

Introduction

Les établissements de santé publics et privés doivent s'adapter constamment au contexte démographique, socio-économique et réglementaire. Créer les conditions favorables tant pour les patients que pour les personnels de santé est devenu plus que jamais, un enjeu majeur. Les réponses à apporter exigent de revisiter les modes d'organisation, de management et d'appliquer de nouveaux outils.

Si les organisations sont devenues de plus en plus fiables grâce à la certification, les patients sont devenus plus exigeants, les salariés sont de plus en plus nombreux à souffrir du stress et de nombreux établissements sont en difficulté financière. Les cadres, loin de leur équipe, accaparés par les tâches administratives ressentent également un véritable malaise. Les élus s'inquiètent des inégalités sociales de santé et des disparités de l'offre de soins sur le territoire. La crise actuelle relance les interrogations sur notre merveilleux système de Sécurité sociale. Allons-nous connaître une médecine à deux vitesses ?

Si les établissements veulent mener de pair : performance, qualité des soins et qualité de vie au travail, ils auront à établir un diagnostic de l'existant et à mettre en place une vision partagée du futur, soutenue à la fois par un management de proximité et de la logistique. Une logistique au service de l'humain c'est-à-dire axée à la fois sur les attentes des patients et des personnels. Ces nouveaux modes de fonctionnement et ces outils auront pour but d'encourager le lien social, la compétence collective au service des patients. Ces changements tiendront compte de la culture de l'établissement et seront accompagnés de manière à lever les peurs et à favoriser la réussite.

Il ne faudra surtout jamais perdre de vue que la logistique sert l'humain et non l'inverse !

Chapitre 1

L'évolution du secteur de la santé

La politique de santé relève de la responsabilité de l'État. C'est au **ministre de la Santé** qu'il revient d'élaborer et de conduire la stratégie nationale de santé. Il veille à garantir des conditions de vie favorables à la santé de la population, à assurer la meilleure sécurité sanitaire possible ainsi que l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

En matière hospitalière, le ministre de la Santé a autorité sur la **Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)** qui est chargée de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de l'offre de soins.

L'IGAS, **Inspection Générale des Affaires Sociales**, réalise des missions de contrôle, d'audit et d'évaluation, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à la conception et à la conduite de réformes.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) contribue à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé. Il fournit aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ; de suggérer des conseils sur les questions de santé publique et de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée.

La conférence nationale de santé est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la Santé. Elle formule des avis sur l'amélioration du système de santé, elle élabore chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, élargi au champ médico-social mais aussi à « l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social ». Elle contribue à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

La mission du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et la santé consiste à soulever des enjeux de société nouveaux et poser un regard éthique sur ces évolutions, réfléchir sur la bioéthique, lancer des débats publics.

Le Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) est une instance interministérielle permanente de décision et de conseil créée en décembre 2012 qui vise à accompagner les établissements en instruisant les projets d'investissement d'ampleur exceptionnelle, soit supérieurs à 50 millions d'euros hors taxe. Le COPERMO aide ceux demandant à être soutenus au niveau national selon des critères exigeants en termes d'efficacité des organisations projetées, de soutenabilité financière et de valeur ajoutée pour l'offre de soins et en définissant avec les ARS, les trajectoires de retour à l'équilibre des établissements en difficulté.

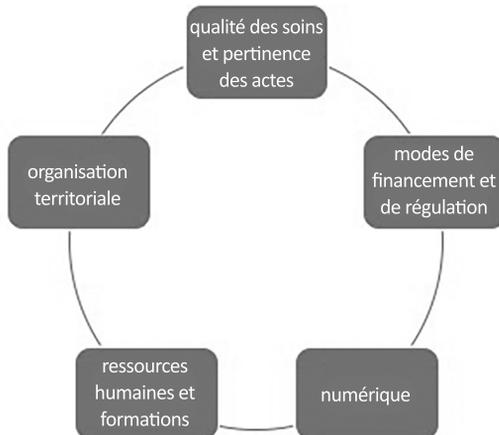
Les Agences Régionales de Santé (ARS) observent la santé dans la région et déclinent la politique de santé par le financement des actions visant à promouvoir la santé, à informer et éduquer la population ou à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie. Elles sont compétentes sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Elles sont chargées de réguler, d'organiser l'offre de services de santé et médico-sociaux.

L'assurance maladie garantit l'accès aux soins à tous les citoyens et agit en amont de la maladie et de ses complications, avec des actions de prévention. Elle joue par ailleurs un rôle de régulateur du système de santé, cherchant en permanence à concilier la meilleure qualité des soins et le meilleur coût.

Pour assurer cet accès aux soins et à la prévention, l'État observe l'état de santé de la population, assure la veille et la sécurité sanitaire

et promeut des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé. Il mène des politiques de prévention et d'éducation sur les facteurs pouvant présenter des risques pour la santé de la population. Il assure la prise en charge des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale. La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux. L'État permet à l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé de donner des avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé. L'environnement impactant la santé de la population, l'État est attentif à la qualité de celui-ci.

Ainsi le troisième Plan national santé environnement (PNSE3) 2015-2019 s'articule autour de quatre grandes catégories d'enjeux : *de santé prioritaire, de connaissance des expositions et de leurs effets* (pour la recherche en santé environnement, les actions territoriales, l'information), *de communication et de formation*. Il s'agit de réduire autant que possible et de façon efficace les impacts des facteurs environnementaux sur la santé afin de permettre à chacun de vivre dans un environnement favorable à la santé.



En 2019, cinq chantiers ont été identifiés pour répondre aux besoins de la population en matière de santé :

- **Qualité des soins et pertinence des actes** : en évaluant la qualité des parcours des patients pour faciliter leur orientation dans le système de santé à partir d'indicateurs.

MANAGER UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

- **Modes de financement et de régulation** : en créant différents modes de rémunération pour s'adapter avec plus de pertinence aux soins, à la prévention ou à l'éducation.
- **Transformation numérique du système de santé** : comme l'accès pour les patients à leurs données médicales en ligne, la dématérialisation des prescriptions, le partage d'informations entre tous les professionnels de santé.
- **Ressources humaines et formations des professionnels** : revoir les formations des professionnels (numerus clausus) pour qu'elles soient adaptées à la demande.
- **Organisation territoriale des soins** : favoriser l'accessibilité des soins, étendre le développement de l'ambulatoire, réduire le clivage ville/hôpital/médico-social, accompagner les professionnels qui souhaitent exercer en mode regroupé.

Pour adapter l'organisation sanitaire et sociale d'un pays et répondre à la demande de soins de la population, il est nécessaire de connaître le mieux possible son état de santé. Différents indicateurs permettent son évaluation :

- **indicateurs sociodémographiques** : obtenus grâce au recensement ;
- **indicateurs de mortalité** : (registres d'état civil, causes du décès sur le certificat médical, enquêtes épidémiologiques) études de taux spécifiques par sexe, âge, catégorie socio-professionnelle pour mettre en évidence les écarts :
 - taux de mortalité prématurée (décès survenu avant 65 ans) ;
 - taux de mortalité foeto-infantile composé de plusieurs indicateurs: mortalité néo-natale (décès survenus entre la naissance et 27 jours de vie révolus), mortalité infantile (avant 1 an), mortalité post-natale (décès survenu entre le 28e jour et 1 an de vie), mortalité périnatale (mort fœtale à partir de 28 semaines d'aménorrhée et enfants mort-nés et décédés entre la naissance et 7 jours) et la mortinatalité (mort fœtale à partir de 28 semaines d'aménorrhée) ;
 - taux brut de mortalité pour une cause de décès (exemple cancer ou encore plus détaillé cancer de la prostate, du sein, du poumon...) ;
 - taux de mortalité évitable: décès évitables par modification des habitudes de vie (alcool, sida, accidents...) et par une meilleure réponse du système de soins (préventif et curatif), de mortalité proportionnelle (évalue la part en pourcentage que représente une cause ou un groupe de causes dans la mortalité générale) ;

- **indicateurs démographiques**: espérance de vie à la naissance (durée de vie d'une génération), espérance de vie sans incapacité, espérance de santé (la longévité n'est pas un critère de bonne santé). On s'intéresse à des indicateurs comme l'espérance de vie sans maladies chroniques, l'espérance de vie en bonne santé (santé perçue). La notion de handicap recouvre à la fois les atteintes fonctionnelles de l'organisme et leurs conséquences dans la vie quotidienne. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ».

Le système de santé est au service du patient. Il regroupe l'ensemble des moyens et activités mis en œuvre à des fins :

- curatives : restaurer la santé ;
- préventives : renforcer les capacités des individus pour créer les conditions essentielles à la santé et de réaliser leur potentiel de santé ou réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé ;
- éducatives afin de les responsabiliser, d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens leur permettant de promouvoir leur santé et d'améliorer leur qualité de vie (lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue, l'obésité, la sédentarité et campagnes pour un meilleur équilibre alimentaire « manger, bouger », « la fabrique à menus », santé sexuelle: choisir sa contraception.fr, onsexprime.fr, info-ist.fr).

La demande de soins

Au fil des années, une amélioration globale et incontestable de la santé a eu lieu dans les pays industrialisés. Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon. L'espérance de vie est plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes : 85,3 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes en 2018... et elle continue de progresser. L'espérance de vie continue d'augmenter mais l'obésité et le surpoids risquent d'inverser cette tendance, selon l'Organisation mondiale de la Santé.

Enfin, si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ont des problèmes de santé. En France, comme dans les autres pays développés, la demande de santé évolue à cause du vieillissement de la population, de l'apparition de pathologies plus complexes, de l'augmentation de pathologies chroniques, de cancers, de maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, de maladies infectieuses et parasitaires. Cependant, il existe des inégalités sociales de santé et des disparités sur le territoire :

- l'espérance de vie à 35 ans selon ces indicateurs d'incapacité montre que les cadres vivent dix années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, huit années de plus sans gêne dans les activités et sept ans de plus sans dépendance¹ ;
- le taux de prématurité varie du simple au triple en fonction du niveau scolaire de la mère ;
- 15 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières² (l'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement aux soins dentaires, d'optique et médecins spécialisés). Ce chiffre en augmentation en 2018 montre que le renoncement concerne, effectivement, d'abord des soins chez le dentiste. Les soins, qui n'ont pas été effectués, concernent à 38 % des prothèses dentaires mais aussi à 33 % des soins dentaires conservateurs. Dans 18 % des cas, ces renoncements concernent des achats d'optique. Mais, plus nouveau, 20 % des soins, ayant fait l'objet d'un renoncement, concernent des consultations chez un ophtalmologiste, 14 % des consultations chez un autre médecin spécialiste et 13 % chez un généraliste ;
- la pollution atmosphérique des régions industrielles et urbanisées par rapport aux zones rurales ;
- les enfants des ménages les plus modestes sont moins nombreux à bénéficier d'un suivi en orthodontie mais ils ont également plus de caries³, plus d'asthme, de surpoids et d'obésité ;
- les enfants scolarisés en ZUS présentent des troubles de la vue (21 % des élèves), des difficultés au niveau de la maîtrise du langage ;

1. *L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011* www.sante.gouv.fr

2. *Enquête IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.*

3. www.inpes.sante.fr

- le nombre d'accidents des jeunes enfants est lié à la vétusté des bâtiments ;
- certaines catégories de population sont plus vulnérables ou surexposées aux risques professionnels (les jeunes travailleurs, les travailleurs occupant un emploi précaire ou saisonnier, les travailleurs « au noir », les travailleurs plus âgés, les travailleurs migrants, les femmes enceintes). La crise économique est un contexte aggravant pour un certain nombre de ces populations ;
- les salariés des BTP, travaux forestiers, industrie automobile, agroalimentaire, industrie des biens de consommation et/ou l'exposition des travailleurs à des niveaux sonores élevés, scieries, chantiers de construction navale, secteur de la santé restent particulièrement exposés ;
- l'accès aux soins des personnes handicapées ;
- les inégalités de répartition des professionnels de santé dans certains territoires et baisse de la démographie médicale.

Il existe plusieurs facteurs déterminants à cette inégalité sociale de santé : âge, sexe, facteurs héréditaires, le mode de vie et les comportements à risque (tabac, alcool, drogue illicite, psychotrope), les conditions de travail, les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

La première circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs et à l'accompagnement des malades en phase terminale voit le jour pour la première fois en 1986. Depuis, si l'impulsion législative a permis de développer des structures ou des lits de soins palliatifs en court séjour au cours de ces dernières années, de fortes inégalités territoriales demeurent. On constate notamment que certains établissements de santé confrontés à un nombre annuel élevé de fins de vie ne disposent pas de capacité de prise en charge adaptée en soins palliatifs.

Le besoin d'informations, d'explications, et de transparence exprimé par le patient a été entendu par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Son premier article garantit à chacun l'accès aux soins. Désormais, le patient a des droits. Il est informé ainsi que son entourage sur sa maladie, son traitement, les risques et les conséquences, son consentement est recueilli, ses droits sont inscrits dans une charte, sa douleur est prise en charge, la continuité des soins et la qualité sont assurées, il a accès à son dossier médical et peut s'aider d'une personne de confiance. De plus en cas de litige, les professionnels de santé doivent faire la preuve de la transmission effective de l'information ce qui explique l'ardeur

MANAGER UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

des établissements depuis 1997 à formaliser l'information au patient, à assurer la traçabilité, la mise en place du dossier du patient informatisé, les systèmes de recueil des plaintes. La représentation des usagers dans les instances de santé publique, hospitalières ou non, permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de ces représentants, à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé.

Les usagers sont présents dans les instances de santé publique, hospitalière ou non, permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de ces représentants à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé. Les usagers sont présents dans les établissements au sein des commissions des usagers (CDU), des conseils de surveillance (CS) et les conseils d'administration (CA) et des commissions d'activité libérale (CAL). Ils participent également dans :

- La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).
- Les conseils territoriaux de santé (CTS).
- La commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI).

Le décret du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé donne la possibilité à cette commission de proposer un projet des usagers. Les usagers perçoivent la qualité des soins, la qualité de la prise en charge ou encore de l'accompagnement complémentaires à ceux identifiés par les professionnels de santé, administratifs et techniques. La construction d'un projet des usagers permet de mieux sécuriser les patients et leurs parcours, mais aussi les professionnels et leurs pratiques. Il s'inscrit dans le projet d'établissement et sa stratégie.

Autrefois, le malade s'en remettait entièrement au médecin. Il était objet de soins. Le patient exprimait sa souffrance et le médecin, le sachant, prenait les décisions unilatéralement. Le sida et les demandes de ces malades ont contribué à changer la donne. La loi du 4 mars 2002 a permis au patient de devenir acteur de sa propre santé. D'objet de soins, il est devenu sujet de soins. Le malade devient le décideur final après avoir reçu l'information adéquate de la part du professionnel de santé. « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ces choix. »

Aujourd'hui, le patient est devenu un client qui a non seulement des besoins mais aussi des attentes et des ressentis vis-à-vis de sa prise

en charge. Il revendique la gestion de sa maladie. Il a besoin de savoir qui fait quoi? Où? Selon quelles conditions tarifaires? Avec quelles garanties de service rendu? Il se sent trop souvent abandonné dans son parcours de soins et livré à lui-même pour trouver des solutions. Il souhaite à la fois une information de nature collective, mais aussi à titre individuel, selon ses pathologies ou celles de son entourage. Le recours à Internet et aux forums de discussions dédiés à la santé démontre l'importance de l'information mais aussi les manques des institutions dans cette information appropriée donnée au patient. Les patients sont passés d'un statut de dépendance à celui de partenaires. Le consentement éclairé, le droit d'accès du patient à son dossier médical lui ont permis de prendre « des décisions concernant sa santé ». La Charte de la personne hospitalisée, affichée dans les établissements de santé, reprend les droits et les devoirs des patients.

Les directeurs d'établissement se doivent alors non seulement d'être des gestionnaires efficaces mais également de travailler sur la qualité de l'environnement périphérique à la prise en charge médicale afin de rendre attractif leur clinique ou leur hôpital sans pour autant faire le choix de leur clientèle. Les établissements, pour progresser dans la qualité de prise en charge des patients, doivent tenir compte de l'expérience patient. L'expérience patient dans un hôpital ou une clinique désigne le vécu du patient (entre attentes et réalités), sa perception rationnelle et émotionnelle que le patient ressent avant, pendant et après l'hospitalisation et tout au long des étapes de son parcours. Chaque histoire est personnelle, chaque personnalité est différente. Elles conditionnent sa manière de penser (système cognitif). Ce principe de singularité implique une prise en charge différenciée pour chaque patient car chaque individu se construit lui-même comme son semblable tout en étant différent d'autrui.

La demande des patients évolue. Cette évolution des besoins nécessite à la fois une évolution des pratiques de soins, d'une culture palliative et une maîtrise des dépenses de santé. La crise économique et financière actuelle relance les défis de gestion de la Sécurité sociale, les enjeux d'une politique de responsabilisation des Français, par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation et l'élargissement des missions du directeur hospitalier.