



Dessine-moi l'hôpital de demain

Pierre Perroche
Membre de l'AFIC, Cadre de santé,
Centre Georges François Leclerc,
1, rue du Professeur Marion,
21000 Dijon, France
<pperroche@cgfl.fr>

Conférence organisée par les étudiants du master 2
Économie & gestion des établissements de santé
11 juin 2019, Paris

Après une brève introduction faite par la responsable du master Économie & gestion des établissements de santé, Mme Béatrice Fermon, une présentation du contexte a été menée par les étudiants qui ont construit cette conférence autour du thème « Dessine-moi l'hôpital de demain »¹. « *L'architecture marque de son empreinte la culture d'une organisation, c'est-à-dire tout à la fois ses "process" de travail, son organisation sociale, les mouvements de ses membres, ses mécanismes de contrôle ainsi que ses règles de fonctionnement. L'architecture de l'hôpital en France date parfois de plusieurs siècles. Réfléchir à l'hôpital de demain revient donc à envisager son évolution sous le prisme des possibles, compte tenu de son architecture et de sa culture* »². Comment notre culture hospitalière peut-elle évoluer pour atteindre les ambitions fortes qui lui sont fixées ?

Mise en perspective du lien entre la structure et la culture dans le secteur hospitalier et son évolution

Fanny Chabrol³ a fait part de son expérience et notamment de ses quinze ans de travail en Afrique (en lien avec les politiques d'accès aux soins, les épidémies, etc.). Elle voit « *l'hôpital [comme le] miroir de la société* » : l'on y retrouve les mêmes inégalités (de sexe, de genre, etc.) et rapports de pouvoir, ainsi que des aspirations et mobilisations collectives (elle mentionne notamment des mobilisations passées et actuelles à l'Hôtel-Dieu de Paris⁴). Elle met également en avant le lien intrinsèque entre État et système de santé.

Elle décrit l'hôpital d'aujourd'hui à travers le prisme des conceptions de la santé :

- des notions de charité, d'accueil, d'hospitalité (avec actuellement une perte de ces éléments) ;
- des volets préventif et curatif (avec une orientation majeure dans le curatif et un oubli de la dimension préventive) ;

¹ L'organisation de cette conférence faisait l'objet d'une unité d'enseignement évaluée dans le cadre du master.

² Extrait de l'introduction à la conférence réalisée par deux étudiants.

Tirés à part : P. Perroche

³ Socio-anthropologue, spécialiste des politiques de santé en Afrique subsaharienne à l'Institut de recherche pour le développement (IRD).

⁴ Hospice pour accueillir les pauvres, lieu d'enfermement au Moyen-Âge, puis lieu de la naissance de la médecine hospitalière, l'hôpital Hôtel-Dieu accueillera prochainement un pôle d'innovation, d'habitation et potentiellement commercial.

- une interrogation quant à la place laissée aux « autres » médecines ;
- sans occulter le fait que les hôpitaux sont actuellement l'objet de transformations rapides (investissements publics/privés, construction, requalification, contestation, etc.).

Un parallèle est effectué avec les hôpitaux d'Afrique subsaharienne qui connaissent des dysfonctionnements proches de ceux rencontrés en France et en Europe :

- un modèle pavillonnaire (pour le contrôle des maladies infectieuses à l'origine) mais qui persiste malgré l'évolution des prises en charge (développement des pathologies chroniques) ;
- toujours plus d'hôpitaux (dans le but de satisfaire les populations), avec des soins de santé primaires négligés (ce qui entraîne un engorgement des hôpitaux) ;
- des moyens dévolus à la santé publique en baisse (paiement direct des soins par les patients qui doivent s'acquitter des consultations, des médicaments, du matériel de soin, etc.) ;
- un héritage colonial toujours présent (au départ, ils ont été construits pour les colons qui y résidaient) ;
- des espaces perméables (les accompagnants sont des garde-malades, qui viennent apporter les repas, le linge aux patients), ouverts et fermés (car les patients sont gardés tant qu'ils n'ont pas payé).

D'un point de vue plus stratégique, les hôpitaux sont aussi une cible de la coopération internationale (aider en construisant des hôpitaux, pas nécessairement à bon escient). Deux hôpitaux (récents) sont cités en exemple.

- L'hôpital général de référence de Niamey au Niger, gigantesque infrastructure ouverte fin 2017 en périphérie de ville (qui participe ainsi à la restructuration urbaine). Il comprend 500 lits qui nécessiteront plus de 900 professionnels de santé (à mettre en parallèle de la population de ce « petit » pays de 21 000 000 d'habitants). Conçu par une agence d'architecture chinoise, ce projet d'État a été coûteux à construire et le sera à entretenir.
- Le *Butaro District Hospital* au Rwanda, conçu par une agence américaine. Malgré l'autoritarisme de l'État dans sa volonté de développer son système de santé, la conception de cet hôpital a impliqué une

démarche locale dans sa construction (matériaux et ouvriers) et une volonté d'intégration du bâtiment à son environnement.

Jérôme Bataille⁵ a ensuite poursuivi sur cette thématique du lien entre culture et structure hospitalière en se demandant « quel hôpital pour demain ? », en partant du principe que la santé (et son système) évolue très vite aujourd'hui (« *trop rapidement* »), même en France, et que les besoins devraient être définis au niveau territorial (local) et non national. Son propos s'est appuyé sur plusieurs exemples étrangers, asiatiques notamment.

Premier exemple : le Japon. M. Bataille prend celui d'appartements pour seniors conçus par Shusaku Arakawa⁶. Ces logements sont adaptés à un contexte de vieillissement, avec des solutions facilitantes (plutôt qu'aidantes qui « *achèvent* » les personnes âgées), des espaces de liberté, des couleurs, des sols irréguliers, des marches, etc., tout ceci dans l'optique de maintenir au maximum l'autonomie des personnes y vivant, visant d'ailleurs la prévention.

Toujours au Japon, M. Bataille présente un autre centre pour personnes âgées situé à Takanawa. Il s'agit d'une résidence ouverte de 80 places, avec des commerces et des lieux de distribution de légumes adjacents au poste de soins. Certains logements sont prévus pour être des colocations de seniors. Comme dans la résidence précédente, on y privilégie le maintien de quelques marches (en proposant une alternative par plan incliné), afin de conserver au maximum l'autonomie dans les déplacements. Une structure pour enfants handicapés est intégrée au sein de cette résidence, ainsi que quelques logements (à bas coût) destinés à des étudiants qui rendront service aux résidents seniors. C'est une culture visant à « *ne pas refuser la vie, mais à l'accepter et à la manager* ».

La dernière étape japonaise est l'hôpital de Kobé, dans lequel les chambres accueillent trois à quatre patients, ce qui impacte le design des bâtiments

⁵ Architecte, fondateur de la Fondation d'entreprise AIA pour l'architecture, la santé et l'environnement.

⁶ Architecte et plasticien japonais, décédé en 2010.

(en termes d'économie de place et de volume à mettre en œuvre pour accueillir le même nombre de patients, à mettre en parallèle du manque de foncier dont souffrent les mégapoles japonaises).

Deuxième exemple : la Chine, avec l'hôpital de Shen Yang, un établissement de 2 000 lits⁷ en cours de construction. Dans sa conception, tout le plateau technique est au centre et les pavillons d'hospitalisation sont autour, avec l'intégration de la faculté et de la recherche (jusqu'à la conception de nouvelles technologies). M. Bataille (architecte de ce projet) précise qu'il faut faire preuve d'un certain pragmatisme car il y a ici des masses de population que l'on ne connaît pas en France.

Dernier exemple : l'hôpital de Mataro en Espagne. C'est un établissement similaire à ce que l'on peut voir dans les constructions récentes en France avec néanmoins une différence majeure : le système de financement de la santé espagnol fonctionne à la capitation (un forfait attribué au parcours), ce qui implique un développement majeur de l'ambulatoire (et pas uniquement en chirurgie). Pour cela, bon nombre de locaux sont partagés entre professionnels (bureaux, salles de consultations et d'examen, etc.), permettant ainsi une polyvalence et une optimisation de l'usage des espaces. La coordination des professionnels (ville *vs.* hôpital) est indispensable afin de se répartir la rémunération, impliquant également une structuration majeure des soins primaires sur le territoire.

En conclusion à sa présentation, M. Bataille a remis quelques éléments en exergue :

- le gigantisme dans l'architecture hospitalière (en France) est absurde, mais c'est ce qui continue de se faire ;
- à Paris, l'offre de soins est surabondante, avec pourtant des problématiques foncières (notamment pour la reconstruction des hôpitaux nord de Paris) ;
- il se dit « *choqué que Doctolib[®] ne soit pas un outil public de gestion de l'offre primaire* » ;
- il y a un besoin de mettre en adéquation système de financement, système immobilier et offre de soins.

⁷ Aujourd'hui, le modèle chinois de la santé fonctionne au paiement à la chambre.

Regards croisés sur les défis de transformation du secteur hospitalier : ajustements structurels et culturels

Une table ronde a réuni plusieurs acteurs en lien avec cette thématique⁸.

Elle a été introduite par Eric Bord⁹ avec une session autour de plusieurs axes majeurs selon sa perspective de praticien hospitalier. Premièrement, il faut voir l'hôpital comme un lieu de passage (un plateau technique, une zone d'animation ancrée dans son territoire) sur le parcours d'un patient pris en charge globalement. L'ambulatoire, qui a fait ses preuves en termes de sécurité de prise en charge, est l'une des clés de ce lieu de passage. « *Mais il y a encore des irréductibles qui considèrent que la médecine c'est l'hôpital.* »

Les nouveaux métiers sont le deuxième élément à prendre en compte selon M. Bord, notamment celui d'infirmier(e) de pratiques avancées (IPA) (« *non pas pour décharger le médecin, mais pour lui permettre de se recentrer sur son expertise* »). Ces nouveaux métiers sont à impliquer à l'hôpital et avant/après la venue du patient ; ceci s'inscrit dans une logique de convergence médico-soignante, car la valeur ajoutée des métiers de la santé est la relation personnelle (avec l'usager notamment), qui prend du temps.

Le Dr Bord a ensuite abordé « *l'informatisation (à marche quasiment forcée) de l'hôpital[. . .] plus facile à faire accepter aux soignants qu'aux médecins* », qui produit des données de façon massive et que l'on est de plus en plus capable d'exploiter. Cette exploitation va aider le développement des algorithmes décisionnels pour améliorer la prise en charge du patient. Ce sont les données du plus grand nombre qui vont permettre la personnalisation et d'accéder à une médecine de précision. Pour cela, la collaboration avec des start-up est indispensable (« *l'informatique/les robots sont des outils, et ça fera ce que l'on en fera. À nous de voir ce que l'on veut, et*

⁸ Afin de faciliter la lecture de ce compte rendu, les points de vue seront exprimés par orateur et ne seront pas le reflet réel des échanges qui se sont tenus.

⁹ Praticien hospitalier, chef de service de neurochirurgie/neurotraumatologie, vice-président de la Commission médicale d'établissement (CME), CHU de Nantes.

comment cela va nous aider»). Toutes celles ayant développé des algorithmes aujourd'hui l'ont fait sur des données issues du secteur libéral. En se penchant sur le secteur public, on envisage la résolution de problématiques organisationnelles. Néanmoins la saisie de ces données par les professionnels prend du temps (« *tout le monde est prêt à ça ? Clairement non* »).

L'ancrage territorial est un autre élément important. Dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les socles sont le projet médical de territoire et la coopération entre tous les corps de métiers qui prennent en charge les patients, dont les établissements (publics pour le moment). Dans ce projet médical de territoire (PMT), on doit définir des filières de prise en charge en redéfinissant ce qu'est vraiment la proximité (premier, deuxième et troisième recours).

Le Dr Bord a terminé sur quelques mots permettant de décrire l'hôpital de demain : ouvert (vers l'extérieur et le territoire), humain, formateur et chercheur, connecté, efficient/performant pour ne pas dire rentable, où il fait bon vivre pour les professionnels (ce n'est pas toujours le cas pour certains). La clé de l'hôpital de demain est de redonner confiance aux patients, aux usagers et aux professionnels.

Anne Picard¹⁰ a rebondi sur certains des éléments abordés par le Dr Bord. En ce qui concerne les nouveaux métiers, elle est revenue sur les initiatives liées aux protocoles de coopération (prémices aux nouveaux métiers, dont celui d'IPA). Elle note une « *réticence médicale et un cadre extrêmement contraint, ce qui a dissuadé bon nombre de franchir le pas* » et que les « *critères de rémunération* » ne sont toujours pas connus (alors que les premiers IPA seront diplômés cet été), dans un contexte où « *l'hôpital souffre, pour les paramédicaux, d'une démotivation très rapide, d'une "crise des vocations" ou plutôt "crise d'attrait" des professions soignantes* ».

En tant que managers, nous nous situons à « *la croisée des chemins : intelligence artificielle, technologie d'aide à la prise en charge des patients (fin à*

prévoir "des tours de températures/tensions" : que va-t-on faire de nos soignants ?), un versant numérique pour lequel les soignants ne sont pas assez formés, les managers non plus ; les modes de management/communication n'avancent pas aussi vite qu'il le faudrait ». Tout ceci sans occulter le « *soin [qui] est très important* », et qu'« *il faut garder du sens dans le soin (discuter, toucher, échange)* ». Concernant la numérisation, Mme Picard a mis l'accent sur « *la sécurisation des données, avec un risque de dévoiement de celles-ci. Si cela peut aider les soignants, [il n'y a] pas de raison de considérer cela comme une menace ; [et] il faut que les professionnels soient des acteurs du développement de ces nouvelles technologies* ». Dans ce contexte, Mme Picard pense que « *l'hôpital a [également] son rôle à jouer dans la prévention* ».

La table ronde a permis de donner la parole à une patiente experte (avec son expérience spécifique du domaine de l'addictologie), en la personne d'Ariane Pommery¹¹, pour qui « *l'hôpital d'aujourd'hui ne répond pas aux attentes des patients*. » Il faut toujours, selon elle, « *travailler sur l'accueil des patients et utiliser les technologies pour améliorer celui-ci, [comme par exemple] recevoir un message personnalisé la veille de l'intervention* » et dispenser au patient une « *information claire* ». Pour cela, comme les institutions publiques l'initient déjà, Mme Pommery a insisté sur un nécessaire « *travail en partenariat avec les professionnels, [un] partenariat de soins, [avec une] implication des patients, [et ce] dès la formation* ».

Mme Cécile Gambier-Barrere¹² a poursuivi ce sujet en disant qu'« *aujourd'hui on commence à intégrer la parole du patient dans les projets (maîtrise d'œuvre, réflexion programmatique (qu'est-ce que la qualité d'une chambre ?), etc.) mais que l'on est encore fragile sur ce volet* ».

Dans le cadre de sa restructuration, l'APHP (5 millions de m² avec « *un patrimoine vieillissant, voire obsolète* ») vise une cohérence plus importante entre ses établissements en investissant – car il y a une inadaptation de certains bâtiments –, et en prenant en compte l'évolution de la place de

¹⁰ Cadre supérieure de santé en anesthésie et réanimation, hôpital Tenon, APHP.

¹¹ Association des patients experts en addictologie (APEA).

¹² Responsable stratégie immobilière et analyse des projets, APHP.

l'hôpital dans la ville (« *il ne faut pas que l'hôpital soit un objet isolé, mais qu'il s'inscrive dans la ville, ce qui génère des gros flux [...] il faut qu'il y ait une desserte et une accessibilité* »). Cela se fait avec l'accompagnement des tutelles et avec le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) (pour répondre à des objectifs d'efficience et aux besoins).

Dans une vision à plus long terme, il y a un réel besoin de s'inscrire dans une démarche environnementale vertueuse car même dans les nouveaux établissements la consommation d'énergie est toujours très (trop ?) importante. Il faut également être vigilant et ne pas céder tout le foncier afin d'envisager les besoins de l'avenir. Il est nécessaire de prévoir une évolutivité future, dans un cadre financier contraint (notamment par la « *procédure des marchés publics [comment faire évoluer cette contrainte ?]* »). La temporalité de ces constructions/restructurations implique des échelles de temps non cohérentes : « *à la livraison l'hôpital sera quasiment déjà obsolète* ».

François Grimonprez¹³ a été le dernier intervenant de cette table ronde. « *On a un enjeu collectif pour redessiner ce que l'on veut comme cadre.* » M. Grimonprez le voit comme atypique au niveau international, car éminemment curatif, avec une première ligne de prise en charge qui est défaillante, à restructurer. Ceci dans le but que l'hôpital ne récupère pas tout. La première ligne c'est la médecine libérale, mais pas uniquement, en ayant en tête que le modèle libéral n'est plus forcément celui attendu par les nouvelles générations. Il ajoute qu'« *il nous faut inventer la médecine salariée, et une première ligne qui prenne en compte tous les professionnels* » et évoque l'intérêt des « *communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS] qui permettront à l'hôpital de se recentrer sur ses activités propres, sur son organisation* ».

Il est cependant assez critique de l'organisation actuelle. « *C'est une aberration, je ne crois pas à la logique industrielle dans le domaine de la santé. À améliorer la performance des plateaux techniques vous dégradez l'efficience des services de soins, de la*

prise en charge globale. Le problème est que c'est un filtre économique qui coordonne tout. Aujourd'hui la prévention n'est pas financée, donc qui va le faire ? »

Comme l'ensemble des intervenants, M. Grimonprez a évoqué la nécessité pour l'ensemble des acteurs de santé de réfléchir à la responsabilité territoriale. « *Tout le monde est convaincu de cette approche. Mais nous sommes trop dépendants des relations interpersonnelles, des bonnes volontés. Il est nécessaire de poser un cadre de fonctionnement collectif, selon le territoire.* ». Il a terminé son intervention en décrivant notre système de santé trop centré sur l'hôpital, et un hôpital trop centré sur lui-même. « *Ce qui fait perdre du sens aux professionnels, car on se sent en devoir de répondre à tout, sans pouvoir le faire. Qu'est-ce que l'on attend de l'hôpital ? Il n'est peut-être pas là pour compenser des défaillances qui ne lui incombent pas. La vraie question étant : qui finance l'investissement à l'hôpital ?* »

Synthèse : maintenant, dessinons l'hôpital de demain

Fanny Chabrol a conclu cette matinée en envisageant l'avenir avec un hôpital plus ouvert, avec une crainte prégnante quant à la sécurité (des données notamment), mais ouvert sur de nouvelles pratiques/organisations, la prévention, la prise en considération d'avis jusque-là sous-utilisés (patients, citoyens, etc.). Ceci en lien avec des éléments de performance et d'efficience (peu développés durant cette matinée). « *Ne faudrait-il pas également mettre d'autres mots en avant : solidarité, échange, accueil, etc. ?* ».

M. Bataille a, quant à lui, repris la structuration de son exemple chinois (dont il est l'un des architectes) pour parler de sa conception de l'hôpital de demain. Il faut :

- un foncier, mais pourquoi pas multisite, plusieurs parcelles pour être au plus proche des populations ;
- un premier bâtiment en charge du diagnostic ;
- un accueil (qui ne se fait pas uniquement à l'hôpital), avec un hall (sans brancardier et sans attente, cela permet de gagner de la place) ;
- une notion d'hébergement d'hospitalisation qui persiste, avec une chambre individuelle (en France d'un point de vue individualiste, avec l'idée que l'État

¹³ Directeur du réseau et des services institutionnels, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne.

Compte rendu de **congrès**

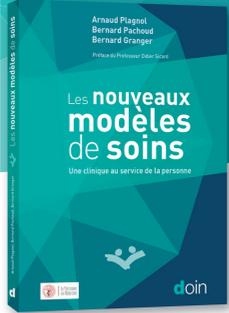
nous doit tout alors qu'à l'étranger les chambres à quatre lits sont la norme dégageant ainsi une économie de place...);

- de(s) plateau(x) technique(s), à placer en périphérie afin de ne pas brider les éventuelles évolutions techniques ;
- une formation permanente (facile et accessible) et la recherche.

Suite à cette conférence, plusieurs éléments/exemples étrangers restent en suspens. Quelle est la place de la prévention primaire dans l'hôpital de demain? Elle est peu présente dans les établissements de santé alors qu'elle l'est davantage

dans le handicap et en oncologie. Les États-Unis commencent à faire des centres de bien-être et santé, pour check-up et bilans d'orientation en préventif ; quid de ce concept en France (avec la prise en compte du poids majeur des assurances privées aux États-Unis). Il est évident que ces éléments sont à prendre en compte dans la conception des établissements de demain et dans les relations avec les professionnels extérieurs à ces hyperstructures.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.



Les nouveaux modèles de soins

Une clinique au service de la personne

Arnaud Plagnol
Bernard Pachoud
Bernard Granger

Collection La Personne en Médecine
• Octobre 2018
• 17 x 24 cm, 224 pages
• ISBN : 978-2-7040-1582-5
• 36 €

doin | **John Libbey EUROTEXT**

Repenser le prendre-soin par des pratiques innovantes

De profondes mutations dans la conception des soins sont en gestation et convergent vers la même aspiration : une attention à l'humain, aux échanges, aux ressources et aux aspirations de la personne soignée, dans sa singularité inaliénable.

Cette nouvelle culture du prendre-soin nourrit déjà les pratiques soignantes et s'appuie sur des concepts novateurs issus des expériences de cliniciens engagés ou portés par des mouvements d'usagers.

Ce volume présente les plus dynamiques de ces nouveaux modèles de soins, leurs fondements, principes communs et développements cliniques concrets.

En savoir + sur www.jle.com



Également disponible en Ebook

