

HOPITAL 2007 : GOUVERNANCE ET COMPLEXITE

F. de la Fourniere *, P. Peyré **, R. Barthet ***

* Interniste gériatre- CHG Pau ; ** Enseignant-chercheur, Université de Pau et des Pays de l'Adour

***Cadre de santé- EHPAD Marie Blanche Gan(64)

Résumé : L'hôpital est-il adapté à une population de plus en plus âgée, et une prévalence croissante de la maladie d'Alzheimer ? La nouvelle gouvernance - hôpital 2007 verra sans doute naître d'autres filières de soins, davantage de réseaux gérontologiques, une promotion de l'hôpital local et une régulation des hôpitaux généraux et régionaux. Au delà des structures, les processus de cette gouvernance sont complexes et « tiraillés » entre unité et diversité. La transdisciplinarité ne devra plus être un vain mot entre responsables de pôles regroupant des services – et les représentants soignants ou administratifs, en particulier au sein du conseil exécutif de l'hôpital, nouvelle instance décisionnelle.

Abstract : Is the hospital adapted to an increasingly old population, and an increasing frequency of Alzheimer's disease? The new governance -hospital 2007 will undoubtedly see other systems of cares, more networks in gerontology, a promotion of the local hospital and a regulation of the general and regional hospitals. Beyond the structures, the processes of this governance are complex and "pulled about" between unity and diversity. The transdisciplinarity will no longer be an empty word between persons in charge of centres grouping together departments - and nursing staff or administrative representatives, especially within the hospital executive council, new decisional authority.

INTRODUCTION

« Le caractère multidimensionnel de tout phénomène social étudié, la nécessité de le concevoir dans le temps, de reconnaître et de traiter la diversité et la singularité... » ainsi Edgard Morin s'exprimait-il déjà en 1982 pour dénoncer la pensée unidimensionnelle ou mutilante.

Avec le souci de ne pas nous contenter d'une pensée réductrice, nous analysons dans cet exposé, à propos du cas de la gérontologie hospitalière, de ses interfaces extra-hospitalières ou médico-sociales, comment la personne âgée de + de 75ans peut être soignée autrement dans la perspective du « plan Hôpital 2007 », voire devenir *actrice* de sa vie, dans un contexte global de santé publique impliquant une vision systémique du système de santé, de son organisation et de ses modes de fonctionnement.

1 – EXPOSE DE PROBLEMATIQUE

1-1 Aperçu démographique

Les + de 75 ans ne sont plus « l'avenir de l'hôpital » et celui-ci n'est plus « leur avenir »(G.Laroque). Ceci même s'ils représentent presque la moitié des hospitalisations en hôpital général et la majorité des ré hospitalisations précoces non programmées.

L'étude PAQUID – Bordeaux¹ « projette » une proportion de cette classe d'âge passant de 7.7%. en 2003, à 9.6% en 2010 et 18.1% en 2050. Parallèlement, la prévalence de la maladie démentielle(Alzheimer ou apparentée) passe de 6.5% entre 75 et 79ans à 15.1% de 80 à 84 ans et 27.9% de 85 à89 ans. L'espérance de vie, quant à elle, est encore en moyenne de 3 années à 90 ans. Ces chiffres sont à majorer en zone rurale et ceci est d'autant plus préoccupant que l'offre de soins diminue déjà dans les campagnes : moins de généralistes, d'infirmières...De plus la «démence » évoquée est d'autant plus une maladie à caractère familial que ces patients sont en perte d'autonomie significative 3 fois sur 4 (1fois sur 6 dans le reste de la population PAQUID). Que peuvent, que pourront faire les aidants naturels

¹ Etude PAQUID- cf. biblio

(époux, enfants, voisins-amis) tous de plus en plus âgés, moins nombreux voire malades puis à leur tour dépendants ?...

La brève conclusion épidémiologique (*Le Monde* 14/07/ 2005) du même coordonnateur de l'étude PAQUID, le Professeur J.F.Dartigues, et d'un rapport parlementaire, est que l'état néglige aussi bien les aspects préventifs que ceux de diagnostic précoce ou de prise en soin des maladies démentielles. Il y a perte de chance pour le malade et sa famille, recours anarchique au système de soins ou absence d'étude suffisante sur le non recours aux soins. Il y a majoration des accidents domestiques ou de la maltraitance par exemple. Les accidents de la route vont également augmenter en dépit de la priorité nationale...

1-2- Offre de soins hospitalière et gériatrie

L'offre de soins gériatriques hospitalière est insuffisante : peu d'hôpitaux ont la filière complète court séjour (y compris lits »Alzheimer »ou lits d'hospitalisation de jour) soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée, unité mobile dès le service des urgences ou réseaux gérontologiques extra hospitaliers avec participation de l'hôpital...

La mission de l'hôpital est de plus en plus technique et sa fonction sociale s'émiette hors les murs. La personne âgée mobilise beaucoup de moyens mais rapporte peu de points actuels ou dans la nouvelle tarification qui se généralisera en 2007. Il est ainsi étudié déjà sur deux régions à titre de test de nouvelles modalités dans l'allocation des ressources du secteur des soins de suite et de réadaptation. Le directeur des hôpitaux, à travers les conclusions de ces 2 schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROS 3), a conclu le 23 juin dernier « que s'il ne devait y avoir qu'un seul volet thématique, il serait consacré aux personnes âgées ». Il s'agit donc déjà de pallier aux difficultés de l'hôpital « MCO » (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et de tirer les conclusions de la mise en oeuvre de **la nouvelle tarification, clé de voûte de la nouvelle gouvernance**. Nous n'avons pas pris ici l'exemple des soins palliatifs ou des urgences hospitalières (accueil croissant des personnes âgées ou précaires ou démunies); cela aussi aurait démontré la contradiction entre prise en soin globale d'une part et soins de plus en plus techniques ou spécialisés dans les services classiques (cf. le remarquable rapport colligé par M Molinie².) Nous voudrions plus précisément, à travers les *trois mondes hospitaliers* administratif -médical-soignant de l'hôpital, imaginer la nouvelle gouvernance à travers le pôle gérontologique.

2- HOPITAL 2007 ET NOUVELLE GOUVERNANCE

Quels sont, brièvement résumés, les difficultés actuelles de l'hôpital public et les axes proposés pour la nouvelle gouvernance 2007 ?

Les directeurs d'hôpitaux n'ont pas une formation de type « managériale » assez développée³. Ils sont actuellement assujettis aux conseils d'administration (CA): ceux ci peuvent être prisonniers d'impératifs contradictoires entre les services de l'état et les collectivités locales. L'affectation du personnel soignant (non médical) relève, par exemple, du directeur des soins et non du directeur or, c'est le second qui nomme le premier...De nombreux autres exemples pourraient illustrer le cloisonnement des trois mondes administratif - médical ou soignant. Ils aboutiraient tous à la double impossibilité actuelle de définir à l'hôpital :qui est responsable de son bon ou mauvais fonctionnement ? Qui est comptable de ses résultats ?

Les deux principales mesures proposées pour 2007 sont la création des pôles d'activité regroupant des services (sans les supprimer) et un Conseil Exécutif (CE) ou directoire. Cette

² CONSEIL ECONOMIQUE et SOCIAL : 2005. « L'Hôpital Public en France : bilan et perspectives. Etude du Conseil économique et social présentée par Eric Molinie² au nom de la section des affaires sociales. Mandature 2004-2009, Séance du Bureau du 21 juin 2005.

³ Ibid

dernière structure serait paritaire médecins -administratifs ;elle est présidée par un directeur-manager dont le bras droit est le président de la commission médicale (CME) d'établissement, médecin aux pouvoirs renforcés. Cet organisme, le CE, a un rôle de gestion, le CA n'ayant plus qu'un rôle stratégique et de contrôle. Le fossé entre représentants des médecins et de l'administration diminuerait ainsi, la CME définissant plus précisément la politique médicale. Dans les pôles d'activité (médicaux et médico-techniques), les responsables de pôles d'activité (RPA) doivent passer des contrats (objectifs et moyens) avec leur directeur et président de CME. La délégation de gestion du RPA, aidé dans sa tâche par un cadre de santé, ne semble pas précisée actuellement : disposera-t-il de moyens pour recruter du personnel ou acheter du matériel par exemple ?.

Dans les expériences anticipant 2007 on note, à titre indicatif, que les hôpitaux de l'Ariège ne disposent pas de pôle de gériatrie, (Département rural et à population « vieillie ») et qu'au CHU de Toulouse, les pôles de psychiatrie et de gériatrie ont le même RPA.

La réforme 2007 envisage précisément de baisser le poids représenté par les CHU (1/3 environ du budget actuel des hôpitaux publics), de diminuer le nombre de CHG ou CHS et de ressusciter les hôpitaux locaux : ces derniers comprendraient davantage de lits de soins de suite et de réadaptation eu de lits de soins longue durée. Ils seraient articulés avec les réseaux, en particulier, gérontologiques et auraient un rôle préventif.

Après avoir évoqué cette complexité hospitalière en miroir avec les difficultés médico-sociales actuelles de la population âgée, nous allons réfléchir aux implications de la nouvelle gouvernance vis à vis de la prise en soins globale de la personne âgée.

3 – GOUVERNANCE, GERIATRIE ET ENJEUX

3-1 Gouvernance ou pilotage?

La nouvelle gouvernance n'est-elle qu'un effet de mode ou un changement de fond ? Nous avons identifié de façon nécessairement simplifiée les limites actuelles de la hiérarchie hospitalière trop « coupée » de l'état ,très séparée du monde médical avec ignorance réciproque du privé et du public (mutualisation des moyens à l'échelle d'une ville moyenne rarissime par exemple).

La nouvelle gouvernance va se substituer à ces pilotages séparés d'établissements de santé. Ce nouveau *pilotage* « passe par une véritable révolution culturelle, la transparence ,des apprentissages collectifs préalables à des apprentissages transversaux à la fois locaux et globaux »⁴. Cette gouvernance couvre « l'ensemble des actions par lesquelles individus et institutions ,tant privées que publiques, gèrent leurs affaires communes. C'est un processus continu par lequel les intérêts en présence, les conflits qui en résultent sont harmonisés, donnant naissance à des coopérations »⁵. Il s'agit d'une autre philosophie gestionnaire qui voudrait, en matière d'hôpital et même de santé, dépasser les cassures direction centrale - hôpital, privé-public, administratifs-soignants etc. Néanmoins le même auteur nous rappelle que comme tout univers humain « la gouvernance ne cesse d'être tiraillée entre unité et diversité .Comment développer un système multipolaire de pouvoirs s'il n'y a pas quelque part un ciment unificateur ?» Dans *la nouvelle gouvernance Hôpital 2007*, ce ciment sera-t il le CE ? Outre le fait d'être une de structure de plus –et même si des comités ou commissions disparaissent de l' hôpital ou deviennent des sous-commissions – pourra-t-on y lire une meilleure gestion de l'hôpital ? La plus grande coopération directeur – président de CME / RPA- président de CME ou directeur d'hôpital au sein de ce CE peut sans doute faire progresser certains blocages décisionnels. L'accroissement des pouvoirs des Agences Régionales d'Hospitalisation, qu'elles deviennent A.R. de Santé ou non, induira-t il une

⁴ BOUVIER (A) : 2004. *Management et Sciences Cognitives* .Paris, PUF, (Que-sais-je ?).

⁵ MOREAU DEFARGES (Ph) : 2003.*La Gouvernance* .Paris, PUF, (Que-sais-je ?).

meilleure synergie entre elles et les établissements de santé ? « Il n'existera jamais de solution parfaite ,la gouvernance étant vouée à un équilibre précaire entre unité et diversité, tiraillée entre deux risques :la décomposition de l'ensemble chaque élément rejetant toute structure supérieure ou inversement le durcissement de cet ensemble au nom de l'unité ». Le même auteur affirme que dans la gouvernance le problème remplace le conflit et, insiste sur les processus ou compromis même si les consensus ne sont pas toujours possibles. Nous insisterons plus loin sur un autre concept majeur qu'est l'inter ou trans-disciplinarité, il est dans la toile de fond de l' hôpital 2007 et évoqué dès à présent dans l'exemple de la gériatrie.

3-2 Transdisciplinarité, interculturalité et gériatrie

Les trois sous-ensembles de l'hôpital sont donc M(médecins) S(soignants)et A(administratifs) Le malade hospitalisé est âgé 1 fois sur 2 en hôpital général et beaucoup plus souvent en hôpital local. Le CE comprend (pas automatiquement) un RPA gériatrique sur 6 à 8 RPA et c'est cette instance (avec 6 à 8 représentants, à priori , de A et S) qui doit définir périodiquement la politique gériatrique de l'établissement .Le poids du médecin gériatre sera donc faible même s'il est RPA :que ce soit pour créer des lits d'hôpital de jour gériatrique ou augmenter leur nombre /pour densifier en moyens une autre filière classique d'hospitalisation gériatrique (lits, personnel ou matériel../ pour créer des consultations d'évaluation spécialisée multidisciplinaire en lien avec un réseau intra ou extrahospitalier...le point commun à toutes ces nécessités de santé publique en gérontologie hospitalière(non exhaustives) est leur impact financier réel mais faible [par rapport par exemple à la restructuration d'un service d'urgences/à l'augmentation de capacité d'un service de réanimation ou d'un bloc opératoire...] et le caractère subalterne, non prioritaire voire incompris par le reste de la communauté médico-administrative. Que faire alors des + de 75 ans et encore plus des *very-old* des anglo-saxons ou *octo-plus* quand ils ne « peuvent » plus quitter l'hôpital pour des raisons médico-sociales ?

Prenons l'exemple concret de l'hôpital de Pau ou malgré l'existence de 40 lits de court séjour gériatrique(plus de 2000 entrées par an)et de 4 places d'hospitalisation de jour gériatrique les besoins en place des urgences et des services spécialisés continuent à dépasser l'offre gériatrique. Les coefficients d'occupation et durées de séjour sont par ailleurs incompressibles.

Après 2 ans de travaux (2002-2004), le contrat d'objectifs et de moyens est signé à l'ARH en 2005 : il s'agit en 2006 de remplacer 10 lis d'un service en fermeture par une unité d'hospitalisation courte durée gériatrique ;la durée de séjour y sera notablement plus courte, l'articulation avec d'autres services hospitaliers [lits de jour gériatriques, Urgences...] ou des structures extra-hospitalières [services sociaux ou médico-sociaux, réseaux gérontologiques de proximité en constitution ou développement..] sera obligatoire et à approfondir sans cesse. Cette création illustre que des médecins minoritaires dans le sous-ensemble M peuvent faire porter leur voix même si d'autres projets étaient prioritaires ;il faut remarquer que le directeur des soins a été « porteur » du projet : or cette personne étant à la fois « soignante » groupe S et « administrative »groupe A, ceci a pu « gommer » certains clivages entre les 3 groupes sus-nommés A , M et S .Cela ne présage pas d'un apprentissage de la gouvernance à l'hôpital de Pau. La culture gérontologique pénétrera-t elle davantage le service Urgences-Lits Portes ? Les services sociaux intra et extra hospitaliers échangeront-ils de manière accrue ? Les difficultés de l'unité naissante seront-elles analysées par tous au sein du conseil exécutif ? Seront-elles répercutées hors l'hôpital si nécessaire ? Un réseau gérontologique Bearnais existe depuis 1996 sur un canton puis six cantons en 2004 (2 territoires avec 2 cantons chacun). Sa survie dépend de financements alloués par des services financeurs après décision des services de l'état .En 2005 les services sociaux du département ont insisté pour la promotion d'un tel réseau complémentaire de leur dispositif mais ils ne sont pas financeurs.

De tels réseaux agissent en amont et en aval de l'hospitalisation :évaluation de la personne âgée, coordination des acteurs de soins afin de prévenir certaines hospitalisations [ex. admission en maison de retraite] de les prévoir [admission sans passer par les urgences] ou d'éviter les ré hospitalisations inutiles...Un réseau gérontologique est le complément hautement souhaitable d'une hospitalisation gériatrique de courte durée et s'inscrit dans un plan de gouvernance de santé publique : les acteurs hospitaliers sont-ils prêts à le défendre « intra et extra muros » de l'hôpital ?

Ce double exemple d'unité gériatrique courte durée et de réseau gérontologique est bien :

- une alternative à l'hospitalisation classique.
- une tentative de réponse au vieillissement démographique pour l'hôpital.
- un décloisonnement entre les acteurs hospitaliers entre eux et vers l'extérieur.
- une véritable tentative de vivre la transdisciplinarité.

Déjà pour R.Caillois « l'interdisciplinaire était la tarte à la crème et le pont aux ânes des intellectuels »⁶ J. d'Ormesson l'évoquant « Il (R.Caillois) ne se contentait pas d'une juxtaposition des savoirs spécialisés. Il passait de l'interdisciplinaire au transdisciplinaire. Il voulait féconder chaque domaine de la science par l'emploi des méthodes de sciences voisines ou rivales .Il rêvait de voir un médecin s'occuper de préhistoire, un psychanalyste parler d'économie politique(...) Il était en train d'inventer un outil appelé a un bel avenir :les sciences diagonales »⁷.

Incontestablement ce croisement des savoirs est au cœur de l'hôpital 2007 et ne peut être ignoré en gérontologie ou gériatrie en particulier. Il impliquera un changement de culture au sens où Jean-Jacques Romatet, chargé de mission auprès du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, traitant des stratégies et des outils d'accompagnement de la nouvelle gouvernance affirme : « Concernant la mise en place de la nouvelle gouvernance[.], ce qui est sûr, c'est que nous sommes amenés à une transformation culturelle très profonde. Ne serait-ce qu'en passant d'une culture orale à une culture de l'écrit (avec la tenue du dossier médical et l'accréditation V2 accompagnant le malade qui constituent un profond changement). Sans compter la gestion des processus par le décloisonnement où directeurs et médecins vont être amenés à travailler ensemble dans un certain nombre de domaines. D'où une confrontation, un croisement de cultures »⁸.

D'un point de vue systémique, nous reconnaitrons là, avec Gérard Donnadiou, le mode de régulation sociale de type culturel que l'auteur définit dans toute entreprise comme école de « l'efficacité par les hommes », complémentairement aux écoles de « l'efficacité par l'organisation » (machinique et disciplinaire) et de « l'efficacité par la stratégie »⁹ (partiellement machinique et disciplinaire).

Accompagner la nouvelle gouvernance à l'hôpital, c'est manifestement aussi, apprendre à penser et agir dans la complexité^{10 11 12}, à commencer par tenir compte des régulations fondamentales qui président à ses équilibres vitales.

⁶ D'ORMESSON (J) : 1999. *Le rapport Gabriel* .Paris, Gallimard.

⁷ Ibid

⁸ ROMATET (J.J) : 2005. « Repenser les stratégies et des outils », in : *La nouvelle gouvernance hospitalière : du procès à la métamorphose*. Entreprise Santé, n° 57.

⁹ DONNADIEU (G) : Mai 1987. « Un nouveau regard sur l'entreprise ». *Entreprise et personnel*, ANDCP, n° 286.

¹⁰ DONNADIEU (G), KARSKY (M) : 2002. *La systémique, Penser et agir dans la complexité*. Rueil-Malmaison, Editions Liaisons (Entreprise & Carrières).

¹¹ PEYRE (P) : 2000. « La coopération en situation de travail : une action convergente des hommes et des structures ». *Colloque ALCAA* (Agents logiciels , coopération, apprentissage et activité humaine), Centre Interdisciplinaire de Recherche, IUT de Bayonne, Université de Pau et des Pays de l'Adour, avec l'Association des Technologies de l'Information pour l'éducation et la formation, Biarritz, Palais des festivals, 6 et 7 octobre 2000 (Actes du Colloque, pp. 49-63).

CONCLUSION

Dans cette perspective même d'un « croisement de culture » et d'un souci d'efficacité humaine pouvant susciter initiative et créativité, nos conclusions seront centrées sur l'incontournable nécessité des formations initiale et continue des personnels de santé en général et des médecins en particulier puisque c'est, notamment, l'hôpital public qui forme les jeunes médecins, futurs prescripteurs. En 1977 le Pr.Ribet cité par P.Viansson-Ponté affirmait : « le médecin doit retrouver la réflexion...Les malades ont besoin d'humanistes doués de savoir. Ils ne trouvent parfois que de faux scientifiques manquant de mesure humaine »¹³. Presque 30 ans après, une étude comparant les compétences médicales éthiques des étudiants entre la 3^o et la 6^oannée constate une perte de sensibilité éthique¹⁴. Cette étude Nantaise en confirmant une autre étude Canadienne doit nous inciter à la réflexion et à l'évaluation de nos pratiques professionnelles. C'est peut-être par là même que pourront commencer à se profiler véritablement le sens et la réalité d'une « nouvelle gouvernance ».

¹² PEYRE (P) :septembre-octobre 2000. « Un analyseur clé de la dynamique du changement dans l'institution psychiatrique : la formation du personnel infirmier ». *Les Cahiers de l'Actif*, n° 292/293,pp.157-172.

¹³ VIANSSON PONTE (P) : 1978. *Changer la mort*. P 258, Paris, Albin Michel.

¹⁴ BARRIER (J. H) et al : 2005. *Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3^{ème} et de 6^{ème} année en stage hospitalier en médecine interne*. Rev. Med. Int. 26,128-136.