

CHRISTINE BENOIT

MANAGER UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Modes d'organisation
Pratiques de management
Nouveaux outils de gestion

LES GUIDES PRATIQUES

MANAGEMENT ORGANISATION

4^e ÉDITION**GERESO**

ÉDITION



MANAGER UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

LES GUIDES PRATIQUES
Management - Organisation

MANAGER UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

**Modes d'organisation - Pratiques de management
Nouveaux outils de gestion**

Auteur : Christine BENOIT

Édition 2019

© GERESO Édition 2012, 2015, 2017, 2019

Direction de collection : Catherine FOURMOND

Conception graphique de couverture : Atmosphère

Suivi éditorial et conception graphique intérieure : GERESO Édition

www.gereso.com/edition

e-mail : edition@gereso.fr

Tél. 02 43 23 03 53 - Fax 02 43 28 40 67

Reproduction, traduction, adaptation interdites

Tous droits réservés pour tous pays

Loi du 11 mars 1957

Dépôt légal : Juillet 2019

ISBN : 978-2-37890-211-7

EAN 13 : 9782378902117

ISSN : 2260-6939

ISBN numériques :

ISBN eBook : 978-2-37890-317-6

ISBN ePub : 978-2-37890-318-3

ISBN Kindle : 978-2-37890-319-0

GERESO SAS au capital de 160640 euros - RCS Le MANS B 311 975 577
Siège social : 38 rue de la Teillaie - CS 81826 - 72018 Le Mans CEDEX 2 - France



DANS LA MÊME COLLECTION :

- Comité d'entreprise : les bonnes pratiques
- Compensation and benefits
- Comptabilité, finance, gestion en pratique
- Comprendre l'économie et la finance
- Comprendre les comptes annuels
- Crédit et stratégie commerciale
- CSE : comprendre les comptes de l'entreprise et leurs enjeux
- CSE et CHSCT : les bonnes pratiques
- Délégués du personnel : les bonnes pratiques
- Guide d'indemnisation des accidents de la route
- Guide pratique des élections professionnelles
- La gestion de patrimoine
- Le contrôle de gestion
- Le contrôle de gestion sociale
- Le droit des contrats en 60 questions
- Management des compétences en pratique
- Manager dans le secteur sanitaire et médico-social
- Manager un service ressources humaines
- Planification de projet
- Responsabilités civile et pénale pour autrui
- Transformer et urbaniser l'entreprise
- Valoriser la ressource humaine dans l'organisation

www.la-librairie-rh.com

la librairie **RH**
by GERESQ

Avertissement de l'auteur

Le fait de ne pas distinguer le fonctionnement public de celui du privé et réciproquement, de ne pas utiliser le vocabulaire spécifique qui se rattache à chacun d'eux, est voulu par l'auteur. L'objectif affiché est de sortir de la comparaison public-privé et des guerres de chapelle pour aborder les défis de demain : le management d'un établissement de santé.

Que chacun se rassure, l'auteur a été à la fois fonctionnaire et directeur de clinique privée !

SOMMAIRE

Introduction.....	9
CHAPITRE 1 - L'ÉVOLUTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ	11
La demande de soins	15
L'offre de soins	19
Rappel sur la loi HPST.....	22
La médecine de demain sera-t-elle celle des 4 P ?	32
L'encadrement de l'offre de soins	33
Le contrôle des établissements de santé.....	36
L'évaluation de la qualité et de la sécurité des établissements de santé	38
CHAPITRE 2 - LA DIRECTION DES CENTRES HOSPITALIERS ET DES CLINIQUES PRIVÉES	43
Le directeur d'hôpital	44
Sa nomination	44
Son rôle.....	44
Le directoire	45
Le Conseil de Surveillance	47
Les chefs de pôle.....	49
Le directeur de clinique	51
Historique de l'hospitalisation privée.....	51
Le recrutement.....	53
La complexité de cette PME particulière.....	53
Le Conseil d'Administration	54

Le Conseil de Surveillance	54
La Commission Médicale d'Établissement (CME).....	54
Le projet médical.....	57
La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins	57
Les défis du management hospitalier et de la politique de santé.....	58
Les sept défis à relever.....	59
Les coopérations entre établissements de santé.....	64
CHAPITRE 3 - ÉLABORER, CONDUIRE ET CONTRÔLER LA STRATÉGIE DE L'ÉTABLISSEMENT EN RÉPONSE AUX BESOINS DE SANTÉ	71
Le diagnostic stratégique.....	73
Les missions d'un établissement de santé	74
La finalité.....	75
La prise de décisions.....	81
Les objectifs.....	82
La mise en œuvre opérationnelle de la stratégie : le pilotage	84
CHAPITRE 4 - METTRE EN ŒUVRE UNE ORGANISATION AXÉE SUR LES FLUX ET LES ATTENTES DES PATIENTS	87
Les enjeux managériaux et organisationnels	87
Le pilotage par les processus	89
Le pilotage par les outils de gestion.....	91
La gestion des flux des patients par le « Supply Chain Management ».....	95
Les résistances au Supply Chain Management.....	107
Les outils de la logistique hospitalière.....	108
Le chemin clinique	108
Le Lean Management.....	110
La chaîne de valeur	113
La gestion en mode projet	120
Les pièges à éviter.....	121
Les phases du management de projet.....	124

CHAPITRE 5 - DIRIGER, COORDONNER DES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES EN FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES PERSONNELS ET LE CAPITAL HUMAIN	127
Le développement des compétences	128
Que reconnaît-on dans l'évaluation ? De quelle manière ?	129
Le capital humain	132
CHAPITRE 6 - INITIER LA COOPÉRATION ET DÉVELOPPER UN SYSTÈME D'INFORMATION UTILE À L'ORGANISATION	135
La communication, ciment de la coopération	135
Bilan du programme Hôpital Numérique 2012-2017	137
Le programme HOP'EN 2018-2022 et e-Parcours dans le cadre de Ma Santé 2022	138
CHAPITRE 7 - MANAGER LA PERFORMANCE, GÉRER LES RISQUES ET RÉSOUDRE DES PROBLÈMES, DES ÉCARTS, DES TENSIONS	139
Manager la performance	140
Les leviers de la performance	141
Les indicateurs de performance	145
La gestion de risques	147
La démarche managériale de gestion de risques	147
La démarche de gestion de risques	148
Les risques hospitaliers	151
Les clés de la réussite de la gestion de risques	153
La Roue de Deming	154
La résolution de problèmes	156
Quel est le problème ?	157
Le diagramme des causes d'Ishikawa ou méthode des 5 M	159
Méthode des 5 Why	161
La théorie des contraintes TOC (Theory of Constraints)	162
Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leurs criticités (AMDEC)	163
Le diagramme de Pareto	165
Le diagramme des affinités ou méthode KJ	165

La gestion des tensions, des conflits.....	166
Les conflits	168
La gestion de conflits sociaux.....	170
L'annonce au patient d'un dommage associé aux soins	173
CHAPITRE 8 - ACTIVER DES MODES DE FONCTIONNEMENT ENCOURAGEANT	
LE LIEN SOCIAL ET LA COMPÉTENCE COLLECTIVE	177
Les fondamentaux du management.....	179
Les modes de management.....	183
Le management de la génération Y	187
L'empowerment	188
CHAPITRE 9 - ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT	191
L'impact de la culture d'entreprise	194
La peur du changement.....	196
Les clés de la réussite	200
La phase de cadrage	200
La phase d'action.....	203
La phase de pilotage.....	207
Le bilan	208
CHAPITRE 10 - ASSUMER SA RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE	209
Conclusion.....	217
Bibliographie.....	219
À propos de l'auteur	221

INTRODUCTION

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

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

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

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

CHAPITRE 1

L'ÉVOLUTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour assurer cet accès aux soins et à la prévention, l'État observe l'état de santé de la population, assure la veille et la sécurité sanitaire et promeut des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé. Il mène des politiques de prévention et d'éducation sur les facteurs pouvant présenter des risques pour la santé de la population. Il assure la prise en charge des conséquences financières et sociales de la maladie, de

l'accident et du handicap par le système de protection sociale. La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux. L'État permet à l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé de donner des avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé. L'environnement impactant la santé de la population, l'État est attentif à la qualité de celui-ci.

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



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

- **Qualité des soins et pertinence des actes** : en évaluant la qualité des parcours des patients pour faciliter leur orientation dans le système de santé à partir d'indicateurs.
- **Modes de financement et de régulation** : en créant différents modes de rémunération pour s'adapter avec plus de pertinence aux soins, à la prévention ou à l'éducation.
- **Transformation numérique du système de santé** : comme l'accès pour les patients à leurs données médicales en ligne, la dématérialisation des

prescriptions, le partage d'informations entre tous les professionnels de santé.

- **Ressources humaines et formations des professionnels** : revoir les formations des professionnels (numerus clausus) pour qu'elles soient adaptées à la demande.
- **Organisation territoriale des soins** : favoriser l'accessibilité des soins, étendre le développement de l'ambulatoire, réduire le clivage ville/hôpital/ médico-social, accompagner les professionnels qui souhaitent exercer en mode regroupé.

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

- **indicateurs sociodémographiques** : obtenus grâce au recensement ;
- **indicateurs de mortalité** : (registres d'état civil, causes du décès sur le certificat médical, enquêtes épidémiologiques) études de taux spécifiques par sexe, âge, catégorie socio-professionnelle pour mettre en évidence les écarts :
 - taux de mortalité prématurée (décès survenu avant 65 ans) ;
 - taux de mortalité foeto-infantile composé de plusieurs indicateurs : mortalité néo-natale (décès survenus entre la naissance et 27 jours de vie révolus), mortalité infantile (avant 1 an), mortalité post-natale (décès survenu entre le 28^e jour et 1 an de vie), mortalité périnatale (mort fœtale à partir de 28 semaines d'aménorrhée et enfants mort-nés et décédés entre la naissance et 7 jours) et la mortinatalité (mort fœtale à partir de 28 semaines d'aménorrhée) ;
 - taux brut de mortalité pour une cause de décès (exemple cancer ou encore plus détaillé cancer de la prostate, du sein, du poumon...) ;
 - taux de mortalité évitable : décès évitables par modification des habitudes de vie (alcool, sida, accidents...) et par une meilleure réponse du système de soins (préventif et curatif), de mortalité proportionnelle (évalue la part en pourcentage que représente une cause ou un groupe de causes dans la mortalité générale) ;
- **indicateurs démographiques** : espérance de vie à la naissance (durée de vie d'une génération), espérance de vie sans incapacité, espérance de santé (la longévité n'est pas un critère de bonne santé). On s'intéresse à des indicateurs comme l'espérance de vie sans maladies chroniques, l'espérance de vie en bonne santé (santé perçue). La notion de handicap recouvre à la fois les atteintes fonctionnelles de l'organisme et leurs conséquences dans la vie quotidienne. Selon la définition de l'Organisation

mondiale de la Santé (OMS) « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ».

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

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

La demande de soins

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

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

- l'espérance de vie à 35 ans selon ces indicateurs d'incapacité montre que les cadres vivent dix années de plus que les ouvriers sans limitations

fonctionnelles, huit années de plus sans gêne dans les activités et sept ans de plus sans dépendance¹ ;

- le taux de prématurité varie du simple au triple en fonction du niveau scolaire de la mère ;
- 15 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières² (l'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement aux soins dentaires, d'optique et médecins spécialisés). Ce chiffre en augmentation en 2018 montre que le renoncement concerne, effectivement, d'abord des soins chez le dentiste. Les soins, qui n'ont pas été effectués, concernent à 38 % des prothèses dentaires mais aussi à 33 % des soins dentaires conservateurs. Dans 18 % des cas, ces renoncements concernent des achats d'optique. Mais, plus nouveau, 20 % des soins, ayant fait l'objet d'un renoncement, concernent des consultations chez un ophtalmologiste, 14 % des consultations chez un autre médecin spécialiste et 13 % chez un généraliste ;
- la pollution atmosphérique des régions industrielles et urbanisées par rapport aux zones rurales ;
- les enfants des ménages les plus modestes sont moins nombreux à bénéficier d'un suivi en orthodontie mais ils ont également plus de caries³, plus d'asthme, de surpoids et d'obésité ;
- les enfants scolarisés en ZUS présentent des troubles de la vue (21 % des élèves), des difficultés au niveau de la maîtrise du langage ;
- le nombre d'accidents des jeunes enfants est lié à la vétusté des bâtiments ;
- certaines catégories de population sont plus vulnérables ou surexposées aux risques professionnels (les jeunes travailleurs, les travailleurs occupant un emploi précaire ou saisonnier, les travailleurs « au noir », les travailleurs plus âgés, les travailleurs migrants, les femmes enceintes). La crise économique est un contexte aggravant pour un certain nombre de ces populations ;
- les salariés des BTP, travaux forestiers, industrie automobile, agroalimentaire, industrie des biens de consommation et/ou l'exposition des travailleurs à des niveaux sonores élevés, scieries, chantiers de construction navale, secteur de la santé restent particulièrement exposés ;
- l'accès aux soins des personnes handicapées ;
- les inégalités de répartition des professionnels de santé dans certains territoires et baisse de la démographie médicale.

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

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

3. www.inpes.sante.fr

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

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

Le besoin d'informations, d'explications, et de transparence exprimé par le patient a été entendu par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Son premier article garantit à chacun l'accès aux soins. Désormais, le patient a des droits. Il est informé ainsi que son entourage sur sa maladie, son traitement, les risques et les conséquences, son consentement est recueilli, ses droits sont inscrits dans une charte, sa douleur est prise en charge, la continuité des soins et la qualité sont assurées, il a accès à son dossier médical et peut s'aider d'une personne de confiance. De plus en cas de litige, les professionnels de santé doivent faire la preuve de la transmission effective de l'information ce qui explique l'ardeur des établissements depuis 1997 à formaliser l'information au patient, à assurer la traçabilité, la mise en place du dossier du patient informatisé, les systèmes de recueil des plaintes. La représentation des usagers dans les instances de santé publique, hospitalières ou non, permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de ces représentants, à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé.

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

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

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

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

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

Les directeurs d'établissement se doivent alors non seulement d'être des gestionnaires efficaces mais également de travailler sur la qualité de l'environnement périphérique à la prise en charge médicale afin de rendre attractif leur clinique ou leur hôpital sans pour autant faire le choix de leur clientèle. Les établissements, pour progresser dans la qualité de prise en charge des patients, doivent tenir compte de l'expérience patient. L'expérience patient dans un hôpital ou une clinique désigne le vécu du patient (entre attentes et réalités), sa perception rationnelle et émotionnelle que le patient

ressent avant, pendant et après l'hospitalisation et tout au long des étapes de son parcours. Chaque histoire est personnelle, chaque personnalité est différente. Elles conditionnent sa manière de penser (système cognitif). Ce principe de singularité implique une prise en charge différenciée pour chaque patient car chaque individu se construit lui-même comme son semblable tout en étant différent d'autrui.

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

L'offre de soins

La santé publique a pour objectif d'assurer une offre de soins adaptée à la diversité des besoins de santé et la plus grande égalité possible des citoyens face à la maladie. La notion d'offre de soins peut s'appréhender par l'accès aux soins de premier et second recours et par les acteurs : professionnels de santé et établissements de santé et l'organisation du parcours de soins centrée autour du patient.

La pertinence d'une intervention de santé doit obéir aux cinq principes suivants :

- la balance entre les bénéfices et les risques ;
- la probabilité d'aboutir aux résultats attendus ;
- la qualité de l'intervention de santé ;
- la prise en compte des préférences des patients ;
- la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé.

L'organisation de l'offre de soins doit répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Les enjeux géographiques et démographiques doivent donc être pris en compte dans le respect des principes de continuité, de sécurité et de coordination du parcours de soins du patient.