

Corrigé  
TD-TP  
Sciences et techniques  
sanitaires et sociales  
T<sup>ale</sup> ST2S

Pôle - Institutions et dispositifs sanitaires et sociaux  
A - Quels dispositifs en santé publique ?  
Pôle - Méthodologie appliquée

Evelyne Bersier

Joëlle Guerrero

Sabrina Karadaniz

*Réservé aux enseignants*



ELSEVIER  
MASSON

## Sommaire

### I – TRAVAUX DIRIGÉS

TD 1 Le cancer : une priorité de santé publique.....	3
TD 2 La prise en compte globale des besoins dans l'accès à la prévention, exemple : le cancer du sein.....	5
TD 3 Des plans nationaux de santé publique aux plans locaux.....	7
TD 4 Des programmes aux actions de prévention du suicide en Bretagne .....	10
TD 5 La prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent .....	12
TD 6 Les établissements de santé dans le système de soins.....	14
TD 7 Assurer l'accès de la population au médecin sur l'ensemble du territoire.....	17
TD 8 Des droits pour les patients mais aussi des obligations.....	19
TD 9 Un plan de gestion des situations d'urgence sanitaire : le plan blanc .....	22
TD 10 Les dépenses de santé : évolution et déterminants individuels .....	26
TD 11 Enjeux et choix politiques pour l'offre de soins en France et dans d'autres pays d'Europe.....	28
TD 12 Quelle efficience pour les systèmes de soins ?.....	31

### II – TRAVAUX PRATIQUES

TP 1 Les organisations : origine du concept et approche systémique .....	34
TP 2 Approches sociologique et psychosociologique des organisations.....	36
TP 3 Méthode d'étude d'une organisation : l'Association pour la recherche sur le cancer .....	39
TP 4 Outils d'étude d'une organisation .....	42
TP 5 L'hôpital Saint Joseph et son pôle parents-enfants.....	44
TP 6 L'organisation polaire à l'hôpital.....	47
TP 7 La communication, un enjeu majeur pour les établissements publics de santé .....	49
TP 8 Le circuit d'examen des plaintes des usagers des établissements de santé.....	51
TP 9 Approche de la notion de projet et du projet établissement .....	55
TP 10 Les projets de recherche.....	57
TP 11 Deux projets d'organisation des soins en milieu rural .....	59
TP 12 Projets d'organisation, freins et éléments facilitateurs pour la réussite des projets.....	61

# TD 1 Le cancer : une priorité de santé publique

## I - UNE SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALARMANTE

### 1. Les principales caractéristiques épidémiologiques du cancer en France

#### **Morbidité :**

- Incidence : en 20 ans progression de 63 % du nombre de nouveaux cas essentiellement due aux cancers de la prostate pour les hommes et aux cancers du sein pour les femmes.
- Prévalence : 900 000 personnes par an effectuent un séjour à l'hôpital à cause du cancer.

#### **Mortalité :**

- 1<sup>ère</sup> cause de mortalité prématurée (poumon, voies aérodigestives supérieures et sein surtout).
- 1<sup>ère</sup> cause de décès tous âges confondus.
- Augmentation de la mortalité proportionnelle pour les deux sexes.
  - Pour les hommes un décès sur trois est lié au cancer.
  - Pour les femmes un décès sur quatre est lié au cancer.
  - En 33 ans le taux de mortalité proportionnelle a augmenté de façon plus importante pour les hommes que pour les femmes.
- Le taux de mortalité par cancer est différent selon les régions. Globalement le nord et l'est de la France sont les régions les plus touchées par le cancer (situation particulière de la Corse pour les femmes à remarquer).

## II - DES DÉPENSES LOURDES

### 1. Les coûts du cancer en France (2004)

Type de coût	Évaluation
Impact sur la vie des personnes : – Années de vie perdues	2 300 000
Pertes de production pour les entreprises (€)	17 000 000 000
Coût des soins pour l'assurance maladie (€) ✓ soins en établissements de santé ✓ soins de ville	11 000 000 000 8 000 000 000 3 000 000 000
Coût de politiques publiques de prévention (€)  ✓ lutte contre le tabac ✓ lutte contre l'alcool ✓ éducation à la santé ✓ dépistage cancer du sein ✓ dépistage colorectal	120 000 000  46 000 000 63 000 000 11 000 000 194 000 000 54 000 000
Recherche publique (€)	670 000 000
Recherche privée (€) ✓ Ligue contre le cancer ✓ ARC	27 600 000 21 600 000
<b>TOTAL (des coûts économiques)</b>	<b>Environ 12 milliards d'€</b>

## 2. L'importance respective des différents coûts

L'essentiel des coûts concerne le traitement en établissement de santé. Il s'agit de dépenses financées par l'assurance maladie.

En ce qui concerne les politiques publiques de prévention elles sont très faibles notamment en matière d'éducation à la santé. Ce financement paraît insuffisant au regard de la part des cancers due à des comportements à risque.

Le coût du dépistage organisé du cancer du sein est 4 fois plus important que pour le cancer colorectal.

## 3. Les intérêts de l'évaluation du coût de la lutte contre le cancer

Elle permet de vérifier que les moyens investis par la collectivité sont utilisés rationnellement.

Il faut s'assurer que les financements soient suffisants pour permettre un égal accès aux soins et à la prévention aux citoyens.

Cela permet d'évaluer les politiques de santé publique et de réfléchir sur la rentabilité des dépenses réalisées : faut-il dépenser plus et comment dépenser mieux ?

C'est donc un moyen indispensable pour guider le choix des pouvoirs publics

## 4. Les organismes qui interviennent dans le financement de la prise en charge du cancer

L'État, l'assurance maladie, les collectivités locales, l'industrie pharmaceutique, les associations (ARC, Ligue contre le cancer).

# III - LE CANCER : UNE QUESTION HUMAINE ET SOCIALE

**La lutte contre le cancer est un enjeu humain et social.**

**Enjeu humain** : les personnes atteintes d'un cancer éprouvent de la peur, de l'angoisse. Les soins sont longs et douloureux. La maladie affaiblit physiquement et moralement, leur quotidien est bouleversé, la vie ordinaire cesse, la maladie « casse ». Le malade subit de nouvelles contraintes, ses proches aussi.

Sa vie est bouleversée, son avenir incertain.

**Enjeu social** : Les relations sociales professionnelles sont modifiées, le malade risque de perdre son emploi et donc de voir ses revenus baisser.

Il peut se sentir rejeté et percevoir un changement d'attitudes de son entourage et un rejet dans le regard des autres. Il peut être victime de discrimination.

La place du malade cancéreux dans la société est particulièrement difficile, la souffrance mentale liée au rejet social est parfois plus dure que la souffrance médicale.

# IV - SYNTHÈSE

Les raisons pour lesquelles on peut qualifier le cancer de priorité de santé publique :

- Le cancer représente une forte mortalité : c'est la 1<sup>re</sup> cause de mortalité et la 1<sup>re</sup> cause de mortalité prématurée, une grande part des décès sont évitables.
- La morbidité liée au cancer est élevée et elle continue de s'accroître.
- Le coût social lié au cancer est important : 12 milliards d'€ dont 90 % pour les soins.
- Les conséquences de la maladie pour les individus et leur famille représentent un enjeu humain et social de grande importance.
- Compte tenu de l'importance de cette pathologie l'État doit prendre des mesures adaptées.

## TD 2 La prise en compte globale des besoins dans l'accès à la prévention. Exemple : le cancer du sein

### I - LE CANCER DU SEIN : LE PLUS FRÉQUENT DES CANCERS FÉMININS

#### 1. Importance du cancer du sein

- Il représente plus du tiers des nouveaux cas de cancers féminins.
- Incidence qui a doublé en 20 ans.
- 1 femme sur 8 est concernée.
- Augmentation de la mortalité.
- Premier rang des décès par cancer.
- Poids de la mortalité très important dans certaines régions.

#### 2. Justifications des tendances opposées des indicateurs de mortalité évoqués dans les phrases soulignées

On observe une augmentation du nombre de décès, tandis que le taux standardisé de décès par cancer du sein diminue.

L'augmentation du nombre de décès par cancer du sein s'explique essentiellement par un vieillissement de la population féminine. Or, le taux standardisé de mortalité est calculé pour une population dont la structure par âge est toujours identique. La diminution du taux s'explique par les progrès des méthodes de diagnostic et des traitements.

### II - UN DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE : OUI... MAIS

#### Bilan de l'accès au dépistage du cancer du sein

##### *Aspects négatifs :*

- Objectif de 70 % de participation non atteint - Taux moyen de participation au dépistage organisé en 2006 encore modeste (45 %).
- Fortes disparités départementales : le taux de participation passe du simple au triple dans certains départements.
- Les femmes en situation de précarité ou isolées accèdent moins souvent au dépistage.

##### *Aspects positifs :*

- Le taux de participation augmente régulièrement depuis 2003 : + 16 points en 3 ans.
- 7 départements ont presque atteint l'objectif des 70 %.
- Près de 95 % des femmes entre 50 et 69 ans ont fait un dépistage du cancer.
- Augmentation du nombre de cancers dépistés à l'occasion du dépistage organisé.

#### **Des besoins persistent, il faut :**

- Susciter encore plus de participation de la part des femmes
- Réduire les disparités géographiques
- Augmenter la participation des femmes en situation de précarité

### III - LA PRISE EN COMPTE GLOBALE DES BESOINS

#### 1. Image

En 2003, le Président Chirac a « déclaré la guerre » au cancer et a demandé la mise en œuvre d'un plan de lutte. La mort est représentée, elle s'avance à grands pas vers les vivants. Mais la riposte est organisée par les professionnels de santé armés de mitraillettes à seringues).

C'est une lutte de tous les instants, sans relâche (qui ne tient pas compte des 35 heures !).

#### 2. Mesures prises pour atteindre l'objectif de 80 % de femmes âgées de 50 à 74 ans ayant accès au dépistage

- Généralisation du programme pilote de dépistage organisé du cancer du sein depuis mars 2004 (dans le cadre du Plan cancer).
- Prise en charge à 100 % d'une mammographie tous les deux ans, sans avance de frais.
- Opération Octobre Rose dont l'objectif est de sensibiliser le grand public et de convaincre plus de femmes de participer au dépistage.
  - Mise en place d'un dispositif visant à faire passer le message : Affichettes, Cartes postales, badges...
  - Mobilisation de nombreux partenaires institutionnels
- En région PACA : campagne à destination des femmes en situation de précarité pour les inciter à participer au dépistage :
  - formation de 300 relais professionnels
  - réalisation d'outils de communication spécifiques distribués sur leurs lieux de vie et de passage
  - diffusion de la campagne sur radios locales, journaux gratuits et bus.

# TD 3 Des plans nationaux de santé publique aux plans locaux

## I - AU NIVEAU NATIONAL

### 1. Justification des plans stratégiques annexés à la loi de santé publique du 9 août 2004. Réponse composée attendue.

La loi de santé publique du 9 août 2004 comporte 5 plans stratégiques pluriannuels (2005-2008) élaborés à partir des 100 objectifs de santé publique. Le PNSP prend en compte l'état de santé de la population. Les 5 plans stratégiques prennent en compte les principales causes de décès évitables.

En effet, l'annexe 1 indique que les cancers constituent la 1<sup>re</sup> cause de mortalité en France, ce qui justifie pleinement que la lutte contre le cancer soit le 1<sup>er</sup> des 5 plans stratégiques.

Par ailleurs, la violence sous toutes ses formes, même si elle n'apparaît pas toujours clairement dans les causes de décès se trouve en filigrane dans bon nombre d'entre eux toutefois les accidents et suicides constituent à eux seuls 6.8 % des décès ce qui justifie le 2<sup>e</sup> plan stratégique.

Également, l'environnement constitue un des déterminants majeurs de la santé (voir cours de 1<sup>re</sup> et début cours Tale) que l'on reconnaît enfin à travers le 3<sup>e</sup> plan stratégique.

De même, avec le vieillissement de la population, les maladies chroniques (voir annexe 1 : diabète, maladies respiratoires, MCV, maladies : neurologiques, dégénératives, ostéo-articulaires et cancérologiques...) constituent une problématique très importante compte tenu du nombre de personnes concernées (15 millions de personnes porteuses, décès conséquents comme l'indique l'annexe 1).

Enfin, les maladies rares méritent que l'on développe des actions dans un souci d'égalité d'accès aux soins d'autant que regroupées elles concernent 3 à 4 millions de personnes en France (voir annexe 4).

En conséquence, les plans stratégiques nationaux de santé publique prennent en compte les problèmes majeurs de santé en France liés aux déterminants, aux pathologies et aux inégalités.

### 2. Le plan Santé au travail est-il un plan stratégique de la loi du 4 août 2004 ?

Non, le plan santé au travail n'est pas un plan stratégique. Il s'agit d'un plan national car il ne fait pas parti de la liste des 5 plans stratégiques. Il est élaboré par le ministre du travail mais il s'imbrique dans le plan national santé environnement (PNSE) dont il décline certaines actions. Les plans nationaux sont élaborés par un ministre.

## II - LES NIVEAUX RÉGIONAL ET LOCAL

### 1. Indiquez les 3 instances chargées du PRSP en précisant leur rôle

<b>Instances</b>	CRS	PRÉFET	GRSP
<b>Rôle</b>	AVIS	ARRÊTE	MET EN ŒUVRE

### 2. Indiquez pourquoi le PRSP a ces 2 objectifs principaux

Le PRSP PACA a comme objectifs principaux de réduire la mortalité prématurée évitable et de réduire les inégalités de santé car ce sont les 2 grands objectifs de la santé publique.

### 3. Tableau

Problèmes	Axes	Programmes
Souffrance psychique	Axe 3 : Agir sur certaines pathologies	Programme 13 : Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides.
Suicide et tentatives	Axe 3 : Agir sur certaines pathologies	Programme 13 : Mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides.
Usage de drogues	Axe 2 : Agir sur les comportements individuels et collectifs	Programme 4 : Réduire les conduites addictives et diminuer les consommations excessives.
VIH-SIDA	Axe 3 : Agir sur certaines pathologies	Programme 14 : Améliorer la prévention, le dépistage et le suivi du VIH/SIDA/IST
IVG	Axe 2 : Agir sur les comportements individuels et collectifs	Programme 9 : Faciliter l'accès à une contraception adaptée pour éviter les grossesses non désirées.
Dépendance	Axe 4 : Agir au bénéfice de populations spécifiques.	Programme 18 : Prévenir les risques liés au vieillissement.
Obésité	Axe 2 : Agir sur les comportements individuels et collectifs	Programme 5 : Promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique.

#### **COMPLÉMENT pour permettre aux élèves de mieux appréhender ces notions :**

Le PRSP PACA est une déclinaison des plans stratégiques nationaux de santé publique de la loi du 9 août 2004. Il s'appuie sur la situation sanitaire de la région. Il est organisé autour de 5 axes ou thématiques et en 20 programmes. L'état de santé de la population en PACA est globalement bon mais avec des inégalités de santé importantes et des situations sociales très contrastées. Or la santé publique a pour objectif de réduire les inégalités de santé. En conséquence on comprend pourquoi le critère de la précarité a été retenu comme déterminant dans plusieurs programmes.

Les axes n'ont pas tous la même importance, ne débouchent pas tous vers un nombre équivalent de programmes. L'axe 2 « agir sur les comportements individuels et collectifs » est le plus volumineux avec 9 programmes sur les 20 que comporte le PRSP.

### 4. Évolution du PRSP

Oui, le PRSP est susceptible d'évoluer comme le montre le fait qu'il existe des additifs. En effet, il a comme objectif de prendre en compte les réalités régionales et de s'y adapter.

### 5. Quelle est la place du PLSP par rapport au PRSP et aux plans nationaux ? Quel peut être son intérêt ?

Le PLSP se doit de prendre en compte les orientations figurant dans les plans départementaux et régionaux. Il s'articule donc avec le PRSP. Il constitue une réponse encore plus proche des besoins de la population au niveau de la commune. L'intérêt est que certaines communes peuvent avoir des particularités qui ne constituent pas des priorités pour la région et qu'il convient de prendre en compte.

### III - SYNTHÈSE

#### Tableau

#### L'organisation de la stratégie en matière de santé publique :

Niveau	Plan stratégique	Plan	Programme	Action
National	Cancer Maladies rares	Santé au travail	PNNS	
Régional		PRSP	Programme 1 : agir sur l'environnement	
Local		PLSP	Programme 1 - Faciliter le repérage et améliorer l'orientation des populations souffrant de mal-être et d'isolement	Organisation de rencontres interprofessionnelles, travail de réseau (rattaché à l'axe suivi et animation du PLSP)

**COMPLÉMENT** pour permettre aux élèves de mieux appréhender ces notions :

**Plans stratégiques** = pluriannuels et intégrés dans la loi de santé publique, ils répondent à des problèmes nécessitant l'intervention de plusieurs acteurs et une coordination sur plusieurs années.

**Plans nationaux** = arrêtés directement par le ministre de la santé (ou un autre). Peuvent être antérieurs à la loi de santé publique.

**Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP)** = le cadre de référence d'un ensemble coordonné de **programmes** et d'**actions** pluriannuels. Ils sont en cohérence avec les objectifs et plans nationaux et sont évalués tous les 5 ans.

# TD 4 Des programmes aux actions de prévention du suicide en Bretagne

## I - LES ENJEUX

### 1. La prévention du suicide est un programme prioritaire du Programme Régional de Santé Publique (PRSP) de la Bretagne : justifications.

- La Bretagne présente la plus forte mortalité par suicide de l'ensemble des régions françaises. La surmortalité par rapport à la moyenne nationale est de 60 %, elle est de 59 % pour les hommes et de 65 % pour les femmes.
- Environ 850 personnes se suicident par an, c'est la première cause de mortalité prématurée.
- Le suicide représente une des premières causes de mortalité chez les jeunes et l'incidence la plus élevée pour les personnes âgées.

### 2. Le PRS « Prévenir le suicide en Bretagne » permet de contribuer à l'atteinte de l'objectif général du PRSP suivant :

Réduire la mortalité prématurée.

## II - PRÉVENIR LE SUICIDE EN BRETAGNE

### 1. La prévention du suicide est une forte préoccupation

La lutte contre le suicide fait l'objet de deux plans qui se sont succédés : 1997-2001 (souffrance psychique et phénomène suicidaire), 2004-2008 (prévenir le suicide en Bretagne). La lutte contre le suicide s'inscrit donc dans la durée ce qui montre qu'elle est une forte préoccupation.

C'est une action qui nécessite l'intervention de plusieurs acteurs qui travaillent en partenariat : la DRASS, l'URCAM, les mutuelles, les associations, les comités régionaux, les comités départementaux. Ce partenariat montre l'implication de tous les acteurs.

La lutte contre le suicide fait l'objet de financements importants : 600 000 euros en 2006, budget en augmentation depuis 2005 de 33 %. Ces efforts financiers montrent également la considération accordée à la prévention.

Des actions diverses ont été mises en place : point accueil écoute, théâtre forum, actions sur l'estime de soi, des études pour une meilleure connaissance du phénomène, développement des réseaux, l'information du public, formation au repérage, dispositifs dans les services d'urgence. Cela révèle une volonté manifeste de mettre en pratique le PRSP.

De plus il est clairement énoncé dans le dernier PRSP que toutes ces actions doivent être poursuivies et renforcées. Enfin, le PRSP 2006-2010 fait de la lutte contre le suicide une de ses actions prioritaires.

### 2. Tableau à compléter

### PRS « Prévenir le suicide en Bretagne »

Actions	Axes d'action
Accompagnement de l'entourage des personnes décédées par suicide	Postvention
Formation au repérage et à la conduite à tenir face à une crise suicidaire	Repérage et prise en charge
Organisation de débats publics	Prévention primaire spécifique
Mise en place d'une écoute téléphonique	Prévention primaire spécifique
Intervention dans les communautés après suicide	Postvention
Points d'accueil et d'écoute	Prévention primaire spécifique
Contrôle plus strict de l'accès aux armes à feu et aux médicaments	Prévention primaire spécifique
Protection des lieux de suicide (ponts)	Prévention primaire spécifique
Formation des médecins pour le diagnostic et le traitement des personnes dépressives	Prévention primaire spécifique Postvention
Consultations spécialisées de référence	Prévention primaire spécifique
Campagnes d'information sur la souffrance psychique	Prévention primaire spécifique
Adaptation des services de soins aux personnes en crise suicidaire	Repérage et prise en charge

### 3. La « conférence de consensus »

#### a. Objectif général du PRSP auquel répond l'organisation de la conférence de consensus :

Diminuer la mortalité prématurée

#### b. L'objectif de la conférence de consensus :

Le but de cette conférence est de définir des actions de prévention pratiques et efficaces.

Elle permet de confronter les connaissances, les expériences et les points de vue pour trouver de nouvelles formes d'action.

#### c. À cette conférence participent :

- La Région (à l'origine de la conférence)
- Experts d'origines diverses
- Société civile
- Elus, professionnels de la santé publique, associations...

#### d. Cette démarche se différencie des démarches précédentes :

Il s'agit de résoudre un problème pointu d'une manière originale pour chercher collectivement comment agir contre le suicide.

L'intérêt de cette démarche originale est de renforcer la communication sur le suicide, mutualiser les connaissances et les expériences de prévention, la coopération entre les partenaires de santé publique et de confronter les points de vue.

Elle associe des représentants du pouvoir politique, des administrations, des citoyens, des experts. Cette démarche implique les citoyens dans l'approche d'un problème grave.

# TD 5 La prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent

## I - LES ENJEUX

La prévention de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent est un enjeu de santé publique.

En effet :

- La prévalence a été multipliée par 3 en 20 ans
- 11 % des enfants et adolescents sont en surpoids, donc à risque d'obésité, et 2,4 % sont obèses
- Les écarts de prévalence sont 4 fois plus élevés pour les enfants d'ouvriers que pour ceux des cadres ; et deux fois plus élevés pour les enfants en surpoids
- 2/3 des enfants obèses le resteront à l'âge adulte, avec une espérance de vie réduite

## II. LES MESURES ET ACTIONS DE PRÉVENTION

### 1. Mesures prises par les pouvoirs publics pour lutter contre l'obésité dans le monde scolaire

- Interdiction des distributeurs automatiques de boissons et de produits sucrés (loi de santé publique de 2004)
- Recommandation de ne plus pratiquer la collation de 10 heures de manière systématique
- Généralisation de l'éducation nutritionnelle à venir
- Diffusion d'un guide conçu pour les adolescents

### 2. Les actions relatives participant concrètement à la prévention de l'obésité

En effet, les actions de prévention s'adressent directement aux enfants, aux parents et aux professionnels qui sont régulièrement à leur contact.

Ils participent tous activement et en relation aux différentes actions, ils sont donc acteurs.

(Exemple des cantines qui mettent à l'honneur les aliments dont la promotion a été faite par les commerçants et par la commune).

#### Programme Epoque « Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants »

- Prévention primaire : Freiner l'obésité par la promotion de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique
  - Animations, dégustations... par les commerçants et la commune
  - Ateliers pédagogiques animés par enseignants
  - Adaptation des menus des cantines scolaires
  - Animations sportives
- Prévention secondaire : dépister les enfants à risque
  - Mesures et pesées régulières des enfants par les professionnels de santé
  - Incitation à la consultation

#### Actions dans 4 communes du nord de la Haute-Vienne

- Prévention primaire : Freiner l'obésité
  - Formations des assistantes maternelles et des personnels de cantine à l'équilibre alimentaire
  - Rencontres-débats (assistantes maternelles, parents, enfants)
  - Diffusion de documents d'information
  - Éducation nutritionnelle en milieu scolaire et en centres de loisirs
  - Diffusion d'articles dans le bulletin municipal
  - Ateliers cuisine en direction des populations en difficultés en lien avec le Secours Catholique

### 3. Ces actions sont fédératrices car elles mobilisent de nombreux acteurs issus :

- Du milieu de la santé et de la petite enfance
- Du monde scolaire,
- Du tissu associatif
- Des communes
- Du monde de la restauration et de la distribution.

Les parents et les enfants sont aussi acteurs des actions de prévention présentées.

Les acteurs sont variés car les intervenants autour de l'enfant sont nombreux. Ils doivent tous s'impliquer chacun dans leur domaine de compétences autour d'un même objectif.

## III - UN PROGRAMME DE PRÉVENTION

### 1. Le programme présenté est une véritable action d'éducation à la santé

*Remarque : La réponse à cette question suppose que ce qui caractérise une action d'éducation à la santé ait été vu au préalable.*

- Une organisation a été planifiée dans le temps : réunion d'organisation, organisation des interventions dans la durée dans les différents milieux de vie de l'enfant.
- Des méthodes et outils pédagogiques variés sont utilisés : marionnettes, participation active des enfants...
- Le programme vise à impulser de bonnes habitudes alimentaires, sans imposer.
- Enseignants, parents et enfants sont acteurs des actions.
- Les séances éducatives et d'apprentissages (savoirs, savoir-faire, savoir-être) sont intégrées au cursus scolaire

### 2. Actions auprès des enfants défavorisés ?

Les actions permettent d'agir auprès des enfants défavorisés dans la mesure où elles se déroulent essentiellement en milieu scolaire et en PMI, ce qui permet de cibler tous les enfants et ainsi les enfants défavorisés.

## IV - LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ (PNNS 2)

- Premier objectif : Tourner la prévention vers l'éducation nutritionnelle et agir sur l'offre
  - Les cantines scolaires participent en adaptant les menus à l'équilibre nutritionnel et en s'impliquant à l'occasion des actions menées par les communes.
  - Les professionnels de la distribution s'impliquent également.
  - Parmi les actions de prévention vues, il y a de nombreuses actions d'éducation nutritionnelle.
- Deuxième objectif : dépister précocement et prendre en charge les troubles nutritionnels
  - Le programme Epoque prévoyant une incitation à consulter un médecin en cas de repérage d'un enfant à risque d'obésité.
- Troisième objectif : cibler les populations défavorisées et mobiliser les acteurs associatifs et les collectivités locales
  - Des associations (Codes, Secours Catholique) et les communes se mobilisent.
  - Des actions adaptées aux populations défavorisées sont mises en place : ateliers cuisine en Haute-Vienne

## TD 6 Les établissements de santé dans le système de soins

### I - LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS NON LUCRATIFS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

#### 1. Types d'établissements

Il existe des établissements publics, privés à but lucratif, privés à but non lucratif participant ou non au SPH.

#### 2. Statuts des établissements de santé privés non lucratifs

Associatif (loi 1901 ou 1908), fondation, mutualiste. Le statut associatif (loi 1901) est le plus courant : 75 % des 827 établissements non lucratifs.

#### 3. Participer au service public hospitalier

Participer au SPH signifie que les établissements privés sont soumis aux mêmes obligations que les hôpitaux publics et doivent garantir l'égal accès de tous aux soins, assurer un accueil de jour et de nuit, éventuellement en urgence, dispenser des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, veiller à la continuité des soins, mettre en place des permanences d'accès aux soins et conclure avec l'État des conventions prévoyant la prise en charge des personnes en situation de précarité.

#### 4. Tous les établissements privés à but non lucratif ne participent pas au service public hospitalier

573 sur 827 participent au SPH soit un peu plus de 69 %. GHICL participe au SPH et Saint Joseph ne participe pas.

#### 5. Domaines d'activité des établissements privés non lucratifs

10 % de l'offre MCO, 52 % de l'hospitalisation à domicile, 40 % de la dialyse. Une part importante de l'offre SSR et psychiatrique.

#### 6. Tableau

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"><li>- Réactivité,</li><li>- Prestations de plus grande qualité</li><li>- Efficaces et performants,</li><li>- Qualité de gestion,</li><li>- Plus grande souplesse dans la gestion financière et du personnel,</li><li>- CA qui dispose d'une totale autonomie,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Soumis au risque économique,</li><li>- Pas de secteur libéral et de consultations privées,</li><li>- Cotisations sociales plus élevées,</li><li>- Petite taille et établissements éclatés.</li></ul>

#### 7. Enjeu majeur des établissements privés de santé

L'enjeu majeur est de mutualiser. C'est-à-dire regrouper les établissements dans le « groupe hospitalier de la Mutualité française ».

### II - LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

#### 1. Comparaison et nombre sur le territoire national

Les petits hôpitaux et hôpitaux locaux sont des hôpitaux de proximité.

On peut dire d'eux qu'ils sont de dimension modeste, ne sont pas hyperspécialisés, mais répondent à des besoins essentiels de la population. Ils peuvent disposer de la gamme complète médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ou seulement de la médecine, avec des activités de soins de suite, d'hospitalisation à domicile ou médico-sociales par ailleurs. Ce sont les établissements de premier recours entre la médecine de ville et les hôpitaux plus pointus, un maillon de la chaîne sans qu'il y ait de hiérarchie de valeur entre les uns et les autres.

L'hôpital local a une double spécificité. Il constitue un premier niveau de prise en charge (il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSIAD, HAD...); il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité).

Une seconde spécificité est son fonctionnement médical qui repose, pour l'essentiel, sur des médecins généralistes libéraux : l'hôpital local constitue un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

Il y a 355 hôpitaux locaux et 518 petits hôpitaux ou petits CH.

## 2. Des hôpitaux de tailles différentes

Il existe aujourd'hui des grands et petits hôpitaux pour diverses raisons :

- Il y a des raisons historiques :
  - La densité hospitalière typiquement française explique l'existence de tous ces établissements.
  - Les petits hôpitaux sont les héritiers d'une vieille histoire, celle des hospices, qui explique un maillage dense de son territoire en hôpitaux publics.
- Tous les établissements n'ont pas évolué de la même façon :
  - Ils n'ont pas tous bénéficié de la même façon du progrès médical fulgurant.
- Tous les établissements ne peuvent plus faire la même chose :
  - pour des raisons techniques,
  - mais aussi humaines (problèmes de démographie médicale),
  - pour des raisons de coûts.

## 3. Les petits hôpitaux sont-ils condamnés à disparaître ? Justifiez votre réponse. Rédigez votre réponse.

Non, ils doivent être maintenus mais doivent évoluer car il existe des besoins aujourd'hui non satisfaits et qu'une prise en charge de proximité de 1<sup>er</sup> niveau est nécessaire.

Leur reconversion est donc nécessaire. Il leur faut développer des services pour faire face à des besoins immenses, que ce soit pour les personnes âgées, les personnes handicapées ou les soins de suite.

D'autre part, ils doivent constituer un des maillons de l'offre de soins graduée.

Ils doivent jouer le rôle de diagnostic de premier niveau qui doit être posé dans un cadre de proximité, même si des examens plus ciblés peuvent être faits ailleurs. Il est important d'organiser le parcours du patient en fonction du plateau technique et des ressources humaines. Une première évaluation, qui doit pouvoir être réalisée dans un hôpital de proximité, doit permettre son orientation. C'est particulièrement vrai pour les personnes âgées et les femmes enceintes.

L'hôpital de proximité ne doit pas se résumer aux soins de suite, à la réadaptation, à la gériatrie, à l'addictologie. Il faut qu'il puisse disposer d'une plateforme technique capable de réaliser des diagnostics de proximité et d'organiser le suivi de certains patients, en accord avec l'établissement de recours. Il pourrait en outre réaliser des actions de prévention et médico-sociales.

Seule la pathologie ou la nécessité du suivi doit déterminer l'organisation géographique de l'offre de soins, ce qui suppose, évidemment, de structurer les complémentarités entre établissements.

## 4. Qui est réticent à réorienter l'activité des petits établissements, pourquoi est-ce justifié ?

C'est la collectivité, et notamment les maires, (et pas les personnels) qui considèrent la perte d'un service de chirurgie ou de maternité comme une régression pour leur ville. Ils considèrent ces activités (soins de suite, réadaptation, gériatrie, addictologie...) moins nobles.

Ce n'est pas justifié car ils risquent de tout perdre. Les malades sont de plus en plus exigeants et vont ailleurs, et pour de nombreuses pathologies, les médecins de ville les orientent vers des services spécialisés...

Avec une activité qui se réduit régulièrement ils sont condamnés à fermer ou se restructurer. C'est la qualité du service public et des soins qui doivent primer. Il faut faire comprendre aux élus, qui le répercuteront sur leurs

électeurs que l'essentiel ce soit qu'il n'y ait pas de perte de chances pour les patients et une égalité d'accès aux soins.

## 5. Expressions soulignées

Structurer les complémentarités entre établissements : Organiser la complémentarité entre les établissements de 1<sup>er</sup> niveau et les établissements référents par exemple ou entre les établissements publics et privés.

Établissements référents : Établissement de rattachement d'un établissement de 1<sup>er</sup> niveau.

Niveau 1 : Établissement de proximité qui réalise le 1<sup>er</sup> diagnostic ou prend en charge si un plateau technique plus important n'est pas nécessaire pour la prise en charge.

Offre de soins graduée : Différents niveaux en fonction des besoins. Offre composée de plusieurs niveaux de prise en charge : exemple : il existe des maternités de niveau 1,2 3 et 4. Plus on monte en niveau plus la prise en charge est technique. Toutes les femmes enceintes n'ont pas besoin d'avoir, dans l'établissement de prise en charge de service de néonatalogie...

# TD 7 Assurer l'accès de la population au médecin sur l'ensemble du territoire

## I - L'OFFRE MÉDICALE AUJOURD'HUI ET DEMAIN

Les tendances actuelles et futures de l'offre médicale et leurs conséquences.

**En 2007**, la France métropolitaine compte 208 192 médecins, ce nombre est suffisant actuellement pour couvrir les besoins de la population. Cependant le *numerus clausus* n'ayant cessé de baisser depuis les années 80, l'augmentation actuelle du nombre de médecins s'explique par le recrutement de médecins à diplôme étranger. De plus 24 % des généralistes abandonnent partiellement la médecine générale au profit de « médecines douces » comme l'homéopathie.

Environ un poste sur quatre en médecine générale à l'examen national ne trouve pas preneurs.

L'âge moyen des médecins est de 49 ans (51 ans pour les hommes et 46 pour les femmes) ce vieillissement de la population médicale va favoriser des départs à la retraite nombreux.

La population médicale se féminise : La part des femmes dans la démographie médicale est passée de près de 25 % en 1984 presque 40 % en 2006. Étudier ce pourcentage est intéressant car les femmes médecins exercent différemment (elles souhaitent concilier vie professionnelle et familiale et s'organisent pour travailler moins).

Certaines spécialités sont déficitaires c'est le cas de l'anesthésie, la pédiatrie et de l'obstétrique. Le nombre de pédiatres a diminué de 28,6 % en 12 ans. Ce déficit peut contraindre à la fermeture de services hospitaliers dans certaines zones déficitaires, fermeture qui entraîne elle-même le départ de médecins.

La France souffre d'une mauvaise répartition des médecins sur le territoire, certaines régions manquent de médecins (Limousin, Auvergne) d'autres au contraire sont surdotées (Île de France, PACA). D'une manière générale la densité de médecins est plus importante au sud et à l'est qu'au nord et à l'ouest, le centre de la France (Centre, Auvergne, Bourgogne, Limousin) est déserté.

Les zones rurales et les quartiers défavorisés sont souvent délaissés.

Cette situation de pénurie, dans certaines zones, ne permet pas de répondre à la demande des malades et les contraint à des délais d'attente. La continuité et la permanence des soins ne sont donc pas toujours assurées, et on observe une coordination insuffisante entre les médecins.

**Dans les prochaines années** la France va devoir faire face à une pénurie de médecins en raison des départs à la retraite des médecins généralistes qui ne vont aller qu'en s'accéléralant, et des effets de la faiblesse du *numerus clausus*. En effet, les effets de son relèvement récent seront tardifs : seulement dans une dizaine d'années.

Cette baisse de l'offre médicale se manifesterà alors que parallèlement les besoins de soins ne vont cesser de croître compte tenu du vieillissement de la population.

Il faudra également tenir compte de la part croissante des femmes dans l'offre de soins et de leur volonté de diminuer leur temps de travail.

Les disparités géographiques risquent de s'aggraver dans les régions déjà fragilisées.

Des disciplines comme la gynécologie et la psychiatrie devraient être en danger.

Ces disparités dans l'accès aux soins nécessitent une réorganisation de l'offre de soins.

## II - LES MESURES

Mesures prises ou à développer pour adapter l'offre médicale aux besoins :

- Se doter d'un meilleur système d'information au niveau régional pour analyser l'offre existante et son évolution en regard des besoins
- Aides au transport vers les soignants pour le patient
- Cabinets mobiles
- Transférer des compétences entre médecins et auxiliaires médicaux
- Outils informatiques d'aide aux choix du lieu d'installation mis à disposition par l'assurance maladie
- Exonérations fiscales et majoration de 20 % des actes pour l'installation en zones déficitaires, et attributions d'aides financières à l'installation par les collectivités territoriales

- Moindre participation de l'assurance maladie au financement des cotisations sociales des médecins s'installant dans des zones surdotées.

Ces mesures n'ont pour l'instant qu'une influence modérée voire faible sur la réduction des inégalités territoriales et les pouvoirs publics et les autorités sanitaires devront à terme réorganiser l'accès aux soins, et même peut-être réglementer l'installation des futurs médecins.

### **III - LA MÉDECINE DE GROUPE**

#### **1. Intérêts de la médecine de groupe**

- Pour les médecins :
  - Soutien financier de l'assurance maladie (pour les généralistes dans les zones sous-médicalisées) et des collectivités locales
  - Charges moins élevées car partagées (ce qui peut permettre d'investir davantage en équipements)
  - Davantage de souplesse d'organisation (horaires de consultation, gardes et permanence des soins)
  - Possibilité de mieux concilier vie familiale et professionnelle
- Pour les patients :
  - Plages horaires de consultation plus étendues
  - Ouverture plus longtemps dans l'année
  - Gardes et permanence des soins qui sont plus souvent assurées

#### **2. Développement de cette pratique**

Cette pratique est amenée à se développer car les attentes professionnelles évoluent. Les jeunes médecins, et notamment les femmes, souhaitent mieux concilier vie familiale et professionnelle. Le rapport au travail a changé et le fait d'exercer seul permet moins facilement de répondre à cette nouvelle exigence que l'exercice en groupe.

## TD 8 Des droits pour les patients mais aussi des obligations

### I - LES DROITS DE LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE

#### 1. Tableau

Questions	Réponses et justifications
1. M. X résidant à Marseille peut-il être soigné au CHU de Montpellier pour son problème auditif ?	OUI (droit 1) toute personne étant libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge dans la limite des possibilités de l'établissement.
2. Mme T est décédée. Ses enfants peuvent-ils accéder à son dossier médical ?	OUI (droit 10) mais sous certaines conditions (voir TP 5 du Tome 2 des TD-TP de 1 <sup>re</sup> ST2S) et si elle ne s'y est pas opposée de son vivant.
3. M. W est atteint d'une tumeur au pancréas. Peut-il refuser l'intervention proposée par son médecin ?	OUI (droit 4) Un acte médical ne peut être effectué qu'avec l'accord du patient et le patient a le droit de refuser.
4. Mme B. doit être hospitalisée jusqu'à la fin de la semaine. Peut-elle partir plus tôt ?	OUI (droit 7) Elle peut partir à tout moment après avoir été informée des risques.
5. M. G, étudiant, souhaite participer à des essais cliniques. L'établissement de santé a-t-il une obligation à son égard ?	OUI (droits 5 - 6) recevoir son consentement écrit préalable.
6. Les soins palliatifs sont-ils une obligation des établissements de santé ?	OUI (droit 2) il existe un droit à une attention particulière à la fin de vie.
7. M. C, doit subir une intervention chirurgicale. Il y a plusieurs techniques opératoires possibles. Qui fera le choix ?	Le médecin et le patient (et éventuellement une personne de son choix) (droit 3).
8. Le médecin hospitalier peut-il pratiquer un dépistage systématique du VIH avant toute intervention programmée ?	NON (droit 5) le consentement spécifique du patient est prévu pour les actes de dépistage.
9. Mme B, hospitalisée, réclame le soulagement de sa douleur. Que doit faire le médecin ?	Il doit soulager sa douleur (droit 2).
10. M. X est mécontent de son séjour hospitalier. Peut-il en faire part à l'établissement ?	OUI (droit 11) M. X peut exprimer son mécontentement.
11. Le personnel doit-il frapper à la porte avant d'entrer dans la chambre du patient ?	OUI (droit 8) : respect de son intimité...
12. M. X téléphone pour connaître le motif d'hospitalisation de son épouse. La secrétaire de service peut-elle le renseigner ?	Droit n° 9 : la patiente a droit au respect de sa vie privée, le motif ne pourra être précisé que si cette dernière ne s'y est pas opposée et si la secrétaire a pu s'assurer de l'identité du demandeur

#### 2. Exemples pour le droit n° 5

Pour le droit n° 5 on peut donner les exemples suivants :

Recherche biomédicale : test de médicament - Don et utilisation d'éléments et produits du corps humain : PMA, don d'organe - Dépistage : diagnostic prénatal, VIH.

#### 3. Les points 1 et 2 de la charte

Le début du point 1 s'adresse en partie à tous les établissements puis la suite aux établissements du SPH. Le point 2 s'adresse à tous les établissements de santé. Car l'accès pour tous (même non assuré social, étranger en situation

irrégulière) aux soins en absence de discrimination, 24h sur 24, même en urgence correspond à des missions de service public qui ne concerne donc que les établissements participant ou appartenant au service public.

## II - DES DROITS ET DES OBLIGATIONS POUR LES PATIENTS

### 1. La responsabilité des patients

Loi Kouchner du 4 mars 2002 prévoit un article sur la responsabilité des patients pour rééquilibrer la relation malade-médecin. La décision médicale est désormais partagée.

### 2. Pourquoi des responsabilités pour le patient ?

La loi prévoit la responsabilité des patients pour garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. On attend une prise de conscience des individus qu'ils n'ont pas un droit de tirage illimité sur le (de profit illimité du) système de santé.

### 3. En quoi consistent ces responsabilités ?

Les responsabilités des patients consistent en des responsabilités de nature collective et individuelle.

La responsabilité collective est exercée par l'intermédiaire des associations de patients agréées en fonction de leurs responsabilités. Ces associations prennent des positions qui peuvent engager tous les usagers du système de santé

La responsabilité individuelle consiste pour le patient à l'obligation de :

- respecter dans sa demande de soins, la plus stricte économie compatible avec la qualité et la sécurité et l'efficacité des soins.
- collaborer avec le médecin,
- observer les recommandations des professionnels de santé,
- être acteur de prévention.

### 4. Signification de la citation

Cela signifie que le patient ne doit pas abuser du système de santé. Il doit s'y adresser que si c'est nécessaire, ce qui suppose une éducation à la santé. Il doit respecter le parcours de soins organisé autour du médecin traitant qui conjugue qualité, sécurité et efficacité. Il n'y a pas toujours urgence à sa prise en charge.

### 5. Commentaire

Ces évolutions placent le patient comme un réel acteur, gestionnaire et responsable de son capital santé. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'il existe de très nombreux déterminants aux problèmes de santé, et que certains ne dépendent pas des comportements des individus. La notion d'obligation dans le domaine de la prévention est donc problématique. Si la prévention devient l'occasion de culpabiliser les individus et de ne pas prendre en charge leurs soins, c'est une dérive. Par exemple ne pas soigner un alcoolique ou un fumeur pour les pathologies consécutives à leur consommation d'alcool ou de tabac poserait un problème d'éthique. Par ailleurs, tous les patients sont-ils à même de consulter précocement ?

La responsabilité exercée à travers une attitude préventive obligatoire peut donc comporter des risques. La prévention ne doit pas être l'occasion d'une sanction en terme de prise en charge

### 6. Qu'est ce qu'être un patient responsable ?

Être un patient responsable c'est :

- avoir une attitude préventive pour préserver sa santé (mettre en œuvre tous les actes de prévention nécessaires),
- aller voir son médecin,

La santé étant un bien qui s'apprend, se préserve, se construit.

## 7. La perturbation de la relation malade-médecin

L'information que le médecin doit donner au patient, et qui a été renforcée par la loi du 4 mars 2002, semble perturber la relation malade-médecin. En effet, la loi du 4 mars 2002 renforce les droits du patient notamment en matière d'information.

L'objectif dans ce domaine est non seulement de développer l'information du patient mais aussi de mettre fin aux recours des patients devant les tribunaux pour manque d'information de la part des médecins.

Le texte précise que l'information doit être claire, précise, compréhensible et de préférence orale car donnée dans le cadre du colloque singulier. Elle doit être donnée avant tout acte médical. Il s'agit de reconnaître le patient comme acteur dans le soin.

La loi impose au médecin d'apporter la preuve que l'information a bien été donnée et comprise par le patient. Pour cela les médecins ont tendance à faire des écrits. Néanmoins, ce n'est pas un document écrit signé par le patient avant les soins qui va emporter la conviction du juge, surtout si le document est écrit dans un jargon incompréhensible. Il serait préférable que le médecin mentionne dans le dossier médical du patient qu'il lui a donné telle information à telle date, ou de mentionner les termes de cette information dans la lettre qu'il dicte à son confrère en présence du patient.

Normalement, si le patient a été informé comme prévu dans la loi, les recours devant les tribunaux doivent être l'exception. Si le patient a le sentiment d'avoir été bien informé, il ne songera pas à agir en responsabilité contre son médecin en invoquant le défaut d'information. Si la confiance a été établie, le patient sera respectueux du choix thérapeutique qu'il a fait avec son médecin. Or trop souvent, les médecins appréhendent la relation médicale, et cherchent à se garantir par la preuve écrite de l'information, alors qu'il s'agit d'une relation entre partenaires de soins.

## III - DROITS DU PATIENT INHÉRENTS A LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

### 1. La responsabilité médicale

Notion de responsabilité médicale consiste en la reconnaissance de la faute d'un médecin pour pouvoir être indemnisé.

### 2. Le droit pour le patient consacré par la réforme de la responsabilité médicale

La réforme de la responsabilité médicale par la loi du 4 mars 2002 consacre le droit d'être indemnisé en cas de préjudice même sans faute médicale.

### 3. La réforme et son intérêt

Cela consiste en la réparation des préjudices d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, au titre de la solidarité nationale, lorsque l'accident, l'affection... est directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'il a eu, pour le patient, des conséquences anormales concernant son état de santé (différentes de l'évolution prévisible) et que cela présente un caractère de gravité évalué compte du taux d'incapacité permanente partielle (IPP) qui doit être supérieure à 24 %, ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail.

L'indemnisation est réalisée au titre de **l'aléa thérapeutique** si aucune faute n'a été retenue.

Pour indemniser les victimes d'aléa médical et de vaccinations obligatoires d'une part, et faciliter le règlement amiable des accidents médicaux d'autre part, la loi du 4 mars 2002 a créé l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) ainsi que les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI).

L'intérêt d'une telle réforme est de reconnaître le préjudice des patients qui en sont victimes et de les indemniser en prenant en compte les conséquences du préjudice pour l'individu.

Il est aussi de dédramatiser la relation malade-médecin car on ne va plus chercher de faute à tout prix.

Cela permet de ne pas pénaliser la recherche, les nouvelles techniques médicales...

# TD 9 Un plan de gestion des situations d'urgence sanitaire : le plan blanc

## I - LE PLAN BLANC

### 1. Justification de l'utilité du plan blanc

Le plan blanc hospitalier est utile dans la mesure où il s'agit d'un dispositif structuré de gestion de crise sanitaire au sein des établissements de santé ce qui permet d'adapter les moyens aux besoins.

En effet, il permet de mobiliser rapidement des moyens humains et matériels et ainsi de faire face à des situations de crises exceptionnelles en cas d'afflux important de patients ou de victimes.

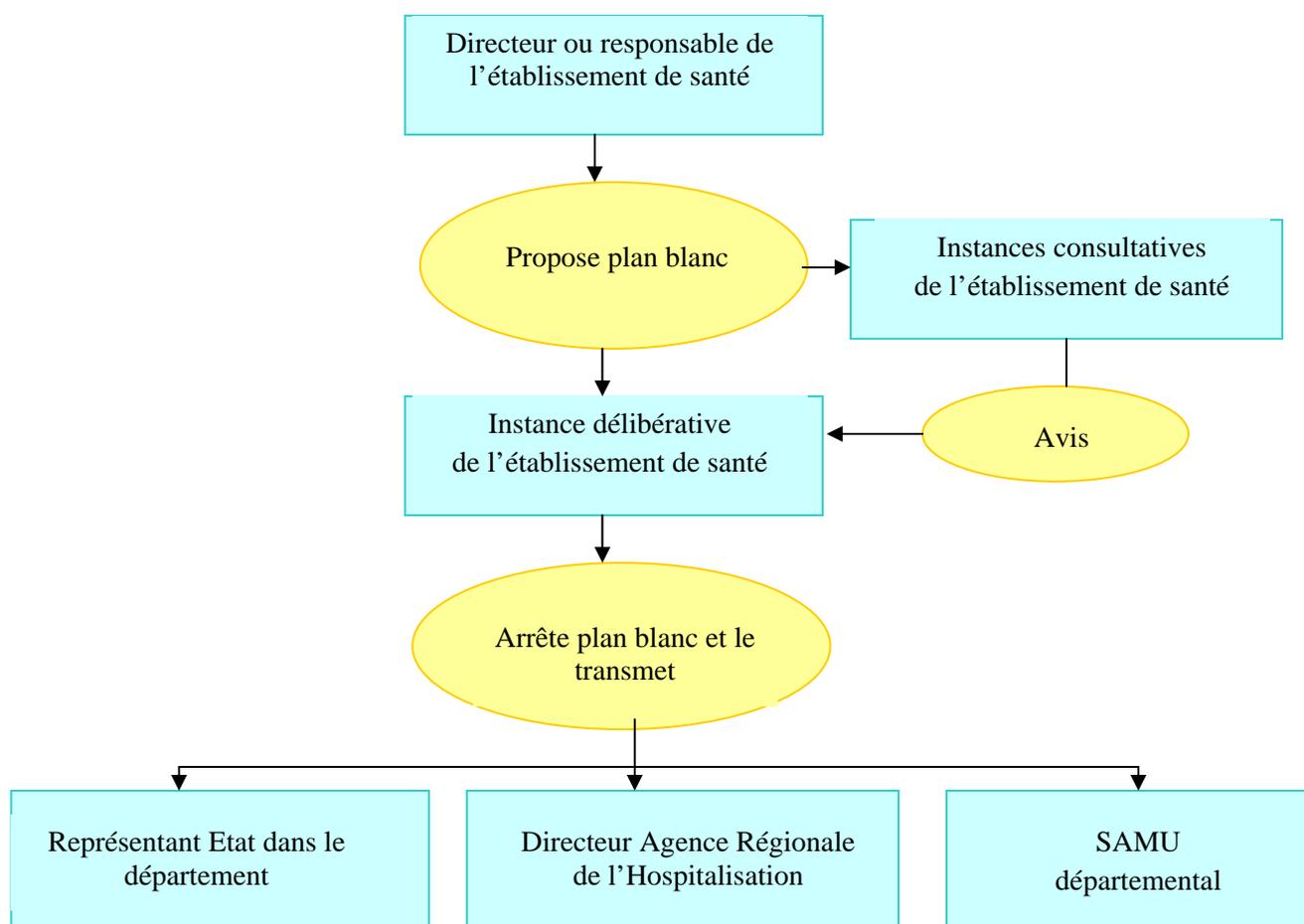
### 2. Le plan blanc est-il un dispositif obligatoire ?

Le plan blanc est un dispositif obligatoire pour tous les établissements de santé, quelle que soit leur nature juridique ou leur taille, instauré par une circulaire du 3 mai 2002. La loi de santé publique du 9 août 2004 lui a donné un cadre légal.

### 3. Composantes du plan blanc hospitalier

- Modalités d'organisation interne de l'établissement de santé en cas de crise
- Composition et modalités de fonctionnement de la cellule de crise
- Moyens à mobiliser et conditions de leur emploi
- Modalités de maintien sur place ou de rappel du personnel

### 4. Procédure d'adoption du plan blanc hospitalier



## 5. Personnes habilitées à déclencher le plan blanc hospitalier

Chef de l'établissement de santé ou représentant de l'État dans le département.

## 6. Mobilisation des ressources humaines et matérielles

Le plan blanc est un dispositif permettant de mobiliser au mieux les ressources humaines et les matériels. En effet :

- Il prévoit le maintien sur place du personnel ou son rappel en fonction des besoins
- Des activités médico-chirurgicales peuvent être déprogrammées pour libérer des lits et des moyens en personnels
- La mobilisation des moyens est graduée : elle tient compte de l'importance et de l'évolution des besoins
- La mobilisation est sectorielle : un ou plusieurs services selon les caractéristiques et l'ampleur de l'événement.

## 7. Apport du plan blanc élargi

Il permet au représentant de l'État de procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services. Tous les professionnels de santé, et tous les établissements de santé ou médico-social sont concernés, quels qu'ils soient

# II - LE DISPOSITIF HOSPITALIER PLAN BLANC DU C.H.U DE TOULOUSE

## 1. Intérêt de la mise en place d'une Cellule de veille et de prévention des crises par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse

Lorsqu'une crise sanitaire s'installe insidieusement, de manière non brutale, il peut être difficile de juger de l'opportunité de déclencher le plan blanc. La mise en place de la cellule de veille et de prévention permettra de mieux appréhender ce type de situation et ainsi de prendre une décision éclairée et adaptée.

## 2. Personnes composant cette cellule de veille et de prévention

Directeur général, Président de la Commission médicale d'établissement, et leurs collaborateurs directs.

## 3. L'analyse globale de la situation avant de donner l'alerte

La Cellule de veille et de prévention des crises procède à une analyse globale de la situation avant de donner l'alerte. En effet :

Elle prend en compte des indicateurs de natures différentes. Elle analyse non seulement des indicateurs quantitatifs de l'activité de l'établissement (donc de données internes), mais aussi d'indicateurs qualitatifs sanitaires, environnementaux et de données sociologiques (contexte social, période...)

De nombreuses données sont donc prises en considération pour appréhender aux mieux la situation, de manière globale.

## 4. Tableau

La gestion de crise au CHU de Toulouse

Étapes	Acteurs
Communication des indicateurs d'activité de l'établissement	Non précisé
Analyse des indicateurs d'activité et des indicateurs qualitatifs	Cellule de veille et de prévention
Alerte	Cellule – Samu – Ddass
- Décision de déclenchement du plan blanc d'emblée ou après consultation de la cellule de veille et de prévention - Notification de la décision au préfet de département et au directeur de l'ARH	Directeur général ou son représentant ou Préfet du département
- Décision de levée du plan blanc (retours à la normale) - Notification de la levée aux différents sites et aux différentes autorités externes	Directeur général

## III LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN BLANC AU CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX

### 1. Objectif de l'exercice relaté

Tester les procédures du plan blanc pour s'assurer de pouvoir faire face en cas d'afflux massif de victimes.

### 2. Chronologie du test du plan blanc

- Préparation du terrain :
  - Évacuation des visiteurs au rez-de-chaussée de l'établissement
  - Contrôle de l'accès au centre hospitalier
  - Préparation du matériel
- Rappel du personnel soignant
- Installation du PC médical dans le hall d'accueil
- Installation de la cellule de crise
- Organisation d'un sas de décontamination au sous-sol
- Préparation du personnel (tenues adaptées)

## IV - LA CANICULE DE 2003

### 1. Signes qui auraient dû alerter les pouvoirs publics sur la nécessité de déclencher plus tôt le plan blanc

- Données météorologiques : accumulation de jours chauds, absence de vent, températures nocturnes très élevées...
- Augmentation de la mortalité
- Saturation des chambres mortuaires
- Hôpitaux débordés

## 2. Conséquences du déclenchement tardif du plan blanc

- Sanitaires : surmortalité de 55 % (personnes âgées premières victimes) soit 2 mois de vie perdus pour l'ensemble de la population en rapport aux décès sur une année
- Politiques : démission du Directeur général de la santé, critiques à l'égard du pouvoir
- Sociale : prise de conscience de la nécessité de faire preuve de plus de solidarité notamment à l'égard des personnes âgées
- Pour le système de santé : annonce d'une révision des services de prévention et d'alerte et des services de secours et d'urgence

# TD 10 Les dépenses de santé : évolution et déterminants individuels

## I - LES FACTEURS DE CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ

### 1. Impact du vieillissement démographique sur la croissance des dépenses de santé

Le vieillissement joue un rôle dans l'accroissement des dépenses de santé mais il est nécessaire d'en nuancer l'importance. Les dépenses de santé augmentent rapidement au-delà de 50 ans et sont très élevées dans les dernières années de la vie. De 1998 à 2004 on peut constater une augmentation des dépenses de santé à partir de 60 ans, dans la mesure, où le nombre de personnes âgées va augmenter dans les années futures, les dépenses de santé devraient s'accroître. Mais des simulations réalisées par l'assurance maladie montrent que le vieillissement a eu un impact de 0.5 % par an sur l'augmentation des dépenses de santé au cours des années 1990 et que ce taux sera de l'ordre de 0.8 % en 2000-2020. Cela ne représente donc qu'un impact peu important. Cependant il faut noter que les personnes âgées consomment plus que les générations précédentes alors que leur santé est meilleure.

### 2. Les autres facteurs de croissance des dépenses de santé

Différents facteurs favorisent la croissance des dépenses de santé :

**L'évolution des techniques** et notamment des médicaments serait de plus en plus coûteuse. Les nouveaux produits mis sur le marché sont coûteux et de plus concernent souvent des maladies chroniques. Ils représentent une part importante (2/3) et croissante des coûts des soins.

**L'effet « revenus »** explique aussi la croissance des dépenses. La santé occupe une part croissante dans la consommation des ménages quand le revenu augmente.

**L'absence de régulation du système de santé** peut également justifier une augmentation des dépenses de santé. Certains économistes l'analysent comme un manque d'évaluation des pratiques, des actes et des techniques. Les médecins payés à l'acte pourraient effectuer certains actes inutiles et prescrire certains traitements pas toujours justifiés au regard des besoins des malades.

La croissance des dépenses de santé s'explique par l'accumulation et l'imbrication de ces différents facteurs.

### 3. Les dépenses de santé sont-elles un déterminant majeur de l'allongement de l'espérance de vie ?

L'augmentation des dépenses de santé ne suffit pas pour améliorer la santé des personnes estiment certains économistes. Les facteurs environnementaux, les comportements, l'hygiène, et le niveau de vie sont des déterminants importants de l'allongement de l'espérance de vie. Les dépenses de santé ne sont donc pas un déterminant majeur de l'allongement de l'espérance de vie.

### 4. En quoi le niveau des dépenses de santé contribue-t-il au bien-être des malades ?

Le niveau des dépenses de santé contribue au bien-être des malades.

En effet, des dépenses de santé élevées peuvent s'expliquer par une prise en charge du malade de qualité, ils peuvent bénéficier de traitements permettant de mieux maîtriser la douleur par exemple.

## II - LES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS DES DÉPENSES DE SANTÉ

La consommation de soins varie en fonction de l'âge, du sexe, des caractéristiques socio-économiques des individus.

### L'influence de l'âge :

On observe que les dépenses de soins sont moins élevées que celles de la moyenne de la population pour presque tous les soins jusqu'à 49 ans. Des dépenses de soins plus élevées que la moyenne sont surtout visibles à partir de 50, et ce pour la grande majorité des soins. On peut donc dire que les dépenses de soins augmentent avec l'âge notamment à partir de 50 ans.

Pour les soins hospitaliers, la dépense moyenne est plus de deux fois plus élevée que la moyenne pour les individus âgés de 70 à 79 ans et 3.7 fois plus à partir de 80 ans.

Les soins ambulatoires, les auxiliaires médicaux et les médecins, sont les postes de dépenses qui augmentent le plus avec l'âge. Les soins d'auxiliaires médicaux concernent essentiellement les personnes de plus de 70 ans puisque leur indice de dépenses est 7 fois plus élevé que la moyenne.

Les dépenses de médicaments sont aussi plus importantes pour les personnes âgées.

On remarque des évolutions différentes pour les autres postes :

- les dépenses pour les soins dentaires et d'optique augmentent jusqu'à 50 ans puis diminuent ;
- les dépenses de spécialistes et d'analyses biologiques ralentissent leur progression à partir de 60 ans ; alors que
- les dépenses d'omnipraticiens croissent fortement à partir de 60 ans.

Cette croissance de consommation avec l'âge s'explique essentiellement par des besoins plus importants pour les personnes âgées.

#### **L'influence du sexe :**

Les dépenses totales sont assez peu différentes selon le sexe, elles sont légèrement plus faibles pour les femmes, cependant la structure des dépenses varie entre les hommes et les femmes.

Les femmes ont des dépenses en soins ambulatoires importantes : médecins spécialistes (+28 %), analyses biologiques (+27 %) Omnipraticiens (+21 %), dépenses dentaires, optiques, soins d'auxiliaires médicaux (+14 %). Les dépenses de médicaments sont légèrement supérieures pour les femmes.

Par contre leurs dépenses hospitalières sont plus faibles (-22 %).

Ces différences de consommation peuvent s'expliquer par l'importance des dépenses liées au suivi gynécologique-obstétrique pour les femmes et à un comportement de santé plus axé sur la prévention.

#### **L'influence de la catégorie socioprofessionnelle :**

Les dépenses totales de santé sont plus élevées pour les personnes issues de ménage dont la personne de référence est un ouvrier non qualifié (18 % de plus par rapport à la moyenne) alors que les dépenses des catégories les plus faibles sont observées dans les catégories cadres et les professions intermédiaires.

Les ouvriers qualifiés et les employés présentent des dépenses légèrement supérieures à la moyenne.

Les dépenses plus élevées des ouvriers qualifiés sont dues à leurs dépenses hospitalières, qui représentent 53 % de leur dépense totale. Ils ont des dépenses supérieures à 42 % de la moyenne alors que les cadres et les professions intermédiaires ont des dépenses 20 % inférieures à la moyenne.

Ces différences peuvent s'expliquer par les dangers liés au travail pour les ouvriers (surexposition aux accidents du travail, maladies professionnelles)

D'autre part les catégories les moins favorisées adoptent plus fréquemment des comportements à risque (alcool, tabac) et sont moins réceptives aux bienfaits de la nutrition et de l'activité physique. Ainsi ils seront plus exposés aux cancers, accidents, diabète, obésité...

#### **L'influence du revenu :**

Le revenu du ménage joue un rôle important sur les comportements de renoncement aux soins : le risque de renoncement aux soins est plus de deux fois plus élevé pour les ménages dont le revenu est inférieur à 550 euros que pour les ménages dont les revenus sont supérieurs à 1 300 €. La probabilité de renoncement aux soins diminue parallèlement à l'élévation des revenus.

Les recours aux soins différents s'expliquent par des raisons financières.

#### **Influence du statut de la personne de référence :**

La probabilité de renoncer aux soins est deux fois plus importante pour un ménage dont la personne de référence est au chômage que pour celui dont la personne de référence est un actif occupé. La période de chômage prive l'individu d'une partie de ses revenus donc l'oblige à renoncer en partie aux soins.

Lorsque la personne de référence est retraitée, la probabilité de renoncement est nettement inférieure.

#### **Influence du type de ménage :**

Le risque de renoncement aux soins est pratiquement multiplié par deux pour les familles monoparentales.

Cette différence peut s'expliquer par des revenus plus modestes perçus par les familles monoparentales.

# TD 11 Enjeux et choix politiques pour l'offre de soins en France et dans d'autres pays d'Europe

## I - LA RECHERCHE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS EFFICIENT

### 1. Nécessité des gains d'efficience dans les pays de l'OCDE

Dans les pays de l'OCDE, les gains d'efficience sont nécessaires.

Les pays de l'OCDE doivent faire face à une demande croissante des patients (liée au progrès médical et au vieillissement de la population) et à une demande de plus en plus exigeante. De plus, il subsiste des inégalités de l'état de santé des populations et dans l'accès aux soins ; et la qualité des soins n'est pas toujours optimale.

Cette croissance de la consommation entraîne une augmentation des coûts difficilement supportable par les finances publiques, il est donc indispensable de rechercher plus de performance, des gains d'efficience, pour assurer la viabilité financière de nos systèmes de santé, pour continuer à améliorer la santé et la qualité et la sécurité des soins.

### 2. Les pistes proposées par l'OCDE pour améliorer les performances des systèmes de santé

- Informatiser les données médicales (dossier médical) ce qui participera à l'amélioration de la qualité des soins par un meilleur suivi des données.
- Revoir les modalités de rémunération des médecins pour encourager les prescriptions efficaces
- Favoriser une attitude rationnelle de consommation médicale auprès des malades
- Améliorer la prévention des maladies et incapacités
- Renforcer les politiques de lutte contre les conduites à risques
- Augmenter les dépenses de prévention

### 3. Commentaire

Chaque pays fait des choix politiques pour son système de soins et ces choix varient d'un pays à l'autre en fonction des contextes qui leur sont propres : contexte politique, contexte économique, social, culturel...

Il n'y a pas d'approche unique et universelle pour une politique optimale de la santé dans la mesure où une politique optimale de la santé est avant tout celle qui est adaptée à ces contextes et aux besoins de la population. Or ces contextes et besoins sont variables. De plus, aucun pays ne peut se vanter d'avoir fait seulement des choix politiques efficaces. Certes, certains systèmes de soins sont plus performants que d'autres, mais même les plus performants présentent des limites.

## II - LA RECHERCHE D'UNE OFFRE DE SOINS AMBULATOIRES PERFORMANTE EN FRANCE

### 1. Les éléments problématiques du diagnostic

Le diagnostic fait par La Conférence nationale de santé sur le système de santé français est le suivant :

- La promotion de la santé est insuffisante : la mortalité évitable liée au travail, à la consommation d'alcool et de tabac est importante.
- Les enjeux environnementaux ne sont pas correctement pris en compte ;
- La prévention tertiaire chez les malades chroniques et les personnes âgées est en retard.
- La recherche en santé n'est pas assez innovante.
- Des inégalités dans l'accès aux soins liés à des facteurs sociaux ou géographiques persistent

## 2. Propositions d'amélioration du système de santé français

Objectifs	Dispositifs à mettre en œuvre
Ex : Améliorer la prévention	<ul style="list-style-type: none"><li>– Remboursement à 100 % des actes de prévention et du suivi des actes de prévention</li><li>– Mise en place d'un dispositif d'un suivi des actes de prévention</li><li>– Tarifs opposables pour les actes de prévention à respecter</li></ul>
Améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins	<ul style="list-style-type: none"><li>– Réorganiser territorialement le système de soins</li><li>– Donner un rôle central aux soins ambulatoires</li><li>– Revoir les modalités de rémunération des professionnels</li><li>– Mieux rembourser les soins de premier recours</li></ul>
Garantir une offre ambulatoire suffisante	<ul style="list-style-type: none"><li>– Réguler géographiquement au niveau national et régional l'emploi médical et paramédical</li></ul>
Améliorer la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"><li>– Favoriser le regroupement de médecins</li><li>– Promouvoir l'utilisation des nouvelles technologies de l'information</li></ul>
Améliorer le contrôle des affections chroniques et la qualité de vie des personnes concernées	<ul style="list-style-type: none"><li>– Développer une offre d'éducation thérapeutique</li></ul>
Améliorer la coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"><li>– Mettre en œuvre le dossier médical personnel</li><li>– Former les professionnels et usagers à son utilisation</li></ul>

## 3. Les moyens évoqués pour augmenter l'efficience de la médecine libérale

Les médecins doivent poursuivre une formation actualisée et renforcée, qui doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique, notamment en matière de santé publique et de prévention. Leur formation à ce niveau est insuffisante or ils doivent jouer ce rôle, de plus en plus indispensable, auprès de leurs patients.

Les médecins devront aussi se soumettre à une évaluation des pratiques professionnelles. Cela constitue une garantie de qualité de l'actualisation de leurs connaissances et de leurs pratiques.

Ces moyens permettront de répondre aux exigences d'efficience au niveau de la qualité et de la sécurité des soins et à celles toujours plus importantes des patients.

## III - LES CHOIX POLITIQUES DANS D'AUTRES PAYS D'EUROPE

### 1. Au Royaume-Uni

#### a. Choix politiques faits par le Royaume-Uni pour plus d'efficience de son système de santé

- Restructuration des soins hospitaliers et de ville
- Évaluation régulière du corps médical et formation continue obligatoire
- Devoir pour le médecin de démontrer l'efficacité de ses choix thérapeutiques
- Mise en place de « targets » (objectifs à atteindre)
- Critères de prise en charge des maladies chroniques à respecter (incitations par une meilleure rémunération des médecins)
- Délégation de certains actes de soins aux infirmières et aides soignantes

#### b. Selon eux, quelles sont les limites à ces choix ?

- Travail administratif plus important pour les médecins
- Système plus coûteux qu'auparavant
- Manque d'accessibilité du médecin : permanence des soins problématique
- Place du patient pas toujours centrale.

### 2. Dans les pays nordiques

Certains choix politiques des pays nordiques pour leur système de soins peuvent permettre plus d'efficience :

L'installation des médecins est soumise à autorisation, ce qui peut permettre de réduire les inégalités territoriales d'accès au médecin, et participer à la garantie de permanence des soins.

Les dépenses de prévention sont plus importantes qu'en France. Ainsi, la réduction des comportements à risques est favorisée et donc la diminution de la mortalité évitable.

De plus, la rémunération des médecins les incite à réaliser davantage d'actes de prévention. La politique de prévention s'en trouve donc favorisée.

Enfin, la prise en charge des patients est facilitée par des centres de santé primaires et on note la délégation de certains actes aux infirmières notamment. La globalité de la prise en charge et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé sont favorisées par la présence de travailleurs sociaux dans certains centres.

## TD 12 Quelle efficacité pour les systèmes de soins ?

### I - LA COMPLÉMENTARITÉ PUBLIC-PRIVE POUR L'EFFICACITÉ DE L'OFFRE DE SOINS

1 – Présentez, dans le tableau ci-dessous, la complémentarité évoquée dans le document 2 :

Établissements	CHU	FONDATION LENVAL
Statut des établissements	PUBLIC	PRIVE NON LUCRATIF
Forme de complémentarité	GCS	
Activité	PÉDIATRIE	
Réorganisation	- 1 seul pôle d'urgences pédiatriques (Lenval) - Hématologie et néonatalogie (CHU)	
Avantages	- Cohérence et rigueur pour des plateaux de soins infantiles plus pointus - Concertation - Activités au sein d'un bâtiment neuf	

2. Les schémas suivants présentent les avantages d'un fonctionnement médical mixte, associant des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers dans les hôpitaux locaux de Neuville sur Saône et Belleville sur Saône (69). Rédigez un texte mettant en évidence ces avantages.

Un fonctionnement médical mixte, associant des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers dans les hôpitaux locaux de Neuville sur Saône et Belleville sur Saône (69), présente différents avantages en termes de sécurité, complémentarité et sérénité.

En effet, la **sécurité** du patient est améliorée par la présence médicale sur une plage horaire plus large sur l'hôpital, le suivi médical structuré et rapproché et l'assurance de la continuité des soins pour les patients.

Par ailleurs, elle permet une **complémentarité** clinique avec des prescriptions concertées. La complémentarité permet un engagement médical renforcé dans l'établissement et une ouverture plus grande sur le réseau de soins (les correspondants étant identifiés). De plus la responsabilité médicale est partagée entre les médecins (libéral et hospitalier) et formalisée dans le règlement de fonctionnement médical.

Enfin, elle apporte la **sérénité** par une présence médicale organisée et connue ce qui permet une rapidité d'intervention, un dialogue et des échanges avec les familles ainsi que la mise en œuvre du projet de soins individualisé.

La prise en charge du patient hospitalisé dans ces structures est ainsi plus efficace.

3. À partir des documents 3 et 4, présentez les objectifs des formes de complémentarités public-privé évoquées. Pourquoi ces choix et quels sont les enjeux ?

Les formes de complémentarités évoquées dans les documents sont : un GIE et un GCS.

Le GIE a pour objectif d'exploiter en commun les places d'HAD du territoire de santé.

Le GCS a pour objectif d'organiser la coopération entre un centre hospitalier et une clinique, pour les activités et missions réalisées en commun ou en partenariat sur le Pôle Santé Sud-Vendée.

Pourquoi ces choix :

- Pour optimiser la prise en charge des patients dans les domaines de leur activité en mettant en commun leurs moyens (humains, matériels...).
- Pour correspondre à la demande des Directeurs des ARH (conformité aux annexes du SROS).

Les enjeux sont :

- financiers : éviter les dépenses inutiles, réduire les coûts.
- sociaux : maintien de l'activité et de la structure dans le territoire de santé. Soit, favoriser le maintien des professionnels de santé dans la région et répondre pour partie aux difficultés de démographie médicale.
- de management : utilisation, en fonction des besoins, de façon indifférenciée des personnels de l'une ou l'autre des structures.

- de qualité : du service en fonction des besoins.
- politiques : définies dans le SROS.
- médicaux : améliorer les performances (recherche, dispositif de formations et amélioration des compétences, filières de soins...).

## II - COMMENT RENDRE NOTRE SYSTÈME DE SOINS EFFICIENT ?

### 1. Justifiez le titre de l'article du Monde

Pour l'auteur, B. Debré, une profonde réforme des hôpitaux s'impose car :

- Il y a trop d'hôpitaux,
- Les hôpitaux n'attirent plus les jeunes médecins (il y a beaucoup de postes vacants), manque d'infirmier(e)s. Ce qui entraîne des risques pour la sécurité des malades.
- Les évolutions technologiques ont eu pour conséquence une prise en charge très courte des patients mais une prise en charge coûteuse en matériels et équipes.
- Il y a des établissements avec des services sous occupés (nombreux lits vacants) car ils n'attirent plus les patients. Ils sont dangereux pour les patients.
- Il y a trop d'établissements dits « aigus » et pas assez de soins de suite et de maisons de retraite.

Donc, pour rendre notre système de soins efficient, il faut regrouper et optimiser les moyens humains et techniques en réduisant d'un tiers le nombre d'établissements.

### 2. Quelles solutions de réorganisation de la prise en charge des soins nécessitant hospitalisation propose-t-il ? Pourquoi ?

Il propose de :

- Réaffecter 1/3 des établissements en établissement d'hébergement en soins de suite et prise en charge des problèmes chroniques (Alzheimer...),
- Dispatcher le personnel (infirmier et médecins spécialisés) dans les grands établissements disposant d'un plateau technique moderne pour accueillir toute urgence et tous soins aigus.
- D'organiser le ramassage des urgences en développant les SAMU, SMUR et autres véhicules de 1ers soins pour assurer le transport rapide vers ces grands hôpitaux.

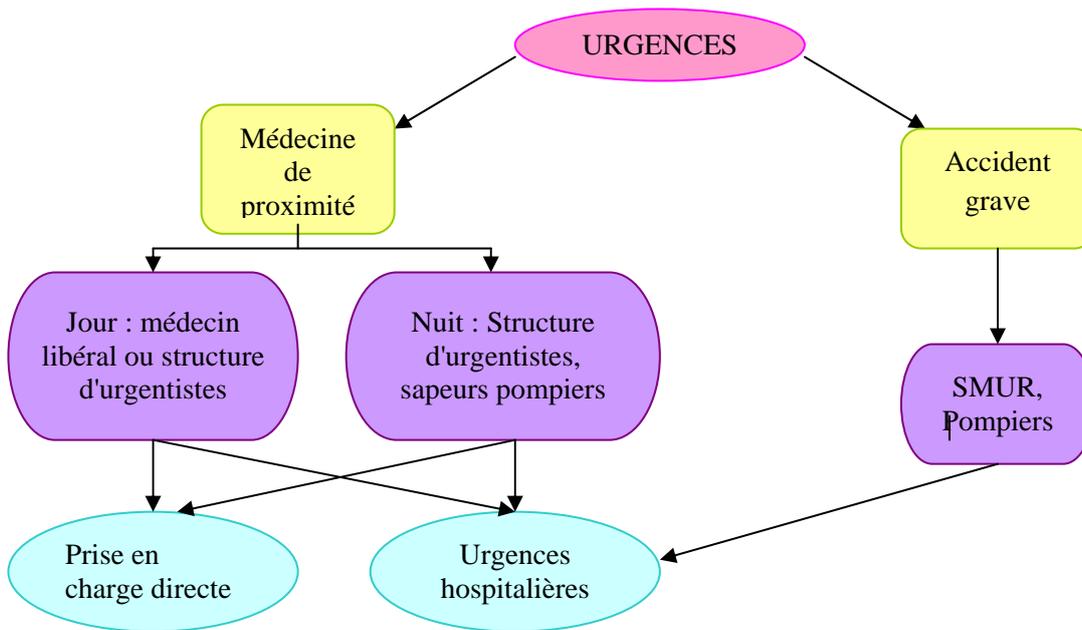
Car :

- L'hôpital est en crise,
- Il y a une médecine à 2 vitesses en raison des 2 catégories d'hôpitaux : ceux très bien équipés et les trop petits dangereux (sans matériel moderne ni personnel suffisant),
- Pour la santé des malades
- Pour l'équilibre des comptes de l'assurance maladie dans de la sécurité sociale.

### 3. Complétez le schéma de la complémentarité des acteurs de la santé et la hiérarchisation de leur mode d'intervention mettant en évidence : Qui intervient, Quand et Où.

Schéma page suivante

## La prise en charge des urgences : la complémentarité des acteurs



### CONCLUSION :

À partir des documents du TD on peut dire que ce qui est mis en place pour rendre notre système de soins efficient est :

- la complémentarité des établissements de santé publics et privés dont la forme juridique de la complémentarité peut varier (GIE, GCS public ou privé, convention...),
- l'organisation des urgences.

Ce qu'il faudrait encore faire :

- réorienter l'activité de certains établissements de santé vers les soins de suite et la prise en charge des personnes âgées (maladies chroniques...),
- organiser une véritable hiérarchisation des urgences avec un accès indirect des patients aux urgences hospitalières.

*Remarque : Ceci sera complété par les éléments abordés en cours et organisé en texte structuré.*

# TP 1 Les organisations : origine du concept et approche systémique

## I - NOTION D'ORGANISATION

L'Institut National du Cancer est une organisation. En effet, il en présente les caractéristiques :

- C'est un système social puisqu'il fédère l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre le cancer, ayant des projets communs.
- Son but est formalisé puisqu'il est précisé par la loi de santé publique du 9 août 2004.
- Les tâches sont divisées entre différents services (voir organigramme), en fonction de leurs domaines de compétences
- Un système de communication est mis en place pour la communication institutionnelle et l'information des publics (voir organigramme).
- Des mécanismes de prise de décision existent : Le Conseil d'Administration fixe les orientations générales de l'I.N.Ca
- Une évaluation de l'activité est prévue : au niveau des directions de la qualité des soins, de la recherche et de la santé publique.

## II - ORIGINE DE LA THÉORIE DES ORGANISATIONS (ÉCOLE CLASSIQUE DES ORGANISATIONS)

### 1. Émergence de la théorie des organisations

La notion d'organisation a émergé à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la révolution industrielle ayant induit une nouvelle forme de production et l'arrivée massive d'une main-d'œuvre inadaptée aux besoins de l'industrie. Dans ce contexte, les entreprises cherchent de meilleures performances et la rationalisation de leur production. Des théoriciens s'intéressent alors à l'organisation de l'entreprise puis de la production

### 2. Exemples

- organisations marchandes : pharmacie – clinique privée à but lucratif
- organisations non marchandes : établissement public de santé – service de promotion de la santé en faveur des élèves

### 3. Objectifs de la théorie des organisations et les thèmes auxquels elle s'intéresse

Elle vise à analyser le fonctionnement des organisations, leur structure et leur développement et à proposer des améliorations.

Thèmes auxquels elle s'intéresse : pouvoir, relations et rapports sociaux, communication.

### 4. Résumé des théories des fondateurs de l'école classique des organisations

F.W. Taylor : Ingénieur américain qui élabore la théorie de « l'organisation scientifique du travail » dont les principes sont :

- Division verticale du travail
- Choix scientifique des exécutants et définition précise de leurs tâches
- Salaire au rendement

H. Fayol : Ingénieur français qui s'intéressa à l'administration des entreprises. Selon ses principes, la direction doit planifier, organiser, commander, coordonner et contrôler dans un souci d'efficacité.

Max Weber : sociologue qui a défini les formes de pouvoir en organisation. Pour lui, la capacité d'action des chefs, leur autorité, s'appuie en priorité sur la légalité de leur fonction et la rationalité de leurs décisions. Une administration efficace selon lui est strictement hiérarchisée avec des règles impersonnelles, transparentes et applicables à tous permettant précision, rapidité et efficacité.

## 5. Définitions

- standardisation : processus de normalisation, fait d'établir un référentiel commun
- rationalisation : organisation visant à supprimer l'inutile dans un souci d'efficacité
- réflexion managériale : réflexion sur les manières de conduire un groupe, une organisation en vue d'atteindre un objectif
- administration bureaucratique : administration dont les règles de fonctionnement sont strictes, les responsabilités sont divisées avec une forte hiérarchie et des relations impersonnelles.

## 6. Schémas

Schéma 1 : organisation selon Taylor

On distingue des chefs et des ouvriers et chaque ouvrier est sous la responsabilité de plusieurs chefs. La structure fonctionnelle de Taylor repose sur la spécialisation, l'autorité se justifie par la compétence, l'autorité fonctionnelle se répartit sur les tâches.

Avantages : La communication est rapide. L'information est spécialisée. On a recours à des spécialistes.

Inconvénients : Dilution de l'autorité et de la responsabilité.

Schéma 2 : organisation selon Fayol

Cette structure est celle de Fayol. L'autorité circule de haut en bas. L'autorité se justifie par la légitimité, elle est déléguée sur les personnes.

Avantages : Simplicité et clarté du fait de l'unité de commandement.

Inconvénients : Rigidité de la hiérarchie. Le chef doit avoir des compétences multiples ou s'entourer d'un Staff.

## III - APPROCHE SYSTÉMIQUE DE L'ORGANISATION ET DE SON FONCTIONNEMENT

Ce schéma (document 7) représente une approche systémique de l'organisation dans la mesure où il montre que :

- différents sous-systèmes sont reliés entre eux (réseaux locaux, réseau régional, cancéropôle...)
- des interactions existent entre ces éléments dans le cadre de la concertation pluridisciplinaire et de l'élaboration du dossier partagé
- l'ensemble des sous-systèmes constitue un système : le réseau de soins du cancer
- les sous-systèmes mettent en commun des informations de nature et de sources diverses (médecine de ville, équipe de recherche...)
- l'ensemble est organisé autour du patient
- tous sont en interaction dans le but d'élaborer un programme personnalisé de soins en faveur du patient.

Le plus important n'est pas le nombre de sous-systèmes intervenant en direction autour du patient mais le fait qu'ils interviennent tous dans le même but et en interaction.

*Remarque : Chaque sous-système est lui-même un système composé de sous-systèmes. Exemple : le sous-système « cancéropôle » du système « réseau de soins » est un système composé de sous-systèmes : CHU, CLCC...*

## **TP 2 Approches sociologique et psychosociologique des organisations**

### **I - APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE L'ORGANISATION ET DE SON FONCTIONNEMENT**

#### **1. Approche sociologique de l'organisation et de son fonctionnement**

Elle consiste en l'étude des relations humaines en tant que relations de pouvoir dans une organisation.

L'objet de l'étude est l'acteur dans une organisation et les rapports de pouvoir au sein de l'organisation.

L'organisation peut être comprise à partir de l'action des différents acteurs qui composent l'organisation. Leur étude porte sur les stratégies des différents acteurs d'une organisation.

#### **2. Analyse stratégique**

C'est l'étude des stratégies mises en œuvre par chaque acteur dans une organisation pour augmenter son pouvoir. Mais les modalités dépendent des valeurs que l'on a, de la perception de la situation et des moyens d'influence dont on dispose, du degré d'incertitude qu'on peut générer vis-à-vis des autres. Plus les autres acteurs auront une forte incertitude par rapport à ce que l'on va faire ou transmettre ou pas, plus on aura de pouvoir.

#### **3. Reproche de M. Crozier et E. Friedberg, aux théories classiques**

Les théories classiques partent du postulat que l'individu est passif dans une organisation. Or pour M. Crozier et E. Friedberg il est acteur. C'est un stratège.

#### **4. Manifestation du pouvoir de l'utilisateur**

L'utilisateur manifeste son pouvoir en faisant évoluer l'organisation des soins. Il est acteur (plus utilisateur passif) à travers les associations de parents. Leurs attentes sont prises en compte dans l'organisation de l'offre de soins pédiatrique en oncologie.

#### **5. Manifestation de la reconnaissance du pouvoir des malades ou de leurs représentants dans l'organisation des soins en oncologie pédiatrique**

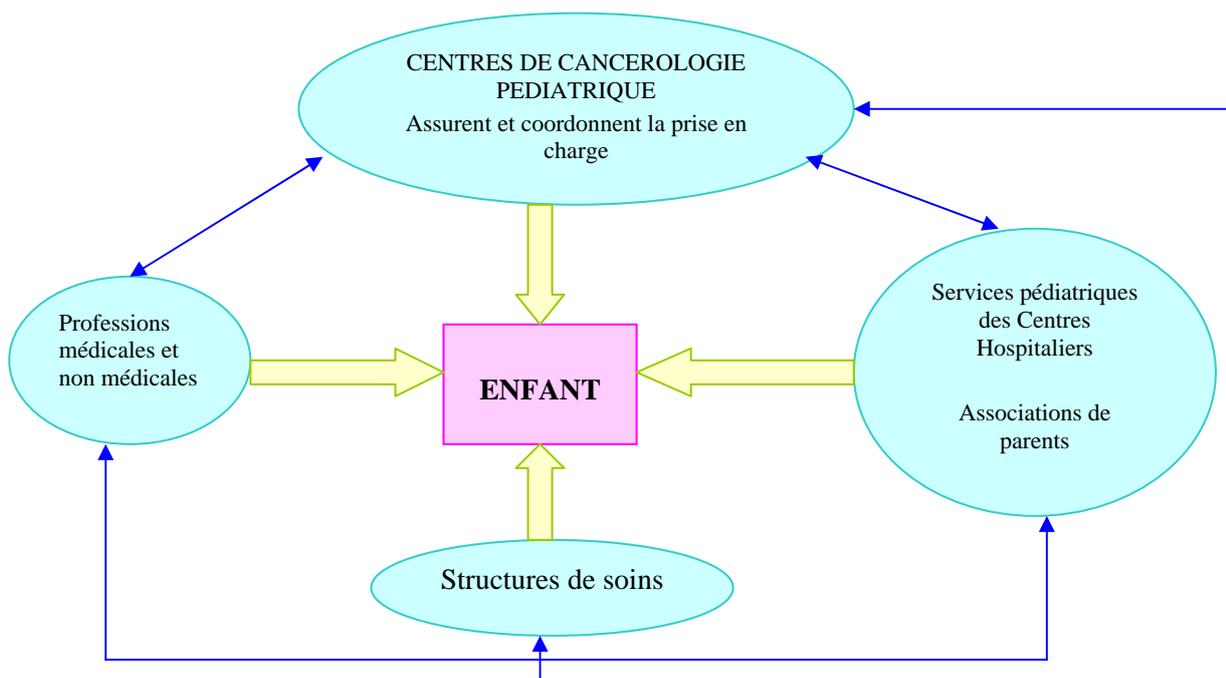
Elle se manifeste par l'organisation en réseau pour assurer la continuité des soins demandée par les associations de parents.

Dorénavant les centres de oncologie pédiatriques assurent et coordonnent la prise en charge des cancers de l'enfant et animent 1 réseau régional centré sur la continuité des soins

#### **6. Schéma de la nouvelle organisation des soins en oncologie pédiatrique telle qu'indiquée dans la circulaire du 29 mars 2004**

Page suivante

## RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE



## II - PLACE DES INDIVIDUS, DANS L'ORGANISATION : APPROCHE PSYCHOSOCIOLOGIQUE

### 1. Le travail permet de combler les trois premiers niveaux

Le travail permet en général de combler les 3 premiers niveaux. En effet :

On peut dire que l'emploi (et donc le salaire) permet de satisfaire les besoins physiologiques : (nourriture, eau, sommeil...) et les besoins de sécurité : vêtements, logement, foyer, travail...

De même le travail permet de satisfaire les besoins sociaux ou de reconnaissance : échanges dans le travail où on se sent utile, on compte pour cet entourage (collègues, usagers ou clients)...

Ceci peut être étoffé ou compensé par une vie sociale, extérieure au travail, riche ; ex : dans ses loisirs, sa vie sociale, syndicale, politique, associative...

### 2. Tous les travailleurs cherchent-ils à atteindre tous les niveaux de la pyramide ?

Tous les individus ne cherchent pas à atteindre les deux derniers niveaux. Beaucoup en restent aux 3 voire 2 premiers.

En effet, certains travailleurs ne recherchent pas la satisfaction du **besoin d'estime** : ils ne recherchent pas la prise de responsabilité et d'autonomie, qui sont des signes d'estime professionnelle.

Le **besoin d'accomplissement** n'est pas non plus toujours recherché : certains n'ont pas besoin de se réaliser ou de s'épanouir dans le cadre du travail.

### 3. Intérêt pour une organisation d'être attentive à la satisfaction des besoins de ses salariés

Connaître les niveaux de satisfaction de ses salariés permet de remédier à d'éventuels problèmes ou conflits, de donner une bonne image de l'organisation, satisfaire les usagers.

On peut proposer une formation, une promotion, des responsabilités, étoffer les tâches confiées pour donner plus de sens au travail, demander l'avis de ceux-ci avant toute décision sur le travail... afin d'éviter l'insatisfaction au travail qui nuit à sa qualité...

#### **4. Limites à cette hiérarchisation**

Cette hiérarchisation peut varier d'un individu à l'autre selon la personnalité de chacun, les ressources financières personnelles, leur culture, mais aussi la phase de la vie. Selon les circonstances, les besoins supérieurs peuvent primer sur les besoins primaires.

# TP 3 Méthode d'étude d'une organisation : l'Association pour la recherche sur le cancer

## I - IDENTIFIER LES ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS D'UNE ORGANISATION

### 1. Éléments permettant de décrire l'Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC)

#### a. Date de fondation de l'ARC :

29 juin 1962

#### b. Siège social :

Son siège social est situé à Villejuif dans le Val de Marne

#### c. Nature juridique :

Association reconnue d'utilité publique

#### d. But :

Son but est de favoriser la lutte contre le cancer sous tous ses aspects (notamment recherche, prévention...) en apportant un soutien financier aux recherches scientifiques biomédicales et aux études dans le domaine des sciences sociales.

#### e. Les activités mises en œuvre pour atteindre cet objectif :

- Attribuer des subventions aux études et aux recherches
- Accorder des bourses d'études
- Organiser la diffusion rapide des acquisitions dans le domaine de la recherche sur le cancer
- Provoquer toute réflexion utile à la recherche sur le cancer et à sa prévention

#### f. Les bénéficiaires des activités de l'ARC :

Les patients

#### g. L'ARC est administré par :

- Un conseil d'administration composé de 21 membres élus par l'assemblée générale, il délibère sur l'ordre du jour arrêté par le bureau et prend les décisions.
- Un bureau composé d'un président, un vice président, un secrétaire, un secrétaire adjoint, un trésorier, un trésorier adjoint. Il peut prendre les décisions nécessaires pour le bon fonctionnement de l'association.

#### h. Les organes consultatifs et leurs domaines de compétences :

- Le conseil scientifique : propose et expertise les orientations de l'association en matière de recherche et de prévention
- La commission financière examine toutes les questions générales concernant les finances de l'association
- La commission juridique examine toutes les questions juridiques relatives aux intérêts de l'association dans ses rapports avec le personnel et avec les tiers
- La commission de la communication étudie et propose la stratégie de communication et les méthodes de collecte de l'association

- La commission de discipline examine les cas de violation des statuts et du règlement intérieur

#### **i. Les origines des principales ressources prévisionnelles en 2007 :**

- Des legs (62.6 %)
- Des dons (30,2 %)

L'essentiel des ressources sont des ressources privées

#### **j. Répartition des dépenses prévisionnelles en 2007 :**

- 75.5 % des dépenses sont consacrées aux buts statutaires
- 12 % sont affectées aux dépenses de fonctionnement
- 12.4 % sont destinées aux frais de recherche

#### **k. Les principaux partenaires de l'ARC :**

L'INSERM, des collectivités territoriales, des associations culturelles ou sportives, des établissements scolaires, l'INCA, le Comité de la charte, cancéropôles, organismes de recherche, particuliers...

### **2. Éléments descriptifs d'une organisation**

Date de création, siège, statut juridique, finalités, activités, bénéficiaires, organisation administrative (organismes, rôles) organisation financière (recettes et dépenses), partenaires.

*Remarque : D'autres éléments peuvent compléter cette liste.*

### **3. Exemple de document type**

*Remarque : La forme du document type peut varier. Il peut s'agir d'un tableau ou d'une fiche à compléter. Il reprendra les éléments descriptifs recensés à la question 2.*

## **II - LA STRATÉGIE DE COMMUNICATION EXTERNE DE L'ARC : UN ENJEU MAJEUR**

### **1. La mise en place d'une stratégie de communication externe**

L'ARC met en place une stratégie de communication externe pour :

- Valoriser son image
- Faire progresser ses ressources
- Informer sur les avancées des connaissances
- Développer la proximité avec le public

Cette communication est d'autant plus nécessaire qu'il y a de nombreuses associations qui font appel aux dons et qu'il est important de trouver de nouveaux donateurs et de fidéliser les autres.

## 2. Moyens de communication externe de l'ARC et leurs destinataires

		Moyens	Destinataires
Campagnes	Institutionnelle	Spots TV, radio, cinéma Annonce presse Bannières Internet Affiches	Tous les publics
	Legs, donations, assurances vie	Presse seniors Radios locales CD Dépliant	Donateurs Testateurs potentiels Seniors
Événements		Animations pédagogiques	Tous les publics
		Conférences, animations diffusion de publications (salon des seniors)	Seniors
		Échanges et dialogues (congrès)	Notaires
		Actions de solidarité organisées par les associations et les écoles...	Tous les publics
Éditions		Rapport d'activité	Partenaires
		Magazine Fondamental	Abonnés
		Brochures, dépliant, poster	Tous les publics

## 3. Analyse de la stratégie de communication externe mise en place

Les moyens de communication sont variés tant au niveau des supports utilisés qu'au niveau des moyens de diffusion. Tous les canaux de communication sont utilisés (oral, écrit, visuel, audiovisuel).

Cela peut permettre de toucher un public le plus large possible.

Certains moyens de communication sont généraux et d'autres plus spécifiques lorsqu'ils s'adressent à des publics particuliers (seniors ou notaires par exemple).

L'association saisit l'opportunité des événements médiatisés (salon des seniors notamment) pour être représentée. Elle diffuse ses messages par l'intermédiaire des technologies de l'information (Internet) qui sont utilisées par un public toujours plus grand.

Certaines actions de communication s'inscrivent dans la durée ce qui permet de maintenir un lien permanent avec les donateurs.

Le fait de communiquer en direction des notaires est judicieux puisqu'ils peuvent servir de relais et rassurer les testateurs potentiels.

Le public que l'ARC cherche à atteindre est de plus en plus large et elle vulgarise l'information scientifique pour que celle-ci soit accessible à un public de tous âges.

La stratégie de communication de l'ARC est donc réfléchiée et semble efficace.

## 4. Fidélité des donateurs

Selon le rapport de gestion 2006 de l'ARC, la fidélité des donateurs s'est améliorée en 2006 passant de 37 % à 43 % pour les nouveaux donateurs et de 70 % à 73 % pour les autres.

Nous pouvons en déduire que la stratégie de communication de l'ARC s'est avérée efficace, et qu'elle a su créer la confiance auprès du public et fidéliser ses donateurs.

## 5. Recherche de moyens de communication externe utilisés par d'autres organisations qui font appel aux dons pour fonctionner.

*Remarque : Cette recherche peut être effectuée à partir d'Internet.  
Les élèves pourront aussi prendre contact avec des associations.*

# TP 4 Outils d'étude d'une organisation

## 1. Outils utilisés à l'occasion du TP 3 et définitions

- Statuts : Texte qui fixe les règles du fonctionnement d'une association.
- Rapport d'activité : document structuré qui reprend toutes les informations permettant de décrire et d'analyser l'activité d'une organisation au cours d'une période donnée (généralement une année) pour la comparer avec les objectifs fixés.

## 2. Autres outils pouvant être utilisés pour étudier une organisation

### *Remarque : Liste exhaustive non attendue*

- Texte juridique fondateur
- Articles de presse, ouvrages divers
- Films documentaires
- Rapport d'études, d'enquêtes
- Brochure de présentation
- Site Internet de l'organisation
- Organigramme
- Fiches de poste...

## 3. Les documents 1 et 2

### a. Nature des documents :

- Document 1 : Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Document 2 : Organigramme du Conseil d'administration du GRSP des pays de la Loire

Ils peuvent être considérés comme des outils de connaissance d'une organisation car ils présentent des éléments descriptifs de l'organisation (statut juridique, ressources, administration...).

### b. Texte fondateur du Groupement régional de santé publique (GRSP) :

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

### c. Manifestation du pouvoir de l'État dans l'administration du GRSP :

Le Conseil d'Administration est présidé par le préfet de région (représentant de l'État). De plus, l'État dispose de la moitié des voix au conseil d'administration et le directeur est nommé par le préfet de région. Enfin, l'ARH est membre du GRSP, or le Directeur de cette agence est un agent de l'État.

### d. Reflet des dispositions légales dans l'organigramme du conseil d'administration :

Le préfet de région dispose de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des membres du CA. Les membres qui composent le CA sont ceux prévues dans l'article 1411-15 : les représentants de l'État, de l'ARH, des collectivités territoriales, de la CRAM, des personnes qualifiées.

## 4. Lien entre la Drass et le représentant de l'État et organisation de la Drass pour répondre à ses missions

La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) se trouve sous l'autorité hiérarchique du Préfet de région, représentant de l'État. Pour répondre à ces missions, la DRASS s'est organisée en pôles regroupant plusieurs services, ce qui permet une meilleure cohérence d'action. L'organisation en pôles permet la pluridisciplinarité, la transversalité, et la coopération entre les services.

## 5. Liens entre le statut juridique et détenteur de l'autorité hiérarchique

Le statut juridique d'une organisation détermine le détenteur de l'autorité hiérarchique.

Pour les associations loi 1901, de statut juridique privé, c'est le conseil d'administration qui prend les décisions.

Pour les organisations publiques comme les Drass, service déconcentré de l'État, c'est donc le représentant de l'État dans la région qui détient l'autorité (le Préfet de région).

En ce qui concerne les Groupements d'Intérêt Public, l'État étant majoritairement représenté, c'est encore son représentant (le Préfet de région dans le cadre du GRSP) qui exerce l'autorité hiérarchique.

## 6. Tableau

Exemples d'outils de connaissance des organisations

Nom de l'outil	Organisation concernée	Éléments de connaissances
Texte juridique : loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	GRSP	Statut juridique Composition Mode d'administration Ressources
Organigramme		Composition du conseil d'administration Liens hiérarchiques et voix consultatives
Organigramme	DRASS	Composantes structurelles Détenteur de l'autorité et liens hiérarchiques
Livret d'accueil du personnel	AP- HM	Établissements et secteurs d'activité Organigramme Œuvres sociales Droits et obligations
Journaux internes		Vie de l'institution Informations plus ciblées
Brochure et film institutionnels		Principales caractéristiques de l'AP-HM : établissements, écoles, plateau technique...
Site Internet		Manifestations de la Faculté de médecine et du monde universitaire Présentation de l'AP – HM
Rapport d'activité		Bilan annuel de l'activité Chiffres clefs
Livret d'accueil d'établissements		Informations nécessaires au patient hospitalisé : accès, formalités administratives, informations pratiques et services annexes, droits
Livret d'accueil des services		Actes médicaux et chirurgicaux effectués Présentation de l'équipe médicale et paramédicale Fonctionnement du service Obligations du patient et des visiteurs

## 7. Site Internet de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ([www.inpes.fr](http://www.inpes.fr))

### a. Informations présentées sur le site qui permettent d'étudier cette organisation :

Texte juridique fondateur, statut juridique, implantation géographique et accès, missions, tutelle, instances délibérantes, composantes structurelles, personnels, activités, mode de financement et budget, partenaires, publications...

### b. Le site de l'Inpes permet d'accéder à des outils de connaissance de cette organisation : le rapport d'activité et l'organigramme :

Le rapport d'activité permet d'obtenir des informations détaillées sur les programmes et actions de l'Inpes mis en œuvre pour atteindre ses objectifs, les projets qu'il a financés, les publications de l'année, le budget, la composition du Conseil d'administration, les orientations stratégiques...

L'organigramme permet de visualiser les liaisons hiérarchiques et les composantes structurelles (différentes directions...)

## TP 5 L'hôpital Saint Joseph et son pôle parents-enfants

### I - PRÉSENTATION D'UNE ORGANISATION : L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE MARSEILLE

- Année de création : en 1919 par l'abbé Fouque
- Localisation : 26, bd de Louvain 13008 Marseille
- Statut juridique : établissement privé à but non lucratif (association hôpital de saint Joseph de Marseille).
- Objectif : Offrir aux patients une qualité constante en matière de soins, d'accueil et de prestations hôtelières.
- Activités :
  - hospitalisation complète et de jour en médecine, chirurgie et obstétrique,
  - urgences,
  - consultations externes,
  - recherche,
  - institut de formation en soins infirmiers,
  - enseignement post-universitaire.
- Composantes structurelles : 26 services médicaux et chirurgicaux dont une maternité.
- Acteurs de la gestion administrative : (voir rapport d'activité 2006)
  - organe délibérant : un conseil d'administration composé de membres de droit, d'administrateurs, de représentants du CE, de représentants de la CME, de la direction.
  - organe de direction : un comité exécutif dont le directeur général de l'hôpital
  - organe de contrôle : Conseil de surveillance
- Personnels : 2 000 salariés
- Partenaires : hôpital de Ouagadougou, association Père Ceyrac, la Ribambelle, association enfants du monde, la mission d'étude de l'IFSI, bénévoles.

### II - LE POLE PARENTS-ENFANTS DE L'HÔPITAL SAINT JOSEPH

#### 1. Présentation

##### a. Le pôle parents-enfants :

Le pôle parents-enfants regroupe le service de maternité et le service pédiatrique. Il regroupe également différentes activités : la maternité, la pédiatrie (consultations et hospitalisations) la néonatalogie, les urgences pédiatriques, la gynécologie et l'obstétrique

##### b. Date d'entrée en activité :

Le pôle est entré en activité en 2005

##### c. La mission du pôle :

La mission dévolue au pôle est d'accueillir les nouveau-nés, les enfants et leurs parents.

#### 2. Agencement des espaces

Le pôle parents-enfants a été conçu en tenant compte des besoins de l'enfant, de sa famille et du personnel. La réalisation du pôle parents-enfants a tenu compte des contraintes technologiques, de sécurité et d'hygiène. L'agencement des chambres a su allier la haute technicité et le confort pour que les mères (et les pères) se retrouvent dans un univers rappelant celui d'une maison et ainsi soient plus détendues et rassurées.

La décoration et le choix des couleurs permettent d'introduire de la gaieté, de la transparence, une ambiance chaleureuse dans un milieu médical.

La nouvelle organisation des salles de naissances et de l'espace permet de ne pas séparer la mère de l'enfant pour que le nouveau-né profite le plus tôt possible du contact de sa mère, elle permet également de rassurer les familles et de réduire leur impatience puisqu'elles pourront voir le bébé depuis une salle vitrée close.

Le personnel sera également le bénéficiaire de ce nouvel agencement puisqu'il pourra travailler dans de meilleures conditions, croisant moins les parents et les familles. Il aura certainement à gérer moins de situations difficiles puisque les mères et leurs familles devraient être moins angoissées. Il pourra donc être plus disponible pour les nouveau-nés et leur mère.

### 3. Évaluation du fonctionnement

#### a. Données statistiques qui apportent des indications sur :

- les moyens humains et matériels (indicateurs descriptifs) :
  - le personnel : 50 médecins, 140 soignants ;
  - les locaux et le matériel : 106 chambres, 137 lits, 11 salles de naissance, 2 blocs de césariennes
- les moyens financiers (indicateurs économiques ou financiers) :
  - budget travaux et équipements 37 millions d'euros financés par la fondation et par les fonds propres.
- l'activité produite et son évolution (indicateurs de fonctionnement) :
  - 3 523 accouchements (en augmentation) – Presque 1 naissance sur 3 à Marseille
  - 20 000 urgences enfants par an,
  - 2 600 enfants hospitalisés en pédiatrie,
  - 700 prématurés et grands prématurés soignés en néonatalogie

#### b. Les indicateurs pris en considération pour classer la maternité à la deuxième place des maternités françaises, selon l'hebdomadaire *Le Point* :

Ils concernent à la fois la technicité des soins, la présence du personnel suffisant et qualifié qui travaille dans de bonnes conditions d'hygiène mais aussi un hébergement et une hôtellerie satisfaisants.

On peut relever les critères suivants :

- nombre d'accouchements
- taux de césarienne est inférieur à la moyenne nationale,
- taux élevé d'accouchements sous anesthésie péridurale,
- taux d'épisiotomie parmi les plus faibles de France,
- taux d'allaitement adopté pour 7 mamans sur 10,
- présence permanente d'un gynécologue obstétricien et d'un pédiatre,
- bloc de césariennes et de la salle de réveil,
- pourcentage élevé de chambres individuelles,
- présence d'une psychologue à temps plein,
- lutte efficace contre les maladies nosocomiales,
- présence d'une réanimation et de soins intensifs adultes
- qualité de l'hôtellerie-restauration.

*Remarque : Il s'agit d'une étude privée, réalisée par un hebdomadaire. Le classement est donc à relativiser.*

**c. Intérêts pour l'hôpital Saint Joseph de diffuser ses indicateurs d'activité :**

L'hôpital Saint Joseph a intérêt de diffuser ses indicateurs d'activité au personnel et au public :

En ce qui concerne le personnel il est valorisant et sécurisant de travailler dans une structure performante et appréciée des malades et de leur famille. Ils travaillent donc dans un contexte favorable puisqu'ils pourront profiter d'un cadre agréable, de la technicité et de patients reconnaissants par un accueil de qualité.

Pour les malades, les résultats performants concernant la fréquentation de cet hôpital, l'importance du personnel et l'équipement sont un gage de sécurité et de confiance.

## TP 6 L'organisation polaire à l'hôpital

### I – Division du travail et organisation du pouvoir à l'hôpital

#### 1. But du management à l'hôpital et particularité par rapport au management d'entreprise

Le management a notamment pour but de conduire des équipes à atteindre des objectifs dans le cadre d'une politique de soins comprenant différents aspects : techniques, technologiques, pratiques, scientifiques, éthiques et déontologiques.

Sa particularité est que les managers doivent avoir des compétences, pour définir des objectifs professionnels et d'animation d'équipe. Cela suppose, d'avoir une bonne connaissance du contenu des soins, et pas seulement des compétences de gestionnaire.

#### 2. Organigramme

##### a. Organisation des différentes activités :

Les différentes activités de l'hôpital sont organisées en pôles regroupant chacune différentes activités.

##### b. L'autorité sur l'ensemble des pôles :

L'autorité sur l'ensemble des pôles est détenue par la Direction Générale de l'hôpital.

##### c. L'autorité dans chaque pôle :

L'autorité dans chaque pôle est détenue par 3 personnes regroupées en Bureau de pôle : le Directeur médical, le Directeur administratif et le Cadre de santé supérieur

On peut en déduire que le pouvoir est partagé, chacun apportant ses compétences au service de la direction du pôle.

##### d. L'appellation « pôle prestataires » :

L'appellation « Pôle Prestataires » est justifiée par le fait que ce pôle comprend des activités qui sont au service des pôles de soins et du pôle social. Il fournit des prestations dont ils ont besoin pour fonctionner.

#### 3. Document 3

##### a. Définitions :

- *Gouvernance* : décentrement de la prise de décision, avec plusieurs acteurs impliqués dans cette décision. C'est un nouveau mode de régulation plus souple, fondé sur le partenariat entre différents acteurs
- *Triumvirat* : alliance de trois personnalités de poids égal qui s'unissent pour diriger.
- *Reporting* : présentation périodique de rapports sur les activités et résultats d'une organisation, d'une unité de travail ou du responsable d'une fonction, destinée à en informer ceux chargés de les superviser en interne ou en externe, ou tout simplement concernés par ces activités ou résultats

##### b. Trois centres de pouvoir à l'hôpital :

Les trois centres de pouvoir à l'hôpital sont : le pouvoir administratif, le pouvoir médical et le pouvoir paramédical.

##### c. Explication de la phrase soulignée :

Avant la nouvelle gouvernance, les trois centres de pouvoir étaient organisés verticalement, c'est-à-dire qu'ils étaient indépendants les uns des autres ayant chacun des compétences propres. Aujourd'hui le pouvoir est exercé collégialement.

#### d. Les moyens de la nouvelle gouvernance :

Les moyens de la nouvelle gouvernance dans le cadre du plan hôpital 2007 : le conseil exécutif composé de médecins et de responsables administratifs, les chefs de pôles et les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre le directeur et les chefs de pôles.

#### e. Effets de la nouvelle gouvernance d'après les différents témoignages :

##### **Effets positifs :**

- Décloisonnement des pouvoirs favorisant le travail d'équipe
- Les décisions prises feront autorité car collégiales et elles sont plus pertinentes car plus proches du terrain
- Autonomie pour développer des projets

##### **Effets négatifs :**

- Réticences et craintes du corps médical par manque de formation
- Responsables administratifs ont le sentiment de « perdre du pouvoir »

## **II - L'ORGANISATION EN PÔLES EN PRATIQUE**

### **1. Intérêt de l'organisation polaire présentée**

L'intérêt de cette organisation est que tous les services concernés par « la mère et l'enfant » travaillent en étroite collaboration et échangent.

### **2. Explication**

Le schéma présente les pôles logistico-administratifs et médico-techniques comme étant au service des pôles cliniques.

Il présente par ailleurs les activités intégrées dans les pôles logistico-administratifs et médico-techniques au CHU de Toulouse.

# TP 7 La communication, un enjeu majeur pour les établissements publics de santé

## I - LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE : UN ÉLÉMENT DE LA STRATÉGIE DES ÉTABLISSEMENTS POUR ATTEINDRE LEURS OBJECTIFS

*Remarque : les termes suivants pourront être définis par l'enseignant ou faire l'objet d'une recherche par les élèves : marketing, oxymore, management, consumérisme, attractivité*

### 1. Intégration de la communication et du marketing dans la stratégie d'établissement

Les établissements publics de santé doivent intégrer la communication et le marketing dans leur stratégie d'établissement. En effet :

- Ils doivent augmenter leur attractivité en raison de la concurrence croissante entre établissements,
- Les attentes des « usagers-clients » en matière d'information sur les établissements sont de plus en plus fortes et le consumérisme médical se développe.

Les hôpitaux doivent donc évoluer pour assurer le bon fonctionnement du service public hospitalier.

### 2. Le dédain des hôpitaux publics

Les hôpitaux publics ont jusqu'à récemment « dédaigné » le marketing ou la communication, car ils sont considérés comme accessoires, au regard des difficultés budgétaires. De plus, la culture hospitalière n'a pas encore vraiment intégré le marketing, considéré encore trop souvent comme relevant du secteur de l'entreprise et antagoniste avec l'esprit du service public hospitalier.

### 3. Intérêts de la communication externe

- *Pour les usagers* : les patients mieux informés sont plus confiants et sereins, leur angoisse diminue et leurs relations avec les soignants sont améliorées. Leur satisfaction s'en trouve également améliorée.
- *Pour le personnel* : les relations avec les patients sont améliorées, il y a moins de tensions
- *Pour l'établissement* : il gagne en attractivité et peut ainsi espérer une amélioration et une croissance de son activité ainsi que la fidélisation de ses patients. De plus, il s'expose moins à la rumeur.

### 4. Actions de communication externe à développer dans le cadre du marketing et leurs intérêts respectifs

Site web régulièrement mis à jour, voire interactif, qui présente les services et le personnel :

- Meilleure information et des usagers
- Sentiment de confiance renforcé
- Démarches administratives facilitées

Actions de communication et d'éducation sur le fonctionnement de l'hôpital et des services :

- Meilleure « image de marque » de l'hôpital
- Davantage de contrôle sur sa réputation
- Limitation de la désinformation liée au bouche à oreille

Plan de communication médias, contacts réguliers avec les journalistes, reportages... :

- Permet de mieux faire connaître l'établissement et ses atouts
- Maîtrise de la communication en cas de crise ou d'incidents (limite la désinformation)

## 5. La communication interne

La communication interne s'adresse au personnel de l'hôpital. L'information peut circuler de façon :

- descendante : l'émetteur est le management de l'établissement qui s'adresse aux équipes et services
- transversale : elle se fait entre des équipes de même niveau hiérarchique, sans aucune validation de la part d'un niveau supérieur
- montante ou ascendante : elle part des échelons inférieurs pour remonter vers la Direction de l'établissement.

## 6. L'intranet

L'intranet est un outil pouvant exercer une influence positive sur les ressources humaines et la performance.

Sur les ressources humaines, l'intranet favorise la vie de la communauté, permet une connaissance partagée de la vie de l'établissement et renforce le sentiment d'appartenance et de fierté du personnel. Cela alimente la motivation et la fidélisation du personnel.

L'intranet peut aussi améliorer la performance par une transmission rapide et dynamique de l'information.

## 7. Réponse de la communication interne aux besoins du personnel

La communication interne peut répondre à certains besoins du personnel selon Maslow : le besoin d'appartenance (besoin de faire partie d'un groupe) et le besoin d'estime de soi.

En effet, l'intranet permet l'interaction avec les collègues de travail et de se former une image positive.

## 8. Synthèse

La communication doit être reconnue comme une fonction à part entière dans le management pour la satisfaction des usagers.

L'hôpital ne peut plus se contenter d'être en pointe sur des savoir-faire. Il doit accroître son attractivité, tant du point de vue des personnels que des usagers, dans un contexte concurrentiel et consumériste.

L'hôpital doit développer sa capacité à faire savoir par un véritable marketing hospitalier qui lui permettra de créer une cohésion interne et de s'ouvrir sur son environnement.

# II - Le département de la communication interne à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

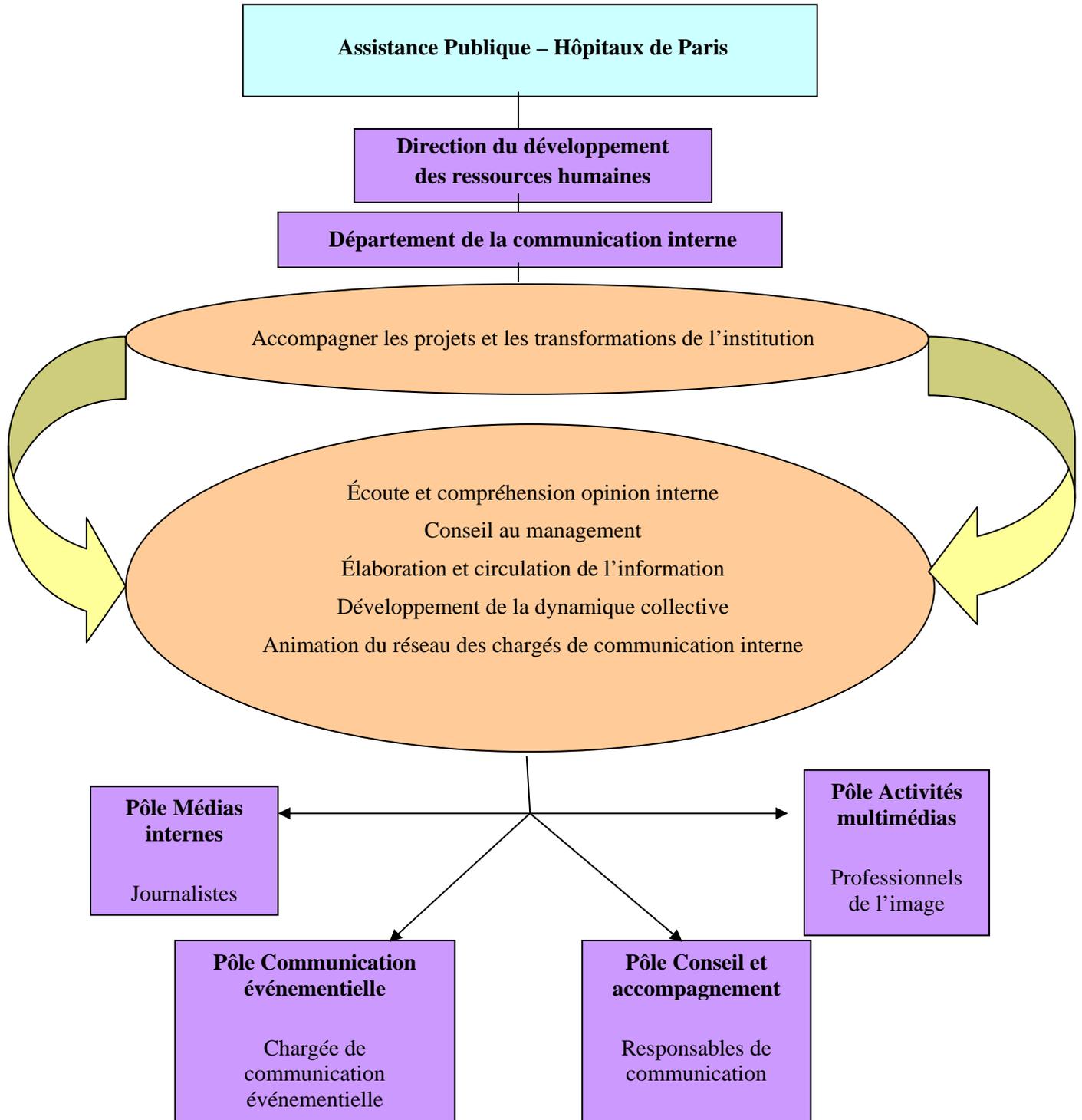
## 1. Le fiche de poste : un outil de connaissance de l'organisation

La fiche de poste peut être considérée comme un outil de connaissance de l'organisation dans la mesure où elle permet de connaître la place, la structure, la mission et les activités d'un département de l'AP-HP. De plus, elle précise la composition de l'équipe du département présenté.

## 2. Proposition de présentation visuelle

Schéma page suivante

## Place, structure, mission et activités du département de la communication interne au sein l'AP-HP



## TP 8 Le circuit d'examen des plaintes des usagers des établissements de santé

### I - LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

#### 1. Textes juridiques de référence de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ) et objet

- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a créé le CRUQ.
- Le décret du 2 mars 2005 précise les modalités de constitution et de mise en œuvre de la commission.

#### 2. Organisations concernées par la mise en place de cette commission

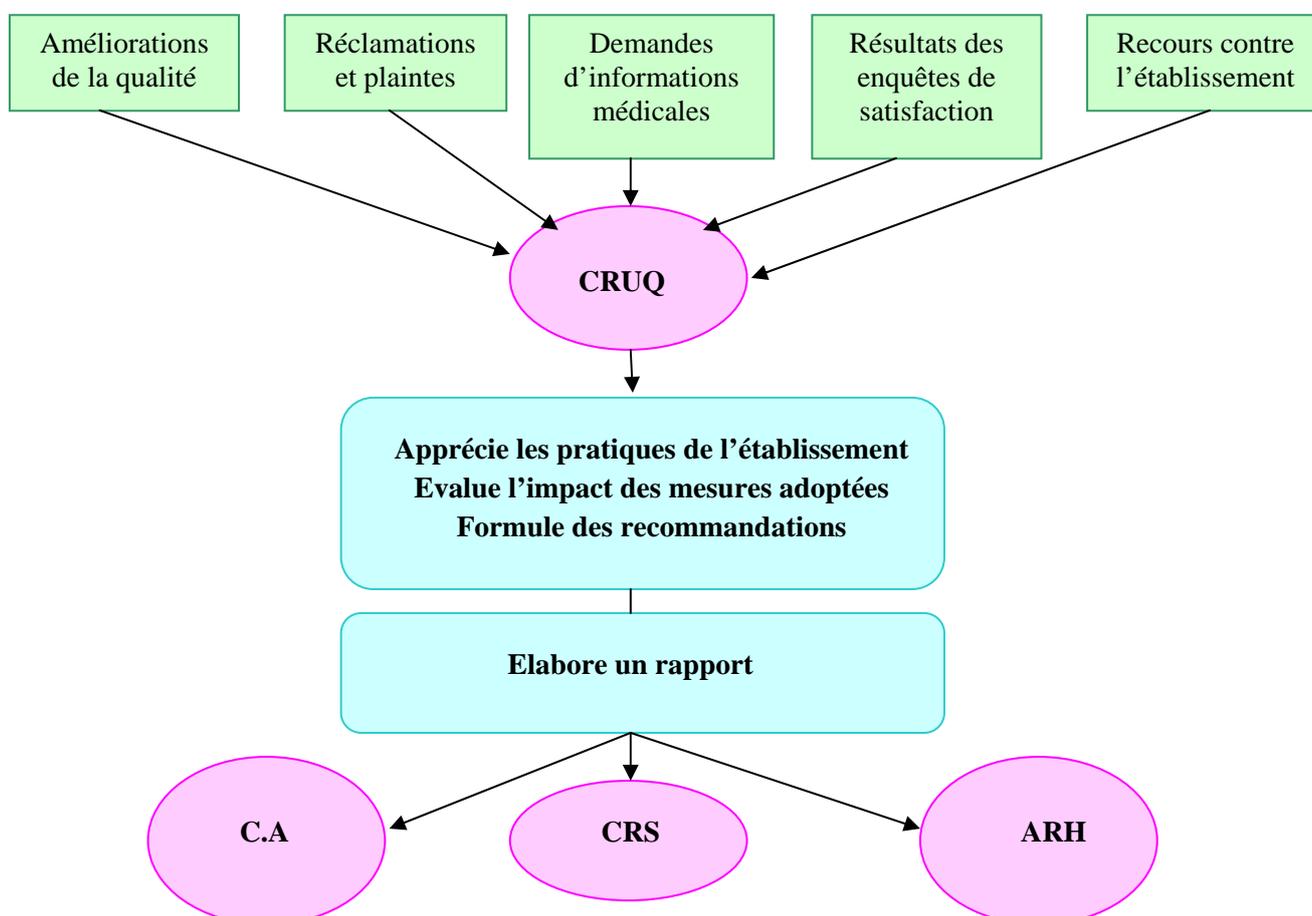
- Établissements de santé publics ou privés
- Syndicat interhospitalier
- Groupement de coopération sanitaire

#### 3. Missions dévolues à la CRUQ

- Veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches
- Examiner les plaintes et réclamations et veiller à l'information de toute personne sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose

#### 4. Schéma

##### Le traitement des informations transmises à la CRUQ relatives aux droits des usagers et à la qualité de l'accueil et de la prise en charge



## 5. Intérêt du rapport annuel réalisé par le CRUQ

Le rapport annuel réalisé par la CRUQ permet de préparer les délibérations du Conseil d'administration. Il sert de base à l'élaboration de la politique relative aux droits, à la qualité de l'accueil et de la prise en charge des usagers.

# II - ANALYSE DU CIRCUIT D'EXAMEN DES PLAINTES ET DES RÉCLAMATIONS

## 1. Acteurs qui interviennent et leurs rôles dans le circuit d'examen des plaintes et des réclamations

- Le plaignant : formule une plainte
- Le Directeur :
  - informe le plaignant du suivi de la plainte
  - demande des éléments de réponse aux professionnels concernés
  - peut saisir le médiateur
- Les professionnels : apportent des éléments de réponse
- Le médiateur :
  - procède à l'entretien avec le plaignant
  - rédige un compte rendu pour le Président et les membres de la CRUQ et le patient
- La CRUQ : Formule des recommandations adressées au Directeur

## 2. Remarques sur le circuit schématisé concernant les caractéristiques suivantes

### a. Modalités de formulation de la plainte :

La plainte peut être formulée par écrit ou oralement (avec possibilité de consignation écrite par l'établissement). L'expression orale des griefs permet de faciliter les démarches et une prise en compte plus rapide des motifs d'insatisfaction.

### b. Délai de traitement des plaintes et réclamations :

D'après le schéma, ce délai est d'au moins 9 semaines. On peut remarquer que les délais de transmission de l'information entre les acteurs aux différentes étapes de la procédure sont précisés.

Cela peut permettre au plaignant de s'assurer que les diverses échéances de la procédure sont respectées.

### c. Suite donnée au plaignant :

Le plaignant est régulièrement informé du traitement de sa plainte ou réclamation :

- Après le dépôt : que sa plainte est en cours d'instruction et des modalités de saisine
- Après saisine du médiateur : il reçoit le compte rendu d'entretien avec le médiateur.
- À la fin de la procédure, il reçoit la réponse à la plainte ou réclamation par le Directeur, accompagnée de l'avis de la CRUQ.

### d. Conservation de la réponse :

Un exemplaire de la réponse est classé dans le dossier patient, ce qui permet de garder une trace de la procédure.

## 3. Intérêts de cette procédure pour l'utilisateur et l'établissement

Cette procédure est transparente et les usagers sont représentés au sein de la CRUQ.

Elle permet au patient d'être sécurisé quant au suivi de sa plainte et assuré qu'une réponse lui sera faite.

De plus, il est écouté lors de la réception de la plainte et au cours d'au moins un entretien avec le ou les médiateurs. Cette écoute est une marque de considération et de reconnaissance de son statut en tant qu'acteur du système et de ses droits.

Il est également informé des voies de conciliation et de recours.

Pour l'établissement, l'information, l'écoute et l'orientation des usagers peut permettre d'éviter qu'une simple demande d'explications ne dégénère en procédure contentieuse.

Enfin, cette procédure permet à l'établissement de connaître des dysfonctionnements, et d'améliorer sa pratique afin de les éviter, donc d'accroître son efficacité.

## TP 9 Approche de la notion de projet et du projet établissement

### I - QU'EST-CE QU'UN PROJET ?

#### 1. Les caractéristiques d'un projet

Les caractéristiques d'un projet, présentes dans ces différentes définitions, sont :

- C'est un processus, unique, nouveau, complexe.
- Il part d'un besoin (problème) qui est ensuite analysé (recherche de solutions), il comporte un objectif général ou but, et prévoit des actions et des tâches à exécuter pour atteindre ce but (résolution). Il s'inscrit dans un temps déterminé (début et fin). On prévoit les coûts, ressources ou moyens (matériels et humains). On a donc le schéma suivant :



### II - LE PROJET DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.

#### 2. Le processus d'élaboration d'un projet

Le processus d'élaboration d'un projet tient compte à la fois du diagnostic de l'existant, du contexte environnemental et des éléments prospectifs et innovants car il engage les actions à moyen terme. Cette première étape fournit des éléments pour définir une politique de soins et des orientations stratégiques. Ensuite, sont déclinés les principaux objectifs et actions à mettre en œuvre durant la période de réalisation du projet (généralement 5 ans). Afin de rendre les actions opérationnelles dans un contexte il est utile de préciser pour chacune d'elle : le responsable de sa mise en œuvre, les coopérations et collaborations avec d'autres directions et/ou équipes, l'échéancier, éventuellement les moyens nécessaires. Enfin, il convient de prévoir les modalités d'évaluation.

#### 3. Le lien entre les définitions et le schéma

Tous les projets sont en lien direct avec le projet d'établissement. Le projet médical repose sur le projet d'établissement. Le projet de soins infirmier s'inscrit dans la continuité du projet médical de même que le projet de gestion. Quant au projet de vie du centre de gérontologie, au schéma directeur du système d'information et au projet médical, ils s'inscrivent dans la continuité du projet d'établissement. Tous les projets sont interdépendants et en cohérence.

#### 4. Définition et intérêt d'une « démarche participative »

Démarche participative veut dire que tous les personnels contribuent à l'élaboration du projet d'établissement. La contribution de chacun permet une meilleure acceptation et sa prise en compte dans le cadre de son travail.

#### 5. Tableau identifiant les acteurs du projet d'établissement et leur rôle

ACTEURS	RÔLES
Directeur + Conseil Exécutif	Élaborent le projet en cohérence avec les autres projets.
CSIRMT + CTE + CME	Donnent leur avis
C.A.	Arrête la stratégie de l'établissement, Évalue et contrôle la politique de l'établissement.

## 6. Les intérêts de la démarche de projet dans l'établissement de santé et les freins à la construction et au développement d'un projet

Intérêts	Freins
Identifier les points forts Les domaines à améliorer, Recenser les objectifs partagés par tous.	Les difficultés à rendre le Projet conforme au SROS, Les difficultés à répondre aux enjeux fixés par les politiques, Le moral des « troupes » c'est-à-dire du groupe de pilotage, La difficulté à respecter les délais, La non-adhésion au projet par les différentes instances de l'établissement, Le faire accepter par les autorités de tutelle, Le faire accepter par le secteur ambulatoire et les institutions du bassin de santé de l'établissement.

# TP 10 Les projets de recherche

## 1. Tableau

### Éléments descriptifs des projets de recherche

Éléments descriptifs	Étude 1	Étude 2	Étude 3
Acteurs(s) responsable(s) du projet	IRDES	IRDES	Université de Munich, Collège impérial de Londres, 150 chercheurs de 14 pays différents
Objet du projet	Déterminants sociaux des inégalités de santé	État de santé et consommation de soins de la population immigrée en France	Facteurs génétiques et environnementaux responsables de l'asthme bronchique
Circonstances motivant le projet	Absence d'évaluation de la pertinence des déterminants sociaux dans les inégalités de santé et de leur corrélation	Connaissances insuffisantes de l'état de santé et du recours aux soins de la population immigrée et étrangère	- Maladie infantile la plus répandue en Europe - Coûte 3 milliards d'euros par an à l'Europe - Morbidité qui augmente
Objectif	Analyser le rôle des différents déterminants sociaux dans les inégalités sociales de santé	Étudier les liens existant entre nationalité, immigration, état de santé et recours aux soins	Identifier les causes génétiques et environnementales pour diminuer à long terme le développement de l'asthme
Type de projet	Projet de recherche	Projet de recherche	Projet de recherche européen

## 2. Projet « Contanze »

### a. Différents acteurs :

- Pays à l'origine du projet : Suisse – Allemagne – Autriche.
- Acteur assurant la direction du projet : L'Office vétérinaire fédéral suisse.
- Opérateurs du projet : Chercheurs suisses, allemands et autrichiens.

### b. Circonstances motivant le projet :

- Connaissances insuffisantes sur le virus H5N1 de la grippe aviaire
- Nécessité de protéger plus efficacement la volaille domestique contre ce virus
- Risque que le virus H5N1 soit un jour à l'origine d'une pandémie humaine

### c. Objectifs :

- Approfondir les connaissances sur le virus de la grippe aviaire H5N1
- Élaborer des bases scientifiques pour mieux protéger la volaille domestique contre la grippe aviaire

#### d. Justification de la zone de recherche :

Chaque année, 250 000 oiseaux hivernent près du lac Constance et la quasi-totalité des oiseaux malades diagnostiqués en Suisse en 2005 étaient concentrés autour de ce lac. C'est donc devenu un des lacs les mieux surveillés d'Europe.

#### e. Période de réalisation :

Sur 3 ans

#### f. Résultats recherchés par les scientifiques à chaque phase du projet :

Phase	Objet	Résultat recherché
1	Étude détaillée de l'avifaune	Identifier les espèces susceptibles de jouer un rôle dans la propagation de la grippe aviaire chez les oiseaux sauvages et dans la transmission du virus à la volaille
2	Surveillance : prélèvements vétérinaires et tests	Déterminer le taux de propagation de la grippe aviaire selon la période de l'année ainsi que les espèces porteuses du virus
3	Mise au point d'un test sanguin unique de dépistage des différents virus	Permettre un diagnostic plus rapide des différents types de virus
4	Étude du risque d'infection lié à d'autres animaux	Identifier le risque de propagation du H5N1 par ces animaux
5	Développement d'un modèle informatique de risque	Mettre en place des mesures de protection

### 3. Conclusion

#### a. Définition :

Différentes définitions peuvent être proposées. On peut retenir qu'un projet de recherche est celui qui vise à produire de la connaissance.

#### b. Justification de l'intervention des acteurs participants aux différents projets :

L'Irdes est une association regroupant des chercheurs en économie de la santé dont le but est de produire et d'analyser des données relatives au système de santé.

Les scientifiques de différents pays sont amenés et ont intérêt à collaborer pour faire des découvertes et approfondir des connaissances dans des domaines qui touchent à la santé publique et pour des risques dont la propagation peut être internationale.

#### c. Circonstances pouvant motiver la réalisation d'un projet de recherche :

- Connaissances insuffisantes sur le rôle des déterminants de la santé dans les inégalités sociales
- Importance d'un problème de santé : morbidité, mortalité, coût social
- Risque sanitaire grave pour une population

*Remarque : les élèves pourraient rechercher d'autres projets de recherche et identifier leurs caractéristiques.*

# TP 11 Deux projets d'organisation des soins en milieu rural

## 1. Tableau

Caractéristiques		PROJET 1	PROJET 2
Objet		<b>Création d'une maison de santé rurale pluridisciplinaire à Salles-Curan</b>	<b>Création d'une maison de santé rurale à Vicherey</b>
Acteurs	Initiateurs projet	Le maire et son équipe	Professionnels de santé
	Groupe de travail	Professionnels de santé de la commune Maire adjoint (directrice des soins dans un hôpital voisin) Médecin-conseil MSA Responsable de l'action sanitaire et sociale de la MSA	
Identification des problèmes ou des besoins		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zone rurale déficitaire en médecins : 1 seul médecin pour 2 500 hab. (dont 15 % de plus de 75 ans à mobilité réduite) et 15 000 hab. en période estivale.</li> <li>- Le Dr F. D. ne peut plus assurer seul : consultations, gardes et urgences.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structure actuelle hors normes</li> <li>- Deux professionnelles sans local</li> <li>- Impossibilité d'accueillir d'autres professionnels</li> <li>- Population âgée supérieure à la moyenne nationale</li> </ul>
Objectifs		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre aux besoins de soins de la population</li> <li>- Offrir un service de qualité</li> <li>- Faire évoluer les pratiques médicales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offrir un service de proximité le plus complet possible pour répondre aux besoins des patients et des professionnels de santé</li> <li>- Améliorer les soins et travailler en complémentarité avec le réseau ICALOR</li> <li>- Diminuer de moitié les hospitalisations pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque grâce à une prise en charge globale</li> </ul>
Présentation du projet	Actions prévues	<p><b>Construction sur plusieurs niveaux</b> (ascenseur prévu pour l'accessibilité) avec un espace convivial, adapté et suffisant pour accueillir plusieurs professionnels</p> <p><b>Mise au point d'un projet de soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils d'optimisation des conditions d'exercice</li> <li>- Actions de prévention</li> <li>- Intégration du réseau régional de télémédecine</li> <li>- Consultations spécialisées</li> <li>- Poste d'auto-dialyse</li> </ul>	<p><b>Construction de locaux adaptés</b> permettant d'accueillir d'autres professionnels</p> <p><b>Mise au point d'un projet de soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge ambulatoire globale des patients insuffisants cardiaque : coordination des soins, éducation...</li> <li>- Soins pluridisciplinaires</li> </ul>
	Partenaires	URCAM MSA FAQSV	Réseau ICALOR Conseil Général Conseil Régional État
	Financement	Mairie FAQSV	Emprunt de la commune Subventions : URCAM, Conseil Général, Conseil Régional, État

## 2. Outils mis en place par les professionnels pour permettre la mise œuvre du projet de soins

- Dossiers médicaux partagés
- Réunions de coordination
- Protocole de prise en charge coordonnée

- Suivi du parcours de soins
- Planning commun des activités

### **3. Ces projets sont des outils d'innovation et de qualité pour les usagers et les professionnels**

En effet, des moyens nouveaux de pratiques professionnelles et de prise en charge des patients sont prévus : télé médecine, poste d'auto-dialyse, participation à un réseau ville-hôpital, consultations spécialisées...

La qualité de la prise en charge va se trouver améliorée pour les patients grâce à l'accès à des soins élargis en un lieu unique et convivial, des actions de prévention et la coordination et la permanence des soins.

La pratique des professionnels sera aussi de meilleure qualité grâce au partage des locaux et au travail d'équipe. Ils vont pouvoir faire évoluer leurs pratiques avec davantage de concertation et de coordination, la possibilité de déléguer certaines tâches aux infirmières, la mise en place d'outils de travail communs, la participation à des actions de prévention.

### **4. Les communes rurales ont intérêt à favoriser la mise en place de ces projets**

- pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population,
- pour éviter les migrations des habitants et des professionnels vers d'autres communes mieux desservies,
- pour attirer les jeunes couples en permettant l'accès aux soins de proximité,
- pour attirer les professionnels de santé.

Cela peut donc permettre de redynamiser les communes.

### **5. Justification de l'intervention de la MSA dans ces projets**

La MSA joue un rôle important car c'est l'organisme de protection sociale du monde agricole et rural. Elle a une bonne connaissance du milieu rural et de ses besoins. Son rôle est non seulement le remboursement des frais de soins mais aussi d'accompagner dans leur démarche les professionnels de santé pour favoriser une meilleure prise en charge des besoins de la population.

### **6. Conditions favorables à la réussite d'un projet**

- Volonté conjointe
- Travail en équipe : échange d'idées, approche du projet diversifiée
- Acteurs proches du terrain ayant une bonne connaissance de la population et de ses attentes
- Partenaires ayant de l'expérience (mairie, MSA, URCAM) et qui apportent leurs compétences
- Partage des responsabilités et des missions
- Réunions de concertation régulières

### **7. Informations à repérer pour caractériser un projet**

- L'objet du projet
- Les acteurs à l'initiative du projet, groupe de travail
- L'identification des problèmes ou des besoins
- Les objectifs
- Actions prévues
- Partenaires
- Financement

# TP 12 Projets d'organisation, freins et éléments facilitateurs pour la réussite des projets

## I - LE PROJET D'ORGANISATION EN PÔLES DE SANTÉ

### 1. Présentation du contexte et des objectifs de la mise en place des projets de pôles de santé

Le contexte est un contexte de recherche d'amélioration de l'offre de soins pour une meilleure prise en charge des patients sur un territoire de santé donné. Mais aussi un contexte de recherche d'optimisation de l'offre dans un objectif de maîtrise des dépenses de santé. Le texte précise que la préoccupation prioritaire qui motive la mise en œuvre de ce concept est la recherche d'économies en matière de dépenses de santé (Sécurité Sociale oblige...) en particulier par une réduction de l'offre de soins.

Les objectifs visés par le projet sont :

- coordonner les activités d'hospitalisation et de soins de plusieurs établissements de santé (statut public ou privé) d'un territoire géographique, pour
- établir des complémentarités et
- supprimer les "doublons" entre eux, et
- permettre une utilisation commune et/ou partagée de moyens et équipements.
- le but étant donc de réunir sur un même site géographique les établissements d'hospitalisation et de soins.

### 2. Les moyens utilisés pour atteindre ces objectifs

- L'inscription dans les annexes du SROS des préconisations et obligations imposées aux établissements,
- L'incitation à la constitution de GCS qui permettent d'intégrer, outre les établissements de santé publics et privés, des médecins libéraux dans la complémentarité.

## II - LE PROJET D'ORGANISATION DU POLE DE SANTÉ DU PAYS DES OLNES (85)

### 1. Contexte et objectif général du projet

Le contexte du projet est une activité moindre et en dessous des obligations du SROS qui aboutit à ne plus autoriser l'hôpital public à conserver l'activité de chirurgie. Son autorisation est transférée à la clinique privée du même territoire de santé (territoire des Olonnes), mais avec une réduction des lits et places transférés. Par contre seul l'hôpital public est toujours autorisé à accueillir les urgences.

L'objectif général ou le but du projet de pôle de santé est de résoudre le problème des urgences chirurgicales de l'hôpital public en regroupant sur un même lieu géographique les 2 établissements. Ceci afin d'organiser la prise en charge des gardes de chirurgie assumées par les chirurgiens libéraux pour l'urgence chirurgicale et de mettre à la disposition des chirurgiens libéraux pour leur activité chirurgicale à l'hôpital, les locaux, les équipements et les personnels nécessaires.

### 2. Freins à la construction et au développement de ce type de projet

Les freins à la construction et au développement de ce type de projet sont nombreux.

Il y a eu de grandes difficultés à se mettre d'accord pour concevoir en commun le Projet médical du nouveau Pôle de santé et ensuite à trouver un accord sur le Projet de la construction du pôle de santé sur un site géographique unique.

Les freins sont :

- les intérêts en jeu et divergents,
- la personnalité des différents protagonistes plus ou moins habitués à l'exercice de la négociation et du compromis,
- des blocages,

- des insuffisances de réflexions.
- des insuffisances de réelle concertation...

Qui ont entraîné des lenteurs dans l'avancée du projet, de mauvais choix, des surcoûts...

### 3. Définition du projet de l'organisation

À partir de tout ce qui a été fait depuis le début de l'année on peut donner comme définition du projet d'organisation une définition à partir de celles des 2 termes : « projet » (voir TP 9) et « organisation » (voir TP 1-2), sans oublier les exemples de projets d'organisation du TP 11.

Le projet peut concerner une organisation (une structure, une institution ou entreprise) ou l'organisation événementielle : une journée d'étude, une période de formation... Dans notre exemple il s'agit d'un projet d'organisation concernant la réorganisation de l'offre de soins à travers la création des pôles de santé.

On opte pour un projet lorsque l'on prévoit une organisation ou réorganisation afin d'obtenir l'adhésion du personnel puisqu'il s'agit d'une démarche participative.

On pourrait le définir comme un processus visant à résoudre un problème de l'organisation ou d'organisation. Il mobilise un groupe de personnes, a un caractère unique et exceptionnel, il est du domaine du réalisable, il est programmé dans le temps, il est découpé en plusieurs phases elles-mêmes divisées en activités, elles-mêmes divisées en tâches, son évaluation est prévue. Le projet se conçoit dans une démarche préventive. Cette réflexion préalable, la réflexion à tout ce qui est nécessaire permet de donner toute chance au projet ou d'écartier tout projet irréalisable.

Le terme qui suit celui de « projet » donne l'indication du domaine du projet.

## III - COMMENT RÉUSSIR UN PROJET ?

### 1. Conseils pour réussir un projet

Les conseils pour réussir un projet que l'on peut tirer des 22 leçons sont :

**Leçon 1** : prendre en compte l'environnement social, et les réalités économiques et politiques.

**Leçon 2** : Mettre en lien le projet avec les objectifs généraux de l'organisation.

**Leçon 3** : Prendre en compte les besoins réels du public (étude de besoins réalisée).

**Leçon 4** : Travailler en équipe.

**Leçon 5** : Échanger les informations avec les membres de l'équipe projet afin que chacun s'implique.

**Leçon 6** : Suivre toutes les phases de la démarche de projet.

**Leçon 7** ; Mobilisez les partenaires dès le début de l'élaboration du projet.

**Leçon 8** : Suivre l'échéancier.

**Leçon 9** : Animer les réunions réalisées selon échéancier.

**Leçon 10** : chercher la réalisation éventuelle de projet similaire pour s'en enrichir.

**Leçon 11** : Écouter l'avis du groupe.

**Leçon 12** : Utiliser les méthodes et outils de gestion de projet.

**Leçon 13** : Lire tout ce qui concerne le projet et garder trace de tout ce qui est fait.

**Leçon 14** : Écouter ceux qui agissent, qui communiquent et font de la relation, ceux qui organisent méthodiquement.

**Leçon 15** : Suivre toutes les étapes du projet de la formulation du problème à l'évaluation.

**Leçon 16** : Travailler en collaboration avec l'équipe, communiquer, échanger.

**Leçon 17** : Écouter ceux qui réfléchissent, créent ou élaborent, ceux qui organisent méthodiquement, ceux qui agissent et font bouger l'environnement

**Leçon 18** : Prévoir le budget.

**Leçon 19** : Faire évoluer le projet en fonction des besoins.

**Leçon 20** : Informer l'équipe avant toute prise de décision.

**Leçon 21** : Évaluer les résultats.

**Leçon 22** : Ne pas oublier que les projets sont collectifs.

## 2. Moralité

On peut tirer la leçon suivante du document 4 concernant le projet :

Si chaque membre du groupe projet a des connaissances particulières il faut en faire une richesse et les partager, échanger les informations. Il faut que chacun s'imprègne des idées des autres pour se les approprier et trouver ensemble la (les) solution(s). C'est l'union, la communication, l'écoute... qui fondent la réussite du projet.