



comprendre



phosphorer



décider



E-conférences

Comprendre, phosphorer, décider

Finances Hospitalières 2020



Crise sanitaire



Nous avons été très prompts à tirer les enseignements de la gestion de la crise sanitaire. La deuxième vague nous invite à la prudence.

A la fin de la première vague de l'épidémie à COVID-19, nous avons tous souhaité que « l'hôpital d'après ne soit plus celui d'avant ». Nous aurions voulu mettre ce principe très vite en pratique, et changer profondément l'organisation de nos établissements, voire celle du système de Santé. Nous sommes en réalité un peu déçus car l'esprit de concorde qui a caractérisé le fonctionnement hospitalier au printemps dernier s'est rapidement dissipé et la deuxième vague du COVID nous a très vite rattrapés. Elle ne ressemble pas à la première vague sur bien des points.

Au printemps, lors de la première crise du COVID, la sidération par rapport à cette crise d'une ampleur inouïe s'est transformée en un immense élan de solidarité. Elle nous a amenés à inventer d'autres relations au sein de l'hôpital, dans un cadre financier dont la contrainte était desserrée.

Nous avons bénéficié sur ce dernier point d'un climat d'autant plus propice que nous n'avons pas été amenés à nous préoccuper de questions financières. Cet aspect a été évacué, alors qu'il rend en temps normal les relations assez complexes, notamment entre directions et équipes médicales et soignantes, souvent placées sous une bannière médico-économique. Nous avons pu nous concentrer sur le sujet exclusif du COVID, pathologie que nous découvrons et contre laquelle tout était à inventer et construire.

Le confinement et la déprogrammation massive, décidés au niveau national, ont mis sur un pied d'égalité tous les acteurs, vidant pour une grande partie de leurs malades tant les hôpitaux publics que privés.

A cela s'est ajoutée une forte baisse des traumatismes liés aux accidents de la circulation, une baisse notable de la fréquentation des urgences





hors cas graves (les cas moins aigus ont pu être pris en charge par d'autres voies, notamment à distance dans certains cas).

Nous avons également fonctionné de façon optimale, en simplifiant les procédures, non seulement à l'intérieur de l'hôpital, mais aussi entre l'hôpital et ses autorités de contrôle. Les décisions ont été accélérées et partagées efficacement entre tous les acteurs. Par ailleurs, nous avons pu donner un même sens à l'action, déployer une même attention conjointe : œuvrer pour de nouveaux malades, quelle que soit notre place, ce qui a permis de souder la communauté hospitalière dans son ensemble.

Mais cette première vague a été un trompe-l'œil, car ce fut une période exceptionnelle que nous ne revivons probablement pas car elle ne reflétait pas la réalité normale d'une institution publique : les choix étaient faciles alors que chaque jour dans la « vraie vie » nous devons arbitrer dans un cadre sous-tendu par des objectifs multiples et parfois concurrents les moyens humains, matériels, et financiers disponibles.

La deuxième vague du COVID intervient alors que nous sommes mieux préparés sur de nombreux points, en termes de diagnostic, de traitements, de parcours du patient et de stocks de matériels et de médicaments. Nous connaissons beaucoup mieux la maladie et les étapes qu'un patient va devoir parcourir pour sa guérison. Nous sommes en mesure d'identifier les besoins du patient à chaque stade de son cheminement, depuis son arrivée aux urgences jusqu'à son passage en soins de suite et réadaptation. Nous avons assez d'EPI, de médicaments et de matériels.

Et pourtant, la gestion de cette deuxième vague du COVID se révèle complexe, et les apprentissages du printemps ne suffisent pas pour faire face à l'épisode actuel.

La maîtrise de cette deuxième vague comporte plusieurs défis nouveaux : la gestion plus délicate des ressources humaines ; la gestion simultanée du COVID et des autres pathologies dont la majorité n'ont pas été déprogrammées cette fois ; la poursuite de la gestion d'un certain nombre de projets mis entre parenthèses durant la première vague. Ceci induit une complexité plus grande, impliquant une adaptabilité et une agilité encore accrues.

De ces différents enjeux, la gestion des personnels est sans conteste la première et principale préoccupation des responsables hospitaliers, tant les Directeurs que les cadres et les médecins.

D'abord, nous devons faire face à une pénurie relative de personnels. Relative, car même si cette carence est exagérément présentée comme majeure, nous pouvons nous appuyer sur nos équipes médicales et soignantes qui restent engagées. Nos hôpitaux font face, bien que nous soyons en flux tendu et qu'il soit impératif de traiter également d'autres patients que ceux atteints du COVID.

Ensuite, et c'est au cœur de toutes les préoccupations, des incertitudes sur l'avenir sont exprimées et il en ressort une grande lassitude au sein des différents corps de professionnels. L'abnégation qui a prévalu durant la pandémie du printemps s'est évanouie. C'est un élément additionnel délicat à gérer par rapport à la première vague.

Enfin, la fierté ressentie au printemps dernier d'avoir réussi à surmonter cette épreuve immense a aujourd'hui disparu. Elle avait décuplé les forces et fait oublier la fatigue. En réponse, le Ségur a acté une revalorisation significative des rémunérations et des carrières. Si tout n'a pas encore été mis en œuvre, certaines mesures ont déjà été traduites concrètement. Mais l'effort financier considérable qui a été consenti semble insuffisant pour « redonner envie » aux soignants. Appréciables au départ, ces mesures sont finalement perçues comme un rattrapage « normal » : « cela faisait 15 ans que des revalorisations de salaires et de carrière auraient dû être mises en place ». Des attentes non assouvies restent donc encore sans réponse.

Tirer les leçons de la crise sanitaire n'est donc pas chose aisée, car de nouvelles vagues épidémiques risquent d'accroître l'ampleur des constats évoqués ci-dessus et apporter leur lot de nouveaux enjeux. Certaines interrogations n'ont pas encore trouvé de réponse claire, et l'expérience des différents épisodes du COVID nous invite à la prudence.

Parmi les questions en suspens, plusieurs commencent à être évoquées.

A commencer par le débat sur les capacités en lits de réanimation et/ou de surveillance continue. Quelle doit être la proportion de lits entre l'une et l'autre catégorie ? S'agissant de l'épidémie actuelle nous constatons apparemment que 25% des patients affectés sur des lits de réanimation pourraient en fait être redispachés sur des lits de surveillance continue. L'idéal serait-il de créer des infrastructures « agiles » au sein de locaux adaptables en fonction des différents types de prise en charge ? Convient-il de prévoir des espaces identifiés au sein de chaque établissement hospitalier, câblés et pré-équipés pour se transformer en lieux éphémères de réanimation ? Comment concevoir ces architectures ?

Nous pourrions décider après une analyse des phases successives du COVID que nous avons déjà vécues. Nous arriverons sans doute à des consensus nouveaux.

A titre d'exemple, cet automne, en réponse à la montée en charge des malades atteints du COVID, nous avons augmenté de manière très significative nos lits de médecine dédiés et de réanimation. Nous agissons de manière souple, en montant ou démontant des unités, en faisant bouger nos organisations et nos équipes en permanence. Cela exige un gros effort pour toutes les équipes hospitalières car il s'agit de gérer des va-et-vient permanents et des réaffectations de moyens entre





services, notamment pour la prise en charge des autres patients. Est-ce toutefois le mode de fonctionnement le plus optimisé possible ?

Parmi les autres questions en suspens, certains modes d'organisation, encore confidentiels et inusités avant la première phase du COVID semblent faire l'unanimité : le développement du télétravail, l'implantation massive de la télé-médecine. De nouveau, il semble trop tôt pour trancher. Nous savons que ces expériences furent fort positives pour traiter de nombreuses situations, mais aussi moins intéressantes dans d'autres cas. Nous devons faire le point sur la base des éléments disponibles et les positionner à une juste place. Ni trop ni trop peu.

D'autre part, l'exercice de la responsabilité à l'échelon local que l'on peut réclamer à corps et à cris n'est pas si simple. La question de la reconnaissance d'une certaine autonomie de décision, qui semblait tranchée avant la seconde vague, semble moins évidente alors que nous nous trouvons dans une gestion d'une plus grande complexité, confrontés à une plus grande divergence de points-de-vue, voire d'absence de consensus entre acteurs hospitaliers ou entre secteurs libéral et public. Durant la première vague, chaque acteur avait reçu la

même consigne. Durant cette deuxième vague, l'ensemble a fait débat, même si la prise de conscience de l'ampleur de la gravité de la situation a fini par être partagée par tous les intervenants et a débouché sur les coordinations nécessaires.

Enfin, le dernier enjeu, mais aussi le plus délicat, est de nature managériale. Il ne s'agit pas ici de pouvoir ou de gouvernance, car ces deux concepts renvoient à la question de savoir qui a la responsabilité d'orienter, de décider, et in fine d'assumer. Si nous nous situons au niveau des services, unités de travail à échelle d'équipes, idéalement, chaque chef de service, chaque cadre en charge de fédérer une équipe, s'il disposait d'une autonomie de décision accrue, devrait également assumer la responsabilité de rendre compte des actions menées, de la qualité des soins dispensés, des résultats du management mis en place, et de la motivation des personnels placés sous leur responsabilité.

Si nous ne manégeons pas avec enthousiasme, envie et conviction, nous aurons peu de chance de s'appuyer sur des équipes aussi volontaires et motivées que celles qui ont fait face à la première vague du COVID.

Soyons enthousiastes par rapport à notre mission, et donnons envie de s'engager pour soigner.



Véronique
DESJARDINS

Directrice générale CHU Rouen





Agnès de Ribet

**Directrice du *marketing*
et de la communication**

T + 33 (0)1 41 25 85 85

E agnes.deribet@fr.gt.com



grantthornton.fr



« Grant Thornton » est la marque sous laquelle les cabinets membres de Grant Thornton délivrent des services d'Audit, de Fiscalité et de Conseil à leurs clients et / ou, désigne, en fonction du contexte, un ou plusieurs cabinets membres. Grant Thornton France est un cabinet membre de Grant Thornton International Ltd (GTIL). GTIL et les cabinets membres ne constituent pas un partenariat mondial. GTIL et chacun des cabinets membres sont des entités juridiques indépendantes. Les services professionnels sont délivrés par les cabinets membres. GTIL ne délivre aucun service aux clients. GTIL et ses cabinets membres ne sont pas des agents. Aucune obligation ne les lie entre eux : ils ne sont pas responsables des services ni des activités offerts par les autres cabinets membres.

© 2020 Grant Thornton. Tous droits réservés. Impression sur papier provenant de forêts gérées durablement. Ne pas jeter sur la voie publique. Création : Ynfluence. Crédit photo : shutterstock (photographies retouchées).