

# Les nouvelles formes d'organisation à l'hôpital

## Résumé des interventions

Face à un environnement en évolution permanente et sous contraintes économiques, l'hôpital fait constamment évoluer son modèle organisationnel à la recherche de la meilleure allocation des ressources. La chaire EMES souhaite aborder deux développements majeurs qui sont venus bouleverser la manière d'opérer de l'hôpital : la création des groupements hospitaliers de territoires et la crise de la Covid-19.

Au travers de ces huit présentations et des débats qui les accompagnent, nous tenterons d'identifier les grandes évolutions organisationnelles ainsi que leurs impacts sur le fonctionnement de l'hôpital. Ces résumés vous donneront de premières pistes de réflexion ; notamment concernant la coopération, qui sera largement abordée lors des interventions.

Nous espérons que cette journée permettra d'éclairer les bonnes pratiques organisationnelles et les leviers d'amélioration à la disposition des hôpitaux et de leurs partenaires.



## Table des matières :

<b>Catherine Keller</b> : <i>L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération.</i>	P.2
<b>Bertrand Parent</b> : <i>Les GHT au risque de l'intégration spatiale.</i>	P.3
<b>Régine Roche</b> : <i>Vers le pilotage de la performance servicielle des GHT.</i>	P.4
<b>Nicolas Sirven</b> : <i>Les GHT ont-ils mis un terme à la course aux armes médicales?</i>	P.5
<b>Guillaume Lebreton</b> : <i>Organisation en réseaux de l'oxygénation par membrane extracorporelle lors de la pandémie de COVID-19 dans le Grand Paris.</i>	P.6
<b>Audrey Petit</b> : <i>Collaboration ville – aide médicale urgente – hôpital à l'épreuve de la crise Covid-19, l'expérience des Yvelines.</i>	P.7
<b>Anne Le Gagne</b> : <i>La crise de la Covid à l'épreuve de la solidarité et de l'organisation, au-delà des clivages.</i>	P.8
<b>François-Xavier Schweyer</b> : <i>Covid 19, coup de projecteur sur l'état du virage ambulatoire. Analyse sociologique de la dynamique des CPTS.</i>	P.9

**Catherine Keller : *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération.***

La coopération constitue tout à la fois, un facteur de déconstruction et de refondation de l'établissement de santé. Promue depuis une cinquantaine d'année sous différentes modalités, la coopération est devenue un principe incontournable de l'action publique. En matière hospitalière, la coopération s'appuie sur deux notions fondamentales : le service public hospitalier et l'établissement de santé. C'est bien parce qu'il instaure un service public hospitalier non monopolistique que le législateur de 1971 crée, dans le même temps, les premiers dispositifs de la coopération inter hospitalière: Groupe inter-hospitalier, syndicat inter-hospitalier notamment.

Ces premiers outils sont déjà corrélés à des périmètres correspondant aux besoins sanitaires de la population (secteur et région). C'est bien aussi en instaurant la notion – fonctionnelle et finaliste- d'établissement de santé que vingt ans plus tard, le législateur de 1991 permettra sur les trente années suivantes de faire évoluer la coopération hospitalière au gré des enjeux de la réponse aux besoins sanitaires de la population, jusqu'à aboutir à la coopération contrainte et territoriale qu'incarne en 2016 le groupement hospitalier de territoire.

Le corpus juridique dédié à la coopération hospitalière s'attache à nouer l'intérêt à faire coopérer du régulateur, chargé de coordonner l'évolution du système hospitalier, avec l'intérêt à coopérer, entre contraintes et alliance stratégique, des acteurs hospitaliers. Ce faisant, la coopération emporte trois effets principaux sur la formule juridique, incarnant l'établissement de santé. La coopération a produit un amenuisement de la personne morale. Amenuisement organique, concurrence organique et hybridation juridique sont autant de signes posant la question légitime du déclin de la formule établissement publique de santé.

Keller, C. (2020). *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération interhospitalière* (Thèse de doctorat, Rennes 1).

## **Bertrand Parent: *Les GHT au risque de l'intégration spatiale.***

On s'accorde généralement pour constater que les organisations de santé sont, depuis une dizaine d'années, confrontées à de profonds mouvements de recomposition qui font émerger de nouvelles formes organisationnelles. Un certain nombre de travaux en sciences humaines et sociales se sont efforcés d'en appréhender les enjeux et les logiques.

Nous voudrions, sans garder un certain sentiment critique, reprendre à notre compte cette hypothèse selon laquelle nous sommes bien rentrés depuis une dizaine d'années dans un profond mouvement de recomposition organisationnelle, appelant un changement dans la conception des organisations de santé. Nous considérerons que ces nouvelles formes d'organisation qui apparaissent dans le secteur de la santé présentent un certain nombre de traits communs, notamment le fait que la maîtrise des systèmes d'information et des processus de communication y est présentée comme décisive. Nous observons que le mouvement actuel de recomposition des organisations du monde de santé s'effectue en relation étroite avec l'intensification de la production et de la diffusion de normes techniques. Ces normes techniques nous apparaissent alors comme des référentiels d'action qui définissent non seulement le contenu du travail, mais surtout les modalités de la coordination et « les conditions dans lesquelles des modes d'organisation peuvent être considérés comme des formes acceptables ». Nous passons ainsi de formes d'organisations spatialisées à des logiques de pilotage par les normes et par les référentiels d'action, c'est-à-dire par la communication et l'information.

Ainsi, nous proposons de comprendre les difficultés rencontrées à l'occasion de la mise en œuvre des « coopérations obligatoires » que sont les GHT moins par des problèmes de ressources (manquantes) ou culturels (compatibilités entre systèmes de valeurs) que par des problèmes de conception des organisations: l'intégration fonctionnelle de la production de soin n'appelle pas nécessairement une intégration spatiale et juridique des activités. Les dynamiques d'intégration des activités de quelques GHT serviront de terrain à cette hypothèse.

## Régine Roche : Vers le pilotage de la performance servicielle des GHT.

La création de l'objet GHT, présenté comme rénovateur de la coopération inter-établissement, fait évoluer la frontière entre public et privé et l'application du service public hospitalier. Au-delà de la simple question des frontières juridiques, le management se fait architecte d'un nouveau modèle hybride. Imprégné dès son origine par une approche de prise en charge globale et décloisonnée de l'*usager-client*, ce modèle permet l'instauration de *partnership* entre acteurs de santé en lieu et place d'un *leadership* imposé. Cette nouvelle logique mène à la valorisation de l'intelligence collective sous-jacente à toute organisation, dans un but défini de meilleure prise en charge patient. En effet, le décloisonnement du parcours patient est accompagné par celui des modes de gestion et de financement des besoins de soins. Ces décloisonnements poussant *in fine* à la coopération inter-établissements et intersectorielle. Se pose alors la question de l'évaluation de la performance d'un tel objet hybride. Celle-ci doit dépasser l'approche médico-économique pour intégrer des valeurs collectives et atteindre une évaluation du service rendu au patient, devenu *usager-client* du service public.

Roche, R. (2021). Du pilotage de la performance médico-économique au pilotage de la performance servicielle des GHT. *Gestion et management public*, 9(1), 79-107.

**Nicolas Sirven : *Les GHT ont-ils mis un terme à la course aux armes médicales?***

L'objectif de ce travail est d'analyser l'impact causal de la mise en œuvre d'une politique d'intégration verticale des hôpitaux publics (ou Groupement hospitaliers de territoire – GHT) sur la diffusion de la technologie au sein des établissements de santé français. Les données de panel de la SAE et d'une méthode de doubles différences sur la période récente (2013-2019) ont été utilisées. Nos résultats indiquent un double effet. D'un côté, le secteur public a poursuivi sa logique de décélération de l'investissement technologique, cohérente avec la volonté de mutualiser les équipements. D'un autre côté, est apparue une réaction contra-cyclique et concurrentielle du secteur privé qui a relancé sa stratégie d'adoption de technologies de santé.

**Guillaume Lebreton, Organisation en réseaux de l'oxygénation par membrane extracorporelle lors de la pandémie de COVID-19 dans le Grand Paris.**

Dans la région Ile-de-France, l'utilisation de l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) pour le traitement du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) a été proposée tôt lors de la pandémie de la COVID-19. Les appareils ECMO et le personnel formé à son opération étant des ressources rares, leur bonne organisation en situation de crise est primordiale tant pour le patient que pour la bonne continuité des soins. L'étude comprend 17 unités de soins intensives et 6 équipes mobiles d'ECMO. Une centralisation de la régulation et une mutualisation des ressources ont été organisées sur la région Île-de-France. Le détail des complications liées au traitement, les résultats cliniques, les taux de survie à 90 jours et les causes des décès ont été enregistrés. Suite à quoi une analyse multivariée a été utilisée pour déterminer les variables indépendantes pré-ECMO associées au taux de survie à 90 jours post-ECMO. L'étude met en avant l'efficacité d'une distribution centralisée des ressources en ECMO, le taux de survie à l'opération étant fortement lié à l'expérience du centre la prodiguant. Une centralisation des ressources dans des centres possédant le savoir-faire et la mise en place d'équipes mobiles aurait un double effet positif sur les résultats cliniques et sur l'économie des ressources.

Lebreton, G., Schmidt, M., Ponnaiah, M., Folliguet, T., Para, M., Guihaire, J., ... & Nitenberg, K. (2021). Extracorporeal membrane oxygenation network organisation and clinical outcomes during the COVID-19 pandemic in Greater Paris, France: a multicentre cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(8), 851-862.

**Audrey Petit : Collaboration ville – aide médicale urgente – hôpital à l'épreuve de la crise Covid-19, l'expérience des Yvelines.**

L'évolution actuelle de la demande de soins non programmés porte autant sur une augmentation de volume que sur sa nature. Les missions assurées par les structures d'urgence se sont décentrées vers la prise en charge des complications des pathologies chroniques et des problématiques médicosociales. Une démarche collaborative entre la médecine de ville et l'aide médicale urgente (AMU) a été initiée depuis deux ans dans les Yvelines, entre le Samu 78, l'hôpital de Versailles, le Conseil de l'ordre des médecins 78 et l'Association Plateforme territoriale d'appui 78. Ses objectifs visent, par un travail de coordination multidisciplinaire, à éviter les ruptures de parcours des patients complexes, à favoriser le maintien à domicile et à réorienter les patients vers la ville après un recours à l'hôpital.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a permis d'accélérer le processus de collaboration ville-AMU avec des objectifs propres à cette crise notamment grâce à des outils numériques dédiés. Les principaux axes de travail ont été de répondre à l'urgence de la crise sanitaire en organisant une offre de soins sécurisée, d'organiser les parcours des patients fragiles pendant le confinement puis de préparer et d'accompagner le dé-confinement grâce à une cellule d'appui et de suivi des cas positifs et de leurs contacts. Les difficultés organisationnelles ou liées à l'acceptabilité de ces nouveaux outils de surveillance et de coordination ont trouvé leurs solutions grâce à un environnement institutionnel favorable et l'implication de leaders intéressés par la conduite de projets innovants. Cette expérience peut préfigurer le futur service d'accès aux soins (SAS).

Petit, A., Berton, L., de Bastard, L., Hellal, A. B., Prudhomme, F., & Richard, O. (2020). Collaboration ville–aide médicale urgente–hôpital à l'épreuve de la crise Covid-19, l'expérience des Yvelines. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 10(4-5), 212-217.



**Anne Le Gagne : La crise de la Covid à l'épreuve de la solidarité et de l'organisation, au-delà des clivages.**

Anne Le Gagne fait ici un retour d'expérience poignant sur la capacité de coordination et d'adaptation des acteurs de son territoire. De la conversion d'une unité chirurgicale en unité Covid, à la coordination au travers d'un Copil, à la création d'un centre de vaccination, ce témoignage souligne l'importance première de la coopération entre tous les professionnels du territoire. Remise en cause de l'hospitalo-centrisme, tournant numérique, fluidification des parcours et virage ambulatoire sont à l'ordre du jour afin de replacer l'hôpital au cœur de ses missions. La crise covid, en particulier lors des premières vagues, a fait naître une coordination rapide, réaliste, créative et efficace de tous les acteurs en proximité.

Ce retour d'expérience met l'accent sur le besoin de changement de paradigme du modèle hospitalier et pourrait faire naître de nouveaux modèles d'organisation agile type plateforme opérationnelle de santé publique. Lieu d'échanges, de réalisation de démocratie en santé entre professionnels de santé de tous horizons et de tous âges, patients partenaires, élus, bénévoles œuvrant pour au quotidien pour le bien commun, et la santé publique.

**François-Xavier Schweyer: Covid 19, coup de projecteur sur l'état du virage ambulatoire. Analyse sociologique de la dynamique des CPTS.**

Le virage ambulatoire ne vise pas seulement à transformer l'hôpital par une évolution des prises en charge, il a aussi pour objectif d'organiser les soins primaires en favorisant une approche territoriale. Les communautés territoriales professionnelles de santé (CPTS), créées en 2016, ont pour objectif de coordonner les professionnels de santé de premier et second recours et leurs partenaires (hôpitaux, médico-social) en vue de garantir l'accès aux soins, l'organisation des parcours et les actions de prévention. La crise Covid a accéléré la prise de conscience d'une nécessaire organisation territoriale des soins et des actions de santé. À partir d'une enquête originale auprès de coordinatrices et de membres de CPTS, on se propose d'analyser le processus de constitution des CPTS en mettant l'accent sur les conditions de possibilité des liens ville-hôpital.