mais une estimation des suppléments journaliers correspondants, information extérieure à l'ENC et détenue par l'ATIH. Par ailleurs, les tarifs ne recouvrent qu'une partie des coûts de structure (frais financiers, amortissements immobiliers), les investissements immobiliers pouvant être financés par d'autres moyens que les tarifs, mais dans une proportion inconnue.

Étude ATIH «Adéquation charges financement»

Compte tenu de ces difficultés, l'ATIH publie depuis 2012 une étude dite «Adéquation charges financement» qui explicite les distorsions tarifs/coûts. Par exemple, l'étude 2013 utilise les coûts de l'ENC 2010 (la dernière connue), coûts hors structure, qu'elle diminue des éléments précédemment évoqués, liés à d'autres financements que les tarifs. Elle applique ensuite une transformation linéaire à ces coûts, les ramenant à une même enveloppe que l'enveloppe tarifaire calculée avec le case-mix¹ 2011 et les tarifs 2012 (utilisés pour la campagne 2013). En ressort ce qu'elle appelle des «tarifs issus des coûts», tarifs les plus proches de la neutralité tarifaire, avant toute déformation «politique» (priorités de santé publique, incitations à l'ambulatoire, etc.). Les résultats de l'étude sont intéressants : ils donnent, par exemple, une idée des distorsions «politiques» de la neutralité tarifaire. Mais, par définition, l'étude ne fournit pas d'écart entre tarifs et coûts des GHS (on peut même dire qu'elle se l'interdit), ne serait-ce qu'à cause de l'opération visant à corriger les coûts de façon à obtenir la même enveloppe globale que les tarifs, à case-mix donné.

Cela dit, il est possible de s'inspirer de cette étude pour estimer un écart moyen coûts/tarifs, en effectuant un calcul non GHS par GHS mais sur les enveloppes globales. En effet, à partir des coûts 2010 hors

CE QUI ME PERMET D'AFFIRMER QUE GLOBALEMENT LA PRODUCTIVITÉ A AUGMENTÉ GRÂCE À MAINTENANT J'AIMERAIS ALLER DORMIR UNE DIZAINE DE JOURS...



Peu d'analyses, parmi les nombreuses évaluations de la T2A, tentent d'appréhender la question relative aux gains de productivité des hôpitaux.

structure des GHS, on soustrait de ces coûts les éléments financés hors tarifs publiés par GHS (essentiellement molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables). Les valeurs obtenues par le case-mix 2011 sont valorisées, ce qui permet d'obtenir une enveloppe, qu'on peut alors diminuer des coûts des soins aigus (réanimation soins intensifs, etc.) que l'ATIH publie chaque année globalement. La difficulté liée à l'absence de connaissance de ces coûts, GHS par GHS, disparaît. On peut alors comparer cette masse financière à celle des tarifs, sommés à partir du même case-mix².

Un effort de productivité à étayer

Quel est le résultat de ce calcul, certes imparfait, mais qui fournit cependant une bonne approximation des dépenses MCO 2010 sur le périmètre tarifaire 2012 ? La masse tarifaire 2012 (valorisée donc par le case-mix 2011) est égale à 27,1 milliards d'euros. Quant à l'enveloppe coûts 2010 (avec le même case-mix), elle est égale à 28,1 milliards d'euros, soit 3 % de plus que la masse tarifaire.



1. Cet anglicisme désigne l'éventail des cas traités, décrit par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée.

2. Il est clair que dans ces calculs, il convient d'utiliser la même version de la classification, en l'occurrence V11d.

On pourrait donc se dire que ces 3 % représentent l'effort de productivité que l'on demande aux établissements entre 2010 et 2012, ce qui peut paraître modeste. Une telle conclusion néglige toutefois le fait que les coûts en question datent de 2010 et qu'il faudrait tenir compte également de l'évolution « naturelle » des coûts de production sur deux ans. C'est donc plutôt un effort de productivité de l'ordre de 6 à 7 % qui est sous-tendu par ce calcul, sans compter que les coûts en question ne contiennent pas les coûts de structure, pourtant couverts partiellement par les tarifs.

Comme les déficits globaux constatés en 2012 ne sont pas à cette hauteur, une autre conclusion « spontanée » de ces considérations un peu techniques est que les établissements ont bien gagné en productivité entre 2010 et 2012, dans des proportions non négligeables.

Appliqué à la campagne budgétaire 2012, le même modèle fournissait des résultats analogues, avec un écart moyen moindre coûts/tarifs (masse tarifaire 2011 égale à 27,5 milliards d'euros, de même que l'enveloppe coûts 2009), ce qui supposerait une continuité dans le temps de ce gain de productivité.

Les établissements ont bien gagné en productivité entre 2010 et 2012, dans des proportions non négligeables.

Est-on pour autant certain de ces conclusions ? Un certain nombre de considérations conduisent à penser qu'il s'agit plutôt de présomptions solides que de résultats incontestables. Rappelons tout d'abord que les coûts utilisés ci-dessus sont des coûts mesurés sur un échantillon d'hôpitaux, ceux de l'ENC, dont le comportement vis-à-vis de l'efficience économique

pourrait n'être pas superposable à celui de l'ensemble du système hospitalier MCO. Mais, surtout, les écarts coûts/tarifs ont été mesurés sur un périmètre réduit (périmètre tarifaire), et non sur l'ensemble MCO qui contient les compartiments relevant des autres modalités de financement : molécules et DMI, soins aigus (réanimation, soins intensifs, etc.), mais aussi missions d'intérêt général, dont les MERRI, consultations externes, etc. Or, d'une année sur l'autre, les mouvements financiers respectifs portant sur ces différents compartiments sont complexes (bien que

contraints par l'ONDAM) ; rien n'interdit que des gains de productivité constatés sur certains soient perdus sur d'autres.

Un autre inconvénient de cette approche est qu'elle ne donne aucune indication sur la nature des gains de productivité éventuels : intensification du travail ? Réorganisation ? Plateau technique plus performant ? Pour confirmer (ou non) cette présomption de gain en productivité sous l'égide de la T2A, nous allons mobiliser les analyses qui essayent d'aborder cette question autrement que nous l'avons fait, c'est-à-dire en mesurant directement la productivité sur l'ensemble du système hospitalier MCO (autrement dit en confrontant l'évolution de la production à la consommation des facteurs de production).

T2A et productivité

Peu d'analyses, parmi les nombreuses évaluations de la T2A précédemment évoquées, tentent d'appréhender la question relative aux gains de productivité des hôpitaux. Sous bénéfice d'inventaire, nous citerons trois sources : le rapport de la Fédération hospitalière de France (FHF) sur l'évaluation de la T2A, un rapport de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) sur les impacts de ce mode de financement

et un article issu d'un travail de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) utilisant un modèle économétrique.

Le rapport FHF « Évaluation de la T2A »

Rédigé par un groupe de travail³ réuni par la FHF, ce rapport paru en juin 2013 utilise les chiffres existants, notamment à l'ATIH, pour estimer les divers impacts de la T2A sur l'activité, la qualité, la sécurité des patients, l'investissement, les coopérations, etc. Il fonde également son analyse sur les résultats d'un questionnaire adressé aux hôpitaux publics (management et corps médical). À ce titre, il procède à une véritable évaluation de la T2A et prend en quelque sorte à son compte la mission du comité d'évaluation mis en place au début de ce système de financement, et dissous depuis.

Concernant l'évolution de la productivité des établissements ex-dotations globale (DG), il se contente de comparer des évolutions d'effectifs de personnel à l'activité mesurée en nombre de séjours.

Le résultat le plus significatif est qu'entre 2007 et 2011, l'activité en nombre de séjours a augmenté de 7,3 %, alors que le nombre d'ETP médicaux a

ÉVALUATION DE LA T2A

RAPPORT DE LA FHF - JUIN 2013

■ Comité d'évaluation de la T2A,
sous la présidence du Professeur Fagon
Michèle Deschamps, FHF
Nadège Desjardins, FHF
Sylvain Gougeon, FHF
Dr Bernard Garnier, FHF
Hervé Gougeon, FHF
Dominique Goletz, FHF
Gaëlle Le Bayon, FHF
Alain Lévy, FHF
Dr Gabriel Nisan, HUS



augmenté de 7,7% et le nombre d'ETP paramédicaux seulement de 1,4%. Il y aurait donc des gains de productivité portés par le personnel paramédical. Cela dit, l'inconvénient majeur d'un tel calcul est que, si la productivité est le rapport d'une quantité de produits à une quantité de facteurs de production, une telle définition pose de redoutables problèmes de mesure quand il n'y a pas un mais plusieurs produits, ou/et quand il n'y a pas un mais plusieurs facteurs de production. En l'occurrence, il n'y a pas un mais à peu près 2400 produits (les GHS) et une quantité non aisément dénombrable de facteurs de production (médecins, infirmiers, aides-soignants, équipements, médicaments, etc.).

Il est difficile dans ce cas de mesurer et même de définir une productivité globale. On peut certes avoir moins d'ambitions, en calculant des indicateurs de productivité partielle et en rapportant la quantité produite à la quantité d'un facteur de production, ce qui a été fait dans le rapport du groupe FHF. Toutefois, il est difficile d'en rester à un produit identifié à un séjour dans le cas de la T2A. Dans l'esprit du PMSI et de la T2A, il convient d'assimiler le produit aux différents GHS et de prendre en compte la relative lourdeur de ces derniers.

C'est ce que s'efforcent de faire les deux publications suivantes.

Le rapport de l'IRDES

Pour mieux représenter le produit hospitalier, l'IRDES choisit dans son rapport⁴ le GHS comme unité de produit et, pour obtenir un chiffre unique au numérateur du ratio de productivité, de pondérer les effectifs des séjours des GHS par des poids proportionnels aux coûts complets issus de l'ENC, réhabilitant ainsi en quelque sorte le concept de point ISA. Cette opération n'est pas si simple dans la mesure où la classification des GHS évolue continûment. Pour étudier l'évolution de la productivité hospitalière entre 2002 et 2009, l'IRDES a fait le choix d'utiliser les points ISA issus de l'ENC 2004, ce qui a évidemment imposé de reclasser tous les séjours.

Le résultat essentiel de l'étude est que si l'activité est exprimée en points ISA et que des productivités partielles sont utilisées (volume en points ISA divisé par les quantités d'un seul facteur de production), alors, sur la période 2002-2009, et pour les établissements ex-DG, la productivité du personnel médical est restée stable alors que celle des personnels autres a augmenté de 13%.

Un autre résultat est qu'en revanche la productivité du personnel non médical a plutôt diminué pour les établissements ex-objectif quantifié national (OQN).

La productivité globale, mesurée par le rapport entre la production en points ISA et les dépenses totales des établissements aurait, elle aussi, légèrement diminué. Cette mesure semble toutefois imparfaite car les auteurs, utilisant les données du Compte national de santé, ne peuvent distinguer les dépenses MCO de celles des autres secteurs.

L'article de Nicolas Studer

Paru en 2012 sous le titre « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », cet article⁵, faisant état d'un travail effectué à la DREES, part également de l'idée de résumer la production hospitalière en utilisant les coûts issus de l'ENC pour pondérer les effectifs de séjour par GHS ; il utilise pour cela la même année que l'IRDES, c'est-à-dire 2004. En revanche la période étudiée est plus brève (2003-2007). L'approche est la plus complexe des trois sources utilisées ici, puisque l'auteur essaye d'estimer une fonction de production des établissements de santé (en se restreignant aux établissements ex-DG), c'est-à-dire une formule reliant l'activité d'un hôpital aux quantités de facteurs de production utilisés.

Cette formule est du type :

$$\begin{aligned} \text{Log(Activité/lits)} &= A + a_1 \text{Log (Paramédicaux/lits)} \\ &+ \dots a_p \text{Log (plateau technique/lits)} \\ \text{Log (Médecins/lits)} &+ a_2 \text{Log (Paramédicaux/lits)} \\ &+ \dots a_p \text{Log (Paramédicaux/lits)} \\ &+ \dots a_p \text{Log (plateau technique/lits)} \\ \text{Log (plateau technique/lits)} & \end{aligned}$$

(fonction Cobb Douglas avec neutralisation de la taille).

La constante A mesure la productivité globale des facteurs (si l'activité augmente alors que tous les facteurs restent constants, A augmente). Cette fonction est estimée par l'auteur à partir d'un échantillon de 407 établissements publics dont il recueille les données d'activité et de quantités de facteurs de production, sur les cinq ans de l'étude.

3. Comité d'évaluation de la T2A, sous la présidence du Pr Fagon - <http://fichiers.fhf.fr/documents/Rapport-finances-04juin.pdf>

4. Activité, productivité et qualité des soins avant et après la T2A, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, document de travail, avril 2013. www.irdes.fr/Publications

5. NDLR : ce texte a été publié dans *Économie et statistiques*, n°455-456, 2012. http://www.insee.fr/fr/fcc/docs_ffc/ES4551.pdf
Nicolas Studer est adjoint au chef de bureau Marché du travail et politiques de l'emploi à la direction générale du Trésor. Au moment de la rédaction de cet article, il était chargé d'études sur l'évaluation de politiques publiques à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Questions d'économie de la Santé

n° 186 · avril 2013

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté : <http://www.irdes.fr/publications/questions-sante/>

Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A

Julia Bonastre, Florence Journeau (IGR, Institut Gustave Roussy)
Clément Nestriug, Zeynep Or (Irdes)

Introduction : Depuis 2004, la publication à l'activité (T2A) permet de financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés afin de différencier les établissements de santé entre eux et du secteur tertiaire. Pour autant, le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité, de la productivité et de la qualité des soins dans les hôpitaux publics et privés reste à faire. Des études de cas et de nouvelles données et analyses quantitatives permettent de répondre à différentes questions : la mise en place de la T2A a-t-elle permis d'accroître la productivité ? La structure de la production a-t-elle évolué ?

Les résultats montrent que, dans les hôpitaux publics, la production hospitalière a augmenté de manière soutenue entre 2002 et 2009. Le constat est toutefois le même quel soit le type d'hôpital, avec une croissance de l'activité dans les hôpitaux privés et dans les cliniques. Par contre, dans le secteur tertiaire, la croissance a été lucratif, une forte augmentation des séances et des séjours de charge ambulatoire a été observée, parallèlement à une baisse des séjours d'hospitalisation complète en obstétrique et en médecine.

Globallement, depuis l'introduction de la T2A, on observe une tendance à la hausse de la productivité dans le secteur public tandis que, dans le secteur privé lucratif, on constate une modification de la structure de la production, avec une croissance de l'activité dans les hôpitaux privés et dans le secteur tertiaire, les taux de réadmission à 30 jours ont augmenté. Sans avoir mis en évidence une stratégie de discrimination des patients polypathologiques et plus âgés par les établissements, les résultats montrent que la mise en place de la T2A a eu des effets sur la structure de la production et sur les acteurs qui suggèrent la possibilité d'une induction de la demande peu ou pas justifiée.

La publication à l'activité (T2A) a été introduite en France à partir de 2004. 2004-2005 pour financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés avec l'objectif principal d'accroître l'efficacité des établissements de santé et du secteur hospitalier. Le principe de la T2A est de faire varier les coûts de production de 46 % de la production de soins et de 10 % de la production de services en 2010. Plusieurs études ont montré que les séjours avec des coûts élevés dans les hôpitaux publics sont plus courtes et plus chères que celles dans les hôpitaux privés. Les auteurs ont donc choisi de prendre en compte la séjour par charge (séjour selon un critère de charge) et de faire varier les coûts de production de 46 % de la production de soins et de 10 % de la production de services en 2010. Ce qui a pour objectif de pallier l'asymétrie d'information d'un régulateur qui n'a pas d'informations suffisantes pour évaluer la qualité des soins et pour évaluer la productivité des établissements. Les prises en charge hospitalières sont donc mises en concurrence avec celles réalisées dans les cliniques privées au budget global annuel qui incite peu à l'efficience, et les cliniques privées par les prestations de soins diffèrent pour un même profil de patients dans des groupes économiquement homogènes. En théorie, ce mode de paiement pourrait inciter les établissements à optimiser leur utilisation de leurs ressources et à développer des stratégies pour améliorer leur productivité (Sédu, 1985). Antérieurement, les établissements hospitaliers étaient financés par un budget global annuel qui incitait peu à l'efficience, et les cliniques privées par les prestations d'identification et de classement.

* Annexe relative au sujet

IRDÉS

D'autres innovations intéressantes sont introduites dans le modèle, par rapport aux apports précédents : les consultations et actes externes sont introduits dans la mesure de l'activité ; par ailleurs, un indicateur est calculé, ce dernier permettant d'estimer l'importance du plateau technique, introduite donc comme facteur dans la fonction de production.

Parmi les résultats de ce modèle, certains nous intéressent directement :

- sur la période 2003-2007, l'activité a augmenté de 12%, les ETP médicaux de 11%, les ETP soignants de 6%, ce qui signifie là encore une augmentation de la productivité des soignants ; celle des médecins reste stable ;
- la productivité globale des facteurs a augmenté de son côté de 9%.

Ces trois travaux sont assez différents quant aux méthodes choisies, aux périodes étudiées, aux définitions mêmes utilisées. Ils peuvent être critiqués, comme toute approche statistique de phénomènes

Une présomption apparaît relativement solide : un des impacts de la T2A est une intensification du travail du personnel paramédical.

complexes. Ils convergent cependant sur un constat : si l'on se contente de productivités partielles, les établissements de santé publics ont vu la productivité du personnel paramédical augmenter (contrairement à celle du personnel médical, relativement stable). Si l'on ajoute que, d'après la dernière étude, la part de variation de la productivité globale est essentiellement due au personnel – et non par exemple au plateau technique –, il en ressort, à défaut d'une certitude, une présomption relativement solide : un des impacts de la T2A est une intensification du travail du personnel paramédical. Qu'en est-il alors des situations de travail ?

Situations de travail : terra incognita ?

Comme suggéré en introduction, les conditions de travail, au sens large, dans les établissements hospitaliers sont les grandes absentes des contributions récentes visant à analyser la T2A et ses effets.

Cela ne signifie pas que ce thème n'est pas abordé par ailleurs, au contraire. Sociologues, ergonomes, cliniciens du travail sont présents depuis longtemps dans le paysage hospitalier, mais leurs travaux restent largement inexploités. Sans doute les méthodes et les langages utilisés sont-ils éloignés de ceux qui, dans des perspectives davantage économiques et

financières, exploitent les milliards de chiffres générés par l'imposant dispositif PMSI/T2A.

Plus près de ces derniers des enquêtes – celles de la CFDT en 2012, celle dite COI (Changements organisationnels et informatisation), consacrée en 2006 aux hôpitaux, ou encore l'étude Brami, Damart, Kletz consacrée à l'absentéisme hospitalier (2012) – tentent d'objectiver des évolutions dont les tendances certes, sont moins « fermes » que des augmentations du nombre de séjours, mais qui constituent autant de signaux susceptibles d'alerter le système de régulation ; et ce pour autant que ce dernier soit préoccupé par une dimension élargie de la performance du système.

Autant de travaux qui soulignent notamment :

- **une obsession de la croissance d'activité au niveau opérationnel**, de façon uniforme dans tous les segments. Cela renvoie à la constatation que la richesse du signal économique T2A, décliné en plus de 2400 signes, n'a pas été réellement utilisée, suscitant simplement davantage une recherche de recettes

« tous azimuts » que des améliorations des processus de production. Cette obsession, et la soumission aux indicateurs correspondants, engendre des implications lourdes sur la charge de travail et le sens même du métier ;

- **des pertes de repères professionnels** dans le cadre des mutualisations suscitées par l'impératif économique ;
- **des taux importants de dysfonctionnements** : absentéisme lié aux conditions de travail, turn-over excessifs, épuisement professionnel, risques psychosociaux... ;
- **un isolement croissant** et un effritement du travail d'équipe ;
- **un éloignement problématique des cadres de santé**, mobilisés par l'administratif au détriment du travail de soin.

Ces études – enquêtes, analyses diverses... – plaident, à mes yeux, pour que soient mieux pris en considération, lorsque l'on évalue une réforme aussi importante que celle de la T2A, les problèmes de vie au travail vécus par les salariés des établissements. Des recherches qualitatives devraient être entreprises, visant non seulement à repérer et spécifier les phénomènes en cause mais aussi à élaborer une métrologie. Or, celle-ci n'existe encore que de façon parcellaire. Elle seule permettrait un suivi longitudinal (pensons aux multiples définitions de l'absentéisme, qui empêchent toute comparaison ou globalisation). À ce prix, les conditions de travail pourraient légitimement – et utilement – faire partie de l'agenda évaluatif de la T2A tel qu'il est proposé par la FHF sous la forme d'un observatoire permanent. ■

Tarification au parcours ou au cycle de soins ?

Nathalie ANGELÉ-HALGAND Maître de conférences hors classe, habilitée à diriger des recherches, responsable du département de recherche en management de la santé, faculté de médecine, université de Nantes

Le parcours de soins et/ou de santé est devenu, en quelques dizaines de mois, le leitmotiv des dires d'experts.
De quoi s'agit-il ? Pourquoi cette nouvelle vague maintenant seulement, alors qu'elle paraît s'imposer à tous ?
Au-delà, pourquoi l'objectif poursuivi par le parcours n'est-il toujours pas atteint ? Notre analyse met en évidence les limites du schéma incitatif actuel, qui appellent à une refondation en articulation étroite avec l'organisation de la prise en charge des patients. La méthode se révèle déterminante pour atteindre le résultat escompté.
Elle nous amène à faire le pari de la confiance, loin d'une illusion planificatrice trop souvent présente dans les esprits tutélaires. Cette approche conduit à proposer une vision alternative du parcours, un nouveau modèle d'organisation et d'incitation des soins sociaux et de santé : la tarification au cycle de soins (TCS).
Nous présentons le programme de recherche qu'il constitue, en précisant les choix méthodologiques retenus.

Le parcours, une nouvelle vague ?

Le dernier Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) annonce, dans son article 34, des expérimentations¹ visant à améliorer le parcours de soins : insuffisance rénale chronique, cancers du sein et de la prostate traités par radiothérapie externe. Ce faisant, il agit comme une caisse de résonance pour les acteurs institutionnels clés qui appellent à revisiter l'organisation des soins autour du parcours.

En mai 2012, la Haute Autorité de santé (HAS) publie des guides et outils relatifs à quatre parcours en lien avec des maladies chroniques : la broncopneumopathie chronique obstructive (BPCO), la maladie de Parkinson, l'insuffisance cardiaque et la maladie rénale chronique. La CNAMTS, dans son évaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques (2010), souligne l'importance de l'appropriation par le patient de son parcours, laquelle est favorisée par le rôle des conseillers en santé. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), dans son rapport annuel 2012, souligne l'utilité des parcours de soins comme réponse aux inégalités de santé, tout en pointant la nécessité de responsabiliser le patient. En juillet 2012, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) est la première à recommander d'expérimenter une tarification au parcours, mettant en avant l'idée d'un financement global autour d'une problématique de santé. Dans son rapport de mai 2013, le Haut Conseil de la santé publique propose une approche globale de la prise en charge des maladies chroniques en intégrant les dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales. Plus récemment encore, le comité des sages piloté par Alain Cordier, à l'origine de la Stratégie nationale de santé, porte fortement l'accent sur la nécessaire efficience des parcours de soins et de santé. Des expérimentations sont annoncées par Marisol Touraine dès 2013, en lien notamment avec le parcours de santé des personnes âgées. En Espagne, Italie, Belgique² ou Scandinavie, des expériences internationales³ mettent en œuvre une intégration des soins opérationnalisaient les principes du parcours. Alors s'agit-il d'une nouvelle vague qui va s'échouer comme les précédentes sur les rochers, sans que

1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013.

2. Cf. l'article de M.-C. Closon et al., pp.42-47 de ce dossier.

3. Cf. European Observatory on Health Systems and Policies, 2013.

rien ne soit changé durablement, ou sommes-nous en présence d'une lame de fond amenant une réelle évolution, voire une révolution du système de santé ?

Pourquoi le parcours ?

L'idée sous-tendue par le parcours est simple : mieux coordonner. Cela inclut l'articulation des professionnels de santé, des institutions de santé et des secteurs (social, médico-social et sanitaire). Le parcours vise également à guider le patient dans le système, qui lui apparaît souvent peu visible, à améliorer la sécurité du patient et la qualité des soins qu'il reçoit. Ne nous voilons pas la face ! L'enjeu du parcours est également de lutter contre la non-pertinence des actes, gangrène qui menace la pérennité de notre système de santé tel qu'il existe aujourd'hui, c'est-à-dire soutenu par des financements collectifs qui garantissent son accès à chacun d'entre nous, quels que soient ses revenus. En témoigne l'enquête

Le paramètre oublié de l'équation réside dans l'incitation financière. Aujourd'hui, rien n'est fait pour inciter à la coopération.

réalisée par la Fédération hospitalière de France (juillet 2012). Elle met en évidence, sur la base des dires des médecins interrogés, 26 à 32 % d'actes non justifiés. Admettons que cette manne ouvre le champ des possibles, si l'on réussit à la récupérer.

TARIFICATION AU CYCLE DE SOINS PROGRAMME DE RECHERCHE ET ESPACE D'ÉCHANGES

La TCS est un programme de recherche de longue haleine qui a été validé par le conseil scientifique de la Maison des sciences de l'homme Ange-Guépin*. Il dispose d'un carnet de recherche sous la forme d'un site Internet qui informe sur le programme et son avancement. Il inclut également un lieu d'accueil et d'échanges entre ses membres. Si vous êtes intéressé(e), que vous soyez professionnel de santé, directeur ou chercheur, nous serons heureux de vous compter parmi les membres de l'équipe, portée par le département de recherche en management de la santé de la faculté de médecine de Nantes. Alors, n'hésitez plus, rejoignez-nous !

<http://tcs.hypotheses.org>

*NDLR : la Maison des sciences de l'homme Ange-Guépin a pour objet de promouvoir la recherche relative aux différents aspects du lien social. www.msh.univ-nantes.fr

Le parcours : pourquoi maintenant seulement ?

Si l'évidence du parcours semble s'imposer à tous, se pose alors la question de savoir pourquoi il a fallu attendre si longtemps pour en parler. En fait, le discours est plus renouvelé que nouveau. Déjà dans les années 80, les réseaux coordonnés de santé caressaient la même ambition. Les groupements de coopération sanitaire qui se développent à partir du début des années 2000, puis les communautés hospitalières de territoire créées par la loi HPST de 2009 fournissent les dispositifs supports des projets de coopération. Si tout existe pour créer les conditions favorables à une meilleure coordination, pourquoi ces efforts ne portent-ils pas leurs fruits ?

Le paramètre oublié de l'équation réside dans l'incitation financière. Aujourd'hui, rien n'est fait pour inciter à la coopération. Les effets délétères de la tarification à l'activité (T2A) sur celle-ci ont été largement pointés par le rapport de la MECSS en 2012 ; le paiement à l'acte poursuit la même logique d'une course effrénée à l'activité. Cette situation peut s'analyser comme l'expression d'un problème d'alignement des intérêts des producteurs de soins avec ceux des financeurs du système de santé. Les incitations actuelles du système poussent les producteurs à développer leur activité. Or, qui dit production dit aussi consommation de financements collectifs, rares par nature : la pertinence de la production s'affirme comme une clé de voûte du système à réinventer.

Le « comment » importe beaucoup

Une tarification au parcours semble se profiler, prenant appui sur les enseignements tirés de l'*evidence-based medicine*. Housseyni Holla, directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), annonce le calcul de coûts théoriques par parcours, résultant de l'addition des coûts des épisodes composant ce parcours, tout en soulignant qu'il ne s'agira pas des coûts réels⁴.

Ne court-on pas alors le risque de voir se construire une nouvelle usine à gaz tarifaire qui ne réserveraient de salut que pour ceux entrant dans ses cases ? Un tel schéma serait nécessairement désincitatif pour toute forme d'innovation, comme l'est aujourd'hui la T2A. Certes, il se révélerait cohérent avec la tradition planificatrice historiquement majoritaire dans notre pays, en permettant à la tutelle, nationale ou régionale, de caresser l'illusion de tout contrôler dans un mouve-

ment hiérarchico-descendant que les Anglo-Américains qualifient de *top-down*. Contrastant avec cette approche consistant à stigmatiser les acteurs, une alternative se dessine : la tarification au cycle de soins, qui mise sur la capacité des établissements et des professionnels de santé à inventer des solutions.

La tarification au cycle de soins (TCS)

La TCS se distingue par l'intégration des incitations qu'elle articule avec l'organisation de la prise en charge. Le tarif constitue l'une des branches du schéma incitatif. Il est complété par des indicateurs de qualité, de sécurité, de délai et d'accès aux soins, qui permettent d'appréhender la pertinence des soins. L'approche est centrée sur la valeur du service rendu à l'usager/patient promu au rôle d'acteur de son soin et de sa santé. Tout ce qui n'apporte pas de contribution effective au patient n'a pas lieu de subsister. Ce faisant, les financiers promouvant ce nouveau schéma incitatif se posent en garants de la pérennité du modèle solidaire à la française. De fait, dans une récente étude incluse dans son rapport annuel publié en décembre 2013, le HCAAM prévoit un doublement du déficit actuel pour 2020 (14 milliards d'euros), estimé à 41 milliards en 2040. Une telle perspective met en péril le principe même du financement collectif des soins de santé accessibles à tous, sans condition de revenu. C'est tout l'enjeu du cycle de soins sociaux et de santé que de revisiter les pratiques d'organisation des prises en charge : rétablir un équilibre assurant la pérennité de notre modèle solidaire.

La TCS : le pari de la confiance

Dans ses modalités de construction, la TCS s'inscrit dans un « comment » différent, qui fait le pari de la confiance. Elle procède d'une approche intégrée articulant production/financement et prenant appui sur les standards de l'*evidence-based medicine*. Elle a pour objectif de favoriser l'initiative des professionnels de santé et des patients dans un cadre organisé. Pour ce faire, la TCS est de nature expérimentale et comprend plusieurs niveaux de tests de pratiques, élaborées dans un premier temps sous la forme d'un prototype de cycle de soins. Ensuite, ce dernier est testé à petite, puis à plus grande échelle, avant d'aboutir à un « pack » de cycle de soins comprenant des modalités d'organisation et d'incitation, y compris pour les établissements expérimentateurs dans la phase transitoire.

LA TCS - PROGRAMME DE RECHERCHE INTERVENTION FIGURE 1



Dans un schéma de tarification au cycle de soins, le tarif est complété par des indicateurs de qualité, de sécurité, de délai et d'accès aux soins. L'approche est centrée sur la valeur du service rendu à l'usager/patient.

Prendre le temps de tester *in vivo* la faisabilité des solutions avant de les généraliser constitue l'une des spécificités de notre approche, et une garantie de son succès. En cela, elle se distingue nettement d'une démarche de modélisation macro-économétrique ; par contraste avec celle-ci, elle permet d'intégrer progressivement les dimensions d'organisation et de définition des modalités des collaborations interprofessionnelles, interinstitutionnelles et intersectorielles. Ce choix trouve sa justification dans un constat : les bonnes pratiques viennent du terrain. Il s'ensuit que l'objectif n'est pas de modéliser de manière exhaustive chacune des étapes du processus de soins, ce qui interdirait toute prise d'initiative. Au contraire, il s'agit de repérer les seuls passages obligés de la prise en charge pour ouvrir les possibles. Cela vise à amener les établissements, et les professionnels de santé qui le souhaitent, à repenser globalement l'organisation du processus dans le sens d'une plus grande valeur contributive pour le patient, tout en supprimant tout acte ou temps d'attente préjudiciable de son point de vue ou de celui de la collectivité.

4. Cf. l'article d'Housseyni Holla, directeur de l'ATIH, pp. 48-49 de ce dossier.

La TCS, nouveau modèle d'organisation et d'incitation des soins sociaux et de santé

En somme, la TCS constitue un nouveau modèle d'organisation et d'incitation des soins sociaux et de santé. **FIGURE 1**

Si elle revêt à l'évidence une portée politique en se posant comme force de refondation de la T2A, elle se caractérise comme un programme de recherche – intervention procédant par une méthodologie inductive au plus près du terrain. Elle se concrétise sous la forme de chantiers expérimentaux centrés, chacun, sur une problématique de santé. Elle réunit une équipe pluridisciplinaire de chercheurs, de professionnels de santé et de décideurs sur tout le territoire national avec des prolongements internationaux.

Quatre thèses sont actuellement en cours sur les problématiques suivantes : la BPCO, le cancer du sein, la chirurgie bariatrique et la prise en charge d'une situation socio-médicale des réfugiés syriens regroupés dans des camps libanais.

Intéressé(e) ? Rejoignez-nous !

Du parcours au cycle, les différences peuvent se résumer en quelques points. Le cycle partage avec le parcours le même objectif d'améliorer la coordination entre les acteurs du soin. Il s'en distingue par la philosophie et la méthode. Le cycle se caractérise par la volonté de travailler sur les pratiques, afin de les faire évoluer sur le terrain, au plus près des professionnels de santé. La protocolisation préétablie associée au parcours ne suffit pas pour intégrer les dimensions d'organisation des pratiques recentrées sur l'intérêt du patient (qui fait quoi, où et quand, avec quelle articulation, avec qui ?) et pour en assurer la faisabilité.

Seule une approche inductive et expérimentale, faisant le pari de la confiance aux professionnels et articulant organisation et incitation, est à même de garantir l'émergence et le développement de pratiques vertueuses pour le patient et la collectivité. C'est à ce prix que nous pérennisserons le modèle solidaire de santé à la française. ■

RÉFÉRENCES

- » CNAMTS, « Évaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques », 2010, 84 pages.
- » A. Cordier et al., « Projet global pour la stratégie nationale de santé », 2013, 108 pages.
- » European Observatory on Health Systems and Policies, "Incentivising integrated care", OMS, *Eurohealth*, 2013, n°2.
- » Fédération hospitalière de France, « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés », enquête médecins TNS, 2012.
- » Haut Conseil de la santé publique, « Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 », 133 pages, 2013.
- » Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, Rapport annuel 2013, 273 pages - Rapport annuel 2012, 123 pages.
- » J. Le Menn, A. Milon, « Rapport d'information fait au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé », 2012, 341 pages.
- » Ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère de l'Économie et des Finances, « PLFSS pour 2014 », 2013, 131 pages.

L'HÔPITAL EXPLIQUÉ
SON ORGANISATION, SON FONCTIONNEMENT EDITION 2011



Tarifs TTC franco de port
Pour les commandes à destination des DOM-TOM ou des pays étrangers, les frais de port sont facturés en sus.

	tarif unitaire
1 exemplaire	30 € TTC l'unité
de 2 à 9 exemplaires	22 € TTC l'unité
de 10 à 100 exemplaires	15 € TTC l'unité
plus de 100 exemplaires	10 € TTC l'unité



L'HÔPITAL EXPLIQUÉ SON ORGANISATION, SON FONCTIONNEMENT ÉDITION 2011

à commander auprès de
héral
44, rue Jules-Ferry
94784 Vitry-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15

Réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS)

Enjeux économiques et avenir en France

Véronique FAUJOUR Département de conseil en stratégie, Hospices civils de Lyon
Pr Karem SLIM Service de chirurgie digestive et unité de chirurgie ambulatoire, CHU de Clermont-Ferrand

Pascal COROND Direction du contrôle de gestion, Hospices civils de Lyon

Les protocoles et programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie (RRAC*) ont fait l'objet de nombreuses publications et recommandations, majoritairement autour de la chirurgie digestive et plus particulièrement la chirurgie colorectale. Ce retour à domicile est rendu possible grâce aux techniques chirurgicales et anesthésiques développées pour la réhabilitation précoce : molécules anesthésiques de courte durée d'action, analgésie anticipée multimodale avec épargne morphinique, absence de sonde et de drain.

La prise d'antalgiques *per os* avant l'intervention et l'association d'analgésiques qui agissent sur les différentes voies de la douleur permet de diminuer l'utilisation de morphine en peropératoire et de la supprimer complètement en postopératoire, ce qui réduit les risques d'effets secondaires morphiniques. Une collaboration pluridisciplinaire et multimodale ainsi qu'une implication personnelle du patient à sa prise en charge avant, pendant et après sa chirurgie sont incontournables pour atteindre le but de cette nouvelle pratique : un retour à domicile plus précoce. Autres avantages : la disponibilité des lits et les gains en journées-lits.**

REMERCIEMENTS

Hospices civils de Lyon : Pr Mustapha Adham, service de chirurgie digestive, hôpital Edouard-Herriot - Pr Frédéric Aubrun, service d'anesthésie et réanimation chirurgicale, hôpital de la Croix-Rousse - Dr Eddy Cotte, service de chirurgie générale et digestive, centre hospitalier Lyon Sud - Pr Philippe Neyret, service de chirurgie orthopédique, hôpital de la Croix-Rousse - Ludovic Pouillard, direction du contrôle de gestion - Stéphanie Polazzi, département d'information médicale

Gérard de Pourtourville, chaire ESSEC Santé, Institut d'économie et de management de la santé

Du point de vue d'un établissement ou un groupe hospitalier, la réhabilitation améliorée après chirurgie peut être vue comme un investissement institutionnel pressenti comme un modèle d'avenir de la chirurgie du futur. L'introduction de l'ERAS peut être progressive de façon à construire un modèle économique s'ouvrant à un ensemble de disciplines chirurgicales.

Cette prise en charge globale et multidisciplinaire, où la chirurgie n'est qu'un élément, intéresse la quasi-intégralité de la palette chirurgicale : chirurgie orthopédique, chirurgie urologique et gynécologique, chirurgie cardiovasculaire et thoracique (pour un aperçu des collaborations multimodales, voir schéma du chemin clinique en chirurgie colorectale). **FIGURE 1**

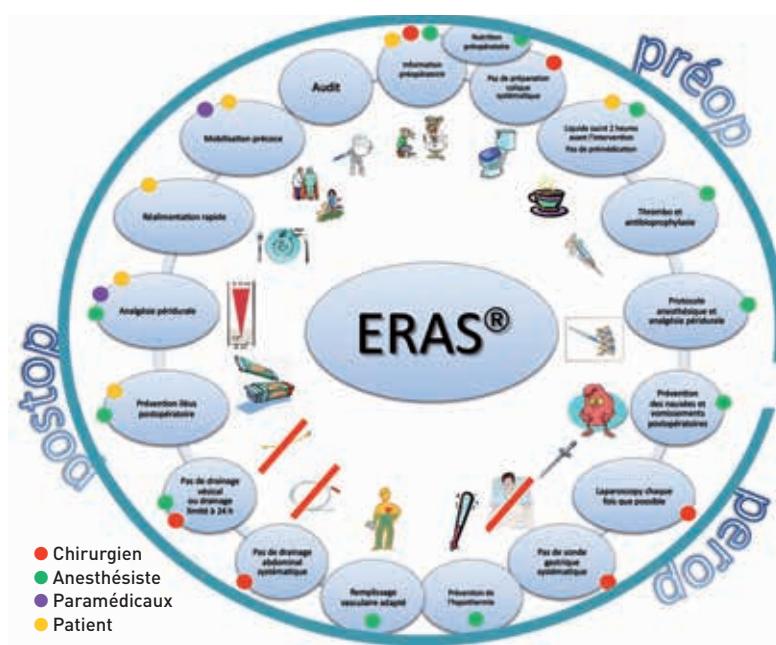
Ces chirurgies ne sont pas à la frontière de la chirurgie ambulatoire, elles concernent des interventions majeures. Malgré la profusion des publications relatives à la chirurgie à récupération améliorée des années 1995 à aujourd'hui, celles relatives aux aspects médico-économiques se font rares.

À l'appui des preuves, la réhabilitation améliorée après chirurgie offre, dans toutes les disciplines citées, un gain qualitatif comparé à une pratique conventionnelle (abaissement des complications, pas de modification dans le taux de mortalité). Avec un bénéfice direct et substantiel : le raccourcissement de la durée de séjour sans taux de réhospitalisation supérieur à une chirurgie conventionnelle. Ce mode de prise en charge induit un gain des journées-lits – sans élever le coût global de la prise en charge – avant, pendant après l'hospitalisation.

Une étude de faisabilité a été menée au sein des Hospices civils de Lyon (HCL). Il s'est agi de savoir si des services chirurgicaux souhaitaient s'engager comme sites pilotes, comment les accompagner institutionnellement et quels types d'enjeux cela pouvait susciter, et ce jusqu'à la question du modèle économique à concevoir.

* Ou ERAS, pour Enhanced Recovery After Surgery.

** Nausées, vomissements, retard de la reprise du transit...

CHEMIN CLINIQUE EN CHIRURGIE COLORECTALE FIGURE 1**ÉLÉMENTS IMPACTANT LES COÛTS ET LES GAINS IMMÉDIATS ET FUTURS** TABLEAU 1

	C 1 Coût mise en place	C 2 Coût supp. consommables	C 3 Coût fixe perenne	C 4 Gain immédiat consommables	Gain journée-lit - ou + *
AVANT PROJET					
Rédiger les chemins cliniques et informatisation	X				
Rédiger le livret patient	X				
Former et entraîner les équipes multidisciplinaires	X			-	
Déixer une personne ERAS (infirmière, kiné..)	X		X		
Mettre en place un réseau avec la ville	X			+*	
EN AMONT DE L'HOSPITALISATION					
Former et informer le patient	X	X		+*	
Anticiper les besoins du patient (aide sociale, questions du patient)	X	X		-/+	
Remettre le livret au patient	X			+	
PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE					
Admettre le patient le jour de la chirurgie			X	-	
Ne pas prémediquer systématiquement			X		
PÉRIODE PÉRI-OPÉRATOIRE					
Pratiquer une chirurgie mini-invasive		X		-	
Adopter des techniques analgésiques adaptées	†		X	-	
Réduire les cathétères et les drains			X	-	
Gérer l'hypothermie du patient			X	-/+	
Gérer les apports hydriques adaptés au patient (IV)	X		X	-/+	
PÉRIODE POST-OPÉRATOIRE					
Moindre recours aux soins intensifs			X		
Gérer l'analgésie post opératoire	X			-	
Gestion de la restriction hydrique adaptée au patient	X			-/+	
Réalimenter précocement				-	
Remobiliser rapidement (encadrement du patient)			X	-/+	
Prévenir les NVPO	X			-	
Retirer rapidement les cathétères, les drains ou diminution du nombre de drains selon chirurgie				-	
Moins prescrire d'imagerie de contrôle (lié à la baisse des complications)			X		
Moins prescrire de biologie de contrôle (lié à la baisse des complications)			X		
JOUR DE LA SORTIE					
Organiser la sortie le jour prévu		X		-	
Standardiser un outil de retour à domicile	X		X		
Faire un suivi téléphonique J+1 J+ n		X		+	
SOUTIEN DU NIVEAU D'EXIGENCE SUR LA DURÉE					
Disposer d'un outil d'audit	X			-	
Faire des séances de reporting équipe multidisciplinaire			X	+	
Soutenir et prévenir le turn over			X	-	

* Dernière colonne : ces coûts (+) ou les gains (-) fixes ou variables sont inclus dans la valorisation forfaitaire par journée-lit : les surcoûts sont absorbés par les gains mais on considère qu'ils minorent la valorisation forfaitaire.

Un modèle d'étude médico-économique applicable à toutes les chirurgies**Selection des disciplines**

Trois disciplines ont été sélectionnées avec cinq sites pilotes pour le déploiement des protocoles de réhabilitation améliorée après chirurgie :

- en chirurgie digestive : colorectal, pancréas, hépatique ;
- en chirurgie orthopédique : hanche, genou, coiffe ;
- en chirurgie urologique : prostatectomie et soutènement vésical, cystectomie.

Repérage des facteurs déterminants sur les coûts et les gains

La revue et l'analyse des publications ont permis d'appréhender les impacts en matière de coûts et de gains attendus en séparant les coûts de mise en place, les dépenses pérennes et les gains potentiels d'un fonctionnement en routine. La méthode devait convenir

pour toutes les chirurgies. Elle peut aisément être rapprochée du programme anglais de la NHS¹, mais à la différence de cette méthode de comparaison des coûts et des gains par rapport à un séjour conventionnel, le modèle n'a pas retenu les dépenses hors les murs de l'établissement de soins. L'impact sur la réduction de la morbidité post-opératoire suite à la réhabilitation améliorée est valorisé par une minoration du coût de journée d'hospitalisation. TABLEAU 1 Dans ce tableau, les coûts supplémentaires et les gains ont été séparés en quatre catégories (voir intitulés de colonne). Dans la dernière colonne, les signes - et + correspondent à un gain ou coût pérenne d'un fonctionnement en routine. Il est valorisé sous la forme d'un gain forfaitaire à la journée. ENCADRÉ 1

Recours aux bases de données médicales

Les bases sont établies sur les actes et séjours (simulations faites à partir d'une sélection d'actes éligibles à la réhabilitation améliorée après chirurgie). Ces actes fournis par les services pilotes appartiennent au catalogue des actes de la nomen-

clature de l'assurance maladie. Objet d'une requête sur une année, ils ont été regroupés par séjours en faisant le lien avec le classement des groupes homogènes de séjour : appartenance aux catégories de GHS, niveau de sévérité et de rémunération. Ont été exclus des bases les séjours dont les durées étaient en dessous, ou du même niveau que les durées cibles des protocoles de réhabilitation améliorée après chirurgie. Les séjours ont ensuite fait l'objet d'une valorisation en journées lits économisées, dans l'hypothèse d'une politique globale de mise en œuvre d'une chirurgie améliorée, tout en étant très sélectifs sur les gains : entre deux à quatre jours selon les chirurgies. La méthode s'est calquée sur la publication du NHS (voir bibliographie). Pour la résumer, prenons l'exemple simple de la prothèse de genou. Les quatre actes de la nomenclature dirigent vers un seul groupe homogène de séjour. Il en existe 845. À l'examen, 50% des séjours ont été éliminés d'emblée en considérant que ce taux correspond à celui de patients non éligibles : patients > 70 ans et/ou forte sévérité. Les

séjours restants ont été classés par colonnes en durée de séjour, avec quasiment aucun séjour inférieur à quatre nuits ; 55 % des séjours comprenaient entre quatre et sept nuits et 40 % de séjours se situaient entre huit et onze nuits. Le tri sur les gains en journées s'est

La réhabilitation améliorée après chirurgie offre un gain qualitatif avec un bénéfice direct et substantiel : le raccourcissement de la durée de séjour sans taux de réhospitalisation supérieur.

opéré à partir de ces colonnes : ces gains varient de deux à quatre nuits maximum.

Tous les séjours visés par les protocoles ERAS/RRAC, quelles que soient les disciplines, ont été passés en revue – en tenant compte des critères d'exclusion adaptés à chaque discipline – pour estimer les gains

1. Programme du National Health Service (NHS) pour promouvoir la réhabilitation améliorée après chirurgie, 2010.

ÉLÉMENTS IMPACTANT LES COÛTS ET LES GAINS IMMÉDIATS ET FUTURS

ENCADRÉ 1

- **La mise en place d'un protocole ERAS** demande un *coût d'investissement en temps humain et une implication des équipes* qui ne se limite pas au chirurgien et à l'anesthésiste. Concernant l'ensemble des personnels qui prennent en charge le patient pendant son séjour hospitalier, elle se concrétise en investissement en capital immatériel : la connaissance et le savoir-faire des équipes. Elle est difficile à estimer en termes de coûts possession.
- **La rédaction d'un chemin clinique** est indissociable de la réussite du projet et de ses supports de suivi pour procéder à l'évaluation et l'audit. Le coût de possession d'un chemin clinique varie en fonction des chirurgies et d'un site hospitalier à l'autre. Il peut plus rapidement être amorti en fonction du nombre d'inclusions.
- **Les études relatives à l'efficience des protocoles et de leur respect** montrent que l'existence du protocole ne suffit pas : il faut disposer des outils qui permettront de conduire une évaluation, plus communément appelée *audit de compliance*. Le recueil de ces informations et les réunions de reporting ont un coût.
- **Le temps consacré à l'information et l'implication du patient à son programme opératoire est un coût** qui se constate dans quasiment toutes les chirurgies et consomme du temps, soit infirmier, soit kinésithérapeute supplémentaire.
- **Le patient reçoit un livret** décrivant le programme d'hospitalisation et les séquences qu'il devra respecter : levée, marche, nutrition, hydratation, précaution pour la toilette... Ce document représente également un coût en investissement (réécriture et édition). Il peut être minoré

s'il est importé d'un autre établissement. De nature à enrichir *la valeur perçue par le client*, il représente une valeur immatérielle.

Les coûts de consommables sont des éléments variables de l'hospitalisation liés :

- aux techniques opératoires : chirurgie mini-invasive, parfois coût légèrement plus élevé,
- aux techniques analgésiques : elles ont une faible incidence sur les coûts,
- aux suites de soins : il est fait état d'une diminution du nombre de drains de cathétérisme mais une consommation supérieure de boissons énergétiques dont l'incidence financière ne mérite pas qu'on s'y attarde (très faibles coûts marginaux), d'une diminution des coûts de transfusion, d'imagerie, de laboratoires (généralement relié à la baisse des comorbidités), d'une élévation du nombre de sondes pour l'écho-doppler dans la gestion de la réhydratation du patient.

- **Les coûts en dépense de personnel de soins** se révèlent majorés par une prise en charge spécifique pour la formation du patient, pour son éducation avant, pendant son hospitalisation et en prévision de la sortie.

Il y a un temps d'appel après la sortie. Quelques publications mettent en évidence une neutralisation de ces temps « personnel » supplémentaires du fait de la diminution des complications, soit les gains en temps de soins infirmiers liés à diminution du nombre de drains et dispositifs médicaux à surveiller.

Les méta-analyses ne démontrent pas de taux de réhospitalisation plus élevé après 30 jours que dans une prise en charge traditionnelle.

LES SÉJOURS ÉLIGIBLES DES SITES PILOTES ET GAINS EN JOURNÉES-LITS TABLEAU 2

	Séjours dénombrés	Séjours éligibles sites pilotes	Gain en journées-lits
Colectomie	580	350	[700 - 1000]
Pancréas	130	39	[100 - 140]
Foie	200	24	[80 - 120]
Hanche	1 200	270	[700 - 900]
Genou	800	200	[500 - 700]
Prostatectomie	380	100	[180 - 220]
Soutien-gorge vésical	350	50	[80 - 120]
TOTAL	3 640	1 033	[2340 - 3200]

en durées de séjours sans jamais ne dépasser quatre nuits. La majeure partie des gains s'exprime en moyenne par un raccourcissement de deux journées de séjour, qui sert à la valorisation forfaitaire décrite ci-après. **TABLEAU 2**

Sur les sept groupes d'actes et de séjours sélectionnés au sein des cinq services pilotes engagés dans la démarche, le gain estimé en nombre de

La valeur standard € dénommée «forfait gain à la journée» est une valeur composite constituée de 15 % de la valeur taux fixe et 65 % de la valeur des coûts variables.
Elle est fixée a minima.

journées-lits représente 2849 journées, soit l'équivalent d'un peu plus de sept lits, occupés 365 jours par an. Après la première vague d'introduction des protocoles ERAS, d'autres services rejoindront le projet. La valorisation du tableau 2 ne concerne que cette première vague.

Valorisation médico-économique du projet

La méthodologie s'est calée à partir de la valeur de la journée d'hospitalisation en opérant une nette distinction entre les coûts fixes liés à la possession d'une chambre, les coûts fixes de personnel et les coûts variables, issue des outils de la comptabilité analytique du CHU.

Distinction a été faite entre les charges variables, qui fluctuent avec l'activité, et les charges fixes indépendantes du niveau d'activité. Puis, au sein de la structure hospitalière, les zones de charges fixes ont été séparées en trois zones :

- zones relatives aux services cliniques,
- zones relatives aux plateaux médico-techniques (blocs, imagerie, etc.),
- zones relatives aux activités de supports non médicales (administration, approvisionnements, hôtellerie) certaines activités parfois sous-traitées et ne

représentant plus des charges fixes pour l'hôpital (linge et restauration le plus souvent).

La méthode visait à aboutir à une valeur forfaitaire économisée à la journée d'hospitalisation en ne retenant qu'une partie du coût variable et du coût fixe journalier (structure des coûts fixes liés au coût de possession d'un lit : amortissement maintenance). Les coûts variables du forfait concernaient exclusivement les coûts de consommables (dispositifs médicaux, médicaments, petits matériels et pansements, etc.). En début de séjour, ils sont toujours plus élevés.

En cas de surcoûts liés au fonctionnement du protocole ERAS, les gains ont fait l'objet d'un abattement. L'estimation est réalisée en année pleine.

Dans l'outil de comptabilité analytique, parmi les coûts refacturés en coût complet aux unités de soins, figurent les actes d'imagerie, de biologie, d'exploration fonctionnelle, le coût moyen de restauration et de frais de siège, etc. La baisse des consommations de prestations médico-techniques et des services support n'a pas été considérée comme un gain substantiel. Seule la diminution des coûts variables de ces secteurs à la quantité d'œuvres économisées est retenue dans le forfait : à titre d'information, la part variable d'un acte de biologie représente 2 % à 5 % du coût total de l'acte.

Une estimation des gains fondée sur une valorisation forfaitaire de la journée-lit

Valorisation forfaitaire de la journée-lit

Les coûts fixes et variables n'ont pas la même valeur selon les disciplines. À titre d'exemple, les coûts moyennés des services d'urologie et des services de chirurgie digestive : le coût fixe de la journée-lit se situe entre 410 € et 430 €, en excluant toujours les coûts de blocs opératoires. **TABLEAU 3**

VALORISATION EN EUROS DES COÛTS FIXES ET VARIABLES DE LA JOURNÉE-LIT TABLEAU 3

	Coût fixe journalier	Coût variable journalier
Urologie	432	185
Digestif	410	181
Orthopédie	433	192



© Crédit HCL

Chirurgie en réhabilitation améliorée (*fast track*), équipe du Pr Mustapha Adham, service de chirurgie digestive, groupement hospitalier Edouard-Herriot

Cette valorisation en euros des coûts fixes et variables s'est faite à partir des coûts fixes directs et unités d'œuvres refacturés dans les unités de soins (hors coûts de blocs). La méthode a abouti à retenir une valeur standard de 180 € dénommée « forfait gain à la journée ». Cette valeur composite est constituée de 15 % de la valeur taux fixe et 65 % de la valeur des coûts variables et fixée *a minima*. Les gains sur un moindre recours en journées de soins intensifs n'ont pas été inclus. Or, les publications mentionnent expressément ces gains, notamment dans les domaines de la chirurgie digestive. TABLEAU 4

Le solde résiduel est de 201 K€. C'est un solde « année pleine » mais en début de déploiement, les dépenses engagées sont supérieures aux gains potentiels

attendus. Ce n'est qu'en cas de succès à grande échelle et gros volume, qu'il serait possible d'attendre, en année pleine, un retour sur investissement de 288 K€. Il correspond au surcoût pérenne (dépense de personnel de coordination) moins le gain sur les journées. À très long terme, s'ajoutent des gains en capital, valorisés ci-dessous.

Valorisation en capital au coût du lit

En se fondant sur l'observatoire des coûts de la construction hospitalière (rapport 2011), le coût de

BILAN ÉCONOMIQUE POUR UNE INITIALISATION

TABLEAU 4

	Euros	Coût € à l'unité	Quantité	Quoi
Mobilisation personnel dédié ERAS	225 000	45 000	5	Services
Temps rédaction protocole	36 750	5 250	7	Protocoles
Système d'information, outils de suivi	35 000	5 000	7	Protocoles
Initialisation et formation	6 000	1 200	5	Services
Développement lien réseau ville	8 400	1 200	7	Protocoles
Sous-total dépenses d'implémentation	311 150			
Gains sur journées	513 000	180	2 850	Gain journées
Résultat	201 850	195	1 033	Au séjour
Résultat hors dépenses d'initialisation	288 000			

Du point de vue d'un établissement ou d'un groupe hospitalier, la réhabilitation améliorée après chirurgie peut être vue comme un investissement institutionnel, et pressentie comme un modèle d'avenir pour la chirurgie du futur.

La possession d'un lit d'hospitalisation ressort à 3 200 € TDC/m² [valeur médiane d'OSCIMES -base de données CHU- ANAP]. Le ratio de surface pour le secteur fonctionnel hospitalisation - la fourchette haute du référentiel ANAP est de 38 m²/lit mais dans la base inter CHU Oscimes - cette valeur est de 40 m²/lit. La valeur finale au lit revient à ~ 128 000 € TDC.

Pour le coût de maintenance et d'exploitation, le ratio moyen constaté de 44 € TTC/m²/an soit pour un lit ~ 1 700 € TTC/an.

Méthodes de calcul médico-économique

Toute étude médico-économique comporte plusieurs biais discutables. La valorisation du gain dans le modèle 201 K€, puis 287 K€, doit pouvoir s'exprimer par une amélioration du seuil de rentabilité. Cela suppose qu'à production identique, on obtient une réduction des charges fixes, c'est-à-dire une baisse des frais de structure (coût de possession d'un lit par exemple) et /ou une diminution des charges variables unitaires (elles fluctuent beaucoup sur la durée du séjour) tout en maintenant un revenu quasi identique (le tarif du séjour). Ce gain de productivité peut-être provisoire jusqu'à ce que le payeur s'attribue une partie des gains en abaissant le tarif. Il vérifiera s'il n'y a pas transfert sur un autre opérateur, car ce n'est pas le but recherché par l'ERAS.

En ce qui concerne la spécificité française – revenu sur les tarifs minoré en dessous d'une borne basse, applicable sur chaque GHS si le séjour est réalisé sur une très courte durée – vérification faite, l'application de la borne basse est peu opérante, exception faite de l'orthopédie, dans les protocoles et séjours étudiés. Ces bornes basses ne peuvent être considérées comme un frein au développement.

L'enjeu économique peut aussi être valorisé par le coût de possession d'une chambre qui est compris dans le tarif du séjour. Ce coût comprend l'amortissement et le refinancement de l'investissement, plus éventuellement le financement de l'immobilisation par emprunt. Il est possible à terme :

- d'opter pour un désarmement des unités de soins et réduire le nombre de lits en exploitation ;
- d'accroître la rentabilité économique, par croissance de l'activité chirurgicale permise par les lits rendus disponibles. Cela suppose des perspectives de croissance dans son marché et de la disponibilité en temps de blocs opératoires.

C'est d'ailleurs au niveau de ces ajustements qu'il faut trouver les meilleures marges de rentabilité économique. Dans l'analyse, la réduction de temps passé dans les unités de soins intensifs n'a pas été valorisée. Il serait intéressant d'étudier son impact. Ce sont des lits très coûteux en exploitation avec un armement en personnel et équipement plus élevé.

Les Hospices civils de Lyon, organisés en multisites, disposent de 975 lits de chirurgie, en dehors des neuf plateformes de chirurgie ambulatoire, et de 149 lits dédiés aux soins critiques post-chirurgicaux, réani-

EN SAVOIR PLUS

Réhabilitation

améliorée après chirurgie

- >> Kehlet H, Slim K, "The future of fast-track surgery", *British Journal of Surgery* 2012; 99: 1025-2026.
- >> Khelet H, Wilmore DW, "Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery", *Ann Surg* 2008; 248:189-198.
- >> NHS, *Enhanced Recovery Partnership Programme. Delivering enhanced recovery –helping patients to get better sooner after surgery*, London, department of Health, 2010.
- >> Khelet H, Dahl JB, "The value of 'multimodal' or 'balanced analgesia' in postoperative pain treatment", *Anesth Analg* 1993; 77 (5): 1048-1056.
- >> Khelet H, Wilmore DW, "Multimodal strategies to improve surgical outcome", *Am J Surg* 2002; 183: 630-641.
- >> Gustafsson UO, Scott MJ et al., "Guideline for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society recommendations", *World J Surg* 2013 37:259-284.

>> Coolsen MME, Van Dam RM, Van der Vilt, Slim K, Lassen K, Dejong CHC, "Systematic review and meta-analysis of enhanced recovery after pancreatic surgery with particular emphasis on pancreaticoduodenectomies", *World J Surg* 2013-013 -2044-3.

>> Lassen K, Collsen MME, Slim K, Carli F, de Aguilar-Nascimento JE, Schäffer M, Parks RW, Fearon KCH, Lobo DN, Demartines N, Braga M, Ljungqvist O, Dejong C, "Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society recommendations", *World J Surg* 2013. 37:240-258.

>> Coolsen ME, Wong-Lung-Hing EM, Van Dam RM, Van der Wilt AA, Slim K, Lassen K, Dejong C, "A systematic review of outcomes in patients undergoing liver surgery in an enhanced recovery after surgery pathway", *HPB* 2013, 15, 245-251.

>> Khelet H, "Fast track hip and knee arthroplasty", *The Lancet* 2013 381 1600-1602.

>> Larsen et al., "Patient-reported outcome after fast-track hip

arthroplasty: a prospective cohort study", *Health and Quality of life Outcomes* 2010 8:144.

>> Larsen K, Hansen TB, Soballe K, Kehlet H, "Patient-reported outcome after fast-track knee arthroplasty", *Knee Surg Sport Traumatol Arthrosc* 2012 20:1128-35.

>> Gralla O, Hass F, Knoll N et al., "Fast-track surgery in laparoscopic radical prostatectomy: basic principles", *World J Urol* 2007 25:185-191.

>> Aning J, Neal D, Driver A, McGrath J, "Enhanced recovery: from principles to practices in urology", *BJUI* 2010105, 1199-1203.

>> Arumainayagam N, McGrath J, Kieran P, Gillat J & DA, "Introduction of an enhanced recovery protocol for radical cystectomy", *BJUI* 2008 101, 698-701.

>> Hendry PO, Hausel J, Nygren J, Lassen K, Dejong C, Ljungqvist O, FFearon K, "ERAS Study group. Determinants of outcome after colorectal resection within an enhanced recovery programme", *British Journal of Surgery* 2009; 96: 197-205.

mation et surveillance continue, toutes disciplines confondues. L'étude s'est volontairement concentrée sur des chirurgies à volume important, sur plusieurs sites, afin d'absorber les coûts d'initialisation à plus long terme. À l'avenir, rien n'interdit d'aller plus loin dans le développement.

Bénéfices, déploiement et conditions de réussite

Ces protocoles de réhabilitation améliorée après chirurgie ont été retenus parce qu'ils représentent un bénéfice médical. Parmi tous les avantages cités par le NHS, dans son dossier très documenté, figurent la disponibilité des lits (problème récurrent en Angleterre) et un gain estimé à 200 000 journées-lits. Le NHS promeut l'ERAS en fournissant plusieurs exemples de bonnes pratiques.

Du point de vue d'un établissement ou un groupe hospitalier, la réhabilitation améliorée après chirurgie peut être vue comme un investissement institutionnel, et pressentie comme un modèle d'avenir pour la chirurgie du futur. L'introduction de l'ERAS peut être progressive de façon à construire un modèle économique s'ouvrant à un ensemble de

disciplines chirurgicales. Dans ce cas, il est nécessaire d'accompagner la conception et la promotion de ces nouveaux protocoles afin d'apporter les moyens d'en supporter le développement. Il s'agit d'une approche dynamique : la valorisation économique à court terme n'est pas d'une approche simple. Les structures hospitalières qui accompagneront les services cliniques dans cette orientation prendront peut-être un avantage sur les autres, si elle a le même succès que la chirurgie ambulatoire. Il faudra tout de même passer les obstacles des abaissements tarifaires.

Comment réussir ? En aidant à la réorganisation des étapes de prise en charge du patient, et en procédant à la diminution globale des besoins en hébergement ou en les réattribuant à d'autres activités. Les enjeux économiques se calculent sur des économies d'échelle plus larges que la seule comparaison d'une technique chirurgicale innovante à la technique conventionnelle. Il faut tenir compte des dépenses et des produits et des modes de rémunération et du coût immobilier. Il faut aussi sauter l'obstacle culturel et partager cette innovation avec la ville. Tout un programme. ■

- >> Anderson M, Comprie R, "Adopting preopérative fasting guideline", *AORN J*, 2009; 90; 73-80.
- >> Ahmed J, Khan S, Gatt M, Kallam R, MacFie J, "Compliance with enhanced recovery programmes in elective colorectal surgery", *British Journal of Surgery* 2010; 97:754-758.
- >> Wilmore DW, Kehlet H, "Management of patients in fast track surgery", *BMJ* 2001; 322; 473-476.

Études médico-économiques et méthodologie

- >> Samour T, Zargar-Shoshtari K, Bhat A, Kahokeh A, Hill AG, "A programme of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) is a cost-effective intervention in elective colonic surgery", *N Z Med J* 2010; 123: 61-70.
- >> Roulin D, Donadini A, Gander S, Griesser A-C, Blanc C, Hübner M, Schäfer M, Desmartines N, "Cost effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery", *British Journal of Surgery* 2013; 100:1108-1114.

- >> Vonlanthen R, Slankamenac K, Breitenstein S, Puhan MA, Muller MK Hahnloser D et al., "The impact of complication on costs of major surgical procedures: a cost analysis of 1200 patients", *Ann Surg* 2011; 254: 907-913.
- >> ANAP, *L'Observatoire des coûts de la construction hospitalière*, 2011. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/lobservatoire-des-coûts-de-la-construction-hospitaliere-rapport-2011/>
- >> Udvarhelyi IS, Colditz Graham A, Rai A, Epstein AM, "Cost-Effectiveness and Cost-Benefit Analyses in the Medical Literature: Are the Methods Being Used Correctly?", *Ann Intern Med*, 1992; 116(3): 238-244.
- >> Doubilet P et al., "Use and misuse of the Term "cost effective" in medicine", *NEJM* 1986, 314: 253-256.

Introduction des innovations

- >> Rodgers EM, *Diffusion of Innovation*, 5th ed. New York, NY Free Press, 2003.
- >> Steyer A, Zimmermann JB, «Influence sociale et diffusion de l'innovation», *Mathematics and Social Sciences* 2004; 168: 43-57.
- >> Duhamel F, Santi M, *Degree of innovativeness and new product performance Technology Analysis & Strategic...* 2012 - Taylor & Francis DOI: 10.1080/09537325.2012.655411
- >> L. Lehmann-Ortega, J.-M. Schoettl, *Rupture et perturbation : les deux formes de l'innovation stratégique*, Association internationale du management stratégique, 2005.
- >> Kim et Mauborgne, "Strategy, Value Innovation, and the Knowledge Economy", *Sloan Management Review*, 1999, 40: 41.
- >> M. Santi, «Schémas des différentes typologies d'innovation», *Cahiers L'art du management*, 2004, *Les Échos*.

Collaboration ville/hôpital dans l'accompagnement des personnes âgées

L'expérience de deux communes bruxelloises

Pr Marie-Christine CLOSON Université de Louvain
 C. MARCUS, R. CAMMARATA Commune de Saint-Gilles
 Marguerite MORMAL Présidente d'Alzheimer Belgique
 Dr Jean-Philippe PRAET Gériatre, CHU Saint-Pierre

Une expérience pilote a été menée dans deux communes bruxelloises afin de faire face au défi lié au vieillissement de la population, en termes de coûts individuels et collectifs comme de respect des choix et de qualité de vie des personnes. L'accompagnement médico-social «Ancrage et racines» vise à favoriser le maintien des personnes âgées à domicile. Axes prioritaires : la prévention et l'information, un lien renforcé entre l'accompagnement médico-social et la coordination ville/hôpital, mais aussi une meilleure valorisation et utilisation des ressources communales.

Favoriser le rôle actif et le projet de vie de la personne au cours de son vieillissement, dès 60-65 ans et dans son environnement proche (commune, quartier...) joue un rôle important dans la capacité à vivre à domicile le plus longtemps possible. Ce maintien à domicile passe par la coordination des aides, services et soins. Il doit également tendre à la préservation de la qualité de vie et des choix de vie de la personne âgée, qui sont indissociables de la continuité du lien social et des échanges au-delà du domicile strictement délimité, afin de continuer à se sentir chez soi. Il est plus pertinent de parler d'apparition de fragilité gériatrique que de seuil d'âge pour appréhender les problèmes liés au vieillissement et la capacité des personnes âgées à vivre à domicile. «*Un sujet âgé fragile est une personne en équilibre précaire, instable sur le plan médical et/ou fonctionnel. Cet équilibre précaire est susceptible de provoquer une perte impor-*

tante d'autonomie et d'indépendance lors d'une pathologie aiguë (ne fût-ce qu'une grippe ou une fracture consécutive à une chute), d'une hospitalisation, d'un effet indésirable d'un médicament ou d'un stress d'ordre socio-affectif : deuil, déménagement, séparation, perte du chat... 1».

Pour l'hôpital, un des premiers effets du vieillissement de la population est l'accroissement de la proportion des personnes très âgées (plus de 75 ans) hospitalisées, dont certaines sont fragiles d'un point de vue gériatrique. Les services gériatriques hospitaliers se sont développés dans ce contexte. Une équipe multidisciplinaire (kinésithérapeute, assistant social, psychologue, gériatres, infirmières gériatriques...) assure une prise en charge psycho-médico-sociale. Objectif : éviter que le «choc» de l'hospitalisation ne provoque une perte importante d'autonomie et d'indépendance qui précipite l'entrée en institution.

Dans le même temps, la T2A incite à raccourcir les durées de séjour sous peine de pénalisation financière. Or, l'organisation des aides et aménagements à domicile pour accompagner une personne âgée plus dépendante prend du temps, surtout si aucune mesure n'a été prise avant l'hospitalisation. Les difficultés de transmission entre secteur ambulatoire et hôpital rendent les choses encore plus lentes et complexes.

Ces facteurs conjugués provoquent l'entrée en institution d'une proportion importante des personnes âgées fragilisées à leur sortie de l'hôpital alors que, souvent, leur souhait aurait été de rester à domicile. L'hôpital ne peut gérer seul les insuffisances de l'accompagnement avant et après hospitalisation : il doit s'insérer dans un parcours de la personne âgée, parcours de soins et, surtout, parcours de vie. L'amélioration de l'accompagnement psycho-médico-social réside pour l'essentiel dans l'ambulatoire, en coordination avec l'hôpital pour éviter les hospitalisations inutiles et dangereuses, ainsi que les entrées en institution non souhaitées après hospitalisation.

Trajectoires et facteurs de maintien des personnes âgées à domicile

Dans notre expérience, des entretiens ont été menés auprès de paires de personnes âgées de même âge, sexe et niveau de dépendance, vivant à domicile ou en institution. Il en ressort plusieurs observations. Chez la plupart des personnes âgées, un phénomène de déprise, de repli sur un « territoire » qu'elles sont en mesure de maîtriser (quartier, appartement, chambre...) se manifeste, lié au principe d'économie de force. « L'existence d'activités variées, tant physiques que sociales, évite ou ralentit le déclin cognitif et l'accroissement de la dépendance. La manière de vivre son vieillissement, la fragilité et la perte de capacité fonctionnelle ont un impact certain sur les possibilités de vivre au domicile. Ces entretiens font apparaître deux trajectoires.² »

La première trajectoire (être vieux) se caractérise par l'issue ultime naturelle qui est l'entrée en institution. Cela après avoir vécu le vieillissement comme un phénomène individuel et sans avoir exploité, au mieux, les ressources, aides professionnelles ou informelles existantes. Une absence d'information explique aussi le non-recours à ces ressources. Tant les personnes âgées que les familles et médecins méconnaissent l'éventail de l'offre, ou considèrent qu'elle ne leur est pas adressée. Dans cette perspective, le vieillissement est vécu comme un « désanclage social ». Les personnes qui y sont confrontées doivent assumer seules le processus et ses conséquences³. Ces personnes vivent à domicile jusqu'au moment où un incident (chute, hospitalisation, épuisement des proches...) précipite l'entrée en institution.

La deuxième trajectoire se caractérise par le fait de devenir vieux, de s'organiser en conséquence. « Le maintien à domicile est organisé au plus tôt. Cela se traduit concrètement par un aménagement ou déménagement du logement dès la retraite, le recours à l'aide informelle et formelle (télévigilance, repas, kiné, aide familiale...).⁴ » Les personnes envisagent précocement le vieillissement et adaptent comportement et logement en conséquence. Elles se construisent progressivement un réseau d'aide et de soins à domicile, professionnel comme informel. L'entrée en institution représente une alternative parmi d'autres. Tout est fait pour que la personne, si elle le souhaite, puisse rester au domicile.

Ce phénomène de la double trajectoire (être vieux/devenir vieux) et son impact sur l'entrée en institution sont corroborés : les services d'aide et de soins

VOUS AUREZ DROIT À UN KINÉ, UN ASSISTANT SOCIAL, UN PSYCHOLOGUE, UN GÉRIATRE, UN INFIRMIER, UNE AIDE FAMILIALE ET DE LA TÉLÉVIGILANCE.

VOUS N'AURIEZ PAS UN MARI SYMPA EN STOCK?



à domicile estiment que seules 5 % des personnes vivant à domicile, et prises en charge par leurs services, entrent en institution.

Les personnes demeurées actives ont mis en place des solutions pratiques quand leurs problèmes de dépendance ont commencé à apparaître. Elles ont tissé autour

Comment favoriser le rôle actif et le projet de vie de la personne au cours de son vieillissement dans son environnement proche (sa commune, son quartier...)?

d'elles un réseau social de personnes et services. Elles ont, de fait, beaucoup plus de chances de rester à domicile. D'où l'importance de la prévention.

Certaines réponses favorisant le maintien à domicile appellent un développement à un niveau sociétal global, d'autres au niveau de l'accompagnement individuel. Le maintien à domicile implique une approche globale et personnalisée du besoin d'aide, et des évolutions que nécessite son environnement. La question importante devient alors : comment favoriser le rôle actif et le projet de vie de la personne au cours de son vieillissement, dans son environnement proche (sa commune, son quartier...)?

1. M. Gobert, F. Degavre, M.-C. Closon, C. Gobin, « Personnes âgées en région bruxelloise et acteurs du maintien à domicile. Le care sous l'angle de la santé publique et de la socio-économie », Prospective Research for Brussels (PRFB), IRSIB, Bruxelles, 2007.

2. *Idem.*

3. *Idem.*

4. *Idem.*

«Ancrage et racines», l'expérience d'accompagnement médico-social

Premier projet Éviter l'institutionnalisation des personnes sur liste d'attente

Maison de repos de la commune d'Etterbeek

Nous avons développé et testé un modèle de coconstruction d'un projet de vie à domicile dans deux communes bruxelloises. Il s'est agi de favoriser le maintien de son rôle actif dans l'évaluation de ses besoins et la recherche pragmatique de solutions dans son environnement, avec une articulation médico-sociale. Seule la prise en compte simultanée des problèmes sociaux et médicaux (et des acteurs de ces deux secteurs) peut en effet contribuer à maintenir la personne âgée active dans son environnement, favoriser l'anticipation de ses besoins, et potentialiser l'utilisation harmonieuse et efficiente de l'ensemble des ressources, professionnelles ou non, formelles et informelles⁵.

Le public cible de cette expérience pilote a été la personne âgée vivant à domicile, fragile à haut risque de dépendance et d'entrée en institution. Centré sur la période de fragilité, le projet visait à évaluer une stratégie (parmi d'autres) afin d'éviter ou retarder l'entrée en institution. Une solution personnalisée et réaliste est recherchée.

Ce projet a été réalisé avec vingt personnes, âgées de plus de 75 ans, inscrites sur la liste d'attente de la maison de repos communale. La commune d'Etterbeek (43 000 habitants), à Bruxelles, a permis à une assistante sociale du service social communal de participer à l'expérience.

Une liste de toutes les ressources disponibles dans la commune a été élaborée⁶. Puis une rencontre a été organisée au domicile de la personne âgée avec le médecin généraliste, les aidants proches, l'assistante sociale de la commune et divers autres intervenants. Une évaluation a été conduite, avec la personne âgée, de l'ensemble des problèmes qu'elle rencontrait pour demeurer à domicile (médicaux, dépendance, sociaux, solitude, insécurité...). Des solutions ont été recherchées pour chaque problème en favorisant les solutions de proximité (avec son concours et l'aide de l'assistante sociale de la commune). À l'issue de la rencontre, un «semainier» était réalisé. Il détaillait pour chaque jour de la semaine les activités, aides et soins nécessaires, ainsi que les personnes responsables pour chaque tâche et leurs coordonnées (cahier de liaison). De nombreux exemples de maintien à domicile sont issus de cette démarche. **ENCADRÉ 1**

Sur les vingt personnes inscrites sur la liste d'attente de la maison de repos, deux sont entrées en institution (problèmes médicaux trop lourds pour être pris en charge à domicile) et dix-huit ont pu rester à domicile.

Cette expérience montre que l'utilisation des ressources de proximité associée aux ressources financées (soins, aides...) favorise le maintien des personnes âgées à domicile. L'évaluation du dispositif réalisée auprès des personnes âgées, aidants proches et médecins a mis en évidence la satisfaction des personnes âgées d'avoir été écoutées et d'avoir participé à la recherche des solutions, ainsi que l'amélioration de leur sommeil et de leur sentiment de sécurité. Les proches ont été rassurés de voir pris en compte l'ensemble des problèmes, ainsi que par l'existence du semainier et du cahier de liaison. Les médecins généralistes ont marqué leur satisfaction d'une meilleure circulation de l'information sur les ressources disponibles, le respect de la personne et du rôle du médecin, la recherche de solutions pratiques.

QUELQUES SOLUTIONS DE MAINTIEN À DOMICILE COMMUNE D'ETTERBEEK, BRUXELLES **ENCADRÉ 1**

Livraison de repas par un restaurant de quartier

Une personne âgée ne s'alimente plus suffisamment. Son fils, inquiet, veut son entrée en institution. L'assistante sociale propose la livraison de repas communaux à domicile. La personne répond qu'elle ne les consommera pas. Le médecin explique à la personne âgée les implications de sa dénutrition et la laisse libre de son choix. La semaine suivante, la personne âgée trouve un arrangement avec un petit restaurant de sa rue (où elle allait souvent déjeuner auparavant) pour lui apporter des repas. Cela lui permet en outre de garder des contacts dans son quartier.

Centre de jour médicalisé pour l'un, cercle communal pour l'autre

Un couple de personnes âgées de plus de 75 ans : le mari est atteint de la maladie d'Alzheimer, la femme, dépressive, subit en outre un *burn-out*. Le couple bénéficie déjà des soins et aides à domicile. Le médecin généraliste et les enfants ne voient plus d'autre solution que l'entrée en institution. Il ressort d'une discussion avec l'épouse que celle-ci veut à tout prix demeurer chez elle. Deux solutions sont trouvées : pour le mari, un centre de jour médicalisé pour personnes âgées où il se rend trois journées par semaine. Ces jours-là, sa femme va prendre un déjeuner au cercle pour personnes âgées de la commune. Cette dernière possède un petit bus pour assurer le transport des personnes qui ne peuvent se déplacer seules.

Ces solutions ont permis à l'épouse de profiter de moments de repos, de liberté, de sortir de son isolement, de sa dépression et de surmonter son *burn-out*.

Aménagement du domicile et entraide d'un voisin

Un couple de personnes âgées de plus de 90 ans vit dans son appartement. La femme, diabétique, est hospitalisée pour fracture du col du fémur et présente un risque de chute élevé. Le médecin à l'hôpital recommande son institutionnalisation vu les risques de chutes. L'aménagement du domicile et la collaboration d'un voisin pour les courses permettent de ne pas devoir séparer le couple.

Deuxième projet La commune de Saint-Gilles Amie des personnes âgées et des personnes Alzheimer

Saint-Gilles est une commune bruxelloise de 45 000 habitants. Au projet collaborent la commune et ses services⁷, ainsi que la coordination sociale qui regroupe toutes les associations et organisations⁸ actives, notamment

auprès des personnes âgées de la commune. Les axes du projet ? En priorité la prévention et l'information, favoriser le lien entre l'accompagnement médical et social pour répondre à l'ensemble des besoins liés à la vie quotidienne, mieux valoriser et utiliser les ressources existantes dans la commune, les faire connaître et développer, améliorer leur coordination et renforcer la cohésion sociale dans la commune. Il promeut un accompagnement de la personne âgée qui respecte son ancrage communal et ses racines, de façon qu'elle puisse rester active, au centre du processus de la définition de ses besoins, et de la recherche de solutions.

>> Prévention et information

- **Information sur les conditions du « bien vieillir »** dès 60 ans : rester actif dans son quartier, se construire un réseau social (activités et aides professionnelles ou non, financées ou non), avoir un médecin généraliste.
- **Développement d'activités et information sur les activités existantes** pour personnes âgées.
- **Dépliants didactiques sur les conditions du bien vieillir** : les recommandations en cas de problèmes de mémoire ou/et d'orientation, la maladie d'Alzheimer, les ressources disponibles dans la commune.
- **Brochures détaillées** relatives aux droits sociaux, aides, ressources additionnelles (par rubriques existantes dans la commune : associations, bénévolat, volontariat, activités, aides, resto, logements, transport, réparation, loisirs...).
- **Carte d'information pratique ou d'accompagnement** à remplir par la personne âgée, ses aidants ou proches. **ENCADRÉ 2**

>> Cohésion sociale renforcée

La commune encourage toutes les initiatives visant à développer l'insertion et les activités des personnes âgées : projet « Entre âges » destiné à favoriser les relations intergénérationnelles par l'échange de lettres entre écoliers et personnes âgées, projets d'habitats intergénérationnels, service de volontariat et de bénévolat...

>> Alzheimer, accompagnement coordonné hôpital/ville

Diverses initiatives ont été prises dans la commune.

- **Des formations interactives** ont été organisées pour le personnel communal et les associations en liaison avec les personnes âgées (services sociaux, policiers, agents de quartier, services pensions...) sur la compréhension de la maladie, ainsi que la manière de communiquer et de se comporter avec les personnes

CARTE D'INFORMATION PRATIQUE OU D'ACCOMPAGNEMENT COMMUNE DE SAINT-GILLES, BRUXELLES **ENCADRÉ 2**

Cette carte est proposée dès l'âge de la retraite par les services communaux, les médecins généralistes, l'hôpital, les associations, les services d'aides et de soins à domicile, les pharmaciens. Elle représente un outil de prévention destiné à inciter la personne âgée à être active dans son vieillissement, à se construire un réseau, à définir et rester maître de ses choix (contact proche, référent, réseau...) et souhaits.

Autres atouts : elle facilite la circulation de l'information entre les intervenants. Notamment le travail des assistants sociaux à l'hôpital pour permettre le retour à domicile de la personne âgée et la continuité de son accompagnement. Son coût est quasi nul.

Que contient la carte ? L'adresse de la personne âgée, les noms et coordonnées de son médecin généraliste, de ses proches, de l'hôpital où elle a l'habitude de se faire soigner, d'un « référent » ou mandataire, de personnes du réseau de la personne âgée (soins à domicile, voisin, ami, activités...) et un espace libre : au verso, la personne âgée peut inscrire des informations qu'elle souhaite voir prise en compte si elle a un accident ou n'est plus en mesure de s'exprimer (animaux domestiques à domicile, problèmes de famille, d'allergies...).

EN CAS D'URGENCE	CONTACTS : (TEL.) (NOM + adresse)
Nom, prénom :	Famille/mandataire :
Adresse :	Soins à domicile :
Commune :	Hôpital :
Tél :	
Date de naissance :/..../.....	
N° national :	
CONTACTS : (TEL.) (NOM + adresse)	
Contact proche :	Autre
Méd. gén. :	Autre
	Autre

atteintes de troubles cognitifs. Ces formations ont été suivies par une nouvelle rencontre, six mois plus tard, afin de partager les expériences vécues.

- **La création d'un café Alzheimer**, lieu convivial qui réunit une fois par mois les personnes atteintes de troubles cognitifs et leurs aidants proches.
- **L'accompagnement des personnes à problèmes cognitifs** via une campagne de sensibilisation des intervenants. L'ergothérapeute de l'hôpital de jour du CHU Saint-Pierre, où est réalisé le bilan cognitif, a mis au point une grille visant à identifier les problèmes potentiels rencontrés à domicile, les solutions déjà mises en place ou à trouver, l'ordre de prio-

5. C. Jeanmart, J. Baeyens, M. Closon, «Ville et santé publique. Analyse des besoins en aide et en soins des ainés résidant à Bruxelles. Étude de faisabilité d'implémentation de coordinations centrées sur la personne âgée et ses besoins. Case study à Etterbeek», PRFB, IRSIB - UCL, Bruxelles, 2008.

6. Centre public d'action sociale, services sociaux ; services, associations, centre de volontariat, centre de santé mentale, médecins généralistes, aides et soins à domicile, repas à domicile, cercle pour personnes âgées, associations sociales et culturelles, services de transport, comité de quartier, fêtes de rue...

7. Service social, service population, service pensions, agents de quartier, policiers et Centre public d'aide sociale, médecins généralistes, maison de repos et centre de jour, CHU Saint-Pierre, pharmacies, association Alzheimer Belgique.

8. «Entre âges», «Seniors sans frontières», service gratuit de petites réparations, cercles d'activités, aides familiales, bénévolat...



© Florence Grimaeisen

rité de l'urgence. Bilan et grille sont transmis au médecin généraliste. Une ergothérapeute de l'association Alzheimer Belgique et l'assistante sociale de la commune se rendent au domicile pour répondre de manière pragmatique aux problèmes posés. Ces professionnels s'appuient le plus possible sur les ressources de proximité. Les liens de travail entre ergothérapeutes, assistantes sociales, médecins hospitaliers et de ville ont permis d'étendre la collaboration hôpital/ville aux personnes âgées sans

La T2A est contre-productive en termes d'efficience globale de l'accompagnement des personnes âgées (hospitalisation à répétition, institutionnalisation...).

problèmes cognitifs. Et ce pour les questions touchant à la sortie d'hospitalisation, la transmission et l'utilisation par le personnel de l'hôpital de la carte d'accompagnement des personnes âgées. La création de liens personnels de travail – destinés à résoudre les problèmes concrets de la personne âgée – est souvent plus productive que les réseaux «théoriques» entre professionnels.

Assurance sociale, T2A et parcours de la personne âgée

Le bilan de l'expérience conduite dans la commune de Saint-Gilles semble très positif. Il montre qu'il est possible, avec très peu de moyens supplémentaires, d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées. La mobilisation de toutes les ressources disponibles

(médicales et sociales, formelles et informelles) pour répondre aux besoins permet d'améliorer la situation de nombreuses personnes. Sa généralisation à d'autres communes, et à un niveau plus général, rencontre toutefois de nombreuses résistances. Et ce pour différentes raisons⁹:

- **l'insuffisante connexion et culture collaborative entre les acteurs des secteurs social et médical** dans les systèmes d'assurance sociale bismarckiens ; or, l'accompagnement des personnes âgées est nécessairement médico-social ;
- **l'assurance maladie rembourse les soins curatifs et n'inclut pas la prise en charge de la dépendance** : l'élargissement de l'assurance maladie à l'assurance dépendance est difficile à obtenir en période de crise de la sécurité sociale et des finances publiques ;
- **l'amélioration de l'environnement social qui permettrait de maintenir les personnes âgées à domicile dépend de la ville et de ses budgets... limités**. Dans les représentations collectives, le «social» est souvent assimilé à l'aide financière ou en nature à la grande précarité, aux exclus du système ; un accompagnement social est souvent vécu comme une «honte» alors qu'il ne devrait être que le signe d'une recherche du mieux vivre ensemble ;
- **la collaboration est difficile entre l'hôpital, la médecine de ville, les soins et aides à domicile** qui se vivent en concurrence et veulent être au centre de la coordination autour de la personne âgée. Chaque acteur (médical ou social) défend son territoire, sa légitimité et les financements qui y sont liés. Chaque acteur est en mal de reconnaissance et craint de manquer de moyens pour assurer son fonctionnement¹⁰. Face à eux, la personne âgée et ses aidants proches sont perdus, épuisés et dépassés...

À l'hôpital, la T2A finance le séjour hospitalier de manière séparée du parcours de soins et des choix de vie de la personne âgée. Elle incite à être «efficiente» en termes quantitatifs, en termes de durée de séjour et à faire sortir le patient âgé le plus rapidement possible. Elle n'incite pas les acteurs hospitaliers à s'insérer dans l'avant et l'après-hospitalisation, dans l'intérêt de la personne âgée. Elle n'invite pas à prendre le temps nécessaire au respect de son projet de vie. Elle est contre-productive en termes d'efficience globale de l'accompagnement des personnes âgées (hospitalisation à répétition, institutionnalisation...).

En ambulatoire, les autres acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux sont pris dans la même logique

du rendement à l'acte, à la visite, à l'affilié, à la toilette de la personne âgée. Face à ces multiples intervenants agissant de manière éclatée, la personne âgée et ses aidants proches sont perdus, épuisés, dépassés... Les problèmes liés au vieillissement ne sont pas seulement médicaux, réductibles à des interventions lourdes et ponctuelles (bilan approfondi, hospitalisations, entrée en institution...). Ils appellent une mobilisation coordonnée dans la durée soutenue par la population, les acteurs médicaux, sociaux et publics. Et ce aux niveaux national, régional et surtout local. Une mobilisation dans laquelle la personne âgée doit rester acteur de son projet de vie.

Il serait utile de développer des incitations financières à la création de réseaux pragmatiques hôpital/ville, dans le respect de la spécificité et du rôle de chacun. Ce rôle varie en fonction du stade de dépendance et de la situation médicale de la personne âgée. Le médecin généraliste doit rester au centre du dispositif. La ville joue un rôle important dans la prévention et l'accompagnement social. Les services d'aides et de soins à domicile jouent un rôle clé de coordination lorsque le niveau de dépendance de la personne âgée devient important. L'hôpital intervient en cas d'épisode aigu. L'intervention de chacun est meilleure s'il se coordonne avec les autres, à chaque stade.

Sera-t-il possible de recréer le lien social nécessaire pour permettre d'élargir la solidarité aux problèmes de dépendance liés au vieillissement, tant au niveau de la prise en charge collective (soins et aides financés) qu'au niveau individuel (cohésion sociale) ? Sera-t-il possible de repenser le statut, le rôle et le mode de financement des institutions de santé, sociales et publiques, de l'hôpital, des professionnels de santé et d'aides (à l'hôpital comme en ville) pour un meilleur accompagnement des personnes âgées dans leur projet de vie ?

Notre système d'assurance maladie, nos modes de prise en charge des problèmes médicaux et sociaux sont secoués par le défi posé. Il existe des signes encourageants. En témoigne le dispositif pilote d'accompagnement des personnes âgées à domicile mené dans deux communes bruxelloises : « Anrage et racines » montre qu'il est possible d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées et leur maintien à domicile sans recourir à des moyens financiers supplémentaires importants. ■

9. C. Jeanmart, M. Closon, « Comment favoriser le maintien à domicile de la personne âgée bruxelloise [si elle le souhaite ?] », PRFB, IRSIB - UCL, Bruxelles, 2011.

10. M. Robelet, Y. Bourgueil, M. Serré, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logique gestionnaire et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales* 1, 2005, 233-260.

Abonnements : Rachida Valorus
Tél. : 01 44 06 84 35
Fax : 01 44 06 84 36
rhf.abonnements@rhf.fr

abonnez-vous !

Société/Établissement

Individuel destinataire

Adresse d'expédition

(et de facturation si différente)

Adresse e-mail

OBLIGATOIRE POUR CODE D'ACCÈS INTERNET

Je souscris un abonnement annuel

(6 numéros servis)

A l'année civile

A compter de la date de la commande

/ /2013

(effet rétroactif possible)

France : centres hospitaliers et CHU (TVA à 2,10%)

163 € TTC

A partir du 2^e abonnement - France : CH et CHU

82,40 € TTC

France autres (organismes, sociétés...)

163 € TTC

Personnels hospitaliers, étudiants, anciens hospitaliers

82,40 € TTC

Hôpitaux locaux, établissements médico-sociaux

82,40 € TTC

Union européenne - Étranger (exonérée de TVA, sauf cas particulier)

215 €

AVEC L'ABONNEMENT PAPIER, ACCÈS ILLIMITÉ À TOUS LES ARTICLES EN LIGNE

Règlement par chèque bancaire ou postal à l'ordre de :

Revue hospitalière de France

BRED Paris – Banque populaire

Code banque : 10107 Code guichet : 00118

Numéro de compte : 00810182886 clé : 64

IBAN : FR76 1010 7001 1008 7101 8255 248 BIC : BREDFRPPXXX

Fédération hospitalière de France

Revue hospitalière de France

1 bis, rue Cabanis - CS 41402

75993 Paris Cedex 14

REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR

Quelle utilisation des études de coûts dans les coopérations ?

Housseyni HOLLA Directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Les instruments de coopération entre établissements de santé sont multiples. Au cœur d'une coopération, la mutualisation de ressources offre à chaque acteur un intérêt notamment économique. Pour juger du caractère opportun de cette mutualisation, un diagnostic sur les coûts est souvent nécessaire. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), en proposant des outils de connaissance des coûts, aide à poser ce diagnostic.

Utiliser les coûts dans le cadre de coopérations

Avec quels outils ?

Les deux principaux outils de l'ATIH analysant les coûts sont le retraitement comptable (RTC) et les études nationales de coûts (ENC).

Le RTC est renseigné par tous les établissements publics et privés à but non lucratif pour répartir les charges d'exploitation entre les différentes activités de soins d'un établissement : médecine/chirurgie/obstétrique (MCO) ; soins de suite et de réadaptation (SSR) ; hospitalisation à domicile (HAD) ; psychiatrie...

Avec cet outil, les coûts d'unités d'œuvre sont calculés : coût d'un passage aux urgences, coût d'un repas servi au patient, coût de blanchisserie...

L'ENC collecte les coûts sur un échantillon d'établissements publics et privés. Les données recueillies servent à produire un coût de référence par activité :

- coût moyen au séjour par groupe homogène de malades (GHM) en MCO ;
- coût moyen à la journée par groupe médico-économique (GME) en SSR ;
- coût moyen à la journée par groupe homogène de prise en charge (GHPC) en HAD.



Dans le cadre de ses missions, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) réalise les études nationales de coûts et élaborer les tarifs hospitaliers selon les directives du ministère en charge de la Santé. www.atih.sante.fr

Pour quelle utilisation ?

Une coopération entre établissements peut répondre à différents objectifs : prise en charge médicale, utilisation d'un plateau technique ou d'une fonction support... Par exemple, elle peut se traduire par la mutualisation de la blanchisserie entre plusieurs établissements pour réduire les coûts. Dans ce cadre, l'établissement compare ses propres coûts de production par rapport à une référence (qui peut être la moyenne nationale).

Pour une prise en charge médicale, le diagnostic porte sur le coût d'un séjour ou d'une journée. Pour une coopération sur l'utilisation d'un plateau technique, le diagnostic s'établit sur l'unité d'œuvre du plateau (passage aux urgences, indice de coût relatif (ICR) de bloc, c'est-à-dire l'indicateur qui mesure l'activité de certains plateaux techniques...). Dans ces deux cas, la référence est réalisée à partir des données de l'ENC. Pour les fonctions logistiques, le calcul de l'unité d'œuvre (repas servi, blanchisserie...) de référence peut s'effectuer à partir du RTC.

Quelles évolutions possibles ?

L'ATIH améliore les outils de mesure des coûts pour favoriser leur diffusion et leur utilisation par les établissements. Les données produites gagneront ainsi en qualité.

Une mise en cohérence des outils RTC et ENC est en cours afin d'harmoniser les consignes de recueil et les règles d'affectation des charges. Par exemple, le dénombrement des journées d'hospitalisation doit avoir la même définition dans l'ENC et le RTC. Il existe aussi des différences structurelles entre ces deux outils qui devront être clarifiées.

Pour faciliter le recueil du RTC, l'importation du plan comptable sera automatisée en 2014 dans un nouveau cadre de collecte. Une nouvelle ergonomie et un nouvel outil technique de collecte seront disponibles en 2015.

En 2013, une mise en cohérence des trois ENC s'est traduite par la diffusion d'un seul guide méthodologique, avec un tronc commun et des parties spécifiques à chaque champ. Un arbre analytique unique a été conçu.

La création d'un logiciel de recueil des données comptables commun aux trois champs d'activité est à l'étude. Cet outil facilitera la participation des établissements ayant plusieurs champs d'activité à plusieurs ENC.

Adapter les outils à la Stratégie nationale de santé

La Stratégie nationale de santé (SNS) a fixé des orientations sur la prise en charge globale du patient (y compris dans le secteur médico-social) et réaffirmé le choix du parcours de soins. Les outils de l'Agence doivent s'adapter à ces nouveaux enjeux. D'autres champs d'activité, tels ceux du secteur médico-social (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], services de soins infirmiers à domicile) et de la psychiatrie, sont investis pour mettre à disposition des outils de mesure des coûts.

Pour répondre aux orientations sur le parcours, des expérimentations de financement au traitement du patient vont être mises en place. Elles concernent le traitement itératif des cancers du sein et de la prostate par radiothérapie. La conception de ce modèle de financement nécessite de mesurer les coûts de ces traitements. Cela passe, notamment, par la réalisation en 2014 d'une enquête de coûts ponctuelle pour les établissements hors ENC (cabinets libéraux de radiothérapie). Une réflexion va également s'engager sur la mesure du coût d'un parcours de soins. Actuellement, les outils disponibles permettent le calcul d'un coût « théorique » pour tout parcours réel du patient effectué à l'hôpital. Les informations issues du PMSI par l'outil de chaînage décrivent les différentes séquences de soins du parcours. Les données de l'ENC fournissent les coûts moyens des prises en charge. Le « coût théorique » du parcours correspond à la somme des valorisations de chaque séquence par ce coût moyen. À moyen terme, ce coût sera complété par celui de la prise en charge médico-sociale. Pour ajouter les soins de ville, faute de disposer des coûts observés, les tarifs des prestations pourraient être mobilisés pour valoriser le parcours complet.

Calculer le coût du parcours : comment passer du coût « théorique » au coût réel ?

Les outils actuels rendent possible le calcul d'un coût « théorique » du parcours mais pas celui du coût réel. Pour ce faire, plusieurs pistes sont envisageables.

Première piste : circonscrire la mesure du coût réel des parcours sur une zone géographique donnée. L'ensemble des établissements contribuant à la prise en charge d'un patient doit participer à l'ENC si l'on souhaite mesurer le coût réel du parcours.

Cette solution suppose qu'un grand nombre d'établissements participent à l'ENC. Elle pourrait donc s'effectuer uniquement sur une zone géographique donnée tout en garantissant la couverture de l'offre médicale de cette zone. Cependant, avec cette solution, la mesure des coûts reste partielle et risque d'être biaisée par le facteur géographique.

Seconde piste : circonscrire la mesure du coût réel des parcours sur les patients les plus consommateurs de soins : personnes âgées fragiles, patients atteints de maladies chroniques... Les coûts de prise

**À moyen terme, le coût « théorique » d'un parcours de soins sera complété par celui de la prise en charge médico-sociale.
Pour ajouter les soins de ville, les tarifs des prestations pourraient être mobilisés pour valoriser le parcours complet.**

en charge dans chaque établissement fréquenté devraient être connus, ce qui implique que tous les établissements nationaux fournissent le coût du patient pour leur établissement. C'est actuellement impossible.

Troisième piste : définir un échantillon de parcours de soins. Une typologie des parcours doit être créée, pour adapter ensuite l'échantillon d'établissements afin qu'il représente l'ensemble des parcours.

Les outils de mesure des coûts de l'ATIH fournissent des références nationales accessibles aux établissements. Ces références se généralisent et seront bientôt disponibles dans d'autres secteurs que celui de l'hospitalisation. L'évolution de ces outils reste conditionnée par les orientations de la Stratégie nationale de santé, tout en répondant à la nécessité de leur appropriation par les établissements. ■

Ce texte fait suite à l'intervention d'Housseyni Holla au séminaire annuel de l'Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) qui s'est tenu les 7 et 8 novembre 2013 à Bordeaux.

Coopération interne et T2A en établissements de santé

Expérience de pôle au groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal

Philippe SUDREAU Directeur du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal (Assistance publique-Hôpitaux de Paris)

Pr Rémy NIZARD Président de la CME du groupe hospitalier, chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital Lariboisière

Un contexte de fusion, faisant de trois entités hospitalières distinctes un seul et même groupe hospitalier, a modifié en profondeur les organisations et modes de management.

Cette dynamique s'est fondée sur une gouvernance partagée qui a étroitement associé le directeur, le président de la communauté médicale, le doyen, les chefs de pôles et les directions fonctionnelles. Et sur une mise en œuvre opérationnelle : dialogue de gestion régulier sous forme de conférence de pôles, délégation de gestion sur les ressources humaines et une partie des équipements, intéressement associé à la production des comptes rendus d'hospitalisation. L'ensemble porte un engagement fort du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal dans une démarche de communication vers les patients et les correspondants.

Une problématique majeure s'est posée au début de cette fusion hospitalière : comment associer les trois sites en optimisant les performances économiques initiales tout en créant les conditions d'une gouvernance médico-administrative redynamisée à l'échelle de la nouvelle entité «groupe» ? Les pôles ont été entièrement recomposés depuis la constitution du groupe hospitalier, en respectant une logique médicale. En même temps, l'offre de soin a été rationalisée pour une plus grande lisibilité et efficience. Le recrutement des leaders médicaux, réalisé sur appels d'offres ouverts et jurys d'audition, a été structuré, y compris sur des spécialités dont la démographie n'était pas favorable (anesthésie, gériatrie).

Conséquence de cette dynamique : la trajectoire financière du groupe s'est redressée, évoluant d'un déficit (23 millions d'euros en 2007) à un léger excédent en 2012. La confiance entre les acteurs médicaux et directionnels nous paraît être une condition essentielle à la réussite d'une telle opération de fusion.

Matériel et méthodes

Contexte du groupe hospitalier

>> Quelques repères chiffrés

La structure MCO est répartie sur deux sites, les hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière. Elle comporte 1 200 lits et génère 120 000 séjours de plus et de moins de 24 heures. La psychiatrie, les soins de suite et les soins de longue durée sont sur le site Fernand-Widal : 36 lits de psychiatrie qui génèrent 10 000 journées, 104 lits de soins de suite (gériatrique et de médecine physique de réadaptation) qui génèrent 33 000 journées, 78 lits de soins de longue durée (28 000 journées).

Travaillent dans ces trois structures 5 400 personnels paramédicaux dont 4 200 paramédicaux. Plus de 1 500 personnels médicaux participent à l'activité, dont 820 médecins, les autres étant les internes et externes.

En 2007, le compte de résultat était en déficit de 24 millions d'euros sur un budget de 580 millions d'euros.

>> Données organisationnelles et sociologiques

Malgré la proximité géographique et leur appartenance commune à la structure AP-HP, les sites MCO avaient développé entre eux une culture de compétition, voire de concurrence, dont témoignaient des activités en doublon (ORL, hématologie, diabétologie, pathologie digestive notamment).

Les cultures étaient profondément différentes, avec un historique de forte visibilité pour Saint-Louis dont l'histoire avait produit, en particulier, des dermatolo-

logues de renommée mondiale et des immuno-hématologistes particulièrement prestigieux comme le Pr Jean Bernard ou le prix Nobel Jean Dausset. Cette visibilité internationale a induit chez les équipes un fort sentiment d'appartenance. Une reconstruction complète dans les années 80 avait, en outre, apporté des conditions de travail matérielles satisfaisantes. *A contrario*, le développement sur Lariboisière s'est construit de manière très différente, sans rénovation architecturale significative du site et avec persistance d'une structure pavillonnaire. L'hôpital, de par sa proximité marquée par une population précaire, avait par ailleurs développé une activité centrée sur la pathologie aiguë. Dans ce contexte bien particulier, le personnel avait développé des aptitudes à travailler dans des conditions particulièrement complexes.

Méthodes et éléments de mise en œuvre

La construction du groupe hospitalier a permis de restructurer la gouvernance sur trois axes : une direction médico-administrative associant de manière très étroite le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME), un conseil exécutif local composé de tous les chefs de pôles et des directions fonctionnelles, un conseil hospitalo-universitaire incluant le doyen et la gouvernance médico-administrative.

Cette dynamique de gouvernance et la préoccupation autour des facteurs humains dans les organisations complexes¹ ont permis la construction de dix nouveaux pôles d'activités médicales, réalisée à partir d'un socle de convictions affirmé :

- **une logique médicale** et non économique et/ou administrative. Ce point était sous-tendu par une conviction partagée de la gouvernance médico-administrative selon laquelle il ne peut y avoir de projet économiquement viable qui ne soit sous-tendu par une pertinence médicale forte ;
- **un pilotage financier** collaboratif fondé sur des échanges réguliers et fréquents ;
- **la qualité et sécurité des soins** utilisées comme ciment d'une communauté hospitalière incluant l'ensemble des acteurs de l'hôpital (c'est en effet sur ce thème qu'il est le plus facile de fédérer l'ensemble des personnels médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques).

Mise œuvre opérationnelle

Trois sujets ont fait l'objet d'une action particulière : le dialogue de gestion, la délégation et l'intéréssement, la gestion des ressources humaines.



REPÈRES

Le groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal (AP-HP) forme un ensemble de trois hôpitaux. Il comprend deux sites MCO (Saint-Louis et Lariboisière) et un site de soins de suite et de psychiatrie (Fernand-Widal). Les trois entités sont situées dans le 10^e arrondissement de Paris, à un kilomètre environ les unes des autres, et insérées dans un tissu urbain très dense. La constitution juridique de cet ensemble, très récente (décembre 2011), a été précédée d'une période de préfiguration qui a initié les premiers changements. Ces trois hôpitaux se situent dans un nœud de communication parisien très développé, à proximité de deux gares de forte affluence : la gare du Nord et la gare de l'Est.

Dialogue de gestion

Ce dialogue est bien sûr permanent (notamment au cours des conseils exécutifs locaux où tous les chefs de pôle sont réunis). Il fait aussi l'objet d'une formalisation au travers des conférences annuelles de pôles qui permettent l'élaboration et la signature des avenants annuels au contrat de pôle. Ces avenants sont discutés en amont et déclinent les objectifs annuels portant sur des thèmes communs à tous les pôles comme la qualité et la sécurité des soins, les recettes (codage, activité, conventions par exemple) et les dépenses (tableau des emplois, budget de pôle de titres 2 et 3). D'autres objectifs, qui peuvent correspondre à des moments particuliers de la vie du groupe hospitalier, sont également discutés au cours de ces conférences. C'est de ce partage et des liens entre ces différentes données qu'émerge la stratégie du pôle sur ses activités.

Afin d'avoir une vue globale sur l'ensemble des objectifs du groupe, un tableau de bord du groupe a été élaboré, synthétisant la totalité des objectifs définis par pôles, avec une observation régulière des résultats obtenus, suivant en cela les principes du management factuel². Ce tableau de bord compait 148 objectifs en 2012, tous datés et placés sous

1. R. Sutton, *Objectif Zéro-sale-con*, Vuibert, 2007.

2. J. Pfeffer, R. Sutton, *Faits et foutaises dans le management*, Vuibert, 2006.

la responsabilité d'un chef de projet médical et administratif. À titre d'exemple, les projets qui ont été menés à bien dans les temps impartis sont parfois simples (développement de l'utilisation des SMS de rappel pour les consultations du pôle d'appareil locomoteur), parfois beaucoup plus complexes : ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire sur le site Saint-Louis, mais aussi transfert d'un service entier de diabétologie du site Saint-Louis sur le site Lariboisière avec création de nouveaux modes d'organisation (hôpital de jour multidisciplinaire).

Délégation et intéressement

Les pôles ont pu gérer leur tableau permanent des emplois rémunérés (TPER) de personnel non médical titulaire tel qu'ils ont été négociés lors des conférences de pôles annuelles, ainsi que leurs mensualités de remplacement et les budgets de formation. 50 % de l'enveloppe d'équipement est placé sous la responsabilité directe des pôles ; l'autre moitié est gérée centralement pour les équipements à objectif plus transversal.

Plus récemment en 2013, une responsabilisation encore plus grande a été confiée aux pôles, avec l'attribution d'une enveloppe d'heures supplémentaires et d'intérim ainsi que d'une enveloppe de petits travaux (à hauteur de 500 k€ par an) réparties entre les pôles en fonction des mètres carrés utilisés.

L'intéressement reste une question largement débattue. Le choix de l'indicateur servant à son calcul est un élément crucial, comme cela a été discuté par M. Beauvallet³. La gouvernance médico-administrative a fait le choix de mettre en place un intéressement des pôles, sur la base d'un indicateur de qualité : le délai de transmission des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) au médecin traitant, avec un objectif de transmission de 80 % des CRH dans un délai maximal de quinze jours après sortie. Une enveloppe de 500 k€ en équipements a été débloquée pour cet intéressement. Cette opportunité a été saisie par la quasi-totalité des services avec des améliorations spectaculaires de la production et de l'envoi de ces comptes rendus.

Le sujet du CRH présentait de nombreux avantages, car générateur d'un cercle vertueux : les comptes rendus étant produits, le codage PMSI s'en trouvait amélioré et les recettes, en conséquence, mieux en adéquation avec la prestation fournie ; l'intéressement a par ailleurs servi à équiper les services de moyens, améliorant eux-mêmes la production de comptes rendus (matériel informatique nomade ou systèmes de dictée vocale).

Gestion des ressources humaines pour les postes à responsabilité managériale

Ce sujet difficile comporte des éléments de méthodes qu'il est facile d'énoncer et des éléments d'état d'esprit pour lesquels une formalisation est beaucoup plus complexe. Les éléments de méthodes portent sur les modalités de recrutement et l'animation du collectif. Au sein du GH Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal, les recrutements s'opèrent désormais sur des bases identiques pour les responsables médicaux et non médicaux. Ils font largement place à une compétition ouverte sous forme d'appel d'offres.

Au sein des pôles, les cadres administratifs, cadres paramédicaux et chefs de pôle ont ainsi eu à élaborer un projet sur lequel ils ont été recrutés, pour ces fonctions. De même, le choix des leaders médicaux, responsables d'unités fonctionnelles ou de service s'est réalisé sur appels d'offres ouverts. Dans ce cadre, des experts extérieurs, parfois internationaux, ont été sollicités pour tenter de faire le meilleur choix, cela dans le cadre de comités d'audition incluant ces experts, ainsi que les responsables médicaux et administratifs locaux. Les choix ont été effectués en séance.

En dehors des postes à responsabilité managériale, le recrutement médical s'opère à partir du cycle annuel de révision des effectifs, et ce avec une même méthode pour les universitaires et non-universitaires. Le conseil hospitalo-universitaire (doyen, directeur, et président de CME) fixe les priorités avec le président de la commission structures et effectifs de la CME. La commission instruit ensuite les dossiers et rencontre les candidats ; une validation intervient à la dernière étape en conseil exécutif et CME. L'ensemble de cette approche est réalisé par consensus.

Résultats

Des pôles d'activités construits sur une véritable logique médicale

Le projet médical du groupe hospitalier a été structuré en six axes d'activités majeurs : trois sur Saint-Louis (hémato-oncologie-radiothérapie, traitement des pathologies de la peau et la réparation cutanée, immunologie-transplantation) ; trois sur Lariboisière et Fernand-Widal (neurosciences, appareil locomoteur, pathologie aiguë et urgente).

Dans le cadre clairement défini par le projet médical, et à l'issue d'un travail collectif long de six mois mené sous l'animation de deux directeurs et deux médecins,

les acteurs de l'hôpital ont convergé vers cinq pôles dits « d'organe » et cinq pôles dits « transversaux ». Les cinq pôles d'organes sont le pôle hémato-oncologie, le pôle peau et réparation cutanée, le pôle neurosciences, le pôle d'appareil locomoteur et le pôle abdomen incluant néphro-uropathologie et pathologie digestive médicale et chirurgicale. Les quatre premiers sont localisés sur un seul site, le cinquième sur les deux sites de MCO.

Les pôles dits « transversaux » sont constitués du pôle de médecine et de gériatrie, du pôle urgences, du pôle biologie et anatomopathologie, du pôle imagerie et du pôle pharmacie/évaluation/blocs opératoires qui incluent les activités de chirurgie ambulatoire. Ces pôles sont répartis sur deux ou trois sites.

Des restructurations d'activités efficientes

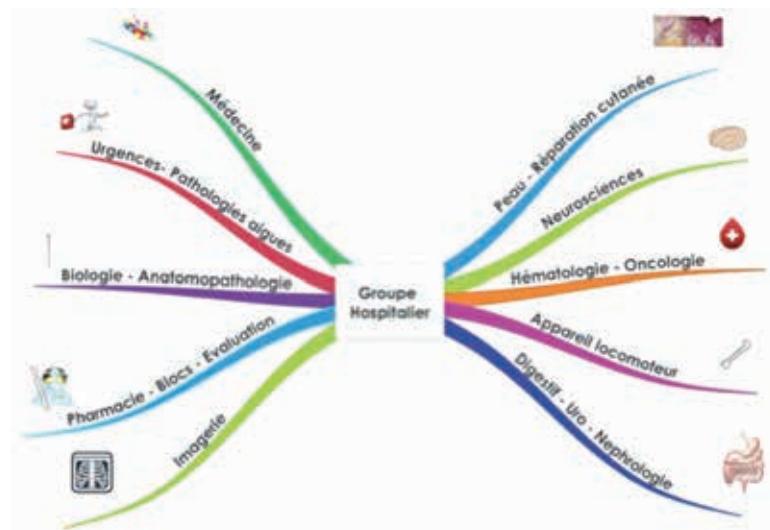
Plusieurs doublons d'activité existaient au moment de la création du groupe. Même si les sous-spécialités n'étaient pas forcément identiques, la lisibilité de l'offre n'apparaissait pas clairement à nos correspondants et patients. C'est la raison pour laquelle les activités d'ORL ont été regroupées sur le site Lariboisière dans le cadre du pôle neurosciences, les activités d'hématologie sur le site Saint-Louis au sein du pôle hémato-oncologie. De même, la diabétologie a été regroupée en une seule unité de lieu (Lariboisière) au sein du pôle de médecine. Ces regroupements ont permis la constitution de cohortes de taille internationale.

Dans cet esprit de rationalisation de l'offre de soins et d'intégration à l'ensemble qu'est l'AP-HP, le groupe hospitalier a accepté de transférer des activités qui ne semblaient pas s'intégrer parfaitement dans le portefeuille d'activités défini par le projet médical : l'hématologie pédiatrique (à l'hôpital Robert-Debré), la rythmologie (à l'hôpital Bichat) ou encore l'ophtalmologie chirurgicale, qui sera transférée à l'hôpital Cochin. Ces regroupements et transferts ont permis, outre une rationalisation de l'offre de soins et une meilleure qualité de prise en charge des patients, de libérer des espaces, utilisés pour densifier l'offre de soins sur des thématiques où le groupe Hospitalier est leader.

Un recrutement des leaders médicaux pertinent

La méthode d'appels d'offres et de comités d'audition a permis le recrutement de leaders médicaux avec une forte légitimité. Ce recrutement a aussi concerné des spécialités à démographie défavo-

LES PÔLES AU SEIN DU GROUPE HOSPITALIER SAINT-LOUIS, LARIBOISIÈRE, FERNAND-WIDAL



rable. Des chefs d'unité ont ainsi été recrutés sans grande difficulté, avec possibilité de choix en gériatrie, psychiatrie, anesthésie, hémato-biologie ou immunologie biologique.

Une trajectoire financière ramenée à l'équilibre

Elle constitue, selon nous, le juge de paix de la stratégie employée, en restant néanmoins vigilant dans l'interprétation sur certains biais cognitifs³. De façon très régulière sur les quatre dernières années, la trajectoire financière s'est redressée, passant d'un déséquilibre recettes/dépenses de près de 23 millions d'euros en 2007 à un léger excédent en 2012.

La constitution du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal, après une très courte période d'adaptation, est apparue comme une opportunité forte. Elle offre un espace plus large que la simple entité hospitalière, qui permet de restructurer l'offre de soins, facilitant par là même le retour à l'équilibre financier. Nous avons, collectivement, la forte conviction que cette trajectoire a été permise, en premier lieu, par la confiance mutuelle que se sont accordée les acteurs, en particulier le directeur, le président de la CME locale et le doyen de la faculté de médecine. Cette coconstruction a également associé de très nombreux acteurs de terrain – en particulier les trios de pôles – qui exercent un rôle déterminant dans la conduite opérationnelle du groupe. ■

3. M. Beauvallet, *Les Stratégies absurdes: comment faire pire en croyant faire mieux*, Seuil, 2009.

4. D. Lovallo, D. Kahneman, "Delusions of Success", *Harvard Business Review*, July 2003, 56-63.

Nouvelle gestion du temps de travail médical

Quand le docteur devient... horodateur

Armelle DREXLER Directrice des affaires médicales, CHU de Clermont-Ferrand
Loïc MONDOLONI Directeur des affaires médicales, AP-HM

Il fallait s'y attendre, et c'est arrivé : l'hôpital public doit revoir l'organisation du temps de travail de ses médecins, en décomptant chaque période travaillée. Le temps de déplacement en astreinte, le temps de travail additionnel, les gardes... étaient jusqu'à présent réglementés de manière à permettre la flexibilité de la gestion de son temps de travail par le médecin, mais également l'évitement par le directeur quant à la résolution de quelques situations délicates. Désormais, c'est avec un nouveau mode de raisonnement qu'il faut aborder ces questions, qui concernent très directement la prise en charge des patients et les problématiques de recrutement médical dans les établissements publics de santé. Que faut-il retenir de la réforme ? Que change-t-elle vraiment ? Et, surtout, comment concilier qualité de prise en charge des patients et temps médical chronométré ?

Tout a commencé par une mise en demeure de la Commission européenne à l'égard de la France. Suite à un litige entre un praticien et son établissement, l'examen, à la lumière de la directive européenne¹, des dispositions réglementaires françaises concernant les modalités d'organisation et de gestion du temps de travail médical au sein des établissements publics de santé² a conduit à ce que trois injonctions soient adressées :

- revoir le décompte précis du temps médical (en l'occurrence, enfin, qualifier en heures la demi-journée de temps de travail médical) ;

- intégrer le temps d'intervention en astreinte et le déplacement correspondant, dans le temps de travail ;
- décompter, précisément et en heures, le temps de travail additionnel.

L'ensemble a un objectif précis, au demeurant louable : limiter à 48 heures hebdomadaires le temps de travail médical, en raison « *des impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs*³ ». La réponse de la France à ces différentes injonctions a été formalisée par l'arrêté du 8 novembre 2013⁴, lequel vient modifier les règles de gestion du temps de travail médical existantes depuis 2003.

Les nouvelles règles de gestion du temps de travail médical

Le directeur et le respect du temps de travail médical : responsable... et déjà coupable ?

L'arrêté du 8 novembre 2013 oblige l'établissement à tenir des « *registres de temps travaillé*⁵ » comportant la liste des contrats de temps de travail additionnel signés par spécialité, ainsi qu'un relevé nominatif du temps de travail additionnel effectué par chacun des praticiens concernés. Ces registres – vraisemblablement établis par la direction, même si cette précision n'est apportée ni dans l'arrêté ni même dans la circulaire – contraignent le directeur à renforcer formellement le contrôle du temps de travail additionnel. Ils lui permettent également de vérifier que « *la santé et la sécurité des praticiens* » sont préservées, en lien avec le service de santé au travail, qui a connaissance desdits registres.

Au-delà de cette nouvelle donne formalisant le contrôle du temps de travail additionnel, le texte de l'arrêté modifié ne laisse guère place à une inter-

prétation *a minima* concernant sa responsabilité dans la garantie apportée, au praticien, du respect de son « repos quotidien après la fin du dernier déplacement⁶ ». Sa responsabilité serait ainsi, sans aucun doute, engagée en cas d'accident médical suite à un acte chirurgical réalisé le lendemain d'une astreinte, durant un temps qui aurait dû être consacré au repos quotidien du praticien.

Ce rôle de garant renforce le délicat positionnement du directeur. Constraint d'assurer l'organisation de la continuité et de la permanence des soins, pouvant l'amener à aménager le strict respect de la réglementation du temps de travail, il doit assumer le contrôle du temps de travail des praticiens, afin de leur garantir repos, santé et sécurité : la mission ne sera pas aisée. Et pour l'exercer de la manière la plus adaptée, il lui faudra s'appuyer sur le chef de pôle. Ce d'autant plus que la circulaire ouvre la perspective d'une négociation, au sein de chaque pôle, d'un règlement intérieur définissant les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif, afin de décliner opérationnellement la manière dont est garanti le repos de sécurité au praticien se déplaçant en astreinte.

Le chef de pôle : releveur de compteurs !

La réforme du temps de travail médical s'inscrit dans la droite ligne du décret du 27 décembre 2012⁷ relatif au compte-épargne temps des médecins, qui avait fait de la gestion du temps médical un champ obligatoire de la contractualisation interne et du chef de pôle le véritable pilote de l'organisation médicale du pôle⁸. Cependant, les chefs de pôle sont restés réservés et majoritairement peu enclins à s'investir dans un domaine complexe et source de contestations ou conflits potentiels. La réforme du temps de travail du personnel médical va les contraindre – contre leur volonté – à investir ce champ hautement stratégique de l'organisation de l'activité médicale du pôle, et à endosser réellement le rôle de manager des équipes médicales.

Désormais, le chef de pôle arrête les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel et les inscrit annuellement dans le contrat de pôle, figeant ainsi le volume global de temps médical nécessaire pour assurer l'activité. Traduction symbolique, il signe également le contrat de temps de travail additionnel, avec le praticien, le responsable de la structure et le directeur de l'établissement.

**BON LES AMIS,
JE VAIS VOUS
LAISSEZ FINIR:
À PARTIR DE 17H,
JE NE SUIS PLUS
COUVERT PAR
L'ASSURANCE.**



Pour déterminer les besoins de temps additionnel du pôle, il va être nécessaire, pour le chef de pôle, de définir précisément les organisations actuelles de chaque service, certes en lien avec les effectifs médicaux disponibles (et volontaires), mais surtout au regard de la nature des activités et de leur évolu-

Quelle vision ont, aujourd'hui, les chefs de pôle de la définition de «l'organisation du temps de présence et d'absence» de leurs praticiens ?

tion. Bel exercice de management pour le chef de pôle qui devra éviter l'écueil de retrancrire les désideratas des différents responsables de service sans analyse précise. Gageons que certains chefs de pôle sauront faire appel aux directions pour les aider dans cette mission périlleuse...

1. Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.
2. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
3. Art. 6 de la directive 2003/88/CE.
4. Arrêté du 8 novembre 2013, modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
5. Art. 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié.
6. *Idem*.
7. Décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au CET et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements de santé.
8. A. Drexler, «CET médicaux V2013: le "choc de simplification" n'aura pas lieu...», *Revue hospitalière de France*, n° 551, mars-avril 2013.

Vers un décompte horaire du temps médical ?

L'arrêté du 8 novembre 2013 apporte des modifications majeures aux modalités de gestion du temps de travail médical, même si le dispositif de valorisation des gardes et du temps de travail additionnel demeure. Le changement principal apporté par l'arrêté du 8 novembre 2013 concerne la valorisation et l'indemnisation des astreintes.

>> Le temps additionnel

Le seuil de déclenchement reste fixé au-delà des 48 heures hebdomadaires lissées sur le quadri-mestre. Le principe du volontariat du praticien est réaffirmé et se concrétise par l'obligation de conclure un contrat par lequel le praticien accepte d'effectuer du temps additionnel, qu'il peut dénoncer à tout moment avec un préavis réduit à un mois. En parallèle, le volume d'activité réalisé au-delà du seuil de 48 heures est suivi dans le cadre des registres de temps de travail, examinés périodiquement en commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS).

>> Les temps de travail durant les astreintes

Chaque heure de temps d'intervention sur place est décomptée et valorisée comme suit :

- le temps de déplacement en astreinte et l'activité réalisée durant cette période constituent désormais un temps de travail effectif réel (le temps de travail est valorisé à 1 heure aller-retour et plafonné à 2 heures par astreinte) ;
- le praticien choisit d'intégrer cette activité dans son temps de travail ou de la valoriser en temps de travail additionnel ;
- l'activité en astreinte est cumulée par plage de 5 heures et est équivalente à une demi-journée de temps de travail ;
- les déplacements exceptionnels sont intégrés dans les obligations de service du praticien et ne donnent plus lieu à l'indemnisation spécifique prévue jusqu'alors.

L'indemnité forfaitaire d'astreinte (opérationnelle ou de sécurité) demeure dans tous les cas.

C'est par un contrat conclu annuellement avec le directeur et son chef de pôle que le praticien choisit :

- soit d'intégrer l'activité réalisée en astreinte dans son temps de travail (déduction de ses obligations de service et indemnisation à hauteur d'une demi-garde) ;
- soit de la valoriser en temps de travail additionnel (au-delà de ses obligations de service).

Le réel enjeu de la réforme : la gestion des médecins

Le nouveau corpus réglementaire n'est pas le seul changement radical apporté au dispositif. L'autre bouleversement est sociologique : il concerne le management des médecins hospitaliers. Si leur temps de travail est reconnu et mieux valorisé, ce qui est une plus-value individuelle incontestable, les médecins hospitaliers devront s'intégrer, plus que jamais, dans un cadre organisationnel qui va s'imposer à eux. Ils vont devoir rendre des comptes sur la bonne réalisation de leurs obligations de service, mais également des heures complémentaires réalisées. Après le codage des actes et la T2A, voici l'avènement du codage du temps.

Le chef de pôle : véritable manager des équipes médicales

Au-delà de sa mission réglementaire à l'échelle du pôle de planification contractuelle du temps additionnel et plus largement de détermination ou de remise à plat de l'organisation médicale, le chef de pôle devient en pratique le chef de l'ensemble des équipes médicales. Qu'il l'assume directement ou qu'il désigne un ou plusieurs responsables à qui il délègue ses pouvoirs et responsabilités, la mission d'animation, d'organisation, de régulation des équipes médicales et de là, de gestion et de garantie de la continuité du service médical rendu, s'impose à lui quotidiennement. Chaque médecin s'intègre dans une équipe et doit désormais planifier ses présences, ses congés annuels, ses RTT, s'assurer de la présence de ses confrères pour solliciter une absence, sans être en mesure de s'extraire du cadre imposé dans l'avenant annuel au contrat de pôle, négocié et validé en amont.

À l'heure de la certification des comptes des établissements de santé, le chef de pôle devient également un acteur majeur du cycle de gestion du personnel, car il participe à la validation du service fait et se doit d'organiser au sein de son pôle toute action permettant de répondre strictement aux dispositions réglementaires régissant le temps médical. Si l'arrêté du 8 novembre 2013 est complexe dans sa mise en œuvre, il revient au chef de pôle, dans tous les cas, de le comprendre lui aussi, car il devient de sa responsabilité d'en garantir le respect et la bonne gestion de proximité. Là encore, il n'est pas totalement incongru d'imaginer des situations conflictuelles entre des chefs de pôle et certains praticiens qui refuseront de se conformer au cadre qui leur sera donné... Mais désormais, ils n'auront plus d'autre possibilité que de s'y conformer.

Le nouveau médecin hospitalier : un salarié comme les autres ?

Si le médecin hospitalier est désormais tenu de respecter l'organisation du temps médical arrêtée dans le contrat du pôle auquel il appartient, une question demeure : ce corpus de règles est-il, finalement, adapté au métier, à la vocation de médecin ? Prendre en charge un patient, cela se chronomètre-t-il réellement ? Où l'hôpital public veut-il, doit-il, peut-il aller ?

Garantir la sécurité du travailleur mais encore du patient est essentiel, en effet. Mais assimiler le médecin à un salarié comme un autre, qui compte ses heures – voire ses quarts d'heure – et qui récupère toutes ses heures « dues », n'est-ce pas franchir une barrière dangereuse et surtout irrémédiable ? Et pourtant, les responsabilités des médecins ne sont-elles pas importantes au point « *d'[impliquer] une grande indépendance dans l'organisation de leur emploi du temps [...] [d'être] habilités à prendre des décisions de façon largement autonome et de [percevoir] une rémunération se situant dans les niveaux les plus élevés des systèmes de rémunération pratiqués dans leur entreprise ou établissement* »⁹ ? Si la définition correspond, alors il faudrait considérer que les médecins hospitaliers sont « des cadres dirigeants » au regard du code du travail – lequel exclut d'ailleurs lesdits cadres dirigeants des dispositions relatives à la durée hebdomadaire maximale du temps de travail.

À l'inverse, cet « *exercice subordonné de la médecine* »¹⁰ dans le nouveau contexte de l'arrêté du 8 novembre 2013 nie cet aspect fondamental de l'exercice de leur profession, qui était justement de disposer d'une certaine latitude dans l'organisation de leur temps, même en étant salariés de l'hôpital.

Les impacts de la réforme

Suivi de la gestion du temps médical : les établissements publics de santé peuvent-ils réellement le faire ?

Il est vrai que l'arrêté du 8 novembre 2013 répond à des questions qui ont été régulièrement sources de débats et parfois de conflits au sein des établissements publics de santé :

- rémunérer les déplacements en astreinte sans prendre en considération ces derniers de manière effective dans le temps de travail global du praticien relevait d'une certaine incohérence ;

- le déplacement en astreinte de 3 heures et celui de 10 heures étaient indemnisés et valorisés de manière identique ;
- le temps de travail additionnel était délicat à contractualiser de manière objective, avec des situations sources de réels conflits et injustices. Tout cela est résolu si l'ensemble des dispositions réglementaires est appliqué rigoureusement. Il demeure indispensable, cependant, que les établissements soient équipés informatiquement pour gérer l'ensemble. Car la gestion du temps médical devient un package qui conduit à mêler de multiples concepts et notions : le temps de jour, de nuit, indemnisé, récupéré, additionnel, en astreinte (indemnisée ou forfaitisée), en garde, à épargner sur le CET ou à se faire indemniser au-delà d'un seuil de vingt jours minimum indépendamment de la conservation d'un CET historique... tout cela bien entendu en ajoutant une note particulière par laquelle il est indispensable de dissocier allègre-

Une équipe médicale avec un ou deux chirurgiens déplacés en astreinte fonctionnera difficilement dès lors que ces derniers sont amenés à se déplacer réellement.

ment demi-journées et heures, sauf pour les secteurs en temps continu.

Autant dire qu'en termes de qualité et de contrôle qualité, le taux de recours et l'évolution du nombre de contentieux liés à l'application de l'arrêté du 8 novembre 2013 pourraient être des indicateurs nationaux à suivre précisément. Car les difficultés de mise en application du dispositif paraissent inéluctables.

Continuité des soins et démographie médicale : les établissements publics de santé sont-ils prêts pour cette (r)évolution ?

Cette réforme du temps médical devait se produire un jour. Mais l'assumer réellement requiert d'avoir des médecins en nombre, notamment par la nécessité d'appliquer l'exigence de repos quotidien : une étude d'impact et une évaluation du besoin en recrutement médical s'imposeront rapidement à ce sujet.

^{9.} Art. L.3111-2 du code du travail.

^{10.} F. Héas, « Exercice de la médecine et salariat », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4/2013, pp. 575-582.

Or, lorsqu'on connaît les difficultés que connaissent certains établissements pour pourvoir leurs postes, il faut se demander comment parvenir à respecter rigoureusement les dispositions réglementaires. Une équipe médicale avec un ou deux chirurgiens déplacés en astreinte fonctionnera difficilement dès lors que ces derniers sont amenés à se déplacer réellement, d'autant plus si le déplacement a lieu «en nuit profonde» ou en fin de nuit. *Quid* du programme opératoire du lendemain? *Quid* des patients prévus le lendemain en consultation?

Cette situation ne concerne pas exclusivement les centres hospitaliers, mais également les centres hospitaliers régionaux universitaires pour lesquels il n'est pas rare que l'absentéisme médical – notamment pour raisons de grossesse – déstabilise le fonctionnement des équipes médicales, d'autant plus lorsqu'il n'y a pas de possibilités de remplacement (ou de financement du remplacement envisageable par de l'intérim).

Les établissements étant dans des situations budgétaires tendues pour grand nombre d'entre eux, alourdir le poids de leur dette peut en condamner certains définitivement.

Au-delà, n'est-ce pas se mettre en difficulté pour l'avenir? Aura-t-on assez de médecins formés pour absorber cette réforme et répondre aux besoins d'effectifs supplémentaires nécessaires? Dans le contexte où sont attendues les sorties d'internes de 2015-2017 pour faire face aux nombreux départs à la retraite, la «pléthora» de médecins pour remplir les «trous» hospitaliers semble bien peu réaliste, sauf à vouloir chercher des débouchés pour les praticiens à diplôme extra-communautaire qui seront, d'ici là, lauréats de la procédure d'autorisation d'exercice...

Quel impact budgétaire pour les établissements publics de santé?

Dès le lendemain de la publication de l'arrêté, certaines directions commençaient à faire de savants calculs pour envisager le montant du surcoût à prévoir pour l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) 2014, aux côtés des différentes autres mesures réglementaires financées sur les tarifs des groupes homogènes de séjours... Car s'il ne s'agit pas de la question centrale, elle se pose bel et bien : combien cela va-

t-il coûter? Une approximation moyenne évalue le surcoût à 30% des charges actuelles liées à l'organisation de la permanence et la continuité des soins. Et ce sans compter les obligations probables de recrutements complémentaires pour faire fonctionner les services, ni l'impact sur l'activité du strict respect du repos quotidien. Les établissements étant, pour grand nombre d'entre eux, dans des situations budgétaires tendues, alourdir le poids de leur dette peut en condamner certains définitivement.

Hôpital public et établissements de santé privés : comment fausser la concurrence...

Certes, hôpitaux publics et établissements de santé privés n'étaient déjà pas dans les mêmes dynamiques, les seconds proposant des conditions non seulement plus rémunératrices, mais également plus généreuses en termes de jours de congés et d'aménagement du temps de travail, que les statuts hospitaliers. Pour autant, quoi qu'en pense, c'est notamment sur cette base que s'est construit le modèle concurrentiel public/privé.

Faire peser une charge forte sur les hôpitaux publics, contraints d'absorber les surcoûts organisationnels et financiers de la réforme du temps de travail, amène à les affliger d'un handicap supplémentaire face aux cliniques privées. L'hôpital public était-il vraiment le plus fort dans ce jeu concurrentiel?

Contravention(s) ou banqueroute pour l'hôpital public?

En définitive, l'application de ces nouvelles dispositions inquiète. Ce corpus réglementaire fait poser un grand nombre de questions. Au-delà de sa seule interprétation, il amènera des sujets de discussions réels dans les établissements. Le dialogue social va – souvent pour la première fois – se manifester sur les conditions et la gestion du temps de travail médical. Mais cette réforme risque surtout d'être d'une ampleur encore plus grande que celle de la mise en place de la RTT médicale, laquelle s'est déjà traduite par un impact budgétaire que les établissements publics de santé paient encore aujourd'hui. Assortir l'ensemble d'une évolution des mentalités médicales dans la pratique médicale hospitalière revient à dire que l'ensemble de l'hôpital public peut être impacté dans son devenir.

Un projet social médical pour favoriser l'attractivité

La démarche du centre hospitalier de Gonesse

Florent BOUSQUIÉ Directeur des ressources humaines, des affaires médicales et de la stratégie

Marie-Marthe HIANCE Élève directeur d'hôpital

François VENUTOLO Président de la CME

Centre hospitalier de Gonesse

L'exercice est délicat et partagé par nombre d'hôpitaux : comment répondre aux besoins en compétences médicales, tout en restant dans les limites imposées par l'environnement budgétaire ? Afin de doter son projet médical 2013-2017 des ressources nécessaires, le centre hospitalier de Gonesse anticipe l'évolution défavorable de la démographie du secteur, hospitalière ou de ville. Son projet social médical signe une évolution progressive, mais sensible, de la conception des ressources humaines médicales par l'ensemble des parties prenantes. L'attractivité de l'établissement, en la matière, est en effet déterminée par des éléments contradictoires : il bénéficie de l'attractivité francilienne tout en évoluant dans l'environnement très concurrentiel de la région, public et privé. Le marché du travail médical s'y caractérise par une asymétrie, croissante, entre une offre qui se raréfie et une demande stimulée par la multiplicité des acteurs.

Le nouveau paradigme hospitalier « RH »

Répondre aux besoins de santé de la population en crédibilisant les perspectives d'activité contenues dans le nouveau projet médical est le nouveau paradigme RH de nos établissements de santé. Deux éléments - au moins - invitent les hôpitaux publics à mettre en œuvre une politique active en matière de gestion des ressources humaines médicales. Le

contexte budgétaire d'une part, qui impose d'instaurer un réel pilotage des dépenses de personnel médical (elles représentent une part importante de la masse salariale : 23,4 % des dépenses totales de personnel au centre hospitalier de Gonesse, en 2011³). D'autre part la démographie médicale francilienne, défavorable à moyen terme. Elle implique une gestion de la ressource médicale au plus près, afin d'assurer le panel des activités de soins indispensables au territoire de santé ainsi que l'ensemble des missions de service public dévolues à l'établissement.

Le centre hospitalier de Gonesse s'est doté dans ce contexte d'un projet social médical 2013-2017. **Son objet est moins de prétendre résoudre, seul, les problèmes d'attractivité et de fidélisation que d'initier, et d'organiser, une réflexion sur les leviers que l'établissement souhaite activer** pour répondre aux besoins en compétences médicales ; et ce tout en restant dans les limites imposées par l'environnement budgétaire.

L'attractivité est entendue ici dans ses deux dimensions : la faculté à recruter de nouvelles compétences et à fidéliser les praticiens exerçant déjà dans l'établissement.

Une démographie médicale déclinante

La démographie médicale francilienne décline. En Val-d'Oise, la situation s'avère inquiétante. Selon le plan régional de santé (PRS) d'Île-de-France, la dégradation de la pyramide des âges du corps médical francilien, associée à un faible taux de renouvellement constaté des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, fait craindre une détérioration générale de l'offre de soins, dans les cinq années à venir. Entre 2012 et 2017, environ 10 500 médecins franciliens, dont deux tiers de spécialistes, prendront leur retraite, pendant que 4 700 seront formés dans la région et que

1 000 autres devraient venir s'y installer. Différentiel : 4 800 médecins... Dans le même temps, la région s'inscrit dans un contexte d'augmentation des besoins de santé et de recours, croissant, à la médecine de ville. Cet effet de ciseaux entre l'offre et la demande impose un effort d'anticipation et d'adaptation des établissements de santé.

À Gonesse, l'effectif médical 2011 enregistre une augmentation de 5,19 % par rapport à 2010, tous statuts confondus, en équivalent temps plein (ETP),

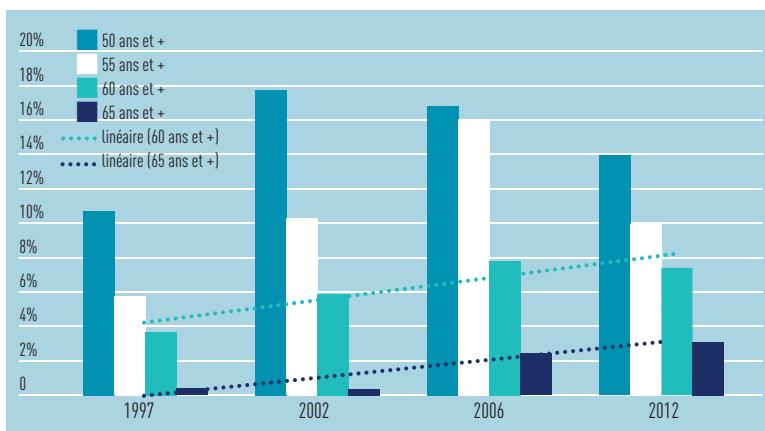
Les hôpitaux commencent à prendre la mesure des bouleversements liés à l'émergence d'une nouvelle génération de médecins.

Il existe cependant des difficultés de recrutement dans certaines spécialités, variables selon les spécialités et statuts médicaux : certains services, comme l'anesthésie, ont aujourd'hui pourvu tous leurs postes après quelques années compliquées ; d'autres disciplines connaissent des problématiques nouvelles de fidélisation. La pyramide des âges du corps médical révèle par ailleurs que 51,6 % des médecins du centre hospitalier sont âgés de plus de 50 ans, et 16,1 % de 60 ans ou plus.

GRAPHIQUE 1

POPULATION MÉDICALE DE + 50 ANS (1997-2012) CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE

GRAPHIQUE 1



La politique de gestion des ressources humaines médicales doit intégrer cet état de fait. Et ce en termes de choix de recrutement pour assurer la continuité des activités médicales comme en matière d'adaptation de l'offre de formation des professionnels. Objectif : garantir le maintien de la qualité et de la sécurité des soins.

Jeunes médecins : de nouvelles aspirations

Les évolutions internes au corps médical expliquent et justifient également l'adjonction croissante, dans les établissements de santé, d'un volet médical au projet social d'établissement. Les hôpitaux commencent à prendre la mesure des bouleversements liés à l'émergence d'une nouvelle génération de médecins, dont la composition et les aspirations tendent progressivement à rejoindre celles de l'ensemble des agents hospitaliers. À Gonesse, 38 % du personnel médical est désormais constitué de femmes. La manière d'appréhender la vie professionnelle et par ricochet la façon d'exercer à l'hôpital changent. Les attentes des jeunes professionnels portent désormais davantage sur les conditions de travail

et les moyens de concilier exercice professionnel et vie privée. La multiplication des rapports publics portant sur l'exercice médical à l'hôpital témoigne de l'importance de ces transformations.

La problématique de la pénurie médicale est exacerbée par l'évolution des aspirations professionnelles des jeunes médecins. Ceux-ci acceptent de plus en plus difficilement les modes de travail qui étaient ceux de leurs aînés. Des mouvements de fond, comme l'évolution des représentations sociales, des relations entre le médecin et son patient ou encore l'importance accrue de l'efficience dans l'emploi des fonds publics, ajoutent à la remise en cause par les praticiens des modes d'exercice antérieurs.

Une volonté commune CME/direction

L'élaboration du projet social médical est issue, à l'hôpital de Gonesse, d'une volonté commune du président de la commission médicale d'établissement (CME) et de la direction. Il s'agit d'accorder, pour la première fois, une place aux médecins au sein du traditionnel projet social de l'établissement, afin de les intégrer à part entière dans la politique sociale. Jusqu'alors, la communauté médicale n'était pas considérée comme concernée, voire intéressée, par les actions institutionnelles en la matière. Se prolongeait ainsi l'exception dans la gestion des ressources humaines médicales.

La rédaction d'un projet social médical reste novatrice à ce jour, même si elle commence à essaimer dans les établissements de santé. Elle se généralisera probablement dans les années à venir. À Gonesse, la

prise en compte de préoccupations relatives au personnel médical dans le cadre de la régulation sociale n'est pas nouvelle. Néanmoins, l'élaboration d'un projet social médical constitue un signal fort donné à la communauté médicale : celui d'une prise de conscience, d'une volonté d'initiative. Il s'agit de continuer à « donner envie » de faire carrière à l'hôpital public, en particulier l'hôpital de Gonesse.

Plusieurs préoccupations ont guidé l'élaboration de ce document :

- **la définition d'axes pragmatiques** et réalisables dans le cadre réglementaire et financier s'imposant aux établissements publics de santé ;
- **la prise en compte de l'ensemble des ressentis et appréhensions concernant les conditions d'exercice médical à l'hôpital**, tous statuts confondus ;
- **un projet social médical qui soit le résultat de réflexions partagées**, afin que son appropriation par le corps médical permette sa mise en œuvre et sa constante alimentation.

Le choix d'une démarche participative

Différents objectifs ont prévalu à la construction de la démarche engagée pour la période 2013-2017.

Mobiliser des leviers d'attractivité et de fidélisation innovants

Si la construction d'un nouvel hôpital constitue un élément majeur pour les projections futures d'activité et l'attractivité de l'exercice médical à Gonesse, les acteurs institutionnels souhaitaient aller au-delà, et **sortir de la logique de la rémunération comme unique vecteur d'attractivité pour les praticiens**. L'objectif consistait aussi à initier une véritable réflexion sur les moyens de créer un environnement propice, tant en matière de conditions de travail que d'intérêt de l'exercice médical.

Adapter le profil du recrutement aux besoins de santé du territoire

Le recrutement de médecins à l'hôpital de Gonesse vise à :

- contribuer à répondre aux besoins de santé de la population : il s'agit de faciliter l'accès aux soins de premier recours, afin de pallier la fragilisation de l'offre de ville, mais aussi d'assurer un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé ;
- être réactif face aux nouveaux besoins et attentes de la population ;

- développer l'expertise dans certains domaines, en lien avec les projections épidémiologiques du bassin de population.

S'appuyer sur les bonnes pratiques développées par les services, les harmoniser au niveau de l'établissement

La réflexion menée à l'occasion de l'élaboration du projet a mis en lumière l'absence d'homogénéisation des politiques d'accueil des praticiens au niveau de l'établissement, ainsi que dans la gestion du temps médical. Il est ainsi apparu que de nombreux services avaient développé des stratégies et outils de gestion du personnel médical, aussi bien en termes d'attraction des compé-

Un questionnaire a permis de recueillir le sentiment des médecins, s'agissant des conditions de travail et d'exercice médical à l'hôpital de Gonesse.

tences (internes, assistants, PH) que de juste répartition du temps médical entre les différentes activités. L'élaboration d'un projet social médical devait être l'occasion de recenser ces bonnes pratiques locales.

Une réflexion *ex nihilo*

Il a été convenu, en amont de la démarche, que l'élaboration du volet médical du projet social serait disjointe de celle du volet non médical. Pour autant, ces deux volets avaient vocation à constituer, *in fine*, un seul et unique projet social. Objectif : garantir l'intégration progressive du médical dans les réflexions RH quotidiennes de l'établissement. L'élaboration d'un tel document étant nouvelle à l'hôpital de Gonesse, une recherche d'expériences similaires a été menée au préalable, afin de connaître la forme et les orientations choisies par les établissements précurseurs en la matière. Des démarches analogues ont été repérées dans trois CHU (Lille, Brest et Toulouse)¹.

¹. Ces références ne prétendent pas à l'exhaustivité et ne préjugent donc pas d'autres démarches similaires conduites en CHU et CH. (NDLR)

PROJET SOCIAL MÉDICAL LES QUATRE THÉMATIQUES DU GROUPE DE TRAVAIL GONESSION

ENCADRÉ 1

- Le recrutement et l'avancement
- L'accueil et intégration des internes et des nouveaux praticiens
- L'amélioration des conditions de travail
- La politique de contractualisation et de gestion du temps médical

La deuxième étape a consisté à former d'un groupe de réflexion. Après validation de la méthodologie par la CME, un appel à candidature a été réalisé auprès de l'ensemble les membres de la communauté médicale exerçant au sein de l'établissement. Ce groupe a été composé à la fois de représentants de la communauté médicale et de membres de la direction. La composition des membres médicaux du groupe de travail (encadré 1) a été conçue pour intégrer à la réflexion tant les problématiques des praticiens hospitaliers que celles des médecins à diplôme hors Union européenne (UE) ou des assistants en début de carrière.

La rédaction d'un projet social médical reste novatrice à ce jour, même si elle commence à essaimer dans les établissements de santé. Elle se généralisera probablement dans les années à venir.

Afin d'alimenter la réflexion, le groupe a fait le choix d'interroger directement le personnel médical de l'établissement via un questionnaire, afin de recueillir le sentiment des médecins, s'agissant des conditions de travail et d'exercice médical à l'hôpital de Gonesse. L'analyse des résultats de ce questionnaire a permis de prioriser les problématiques développées au sein du projet social médical. Le projet validé par le groupe de travail devra faire l'objet d'une validation par la CME, dans l'objectif d'une véritable adhésion par le corps médical.

AXES STRATÉGIQUES ET OBJECTIFS DU PROJET SOCIAL MÉDICAL CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE ENCADRÉ 2

Axe 1 - Renforcer l'attractivité de l'hôpital

- Assurer la visibilité des services de l'hôpital pour les futurs professionnels médicaux
- Améliorer l'accueil des internes et des nouveaux praticiens
- Formaliser un contrat entre le praticien en post-internat et l'établissement
- Rendre plus lisibles les opportunités de carrière

Axe 2 - Fidéliser le personnel médical

- Renforcer la lisibilité des droits sociaux
- Améliorer les conditions de travail des praticiens
- Renforcer l'information et la communication interne
- Instaurer une démarche de développement professionnel continu (DPC)

Axe 3 - Assurer une gestion adaptée du temps médical

- Renforcer le rôle de la communauté médicale dans la stratégie de recrutement
- Garantir l'adaptation des ressources au projet médical
- œuvrer au renforcement des partenariats territoriaux en matière de recrutement

Trois axes stratégiques de politique sociale médicale

Le projet social médical a vocation à proposer des mesures pragmatiques, réalisables et en nombre limité. Ces mesures priorisées en fonction d'objectifs prédéfinis portent autant sur le court que sur le moyen terme.

À l'issue des travaux du groupe, la rédaction du projet social médical s'est structurée en trois axes stratégiques : renforcer l'attractivité de l'hôpital, fidéliser le personnel médical et assurer une gestion adaptée du temps médical. Chacun de ces axes est décliné en objectifs (encadré 2). Tous font l'objet d'une fiche-action qui permet de recenser les objectifs à mener sur les cinq ans de validité du projet social.

Les éléments à pérenniser

Plusieurs éléments positifs ressortent de la démarche. Ils sont appelés à se pérenniser.

>> L'harmonisation des bonnes pratiques développées par les services

Le travail engagé a mis en lumière l'absence d'homogénéité entre les politiques d'accueil des praticiens et la gestion du temps médical entre les services. Lors de l'élaboration du projet social médical, le groupe de travail a eu à cœur de s'appuyer sur les bonnes pratiques développées par les services, afin de les diffuser et de les harmoniser au sein de l'établissement.

>> Le développement d'une synergie et d'une cohérence dans la stratégie médicale

La logique, dès le départ, a été d'intégrer des membres de la communauté médicale au sein de la démarche. La formation d'un groupe de travail mixte, médical et administratif a eu pour vocation de constituer un espace de dialogue autour de réflexions diverses : l'environnement et les conditions de l'exercice médical hospitalier par exemple.

>> la bonne réception du projet par la communauté médicale, avant mise en œuvre

Dans l'attente du vote de la CME, les premières réactions ont été très positives. Dans son bilan et lors de la validation du projet, le groupe de travail a considéré la démarche pertinente. La mise en œuvre du nouveau projet social médical reste à concrétiser. Il est indispensable de laisser le temps au corps médical de se l'approprier. Une évaluation à cinq ans validera la démarche engagée.

Prestations de biologie médicale

Comment choisir son prestataire ?

Rodolphe RAYSSAC Avocat au barreau de Paris

Les évolutions législatives et jurisprudentielles en matière de prestations de biologie médicale conduisent les acheteurs publics à s'interroger : quel régime juridique applicable ? Quelles conditions d'attribution des marchés ? Au-delà du cadre réglementaire du code des marchés publics, viennent interférer les dispositions législatives du code de la santé publique qui ajoutent à la complexité existante. Les acheteurs publics sont tenus d'établir les conventions dans le cadre des procédures imposées par le code des marchés publics. Les prestataires potentiels peuvent être d'autres structures publiques ou privées. Dans la première hypothèse, la vigilance s'impose. Les acteurs publics sont tenus au respect du principe d'égalité de traitement des candidats – notamment au regard de l'interdiction des ristournes – et, lorsqu'ils souhaitent coopérer, à la mise en œuvre d'actions de coopération au sens du code de la santé publique.

Le régime juridique des prestations de biologie médicale oblige l'acheteur public à engager une procédure de mise en concurrence. Toutefois, l'interdiction des ristournes doit conduire l'acheteur à une grande vigilance lors de l'analyse des offres. **Les prestations de biologie médicale doivent être passées après une procédure de mise en concurrence, mais l'interdiction des remises neutralise le critère du prix.**

Les prestations de biologie médicale relèvent de la qualification de « marché public » au sens de l'article 1^{er} du code des marchés publics (CMP). À ce

titre, ils sont soumis aux principes et aux procédures qui en découlent, obligation déjà affirmée à plusieurs reprises par les juridictions administratives. Plus précisément, ces prestations relèvent des procédures dites « allégées » visées à l'article 30 du code, qui autorisent les pouvoirs adjudicateurs, quels que soient les montants estimés du marché, à engager une procédure adaptée dans le cadre de l'article 28. En d'autres termes, les modalités de publicité et de mise en concurrence sont laissées à l'appréciation de l'acheteur public¹.

C'est dans ce contexte qu'est intervenu le vote par le Parlement de la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale. Cette loi dispose que les ristournes « commerciales » concédées par les laboratoires de biologie médicale aux établissements de santé publics ou privés sont expressément interdites.

L'article L. 6211-21 du code de la santé publique (CSP), en vigueur depuis le 1^{er} juin 2013, dispose ainsi que « *sous réserve des coopérations dans le domaine de la biologie médicale menées entre des établissements de santé dans le cadre de conventions, de groupements de coopération sanitaire ou de communautés hospitalières de territoire et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif des actes de biologie médicale fixé en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale* ».

La portée de cette disposition constitue le droit positif et doit être appréciée au regard des rapports législatifs ayant présidé à son édition. L'intention du législateur était clairement de ne pas assimiler les

1. CAA de Marseille, 18 juin 2002, centre hospitalier d'Antibes-Juan-les-Pins [requête n°99MA01105] « *Ni le code de la santé publique ni le code de déontologie médicale n'édictent de règles incompatibles avec la soumission à la réglementation des marchés publics de la catégorie de services que représente l'exécution des analyses biologiques.* »

analyses médicales à des prestations marchandes de service et de les aligner sur le régime commun des actes médicaux. En outre, le législateur rappelle que l'interdiction des ristournes ne s'applique pas aux contrats notifiés avant l'entrée en vigueur de la

Dans l'hypothèse de ristournes « déguisées » significatives, les offres devraient être qualifiées d'« irrégulières » par le pouvoir adjudicateur et rejetées à ce titre.

loi, mais s'impose pour l'ensemble des contrats signés postérieurement à cette loi. Une telle réforme n'est pas neutre : l'autorité de la concurrence a souligné que les remises obtenues par les établissements de santé ont pu être très substantielles, de 20 % à 50 %. [ENCADRÉ 1](#)

RÉFORME DE LA BIOLOGIE MÉDICALE [ENCADRÉ 1](#) JACKY LE MENN, 23 JANVIER 2013 - RAPPORT SÉNATORIAL N° 277

« Les ristournes permettent à un laboratoire d'éliminer ses concurrents en pratiquant, pendant une période, des prix moins élevés qu'eux. Elles sont contraires au principe de tarification des actes médicaux. Le retour aux ristournes adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est très mal vécu par la profession qui l'interprète comme une négation de la "médicalisation" de la biologie médicale qu'elle a défendue dans le cadre de la préparation de la réforme de 2010, dans la mesure où il assimile les analyses biologiques à des prestations marchandes de service. [...] Le présent article propose donc d'interdire les ristournes, en imposant de facturer les examens au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale. Toutefois, ces tarifs ne s'imposent pas aux établissements de santé qui coopèrent entre eux dans le domaine de la biologie médicale, ni aux laboratoires qui ont signé des contrats de coopération. [...] Il paraît difficilement concevable d'admettre que les LBM soient en quelque sorte invités à se livrer à une "guerre commerciale" à coups de rabais sur la nomenclature de l'assurance maladie. En revanche, il convient d'encourager les coopérations entre établissements de santé qui, dans le domaine de la biologie comme dans d'autres, peuvent permettre de maintenir sur l'ensemble du territoire une offre de qualité et de rationaliser les investissements. »

Vigilance lors de l'analyse des offres

Les règles précédemment rappelées doivent conduire les acheteurs publics à la plus grande vigilance lors de l'analyse des offres des candidats. Deux cas de figure se présentent : l'hypothèse où un candidat proposerait, malgré leur interdiction, des ristournes sur son offre et celle, plus subtile, où un candidat présenterait des ristournes dites « déguisées ».

Dans la première hypothèse, l'offre présentée avec ristournes devrait incontestablement être qualifiée d'« inacceptable » au sens du CMP et être rejetée à ce titre³.

La seconde hypothèse concerne les situations où les candidats, sans présenter de « ristourne » au

sens strict, proposeraient d'autres avantages « dérivés » portant sur des refacturations, prestations de transports ou autres services et conseils aux pouvoirs adjudicateurs. L'offre des candidats serait alors constituée de deux éléments distincts,

tenant d'une part au prix de la lettre B au tarif sécurité sociale, d'autre part au coût des prestations annexes refacturées.

Or, ce sont précisément ces modalités de ristournes « déguisées » qui sont susceptibles de présenter une difficulté juridique, dans la mesure

où elles contournent le principe général de l'interdiction. Cette question a été abordée par les juridictions administratives. Par une ordonnance du 12 décembre 2012, le tribunal administratif de Paris a expressément sanctionné les ristournes déguisées (« refacturation des prestations accessoires », tel notamment « le traitement administratif des dossiers »). Statuant en cassation dans la même affaire, le Conseil d'État ne s'est pas prononcé expressément sur cette pratique (arrêt du 7 mai 2013). [ENCADRÉ 2](#)

En conséquence, une vigilance s'impose concernant l'analyse de l'offre proprement dite, afin de distinguer et apprécier sa décomposition et ses incidences financières. Dans l'hypothèse où des ristournes « déguisées » apparaîtraient de façon significative, ces offres devraient être qualifiées d'« irrégulières » par le pouvoir adjudicateur et rejetées à ce titre.

Interpréter strictement la notion de « coopération »

Pour les actions réalisées entre établissements publics de santé, la notion de « coopération » doit être interprétée strictement au regard du droit de la commande publique.

Les dispositions de l'article L. 6211-21 du CSP ne sont pas sans poser de question au regard du CMP. À ce titre, deux problématiques peuvent être soulevées. Elles tiennent d'une part au principe d'égalité de traitement entre candidats-prestataires « privés » et candidats-prestataires « publics », d'autre part à la notion de « coopération » visée dans le texte.

L'article L. 6134-1 du CSP accorde aux établissements publics de santé la capacité de participer à des « actions de coopération » et, à ce titre, de signer des conventions, participer à des groupements d'intérêt public (GIP), des groupements de coopération



sanitaire (GCS) ou constituer entre eux des fédérations médicales interétablissements (FMI).

La coopération suppose la liberté des partenaires de se choisir mutuellement en toute subjectivité. Cette logique est incompatible avec celle du droit de la commande publique, qui impose de choisir son cocontractant au terme d'une procédure de mise en concurrence objective⁴.

En d'autres termes, afin de bénéficier de la dérogation visée à l'article L. 6211-21, les établissements de santé sont tenus d'éviter toute requalification de la convention de coopération en «marché public» au sens de l'article 1^{er} du CMP. Les mécanismes du «caractère onéreux» et le bénéfice des remises et ristournes, qui supposent l'établissement d'une relation de type «client/fournisseur» propre aux achats publics, ne doivent pas trouver application dans le cadre d'une coopération.

Cette approche se confirme par la rédaction de l'article L. 6122-1 du CSP. Elle n'induit pas cette logique «client/fournisseur», et réserve exclusivement la dérogation tarifaire aux relations entre établissements de santé d'une part (dans le cadre de conventions, GCS et communauté hospitalière de territoire) et entre laboratoires de biologie médicale (dans le cadre des contrats de coopération de l'article L. 6212-6 du CSP⁵) d'autre part.

De ce point de vue, la notion de «coopération» visée par le texte nous semble faire référence à une réelle «coproduction» des analyses de biologie médicale. Le bénéfice pour un établissement de santé de la production d'un acte de biologie médi-

FACTURATION DES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE

ENCADRÉ 2

CONSEIL D'ÉTAT, 7 MAI 2013, VILLE DE PARIS, N° 364833

5. [...] Qu'il résulte de ces dispositions qu'en dehors des exceptions prévues par le code de la santé publique, la facturation des examens de biologie médicale ne sont susceptibles de donner lieu à aucune forme de remise de la part des entités en assurant l'exécution ; que, dès lors, lorsqu'un pouvoir adjudicateur organise une mise en concurrence afin d'attribuer un marché de prestations d'analyse médicale, le critère du prix des prestations prévues par la nomenclature des actes de biologie médicale est dépourvu de toute pertinence pour départager les offres ;
6. Considérant qu'après avoir relevé que les prestations d'analyses soumises à la nomenclature, dont la facturation ne pouvait faire l'objet d'aucune forme de remise en application des dispositions précitées du code de la santé publique, représentaient la majeure partie du prix total du marché litigieux et que leur prix s'imposait ainsi tant aux candidats qu'au pouvoir adjudicateur, le juge des référés du tribunal administratif de Paris a pu en déduire, sans commettre d'erreur de droit et par une appréciation exempte de dénaturation, notamment sur le caractère marginal et accessoire des prestations susceptibles d'être facturées, que le critère du prix n'était pas pertinent pour départager les offres et que sa pondération à hauteur de 40 % de la note finale était manifestement excessive ; que, si l'ordonnance énonce au surplus que le coût des prestations accessoires telles que le ramassage des échantillons, le traitement administratif des dossiers et les heures de formation n'avaient pas vocation à être facturées aux collectivités parisiennes, ces motifs, quel que soit leur bien fondé, présentent un caractère surabondant et ne justifient pas la cassation demandée ;

2. Autorité de la concurrence, avis n° 10-A-01 du 5 janvier 2010.

3. La notion d'offre inacceptable étant définie à l'article 35 du CMP : «Une offre est inacceptable si les conditions qui sont prévues pour son exécution méconnaissent la législation en vigueur, ou si les crédits budgétaires alloués au marché après évaluation du besoin à satisfaire ne permettent pas au pouvoir adjudicateur de la financer.» L'article 53 du CMP dispose en outre que les offres inacceptables doivent être éliminées : «III.- Les offres inappropriées, irrégulières et inacceptables sont éliminées»

4. Ces obligations sont les mêmes, qu'il s'agisse du code des marchés publics ou de l'ordonnance du 6 juin 2005.

5. Art. L.6212-6 CSP : «Un contrat de coopération est un contrat signé entre plusieurs laboratoires de biologie médicale, situés sur un même territoire de santé ou sur des territoires de santé limitrophes, en vue de la mutualisation de moyens pour la réalisation d'examens de biologie médicale déterminés.»



La convention de coopération doit organiser un investissement commun : contributions en ressources humaines ou matérielles apportées par chacun des partenaires. Cette situation suppose une étude sur le modèle économique, la stratégie et gouvernance de la coproduction.

cale dans le cadre d'une coopération ne s'analyse donc pas au sens d'une « remise » ou d'une « ristourne », mais davantage comme l'économie réalisée par un coût de production optimisé. À l'instar des autres actes médicaux, l'acte de biologie médicale conduit dans le cadre d'une coopération n'a de sens économique que s'il est le fruit d'une mutualisation de moyens.

L'alternative posée par les textes

En conséquence de ce qui précède, l'alternative posée par les textes est la suivante :

- soit les établissements décident de mutualiser la production d'analyses de biologie médicale, et cette action passera soit par une convention, soit par une structure de coopération (GIP, GCS...) ;

- soit les analyses sont externalisées à un opérateur économique public ou privé, et l'acheteur devra engager une procédure de marché public dans le cadre de l'article 30, mais sans aucune référence au critère financier.

Ces deux approches méritent d'être précisées. L'hypothèse d'une coopération entre établissements de santé implique une mise en œuvre restrictive qui passe, soit par une convention de coopération, soit par la mise en place d'une structure organique.

Dans l'hypothèse où les établissements de santé souhaitent mettre en œuvre une politique commune dans le domaine de la biologie, il leur incombe, soit de contractualiser un cadre conventionnel (convention ou CHT), soit d'envisager un cadre organique (GIP, GCS).

Quid d'une convention simple ?

Cette lecture des textes exclut les situations dans lesquelles deux établissements signeraient une simple convention, par laquelle l'un des partenaires assurerait la prestation d'analyse, l'autre se limitant à bénéficier de la prestation et à payer l'établissement producteur.

Sur ce dernier point, soulignons que les situations de direction commune entre deux hôpitaux publics ont également été sanctionnées par le juge administratif dans le domaine de la biologie médicale, au motif de manquement au principe d'égalité de traitement des candidats⁶.

Dans une telle hypothèse, le contrat serait susceptible d'être requalifié en marché public et, partant, susceptible d'être annulé pour non-respect

des procédures de publicité et de mise en concurrence. En outre, les partenaires risqueraient de se voir reprocher d'avoir bénéficié de remises en dehors du cadre légal.

Cette coopération conventionnelle nous semble, paradoxalement, la modalité la plus contraignante. Elle est en effet empreinte d'un fort risque de requalification en contrat de marché public dans l'hypothèse où l'économie et la logique de coopération ne seraient pas respectées.

>> Convention de coopération : avantages et limites

Pour éviter cet écueil, la convention de coopération doit organiser un investissement commun : contributions en ressources humaines ou matérielles

apportées par chacun des partenaires. Cette situation suppose une étude préalable sur le modèle économique, la stratégie et la gouvernance de la coproduction.

Une telle approche reste délicate d'un strict point de vue juridique, eu égard au regard du risque de requalification, qui devra notamment être apprécié par rapport au contexte concurrentiel.

>> Coopération organique : atouts et contraintes

À l'inverse, la coopération organique permettra à certains des partenaires de limiter leur participation à une contribution financière, à hauteur des prestations consommées. La constitution d'un GCS, en ce qu'elle permet aux partenaires de justifier d'un contrôle conjoint sur la production, ouvre le bénéfice de l'exception « *in house* » excluant l'application du droit de la commande publique.

Cette solution n'est pas sans contraintes : elle suppose la mobilisation de moyens tant pour sa constitution que pour sa gestion, et n'est pas adaptée à toutes les situations. L'expérience montre que pour qu'un équilibre politique puisse être établi au sein de la structure, mieux vaut que les partenaires soient disposés à s'écouter, c'est-à-dire qu'ils soient de taille équivalente, et disposés à s'entendre, c'est-à-dire, qu'ils aient au mieux un intérêt commun ; au pire, qu'ils n'aient pas d'intérêts divergents.

En l'absence de convention de coopération ou de structure de coopération, les établissements doivent engager une procédure d'appel d'offres, à laquelle les candidats publics et privés pourront répondre.

À défaut de coopération au sens de l'article L. 6211-21 du CSP, l'établissement passe un marché public dont l'objet est l'achat de prestations de biologie médicale. La complexité est alors réelle, comme l'a mis en exergue l'arrêt précité du Conseil d'État : en imposant la facturation des actes au prix du B, le législateur a purement et simplement neutralisé le critère prix. Il en résulte que les prestations ne peuvent être comparées que sur leur valeur technique.

En pratique, cette valeur technique est un critère qui se révèle difficile à utiliser, les prestations faisant l'objet d'une réglementation très détaillée : l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 et le *Guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale* (GBEA)⁷ définissent l'état de l'art et s'imposent à tous les producteurs d'analyse de biologie médicale⁸.

Cette difficulté était toutefois connue dès le lancement de la réforme de la biologie médicale. Dès 2008, le rapport Ballereau suggérait d'axer la mise en concurrence sur d'autres éléments accessoires à la prestation : le transport des échantillons biologiques, leur conservation, ou encore la participation aux conseils auprès du malade y sont présentés comme des éléments permettant de distinguer les offres des prestataires.

Ces critères restent néanmoins peu satisfaisants au regard des contraintes du CMP. On observe des stratégies inventives. Par exemple celle d'exiger des candidats un investissement dans l'établissement (modernisation ou interphasage du système d'information, modernisation des locaux...), qui présente l'avantage de transférer aux laboratoires de biologie médicale une partie du coût de la réforme. Non sans inconvénients, car la création d'un lien particulier entre le prestataire (interpénétration des systèmes d'information, amortissement des investissements) et l'acheteur rendra difficile la remise en concurrence ultérieure. Cela ne va pas non plus sans risque juridique : le Conseil d'État ne s'est pas encore prononcé sur le point de savoir si ces investissements exigés du prestataire étaient compatibles avec le principe de l'interdiction des remises.

La biologie médicale n'est pas une marchandise, mais son externalisation représente un coût. En l'état du droit, la passation des marchés publics de biologie médicale est en outre plus risquée juridiquement que la coopération. Culturellement, elle va à l'encontre de la stratégie de groupe publique et de la coopération interétablissements souvent souhaitée et encouragée par les établissements de santé eux-mêmes. Enfin, l'externalisation semble favoriser une logique de filières opposant la biologie hospitalière et la biologie de ville. Dans l'attente de nouvelles interventions du juge, une évolution des textes – tout au moins une clarification – apporterait une plus grande sécurité juridique aux conventions. ■

6. Tribunal administratif, 3 août 2012, Selas Biolille, n°1204080.

7. Arrêté du 2 novembre 1994 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale (NOR: SPSP9403408A).

8. Les apports du calendrier d'accréditation des laboratoires de biologie médicale sont également à prendre en compte : depuis le 1^{er} novembre 2013, aucun laboratoire de biologie médicale non accrédité au sens de l'article L. 6221-1 du CSP ne peut fonctionner sans respecter les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la Santé justifiant de son entrée effective dans une démarche d'accréditation. Au 1^{er} novembre 2016, l'ensemble des laboratoires devra disposer d'une accréditation pour la moitié des examens de biologie médicale réalisés. (NDLR)

T2A, évolution de l'activité et de la productivité hospitalières

Comité d'évaluation de la T2A, sous la présidence du Pr FAGON

Michèle DESCHAMPS, Nadège DESJARDINS, Stéphane FINKEL,
Dr Bernard GARRIGUES, Yves GAUBERT, Dominique GOEURY, Gaëlle LE BAYON
Fédération hospitalière de France

Jean-Claude MOISDON, École des mines
Dr Gabriel NISAND, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

L'augmentation de l'activité est un des impacts communément admis de la T2A. Le dynamisme du secteur ex-dotation globale est probant, et ce dans un très large spectre d'activités. À ce titre, la T2A atteint un de ses objectifs : la suppression du carcan imposé par le budget global, qui n'incitait nullement à augmenter l'activité et générait des comportements d'autolimitation.
Mais la complexité et l'opacité de construction du modèle T2A, ainsi que l'instabilité du mode de financement, ne sont pas sans conséquences sur la gestion et l'organisation des établissements.

La Revue hospitalière de France publie ce rapport en plusieurs séquences dont voici le quatrième volet consacré à l'évolution de l'activité et de la productivité.

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ET DE LA PRODUCTIVITÉ

- Activité
- Productivité

À paraître dans nos prochaines éditions :
 5. Investissement
 6. Impact qualité
 7. Coopération

Activité

Une exploitation des bases de données PMSI a été entreprise conduisant, dans un premier temps, à recueillir l'activité annuelle 2005-2010 en nombre de séjours pour l'ensemble des établissements ex-dotation globale (DG) et l'ensemble ex-objectif quantifié national (OQN), avec la distinction hospitalisations complètes/hôpital de jour¹. Cela, selon les catégorisations d'activité élaborées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : domaines d'activité, groupes d'activité, groupes de planification. Ces catégorisations, comme les catégories majeures de diagnostic (CMD), représentent des regroupements de GHM.

Dans un second temps, le groupe de travail s'est efforcé de croiser les évolutions constatées avec celles des tarifs.

Évolution des volumes et des parts d'activité

L'analyse des tableaux et graphiques établis pour chacune de ces catégories conduit à un constat général.

Pour une grande majorité des segments d'activité, le secteur ex-DG a connu une évolution significativement positive, en tout cas supérieure à celle du secteur ex-OQN. Cette évolution se traduit par un gain de parts de marché du secteur ex-DG sur un nombre, non négligeable, de segments d'activité.

- **Selon la catégorisation domaines d'activité** (28 catégories), le secteur ex-DG a vu sa production augmenter entre 2005 et 2010 de plus de 3% sur dix-sept groupes en hospitalisation complète (63%), dont huit ont augmenté de plus de 10%. Seulement trois groupes² ont vu leur production diminuer³. Le secteur ex-OQN, de son côté, n'a connu que huit segments d'activité, avec une augmentation de plus de 3%, dont trois ont eu plus de 10%. Au total, la

part de marché du secteur ex-DG a augmenté⁴ sur 18 domaines d'activité (DA) en hospitalisation complète (67%) et sur 20 DA en hospitalisation de jour (80%);

- selon la catégorisation plus fine des groupes de planification (61 catégories), les résultats sont analogues. La part de marché du secteur ex-DG a augmenté sur 41 groupes (73%) en hospitalisation complète et sur 36 groupes en ambulatoire (80%)⁵.

L'activité médicale et chirurgicale sur le segment digestif illustre cette évolution. Les volumes d'activité du secteur public augmentent de façon significative en hospitalisation complète ou en mode ambulatoire (entre 3% et 10% dans le premier cas, avec une évolution supérieure à 10% dans le second cas). Dans le secteur privé, les volumes sont en baisse en hospitalisation complète et en hausse en ambulatoire.

En hospitalisation complète, la part de marché du secteur public se situe entre 60% et 80% et progresse fortement entre 2005 et 2010 (+ de 3% de gain). En ambulatoire, la part est plus faible (entre 20% et 40%) mais progresse (entre 1% et 3%).

- **La chirurgie publique est donc très loin de s'esouffler :** en hospitalisation complète, elle représente désormais l'acteur majoritaire du marché tandis qu'en ambulatoire, elle rattrape peu à peu son retard sur ce qui demeure la grande spécificité du privé.

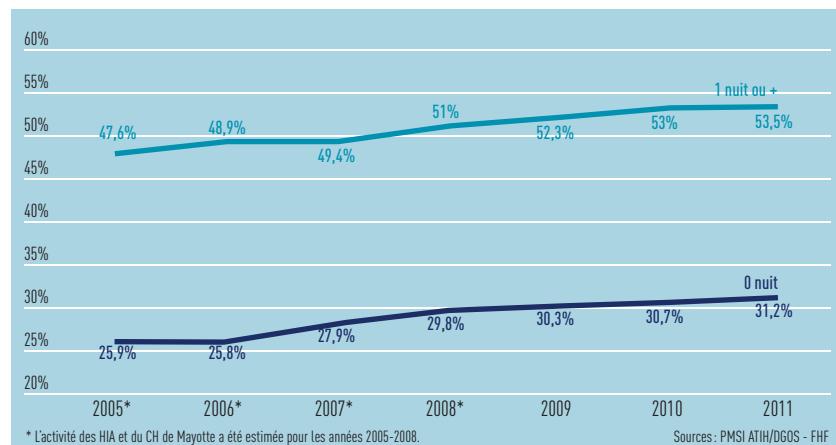
L'accroissement des volumes semble lié à un élargissement de l'assiette des individus hospitalisés et non à une augmentation des hospitalisations par individu. Ainsi sur la période 2009/2011 le nombre d'hospitalisations en MCO - hors séances - s'est-il accru de + 1,9%, soit à peu près comme la file active des hospitalisés (+1,8%), alors que le nombre d'hospitalisations par individu (parmi ceux hospitalisés au moins une fois) n'a pratiquement pas varié (de 1,4975 à 1,4996).

- **En médecine, le secteur public approche le monopole** (par défaut d'intérêt de la concurrence). Et sa part continue d'augmenter chaque année. En médecine ambulatoire, le secteur public progresse également et représente près des deux tiers du marché.

- **En obstétrique, la situation se rapproche de celle de la médecine :** le dynamisme du secteur public – combiné à l'abandon progressif de cette activité par le secteur privé – tend vers le monopole, que ce soit en hospitalisation complète (73,6% de la part pour le secteur ex-DGF en 2011) ou en hospitalisation de jour (81,3%).

CHIRURGIE

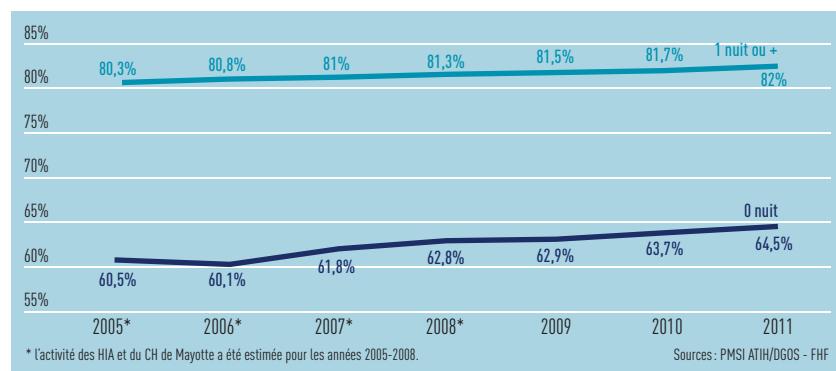
PARTS DE MARCHÉ DU PUBLIC ET PARAPUBLIC 2005-2011



Sources : PMSI ATIH/DGOS - FHF

MÉDECINE

PARTS DE MARCHÉ DU PUBLIC ET PARAPUBLIC 2005-2011



Sources : PMSI ATIH/DGOS - FHF

OBSTÉTRIQUE

PARTS DE MARCHÉ DU PUBLIC ET PARAPUBLIC 2005-2011



Sources : PMSI ATIH/DGOS - FHF

1. La distinction est faite entre les hospitalisations avec entrée/sortie le même jour et celles avec au moins une nuit à l'hôpital, indépendamment de la qualification de l'unité de prise en charge (ambulatoire).
2. Il s'agit du VIH – dont l'activité en hospitalisation complète a fortement diminué depuis les progrès des thérapies médicamenteuses – et du vasculaire périphérique et de l'ophtalmologie, activités qui ont connu un très fort basculement vers l'ambulatoire, expliquant ainsi la baisse générale de l'hospitalisation complète. Ces baisses étaient donc attendues.
3. Pour l'ambulatoire, les résultats sont seize groupes avec une augmentation de plus de 3%. Sur ces seize groupes, quatorze connaissent une augmentation de plus de 10%.
4. L'augmentation de la part de marché a été statuée à partir du gain de plus de 1% du pourcentage ex-DG/activité totale.
5. Les pourcentages s'expliquent par le fait que sur les 61 groupes de cette catégorisation, certains ne sont pas éligibles en tant qu'hospitalisations complètes, d'autres en tant qu'hospitalisations de jour.

Ces observations soulignent le dynamisme du secteur ex-DG dans un très large spectre d'activités pour deux raisons au moins : les évolutions démographiques⁶ ou les effets négatifs des dépassements d'honoraires en secteur ex-OQN. Difficile en revanche d'évoquer l'exhaustivité du codage, dans la mesure où celle-ci était déjà quasiment assurée en 2005. Quant à l'amélioration de la qualité du codage (par exemple concernant le recueil des comorbidités), il peut modifier la répartition des séjours entre GHM à l'intérieur d'un même groupe, mais marginalement celle des séjours entre groupes et en aucun cas le volume total.

Une part non négligeable de ces phénomènes pourrait être due aux efforts de rationalisation des établissements ex-DG, aussi bien en matière d'organisation interne que de stratégie. À ce titre, nous pouvons considérer que la T2A atteint un de ses objectifs : la suppression du carcan imposé par le budget global,

Dans le secteur public, la situation la plus fréquente associe une croissance d'activité à une baisse des tarifs. Dans le secteur privé, les tarifs ont généralement progressé pendant que les volumes baissaient.

qui n'incitait nullement à augmenter l'activité et générerait des comportements d'autolimitation (reste à savoir si l'excès inverse est souhaitable).

Le groupe de travail s'est intéressé aux liens susceptibles d'exister entre le développement d'activités et ce qu'apporte la T2A à la réflexion gestionnaire des établissements, à savoir une différenciation du financement en fonction de segments d'activité. Il s'agit de tester le caractère incitatif de la différenciation des rémunérations des différentes activités (le tarif lui-même constituant un incitatif à l'augmentation d'activité). Plus précisément, peut-on corrélérer les évolutions d'activité avec celles des tarifs ?

Relation entre évolution des activités et évolution des tarifs

Cette analyse a été réalisée sur un regroupement d'activités moins agrégé que les précédents, jugé plus parlant pour les professionnels, les groupes d'activité (GA), au nombre de 216. L'analyse couvre la période 2009-2011⁷. Certes, il aurait été intéressant d'étudier l'évolution des tarifs sur une période plus longue. Mais le passage à la V11 ayant provoqué une rupture profonde dans la classification, il s'est avéré impossible de la prendre en compte dans un calcul d'évolution des

tarifs : difficile en effet distinguer la part de l'évolution du tarif de celle de la classification en elle-même. Il a été décidé de se concentrer sur quatorze de ces groupes les plus importants en nombre de séjours ou en chiffre d'affaires, pour les secteurs à la fois ex-DG et ex-OQN.

Une difficulté méthodologique a été rencontrée pour l'estimation de la variation des tarifs entre 2009 et 2011, celle-ci devant tenir compte à la fois des effets volumes (difficulté classique pour tout indice de prix) et des effets de changement de classification (passage de la V11b en 2009 à la V11d en 2011). Une méthode a été choisie. Schématiquement, pour une année donnée, on raisonne séjour par séjour dans un groupe d'activité, repérant ses tarifs en début et en fin de période, compte tenu à la fois de son ou ses GHS et de l'évolution des tarifs. On prend alors en compte les deux effets, en moyennant sur l'ensemble des séjours du GA en début et en fin de période. La multipériodicité a été prise en compte par un chaînage classique (multiplication de deux variations successives).

Une synthèse des principaux résultats permet d'affirmer que sur les quatorze groupes d'activité étudiés⁸, dix présentent les caractéristiques suivantes : la part de marché du secteur ex-DG est en augmentation alors qu'entre 2009

et 2011 les tarifs ex-DG ont diminué et les tarifs ex-OQN augmenté. Seuls quatre groupes d'activité échappent à ce résultat, pour lesquels la part de marché des ex-DG augmente toujours ; pour deux d'entre eux, les tarifs ex-DG et ex-OQN ont conjointement diminué tandis que pour les deux autres, les tarifs des deux secteurs ont conjointement augmenté.

Concernant un lien éventuel évolution tarifaire/évolution des volumes, certaines situations apparaissent totalement opposées dans les secteurs public et privé. Dans le secteur public, la situation la plus fréquente associe une croissance d'activité à une baisse des tarifs ; dans le secteur privé, les tarifs ont généralement progressé pendant que les volumes baissaient. Une approche vertueuse voudrait que les tarifs évoluent inversement aux volumes (mesure incitative). Mais la régulation prix/volume étant globale et ne descendant pas à l'activité, le lien de cause à effet est donc improbable, que ce soit dans un sens (l'évolution des volumes entraîne l'évolution des tarifs) comme dans l'autre (l'évolution des tarifs aurait une influence sur les volumes).

On pourra remarquer qu'il s'agit par construction de groupes d'activité à effectifs de séjours importants, donc potentiellement sensibles aux dispositifs de

convergence, ce qui pourrait peut-être expliquer la fréquence à laquelle les tarifs ex-DG diminuent. Cela n'a manifestement pas conduit les établissements à freiner leur activité sur ces groupes à financement en diminution. D'une façon générale, il n'apparaît pas de liaison entre tarifs et activité (sauf à la limite une liaison négative, ce qu'il faudrait expliquer!). Des travaux statistiques supplémentaires ne paraissent guère nécessaires pour asseoir davantage cette conjecture.

Il semble plutôt que ces éléments (notamment le fait que sur ces regroupements importants la part des ex-DG soit systématiquement en augmentation, et ce quels que soient les tarifs) renforcent plutôt un certain nombre d'observations empiriques conduisant à penser que la T2A joue moins par la différenciation des tarifs que par le concept de base de financement à l'activité, induisant un effort d'augmentation «tous azimuts».

Un certain nombre de causalités peuvent être évoquées pour expliquer ce phénomène. Tout d'abord le fait que l'on a affaire, avec l'hôpital, à un système professionnel «fort», c'est-à-dire à une collectivité aux logiques d'action fortement polarisées par des référentiels comportementaux stables et socialement légitimés, et qui n'est pas sans résister à d'autres formes d'incitation, telles les incitations économiques.

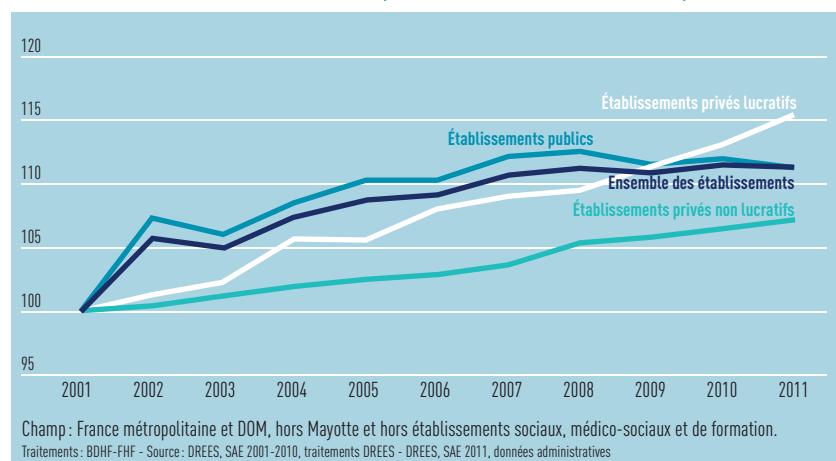
Une autre explication peut être trouvée dans la construction de la T2A elle-même, dont on a souligné la complexité et l'opacité. Il en résulte que le signal économique proposé par la T2A est ambigu, difficile à décrypter (impossibilité notamment de disposer de marges par des différences entre coûts et tarifs), et de surcroît instable (changements de classification, de règles de groupage, introduction dès la conception des tarifs des variations de l'activité, etc.). Ce constat (en l'état une hypothèse forte) est d'un certain point de vue rassurant. Il relativise en effet des craintes régulièrement rappelées par bon nombre d'acteurs, par exemple sur les effets de sélection des malades. Mais elle n'est pas sans conséquences négatives, en revanche, sur la possibilité d'orienter la gestion et l'organisation des établissements.

Productivité

Un parallèle entre les évolutions des séjours et des effectifs indique que l'activité a connu une croissance dynamique. Nous disposons par ailleurs d'éléments relatifs au personnel médical et non médical des établissements publics pour l'ensemble des champs sanitaires.

Il n'est d'ailleurs pas intéressant de s'attarder un instant sur l'évolution du personnel médical selon le statut juridique des établissements. L'étude des données comptables des établissements publics nous apprend que non seulement le poids des dépenses de personnel au sein de la structure de coûts diminue, mais que la cadence de leur progression est contenue. ■

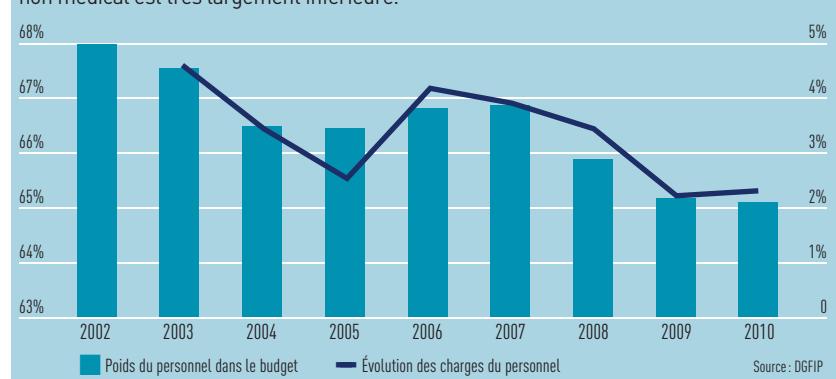
PERSONNEL MÉDICAL DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN FRANCE (BASE 100 EN 2001)



ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU PERSONNEL AU SEIN DE LA STRUCTURE DE COÛTS

Poids relatif et évolution des dépenses

Lorsque nous rapprochons les données d'activité et de personnel, les évolutions d'activité et du personnel médical sont concordantes, mais celle du personnel non médical est très largement inférieure.



6. Sans doute plus en structure qu'en masse, la population française ayant augmenté de 3% entre 2005 et 2010.

7. Pour cette étude particulière, la base 2011 était disponible, contrairement à l'étude sur les volumes. Ont été utilisés les résultats de cette dernière étude sans 2011. Il a paru clair que la réintégration de 2011 n'aurait changé en rien les conclusions générales.

8. Le GA 124 – «Affections médicales du nouveau-né» - n'a pas été étudié compte tenu de la transformation en V11d de la CMD 15, qui provoque de multiples migrations entre groupes d'activité.

Prévenir les risques psychosociaux en EHPAD

André MARRO Consultant formateur*

En EHPAD, le risque d'épuisement professionnel est lié en grande partie à la charge émotionnelle que vit le personnel face à la souffrance, à la déchéance physique et mentale et à la fin de vie. D'autres facteurs viennent renforcer les risques psychosociaux : une charge en soins élevée, la diversification des modes d'accueil, la médicalisation quasi systématique, les mises aux normes draconniennes des établissements. Comment prévenir ces risques ? L'aideant ne peut être dans sa juste posture professionnelle que dans la mesure où il est en accord avec lui-même, autrement dit lorsque les conditions professionnelles lui procureront une bonne santé physique et mentale.

Le terme «risque psychosocial» est multiforme. Selon la définition du ministère du Travail, «les risques psychosociaux sont les risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et qui ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises». Pourquoi «psychosociaux»? Parce qu'ils entrent en résonance avec l'individualité humaine et son contexte professionnel.

*Ancien directeur et cofondateur d'EHPAD, André Marro est maître de conférences associé à l'université Nice-Sophia-Antipolis. Psychosociologue, ingénieur des ressources humaines et docteur en paléoanthropologie au Muséum national d'histoire naturelle de Paris, il est par ailleurs consultant-formateur référent dans l'espace partagé de santé publique PACA (champ sanitaire et médico-social).

André Marro est l'auteur de *L'Art de manager en EHPAD*, paru en mai 2013 aux éditions Les Études hospitalières (collection Pratiques professionnelles), et de *Nouvelles pratiques de la bientraitance avec soi et avec l'autre*, paru en 2012 chez le même éditeur.

Responsabilité de l'organisation

En France, il n'existe pas de réglementation spécifique pour la prévention du stress au travail. Toutefois, **sur la base de l'approche globale de la prévention des risques professionnels qui prévaut depuis 1991**, l'absence de réglementation particulière relative à un risque spécifique n'induit pas un droit à l'inaction. En entreprise, **le dirigeant peut s'appuyer sur les principes généraux de prévention**, susceptibles de guider son action quels que soient les risques. Parmi ces principes (art. L. 4121-2 du code du travail) figurent au moins deux nécessités :

- **adapter le travail à l'homme**, c'est-à-dire la conception des postes de travail, le choix des équipements, les méthodes de travail et de production ;
- **planifier la prévention** en y intégrant dans un ensemble cohérent la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambients. Le chef d'établissement peut recevoir, afin de mettre en œuvre sa stratégie de prévention, l'appui et le conseil du service de santé au travail.

Au-delà de ces dispositions générales, la prévention du stress au travail s'appuie sur des réglementations particulières relatives à certains modes d'organisation (travail de nuit, travail en équipe de suppléance, travail posté) et sur les relations de travail (principe de non-discrimination syndicale, obligation de prévention du harcèlement moral...).

La responsabilité pénale de l'employeur pourra être engagée sur la base du code du travail ou du code pénal et recherchée en cas de faute inexcusable. Hors les dispositions générales et réglementations particulières, il existe un accord-cadre européen sur le stress au travail (signé par les partenaires sociaux le 8 octobre 2004) et un accord national interprofessionnel (2 juillet 2008). Ce dernier souligne les mesures à mettre en œuvre pour





prévenir ces risques de stress au travail. Il s'impose désormais à tous les employeurs.

L'EHPAD, une organisation hautement pathogène

Comme bon nombre d'organisations sanitaires et médico-sociales – à l'instar, par exemple, des services de gériatrie au cœur d'un CHU –, un EHPAD est un établissement à haute densité de pathologie institutionnelle.

Pourquoi ? Parce qu'il est ouvert 24 h/24, 365 jours de l'année et que les résidents y sont pour la plupart en souffrance et intensément confrontés à leur irréversible condition de mortel. Quant aux familles, elles sont souvent légitimement désemparées. L'équipe de travail est très pluridisciplinaire et la cohésion entre ses membres ne va pas de soi : s'y expriment les contraintes liées aux caractères hétérogènes d'une microsociété avec des milieux socio-économiques différents, des statuts, rôles, fonctions parfois difficiles à conjuguer.

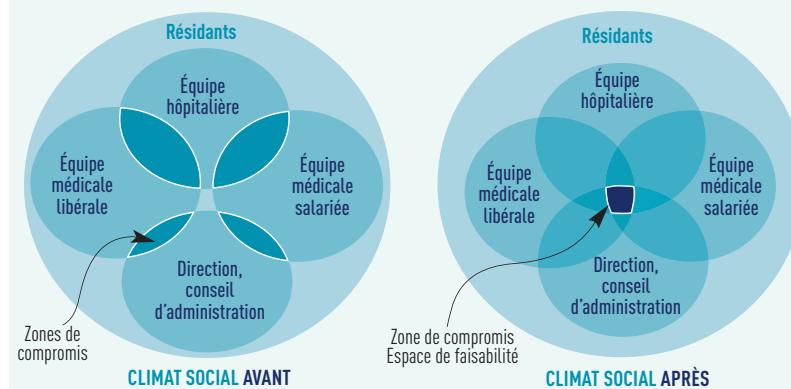
Dans ces conditions, la priorité consiste à maintenir un bon climat social au sein de l'équipe afin d'assurer un bon suivi des résidents. Un climat social favorable permet à l'EHPAD de jouer son rôle de « berceau de sécurité affective et de soin ». Le directeur et ses cadres de santé auront pour souci, à l'aide de compromis même temporaires, de créer une fenêtre de faisabilité au cœur de laquelle pourront se déployer les projets de vie et de soin. Cette fenêtre – que les Grecs anciens nommaient *utopia* – est fugitive. Il s'agit d'un espace de faisabilité à construire et reconstruire en permanence. **GRAPHIQUE 1**

À propos du risque de maltraitance

L'excès de stress est un facteur qui induit des comportements de négligence, voire de maltraitance, de la part des aidants. Épuisés, dépressifs, ces derniers sont incapables de se maîtriser en situation de soins.

DYNAMIQUE DU CLIMAT SOCIAL EN EHPAD GRAPHIQUE 1

Le premier schéma représente la vie d'une équipe de travail au sein d'une maison de retraite. L'ambiance y est anxiogène. Nous sommes en présence d'un ensemble de compromissions*, au sein d'une situation de clans, signe de la dégradation du climat social. Dans le deuxième schéma, la cohésion est suffisante pour rendre viables les projets de l'établissement hors de tout risque psychosocial.



* La notion de compromission est différente de celle de compromis.

Dans la compromission, les acteurs s'entendent par obligation ou intérêt.

Ils s'acoquinent par effort, leurs relations sont sous-tendues essentiellement par la peur.

Dans le secteur des EHPAD, un grand nombre de salariés estiment que leur travail auprès des personnes âgées affecte leur santé¹. Le nombre d'arrêts maladie déclaré est supérieur aux autres secteurs d'activité. En moyenne, on constate 82 arrêts du travail pour 1 000 salariés, la moyenne des arrêts tous secteurs confondus étant de 36 arrêts pour 1 000 salariés.

Les troubles psychosociaux, au-delà des conséquences sur la santé des salariés, influent sur la santé des organisations médico-sociales : augmentation de l'absentéisme et du *turn-over*; difficultés de plus en plus grandes pour remplacer et/ou recruter le personnel, « désenchantement » des salariés, dégradation du climat social et augmentation des « épisodes » de maltraitance.

Actions de prévention RPS spécifiques aux EHPAD

« Pour 70 % des Français, le travail est très important². Ces fortes attentes génèrent de la déception et la sociologue Dominique Méda³ en conclut : "Soit il faut changer le travail, soit il faut réduire nos attentes par rapport au travail." »

1. Source: Assurance Maladie, 2010.

2. Au Danemark et en Grande-Bretagne, ils ne sont que 40 % à le dire et parlent davantage du travail comme d'une routine.

3. Dominique Méda est sociologue, directrice de recherches au Centre d'études de l'emploi. Auteur de *Le travail. Une valeur en voie de disparition* (Aubier 1995, puis Champs Flammarion).

Diverses actions de prévention spécifiques aux EHPAD sont envisageables.

>> Améliorer la sélection à l'embauche

Par le recrutement de personnes dotées d'une grande résistance physique et nerveuse. Il est utile également de déceler chez elles des qualités d'écoute, de patience et des aptitudes au travail en équipe.

Un climat social favorable permet à l'EHPAD de jouer son rôle de «berceau de sécurité affective et de soin».

>> Former le personnel

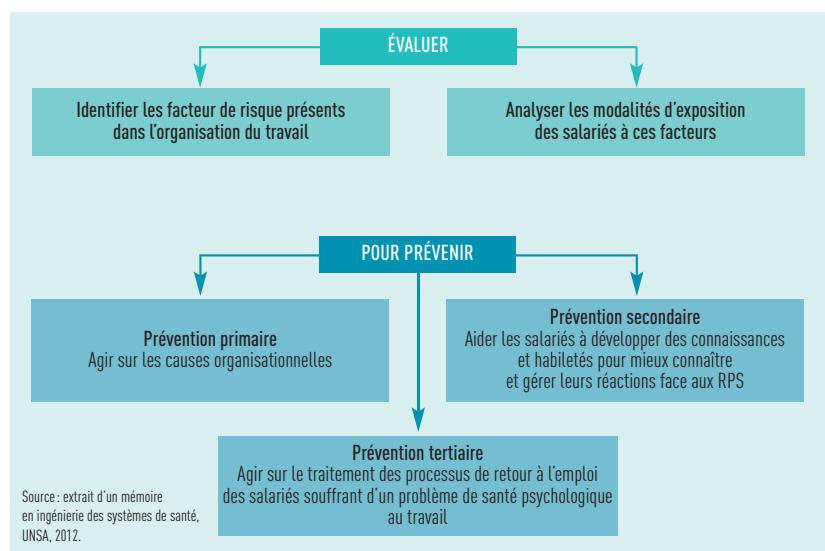
Le personnel soignant est de manière générale insuffisamment formé à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'apprentissage de terrain mériterait d'être développé, surtout en ce

qui concerne l'approche de la personne âgée atteinte de maladie mentale ou en fin de vie... Des formations du type «gestes et postures» «maîtrise de soi en situation de soins» ou encore «gestion des situations anxiogènes» seraient susceptibles de pallier cette carence. Ces formations visent à cultiver «la juste distance professionnelle» et à doter le personnel de véritables outils de communication pratique. Des organismes de formation référencées et bien identifiées, comme l'Institut de ressources et de formation, œuvrent depuis plusieurs décennies en ce sens.

>> Mener une politique rigoureuse de GRH

Encore trop d'établissements fonctionnent en «sous-effectif». Or, s'il est souvent difficile et coûteux de remplacer au pied levé l'absence d'un aidant, un poste vacant menace l'équilibre de toute l'organisation. Les «groupes de parole» forment un dispositif précieux en termes de ressources humaines. L'écoute des préoccupations du personnel renforce la cohésion d'équipe ainsi que «le sentiment d'appartenance» à l'organisation, elle sécurise le personnel. Le soutien social des collègues et de la hiérarchie est un facteur d'intégration avec effet modérateur sur le stress au travail.

PROCESSUS DE PRÉVENTION



ACTEURS EN EHPAD SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PRÉVENTION DES RPS

À favoriser... versus direction	... versus encadrement	... versus salariés
<ul style="list-style-type: none"> • Le bon climat social • La qualité de service • La satisfaction et la fidélisation des salariés • La clarification des normes et des objectifs 	<ul style="list-style-type: none"> • La circulation de l'information • La reconnaissance du travail des salariés et de l'équipe • Le climat social de l'équipe • Les objectifs réalisables • Les moyens nécessaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Le témoignage sur les difficultés du travail • Le témoignage sur ses aspects plaisants • Le projet d'établissement • L'apprentissage

Source : André Marro

Responsabilité de l'acteur «aidant» de l'organisation

L'usage est de prôner chez le soignant, mais également chez toute personne soucieuse de réussir sa relation d'aide à la personne, un effacement, une évaporation du moi accompagné du service inconditionnel à «l'autre». Cette attitude «d'oubli de soi» a quelque chose de dommageable. Il me paraît urgent de retrouver, par une sorte «d'égoïsme sain», une priorité du soi. Le soignant, comme toute personne soucieuse de «faire société», devrait, comme le préconisait Socrate, «prendre soin» de lui-même. Cette réappropriation vise le *Deviens ce que tu es* de la philosophie antique et évite l'épuisement, source de malveillance.

Les contraintes, les normes, la peur de la sanction semblent désenchanter la relation soignant/soigné. La prévention des risques psychosociaux implique de retrouver notre goût pour la relation entre «soi et soi» et «soi et

l'autre ». Mais aussi de réaliser qu'une juste distance professionnelle passe par l'acquisition de postures et d'un réel savoir-faire. Le plaisir à « être » au cœur de l'activité est largement aussi contagieux que le stress !

Quelle que soit sa place dans l'organigramme, il est important que l'aide sache puiser dans ses ressources personnelles afin de témoigner de son inconfort, de sa difficulté ; d'exprimer son désaccord (savoir dire « non » pour se dire « oui ») ; de connaître et cultiver sa capacité de résilience ; de clarifier ses priorités de vie ; de se fédérer avec d'autres et cultiver le « désir mimétique », source de joie et de motivation.

Les processus qualité en EHPAD sont de plus en plus rigoureux et contraignants. La volonté d'adaptation des établissements conduit à de fréquentes réorganisations. Les emplois sont de moins en moins pérennisés. Les entreprises ont davantage recours aux contrats à durée déterminée ou aux agences d'intérim. Cette politique managériale augmente leur flexibilité et leur capacité d'adaptation aux fluctuations du marché, mais elle affaiblit fortement la cohésion d'équipe et la culture d'établissement.

De nouvelles valeurs apparaissent : la patience de la part des personnels, visant la fidélisation de la clientèle, n'est plus mise en exergue. Certains dirigeants préfèrent désormais l'efficacité immédiate (on parle de « proactivité ») et la mobilité des personnels (travailler sur plusieurs postes, sur plusieurs établissements, etc.). « *La disponibilité, l'implication et la réactivité sont érigées au rang de normes comportementales* », souligne Michel Lallement⁴. En outre, certaines approches demandent une implication plus grande, notamment le contact avec les familles de résidents, souvent source de tensions.

Enfin, les nouveaux outils de communication – géolocaliseurs, téléphones portables ou tablettes numériques – effacent la notion de frontière entre vie privée et vie professionnelle. Ces évolutions technologiques peuvent isoler l'acteur de son équipe rassurante, au risque de chavirer dans le désenchantement et l'épuisement. La notion de risque psychosocial est donc peut-être plus vaste que prévue et nous invite à concevoir une nouvelle représentation de nos activités socio-économiques. ■

⁴. Professeur au Conservatoire national des arts et métiers, titulaire de la chaire d'analyse sociologique du travail, de l'emploi et des organisations, chercheur au Lise-CNRS, Michel Lallement étudie les recompositions du travail et l'évolution du rapport au travail. Parmi ses publications récentes : *Le Travail : une sociologie contemporaine*, Gallimard, 2007, *Le Travail sous tensions*, Sciences humaines, 2010.

CHIFFRES CLÉS

En 2040, plus d'**1,2 million** de Français devraient entrer dans la catégorie de personnes âgées dépendantes, contre **650 000** aujourd'hui répartis dans une dizaine de milliers d'EHPAD. Environ **40 % des résidants** ont au moins **85 ans**, avec une majorité de femmes (70%).

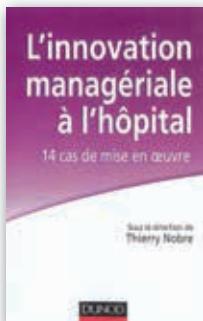
SYNTHESE DE REDISTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS EN EHPAD

Une distribution des responsabilités doit être admise dans la lutte contre les risques psychosociaux. Si le législateur semble prioriser l'importance des choix et des comportements de l'organisation, force est de constater que pour une même configuration organisationnelle, les conséquences sont très différentes d'un individu à l'autre. Nous sommes donc en présence de deux responsabilités : celle de l'organisation et celle de l'acteur de l'organisation. Cela est une évidence et une bonne nouvelle, car l'acteur de l'EHPAD peut, dans une certaine mesure, « construire » son plaisir au travail...

RISQUES PSYCHOSOCIAUX SPÉCIFIQUES EN EHPAD

- Le travail de nuit, les horaires décalés (week-end et jours fériés).
- Des exigences émotionnelles atypiques.
- La confrontation permanente avec la maladie, le handicap, la dépendance physique, la déchéance mentale, l'inéluctabilité de la mort et la démence, qui peuvent induire une détérioration de l'hygiène mentale chez le soignant : sentiment d'impuissance, d'échec et de culpabilité...
- Des relations « critiques » avec le résidant (attachantes ou délicates).
- Des relations parfois « non réussies » avec les familles.
- Des agressions physiques : coups, projections d'objets, morsures, griffures...
- Des agressions verbales, cris, injures..., notamment avec les personnes démentes.
- Des conflits de valeurs : difficulté à concilier exigences déontologiques et exigences financières.
- Une insuffisance d'effectifs, de moyens matériels, de formation (+ -1 200).

*Résultats préliminaires de HALT, enquête européenne sur les EHPAD et équivalents.



L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre

Coordiné par Thierry NOBRE

Quel point commun entre une cellule d'efficience et d'organisation (la CEFOR, au centre hospitalier de Grasse), une gouvernance rénovée en institut de formation (CHRU de Besançon) et un portail Internet simplifiant les démarches administratives des usagers (My HCL, aux Hospices civils de Lyon) ? L'innovation managériale. Cette capacité à transformer les jeux d'acteurs revêt dans le secteur hospitalier différentes formes : nouvelles entités ou relations organisationnelles revisitées. Les quatorze initiatives présentées émanent pour la plupart d'acteurs de terrain et bénéficient d'une mise en perspective académique.

Thierry Nobre est titulaire de la chaire Management des établissements de santé de l'EHESP-Institut du management, professeur des universités en sciences de gestion à l'École de management de Strasbourg, responsable de l'executive MBA en management hospitalier et directeur du laboratoire Human and Management in Society (HuManiS).

Éditions: Dunod

Collection: Santé Social

Parution: 2013, 320 pages, 28 €



Ensemble, pour une éthique de la coopération

Richard SENNETT

Dans ce deuxième volet de la trilogie qu'il consacre à l'*Homo faber*, le chercheur américain Richard Sennett se fait historien, philosophe et anthropologue pour étudier cet atout social particulier qu'est la coopération dans le travail. De la coordination des tâches dans l'atelier de l'imprimeur aux répétitions d'un orchestre, la coopération est appréhendée sous forme d'expériences de communauté et d'action collective.

Richard Sennett enseigne la sociologie à la New York University et à la London School of Economics. Son dernier ouvrage, Ce que sait la main. La culture de l'artisanat, est paru en 2010 aux éditions Albin Michel.

Éditions: Albin Michel

Collection Bibliothèque Albin Michel Idées

Parution: 2014, 384 pages, 22 €



Sociologie des outils de gestion

Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion

Eve CHIAPELLO, Patrick GILBERT

Les mécanismes qui se réclament de la gestion et les outils qui s'y réfèrent sont légion. Sortis des grandes entreprises où ils sont nés, ils ont gagné l'économie sociale, l'État et les organisations publiques. Le propos de ce livre est d'introduire ces objets dans l'analyse des phénomènes sociaux, organisationnels et économiques, puis de les utiliser comme analyseurs de situations qui marquent notre époque. L'ouvrage permet également d'éclairer des travaux qui porteraient sur des instruments de politiques publiques.

Directrice d'études à l'EHESS, Ève Chiapello travaille sur la sociologie de la comptabilité et des outils de gestion, ainsi que sur l'histoire du management en relation avec les mouvements sociaux critiques de l'entreprise. Patrick Gilbert est professeur en sciences de gestion à l'université Paris-I Panthéon-Sorbonne. Ses travaux et enseignements portent sur l'instrumentation de gestion, ses modes de construction et ses effets sur les conduites et sur la performance organisationnelle.

Éditions: La Découverte

Collection : Grands Repères Manuels

Parution: 2013, 260 pages, 22 €



Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public

Albert OGIERN

L'évaluation gestionnaire consiste à produire une mesure de l'efficacité d'une activité de production à partir d'une valorisation financière de chaque élément qui la compose. Comment le chiffre est-il devenu depuis 2006, date d'entrée en vigueur de la loi organique sur les lois de finances (LOLF), la pièce maîtresse d'une manière de gouverner dans laquelle la décision politique est soumise à une logique du résultat ? Albert Ogien propose d'appréhender les procédures d'évaluation des administrations d'État en remontant au phénomène qui les organise : la mathématisation du monde social.

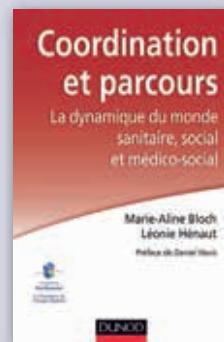
Sociologue, Albert Ogien est directeur de recherche au CNRS et enseigne à l'EHESS, où il dirige le Centre d'étude des mouvements sociaux.

Éditions : Quae - www.quae.com

Collection : Sciences en questions

Parution : 2013, 120 pages, 8,60 €

MARQUE-PAGE



Coordination et parcours

La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social

Marie-Aline BLOCH, Léonie HÉNAUT

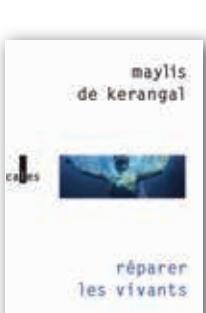
Cet ouvrage retrace l'histoire de la structuration de la coordination dans plusieurs domaines (gérontologie, santé mentale, handicap, cancer, accident cérébral...), ainsi que l'apparition récente de la notion de parcours dans l'espace public. Il propose une analyse critique des politiques conduites en matière de coordination, et tente d'expliquer la persistance des dysfonctionnements observés. À partir d'enquêtes réalisées sur plusieurs territoires, les auteurs identifient les facteurs propices à des dispositifs de coordination pérennes. Une typologie des nouveaux professionnels de la coordination est présentée, qui souligne le rôle joué par les cadres intermédiaires des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

Marie-Aline Bloch est chercheur en sciences de gestion, directeur de la recherche et de l'innovation pédagogique de l'EHESP. Sociologue, Léonie Hénaut est chargée de recherche au Centre national de la recherche scientifique, membre du Centre de sociologie des organisations, unité mixte de recherche de Sciences-Po et du CNRS.

Édition : Dunod/Fondation Paul-Bennetot-Groupe Matmut

Collection : Santé Social

Parution : 2014, 336 pages, 26 €



Réparer les vivants

Maylis de KERANGAL

« Enterrer les morts/réparer les vivants » forme les dernières répliques du *Platonov* de Tchekov. C'est ici un cœur que l'on répare. Et plus exactement le muscle cardiaque d'un jeune homme de vingt ans, Simon. Un organe bientôt éligible à la transplantation cardiaque, le temps d'un accident, vingt-quatre heures : ce qui se tisse alors est à la fois cadence et fonte, emballement, suspension, ébranlement. « Le cœur de Simon migrait dans un autre endroit du pays, ses reins, son foie et ses poumons gagnaient d'autres provinces, ils filaient vers d'autres corps. » Depuis *Naissance d'un pont* (Verticales, 2010) justement récompensé par le prix Médicis, Maylis de Kerangal donne à voir et à penser l'exploit technique et l'aventure humaine sous leurs aspects protéiformes : matériaux bruts, organiques, métaphysiques. De la construction d'un ouvrage d'art à la transplantation d'un cœur, le réel, minutieusement documenté, est chez Maylis de Kerangal accouplé au mystère, « à ces deux séquences distinctes dans un même battement, deux coups, toujours les mêmes : la terreur et le désir ».

Éditions : Gallimard

Collection : Verticales

Parution : janvier 2014, 288 pages, 18, 90 €

Également disponible sous format électronique

avec doigté

Transformer et recréer une œuvre (ses couleurs, formes, composition...) à l'hôpital ? Oui, avec *Tableaux tactiles interactifs* qui offre, depuis décembre, ses combinaisons créatives aux enfants et adolescents hospitalisés au CHU de Nantes. Installée dans la salle d'attente des parents (service de chirurgie infantile), l'œuvre digitale présente deux compositions sur un même écran : l'une tactile, l'autre lumineuse, cette dernière répondant aux mouvements par le système Kinect. L'association Art dans la Cité travaille depuis 2010 avec des artistes rompus aux nouvelles technologies afin de développer l'interactivité entre l'art et les patients. Elle a conduit ce projet avec un jeune artiste vénézuélien, Santiago Torres, en partenariat avec le musée des Beaux-Arts de Nantes.

www.artdanslacite.eu/
<http://tableauxtactilesinteractifs.blogspot.fr>

avec Alzheimer

Des patients atteints de la maladie d'Alzheimer répondent à l'écoute attentive, voire à une pratique simplifiée de la musique. Ce lien entre musiques, science et santé est exploré par des chercheurs dont Emmanuel Bigand, premier prix de conservatoire et professeur de psychologie cognitive à l'université de Bourgogne. Un film et une série documentaires rendent compte de ce projet. Les maisons de retraite de Bourbon-Lancy et Decize ainsi que l'hôpital d'Issoudun, notamment, ont accueilli les réalisatrices Anne Bramard-Blagny et Julia Blagny au cours du tournage. *La Mélodie d'Alzheimer* est disponible en DVD, ainsi que *Les Allegros d'Alzheimer*, une série de dix entretiens avec des chercheurs du CNRS et de l'Inserm.

www.abreportages.fr

avec Barbe-Bleue

Les ateliers de création proposés à la Ferme du Vinatier sont l'occasion d'interroger l'essence d'un conte populaire – *Barbe-Bleue* – et d'évoquer d'autres figures de la mythologie qui nourrissent notre imaginaire. En écho au travail mené dans les ateliers, la Compagnie In-Time anime des soirées cafés-contes autour des grandes figures féminines mythologiques, d'ici et d'ailleurs.

www.cieintime.over-blog.com





avec les donneurs

Ce bas-relief contemporain qui «sculpte» le hall du centre hospitalier de Saint-Malo rend hommage aux donneurs d'organes et à leurs familles. Conçu par le plasticien Laurent Pernot, Re-vivre répond à une commande des membres du personnel de l'hôpital, de France Adot 35 et de l'agence de la biomédecine de Rennes dans le cadre du programme «Nouveaux Commanditaires» de la Fondation de France. Au-delà de l'hommage, une invitation à réfléchir à la question du don.
www.laurentpernot.net.fr/
<http://www.fondationdefrance.org>

> Nos actions



avec humour

Un tutu rose taille 48, ça dépose. Le photographe américain Bob Carey le porte depuis 2003 à travers les États-Unis, puis le monde. Devant le Golden Gate Bridge ou dans un pré, c'est selon. Ses photos ont beaucoup fait rire sa femme Linda, atteinte d'un cancer du sein. Aujourd'hui, Linda est guérie. Tutu Project est devenu un programme de soutien aux femmes américaines partageant cette épreuve. Soutien moral mais aussi financier: aux USA, il n'existe pas d'ALD (remboursement à 100% des affections de longue durée).
www.thetutuproject.com

avec soin

Coin de verdure ou hectare(s) odorants: quoi de mieux qu'un jardin pour cultiver la vie ? Condensé de stimulations sensorielles, cognitives, attentionnelles, sociales, le jardin thérapeutique est aussi un lieu d'exercices physiques (marcher, planter). À l'hôpital gériatrique des Charpennes (Hospices civils de Lyon), le jardin de soins inauguré l'automne dernier offre ses déclinaisons au cœur de l'hôpital: parcours de santé, jardinage, détente... Un projet réalisé avec le concours de Jardins, art et soin (JAS), un fonds de dotation organisé en associations régionales.

www.jardinsartetsoin.fr
www.chu-lyon.fr



Demain j'étais folle Un voyage en schizophrénie

Aujourd'hui psychologue, la norvégienne Arnhild Lauveng livre dans ce récit autobiographique les premiers signes de la maladie, la vie quotidienne. Mais aussi la crainte de ses proches, sa terreur intérieure, l'hospitalisation puis la rémission. Le psychiatre Christophe André, qui enseigne à l'université Paris X et exerce à l'hôpital Sainte-Anne, préface cet ouvrage déjà traduit dans une dizaine de langues. Et lauréat, en 2004, du prix norvégien pour la promotion de la liberté d'expression en matière de santé mentale. ■

Arnhild Lauveng
Éditions Autrement, janvier 2014, 17 €



ROMANS, ESSAIS, DOCUMENTS...

Avec René Frydman *Révolutions médicales* sur France Culture

Une heure radiophonique pour mieux appréhender les changements survenus le domaine du soin et de la recherche médicale : anesthésié moderne, diabète, sujet âgé..., mais aussi la réforme du système de santé, ou comment réparer un cœur. Chacun de ces sujets est traité avec des experts dans leurs catégories, en France et à l'échelle mondiale. *Révolutions médicales* interroge les interactions sociétales. Au « comment faire » ou « comment traiter » s'ajoute le « pourquoi » de cette prise en charge. Une des dernières invitées de René Frydman ? Karine Clément, directrice de l'Institut cardiométabolisme et nutrition à la Pitié-Salpêtrière, pour une émission consacrée au fléau de l'obésité (4 février). ■

Tous les mardis de 14h à 15h,
en direct ou en podcast
www.franceculture.fr/
émission-revolutions-medicales



Mémoires de Clara

En 2060, atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'ex top-model et chanteuse Clara B. décide d'écrire ses mémoires... Entre Swift et Voici, le nouveau roman de Patrick Besson... Une œuvre de pure fiction. Toute ressemblance avec une personne existant ou ayant existé serait complètement fortuite ! ■

Patrick Besson, Plon, janvier 2014, 17 €

La solution retraite du C.G.O.S depuis 50 ans

Complémentaire Retraite des Hospitaliers



Avec la Complémentaire Retraite des Hospitaliers du C.G.O.S (CRH), préparez votre retraite sans déséquilibrer votre budget !

Soyez rassuré pour demain

Cotiser à la CRH c'est avoir la certitude de toucher une fois à la retraite un complément de revenus jusqu'à la fin de votre vie¹.

C'est aussi avoir la possibilité d'opter pour la réversion de votre complément de retraite en cas de décès : vous protégez ainsi vos proches².

Besoin de plus d'informations ?
Contactez un conseiller retraite :

Numéro vert **32 20 dites «CRH»**
(appel gratuit depuis un poste fixe)
ou 04 94 65 15 50

(du lundi au vendredi, 9h-12h et 14h-17h)

Profitez d'avantages dès aujourd'hui

Cotiser à la CRH vous donne accès à :

- > **Une aide remboursable à 0% d'intérêts**
jusqu'à 5 000 € pour financer tous vos projets³.
- > **Des économies d'impôts :**
100% de vos cotisations sont déductibles chaque année de votre revenu net global⁴.

Accessible à tous les budgets et couple

Vous choisissez votre taux de cotisation et pouvez en changer quand vous voulez, sans frais.

En cas de besoin, vous pouvez aussi suspendre vos cotisations, puis les reprendre ultérieurement sans aucune pénalité.



crh.cgos.info

**COMPLEMENTAIRE
RETRAITE DES HOSPITALIERS**
La solution C.G.O.S



1 - Depuis le 1^{er} avril 2008, toute nouvelle affiliation bénéfice d'une rente conventionnelle garantie à vie par Allianz Vie, Société d'Assurance sur la vie régie par le Code des assurances, 87 rue Richelieu - Paris

2 - Selon les conditions définies dans le règlement intérieur du régime..

3 - Aide attribuée sous certaines conditions.. 4 - Dans la limite du plafond fixé par la législation fiscale en vigueur.

Protéger ça NOUS RESSEMBLE

Hélène
infirmière

Maud
conseillère MNH



La MNH est la 1^{re} mutuelle du monde de la santé et du social. Rien de plus normal car nous partageons avec vous, professionnels du monde hospitalier, les mêmes valeurs de solidarité et d'attention portée aux autres. Avec exigence et au service du bien-être de tous.



① N°Cristal) 09 69 32 45 00
APPEL NON SURTAXE

L'esprit hospitalier en plus.
www.mnh.fr