

DOSSIER

REQUIEM POUR UN SON

TRANSFORMATION, INNOVATION, RESPONSABILISATION... CONFUSION !!!

Fermez les yeux, imaginez que vous êtes dans une réunion, peu importe laquelle : CME, Commission, Ministère, quels sont les mots qui reviennent le plus souvent ? Vous n'avez pas à chercher longtemps, ils sont faciles à identifier, tant leur densité est élevée dans les divers discours : nous avons les incontournables : « innovation », « responsabilisation », « transformation », le subliminal « culpabilisation », le décomplexé « parts de marché » et bien sûr le cultissime quoique passablement éventé « efficience »...

Ces mots ont une particularité : ce sont des mutants lexicaux.

Initialement MOTS, porteurs d'information, ils sont devenus, via leur répétition dans les groupes homogènes de gestionnaires et de managers, des EDL (éléments de langage)¹, support de communication. Ce n'est plus tant l'information portée par les mots qui prime mais plutôt leur son et leur répétition.

Les EDL ont cette particularité que ce sont des mots inconnus à consonance connue. Un subtil glissement du sémantique vers le phonétique. Prenons le premier et le plus « populaire » d'entre eux : « efficacité »². Combien d'entre nous, lors de ses premières apparitions, à l'aube de l'ère HPST, y entendaient

« Efficacité » ? C'est-à-dire bons résultats dans la prise en charge du malade ? Or ceux qui le prononçaient y entendaient « bons résultats financiers » modulés au départ, soyons honnêtes, par la nécessité de « bons résultats médicaux ».

Ce hiatus entre ce qui est dit et ce qui est entendu est subtilement comblé par l'argumentaire qui doit accompagner chaque EDL, argumentaire dont l'une des fonctions majeures est de diffuser, par injections répétées, une nouvelle organisation des valeurs. Et de progressivement nous amener à la faire nôtre. Avec comme porte d'entrée un mot qui, lui, est vraiment conforme à nos valeurs. Peu à peu s'opère une érosion de nos

défenses, s'installe une confusion qui toutes deux concourent à une évanescence de notre capacité à défendre nos valeurs.

Une théorie délirante ? Vraiment ? Regardons nos actes : Lequel d'entre nous aujourd'hui, corrige encore, lors des échanges, chaque « rendement » prononcé par un « service rendu » re-affirmé ? Lequel d'entre nous s'insurge sur l'amalgame fait entre : « attentes », « demande », et « besoins » ?³ Alors que le discours officiel n'invoque que les demandes et qu'il n'évoque même plus les besoins ? (on laisse les attentes aux rêveurs, qui, étant non efficients, sont de facto exclus).

1. **Un élément de langage (EDL)**, souvent utilisé au pluriel, est un message ou une formule pré-établis utilisés dans le domaine de la communication politique, de la vente et de la communication commerciale ou publicitaire. Il s'agit donc d'une forme de communication qui se caractérise par le fait qu'elle est coordonnée a priori afin de demeurer à peu près invariable quels que soient les intervenants amenés à la porter dans les médias... Souvent élaborés par ou avec l'aide de conseillers en communication, les éléments de langage présentent l'avantage d'assurer une cohérence entre les différents discours qui émanent d'un même mouvement, au-delà de son porte-parole officiel. En outre, ils permettent une répétition qui augmente peut-être l'efficacité des arguments soutenus par effet de simple exposition. Ils peuvent en revanche être repérés comme des constructions purement tactiques ou sembler participer d'une forme de langue de bois lénifiante. Apparu avec l'essor du marketing en politique dès les années 1970. (wikipedia).

2. Plusieurs concepts de l'efficacité, tous articulés autour du Lean management.

a. **L'efficacité** c'est l'efficacité au moindre coût. L'efficacité a un impact direct sur les coûts de production (coût des ressources pour faire tourner le processus) et donc sur la marge. C'est donc beaucoup plus qu'une simple différence sémantique. C'est une question de rentabilité de l'entreprise. L'équilibre entre les attentes du Client (efficacité) et les coûts de production (efficacité) n'est pas évident à trouver et parfois les deux points de vue peuvent se révéler antagonistes. S'il ne tenait qu'au Client, l'idéal serait un produit de très bonne qualité à un prix dérisoire. Il y a donc de la part de l'entreprise un savant dosage à effectuer, un fin positionnement du curseur entre efficacité et efficacité, ne pas faire de la sur qualité par exemple qui ne serait pas remarquée du Client, corriger juste le bon nombre de bugs pour être compliant avec les attentes contractuels...

b. **L'efficacité** est une mesure synthétique des résultats obtenus (potentiels ou réels), au regard des moyens mis en œuvre (coûts, ressources, temps). Il s'agit donc là d'un concept proche du rendement des investissements économiques. L'efficacité ajoute à l'efficacité une notion de bonne organisation et d'économie. Améliorer l'efficacité ne préjuge pas de l'amélioration de l'efficacité. Cela revient à diminuer le coût à résultat égal. C'est la capacité à produire au moindre coût. L'efficacité n'implique pas l'efficacité. Un programme peut être plus efficace qu'un autre, mais moins efficace. Pour faire simple : l'efficacité rapporte les résultats aux objectifs ; l'efficacité rapporte les moyens aux résultats.

<https://www.excellence-operationnelle.tv/pourquoi-il-ne-faut-pas-faire-lamalgame-entre-lefficiency-et-lefficacy.php/>

3. **Les attentes** sont un ressenti, elles disent l'espoir en quelqu'un ou quelque chose, elles relèvent de la subjectivité.

Le besoin fait référence à une nécessité vitale, objective.

La demande est le désir d'obtenir quelque chose. L'attente a une dimension de matérialité, de possession, de compétition, bref, une réponse aux lois du marché.

In fine, par un mécanisme proche du conditionnement pavlovien, l'EDL, sous couvert de renouveler notre vocabulaire, nous fait changer de champ lexical.

Bien plus encore : écoutons les discours, annonces, synthèses : les MOTS occupent toute la place y compris celle du sens, y compris celle de l'action. Ils se suffisent à eux mêmes : d'EDL, ils sont devenus INCANTATION : ils n'ont plus besoin d'argumentation, ils n'ont plus besoin d'action : « **dire** » c'est

« **faire** ». Peu importe si le dire n'est justifié par aucune réalité, si le faire n'est validé par aucun acte.

Situation surréaliste, inconcevable d'un point de vue rationnel, mais bien réelle : c'est le côté magique des incantations. Mais à y bien réfléchir, quelle est la plus grande magie : celle de croire qu'il en est vraiment ainsi (croyance des disants que nous préférons imaginer crédules plutôt que cyniques... mais peut-être avons-nous tort) ou celle qui nous fait accepter

cet état de faits (sidération des pseudo-interlocuteurs réduits à l'état d' « informés ») ?

Or tous ces mots, tous les mots, ont leur importance : pourquoi « Qualité de vie au travail »⁴ plutôt que « Conditions de travail »⁵ ? Pourquoi « Responsabilisation »⁶ plutôt que « Responsabilités »^{7,8} ? Pourquoi « Innovation »⁹ plutôt que « progrès »¹⁰ ? Pourquoi « Transformation »¹¹ plutôt qu'« Evolution »¹² ?

4. **La qualité de vie au travail** désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé. Elle s'appuie sur l'expertise des professionnels quant à leur propre travail et à leur capacité à identifier des marges de manœuvres et des moyens d'améliorer les organisations. Cette démarche est d'autant plus nécessaire quand les organisations se transforment. Elle appelle à des modifications managériales pour sortir d'un système hiérarchique descendant et aller vers une organisation plus transversale et plus souple qui permet des prises de décision nourries également des expériences de terrain. Elle n'est pas limitée à certaines personnes désignées, elle est l'affaire de tous.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

5. L'expression "**conditions de travail**" désigne un "ensemble de faits dont dépend le travail". Sans ces "faits", le travail n'est pas possible. Plus que des faits, il s'agit des conditions dans lesquelles le travail peut être réalisé. On peut les classer en 4 grandes familles : 1- L'organisation, les moyens et le cadre du travail, 2- Les exigences des salariés, 3- L'environnement de l'entreprise et du travail, 4- Les relations professionnelles... La combinaison de ces éléments détermine les conditions de travail.

6. **Responsabilisation** : rendre quelqu'un conscient de ses responsabilités

7. **Responsabilités** : Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres ; Fonction, position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte (surtout pluriel) ; Fait pour quelque chose d'être la cause, l'origine d'un dommage.

8. **Responsabilité des agents publics**

Responsabilité administrative : L'État est reconnu responsable lorsqu'une faute de service, à l'origine d'un préjudice envers une personne est prouvée. Une faute de service correspond à un fait ou à un agissement résultant d'une "mauvaise organisation ou fonctionnement défectueux du service public". C'est-à-dire une faute inéluctable, anonyme, que n'importe quel fonctionnaire aurait commise, dans les mêmes conditions

Responsabilité civile : Dans le cas de la responsabilité civile, l'agent est reconnu responsable lorsque sa faute personnelle, à l'origine d'un préjudice est prouvée. La faute personnelle correspond au fait ou agissement dommageable commis à l'occasion du service, mais qui peut se détacher de la fonction. La faute résulte non pas du dysfonctionnement du service, mais du comportement individuel de l'agent public, de son humeur ou de sa volonté de sorte qu'un autre agent dans les mêmes circonstances aurait pu agir autrement http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Outils/mot_juriste/6-04_responsabilite_agents_etat.pdf

9. **Innovation** : Introduire quelque chose de nouveau pour remplacer quelque chose d'ancien dans un domaine quelconque : Processus d'influence qui conduit au changement social et dont l'effet consiste à rejeter les normes sociales existantes et à en proposer de nouvelles.

10. **Progrès** : Fait d'avancer, mouvement en avant, progression ; Fait d'aller vers un degré supérieur, de s'étendre, de s'accroître par étapes.

11. **Transformation** : Rendre quelque chose différent, le faire changer de forme, modifier ses caractères généraux ; Modifier de façon spectaculaire l'état physique, moral, psychologique de quelqu'un.

12. **Evolution** : passage progressif d'un état à l'autre ; stade atteint dans ce processus considéré comme un progrès ; transformation au cours du temps. Évolution régulière de l'humanité, de la civilisation vers un but idéal : Transformation vers le mieux dans un domaine particulier, évolution vers un résultat satisfaisant, favorable.



En clair, à quel changement de champ lexical nous amènent ces mots ? A des injonctions contradictoires classiques :

- ☑ Celle d'introduire l'obligation morale d'assumer les conséquences de décisions prises par d'autres (responsabilisation versus responsabilité) ;
- ☑ Celle d'intégrer la réussite de l'entreprise dans le concept de bien-être personnel (qualité de vie au travail versus conditions de travail) ;
- ☑ Celle de balayer brutalement tout le passé y compris ce qu'il a de positif (transformation versus évolution) ;
- ☑ Celle de construire un avenir dont la principale qualité sera non pas d'être meilleur (progrès) mais d'être nouveau (innovation). Des injonctions contradictoires qui fragilisent encore d'avantage chacun de nous et « optimisent » ainsi notre perméabilité au glissement de champ lexical.

Un montage très efficient : il donne des moyens (confusion des valeurs) à ses objectifs (véritable « pacte de l'oubli » social avec destruction des avancées sociales).

Encore une fois, une théorie délirante ? Vraiment ? Regardons les transformations en cours de l'hôpital :

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir, celui où le patient opéré quitte sa chambre à J3 sans que sa famille n'ait pu rencontrer le chirurgien. Parce que le chirurgien est seul et qu'il assure les urgences en plus du reste et que, finalement, l'important n'est-il pas que la durée du séjour soit la plus courte possible ?

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir où en cas de complications aucun médecin du service ne peut nous recevoir (car leur planning est saturé) et où la seule solution est d'aller se poster aux urgences et voir, après de nombreuses heures, un interne épuisé qui nous

renvoie... sur le service. Oui l'acte finira par être fait mais au prix de combien d'heures d'angoisse, de temps écoulé, de perte de chances pour le patient ? et tous les patients, tous les accompagnants peuvent-ils gérer ou même accéder à cette organisation centrée, non pas sur le soin porté au patient, mais sur la prise en charge de la pathologie (dans le meilleur des cas, car l'absence de suivi personnalisé aboutit souvent au suivi du seul symptôme) ?

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir où on propose des « pauses coiffure » aux agents, des « conciergeries » ou des cours de Tai-chi-quelque chose pour leur « bien-être », voire leur « bonheur » alors que les restructurations (et les suppressions de postes inhérentes) se font au pas de charge sans prendre la peine de les concerter... tout en pronant leur « responsabilisation » ! Où les soignants malheureux le sont finalement par choix puisqu'ils ont à disposition tous les ingrédients pour ne pas l'être.

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir où le « food-truck » apparaît dans la cour de l'hôpital après la fermeture de l'internat : oui certes nous mangeons (quoi ?) mais quand nous rencontrons-nous ? Quand pouvons nous partager ? Nos questions, nos angoisses, nos peines ? Ce n'est pas la fonction de l'hôpital que de permettre cela ? Pourtant c'est bien l'essence même de l'hôpital qui traite de la maladie et de la mort que de générer ces sentiments.

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir où les discussions en CME ne concernent plus depuis longtemps les organisations médicales en vue d'améliorer la prise en charge des patients mais sont aujourd'hui vampirisées, neutralisées, stérilisées par des comptes éternellement négatifs, et des incantations répétées en boucle...

Reconsidérons à présent toutes ces situations avec deux paramètres : « vieillissement de la population » et « précarité ». Voyons si elles permettent de répondre aux 4 piliers du service public : « adaptabilité, continuité, accessibilité et meilleur coût » : objectivement, non...

Interrogeons-nous à présent : la cure des « tions » prescrite par « ma santé 2022 », dont L'INNOVATION DE LA NUMÉRISATION (soit un « tion » au carré), va-t-elle y remédier ?

Au-delà, et à la vue de la densité au millimètre carré des EDL, peut-on considérer qu'il s'agit là de son objectif ?

A l'INPH nous avons voulu rompre ce cercle vicieux d'aliénation de nos valeurs en proposant non pas des mots mais des projets, de ceux qui se nourrissent d'expérience et qui se construisent par des actes. Nous avons donné la parole à des acteurs de la vraie vie.

A l'INPH nous avons voulu rompre ce cercle vicieux d'aliénation de nos valeurs en proposant non pas des mots mais des projets, de ceux qui se nourrissent d'expérience et qui se construisent par des actes.

Nous avons donné la parole à ceux qui sont compétents pour le faire : praticiens hospitaliers bien sûr mais également usagers, directeur d'hôpital, économistes. Nous avons recueilli leur analyse de l'état des lieux (complétée par la rubrique « chronique d'hôpital » ainsi leurs propositions (complétées par le chapitre III (interview).

Lisez bien, et étonnez vous : il n'y a pas d'élément de langage... et nos valeurs sont présentes. Cela s'appelle un travail syndical.

TRANSFORMATION / ÉTAT DES LIEUX



Point de vue du PH

Dr Emmanuel CIXOUS
PH SNPEH-INPH

UNE TRANSFORMATION DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

1) Une évolution dans les connaissances des patients

Les patients se sont modifiés : grands consommateurs d'Internet et de sites d'information de santé (pas toujours pertinents), ils sont devenus plus exigeants, plus méfiants : ils posent plus de questions et tentent de comparer leurs « connaissances » à l'information apportée par le soignant ; ils peuvent remettre en question les prises en charge proposées : le soignant est obligé de se justifier de plus en plus souvent et apporter des arguments pas toujours simples à expliquer à des patients « profanes ». Les patients peuvent être tentés par la théorie du complot : en témoignent les problèmes liés aux vaccins et il est plus difficile de créer un climat de confiance dans ces cas.

2) Une tendance au consumérisme et une exigence parfois démesurée

Les patients vont de plus en plus « consommer du soin » et il devient également plus complexe d'expliquer la non pertinence de certains examens complémentaires dans certaines situations.

A l'extrême, de plus en plus de patients ou de familles sont agressifs, voire violents ; de même, de

plus en plus de plaintes sont portées contre des soignants pour ce que les patients considèrent comme des erreurs.

La relation de confiance entre patient et soignant s'est fortement amenuisée.

3) Une charge plus lourde pour les soignants

Outre l'augmentation de la technicité, nous sommes obligés de suivre les recommandations fournies par la Haute Autorité de Santé même si elles remettent quelques fois en cause nos convictions.

Il est dorénavant nécessaire de transmettre très régulièrement des informations aux patients, de les écrire et les tracer. Nous devons aussi décrire l'examen clinique le plus exhaustif possible dans nos dossiers. Nous devons également régulièrement réévaluer nos prises en charge de façon protocolaire dans les dossiers.

Des revues de morbi-mortalité doivent être régulièrement réalisées.

Toutes ces évolutions sont chronophages et augmentent le temps de prise en charge de chaque patient, à l'heure où les directions demandent de la rentabilité.

4) Des situations nouvelles dans la relation patient-soignant

La mise en place de la personne de confiance et de l'émancipation possible des mineurs les plus âgés a modifié les relations avec les patients, les complexifiant souvent.

Les directives anticipées et le refus de soin occasionnent des difficultés grandissantes éthiques et morales pour les soignants qui restent, par culture, dans une démarche de soins curatifs optimaux tant que le patient n'est pas reconnu comme relevant des simples soins palliatifs.

En conclusion, la prise en charge des patients s'est nettement complexifiée et est devenue plus exigeante, contraignante pour les soignants. **Il nous faut nous adapter à cette évolution mais les effectifs des équipes ne suivent pas et les organisations de service ne sont pas faciles à modifier car l'évolution des moyens ne suit pas voire est aggravée par la logique comptable.** Une meilleure organisation des campagnes d'information serait bienvenue.



Point de vue du DH

Frederic SPINHIRNY

Directeur des Ressources Humaines de l'hôpital Necker-Enfants Malades et auteur de plusieurs essais dont *Hôpital et Modernité*, *Comprendre les nouvelles conditions de travail*, paru en juillet 2018 aux Editions Sens&Tonka.

CE QUE TRANSFORMATION VEUT DIRE

Il est impossible d'échapper au mot « transformation » lorsque l'on évolue dans une organisation de travail. Celui-ci appartient au registre du passage plastique d'une forme à une autre, sur le modèle de la mutation observable dans la nature. Parler de transformation, c'est assimiler l'organisation à l'organisme biologique, pour reprendre la distinction de Canguilhem, qui précisait par ailleurs les limites de ce type d'analogie.

Car le mot transformation est le dernier-né d'une famille de mots semblables, abandonnés au gré des modes ou, plus subtile, dès que son intention est démasquée. Nous avons donc connu « révision », « modernisation », « réforme », « changement », « projet », et le toujours usité « innovation ». La logique qui sous-tend l'emploi de ce vocabulaire est souvent binaire : le mouvement, le progrès, le dynamisme est bon par essence car il évoque l'agilité et la souplesse qui sont des capacités physiques positives dans une économie comparée à une épreuve sportive. Par contre, ce qui est statique, l'immobilisme, l'arrêt, la pause, sont vus comme mauvais en soi car contraire à la physique naturelle des choses. **Il en découle régulièrement ce par-**

ti pris : c'est l'entreprise qui est agile, et l'institution (l'administration) qui est immobile, incapable de se transformer. Aujourd'hui, c'est la valeur d'adaptabilité du service public qui est mise en avant pour se conformer à la logique de la transformation. Mais l'analogie avec la nature est-elle correcte ? Peut-on se transformer en tout ? Cette manie du « trans » ne relève-t-elle pas d'un fantasme inadapte à la vie concrète ?

Car la méfiance qui entoure le vocabulaire du changement est bien connue : contrairement à la loi physique qui veut que « rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme », **toute transformation adoptée dans une organisation est souvent synonyme de réduction d'effectif ou de substitution de travail vivant par des automatismes techniques.** C'est la raison pour laquelle « révision » et « réforme » ont été délaissées car rapidement interprétées comme « mise au rebut ». Celle de changement est suspectée désormais de réduire ce qui demeure identique dans tout projet en « résistance au changement », à la réaction, au conservatisme. **Pourtant, il s'agit de comprendre que les échecs des transformations sont souvent due à la méconnaissance**

des mécanismes associés à l'identité culturelle d'une structure, c'est-à-dire à ce qui reste le même dans le changement. C'est principalement la force des institutions publiques que de demeurer fidèles à des valeurs partagées et identifiées par tous, même dans une transformation.

Pour bien transformer, il est donc primordial de sortir du couple « projet=progrès=bon » versus « refus=résistance=mauvais » ou même souvent « questionnement=refus=résistance=mauvais ». Il n'est pas bon en soi de s'adapter au monde extérieur ou à la contrainte économique, ni au désir du citoyen-consommateur, ni au numérique. Comme il n'est pas mauvais en soi d'affirmer que certaines choses ne doivent pas changer. C'est un choix délibéré et stratégique. Il suffit de faire un test simple : proposer un projet de transformation à vocation collective bénéfique, sans gain à la clef, avec un coût important. Le management doit ainsi retrouver une dimension plus anthropologique, voire politique, en considérant qu'il existe un rythme propre des transformations conduites théoriquement entre experts, et un temps plus long, d'assimilation par les agents opérationnels.

Ce temps d'échange peut précisément faire correspondre le projet avec les aspirations plus intimes du personnel.

Répondre par exemple plus précisément aux nécessités de la transformation, à l'origine de son idée, à son objectif (est-ce une urgence ? Répond-t-on à un besoin de santé publique ? Est-ce pour répondre formellement à une tutelle ? Une obligation réglementaire ? Est-ce un but économique ? Favorise-t-elle les conditions de travail ?).

Les transformations doivent nous interroger car elles semblent s'accélérer précisément au moment où les individus exigent plus de stabilité, de permanence, d'ancrage. Le stratège reconnu de tous est justement celui qui dépasse le clivage superficiel « accélération/modernité » et « lenteur/archaïsme ». Notre service public est une institution, mot qui tire son origine de « débout », « droit » et donc « statique », comme l'Etat. Il est donc naturel qu'il demeure au yeux des hospitaliers une stature de l'hôpital, liée à la noblesse de ses valeurs profondes qui doivent rester identiques au gré des modes

et des mouvements de tous bords. La logique des transformations se heurte à la loi de l'entropie, qui voit une certaine quantité d'énergie se dissiper du mouvement.

Alors pour éviter qu'à la fin, quelque chose se perde, qu'il ne reste plus rien comme masse, mieux vaut faire en sorte que toute transformation soit plutôt orientée vers un meilleur service rendu au patient tout en améliorant les conditions d'exercice des hospitaliers. Non pas l'un au détriment de l'autre, non pas ni l'un ni l'autre. Les deux. Le reste en découlera.



Point de vue du médecin DIM

Dr Jérôme FRENKIEL
Médecin de santé publique SNPHCHU

PERSPECTIVES ÉCONOMIQUES DE L'HÔPITAL PUBLIC

La tarification à l'activité (T2A) a permis de mettre en place une répartition équitable du financement national au vu de l'activité et de la complexité médicale de chaque patient. Par effet de bord, elle a rendu indispensable une démarche de gestion, au sens classique du terme, qui n'existait pas auparavant.

La T2A rencontre cependant ses limites :

- ☑ Un financement devenant insuffisant au regard des missions des hôpitaux, dans les conditions de qualité et de sécurité requises ;

- ☑ Un financement qui n'apporte pas de réponse à la sous-médicalisation géographique (financement non populationnel) ;
- ☑ Un financement qui ne pose pas la question de la pertinence du soin pris isolément, ou de son efficience dans le cadre d'un parcours ;
- ☑ Un financement excluant la prévention. **On note également au registre des effets pervers : une course à l'activité, et une tentation de sélection des activités selon leur rentabilité.** Sur un autre plan, les hôpitaux souffrent d'une absence de visibilité à terme sur leur place dans l'offre de soins, d'un

temps et d'un accompagnement insuffisants pour gérer les transitions structurelles, d'une injonction contradictoire entre diminution de la masse salariale et paix sociale, d'un pilotage bureaucratique et directement dépendant des tutelles, tout cela favorisant la dégradation de la qualité des soins, la perte de sens, le découragement et les violences psychosociales.

Pour sa part, le projet Ma Santé 2022, largement inspiré du rapport Aubert (DREES), prévoit un ensemble de réformes en 54 mesures et 10 « chantiers ». **Ce projet affiche des intentions difficilement**

Le service public est l'un des piliers de la démocratie. Ne le bradons pas, consolidons-le. Telle est l'engagement de l'INPH.

contestables : « coopération, qualité, pertinence, prévention, efficience ». Mais l'analyse des mesures suscite nombre de questions et non moins de réserves.

Pour nous limiter aux aspects économiques, on notera en premier lieu que le chantier « régulation » propose quelques ajustements à la marge, mais ne remet pas en cause le principe selon lequel les hôpitaux doivent s'adapter à l'ONDAM, et non l'inverse. Bercy et Bruxelles y trouveront certainement leur compte, mais pour les patients et les professionnels de santé, c'est beaucoup moins sûr. En fait, ce programme ambitionne de résoudre l'équation par une amélioration de l'efficience sur différents registres :

- ☒ Financement « à la pertinence », réduite semble-t-il à la pratique moyenne ;
- ☒ Financement au forfait pour les maladies chroniques, sans garantie que ce financement soit suffisant ;
- ☒ Coordination des parcours de soins, dans un silence assourdissant sur la question du superviseur de ces parcours et des règles de supervision ;
- ☒ Incitation à la réorientation des patients « les plus légers » se présentant aux Urgences des hôpitaux.

La santé mentale semble s'inscrire dans une logique différente, par une évolution (enfin !) vers un financement populationnel. Sur un autre plan, compte-tenu de la nécessité de faire contrepoids à l'efficience, le programme prévoit d'intensifier le financement « à la qualité », mais dans une logique de récompense / sanction qui a peu de chances d'aider les établissements en difficulté. Signalons enfin qu'il n'apparaît pas clairement de stratégie forte en matière de prévention.

Au total, ce programme s'inscrit sans surprise dans une logique libérale, où la dépense sociale est vue avant tout comme un poids qu'il convient de contenir voire de réduire, où la régulation fait largement appel à la concurrence, et où la place de l'opérateur public apparaît de moins en moins clairement.

Néanmoins, en dépit de ses faiblesses et de ses ambiguïtés, il a le mérite d'aborder des sujets légitimes, qu'il s'agisse de la réforme de la T2A, de la coordination des soins, de l'évolution des pratiques, du financement de la santé mentale ou de celui des pathologies chroniques.

S'agissant de l'hôpital et de sa place future dans le système de soins, le débat est ouvert. Mais ce qui ne peut être discuté est que ses missions d'aujourd'hui exigent un financement adapté, que son avenir doit être clarifié, et que le changement doit être accompagné, politiquement et financièrement. Sur cette base, les positions de l'INPH sont les suivantes :

- ☒ **La place de l'hôpital public en tant qu'opérateur majeur du service public doit être réaffirmée et consolidée.** C'est à cette condition que pourront être garanties l'universalité, l'excel-

lence, la qualité et la sécurité des soins, face aux risques de dérive marchande et de disparition du principe d'universalité. Et ceci implique la consolidation de son statut, de celui de ses personnels, et de son financement.

- ☒ **Le financement doit être adapté à son activité réelle, dans des conditions d'efficience raisonnable et de qualité et de sécurité sans concession.** La T2A en l'état peut constituer un point de départ acceptable pour les nécessaires évolutions du modèle. Mais à condition que l'ONDAM soit en cohérence avec ces principes élémentaires, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.
- ☒ **L'efficience, sur la base de tarifs cohérents, doit être consolidée.** Ceci implique de remettre en cause l'actuelle gestion technocratique et tutélaire du binôme administration / ARS, en remédicalisant la gestion, en professionnalisant celle-ci, et en assurant à cette gestion médicalisée les moyens et l'indépendance de son expertise. Ceci implique également de redéfinir les modalités du dialogue social, afin d'assurer un équilibre productivité / qualité de vie au travail responsable et équitable, dans le respect des valeurs humanistes de l'hôpital public.
- ☒ **La pertinence de la prise en charge, intimement liée au coût de la santé, doit s'adapter en continu au progrès médical et à l'évolution des pratiques.** L'hôpital, acteur majeur de l'innovation, doit nécessairement être un interlocuteur privilégié dans la détermination de l'évolution des pratiques comme dans la réflexion économique sous-jacente.

Le service public est l'un des piliers de la démocratie. Ne le bradons pas, consolidons-le. Telle est l'engagement de l'INPH.

TRANSFORMATION / PROPOSITIONS



Point de vue des usagers

Marie CITRINI

Représentante des usagers des hôpitaux de Paris

ENSEMBLE, NOUS DEVONS TRANSFORMER L'HÔPITAL DE DEMAIN

L'état des lieux de l'hôpital en 2018 est inquiétant : organisation obsolète, personnel sous tension, management de l'efficacité économique, patients-objets, corporatisme et individualisme, rendent parfois maltraitants le système et les personnes qui le font vivre. La transformation de l'hôpital devient donc une obligation !

La transformation ne va pas se faire sans douleur mais elle doit construire ou recréer un système de santé accueillant et sûr pour les personnels soignants et pour ceux pour qui le système existe : les patients et leurs proches.

La transformation managériale doit redonner une place primordiale aux dialogues avec les équipes, avec les différents professionnels et créer des lieux de dialogues et de réflexion sur les besoins de l'équipe. Pour cela, des lieux existent déjà, d'autres se créent. Les pôles doivent avoir cette fonction de management au plus près des personnels, leur permettant ainsi de mieux construire le parcours du patient. Ce n'est pas toujours le cas et pour certaines structures comme l'Assistance Publique, une nouvelle organisation voit le jour au travers des Département Médico-Universitaires (DMU). Ces DMU doivent se construire en partant de la filière d'un parcours du patient,

en partant de ses attentes, de ses besoins, pour assurer la continuité des soins, quel que soit le lieu où se trouve le patient. Ces DMU vont aussi apprendre à gérer leurs liens avec l'Université, créant ainsi un lien encore plus puissant entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée.

La transformation doit également se faire dans la relation du personnel envers le patient. Devant souvent un hôpital à la pointe de l'innovation, on en oublie la grande majorité des personnes qui viennent à l'hôpital et qui n'ont pas obligatoirement besoin de l'intervention avec un robot extraordinaire. Elles viennent parce qu'elles souffrent, parce qu'elles sont malades depuis des années, parce que l'hôpital reste le lieu du savoir médical.

La transformation devra porter sur l'accompagnement de ce savoir vers un savoir-être : savoir-être en capacité d'accueillir, savoir-être en capacité de soulager, savoir-être en capacité d'expliquer, savoir-être en capacité d'écouter et de prendre l'information donnée par le patient, comme une source d'information utile à la prise en charge.

Cette transformation permet de construire conjointement un parcours de soins qui diminuera les passages à l'hôpital et donnera la

possibilité, par le biais d'outils numériques comme les applications de données de santé ou les dossiers patients, qu'ils soient AP-HP ou DMP, de créer le lien avec la ville, permettant de diminuer les ruptures de soins.

Enfin, la transformation de la connaissance des professionnels doit se faire dès leurs études, en associant des patients à la formation. Ils permettent aux futurs professionnels de toujours garder en mémoire celui pour qui ils font ces études : l'autre qui a un problème de santé, l'autre qui vit avec une maladie et non pas la maladie en elle-même.

Souvent, quand je regarde les professionnels bienveillants qui mettent tant de choses en place pour les patients, pensant pour eux, préjugant de leurs besoins, il me revient en mémoire un texte de Socrate et l'analyse qu'en fait Chantal Amiot :

« Le dialogue mené en vérité a pour critère qu'on puisse interroger et répondre, qu'on échange en se demandant « ce que peut bien être... », et qu'on tente de se donner une réponse qu'on expose à l'autre. Et la parole extérieure est toujours soutenue par ce qu'on se dit à soi-même. ».

Philippe BATIFOULIER

Nicolas DA SILVA

CEPN, Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité

Jean-Paul DOMIN

REGARDS, Université de Reims Champagne-Ardenne

POUR EN FINIR AVEC LA LOGIQUE DE RENTABILITÉ À L'HÔPITAL : DÉVELOPPER LA DÉMOCRATIE

À la Libération, le Conseil National de la Résistance a profondément redéfini les principes de fonctionnement de la société française notamment en complétant la démocratie politique par la démocratie sociale. Ce programme appelé les jours heureux a profondément façonné le système de santé en général et l'hôpital en particulier. Le délitement progressif des différentes formes démocratiques a conduit dans les années 1980 au développement de la logique de rentabilité à l'hôpital, rendant les établissements particulièrement inhospitaliers (1). Aujourd'hui, l'issue à la crise repose sur la démocratisation du système de santé, seule garantie permettant de subvertir la logique de rentabilité à l'hôpital comme ailleurs (2).

1. De l'hospitalo-centrisme à la logique de rentabilité

À la Libération, la France est en retard par rapport aux autres pays européens en matière d'équipement hospitalier. **Bien que la Sécurité sociale soit dirigée par les intéressés eux-mêmes (3/4 des sièges au Conseil d'administration des caisses pour les salariés)**, les résistances à l'institution sont nombreuses et l'Etat choisit de limiter la progression du taux de cotisation, ce qui empêche la modernisation du système hospitalier. Ce n'est qu'avec la centralisation du pouvoir en 1958 (5^{ème} République) que la transformation va s'opérer. Les ordonnances de décembre donnent plus de poids au ministère de la Santé et font de l'hôpital un instrument de soins intensifs, de formation des étudiants et de recherche clinique. Cette volonté politique nécessite de se donner les moyens et est appuyée par l'augmentation du taux de cotisation.

La confiscation du pouvoir sur la Sécurité sociale s'accroît peu à peu si bien qu'aujourd'hui l'institution est dirigée par l'Etat.

Or, cette concentration du pouvoir n'est pas sans risque pour la politique de santé puisqu'elle s'expose à un retournement des agendas de la part de la démocratie parlementaire. C'est ce que l'on observe à partir des années 1980 où l'hôpital devient une cible.

Il représente à l'époque plus de la moitié des dépenses de santé et les pouvoirs publics entendent y remédier. **La politique mise en œuvre s'articule autour d'un double mouvement d'étatisation et de marchandisation.** Les pouvoirs publics renforcent le rôle du ministère de la Santé dans la prise de décision d'abord en augmentant le pouvoir du directeur de l'hôpital et ensuite en mettant en place des agences ad hoc (ARH en 1996 et

Côté soignant, la T2A produit de la souffrance du fait de contraintes de rythme croissantes qui exacerbent la pression temporelle et qui participent à un sentiment de qualité empêchée.

ARS en 2009). Les réformes favorisent en outre la mise en œuvre de méthodes issues du secteur privé à but lucratif. Les pôles, la contractualisation et le développement de la tarification à l'activité (T2A) obéissent à cette logique.

Comme chacun sait, l'hôpital est désormais inhospitalier pour les patients et les soignants. Côté pa-

tient, la qualité se détériore parce que la T2A incite à sélectionner les patients en fonction de ce qu'ils rapportent, à les renvoyer chez eux au plus tôt et à conserver de préférence les services les plus rentables. Côté soignant, la T2A produit de la souffrance du fait de contraintes

de rythme croissantes qui exacerbent la pression temporelle et qui participent à un sentiment de qualité empêchée. Bien sûr, la T2A n'est que la manifestation la plus aigüe des conséquences de la logique de rentabilité à l'hôpital. Notons enfin que cette situation

n'est pas la même pour tous car les conditions d'accueil à l'hôpital peuvent varier grandement en fonction de la disposition à payer du patient. **L'hôpital n'échappe pas à la tendance générale à l'explosion des inégalités.**

2. La démocratie, rempart à la logique de rentabilité, chemin des jours heureux

Toute la question est dorénavant de savoir comment sortir de l'impasse dans laquelle se trouve l'hôpital. Comment accéder aux jours heureux ? Trois objectifs peuvent dessiner un chemin praticable : sortir de la logique de rentabilité, augmenter le financement de l'hôpital, et démocratiser le système de santé.

Le premier objectif est d'en finir définitivement avec la logique de rentabilité à l'hôpital. L'hôpital n'est pas une entreprise à but lucratif dont l'objectif prioritaire serait de soigner des indicateurs.

L'injonction à se conformer à des méthodes de travail industrielles se heurte à la réalité du travail de soin. Les patients sont singuliers et le respect du protocole ne peut pas se substituer à l'innommable dans la relation de soin, à ce qui compte le plus parce qu'il n'est pas possible de le compter : l'attention, l'écoute, la reconnaissance de la souffrance de l'autre, etc. Il paraît donc important d'améliorer les conditions de travail de façon à redonner du sens à l'activité. Ceci ne conduit pas à abandonner tout principe de gestion mais simplement à subordonner la

gestion aux exigences du travail et non l'inverse. Par exemple, des modes de financement non liés à des indicateurs de productivité (comme l'enveloppe globale) permettraient aux hôpitaux d'organiser leur activité comme ils l'entendent en fonction des caractéristiques locales de la population et des travailleurs de l'hôpital.

La question du financement est bien entendu centrale et définit le deuxième objectif. Si le tout T2A et la logique de rentabilité constituent un véritable handicap pour l'hôpital, il ne faut pas

oublier que le principal responsable de la crise hospitalière est la faiblesse de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Sa progression reste marginale, elle est de 2,5 % entre 2018 et 2019 contre 2,3 % en 2017. Cette évolution est bien entendu insuffisante. S'agit-il ici d'appeler au déficit et à la dette, c'est-à-dire à la banqueroute généralisée pour les générations futures si on en croit les idées à la mode ? Le retournement des années 1980 prend pour point d'appui le thème de l'insoutenabilité de la dépense publique.

Il faut dire et redire à quel point toute l'argumentation sur le « trou de la sécu » est fausse.

D'abord, l'essentiel de la dette publique ne relève pas de la Sécurité sociale mais de l'Etat (12 % contre 78 % ; 10 % pour les collectivités territoriales). Ensuite, la dette n'est pas une question de génération mais de classe sociale : s'il y a aujourd'hui des endettés, c'est qu'il y a quelque part des personnes en capacité de prêter.

Or, ces capacités excédentaires proviennent de la contre-révolution fiscale des plus riches datant des années 1980 (la suppression récente de l'ISF n'étant que la pointe émergée de l'iceberg). En

outre, la financiarisation de l'économie a conduit à ce que l'accès à la monnaie coûte plus cher **si bien qu'aujourd'hui l'ampleur de la dette ne s'explique pas par des investissements ou une masse salariale excessifs mais par... le crédit et le remboursement des intérêts de la dette.** Ainsi, en 2015, la Caisse d'amortissement de la dette sociale, créée en 1996 a amorti 84 milliards de déficit tout en versant 41 milliards d'intérêts. Enfin, l'argument massue concernant la compétitivité des entreprises est problématique à plus d'un titre : d'une part, les secteurs exportateurs ne sont pas ceux où le prix du travail est le plus bas et, d'autre part, la mondialisation n'est pas tombée du ciel, elle est le produit d'un choix délibéré (accords de libre-échange) qui nuit non seulement à ce qui perdent leur travail ici mais aussi à ce qui sont exploités dans des conditions inhumaines là-bas. **Au total, du point de vue du financement, il est possible, par exemple, de ne pas payer la dette (au moins celle qui peut être considérée comme illégitime) et de préférer l'augmentation du taux de cotisation au recours au crédit (qu'il soit cher ou non).**

Il est évident que ce qui précède ne peut pas faire l'objet d'un consensus politique car les intérêts en jeu sont trop importants. Ces questions ne sont pas neuves et déjà dans les débats parlementaires de la deuxième moitié des années 1940, l'épouvantail de la dette et de la compétitivité est mobilisé pour nuire à la Sécurité sociale. Ce n'est donc pas un grand débat national qui pourra trancher ces questions. Les questions de santé (et plus largement les questions économiques) ne sont pas des questions d'experts. **Qui pense qu'en 1945, après une guerre dévastatrice, la Sécurité sociale aurait été mise sur pied si l'on avait eu recours à une analyse coût-efficacité ? Qu'est-ce qui explique alors la réalisation de cette institution ? La volonté du plus grand nombre et la lutte déterminée.**

C'est pourquoi nous pensons que l'objectif principal pour guérir l'hôpital, celui qui détermine tous les autres, est la démocratisation de l'économie en général et du système de santé en particulier.

