

**Séminaire
Vie des Affaires**

*organisé grâce aux parrains
de l'École de Paris :*

Air France
Algoé²
Alstom
ANRT
ArcelorMittal
Areva²
Cabinet Regimbeau¹
Caisse des Dépôts et Consignations
CEA
Chaire "management de l'innovation"
de l'École polytechnique
Chambre de Commerce
et d'Industrie de Paris
CNRS
Conseil Supérieur de l'Ordre
des Experts Comptables
Danone
Deloitte
École des mines de Paris
EDF
Entreprise & Personnel
ESCP-EAP
Fondation Charles Léopold Mayer
pour le Progrès de l'Homme
France Télécom
FVA Management
Roger Godino
Groupe ESSEC
HRA Pharma
IDRH
IdVectoR¹
La Poste
Lafarge
Ministère de l'Industrie,
direction générale des Entreprises
Paris-Ile de France Capitale
Economique
PSA Peugeot Citroën
Reims Management School
Renault
Saint-Gobain
Schneider Electric Industrie
SNCF¹
Thales
Total
Ylios

¹ pour le séminaire
Ressources Technologiques et Innovation
² pour le séminaire Vie des Affaires

(liste au 1^{er} septembre 2008)

**ÉVOLUTION DE L'HÔPITAL :
LE CRI D'ALARME D'UN CHIRURGIEN**

par

Laurent SEDEL

Chirurgien à l'hôpital Lariboisière
Directeur du laboratoire de recherche orthopédique du CNRS

Commentaires de

Dominique TONNEAU

Professeur à l'École des mines de Paris
Animateur des chantiers pilotes MeaH (Mission expertise et audits
Hospitaliers) sur les blocs opératoires

Séance du 16 mai 2008

Compte rendu rédigé par Élisabeth Bourguinat

En bref

Fin 2007, Laurent Sedel publie dans *Le Monde* une tribune, "La déprime du bistouri", pour alerter sur des dérives de l'hôpital. Une opération chirurgicale est comme une pièce de théâtre : des acteurs aux compétences variées doivent interagir de façon précise, la défaillance d'un seul pouvant être grave. Or, les différents acteurs sont gérés selon un modèle de plus en plus corporatiste, ce qui rend difficile un travail d'équipe. La réduction du temps de travail, l'absentéisme, les horaires variés des différentes spécialités accroissent les problèmes de coordination. Certaines réformes manquent leur objectif faute d'une réelle connaissance de la réalité de l'hôpital. Par ailleurs, la peur du juge remplace de plus en plus la peur de l'échec. Aussi la chirurgie n'attire-t-elle plus et l'on constate un recours croissant à des étrangers de statut précaire. Pourtant, Laurent Sedel est convaincu qu'il ne faudrait pas grand-chose pour rendre plus dynamique et efficace la médecine hospitalière, qui a de réels atouts...

*L'Association des Amis de l'École de Paris du management organise des débats et en diffuse
des comptes rendus ; les idées restent de la seule responsabilité de leurs auteurs.
Elle peut également diffuser les commentaires que suscitent ces documents.*

EXPOSÉ de Laurent SEDEL

Au mois de mars dernier, je me suis rendu à San Francisco pour un congrès d'orthopédie qui accueillait quarante mille orthopédistes et industriels. Dans les rues, des colonnes Morris présentaient des affiches publicitaires vantant les mérites d'une prothèse de hanche, d'une prothèse d'épaule, ou d'un ciment pour prothèse. J'ai vu au pied d'une de ces colonnes un sans-abri amputé d'une jambe qui n'avait strictement aucune chance de bénéficier un jour de ces produits. Aux États-Unis, la santé est un vrai marché, dominé par les assureurs, les avocats et les industriels de la pharmacie, de l'imagerie et des prothèses. Non seulement les pauvres, qui représentent 30 à 40 % de la population, en sont exclus, mais les classes moyennes ont de grandes difficultés pour y accéder : certains doivent vendre ou hypothéquer leur maison pour se faire opérer.

Le système français est bien différent. La Sécurité sociale est accessible à tous. Même les plus pauvres en bénéficient, grâce à la couverture maladie universelle (CMU). Le marché, qui représente 11 % du PIB, se partage à parts à peu près égales entre le privé et le public. En revanche, ce système souffre d'une mauvaise gestion des moyens du public (Caisse d'assurance maladie) et d'une mauvaise gouvernance de l'hôpital. Je vais illustrer cette analyse par le cas du service d'orthopédie traumatologie de l'hôpital Lariboisière, à Paris.

L'hôpital Lariboisière

L'hôpital Lariboisière est l'un des 36 hôpitaux de l'Assistance publique à Paris. Rattaché à l'université Paris Diderot – Paris 7, il fait partie du groupe hospitalo-universitaire du nord de Paris qui comprend 6 autres hôpitaux (Bichat, Beaujon, Avicenne, Saint-Louis, Robert Debré et Jean Verdier).

Les missions de l'hôpital

Outre les soins, ses missions recouvrent la recherche et l'enseignement destiné aux étudiants en médecine de Paris 7, mais également aux étudiants de troisième cycle, aux infirmières, aux kinésithérapeutes, ou encore aux aides-soignants. Le laboratoire de biomécanique et de biomatériaux ostéo-articulaires de Lariboisière est rattaché au CNRS et emploie 14 personnes à plein temps et 23 enseignants chercheurs.

Le budget du pôle Appareil locomoteur

Le service d'orthopédie traumatologie fait partie du pôle Appareil locomoteur de Lariboisière. Le total des dépenses 2007 du pôle s'élève à plus de 25 millions d'euros, dont 11 millions de charges de personnel (9 millions pour le personnel soignant et 2 millions pour le personnel médical), 3,5 millions de charges d'exploitation, dont 1,6 pour les matériels implantables, 4,5 millions de charges induites et 4,8 millions de charges hôtelières.

Les recettes s'élèvent à 24 millions d'euros. Elles comprennent les recettes liées aux diagnostics (17,5), les remboursements de matériels implantables (1,6), les remboursements des surcoûts liés aux difficultés sociales des patients ou aux activités de recherche et d'enseignement (2,9) et enfin les recettes liées aux activités externes (0,7).

Un nouveau mode de financement a été mis en place, la tarification à l'activité (T2A), qui instaure une transparence sur les activités de l'hôpital et rend ainsi possible une comparaison entre établissements. Elle nous permet également d'accroître notre activité. En 2007, nous avons posé 637 prothèses de la hanche ou du genou contre 616 en 2006. À l'époque du budget global, chaque prothèse supplémentaire coûtait de l'argent à l'hôpital car elle était imputée à son budget, alors qu'aujourd'hui elle en rapporte car elle est remboursée par la Sécurité sociale.

Les raisons du déficit

Le déficit (1,2 million d'euros) s'explique par le fait que le secteur privé se concentre sur les activités concurrentielles et laisse les autres activités au secteur public. Les cliniques privées travaillent essentiellement sur rendez-vous et ne prennent en charge ni les asociaux au comportement difficile, ni les cas médicaux les plus complexes, à haut risque de judiciarisation. Or, ces surcoûts ne sont pas pris en compte par le mode actuel de financement, qui repose sur les groupes homogènes de malades (GHM).

Les admissions à l'hôpital

En 2007, le service d'orthopédie traumatologie de Lariboisière a réalisé plus de 12 000 consultations et opéré 2 181 patients. Il existe trois modes d'admission des patients dans le service, en fonction de la plus ou moins grande urgence des cas.

La consultation

Le premier est la consultation sur rendez-vous, avec des délais compris entre 3 et 6 mois pour les opérations, ce qui reste raisonnable par rapport aux 2 ans nécessaires en Angleterre ou au Canada pour la pose d'une prothèse de la hanche. Certaines opérations urgentes (tumeurs, greffes de nerfs) sont réalisées dans des délais beaucoup plus courts.

Le SAU

Le deuxième mode d'entrée se fait par le service d'accueil des urgences (SAU) pour les accidents légers (fractures, plaies, abcès, etc.).

Les entrées par le SAU se traduisent par environ 1 200 opérations par an, soit 4 par jour en moyenne, mais avec une très grande variabilité d'un jour à l'autre. L'admission dépend du nombre de lits disponibles dans notre service, à l'unité d'hospitalisation des urgences (UHU), ou parfois dans d'autres services. J'essaie de me battre contre la culture très française du lit dédié et de dissocier l'aspect hôtellerie de l'aspect soin, mais je me heurte à des résistances fortes, notamment de la part de mes collègues médecins. Les compétences des infirmières devraient pourtant leur permettre de s'occuper aussi bien d'une vieille dame affligée d'une pneumonie que d'une vieille dame souffrant d'une fracture du col du fémur...

Notre service s'est engagé à ce que les urgences représentent 50 % de nos interventions. Celles que nous ne pouvons pas accueillir sont renvoyées vers d'autres hôpitaux. Leur nombre est difficile à connaître ; je l'estime à environ 300 par an.

Le SAMU

Les patients sont généralement amenés par le service d'aide médicale urgente (SAMU) lorsqu'il s'agit d'accidents graves. À leur entrée dans l'hôpital, ils sont pris en charge par le département d'anesthésie réanimation, qui fait appel aux différents services en fonction des besoins. Ces patients sont prioritaires par rapport aux patients accueillis par le SAU, et a fortiori par rapport aux patients entrés par le service de consultation. En cas d'intervention d'urgence, nous devons modifier notre planning et expliquer aux autres patients pourquoi leur intervention est retardée.

Le manque de lits en aval

Les patients issus du SAMU présentent des pathologies souvent lourdes et ont tendance à rester à l'hôpital plus longtemps que les autres, ce qui réduit la capacité d'accueil.

En outre, un tiers de nos lits sont occupés par des personnes qui devraient être ailleurs. Une assistante sociale s'occupe à plein temps de cette question. Après l'intervention, certains patients devraient être envoyés dans des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de soins de longue durée (SLD). Nous travaillons avec 48 établissements de ce type

en Île-de-France, mais comme les lits manquent, ces établissements ont tendance à sélectionner leurs patients. Le transfert demande de toute façon au moins quelques jours, car il faut établir un dossier et le faire valider.

Certains patients souffrent de maladies mentales, ce qui les rend sujets à de nombreux accidents. Ils seraient plus à leur place dans des hôpitaux psychiatriques, mais ces derniers ont tendance à disparaître. Il en va de même pour les grands handicapés moteurs, pour lesquels il existe très peu de lits spécialisés.

En ce qui concerne les SDF, la situation s'est un peu améliorée : par le passé, il nous arrivait de garder deux mois des personnes que nous n'osions pas renvoyer dans la rue avec des béquilles. À 1 300 euros la journée, cela représentait un coût faramineux. Aujourd'hui, le SAMU social dispose d'un certain nombre de lits infirmiers destinés aux personnes dans cette situation.

Les conditions d'une intervention chirurgicale

Non seulement une partie non négligeable des admissions est impossible à planifier, mais les conditions indispensables à toute intervention chirurgicale ne sont pas toujours faciles à réunir. Or, il en va d'une intervention chirurgicale comme d'une pièce de théâtre : il faut attendre que tous les personnels et tous les matériels soient présents pour qu'elle puisse commencer.

L'anesthésiste

Une condition essentielle au déroulement de l'intervention est la présence de l'anesthésiste. Depuis quelques années, les anesthésistes sont mutualisés entre les différents services de l'hôpital. Comme ils doivent s'occuper en priorité des urgences vitales (chirurgie viscérale, complications hémorragiques suite aux accouchements...), nous ne savons jamais s'ils seront disponibles ou non pour nos propres interventions. C'est donc bien souvent la présence ou l'absence de l'anesthésiste qui conditionne la réalisation de l'intervention en urgence.

Dans l'ancien fonctionnement, les anesthésistes étaient attachés à un service donné et ils étaient donc responsables avec nous des patients de ce service. Désormais, ils limitent leur responsabilité aux 24 heures qui suivent l'intervention, sauf situation vitale.

Les IADE

Aucun anesthésiste n'endormira un patient sans l'assistance d'une infirmière anesthésiste diplômée d'État (IADE), sauf en cas d'extrême urgence. Ces personnels sont également mutualisés.

Le matériel

L'une des salles de bloc doit être disponible, et les instruments nécessaires doivent être stériles et correctement rangés. Il y a encore quelques années, la stérilisation s'effectuait directement au bloc : les instruments étaient placés dans une sorte de machine à laver, et des capteurs permettraient de vérifier qu'ils avaient bien subi les différents cycles de stérilisation. Pour des raisons de sécurité, la stérilisation est désormais assurée par les pharmaciens et centralisée dans un service de 20 personnes qui, pour l'instant, ne se montre pas parfaitement opérationnel. Des matériels de chirurgie orthopédique sont parfois attribués à la chirurgie viscérale et réciproquement. Pour pallier les risques d'erreur, on pourrait augmenter le volume de matériel, mais cela poserait des problèmes supplémentaires de gestion des stocks.

Les IBODE

La stérilisation était traditionnellement la tâche des panseuses, devenues des infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (IBODE). Celles-ci doivent désormais se rendre au service

central de stérilisation pour préparer les boîtes de chaque chirurgien, ce qui représente une perte de temps considérable.

Il est question de les mutualiser, car elles commencent à manquer. Par le passé, on pouvait former des panseuses en quelques semaines : elles apprenaient à se laver les mains dans les règles et à connaître les différents instruments. Depuis qu'elles ont obtenu leur décret de compétence, ce n'est plus le cas : toute intervention chirurgicale requiert la présence d'une panseuse diplômée. Compte tenu de la complexité des matériels spécifiques utilisés dans chaque service, je pencherais pour une bi-spécialisation des IBODE plutôt que pour une mutualisation complète : les panseuses seraient affectées chacune à deux services et se répartiraient en fonction des besoins.

Leur nombre insuffisant nous oblige chaque jour à recourir à des intérimaires. Il s'agit souvent des mêmes personnes : en se faisant engager en intérim, elles gagnent 30 à 40 % de plus, mais coûtent deux fois plus cher à l'hôpital. Cette pratique est en train de se réduire depuis qu'elles ont la possibilité de faire des heures supplémentaires sur le même site.

Le patient

Le patient doit avoir été consulté par le chirurgien et l'anesthésiste, et avoir éventuellement reçu une prémédication. Il doit être opérable et à jeun : si par inadvertance, on lui a laissé consommer ou boire quoi que ce soit depuis moins de six heures, on ne peut pas l'opérer.

Les brancardiers

Le patient doit également avoir été brancardé jusqu'au bloc. Les brancardiers ont été eux aussi mutualisés, ce qui pose un autre problème : leur métier est peu gratifiant, et il serait beaucoup plus gratifiant et responsabilisant pour eux d'être inclus dans une équipe.

Le chirurgien

Enfin, il faut également que le chirurgien soit disponible. Certains cas particulièrement complexes peuvent nécessiter la présence d'un chirurgien disposant d'une compétence spéciale : un chirurgien du coude ou un chirurgien particulièrement qualifié en cas d'infection, par exemple.

Une gestion difficile

Pour un hôpital de taille moyenne comme Lariboisière, coordonner la présence de tous les personnels requis est relativement ardu : chaque corps de métier a ses règles de fonctionnement, ses syndicats et ses horaires. Je rêve d'un grand syndicat qui pourrait mettre en cohérence les conditions de travail des différents acteurs du monde hospitalier, mais il n'existe pas aujourd'hui.

Cette difficulté se traduit par une image souvent négative de l'hôpital public. Certains malades admis en urgence attendent de 2 à 5 jours pour être envoyés au bloc. Ceux qui n'ont pas été opérés tout de suite voient leur cas devenir de moins en moins urgent aux yeux des anesthésistes, dont nous dépendons pour décider d'une opération : « *Cette vieille dame attend pour sa fracture du col du fémur... – Depuis combien de temps ? – Trois jours. – Bon, un jour de plus n'y changera pas grand-chose.* » C'est plutôt difficile à expliquer aux familles...

Les méfaits du principe de précaution

À ces difficultés viennent s'ajouter d'autres contraintes plus générales pesant sur l'hôpital, notamment les méfaits du principe de précaution.

La multiplication des protocoles

Il existe maintenant des protocoles pour tout : pour appeler un brancardier, pour la conduite à tenir en cas de chute d'un patient, etc. Les étudiants en médecine, les futurs infirmiers et les responsables administratifs sont de mieux en mieux formés aux textes réglementaires qui définissent leurs responsabilités, et y consacrent de plus en plus de temps, parfois au détriment des soins à apporter aux patients.

Les procès en responsabilité

Les chirurgiens ont toujours été considérés comme responsables du sort de leurs patients et punis en cas de faute, même si ces sanctions étaient parfois jugées insuffisantes. Désormais, des chirurgiens se voient condamnés même en l'absence de faute, par exemple pour des infections nosocomiales faisant suite à une intervention : même en prenant toutes les précautions imaginables, il est impossible de garantir à 100 % l'absence de complications ou surtout d'infection.

Depuis quelques décennies, des procès en responsabilité ont touché d'autres professions hospitalières. En 1967, l'écrivain Albertine Sarrazin décède d'une opération du rein mal préparée. Le chirurgien mais également l'anesthésiste seront condamnés à deux mois de prison avec sursis et à une amende. En 1993, une petite fille meurt après avoir reçu une dose de quinine dix fois supérieure à la normale. L'élève infirmière qui a pratiqué la perfusion est relaxée, mais l'infirmière qu'elle assistait est condamnée à trois mois avec sursis. Dans l'affaire du sang contaminé (1995), c'est l'Administration qui est jugée responsable. L'influence du principe de précaution s'accroît encore avec la loi Kouchner sur les droits des malades et notamment le droit à une indemnisation même en l'absence de faute médicale.

Paradoxalement, nous souffrons de l'image donnée par les médias, selon laquelle nous accomplissons des "miracles". Ce n'est pas vrai : la médecine ne peut pas tout et elle rencontre de nombreux échecs. Les juges devraient être mieux informés sur la réalité de notre métier.

Les modifications d'indication

Du fait de la multiplication des procès, la peur du juge tend à remplacer la peur de mal faire son travail.

Un patient se fait écraser la jambe par un camion. En principe, le chirurgien doit tout faire pour la lui conserver. Mais même si le patient guérit, il devra peut-être attendre plusieurs mois ou années avant d'être à nouveau capable de marcher, et en cas de complication, le chirurgien sera peut-être obligé de l'amputer après lui avoir fait subir un long calvaire. Depuis l'affaire Guillaume Depardieu, certains chirurgiens sont tentés de se simplifier la tâche en déclarant au patient que sa jambe est irrécupérable et en l'amputant d'office.

Aux États-Unis, cette culture est de plus en plus répandue. À l'occasion d'un congrès qui réunissait 150 orthopédistes américains, quelqu'un a demandé qui, dans la salle, était disposé à opérer un avocat : personne ! Les chirurgiens prennent leurs décisions de plus en plus en fonction des risques qu'ils encourent plutôt que de leur conscience professionnelle.

La crise des vocations

La multiplication de ces affaires risque aussi de détourner les jeunes du métier de chirurgien, qui en lui-même est déjà difficile : la formation est élitiste et longue (13 ou 14 ans), les horaires sont souvent lourds et comprennent des gardes de nuit.

La formation des jeunes chirurgiens

On risque aussi de compromettre la formation des jeunes chirurgiens. Aux États-Unis, si un patient ayant subi des complications apprend qu'il a été opéré par un junior, même assisté

d'un senior, il parvient sans difficulté à obtenir une condamnation. Les chirurgiens confirmés ne forment donc pratiquement plus les jeunes. Ce sont les fabricants d'instruments chirurgicaux qui s'en chargent. Ils sillonnent le pays avec des camions entièrement équipés. Les jeunes chirurgiens apprennent à fixer des prothèses sur de l'os sec et, bien entendu, ils ne sont formés que pour la pose des matériels de l'industriel en question.

Des pistes de progrès

Malgré tous ces dysfonctionnements, le système hospitalier français est largement reconnu à l'étranger. En Europe, nous nous situons à peu près au même niveau technique que l'Espagne et les pays scandinaves. En Angleterre ou au Canada, les prestations sont correctes mais avec des délais d'attente plus longs. La formation des chirurgiens en Italie ou en Allemagne suit un système très mandarinal qui aboutit à une certaine médiocrité.

Créer de très grands centres hospitaliers

Pour améliorer encore nos résultats, il faudrait créer, dans des villes telles que Paris, Lyon, Marseille, Toulouse ou Bordeaux, de très grands centres à l'image de la Mayo Clinic aux États-Unis. Lorsque vous vous présentez dans cet établissement avec une douleur à l'épaule, vous pouvez être opéré dès le lendemain si nécessaire. En revanche, l'accès est réservé aux riches. En France, on pourrait imaginer l'équivalent de cette clinique, avec la dimension sociale en plus. Le renforcement des centres lourds à plateaux techniques permettrait une mutualisation plus efficace des personnels spécialisés qui font défaut.

Affecter les hôpitaux des petites villes aux soins de suite

En contrepartie, les hôpitaux des petites villes pourraient être convertis en établissements de soins de suite, qui font cruellement défaut actuellement. Après l'intervention chirurgicale, réalisée dans un grand hôpital, les patients pourraient ainsi retourner dans un établissement à proximité de chez eux.

Réorganiser l'aide à domicile

L'aide à domicile souffre de lourdeurs administratives. À Paris, pour bénéficier de cette aide, il faut que la personne soit déjà rentrée chez elle. Mais jamais une vieille dame ayant été opérée d'une fracture du col du fémur n'acceptera de retourner chez elle sans être déjà prise en charge. Comme le service de l'aide à domicile n'accepte pas de se déplacer à l'hôpital pour faire signer les papiers, la vieille dame attend à l'hôpital qu'un lit de soins de suite se libère, au lieu de rentrer chez elle.

Renforcer les pouvoirs des caisses d'assurance maladie

Les caisses d'assurance maladie devraient prendre davantage de sanctions en cas d'abus. Certains patients, au bout de six ou sept jours, sont parfaitement en état de rentrer chez eux, mais s'y refusent. D'autres ne se présentent pas à leur opération : compte tenu des personnels mobilisés, cela représente une perte financière importante. La caisse d'assurance maladie devrait refuser de rembourser les prolongations de séjour indues et infliger des pénalités en cas d'absence injustifiée du patient.

Importer des malades

Le secteur privé montre que l'activité chirurgicale est créatrice de richesses. Nous pourrions développer les secteurs concurrentiels et notamment envisager d'importer des malades, à l'exemple de l'Inde, afin de mieux rentabiliser notre système hospitalier.

Des incitations à la productivité

Il est facile de constater que les cabinets de radiologie de ville ont une productivité bien supérieure aux services de radiologie hospitaliers. On pourrait imaginer des incitations à la

productivité en distinguant le cas de ceux qui posent l'indication chirurgicale (en général le chirurgien) et le cas de ceux qui effectuent les actes (radiologues, anesthésistes...). Les premiers devraient rester des salariés ; les seconds devraient être partiellement rémunérés à l'acte.

J'ai fait part de cette suggestion à un collègue suédois de Göteborg, il y a dix ans. Il m'a dit que ce dispositif avait déjà été testé dans son hôpital et suspendu très rapidement, car il était tellement efficace sur l'augmentation de la productivité que les autres hôpitaux perdaient leurs patients au profit de celui de Göteborg. Pourtant, la prime à l'acte n'était pas très importante : de l'ordre de 10 à 15 euros.

En revanche, je suis très opposé au décret paru récemment, qui accorde des primes d'activité au chirurgien et non à son équipe : c'est l'ensemble de l'équipe qui doit percevoir ce type de primes, sinon on ira vers un blocage.

Enrichir la comptabilité

Il faudrait également tenir compte de certaines missions particulières de l'hôpital public, pour l'instant peu ou pas valorisées dans la comptabilité T2A. Je mets environ 1h10 à poser une prothèse de hanche lorsque je le fais seul, et 1h30 lorsque j'aide un jeune chirurgien à le faire, sans compter la fatigue supplémentaire. On pourrait également tenir compte de l'effet "bout de chaîne" et accorder une prime à l'hôpital lorsqu'on lui transfère des cas particulièrement difficiles.

Des pistes pour l'AP-HP

L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) devrait développer une vision plus stratégique et s'efforcer de regrouper les activités. Sur les 36 hôpitaux de l'AP-HP, il existe 13 services d'orthopédie. Les ramener à 4 gros centres serait certainement plus efficace, et c'est vrai dans toutes les disciplines. Il faudrait également revoir l'organisation des pôles et inclure dans chaque pôle tous les métiers de l'équipe chirurgicale. La mutualisation ne devrait concerner que des équipes de renfort.

COMMENTAIRES de Dominique TONNEAU

Votre exposé a le grand mérite de partir de la description précise d'un métier, ce qui permet d'aborder de façon très concrète le fonctionnement de l'hôpital et de mieux comprendre cette "déprime du bistouri" que vous avez évoquée dans votre article. Je vous trouve cependant un peu sévère pour les autres métiers de l'hôpital : les anesthésistes sont toujours en retard, les IBODE sont rivées sur leur décret de compétence, les brancardiers sont irresponsables, l'Administration est obnubilée par le principe de précaution... Seuls les chirurgiens trouvent grâce à vos yeux, or, je crains que les autres professions aient aussi quelques griefs contre eux.

Le pouvoir ou la qualité

La plupart des acteurs de l'hôpital s'accordent sur l'existence d'un vrai problème d'organisation et sur l'idée qu'il manque un chef d'orchestre. La difficulté est de savoir qui serait légitime pour jouer ce rôle. Vous semblez penser que c'est le chirurgien, mais ce n'est pas l'avis de tous. La question sous-jacente est celle du pouvoir : si l'on désigne un chef d'orchestre, va-t-il se borner à assurer son rôle de coordination et essayer d'obtenir le résultat le plus harmonieux possible, ou en profitera-t-il pour accaparer le pouvoir ?

La bonne approche pour résoudre ce problème me semble être de partir de la notion de qualité, qu'il s'agisse de la qualité des soins (relation entre l'intervenant et son patient, mais aussi geste opératoire), de la qualité de la coordination entre les acteurs très nombreux qui

interviennent auprès de chaque patient (consultation préopératoire, intervention, surveillance postopératoire, soins de suite), ou encore de la qualité des trajectoires de chaque patient grâce à une bonne affectation des ressources (salles, personnels, moyens...). Les changements d'organisation doivent tendre à améliorer la qualité et l'efficacité, plutôt que se baser sur des questions de pouvoir.

Deux pistes d'amélioration

Dans le cadre de la Mission expertise et audits Hospitaliers (MeaH), nous avons identifié deux pistes intéressantes de progrès. La première consisterait à imaginer des indicateurs supplémentaires, par exemple en ce qui concerne le temps d'occupation des blocs opératoires. En moyenne, les blocs sont ouverts 35 heures par semaine, mais utilisés seulement 25 heures, alors qu'il s'agit d'équipements extrêmement complexes, coûteux et mobilisant des personnels très qualifiés. Dans le privé, le taux d'occupation des blocs est beaucoup plus important. La T2A ne permet pas de pointer les temps morts pendant lesquels les membres de l'équipe s'attendent. Or, les retards accumulés conduisent à déborder le soir pour terminer les interventions, et ces heures supplémentaires coûtent deux fois plus cher.

La deuxième piste consisterait à améliorer le pilotage du bloc opératoire, en distinguant trois niveaux. Le premier est celui de la planification annuelle, c'est-à-dire de l'attribution des plages réservées aux différentes disciplines pour chaque bloc, ce qui nécessite un accord entre l'ensemble des utilisateurs du bloc. Le second niveau est celui de la programmation hebdomadaire. Celle-ci pourrait être confiée à un conseil plus restreint, qui veillerait à ménager des plages pour l'accueil d'interventions non connues la veille, formule sans doute plus appropriée que celle d'urgence, car il peut y avoir des urgences prévues à l'avance. Le troisième niveau est celui de la régulation au quotidien, pour tenir compte des divers aléas que vous avez évoqués. Elle pourrait être confiée à un cadre de bloc, qui, en cas de problème, ferait appel à l'arbitrage d'un chirurgien ou d'un anesthésiste désigné comme référent. Cette planification devrait s'assortir de règles ou de chartes pour faire en sorte que chacun soit là au bon moment. En effet, entre les congés, les formations et la mise en œuvre de l'aménagement et réduction du temps de travail (ARTT), réunir une équipe complète peut s'avérer un vrai défi. Divers dispositifs de coordination pourraient être imaginés pour améliorer cette situation.

DÉBAT

Les anesthésistes

Laurent Sedel : Je reconnais que j'ai été un peu rude dans mon article. À la suite de sa parution, j'ai participé à une réunion avec une vingtaine d'anesthésistes et je leur ai présenté mes excuses, notamment aux plus jeunes, ceux qui assurent des nuits entières de garde. J'ai cependant noté que les plus agacés étaient ceux qui correspondaient au profil que j'avais décrit. J'ai demandé à l'un d'entre eux : « *C'est vrai, ou non, que tu arrives tous les matins à 8h45 ?* » Il m'a répondu « *Oui, c'est vrai, mais il ne fallait pas le dire dans la presse* ». Personnellement, je suis très sensible au coût que représente le fait de commencer tous les matins avec une demi-heure de retard.

Je ne crois pas beaucoup à l'efficacité d'une charte : dans un mariage, quand on commence à ressentir le besoin d'un contrat, c'est qu'on n'est pas loin du divorce. Les anesthésistes seraient bien plus responsabilisés s'ils étaient affectés à un service donné. Actuellement, non seulement ils sont mutualisés, mais ils ont obtenu de n'être responsables d'un patient que pendant les 24 heures qui suivent l'opération. Cela nous pose de nombreux problèmes, notamment quand les patients souffrent de pathologies cardiaques : celles-ci ne relèvent pas de notre spécialité, alors que les anesthésistes savent comment les prendre en compte. La prise en charge de ces problèmes annexes retombe sur des internes inexpérimentés, et l'on retrouve le problème de qualité dont vous parliez.

Encore une anecdote pour finir. Hier, à trois heures de l'après-midi, s'est présenté un cas de fracture du col du fémur. L'anesthésiste a refusé d'opérer : « *Si on commence maintenant, je ne pourrai pas être sorti à 17 heures.* » Comment ne pas être agacé ?

Dominique Tonneau : Se mettre d'accord sur une charte permettrait de régler ce genre de désaccord. Pour le moment, c'est vrai que certains anesthésistes se livrent à un calcul à rebours : « *Comme le dernier patient doit sortir de salle de réveil à 18h30, il faut que la dernière opération se termine à 17 heures ; et comme on ne peut pas terminer toutes les opérations en même temps si on ne veut pas provoquer d'embouteillage dans la salle de réveil, il faut échelonner la fin des opérations entre 15 heures et 17 heures.* » Du coup, beaucoup de chirurgiens seniors ne veulent opérer que le matin, où ils savent qu'ils disposent d'un créneau confortable, ce qui n'est pas le cas l'après-midi.

L. S. : Personnellement, je me retrouve souvent à opérer l'après-midi, car j'ai l'autorité suffisante pour imposer la durée nécessaire à l'anesthésiste, ce qui n'est pas toujours le cas des juniors...

Le combat des chefs

Une intervenante : *Jusqu'au milieu du XX^e siècle, l'anesthésiste était considéré comme un personnage très secondaire. C'était souvent le cocher du chirurgien qui se chargeait d'appliquer le masque au patient, et le chirurgien lui donnait la pièce pour sa peine. Les directeurs d'hôpitaux et les chirurgiens ont été très hostiles à la professionnalisation des anesthésistes, les premiers parce que cela faisait un poste de plus à financer, les seconds parce qu'ils devaient tenir compte d'un acteur supplémentaire dans leur équipe. Votre proposition de rémunérer l'anesthésiste à l'acte n'est pas sans évoquer le souvenir de la pièce donnée au cocher... Pourtant, l'anesthésiste a un véritable pouvoir de décision puisqu'il peut refuser une opération. Dominique Tonneau plaide pour une réforme basée sur les notions de qualité et d'efficacité plutôt que sur la question du pouvoir, mais force est de constater que cette notion reste très centrale dans les débats sur l'hôpital.*

Int. : *L'histoire des anesthésistes est celle de la conquête d'un territoire, initiée avec l'affaire Sarrazin. Leur volonté d'être mutualisés plutôt qu'affectés à un service est une façon de chercher à échapper au pouvoir du chirurgien.*

L. S. : Certes, mais ils sont allés trop loin : aujourd'hui, on se trouve dans la situation inverse. Les anesthésistes se sont attribués l'organisation des blocs opératoires et utilisent la judiciarisation croissante comme un instrument de pouvoir contre les chirurgiens, sans parler des avantages qu'ils ont obtenus en matière de rémunération, de congés compensatoires ou d'ARTT. Leur syndicat est particulièrement bien organisé, et probablement beaucoup plus revendicatif que les anesthésistes de base.

Trop de pouvoir ou pas assez ?

Int. : *Dans les entreprises, on n'emploie guère le terme de pouvoir. On parle de chaîne de commandement, d'autorité (c'est-à-dire d'un pouvoir régulé), de responsabilité, de domaines de compétence, de missions, de cahier des charges, de définition de poste. D'où vient la prégnance de cette notion de pouvoir à l'hôpital ?*

Int. : *L'une des difficultés vient sans doute de la faiblesse ou même de l'absence de lignes hiérarchiques. Les médecins ne sont pas nommés par le directeur mais par le ministère, contrairement aux cadres fonctionnels. Les personnels ont des rattachements administratifs, des conventions collectives, des modes d'organisation du travail, des attentes par rapport à leur carrière très différents les uns des autres.*

Int. : *C'est souvent lorsqu'il n'y a pas de véritable autorité que le pouvoir et l'influence prennent le plus d'importance.*

L. S. : Paradoxalement, j'ai le sentiment de vivre dans un univers où il n'existe pas suffisamment de pouvoir. L'hôpital est une énorme machinerie, dans laquelle travaillent des gens très compétents et pleins de bonne volonté, mais il n'est pas véritablement gouverné. Les indicateurs de la T2A permettent en principe de comparer le fonctionnement des hôpitaux et

d'en améliorer la gestion, mais les décisions qui s'imposent ne sont pas prises. Par exemple, si des services de même nature et de même volume d'activité fonctionnent, l'un avec 22 brancardiers, et l'autre avec 45, il est probable qu'il faudrait en accorder 30 aux deux. Mais ce n'est pas fait, faute d'un pouvoir suffisamment fort.

La résistance aux réformes

D. T. : J'observe que les médecins réclament souvent « *un vrai pouvoir* », et interpellent l'Administration pour qu'elle « *prenne ses responsabilités* ». Mais lorsque l'Administration veut imposer quelque chose, ils font bloc contre elle, et ce même dans des situations particulièrement criantes : lorsqu'un service est sur-doté en personnels et qu'on prétend les redistribuer, même les services sous-dotés protestent.

L. S. : Je reconnais qu'il n'est pas très facile de faire bouger les choses. Un chef de service en désaccord avec une décision de son directeur d'hôpital n'hésitera pas à appeler quelqu'un de haut placé qui sermonnera le directeur. Il faut beaucoup de courage et de volonté pour mettre en œuvre les réformes.

D. T. : Souvent, le seul moyen consiste à attendre qu'un chef de service parte à la retraite. Son service est alors dépecé, et son successeur doit ensuite "remonter la pente".

L. S. : Une autre méthode consiste à fermer les hôpitaux pour en construire de nouveaux. Changer les lieux permet de changer les mentalités.

Int. : *C'est un moyen plutôt coûteux !*

D. T. : Moins qu'on ne le croirait : l'investissement pour construire un nouvel hôpital en remplacement de ceux de Corbeil et d'Évry a représenté le budget d'une année de fonctionnement.

La fermeture des petits hôpitaux

L. S. : La question de la fermeture des petits hôpitaux est une bonne illustration de la difficulté à gouverner le système hospitalier. On se heurte au pouvoir des politiques, des médias, des syndicats. Pour réussir à imposer ces fermetures, on en est réduit à s'appuyer sur les classements du *Point*, qui ne signifient rien.

D. T. : C'est ce qui rend nécessaire l'élaboration d'indicateurs de qualité avec l'aide du corps médical lui-même : ce ne sont pas les gestionnaires qui peuvent dire quels critères doivent être pris en compte. Les médecins se sont plaints de la façon dont les GHM avaient été déterminés, mais ils ne se sont guère investis dans leur élaboration. S'ils ne s'impliquent pas davantage dans la définition des indicateurs de qualité, ils en pâtiront probablement aussi. Le citoyen de base a absolument besoin de savoir comment s'orienter entre les hôpitaux, et il est donc nécessaire de lui fournir des indicateurs, bons ou mauvais.

Les partisans de la fermeture des petits hôpitaux invoquent deux arguments majeurs : le défaut de qualité mais, faute d'indicateur, on n'a jamais prouvé jusqu'ici que l'on était moins bien soigné dans les petits hôpitaux que dans les grands ; et le coût, ce qui ne manque pas de sel, sachant que les grands hôpitaux sont aussi ceux qui présentent le coût à l'acte le plus élevé. En revanche, il est vrai que les petits hôpitaux posent un problème de recrutement : il est très difficile de trouver un troisième médecin pour compléter une équipe de deux, parce que les gardes de nuit reviennent mathématiquement beaucoup plus souvent que dans une équipe de neuf. Il faudrait donc organiser les hôpitaux par spécialité afin que les équipes aient une taille suffisante. Cela dit, on ne voit pas encore comment renoncer à de petits hôpitaux généralistes : même à Paris, les transferts d'un hôpital à l'autre ne se font pas très facilement, et en province, la logistique qui permettrait de transférer systématiquement les patients dans l'hôpital correspondant à leur pathologie n'est pas en place.

L. S. : À ma connaissance, il n'y a pas un seul point de l'hexagone situé à plus d'un quart d'heure d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) en hélicoptère. C'est une question de rationalité et tout le monde pourrait le comprendre, mais la communication faite sur la question des petits hôpitaux est exécrationnelle : on laisse entendre aux gens qu'ils y seront mal soignés, ce qui n'est pas toujours vrai et a un résultat désastreux. En ce qui concerne le coût plus élevé des grands hôpitaux, il est lié au matériel très sophistiqué dont ils disposent, ce qui exige que nous cherchions à en accroître la productivité.

Le *numerus clausus*

Int. : *Je suis frappé par le nombre important, dans les hôpitaux français, de médecins étrangers qui n'ont pas toujours les compétences requises. Manifestement, le métier de chirurgien ne jouit plus du même prestige qu'autrefois ?*

L. S. : Cette situation est essentiellement due à l'existence d'un *numerus clausus*, qui a plusieurs motifs. Le premier relève de l'économie de la santé : on estime que plus les médecins sont nombreux, plus les dépenses de santé augmentent. Mais il y a également des raisons médicales. Dans ma spécialité, le Conseil de l'ordre estime qu'il ne faut pas plus d'un orthopédiste pour 30 000 habitants si l'on veut que chaque chirurgien réalise chaque année un nombre suffisant d'opérations pour maintenir et accroître son savoir-faire. Il est clair aussi que le Conseil de l'ordre cherche ainsi à protéger les médecins. Aux États-Unis, il n'existe pas de *numerus clausus* et la moitié des prothèses sont implantées par des chirurgiens pratiquant moins de 5 interventions par an, ce qui n'est guère rassurant.

L'effet pervers du *numerus clausus* est que le nombre des internes, proportionnel au nombre final de chirurgiens visé, est assez faible ; or, c'est sur les internes que repose le fonctionnement de l'hôpital. On fait donc massivement appel aux étrangers, qui de leur côté sont très heureux de venir se former chez nous : je reçois environ une lettre de candidature par jour, essentiellement du Maghreb et des pays de l'Est. La qualité de la formation de ces médecins varie selon les pays : certains sont excellents, mais il est vrai que ce n'est pas facile à savoir a priori. Certains restent aussi après leur formation en contournant les réglementations et en utilisant le besoin des petites structures pour qui la présence permanente d'un chirurgien et d'un anesthésiste est indispensable si elles ne veulent pas être fermées.

Présentation des orateurs :

Laurent Sedel : chef de service de l'hôpital Lariboisière Paris depuis 1997, directeur du Pôle appareil locomoteur de Lariboisière depuis 2006, professeur à l'université Paris 7 (Denis Diderot) depuis 1979, directeur d'unités de recherche du CNRS depuis 1985 (actuellement UMR CNRS 7052, universités Paris 7, 12 et 13 : biomécanique, biomatériaux de l'appareil locomoteur), membre du cabinet du ministre de la Santé et de l'Action humanitaire de 1992 à 1993 ; il est membre de nombreuses sociétés savantes et de comités de rédaction de revues de médecine ; il a été professeur invité de nombreuses universités étrangères et a réalisé plus de cent soixante-dix publications.

Dominique Tonneau : ingénieur civil des Mines, directeur de recherche à l'École des mines de Paris, travaille depuis de nombreuses années sur l'organisation et la gestion des services hospitaliers ; coauteur de *Organisation hospitalière, approche et expériences* (Éditions Berger-Levrault, collection Les indispensables).

Diffusion septembre 2008