

RENCONTRES DE NICE : QUATRE RETOURS D'EXPÉRIENCES DE RECOMPOSITIONS HOSPITALIÈRES

Evènement - 24 avril 2015

Les Rencontres francophones sur les reconstitutions en santé, dont OpusLine est sponsor, se sont déroulées à Nice le 9 et le 10 avril 2015. L'évènement, qui réunit divers acteurs de la santé de pays francophones, poursuit trois objectifs : échanger, comparer, et capitaliser autour de l'enjeu actuel des reconstitutions en santé. Joëlle Bouet, associée d'OpusLine, y a animé une table ronde consacrée aux **reconstitutions hospitalières**.

Joëlle, qui possède une expérience de près de trente ans auprès d'acteurs publics et privés de la santé et de la protection sociale, a accompagné de nombreux projets de transformation auprès d'offres de soins. Elle apporte aujourd'hui l'une des meilleures appréhensions du sujet.



Quatre projets – Six intervenants aux parcours variés

Les quatre projets ont permis de mettre en évidence qu'au-delà des profils des dirigeants, des pays et des contextes dans lesquels se déroulent les projets, des fondamentaux peuvent être identifiés, et ainsi inspirer des bonnes pratiques permettant de mieux sécuriser les restructurations en cours dans le secteur de la santé. En outre, les échanges de la table ronde entre les dirigeants français et leurs collègues suisse et belge ont montré tout l'intérêt du benchmarking international, qui permet de sortir du contexte national pour mieux comprendre les leviers du changement.

- Le premier projet présenté est une fusion et une nouvelle construction, **l'hôpital Riviera-Chablais**, réunissant deux hôpitaux suisses. Ce regroupement est présenté par **M. Pascal Rubin**, Directeur général du centre hospitalier.
- **M. Alain Javaux**, Directeur général du **CHC de Liège**, gère quant à lui le regroupement de trois cliniques du bassin liégeois.
- Le troisième projet est la création de **Médipôle Villeurbanne**, qui consiste en la fusion de deux établissements pour créer un pôle santé d'excellence : une clinique de la Mutualité du Rhône, représentée par **Mme Dominique Lebrun, directrice du projet**, et une clinique privée du groupe Capiro, représenté par le Directeur général de Capiro France, **M. Philippe Durand**.
- Enfin, le dernier projet consiste en le regroupement de deux services pédiatriques en une structure unique, celui du **CHU Nice** représenté par son directeur général, **M. Emmanuel Bouvier-Muller**, et celui de **l'Hôpital pour enfants de la fondation Lenval** de Nice. C'est ce dernier qui gèrera le nouvel ensemble pédiatrique spécialisé, dont **M. Arnaud Pouillard** est le directeur général.

Aujourd'hui, en recherchant **l'efficience pour un meilleur service au patient dans un cadre économique contraint**, les restructurations obligent à rechercher le meilleur partenaire quel que soit son statut, ce qui marque une rupture par rapport aux schémas des recompositions des périodes précédentes. Dans un contexte où la créativité et la gestion rigoureuse deviennent les clés de la réussite, **la diversité des parcours des intervenants est une force qui permet d'innover** tant sur le contenu des projets que sur leurs modalités de gestion. Ainsi, par exemple, le projet Médipôle bénéficie à la fois de l'expérience apportée par le groupe Capiro, dans les pays du nord, d'une gestion performante de séjours courts, et de celle de la mutualité du Rhône, qui apporte son expérience de séjours plus longs et du soin pour personnes âgées, ainsi qu'une connaissance fine des acteurs du territoire de santé.

Mener un projet de recomposition hospitalière est un risque que chacun a pris. Mais que l'on soit un « pur produit » de l'administration ou que l'on ait une carrière plus variée, passée par la banque, l'audit financier ou bien l'industrie, c'est **le partage d'une même ambition au service de l'amélioration de l'offre de santé** pour la population qui motive les participants.

[revenir au début de l'article](#)

Sept thématiques abordées

- « **Pourquoi ce projet, pourquoi maintenant ?** »

Les intervenants ont permis de mettre en évidence que les facteurs déclencheurs d'un projet sont principalement : un **contexte d'efficience contestable**, qui devient difficilement supportable d'un

point de vue économique ou du point de vue de la qualité apportée à la population, et **l'implication personnelle d'un sponsor**, qui décide de lancer le projet. Mme Lebrun a ainsi rappelé le rôle essentiel du DG de l'ARS Rhône Alpes dans l'initiative du projet Médipôle. M. Bouvier-Muller s'est personnellement engagé pour que le projet du CHU de Nice et de la fondation Lenval prenne enfin forme.

- « **Time to market** » (notion signifiant d'aller à la rencontre de son marché au bon moment)

Notion assez peu utilisée en santé, elle n'est pas au cœur des projets de regroupement présentés. Bien que les participants aient conscience que l'offre en santé doit répondre à la demande d'un marché en rapide évolution, beaucoup de facteurs d'inertie freinent l'agilité de la réponse : les lourdeurs administratives, les contraintes d'un projet architectural, les exigences juridiques, mais aussi les jeux politiques et l'impériorité des compromis dans la conduite du projet, représentent un carcan qui limite la réactivité. M. Durand explique néanmoins que le time to market, c'est avoir « **une offre de qualité et une réponse aux contraintes économiques du secteur** ». Selon lui, **mettre l'innovation au service des patients est la meilleure manière de répondre à ces deux problématiques.**

- « **L'implication des médecins** »

Les participants sont ici unanimes : pas de succès sans **implication au plus tôt des médecins**. Toutefois, cela ne suffit pas et **s'appuyer sur le personnel soignant** est un élément clé de la réussite du projet car, en particulier, les infirmières ont une forte influence sur les médecins et une grande conscience des enjeux de l'efficacité de l'organisation au service du patient. La conduite du projet mené par M. Rubin est la démonstration de cet état de fait. Le projet, qui a impliqué les médecins, souffre à son avis d'une implication moindre des personnels soignants, ce qu'il s'emploie désormais à corriger. Pour M. Javaux, c'est l'essence même de la réussite. La conduite du projet doit permettre au personnel médical comme du soin de participer, de construire le projet. Sa méthode est fortement inclusive, permettant au personnel de prendre part à la réflexion dès les prémices du projet, notamment à travers des groupes de travail et des comités de concertation qu'il anime.

- « **La place du patient dans le projet** »

S'il n'est pas visiblement impliqué dans leur conception, **le patient reste « au centre des projets »**. C'est ce qui assurera leur réussite économique. L'intégralité des projets vise ainsi à une meilleure prise en charge, un confort amélioré, la constitution de pôles médicaux d'excellence qui profitent au

parcours de soin. Le patient apparaît donc comme le premier bénéficiaire du regroupement. Les pratiques mises en œuvre, les innovations technologiques sont pensées en fonction des évolutions des pratiques du soin, mais aussi des nouveaux usages des patients. Ainsi, le groupe Capio se fixe pour exigence absolue d'informer et former le patient en déployant un ensemble de dispositifs innovants (applications, vidéos, cours thématiques...) ; ceux-ci permettent au patient de devenir davantage acteur et *in fine* d'envisager un retour plus rapide au domicile. Tous les projets prennent également en compte la satisfaction du client et l'importance du feedback.

● « Les facteurs clés de succès du projet »

L'importance de l'implication d'un **leader bien identifié**, qui fixe un cap clair et a les moyens de le tenir sans se laisser distraire par des points de difficultés accessoires au regard de l'objectif, apparaît comme déterminant pour la réussite. M. Pouillard témoigne à ce propos que le projet niçois, qui était particulièrement exposé au risque politique, a été exemplaire. Il souligne à quel point les porteurs du projet doivent savoir faire face aux mécontentements et **convaincre**. Au-delà de la vision et du leadership, le succès du projet tient également à la capacité à répondre à des points très concrets, qui peuvent constituer des points de blocage essentiels pour le personnel – notamment le statut et la rémunération des médecins. M. Javaux met aussi en avant l'importance de la **méthodologie** : sur des projets de recompositions hospitalières, il est nécessaire d'adopter une gestion de projet extrêmement rigoureuse, qui donne un cadre clair à l'action, tout en restant souple. Celle-ci doit être portée par des personnes **formées** à la gestion de projet. Enfin, **l'anticipation** des différentes étapes et le respect du **timing** sont essentiels.

● « Les facteurs d'échec du projet »

Il semble que le relationnel des dirigeants soit le principal facteur d'échec dans un projet de recomposition. Ainsi, M. Pouillard mentionne le risque lié à **l'intransigeance** et l'arrogance des leaders. Ceux-ci doivent au contraire être en mesure de faire des concessions, privilégier le dialogue et l'implication du personnel, et reconnaître leurs limites. L'absence de communication est aussi vue comme un facteur de risque en découlant. Pas de communication quand les responsables veulent décider seuls, et, du coup, installation d'une défiance, ou d'une inquiétude des personnels. L'attitude face au partenaire de la recomposition est également critique : **dénigrer** l'autre, se focaliser sur ses faiblesses, c'est provoquer l'échec. M. Rubin souligne qu'une **mauvaise intégration des SI** peut être aussi une cause d'échec : *a minima*, il doit y avoir partage des données médicales. Le partage des données patients est en effet une nécessité opérationnelle et un symbole fort lors d'une fusion d'établissement.

● « Le digital et le numérique à l'hôpital »

Tous soulignent l'intérêt du numérique mais reconnaissent les difficultés à l'intégrer dans l'environnement hospitalier. Ainsi, pour M. Rubin, les apports du dossier patient informatisé sont souvent mal perçus par les professionnels de santé, qui voient dans l'outil une simple numérisation du dossier papier, au lieu de le considérer comme un vecteur d'harmonisation des pratiques et des processus de prise en charge. L'ambition du projet Riviera-Chablais est de faire du nouvel établissement un établissement 100% numérique. D'un point de vue pratique, s'il est important que les informaticiens travaillent en binôme avec des relais métier, afin de concevoir les processus les mieux adaptés à la pratique, les métiers doivent devenir promoteurs d'outils au service de l'amélioration de l'efficacité. Les acteurs ayant évolué dans le privé s'inspirent notamment d'expériences réalisées à l'étranger, Suède pour M. Durand, Allemagne pour M. Rubin, afin de moderniser les processus des hôpitaux. Le but ultime étant d'arriver à un hôpital sans papier.

Les échanges de la table-ronde ont permis de porter un regard pragmatique sur la façon de mener les recompositions hospitalières et de comprendre les dynamiques inhérentes à de tels projets. Tous s'accordent sur l'importance des **relations** entre les hommes, la qualité du **leadership**, la capacité à la **négociation** et au **compromis**, la **communication**, et l'**intégration de toutes les parties prenantes** dans le projet. Et tous semblent concevoir leur projet pour le **bien-être du patient**, au-delà des motivations strictement économiques relatives à ces regroupements.

C'est l'ambition d'OpusLine que d'accompagner les équipes engagées dans une recomposition hospitalière, en les soutenant à la fois dans la ligne poursuivie, dans la méthodologie engagée et dans la capacité à faire dans le temps imparti.

[revenir au début de l'article](#)