

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Projet Nouveau Concept Hospitalier (NCH) Rapport final, Mars 2003

Tirtiaux, Johan; Jacques, Jean-Marie; Rousseau, Anne

Publication date:
2003

Document Version
Version revue par les pairs

[Link to publication](#)

Citation for published version (HARVARD):

Tirtiaux, J, Jacques, J-M & Rousseau, A 2003, *Projet Nouveau Concept Hospitalier (NCH) Rapport final, Mars 2003*. Cellule Interfacultaire de Technology Assessment, Namur.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



FACULTÉS UNIVERSITAIRES NOTRE-DAME DE LA PAIX - NAMUR
CELLULE INTERFACULTAIRE DE TECHNOLOGY ASSESSMENT

Projet Nouveau Concept Hospitalier (NCH) Rapport final Mars 2003

CITA – FUNDP
Johan Tirtiaux
Jean-Marie JACQUES
Anne Rousseau
21, rue Grandgagnage
B - 5000 Namur
Tél. (32) 81 72 49 61
Fax. (32) 81 72 49 67
cita@info.fundp.ac.be
<http://www.info.fundp.ac.be/~cita>

I. LES QUESTIONS DE RECHERCHE DANS UNE PERSPECTIVE THEORIQUE

I.1 - Introduction

L'objectif de ces pages est de définir la question poursuivie dans cette recherche relative au Nouveau Concept Hospitalier (NCH) ainsi que les différentes grilles théoriques empruntées pour y répondre. Nous privilégions une présentation ciblée sur les concepts mobilisés dans le cadre particulier de cette recherche à une présentation exhaustive des théories.

Notre cadre conceptuel intègre deux dimensions dans l'analyse ; « *celle des structures dans lesquelles prennent place les jeux des acteurs et celle des relations entre acteurs qui mettent en action ces structures contribuant par leurs jeux à les faire évoluer vers de nouvelles formes organisationnelles.*¹ ». L'intérêt d'une telle approche est de compléter une perspective mécanique, structuro-fonctionnaliste basée sur la structure par une perspective qui, tout en prenant en compte ces contraintes d'ordre structurel, intègre les acteurs avec leurs intérêts propres et la manière dont ils vont participer à la mise en action de cette structure ainsi que le sens qu'ils vont y trouver/donner. Cette perspective est dite constructiviste dans ce sens qu'elle prend en considération la dualité des structures (règles etc.) qui sont à la fois produits et processus c'est-à-dire en d'autres termes, contraintes pour l'action en même temps que construite par elle. Ainsi, « *Dans une perspective constructiviste, les réalités sociales sont appréhendées comme des constructions historiques et quotidiennes des acteurs individuels et collectifs* »².

Nous proposons dans les paragraphes qui suivent de caractériser ces différents niveaux d'analyse en présentant succinctement les conceptions de l'organisation qui y président ainsi que les principaux concepts analytiques qui y sont attachés. Nous illustrons ensuite chacun de ces niveaux dans leur application au monde hospitalier à travers une revue de la littérature relative à ces organisations en particulier. Nous montrons ainsi le type de questions abordées et l'intérêt de ces différents angles de vue. Enfin, nous établissons un lien entre ces concepts clés et la problématique inhérente au NCH ce qui nous permet dans la foulée de définir nos

¹ De Vos, A., Lobet-Maris, Cl, Rousseau, A., « *From coordination to loyalty. Developing a constructivist perspective on organisational and technological changes* », Interfaculty Technology Assessment Cell (CITA), University of Namur, Colloque EGOS, Barcelona, 2002.

questions de recherche ainsi que les principaux résultats attendus pour chacun de ces niveaux d'analyse.

I.2 – Le niveau structurel³

I.2.1 - Approche théorique de la structure de l'organisation

Les organisations sont des entités sociales qui fonctionnent (1) orientées vers des buts , (2) qui vont structurer et coordonner les activité de manière consciente et qui sont (3) reliés avec leur environnement⁴. Deux mécanismes fondamentaux déterminent la structure d'une organisation : la différenciation et l'intégration⁵. En d'autres termes, la structure de l'organisation se résume à la question de savoir comment les tâches sont divisées et comment elles sont intégrées entre elles.

Par "travail différencié", nous nous entendons que le travail doit être divisé en spécialités. Les soins donnés aux patients sont certainement tellement complexes qu'une personne ne peut pas posséder une expertise complète. Shortell appelle cela la « *départementalisation par les fonctions* »⁶. La départementalisation par fonction ou par spécialités caractérise une structure dite *fonctionnelle* : il s'agit de créer des départements qui rassemblent tous les professionnels d'une même spécialité/métier. Ce type de départementalisation se base sur une même *offre* de services de tous les départements ou entités. Il existe toutefois encore d'autres types de différenciations:

- Le regroupement par produit ou par marché : il s'agit là de rassembler les différents opérateurs nécessaires à la réalisation d'un produit de A jusqu'à Z.
- Le regroupement par projet : Il concerne le rassemblement des différents acteurs nécessaires à la réalisation d'un projet dont la durée est déterminée et dont la réalisation n'est pas répétitive. La réalisation des projets se fait habituellement de manière autonome par rapport au reste de l'entreprise⁷.

² P. Corcuff, "Les nouvelles sociologies", Nathan Université, 1995, p. 17.

³ Pour un tableau synthétique d'une décomposition du NCH sous l'angle structurel, voir tableau en annexe

⁴ R.L. Daft, "Organization Theory and Design", 2001, p.12.

⁵ Strategor, « *Stratégie, structure, décision, identité. Politique générale d'entreprise* ». InterEditions, p. 224. Pour les concepts d'intégration et de coordination, nous tenons à renvoyer le lecteur vers l'ouvrage de Lawrence, P. et Lorsch, J., « *Adapter les structures de l'entreprise* », Editions d'organisation, 1973

⁶ Shortell S.M. and A.D. Kaluzny, "Health Care Management: Organization Design and Behavior", 2000.

⁷ Strategor, *op. cit* p. 292-294

Par travail intégré, nous comprenons que toutes ces spécialités doivent être coordonnées afin que le travail soit réalisé dans un ensemble. Ceci est indiqué par Shortell par le terme « intégration par programme ». L'intégration contient les structures et les processus qui rassemblent les différents groupes au sein d'une organisation afin de réaliser cette coordination et coopération⁸. Mintzberg isole cinq mécanismes de coordination liés directement à la division des tâches :

- *L'ajustement mutuel* : le travail se coordonne par un processus informel de communication entre opérateurs.
- *La supervision directe* : une personne a la responsabilité du travail des autres et en assure la coordination.
- *La standardisation des procédés de travail* : la coordination se réalise par la planification et par la définition précise de procédures de travail. L'opérateur suit ces normes et standards élaborés par la technostructure.
- *La standardisation des résultats* : La coordination s'opère par un contrôle de la production qui doit correspondre à certaines exigences précises prédéfinies.
- *La standardisation des qualifications* : La coordination s'opère indirectement par la normalisation des compétences des opérateurs, c'est à dire par une spécification de la formation requise pour exécuter une tâche.

Dans le cadre de l'évolution des moyens de transmission de l'information ajoutons à cette liste un sixième mécanisme de coordination qui peut également être vu comme une variante de la standardisation des procédés de travail : la *standardisation des processus de transmission de l'information* : Il s'agit de la mise en place de documents (papier ou informatique) standardisés dont le rôle est la transmission systématique de l'information⁹ entre les différentes unités ou membres de l'organisation.

A ces éléments de base qui permettent d'intégrer les différentes tâches, Mintzberg ajoute trois éléments appelés « *mécanismes de liaison* » qui permettent de coordonner les départements entre eux :

⁸ Shortell et al., 2000, op. Cit., p.461.

⁹ Voir notamment Amar, L., et Minvielle, E., « *L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade* ». In Sociologie du travail, 2000, 42, p. 74

- Les *postes de liaison* : Ce sont des postes spécifiques dont le rôle est de faire le lien entre deux unités dont les contacts sont intenses et permettent à l'information d'éviter des détours dans la hiérarchie.
- Les *groupes de projets et comités permanents* : Ils sont créés afin d'accomplir une tâche particulière et sont dissous une fois l'objectif atteint. Les comités permanents sont plus stables et ont pour but de permettre la discussion de thèmes communs entre des unités différentes.
- Les *cadres intégrateurs* : Il s'agit de postes de liaison qui assurent un lien entre différentes unités en étant investi d'une autorité formelle sur chacune d'entre elles. Cette autorité est cependant ciblée et concerne les activités liées à une activité précise.

Les différentes dimensions de l'intégration et de la différenciation mènent à divers regroupements au sein des organisations¹⁰. Le regroupement fonctionnel et regroupement par programme (ou ligne de production) sont les extrêmes d'un continuum de regroupements variés. Dans le regroupement fonctionnel, le travail est divisé en parties définies en termes de spécialisation fonctionnelle (les spécialités médicales). Dans un regroupement par programme ou ligne de production, une personne désignée est chargée de tous les aspects d'un certain produit ou d'un groupe de produits. Un mode de départementalisation par programme s'inscrit donc dans une approche de l'organisation comme orientée processus¹¹.

Entre le regroupement fonctionnel et le regroupement par programme, se situe par exemple la structure matricielle. La *structure matricielle* caractérise une organisation dont le découpage du travail est à mi-chemin entre un regroupement par fonction et un regroupement par programme. La caractéristique d'une telle organisation est donc une double supervision des opérateurs. Une structure d'organisation verticale liée au service sera combinée à une approche horizontale interdisciplinaire¹².

À côté de ces 2 dimensions (dimension d'intégration et dimension de différenciation), Shortell¹³ a décrit cinq nouvelles dimensions clés en ce qui concerne les organisations de

¹⁰ Shortell et al., 2000., op. Cit, pp.286-294.

¹¹ Janssen R., "*Hospital Management by Product Lines*", in Health Services Management Research, vol.4, no.1, Maart 1991.

¹² De Rycke Raf, "*Strategisch Management voor de gezondheids- en welzijnsector*", Lannoo, 2002, pp.164-165.

¹³ Shortell et al., 2000, op. Cit., pp 13-16

santé publique : « l'entourage externe », « la mission/les buts », les « stratégies », « la dimension de centralisation » et « de la possibilité de changement et d'innovation ».

L'environnement externe comprend essentiellement des forces politiques, économiques, sociales et d'autres forces « régulatrices » qui influencent fortement l'institution de santé publique.

La mission (et les buts associés) d'une organisation dicte les tâches les plus importantes de l'organisation ainsi que la technologie et les moyens en personnel qui sont nécessaires pour celle-ci. Cette mission et les buts associés ont aussi bien des intentions internes qu'externes. L'intention externe des mission/buts donne la raison d'existence de l'organisation et ses buts pour l'utilisateur externe de l'organisation. L'intention interne des mission/buts est une source de motivation et donne également les lignes de conduite.

Les stratégies représentent les plans les plus concrets qui sont établis dans le but d'atteindre des objectifs. Cela tient souvent au fait que l'organisation soit profitable ainsi qu'à la force concurrentielle de son environnement. Ce succès coïncide souvent avec des coûts faibles et une différenciation (spécialisations) marquée du point de vue de la qualité. Dans un environnement turbulent, variable et instable il faut développer une stratégie qui est suffisamment flexible et correspond à la vision de ceux qui se trouvent les plus proches des « clients ».

La centralisation/décentralisation est une dimension qui indique la mesure selon laquelle les décisions peuvent être prises à différents niveaux hiérarchiques de l'organisation. Une organisation fonctionne de manière centralisée lorsque le pouvoir de décision se trouve préférentiellement au niveau supérieur. Une structure décentralisée délègue davantage de pouvoir de décision aux niveaux hiérarchiques inférieurs. Le degré de décentralisation a des implications importantes du point de vue de la vitesse à laquelle les décisions peuvent être prises et également de l'efficacité de la mise en œuvre des décisions. Tout ceci influence directement la capacité et la vitesse avec lesquelles une organisation peut s'adapter aux changements dans son environnement.

Les dimensions « mission », « stratégies » et « centralisation/décentralisation » sont en rapport étroit avec la manière dont la structure de gestion est constituée au sein d'une organisation.

La possibilité d'un changement/innovation est la dernière dimension clé. Les aspects suivants sont particulièrement pertinents pour les organisations de la santé :

- les organisations du secteur de la santé sont très complexes: elles comprennent un grand nombre de collaborateurs professionnels différents, chacun avec sa propre formation, ses propres normes, ses conceptions et sa vision du monde ;
- les organisations du secteur de la santé sont souvent “*loosely coupled*”¹⁴ . Cela signifie que l'on parle plus ici d'une série des relations contractuelles que de relations intégrées. Par conséquent, les processus décisionnels comprennent des idées nouvelles, des plans et des stratégies particuliers, ce qui ne facilite pas toujours les communications ;
- les relations inter-organisationnelles sont en constante évolution. Les conséquences des changements dans une organisation particulière peuvent donc rapidement s'étendre à d'autres.

I.2.2 – Application au monde hospitalier

L'environnement dans lequel les hôpitaux évoluent est en changement continu. Ces dernières années, nous pouvons affirmer que les hôpitaux évoluent dans un contexte très turbulent. Les récentes fusions, la concurrence accrue, l'augmentation du niveau de formation des patients, le passage d'un système à un système de financement prospectif, l'introduction du financement des pathologies et du nouveau concept hospitalier, témoignent de l'influence du dynamisme environnemental.

Face à ce dynamisme, surgit toutefois la constatation que la structure organisationnelle d'un hôpital n'a pas ou peu changé depuis des dizaines d'années. Un hôpital est très généralement structuré de manière fonctionnelle ou disciplinaire. Ceci peut s'expliquer à partir de l'histoire de la naissance de la plupart des hôpitaux et du développement parallèle constant de la

¹⁴ Weick, K.E., “*The Social Psychology of Organizations*”, MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1969.

professionnalisation. Un hôpital en tant qu'organisation est né comme une juxtaposition de différents groupes professionnels en vue d'assurer les soins et traitements des patients. Les savoirs faire de ces professionnels forment l'actif le plus important de l'hôpital. Il y a toutefois un grand morcellement de cette connaissance entre les différents professionnels qui sont de plus en plus spécialisés. Ceci favorise l'émergence d'un grand nombre de fonctions au sein de l'hôpital.

Cette structure organisationnelle traditionnelle¹⁵ d'un hôpital est considérée comme une bureaucratie professionnelle. Cette forme d'organisation est caractérisée par la division marquée des tâches en fonction des différentes spécialités, ce qui est sensé engendrer une grande efficacité du travail¹⁶. Le problème se situe dans le fait que cette forme d'organisation laisse peu d'espace pour la créativité, l'innovation et les initiatives. Tout est en quelque sorte conduit et décidé de manière centralisée. Herman Roose parle ici du « *brontosaurus* » qu'est l'organisation dans ce cas de figure¹⁷. Il s'agit d'un modèle d'organisation bureaucratique qui « *se traduit par sa rationalité et son uniformité : une mission, une stratégie, une gestion du personnel* »¹⁸. Cette forme d'organisation laisse place à peu de « transversalité »: « *La transversalité est le concept intégrant de l'interdisciplinarité, qui réellement traverse (ou fait appel de manière concomitante à plusieurs entités verticales (fonction, division, départements) (...).* »¹⁹.

Dans un contexte hospitalier, deux types de fonction se différencient fortement ; il s'agit d'une part des fonctions de management et d'autre part des fonctions médicales. Ceci mène au minimum à une structure duale dans l'hôpital où le management est construit sur des principes de contrôle bureaucratique et où c'est le staff médical qui s'occupe des principes de contrôle professionnel. Cette dualité se remarque aussi dans la structure de contrôle de gestion. Dans une organisation hospitalière classique, le personnel infirmier relève d'une ligne hiérarchique spécifique bien qu'ils collaborent avec les médecins dans les différents services spécialisés.

¹⁵ Pascal C., «Gérer les processus à l'hôpital. Une réponse à la difficulté de faire ensemble », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Lyon, 2000, pp. 80-81.

¹⁶ Roose H., «Schaalvergroting: de nood aan nieuwe organisatievormen», in *Oranjekrant*, lente 1999.

¹⁷ Roose H., *Managen van een netwerkorganisatie*, Garant, 2002, p.19.

¹⁸ Roose H, 2002, p.19.

¹⁹ Scholtes, J-L., « *L'hôpital se met au matriciel.* » in *L'hôpital Belge*. Voir <http://www.hospitals.be/français/revue/enligne/scholtes.html>

Les changements d'environnement sont des facteurs en faveur de l'évolution de ces structures fonctionnelles :

- le regroupement qui intervient en cas de fusion mène à une telle complexité que la structure d'organisation fonctionnelle devient incompatible. A partir d'un modèle bureaucratique, le regroupement demande plus de pilotage central, mais la complexité entraîne une grande difficulté à maintenir des décisions centralisées.
- Une organisation fonctionnelle complique la réflexion en termes de lignes de programme. Ces dernières supposent une approche multidisciplinaire des soins aux patients. En d'autres termes il y a un besoin de davantage d'intégration ;
- Une structure fonctionnelle est le reflet d'une segmentation des catégories professionnelles et ne convient donc pas à un objectif de prise en charge plus approfondi et à une décentralisation des responsabilités. Une structure fonctionnelle handicape l'implication des professionnels (médecins et les infirmiers) dans la gestion ;
- En outre, une structure fonctionnelle complique grandement le rôle de l'hôpital en tant que maillon au sein d'un continuum de soins...

L'intégration des activités est donc un défi dans une structure fonctionnelle. Différents mécanismes de coordination sont envisageables pour réaliser cette intégration tels que les chemins cliniques et le *casemanagement*²⁰, les systèmes informatiques ou encore la gestion de la sortie des patients²¹. L'intégration peut être réalisée aussi plus formellement par la définition des lignes de produit au dessus de la structure fonctionnelle²². Ceci mène à une structure matricielle formelle. Le problème d'une telle matrice est qu'elle génère souvent des conflits à la croisée des lignes hiérarchiques et par projet. Les hôpitaux considèrent souvent cette structure matricielle comme une sorte de transition vers une forme d'organisation plus « pure », à savoir une structure par programme ou encore une structure *service-line*.

²⁰ Sermeus W., Vleugels A., "*Patiëntgestuurde organisaties, Kluwer, Reeks Management*" in de *Gezondheidszorg*, 2002.

²¹ Gemmel P., "*Beheersen en herdenken van processen in ziekenhuizen: op zoek naar de patiënt*", Kluwer, December 2000.

²² Er wordt gesuggereerd dat DRGs of Diagnosis-related Groups als basis kunnen genomen worden bij het definiëren van produktelijnen. (Zie Fetter R.B. en J.L. Freeman, "*The Product-Line Management Model in het boek DRGS: their design and development*", edited by R.B. Fetter, Health Administration Press, Ann Arbor, 1991, p.81-p.111.

Dans différents pays, nous pouvons nous référer à des exemples de la manière dont une telle structure en ligne de production peut être développée. « *L'hôpital orienté vers le patient* » est un modèle populaire aux Etats-Unis. Un article dans « *Healthcare forum Journal* » cite différents exemples d'hôpitaux qui utilisent ce nouveau modèle²³. Celui-ci plaide pour le regroupement des patients possédant les mêmes caractéristiques dans une même unité, ceci est entièrement compatible avec une approche en « ligne produit ». A l'extrême, ce modèle mène à la naissance de "mini-hopitaux" qui sont complètement autonomes dans l'attribution de soins à un groupe homogène de patients²⁴. En ce sens, ce modèle présente des similarités fortes avec le concept de « *focused factory* »²⁵. Les principes fondamentaux du « *focused factory* » sont les suivant²⁶:

- « *Simplicity and repetition breed competence*
- *Specialisation and repetition lead to improved performance*”

L'exemple classique de « *focused factory* » dans le secteur de la santé est développé à propos de la clinique Shouldice pour le traitement des hernies au Canada. L'annexe relative qu'« *focused factory* » décrit un certain nombre de constatations au sujet de cette forme d'organisation après notre visite à Shouldice en 2002. Shouldice nous apprend qu'une institution de soin doit intervenir davantage en étant orienté vers le marché et que ceci ne peut être réalisé que lorsque l'on a un objectif focalisé. Le même argument est développé dans le livre de Regina Herzlinger de l'école de commerce d'Harvard, il a pour titre : « *Market-driven healthcare* ». Une phrase que l'on retient en lisant ce livre est la suivante : "Say good-bye to the general-purpose health care provider. Say hello to the focused health care factory"²⁷.

La direction d'un hôpital réalise de plus en plus que la structure d'organisation actuelle est de moins en moins adaptée pour répondre d'une manière satisfaisante aux exigences variables de l'environnement²⁸. Un directeur d'hôpital formule cette constatation comme suit : "Nous

²³ Weber D.O., "Six models of patient-focused care", Healthcare Forum Journal, juli/augustus, 1991, pp.23-31.

²⁴ Een goede beschrijving van de principes van het patiëntgericht ziekenhuis kan gevonden worden in Lathrop J.P., G.E.Seufert, R.J. MacDonald and S. Brickhouse Martin, "The patient-focused hospital: a patient care concept", Journal of the Society for Health Systems, vol.3, no.2, 1991, pp.33-50.

²⁵ Skinner Wickham, The Focused Factory, Harvard Business Review, Vol.52, no.3, 1974, pp.113-121.

²⁶ Professor Skinner heeft in 2002 een eredoctoraat gekregen van de Universiteit Gent.

²⁷ Herzlinger Regina, "Market-Driven Health Care : Who wins, who loses in the transformation of America's largest Service Industry", Harvard Business School, Perseus Books, 1997.

²⁸ Van Buren, D. en J. Vissers, "De kliniek en de polikliniek als produktlijnen; een cliënt- en eerstelijns-vriendelijke ziekenhuisorganisatie" in *Structurering en beheersing van zorgprocessen: bedrijfskundig instrumentarium van zorgprocessen*, onder redactie van J.W.Hoorn, J. Lettinck, H. van Tuijl, J. Vissers en G. de Vries, De Tijdstroom, 1991.

devons évoluer d'une structure fonctionnelle vers une structure processuelle, d'une structure verticale vers une structure horizontale . Le modèle classique fonctionnel mène à rejeter vers le haut des problèmes qui ne sont pas nécessaire dans l'agenda de la direction »²⁹. De plus, de nombreuses études récentes³⁰ mènent à la constatation que les hôpitaux contemporains ne sont pas structurés vers les patients et que la structure actuelle provoque un grand nombre d'activités sans valeur ajoutée comme le transport, la planification et la communication. L'élément commun dans ces nouvelles formes d'organisation est qu'elles sont davantage axées sur le processus : le patient se trouve au centre³¹.

I.2.3 – Les questions de recherche

I. 2.3.1 - Le nouveau concept hospitalier: un stimulant pour une gestion par processus ?

J.R. Galbraith et al. définissent le processus comme suit: *“We view processes as the direction and frequency of work and information flows linking the differentiated roles within and between departments of complex organizations”*³².

Harrington H.J.³³ ajoute, que cette intégration des différents rôles, entre et au sein des départements, est aussi d'application tant pour les clients internes qu'externes. La réflexion en terme de « processus » pour un hôpital signifie que les différentes fonctions soient intégrées au sein de l'hôpital en fonction du patient et des besoins de ce dernier (en tant que client externe). Suivant cette réflexion, McCormack K. définit le *“Business Process Orientation”* (BPO) comme suit : *“An organization that, in all its thinking, emphasizes process as opposed to hierarchies with special emphasis on outcomes and customer satisfaction “*³⁴.

Dans une organisation orientée processus, la responsabilité au sujet des tâches est décrite de manière procédurale. Ce type de responsabilité dépasse les frontières fonctionnelles et donc par définition les membres des différentes fonctions sont encouragés à collaborer pour atteindre un but commun.

²⁹ Interview met dhr. B. De Bakker, directeur Virga Jesse Ziekenhuis, Hasselt, afgenomen door F. Ceulemans, gepubliceerd in Intramuros, nr.18, oktober 1998.

³⁰ Lathrop, J.P., Seufert, G.E., McDonald, R.J., Martin, S.B. "The patient-focused hospital: a patient care concept."; *Journal of the Society for Health Systems*; Vol.3(no.2); 1991: pp.33-50.

³¹ Voor de lezer die zich verder wil informeren over een aantal concepten rond patiëntgestuurde organisatie verwijzen we naar het recent gepubliceerd werk van W. Sermeus en A. Vleugels, *Patiëntgestuurde organisatie, Reeks Management in de Gezondeheidszorg*, Kluwer, 2002, 188pp.

³² J.R. Galbraith and R.K.Kazanjian, 1986.

³³ (Harrington H.J., 1991)

Ceci implique aussi que des critères de performance procéduraux (ou horizontaux) soient utilisés. Les membres de l'organisation sont alors dans l'obligation de collaborer au groupe pour atteindre de cette façon un but commun. Ceci suppose également un système informatique transversal.

L'orientation processus d'un hôpital peut être réalisée de deux manières différentes :

- Une première méthode de travail consiste à essayer de conserver l'organisation fonctionnelle existante, ceci moyennant des mécanismes de coordination horizontal que l'on place au dessus de la structure verticale. Pendant la dernière décennie, différents mécanismes de coordination comme les "chemins cliniques", le *casemanagement*, les manager de ligne de produit, le nursing intégré, la gestion informatisée de l'accueil, du parcours et de la sortie du patient.
- Une seconde méthode pour travailler de manière transversale dans un hôpital consiste à considérer les besoins en termes de soin du patient comme point de départ pour la création d'une nouvelle structure organisationnelle. Ceci signifie pour l'ensemble des soins offerts, que plusieurs services et disciplines sont organisés et intégrés en fonction des besoins réels des patients. Dans ce cas on parle d'une organisation horizontale. Une structure horizontale reconnaît les interdépendances entre les acteurs dans le processus de soin et place les besoins du patient au centre des préoccupations. A l'extrême chaque patient est considéré comme un « projet » pour lequel un nombre de moyens et de personnes se rassemblent. On appelle un ensemble des projets similaires « un programme » ou une ligne de production³⁵.

Nous pouvons retirer de ce qui vient d'être dit qu'une orientation process peut être également être présente dans une structure fonctionnelle. Un changement au niveau de la structure n'implique donc pas automatiquement une évolution vers une orientation transversale. Le patient ne remarquera le processus de changement que s'il prête explicitement attention à l'optimisation des processus primaires lors de la mise en place de la nouvelle structure. Par

³⁴ McCormack K, *Business Process Orientation*, 2001, p.37.

³⁵ Stephen M.Shortell & Arnold D. Kaluzny, '*Health Care Management: Organization Design and Behavior*', Delmar Thomson Learning, 2000

conséquent, le cheminement du patient et ses problèmes doivent être saisis et considérés lors de la mise en place de la nouvelle structure ³⁶.

Le nouveau concept de hospitalier a été développé par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers : “ *Le nouveau concept hospitalier part de l’hypothèse qu’il est nécessaire d’avoir un continuum de soin , pendant et après l’hospitalisation. Ce qui se passe dans l’hôpital doit correspondre aussi parfaitement à ce qui se passe « extra-muros » où les patients sont confrontés à des médecins généralistes et à des médecins spécialistes « extra-muros ». Le concept concerne aussi bien la prescription de soin, que le niveau technico-médical ou encore les soins cliniques où l’interdisciplinarité est essentielle, et enfin la dimension psychosociale*”.³⁷

Le NCH soutient la volonté de faire évoluer l’organisation de la prise en charge du patient dans l’hôpital. Il s’agit de favoriser une prise en charge pluridisciplinaire rassemblant les différents professionnels nécessaires au traitement d’une pathologie. Il s’agit de centrer l’organisation sur le patient et non l’inverse et donc, d’un point de vue structurel, de passer d’une départementalisation basée sur l’offre (des médecins) ou sur les spécialités thérapeutiques à un regroupement basé sur la demande (des patients) entendue comme la pathologie. Le NCH prône une départementalisation par pathologie : il s’agit d’inclure dans le processus de soin l’ensemble des compétences nécessaires au traitement de la pathologie de manière à transcender les structures fonctionnelles verticales de l’hôpital.

Dans le nouveau concept hospitalier, les activités sont décrites comme des programmes de soin. Le programme de soin est défini ici comme suit : « Un programme de soin est une réponse cohérente organisée à un problème de santé d’un patient dans un ensemble structuré de services et de prestation de services par lequel, dans un lien multidisciplinaire réel coordonné, est recommandé au patient pour sa situation concrète, le soin le plus approprié de l’hôpital, le plus efficace et de la façon la plus efficace au niveau des coûts, dans le continuum du diagnostique, du traitement et de la revalidation, et tout ceci pour le patient de la manière la plus appropriée possible, lors d’une admission, dans une polyclinique ou comme soutien

³⁶ Pour une explication de l’orientation process des hôpitaux voir Paul Gemmel, “*Beheersen en Herdenken van Processen in Ziekenhuizen: op zoek naar de patiënt*”, Dossier Ziekenhuiswetgeving, Kluwer, 2000, 58 pp.

³⁷ Ministère Fédéral des Affaires Sociales et de la Santé publique, “*Uitdagingen en perspectieven voor de ziekenhuizen binnen een geïntegreerde gezondheidszorg*”, 2001,

journalier »³⁸. Ainsi ont été par exemple publiées les normes auxquelles les programmes de soin pour les pathologies cardiaques doivent satisfaire lors de l'arrêté royal du 16 juin 1999. Pour chacun des 6 programmes de soin, qui relèvent de cette décision, sont indiquées un certain nombre de choses : le groupe cible, la nature et le contenu des soins, l'infrastructure exigée, l'encadrement médical et non médical du personnel ainsi que l'expertise, et enfin les normes de qualité et les normes en matière du suivi de qualité. Lors de la détermination des programmes de soin, la problématique spécifique du patient a surgit assez rapidement et ont été indiqués les compétences, les moyens et l'infrastructure nécessaire pour traiter les patients dans ce contexte. Un programme de soin ne dévoile toutefois pas les étapes nécessaires pour soigner un patient possédant telle ou telle pathologie. En ce sens, un programme de soin décrit comme tel dans le A.R. n'est certainement pas un programme comme nous le considérons ici ; ni comme il est déterminé par le conseil national. *“Le gouvernement n'a pas suivi de facto la définition (du conseil national) lors de l'agrémentation des programmes de soin, et est resté dans la pratique beaucoup plus proche de la concrétisation d'une offre composée de services et de spécialités”*³⁹.

La conformité aux normes d'un programme de soin ne garantit donc pas d'elle-même une orientation processuelle. Cela dépend de la manière selon laquelle ce programme de soin est mis en œuvre et de la façon dont les compétences, les moyens et l'infrastructure sont organisés autour du groupe de patients déterminé. Il est donc tout à fait possible, dans une structure fonctionnelle, de satisfaire aux normes d'un programme de soin d'une pathologie cardiaque. Il n'y a par conséquent aucune preuve du fait que ces programmes de soin forment le point de départ d'une structure orientée processus dans les hôpitaux. Ceci nous mène à la première question de recherche:

Est-il possible d'implémenter les programmes de soin (comme définis dans le nouveau concept hospitalier) en maintenant ou non l'organisation actuelle verticale de l'hôpital, ceci en faisant usage d'un mécanisme de coordination spécifique ? On vise aussi par cette question à identifier le type de mécanismes de coordination qui entrent en ligne de compte dans le but de développer un système plus cohérent et intégré impliquant la complémentarité des soins (intra - et extra-muros) ainsi que la garantie d'une synergie.

³⁸ Définition volgens Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen

³⁹ W. Sermeus en A. Vleugels, Patiëntgestuurde organisatie, Reeks Management in de Gezondheidszorg, Kluwer, 2002, P.58.

Les éléments de réponse à cette question doivent permettre de cerner tant les incitants que les freins au changement dans les hôpitaux.

I.2.3.2 – Collaboration aux delà des frontières de l'hôpital

Dans les paragraphes précédents, l'accent a surtout été mis sur la réorganisation interne des activités de hôpital en fonction des besoins du patient. D'une façon générale les hôpitaux portent peu d'attention à ce qui se passe avant ou après la phase aiguë d'admission dans l'hôpital⁴⁰. L'intégration sur base des besoins des patients s'arrête en quelque sorte aux murs de l'hôpital. Cette approche se traduit par le fait de mettre l'accent sur des économies d'échelles. Ceci signifie qu'un hôpital doit être d'une taille suffisamment importante que pour pouvoir fonctionner correctement. La réorganisation possède indéniablement un certain nombre d'avantages, mais il présente aussi un certains nombre d'effets secondaires négatifs⁴¹:

- Le risque de perte d'identité est grand dans le contexte des hôpitaux fusionnés, ce qui peut mener à un certain nivellement et donc appauvrissement ;
- Dans une organisation de plus grande taille, le contrôle est d'autant plus centralisé. Ceci peut avoir un effet très négatif sur l'esprit d'initiative et sur la créativité/la capacité d'innovation des professionnels de la santé ;
- L'accroissement de taille peut aussi donner lieu a une intensification des jeux de pouvoir entre les acteurs parties prenantes.

L'objectif visé par le NCH dépasse ce niveau intra-hospitalier (l'organisation de l'hôpital). L'« *hospitalocentrisme* » doit se muer en une complémentarité et une collaboration inter-hospitalière. « *L'intégration du système de soins* » implique dans le NCH une modification du principe de différenciation entre hôpitaux. La répartition des activités proposée par le NCH consiste en une attribution des différents types des soins possibles, des plus simples aux plus complexes à un niveau inter-hospitalier. La différenciation s'opère par une « *répartition* » des soins entre les institutions. Face à cette évolution des principes de différenciation, l'intégration doit apporter de nouveaux modes de coordination entre ces mêmes hôpitaux. Il s'agit de favoriser les mécanismes de coordination sur un plan inter-hospitalier. Ceci nous mène à la deuxième question de recherche:

³⁹ J.R. Galbraith and R.K.Kazanjan, 1986.

⁴⁰ de Man, 1997, ibidem

⁴¹ Roose H., "Schaalvergroting: de nood aan nieuwe organisatievormen", in *Oranjekrant*, lente 1999

Si l'on introduit de nouveaux mécanismes de coordination interne en vue d'évoluer dans l'implémentation des programmes de soin, la question se pose pareillement au niveau des frontières de l'hôpital tant en ce qui concerne d'autres structures de soin (p.e. les maisons de repos, les maisons médicales, les généralistes...) qu'en ce qui concerne les autres hôpitaux. Il importe d'identifier les actuelles modalités concrètes de cette coordination aux frontières de l'hôpital.

Dans le paradigme de l'organisation en réseau⁴², cette dernière est fractionnée en unités actives autonomes qui fonctionnent en interrelations. À titre d'exemple l'A.S.B.L. « Oranje » peut être citée. Cette A.S.B.L. comprend une dizaine de petits projets de petite échelle et de diverses natures dans le secteur des jeunes handicapés. Chaque partie de projet se trouve dans les mains d'une équipe qui dirige elle-même avec " *une indépendance aussi grande que possible dans la réalisation de leur propre mission*". Dans une telle structure en réseau, il est toutefois important qu'il existe des éléments de coordination entre les équipes indépendantes. Ces éléments doivent faire en sorte que les avantages de la grande taille ne soient pas perdus. Parmi les exemples de telles coordinations, on retrouve la mission de l'organisation, les contacts entre les collaborateurs de différentes équipes, le rôle de la direction, un bon flux d'information, etc.⁴³

I.2.3.3 – Changement organisationnel

Si un hôpital passe d'une structure fonctionnelle à une structure par programme de soin, on véritablement parlé de changement organisationnel. Ce changement est un processus qui s'inscrit dans le temps. Il est très souvent incrémental c'est-à-dire que l'on cherche progressivement une meilleure structure d'organisation par essais et erreurs. "*Les nouvelles formes d'organisation qui réussissent, surpassent les formes les plus anciennes, en recherchant une continuité au niveau de l'histoire de l'entreprise qui les développe*"⁴⁴. C'est donc une utopie que de penser qu'il existe une structure idéale pour les hôpitaux. Chaque hôpital, en fonction de son histoire propre, doit essayer d'apporter des changements à sa structure et ce de façon cohérente au vu de son environnement, sa stratégie et sa structure .

⁴² de Man, 1997, ibidem.

⁴³ Roose H., ibidem.

⁴⁴ De Man A-P, "De traditionele vernieuwing van organisatievormen", Nijenrode Management Review, nr.3, maart/april 1997

Bien que les changements se heurtent généralement à une résistance, il est clairement apparu que le processus de changement en tant que tel (la manière dont cela se déroule) est un facteur critique de succès de ce changement⁴⁵. Dans un certain nombre d'hôpitaux, nous voyons qu'un changement « top-down » est imposé. Le personnel situé au bas de l'échelle ne comprend pas la raison de ces changements. Les professionnels (médecins, infirmiers, paramédical...) se sentent mis à l'écart ou considèrent le changement comme un moyen d'exercer davantage de contrôle administratif sur leur travail. Ceci est très négatif car une forte implication des diverses parties prenantes au changement est un élément critique de réussite de ce dernier. La structure traditionnelle d'un hôpital ne peut évoluer qu'à ce prix.

L'évolution d'une de structure longtemps fonctionnelle doit être gérée. Rompre avec les repères traditionnels des différentes catégories professionnelles, peut susciter pas mal de résistance. Ceci nous mène à notre troisième question de recherche :

Lorsque un hôpital évolue d'une organisation verticale vers une organisation orientée processus par la mise en oeuvre des programmes de soin, quelles sont les opportunités et les menaces perçues par les acteurs et susceptibles d'engendrer soutien et/ou résistance au NCH dans le chef des professionnels de la santé (médecins et infirmiers) ?

Cette question fait la transition avec notre deuxième niveau de notre analyse: le niveau relationnel.

⁴⁵ Werkman R.A., Boonstra J.J., Bennebroek Gravenhorst K.M., "Het veranderingsvermogen van organisaties", Management en Organisatie, nummer 2, maart/april 2001.

I.3 – Le niveau relationnel

Après cette description de la première dimension de notre cadre conceptuel consacrée aux structures des organisations, orientons l'analyse vers un angle plus relationnel et culturel. Il s'agit de mettre en évidence « *la place de l'interprétation dans la structuration de l'action* »⁴⁶ et de prendre en considération les acteurs parties prenantes dans la mise en œuvre du NCH, leurs relations plus ou moins coopératives et/ou conflictuelles ainsi que leurs représentations et systèmes de valeurs qui sont au principe de leurs comportements⁴⁷. C'est la question du sens donné à l'action qui est soulevée avec la prise en compte de ce second niveau d'analyse.

I.3.1 – Quelques éléments théoriques : l'organisation comme construit social

Le point de vue structurel précédemment exposé s'appuie une vision dite réifiée de l'organisation⁴⁸ : celle-ci existerait comme un objet en soi en tant que structure. Cette approche conduit à l'illusion que « *les structures seraient dotées de quelque pouvoir miraculeux de " marcher toutes seules "*. »⁴⁹. A l'inverse, la prise en compte des acteurs comme éléments moteurs de l'existence du phénomène organisationnel est le point de départ de notre seconde dimension d'analyse. Ce changement de perspective suppose une remise en question de la notion d'organisation ; cette dernière est constituée d'un ensemble d'acteurs porteurs d'enjeux et de logiques d'actions différentes⁵⁰.

La structure devient dès lors un contexte d'action dans lequel se nouent et se gèrent des rapports de coopération, d'échanges et de conflits entre des acteurs aux intérêts divergents. Cette conception de l'organisation implique quatre conséquences notables:

- *“L'organisation ne peut être appréhendée comme une structure indépendante des relations qui s'y nouent ; elle en est le produit, pas seulement le cadre; l'organisation est un construit.*
- *L'influence de l'environnement sur l'organisation est médiatisée par l'intervention des acteurs sociaux ; l'organisation ne subit pas son environnement, elle peut le modifier.*

⁴⁶ Dosse F., « L'empire du Sens », La Découverte, 1995, p. 168

⁴⁷ Boltansky L., Thévenot L., « De la Justification. Les économies de la Grandeur », PUF, 1993.

⁴⁸ Eraly A., « La structuration des organisations », Editions de l'Université de Bruxelles, 1988.

⁴⁹ Chazel F., Favereau O. and Friedberg E., « Symposium sur le Pouvoir et la Règle » in *Sociologie du travail*, n°1, 1994, pp. 85-111.

- *L'action des individus peut toujours être saisie comme l'expression de leur stratégie; (...); la stratégie n'a pas besoin d'être consciente pour exister.*
- *Enfin, les individus ne maîtrisent jamais complètement leurs objectifs; ils les découvrent à travers leurs expériences (rationalité procédurale). »⁵¹.*

Nous parlons ici d'acteurs et donc d'action que nous qualifions de stratégique c'est-à-dire d'orientée ou de motivée sans préciser davantage la nature de l'intérêt poursuivi. Il s'agit pour l'analyste de « *suivre les acteurs au plus près de leur travail interprétatif* »⁵². L'action stratégique est donc une action qui s'inscrit dans une séquence temporelle finalisée. La prise en compte d'un acteur stratégique dans la réflexion implique de centrer l'analyse sur les relations ou le système (plutôt que sur les personnes) et à se servir de l'hypothèse de rationalité procédurale⁵³ pour découvrir les caractéristiques relationnelles d'une organisation. La vision de l'acteur proposée dans l'analyse stratégique est donc celle d'un individu mobilisant des moyens afin de réaliser ses objectifs. Cette perspective implique directement l'analyse de ces moyens.

A la vision d'un acteur stratège s'associe la notion de pouvoir. Le pouvoir est défini comme la capacité d'une personne d'obtenir un comportement d'une autre personne que cette dernière n'aurait pas eu si la première personne ne l'avait pas influencé⁵⁴. C'est là la dimension proprement politique de cette théorie. Le pouvoir est ici entendu comme une capacité d'action ce qui implique qu'aucun acteur d'un système organisationnel ne peut s'en désintéresser. Il est un médium d'échange incontournable⁵⁵. Cette définition met l'accent sur la nature relationnelle du pouvoir. Il ne peut être possédé ni stocké mais est exercé au sein d'une relation. Ensuite, cette définition souligne le lien irréductible entre pouvoir et interdépendance, c'est à dire entre pouvoir et coopération.

⁵⁰ Voir Crozier, M., et Friedberg, E., « L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective ». Seuil, Paris 1977 et Friedberg, E., « Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée ». Seuil, Coll. Point, Paris, 1993.

⁵¹ Batsch, L., "L'entreprise sous influence institutionnelle", *Gérer et Comprendre*, n° 36, septembre 1994, pp 83-94.

⁵² Callon M., Latour B., "La science telle qu'elle se fait", La Découverte, 1991.

⁵³ Simon H.,

⁵⁴ R.A. Dahl, "The Concept of Power", *Behavioural Science*, vol. 2, 1957, p. 202-203

⁵⁵ voir à ces propos Crozier, M. et Friedberg, E., « L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective », Seuil, Paris 1977 et Friedberg, E., « Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée », Seuil, Coll. Point, Paris, 1993.

Dès lors, une question centrale tient à l'analyse du comment, concrètement, des acteurs individuels et collectifs, au sein d'une organisation particulière c'est-à-dire d'un espace de concurrence donné, arrivent à construire leurs échanges et à rendre possible la "*coopération conflictuelle*"⁵⁶ Ainsi, si l'aspect structurel souligne l'importance de la coordination entre les unités différenciées, l'aspect relationnel soutient que pour obtenir celle-ci, il faut parvenir à des relations d'échange basées sur une coopération des acteurs en présence.

Cette deuxième dimension de notre cadre conceptuel est fondée sur une distinction entre « *structure formelle* » et « *structure informelle* ». La structure formelle correspond au premier niveau d'analyse défini plus haut. Il s'agit de la représentation des fonctions, des compétences, de la hiérarchie telle que l'on peut la trouver notamment dans l'organigramme. En penchant le regard du côté des acteurs et des relations qu'ils entretiennent, l'analyse politique permet de mettre en exergue l'existence d'un autre type de structure, plus informelle, le « *système d'action concret* ».

Cette analyse part de l'idée que les acteurs lient des relations entre eux car ils sont en situation d'interdépendance stratégique. Poursuivant des objectifs propres, les acteurs ont besoin des autres afin d'avancer. Ils négocient dans leurs relations afin d'obtenir la coopération des autres lorsqu'elle est nécessaire à la réalisation de leurs objectifs propres. Ainsi, se créent des alliances, des coalitions qui rassemblent autour d'un même projet des acteurs aux intérêts différents. Il importe tout autant de mettre en exergue les principes et systèmes de valeurs partagées qui sont à la base de tout accord de coopération entre ces acteurs.

Le système d'action concret reflète ainsi les jeux de pouvoir en présence ; le phénomène du pouvoir débordant constamment les rapports d'autorité. C'est là tout l'intérêt de l'analyse stratégique qui dépasse la présentation prescrite des acteurs et de leur autorité officielle pour mieux étudier concrètement comment, par la négociation et le conflit, se met en place une coopération entre acteurs poursuivant des objectifs différents. Selon Crozier, la manière dont les différents enjeux des acteurs vont se rencontrer va prendre la forme d'un « jeu ». Il s'agit d'un « *mécanisme concret grâce auquel les hommes structurent leurs relations de pouvoir et les régularisent tout en leur laissant – en se laissant - leur liberté.* »⁵⁷ Le jeu, instrument de l'action organisée, va rassembler les différents acteurs en présence dans une même

⁵⁶E. Friedberg, 1992, *op. cit.*, p. 554.

⁵⁷ Crozier, M., *op. cit.*

compétition. C'est le contexte organisationnel qui va principalement définir les règles du jeu. Celles-ci peuvent être à la fois une contrainte et une opportunité pour l'acteur. D'un côté, elles s'imposent aux acteurs ; ils doivent respecter ces contraintes. D'un autre côté, elles constituent une ressource potentielle de pouvoir. Ces règles du jeu vont en réalité définir les « *problèmes pertinents* » autour desquels les différents acteurs vont devoir coopérer. C'est à ce niveau de la réflexion que prend son sens la notion de système. En effet, la structuration des échanges va s'opérer du fait des contraintes et des finalités qui s'imposent aux acteurs. C'est ce système qui définit les zones d'incertitude et donc les ressources de pouvoir pertinentes que les acteurs vont pouvoir mobiliser stratégiquement dans leurs jeux.

I. 3.2 - Application au monde hospitalier

L'application de l'analyse stratégique au monde hospitalier a fait l'objet de nombreux travaux⁵⁸. Leur intérêt central est de dépasser l'aspect structurel de l'analyse de l'hôpital pour s'intéresser aux acteurs en présence et aux relations qu'ils mettent en place. Ainsi selon Gonnet, l'analyse stratégique répond à un vide laissé par la seule analyse des structures. « *Deux unités de soins ayant les mêmes critères objectifs : pathologie, nombre de lits, effectifs, organisation du travail... peuvent présenter un fonctionnement extrêmement différent. Il y aura donc chaque fois à comprendre les modes de fonctionnement adoptés par chaque ensemble humain pour répondre aux contraintes qui lui sont imposées, aux missions qu'il se donne, aux problèmes qu'il a à résoudre* »⁵⁹. Face aux mêmes contraintes, des systèmes d'actions concrets différents peuvent se mettre en place. L'explication tiendra aux enjeux des acteurs et aux mécanismes de régulation qu'ils établissent. Ainsi, l'analyse des acteurs de l'hôpital doit s'inscrire dans un cadre systémique. « *Chaque unité hospitalière constitue un système humain où les problèmes rencontrés ne peuvent se comprendre que par référence à ce système* »⁶⁰. Ces phénomènes demeurent contextuels. Les systèmes d'actions concrets rencontrés varient d'un hôpital à l'autre.

⁵⁸ Voir notamment Binst M., Schweyer, F-X., 1995, « *La santé otage de son système* », InterEditions, Paris, 1995

⁵⁹ Gonnet, F., « *Opération miroir, une méthodologie d'analyse et de mise en œuvre du changement à l'hôpital* », document réalisé à l'initiative de la Direction des Hôpitaux, mars 1988, cité par in Abdelmalek, A. et Gérard, J.-L., « *Sciences humaines et soins* », InterEditions, Paris, 1995, page 357

⁶⁰ Gonnet, F., « *Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics* », in Colloque de Cérisy, p. 338

Les travaux de Kutty⁶¹ ont montré les rapports de pouvoir sous-jacents à une équipe médicale départementalisée par projet dans le domaine de la dialyse rénale. Les travaux de Vassy⁶² empruntant également cette perspective d'analyse stratégique ont montré les différences nationales dans les rapports entre médecins et infirmières dans quatre services de neurologie en Europe. Les travaux de Binst et Schweyer⁶³ quant à eux montrent au travers de sept études de cas les blocages relationnels, les rapports de pouvoir qui paralysent le système de soins français.

La question du changement à l'hôpital prend, avec l'analyse stratégique, une importance considérable. Le changement ne consiste pas simplement en une modification de la structure de l'hôpital ou dans la mise en place de structures inter-hospitalière. La structure, le prescrit, le réglementaire doit être vu dans la perspective stratégique comme contrainte et opportunité pour le jeu des acteurs. Ainsi, c'est tout cet aspect de contraintes et de ressources qui se trouve modifié par une dynamique de changement. L'ordre négocié – le système d'action concret – est remis en question et les acteurs vont renégocier un nouvel équilibre se saisissant stratégiquement du nouvel espace de contraintes et d'opportunités. Ainsi comme le disent Binst et Schweyer, « *le fonctionnement d'un hôpital (...) s'explique par un ensemble de relations de travail qui forme un « système d'action » en équilibre. Changer, les règles du jeu, promouvoir la mobilité ou le redéploiement d'une partie du personnel, c'est mettre en cause cet équilibre* »⁶⁴ C'est à ce niveau de la réflexion que l'on pourra interroger les phénomènes dits de « *résistance au changement* ».

Dans une étude portant sur la mise en place des réseaux de soins, Baeuchle⁶⁵ cherche à améliorer le contexte culturel de coopération afin d'augmenter l'efficacité de la coordination entre les prestataires de soins. Il vise dès lors à dégager les éléments qui permettraient de « *rendre cohérent l'agencement des différentes ressources marchandes, organisationnelles, institutionnelles ou éthiques, malgré la diversité apparente des logiques qui les fonde* »⁶⁶. Ce type d'agencement constitue la condition préalable à toute coordination collective. Or l'auteur pointe en l'occurrence l'absence de cohérence et du principe général qui sous-tende les

⁶¹ Kutty, O., « *Innover à l'hôpital. Analyse sociologique d'une unité de dialyse rénale* », Ed. L'Harmattan, Paris.

⁶² Vassy, C., « *Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations* », in *Revue Française de Sociologie*, XL-2, 1999, 325-356

⁶³ Binst M. et Schweyer Fr.-X., *La santé otage de son système*, InterEditions, 1995

⁶⁴ *Ibid.*, p. 11

⁶⁵ Baeuchle, Marc, *Les acteurs sanitaires face au défi de la coopération. L'exemple de la mise en place d'un réseau de soin. Une recherche basée sur les représentations des acteurs du champ de la santé*. Février 2000,

directives étatiques québécoises : « *Les mesures politico-sanitaires sont jugées incohérentes par l'ensemble des acteurs* »⁶⁷. Les logiques contradictoires qui traversent les directives politiques sont la source de blocages à l'adhésion des différents acteurs à une même représentation du système, de ses problèmes et des solutions à mettre en place. De là découle un intérêt fort pour l'analyse du NCH à partir des principes qui le sous-tendent ou à tout le moins qui sont perçus comme tels.

I.3.3 – Questionnement :

Le Nouveau Concept Hospitalier, un renouveau de l'ordre négocié ?

Le Nouveau Concept Hospitalier est porteur d'un nouveau modèle hospitalier. Si cette réorganisation touche de près l'aspect structurel de l'hôpital, elle s'étend inévitablement au domaine relationnel. Nous distinguons deux niveaux dans l'évolution vers un nouveau modèle hospitalier. Cette réorganisation (évolution) s'entend tant à l'extérieur via le développement de collaborations inter-hospitalières qu'à l'intérieur de l'hôpital, via le développement de collaborations interprofessionnelles.

I.3.3.1 – Au niveau inter-hospitalier

Le Nouveau Concept Hospitalier prône une restructuration du paysage hospitalier. La volonté poursuivie est de créer un continuum de soins entre les hôpitaux réalisant des soins de plus en plus spécialisés. La complémentarité et les synergies sont prônées. Cette réforme constitue du point de vue de l'analyse stratégique une modification des contraintes avec lesquelles les acteurs du monde hospitalier doivent jouer.

Les programmes de soins comportent des contraintes importantes en termes de nombre de cas – patient - nécessaires à l'obtention de l'agrément ainsi qu'en termes de type de convention formalisée entre hôpitaux. Ainsi, le NCH prône l'émergence d'*alliances inter-hospitalières*. La coopération entre hôpitaux concerne principalement des transferts de patients en fonction de leur traitement. Dans ce nouveau cadre, la collaboration inter-hospitalière devient un enjeu majeur pour les acteurs concernés. Ces acteurs sont bien évidemment les gestionnaires mais

⁶⁶ *Ibid.*, p.14

⁶⁷

également les médecins qui exercent un pouvoir important dans les instances de gestion et de direction de l'hôpital. De même, la mise en place d'accords de collaborations inter-hospitaliers impose la constitution d'un bureau infirmier qui doit permettre l'implication infirmière dans la dynamique de l'accord. Pour ces trois types d'acteurs, la question de la collaboration devient une incertitude importante qu'il s'agit de gérer en fonction des ressources de chacun. La question est de savoir comment une telle réorganisation va se négocier entre les acteurs des différents hôpitaux.

Dans cette modification des contraintes organisationnelles, des acteurs d'un même hôpital peuvent avoir des prises de positions différentes ; ceci dépendant des enjeux propres à chacun et des ressources qui lui sont accessibles. Vu sous l'angle stratégique, le NCH implique des acteurs un partage d'éléments (ressources, informations ou savoirs) qui constituent autant de ressources de pouvoir. Parallèlement, les patients constituent un enjeu clé, ressource première et vitale. Les pratiques médicales sont également liées aux compétences et donc au pouvoir du professionnel. Ainsi, les acteurs vont « calculer » leur participation à cette évolution de l'hôpital. Entre les risques et les opportunités, les acteurs vont suivre un chemin guidé par leurs enjeux. L'émergence d'une réglementation imposant la collaboration dans un certain nombre de cas ne fait pas disparaître le rapport concurrentiel qui demeure entre deux hôpitaux d'une même région.

Notre question de recherche devient dès lors la suivante :

Quels sont les enjeux perçus par les différents acteurs en présence en ce qui concerne le développement de ces relations inter-hospitalières et qui sont susceptibles de constituer autant d'incitants et de freins, d'opportunités et de menaces à la mise en œuvre du NCH ?

I.3.3.2 – Au niveau intra-hospitalier

Le Nouveau Concept Hospitalier prône également une évolution intra-hospitalière. Dans cette évolution le *travail d'équipe* est favorisé et ce à plusieurs niveaux : entre médecins de spécialités différentes, entre médecins et personnel soignant, entre médecins et paramédicaux voir même entre médecins et administratifs. Il s'agit là d'une remise en question d'un mode de fonctionnement où les différents professionnels travaillent de manière segmentée, chacun

dans sa spécialité. Le NCH prône une prise en charge collective du patient. Sous l'angle de l'analyse stratégique, nous pouvons faire l'hypothèse que le fonctionnement segmenté qui est remis en question, reflète une forme de structuration, de « routinisation » d'un ordre négocié entre les parties en présence.

Notre questionnement de recherche, à ce second niveau d'analyse, tient au fait que ces éléments vont être saisis de manière stratégique par les acteurs. Ces derniers vont opérer un « calcul » mettant en balance ce qu'ils pensent qu'ils pourraient retirer d'une telle évolution et ce qu'ils pensent qu'ils pourraient y perdre. Le développement du travail d'équipe peut impliquer une remise en question du jeu des relations de pouvoir. Ces éléments touchant directement à des ressources de pouvoir pouvant être mobilisées dans les négociations, l'évolution pose directement la question de la « *résistance au changement* » dans le chef des différents acteurs impliqués.

Le NCH invite à une modification des rapports des médecins entre eux ainsi que des médecins et des autres professionnels de la santé. La question porte alors sur l'identification des enjeux perçus par ces différents groupes d'acteurs en fonction de la façon dont ils conçoivent et se représentent le NCH en vue de cerner ce qui, dans ces éléments, pourrait constituer autant d'atouts ou de freins à la mise en œuvre du NCH d'un point de vue intra-hospitalier.

L'émergence vers un Nouveau Concept Hospitalier invite à une évolution de la représentation de l'hôpital et du patient par les acteurs en présence. Ce NCH rencontre au sein de l'organisation hospitalière une mosaïque représentations/conceptions portées par les acteurs. L'analyse des controverses et tensions entre celles-ci doit permettre d'isoler des sources de blocages à une évolution vers la collaboration des acteurs. Cette analyse prend en compte la perception du NCH par les acteurs. Elle doit permettre d'isoler la perception des logiques sous-jacentes au NCH et de leurs tensions éventuelles.

II. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

II. 1. Méthodologie générale

II. 1.1. Généralités

Une particularité de ce projet, du moins sur le plan méthodologique, repose sur le fait que nous avons opté pour une approche mettant en œuvre différentes méthodologies, qui doivent être comprises comme complémentaires et adaptées aux points de vue envisagés par les deux équipes de recherches. Un premier point de vue, plutôt positiviste dirions nous, porte sur le niveau macro du NCH. Par point de vue positiviste nous-sous entendons que l'organisation est considérée en soi et existe comme telle. Par niveau macro nous entendons le cadre collectif de l'organisation sans prendre en compte le cadre individuel des acteurs ; ce point de vue est celui pris par les équipes de Gent (Rug) et de Leuven (Az)⁶⁸. Un second point de vue, constructiviste celui-là porte quant à lui sur le niveau micro du NCH. Par point de vue constructiviste nous entendons que l'organisation et ses acteurs élaborent une réalité qui n'est qu'un produit socialement construit ; par niveau micro nous entendons l'organisation et ses acteurs au cœur de la construction sociale. Ce point de vue est celui des équipes de Namur (FUNDP) et (St Luc)⁶⁹.

Une seconde particularité est que tant des méthodes quantitatives que qualitatives ont été utilisées.

D'une manière générale, et ceci a des fins de triangulation (validité interne), plusieurs types de matériel empirique ont été collectés : du matériel quantitatif collecté par des listes de questions que l'on appelle⁷⁰ « *Business Process Oriëntation* », du matériel

⁶⁸ L'équipe de Gent est composée de (Pr. Dr.) Gemmel Paul, (Lic) Parmentier Ann et (Lic) Michiels Dominiek

⁶⁹ L'équipe de Namur est composée de (Pr. Dr.) Jacques, Jean-Marie, (Dr) Rousseau Anne et (Lic) Tirtiaux Johan

⁷⁰ McCormack K. (1999) définit '*Business Process Orientation*' (BPO) comme suit: "An organization that, in all its thinking, emphasizes process as opposed to hierarchies with special emphasis on outcomes and customer satisfaction" (McCormack K.,2001, p37).

qualitatif discursif collecté par entretiens semis directifs en profondeur⁷¹, du matériel qualitatif discursif collecté par une méthode de *focusgroups*⁷², du matériel comportemental et de contexte collecté par observation non participante⁷³, des récits de vie⁷⁴ et enfin des rapports et documents. Il faut noter également que la collecte qualitative du matériel empirique a été réalisée à base du principe de saturation⁷⁵, la collecte du matériel quantitatif sur base de représentation statistique.

En ce qui concerne le niveau macro, nous avons utilisé des réunions de groupe (*focusgroup*), des listes de questions « *Business Process Oriëntation* » et des documents.

En ce qui concerne le niveau micro nous nous sommes servi des techniques suivantes pour collecter les données : des interviews semi-directives en profondeur, des observations, des documents et des récits de vie. Ces données sont soit des faits (documents), soit des perceptions.

Le temps représente dans notre perspective une composante importante, il permet en effet de parcourir les différents cas étudiés, de les dérouler en quelque sorte et de les situer par rapport au moment d'apparition du NCH ou de ses prodromes.

II.1.2. L'étude de cas / récit de vie

Nous avons utilisé pour cette recherche la méthodologie générale par étude de cas (Yin 1987), (Gummerson, 1991). L'étude de cas est en effet très adéquate pour des recherches s'interrogeant sur le «comment», qui n'impliquent pas de contrôle sur les comportements et qui mettent l'accent sur des faits actuels. Les principaux éléments de cette définition se retrouvent dans le champ de recherche qui nous préoccupe. Ce dernier a trait, rappelons-le à l'introduction du NCH, il s'agit donc bien d'un

⁷¹ L'entretien est approprié pour aborder des phénomènes dont le discours est le porteur. L'entretien semi directif en profondeur en particulier.

⁷² Le *focusgroup* est une méthode de collecte de matériel discursif collectif.

⁷³ L'observation non participante est une méthode d'observation dans laquelle l'observateur ne s'implique pas dans les activités observées par opposition à l'observation participante.

⁷⁴ « Expression générique où **une personne raconte sa vie ou un fragment de sa vie** à un ou plusieurs interlocuteurs »⁷⁴ Selon Bertaux, il y a du récit de vie dès lors que l'individu utilise une **forme narrative** pour exprimer le contenu d'une partie de son expérience passée. Il s'agit d'« *une improvisation sans notes (sans recours aux archives écrites), se fondant sur la remémoration des principaux événements tels qu'ils ont été vécus, mémorisés et totalisés, et s'efforçant d'en discerner les enchaînements.* » « En mettant en rapport *plusieurs témoignages* sur l'expérience vécue d'une même situation sociale par exemple, on pourra dépasser leurs singularités pour atteindre, par *construction progressive*, une représentation sociologique des composantes sociales (collectives) de la situation.

⁷⁵ Les nouveaux entretiens n'apportent plus de nouveauté par rapport au modèle dégagé.

phénomène. Par ailleurs, ce phénomène est social et il est ancré dans un contexte avec lequel il entre en relation et en est inséparable.

Le croisement des cas doit permettre de considérer les aspects transversaux.

II.2. Méthodologie spéciale

II.2.1 Macro-analyse

II.2.1.1. Matériel empirique et analyse collective

Les hôpitaux flamands ont été choisis sur base du pouvoir organisateur (OCMW/privé), de la structure actuelle (la division ou le passage fonctionnel à la division), de la taille de l'hôpital et du degré de participation de ces derniers. La taille des hôpitaux varie de 441 jusqu'à 1927 lits et de 500 à 7200 FTE's.

Les questions de recherche sont de nature qualitatives et il est donc difficile de les tester quantitativement. Cette façon de travailler a été choisie dans le but de faciliter cette étude. Pour chaque étude de cas, nous avons mené une enquête avec le directeur général et nous avons analysé un grand nombre de documents, organigrammes ainsi que d'autres dossiers pour déterminer des données objectives au sujet de la structure organisationnelle.

Ensuite, nous avons réalisé trois réunions de groupe (focus group) par hôpital. Une réunion de groupe reprenait les personnes dirigeantes des hôpitaux. Les deux autres groupes de travail ont réunis les acteurs impliqués dans la prestation de services traitant de deux groupes principaux de pathologies pris en considération dans cette recherche. Les *focusgroups* ont été enregistrés avec l'accord des personnes concernées et ensuite retranscrites.

Pour obtenir une image aussi nuancée et aussi large que possible de l'organisation et des obstacles rencontrés, nous avons approché, en Région flamande, les deux programmes

de soins que sont l'ischémie cardiaque et la gériatrie . Ces programmes de soins ont été choisis pour les raisons suivantes :

- ⇒ Ischémie cardiaque: Ce programme se situe plus dans l'attribution de soin en phase aiguë et le décret de ce programme a été analysé de manière aussi complète que possible.
- ⇒ La revalidation gériatrique : Ce programme se situe plutôt au niveau des soins chroniques et nécessite donc une autre approche. En outre, cela représente un programme multidisciplinaire nécessitant donc la coopération hors de l'établissement.

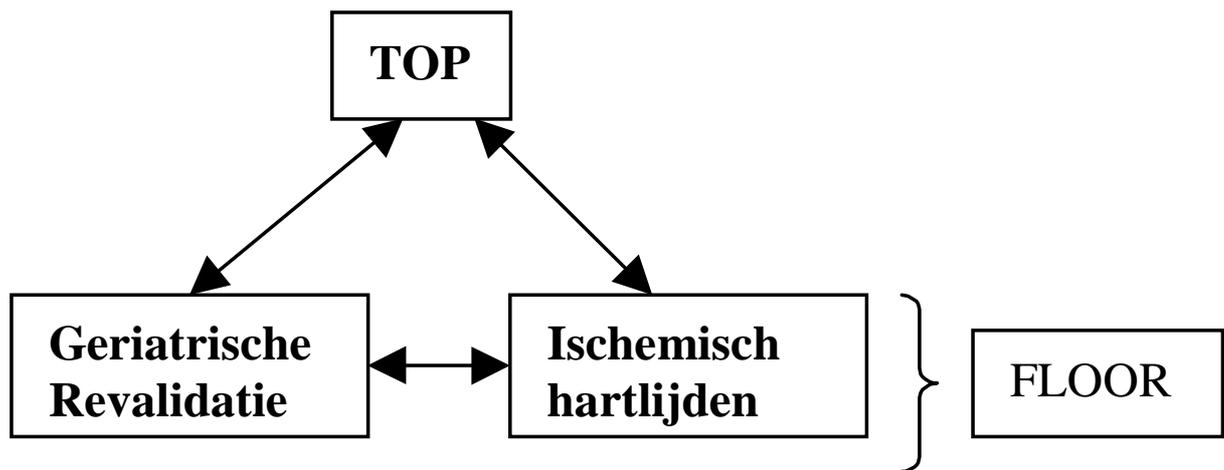
En travaillant de cette façon, nous pensons pouvoir mieux cerner les obstacles d'une organisation complexe, sans donner une image unilatérale d'un certain groupe de pathologie.

Ainsi, les participants de chaque *focusgroup* ont été réunis de telle façon à obtenir différentes visions professionnelles des acteurs impliqués. Par conséquent, les réunions de groupe comprenaient le plus fréquemment la présence des personnes de la direction (*topfocusgroup*) étant les suivantes : un directeur général, un directeur financier, un médecin en chef, un contrôleur de qualité, un directeur infirmier et autres : par exemple un responsable communication.

Aux réunions de groupe de la base (*floorfocusgroup* - comprenant le personnel s'occupant des deux pathologies choisies) étaient présentes les personnes suivantes : des médecins, des infirmiers en chefs, des infirmiers de base, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et éventuellement encore d'autres personnes (coordinateur de soin, planificateur d'admission, médecin de contact (contacts avec les généralistes), quelqu'un de la polyclinique (suivant les consultations).

Ce n'était pas évident de réunir toutes ces personnes. Donc, en l'absence des personnes importantes, les focusgroups furent complétés par une interview complémentaire.

En tenant compte aussi bien des informations des gens haut placés que celle du personnel travaillant à des échelons plus bas (ces deux groupes faisant partie de deux programmes de soins différents), nous en avons retiré la comparaison suivante :



Ces réunions de groupe ont eu pour but de cerner la manière actuelle de travailler ainsi que de les obstacles/problèmes de coordination de l'organisation. Un questionnaire semi-directif a été utilisé comme fil conducteur lors des réunions de groupe et chacune de celles-ci a été achevée par une forme de d'analyse Swot⁷⁶. A l'aide de ces analyses Swot, un exercice de « brainstorming » comprenant un arbre a été testé en fonction des forces et les faiblesses de l'organisation et des opportunités et des menaces relatives au gouvernement.

Pour pouvoir formuler des éléments de réponse à nos questions de recherche, nous avons utilisé un questionnaire « *Business Process Oriëntation* ». Il est en effet important de noter que bien que la plupart des hôpitaux aient amorcé un processus de changement, ceci n'implique pas nécessairement qu'ils soient également organisés d'une manière « *orienté vers le processus* ».

La liste de questions BPO permet d'analyser l'orientation « *process* » de l'organisation et de comparer « *d'une manière marketing* » les quatre hôpitaux investigués en Flandre. Ceci est un instrument de mesure développé par McCormack K (1999).

Avec l'aide de cet instrument de mesure, une réponse peut être trouvée à plusieurs questions :

1. Qu'est-ce que le BPO ?
2. Comment puis-je savoir quand mon organisation est orientée « *process* » ?

⁷⁶ Swot-analyse = Opportunities weaknesses et Threats

3. Quel est l'impact du BPO sur mon organisation ?
4. Est-ce que le BPO peut constituer un avantage compétitif ?

McCormack K. (1999) définit le 'Business Process Orientation' (BPO) comme étant: "An organization that, in all its thinking, emphasizes process as opposed to hierarchies with special emphasis on outcomes and customer satisfaction" (McCormack K.,2001, p37).

Ces chercheurs ont également développés une série de questions validées qui mesurent le BPO de l'organisation. Cette liste a été développée par des experts dans le monde entier et a été testée sur une échelle significative de personnes dans toutes sortes d'organisations. Les experts contactés pour le développement de la liste de questions et les personnes à tester ont été sélectionnées sur base de leurs fonctions (planning, vente, etc.) et de leur évolution au sein de l'organisation (manager, senior manager, etc.).

La liste des questions validées comprend deux parties.

La première partie donne une indication de la manière dont l'organisation est orientée « process » par rapport aux dimensions suivantes : « *Process View* », « *Process jobs* » et « *management/measures* ».

Dans la deuxième partie, une déclaration est faite au sujet de l'impact de l'orientation « process » sur la performance de l'organisation en tenant compte des dimensions suivantes: « *Interfunctional conflit* », « *interdepartemental connectedness* », « *Esprit de Corps* » et « *Overall Business Performance* ».

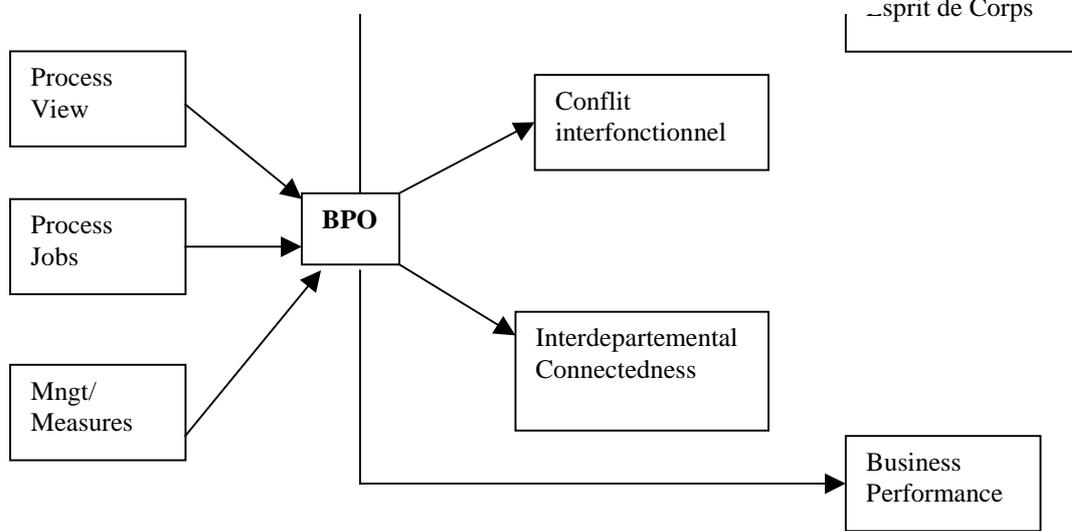
Les questions qui tendent à définir la dimension « *process jobs* » contrôlent dans quelle mesure les emplois sont orientés « process », ce par quoi on entend: « *Dans quelle mesure il y a-t-il une responsabilité horizontale ou orientée processus ? dans l'organisation?* ». Ce type de responsabilité dépasse donc les frontières fonctionnelles et encourage par définition les membres de différents fonctions à collaborer pour atteindre un but commun.

Quand l'organisation utilise les critères orientés « process » (ou horizontaux), les membres de l'organisation sont amenés à collaborer, afin d'atteindre de cette façon un but commun.

Par « *Process View* » est mesuré essentiellement la manière par laquelle la documentation et la compréhension sont orientés « process ».

Ces trois composantes déterminent ensemble l'orientation « process » de l'organisation. L'impact sur l'organisation de ces dimensions est examiné à l'aide des trois composantes suivantes :

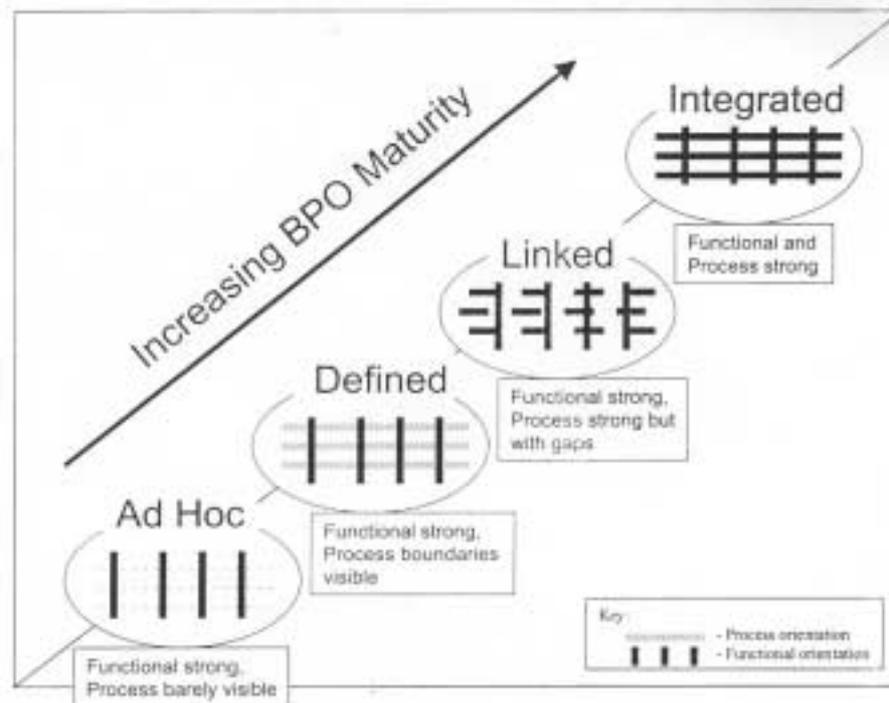
- « *Interfunctional conflict* » est défini comme une tension entre les départements causée par une incompatibilité des « *responses* » effectives ou souhaitées. Plus il y a de conflits entre les fonctions, plus négatif ce sera pour l'organisation. Par exemple des objectifs qui ne sont pas en accord les uns avec les autres et une tension entre individus exerçant différentes fonctions (infirmiers et médecins par exemple) auront un impact négatif sur la performance de l'organisation.
- « *Interdepartmental Connectedness* » : la solidarité interdépartementale est la manière selon laquelle le contact formel et informel a lieu entre les employés de différents départements. La solidarité entre les départements est mesurée par la rapidité de la communication qui existe entre les départements et la tension qui règne entre les membres des départements différents. Plus la solidarité entre les sections est importante, meilleure sera la performance de l'organisation.
- Pour mesurer la performance de l'organisation un système « *self-report rating* » (auto-évaluation) a été utilisé. La recherche a montré que les répondants peuvent positionner sur une échelle objective de performance, les performances de l'organisation d'une façon précise et honnête. Dans ce questionnaire, on pose des questions aussi bien au sujet de la performance de l'organisation elle-même que de celle qui concerne celle des concurrents.
- « *Esprit de Corps* » est entendu comme l'esprit d'enthousiasme et d'adhésion qui fédèrent les membres du groupe pour atteindre un but commun. C'est également une variable très importante pour l'organisation. L'attitude des employés permettra de prévoir généralement dans une certaine mesure la « santé globale » de l'organisation à long terme. « *Team spirit* » et le sentiment de « *being in it together* » sont une source d'énergie importante pour l'organisation.



La figure ci-dessus reflète les relations entre les différentes composantes du questionnaire.

Afin d'évaluer le niveau de BPO dans une organisation, il a été fait usage du « *BPO maturity modèle* » : « *Maturity* » est défini comme les phases par lesquelles une organisation doit passer pour être orientée « process » et pour atteindre de cette manière le but final de parfaite intégration « process ».

Pour atteindre ce but une organisation doit parcourir les phases suivantes étapes par étapes :



- « *Ad Hoc* »: dans cette phase les processus n'ont pas encore été structurés et sont faiblement déterminés. Il n'y a pas encore de critères de « process » et les jobs et les structures de l'organisation sont basés sur des fonctions traditionnelles, donc pas sur les processus horizontaux. « *“Individual heroics” et “working around the system” are what make things happen across functions and department* ». Si une organisation a un BPO dont le score se situe entre 0 et 2, elle se trouve alors dans cette phase.
- « *Defined* »: Dans cette phase les processus de base ont été déterminés, ont été documentés, et sont disponibles dans des « *flow charts* » (graphiques ; etc.). Les changements dans ces processus doivent avoir lieu par une procédure formelle. Les jobs et les structures d'organisation contiennent à présent un aspect « process », mais restent principalement encore fonctionnels. Les responsables fonctionnels (infirmiers, médecins par exemple) se rencontrent sur une base régulière pour coordonner le tout, mais uniquement en tant que responsables de leurs fonctions traditionnelles. Les organisations qui atteignent un niveau d'orientation « process » ont une score BPO de 2 à de 3.
- « *Linked* »: C'est un « *breakthrough* » niveau (niveau d'évolution). Les managers appliquent une gestion « process » de manière stratégique et avec résultat. Les jobs

orientés « process » et sont maintenant largement présents, et ceci à la place des fonctions traditionnelles. Un indicateur courant consiste en la présence du titre de « *gestionnaire de process* » dans l'organisation. La coopération entre les fonctions en intra-organisation, les clients et les fournisseurs (généralistes/médecins /soins à domicile/...) se fait en équipe, celle-ci partage des critères de « process » et des buts communs. Ces critères et buts sont atteints par l'organisation à un niveau horizontal. Un score BPO de 3 à de 4 caractérise les organisations qui ont atteint ce niveau d'orientation « process ».

- « *Integrated* »: L'organisation et les partis avec lesquels l'organisation collabore (généralistes/soins à domicile/...) collaborent à un niveau « process ». Les structures d'organisation et les jobs basés sur les processus et les fonctions traditionnelles commencent être assimilés (ou parfois subordonnés) à des processus. Les critères de « process » et les systèmes de management sont fortement intégrés dans l'organisation. Les organisations qui ont un score de 4 à de 5 sont réellement intégrées « process ». Ces organisations ont atteint le bilan optimal entre le « process » et les fonctions.

De manière résumée, on parle d'un niveau « *ad hoc* » lorsque les processus horizontaux ne sont guère visibles, cependant que les fonctions ou activités verticales sont toujours clairement marquées et déterminent la manière dont l'organisation est structurée. Dans le « *Defined level* », les fonctions sont toujours dominantes, mais les processus horizontaux sont déjà davantage visibles ; la structure « process » et les critères « process » commencent déjà à émerger. Au « *Linked level* » les processus horizontaux sont déjà clairement définis et structurés. Mais il subsiste cependant toujours des lacunes dans les processus. Dans la phase « *integrated* » enfin, les procédés horizontaux sont clairement visibles et entièrement assimilés aux fonctions. Dans cette phase, il n'y a plus aucun « manquement », la structure horizontale est claire et les critères orientés « process » contribuent à réaliser cette horizontalité. Dans cette phase on a donc atteint un équilibre optimal entre le fonctionnel et le processuel.

En combinant l'instrument de mesure BPO avec le modèle de maturité BPO, l'organisation peut être placée sur ce continuum d'une manière graphique. L'instrument de mesure peut donc aussi être utilisé pour *comparer* mutuellement les organisations au niveau de leur orientation « process ». À l'aide d'un modèle de maturité BPO détaillé,

l'organisation peut également identifier les domaines dans lesquels un effort supplémentaire doit être fourni.

Enfin, remarquons que ce questionnaire est utilisé essentiellement dans le monde industriel. Ceci explique que les termes qui y sont utilisés ne sont pas toujours évidents pour les hôpitaux. Mais pour garder une certaine validité à ces questionnaires, on ne pouvait modifier beaucoup les formulations. Cette difficulté s'est donc présentée dans tous hôpitaux que nous avons analysés. C'est pour cette raison que nous avons interrogé à ces propos les différents *focusgroups* et que nous leur avons donné la possibilité de poser des questions lors de ces réunions.

Pour plus de détails en rapport avec le développement et l'utilisation du questionnaire, nous référons au livre « *Business Process Orientation : Gaining the E-business Competitive Advantage* » (McCormack K, 2001)⁷⁷.

Sur base des études de cas, une analyse a été faite dans chaque hôpital, celle-ci à propos des similitudes et des différences sur la base desquelles les conclusions et les recommandations ont ensuite été formulées.

II.2.2 Microanalyse

II.2.2.1. Matériel empirique et collecte

En ce qui concerne les études de cas réalisées en Wallonie (trois hôpitaux et deux accords inter-hospitalier – différents types d'hôpitaux : privé, universitaire, public / association et accord de collaboration), nous avons investigué les hôpitaux en général, et la pathologie cardiaque en particulier. En effet cette pathologie fait l'objet d'un programme de soin au sens du NCH.

⁷⁷ McCormack K. & William C. Johnson, "The business Process Orientation : Gaining the E-business Competitive Advantage", CRC Press LLC, 2001

Une série d'interviews en profondeur ont été effectués (interviews d'une durée de une à deux heures trente), la grille suivante a été administrée :

- Guide d'entretien -

1. Qui ? (La personne interrogée)

- *Fonction*

Quel est votre titre dans l'organisation ?

Votre statut ?

Votre rôle/fonction ? En quoi ça consiste ?

Depuis combien de temps dans la clinique ?

- *La structure* dans laquelle il travaille ?

Supérieurs hiérarchiques

Personnes dont il est responsable ?

- *Relations*

Comment se passent ces relations ? Décrire comment ça se passe.

2. NCH : L'organisation et son fonctionnement ?

Première question générale : Les grandes évolutions dans la clinique et en cardiologie depuis que vous y travaillez ?

- *Organisation et structure*

Comment est organisé le travail ? Comment s'opère la coordination avec les autres professionnels ? Qui décide ? Quels sont les rôles de chacun ? L'aspect administratif ? Les moyens informatiques de coordination

- *La cardiologie*

Quelle évolution a connu le département de cardiologie ? Evolution de la structure de l'unité ? Evolution du fonctionnement, du travail ? Quelles conséquences dans votre travail ?

- *Programme de soins*

Qu'est-ce que c'est pour vous un programme de soin ? Où en êtes vous dans la mise en place de programmes de soins ? (Quels facteurs ont été favorables/défavorables à cette évolution ?)

- *Informatique*

Y a-t-il eu des changements au niveau de l'usage de l'informatique à l'hôpital ? Comment cela s'est-il déroulé ? avantages/inconvénients ? Comment cela se passe au quotidien ?

L'informatique par rapport aux généralistes ?

L'informatique par rapport aux autres hôpitaux ?

- Travail en équipe

Concrètement, au quotidien,
comment se passe la collaboration avec les médecins ?
comment se passe la collaboration avec les infirmières ?
comment se passe la relation avec les administratifs ?
Quelles sont les difficultés qui peuvent survenir dans ces relations ?

- La prise en charge /continuum de soin

Par rapport à la continuité des soins dans la prise en charge des patients dans l'hôpital, avez-vous un certain rôle ? Lequel ? Quelles difficultés ?

- La dynamique de réseau inter-hospitalière

Où en est l'hôpital dans la collaboration avec d'autres hôpitaux ?
Des accords de collaboration, des associations ? Avec qui ?
Raconter la genèse de cette évolution ? Pourquoi ? (Incitants, blocages ?)
Quelles sont les conséquences de ces collaborations sur le travail de tous les jours.

Ces interviews ont été réalisées à tous les niveaux de la hiérarchie, couvrant toutes les fonctions de l'hôpital depuis l'administration en passant par la direction jusqu'à bien entendu les prestataires de soins (médecins, infirmières). L'ensemble des interviews représente un total de 32 entretiens. Les personnes suivantes furent rencontrées dans chacun des trois cas

- Le Directeur Général
- Le Directeur Médical
- La Direction Nursing
- Le responsable service du personnel
- Le responsable financier
- Le chef de service de cardiologie
- Le chef du département de la cardiologie interventionnelle (dans un seul cas)
- De un à trois cardiologues (varie selon les cas)
- L'infirmière en chef de cardiologie
- Une à deux infirmières de cardiologie
- Le chef de service de chirurgie cardiaque
- De un à deux chirurgiens cardiaques
- L'infirmière en chef de chirurgie cardiaque
- Une à trois infirmières de chirurgie cardiaque (perfusionniste, infirmières techniciennes...)

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes, ensuite retranscrits.

Pour chaque cas une série d'observations non participante a été effectuée sur le terrain. (sept jours d'observation au total pour les trois institutions choisies). Ces observations ont porté principalement sur les activités relatives à la prise en charge de la pathologie cardiaque (observations d'ensemble, réunions de coordinations, actes médicaux, réunions de passage d' équipes,).

Par ailleurs pour l'ensemble des cas de nombreux documents et rapports ont été dépouillés (brochures officielles, guides, rapport d'activité, rapport d'audit...).

Les récits de vie ont pour but quant à eux d'approcher le point de vue du patient, sa perception du continuum de soin. Il a été réalisé trois récits exploratoire ainsi que quatre récits subséquent. Il est à noter que seulement deux récits ont pu être réalisés à partir de patients qui avaient été soignés dans un des trois hôpitaux étudiés.

L'objectif est, en mettant en rapport plusieurs témoignages sur l'expérience vécue d'une même situation sociale, de dépasser leurs singularités pour atteindre, par construction progressive, une représentation sociologique des composantes sociales (collectives) de la situation.

Dans le cadre du Nouveau Concept Hospitalier, grâce aux récits de vie nous pourrions ainsi pénétrer l'espace de représentation des patients dans leur prise en charge. Il est probable cependant que les entretiens surviennent après l'hospitalisation. Cela ne signifie pas qu'ils ne nous apprendront rien sur leur expérience. Ainsi, selon Bertaux il serait faux de croire qu'un récit de vie se ramène à de simples reconstructions *a posteriori* qui n'auraient plus rien à voir avec l'histoire réellement vécue. S'il est vrai que de nombreuses médiations apparaissent entre le moment du vécu et le moment de la narration, ils n'en racontent pas moins leur propre parcours, et non un parcours totalement imaginé. “ *L'intervention des médiations signalées ne touche guère la structure diachronique des situations et événements qui ont jalonné ce parcours.* ”

II.2.2.2. Analyse du matériel empirique

Pour les cinq études de cas wallons, l'analyse du matériel empirique a été réalisée en ce qui concerne la structure sur base de grilles d'analyse de contenu, les documents fournissant des éléments objectifs, officiels, et en ce qui concerne le niveau relationnel en utilisant des grilles de codage ancrées dans la dimension relation / culture.

L'analyse se continue par cartographie cognitive au sens large. En débusquant les métaphores, le contre-texte et les systèmes d'oppositions–associations, on mène l'analyse à un niveau d'abstraction suffisant pour pouvoir envisager une généralisation des concepts mis en évidence.

La construction de cartes permet de repérer ce que nous avons appelé les territoires de l'esprit (Wallemacq and Jacques, 2002). Le sens réside alors dans le processus interprétatif d'individus situés dans un contexte social. Les savoirs (connaissances) produits ainsi ne peuvent pas être considérés comme vrais ou faux, mais comme prenant sens pour les utilisateurs dans le contexte de leur utilisation et ce, quelle que soit la nature de la réalité.

Le type de cartographie cognitive, utilisée ici, est ancrée dans l'analyse structurale (Greimas, 1966). Elle permet d'étudier le discours comme composé d'associations/oppositions /disjonctions (en quelque sorte qu'est-ce qui, dans le discours, va avec quoi ?). L'analyse structurale est une technique d'analyse de textes (contenus, interviews, observations...). Elle part de l'idée qu'un mot ou élément ne doit pas être compris en soi, mais dans un système d'oppositions /associations dans lequel il est intégré, au sein d'un discours ou contexte particulier. Ce type d'analyse est donc particulièrement bien adapté pour mettre à jour les évocations qui gravitent autour des mots et qui structurent, souvent à l'insu même des locuteurs, des manières d'agir et de penser (Wallemacq et Jacques 2000, 2002).

L'approche s'inscrit dans la théorie des schémas et, plus largement, dans les sciences cognitives. Nous l'utilisons afin d'analyser les comportements d'un ou plusieurs acteurs en situation d'actions, de décisions... Nous considérons, au travers de cette approche, que toute action ou décision peut être «décomposée» du mouvement au geste signifiant,

de la décision prise de manière optimale à la décision satisfaisante, cognitive et émotionnelle, et cela en deux niveaux distincts mais superposables et interdépendants.

II.2.2.3. Position épistémologique

Le phénomène qui nous occupe est un phénomène social ancré dans un contexte avec lequel il entre en relation et en est inséparable. Mentionnons que le choix épistémologique qui sous-tend notre approche est, de facto, contextualiste et, par choix inscrits dans le constructivisme, et que ces deux choix mènent à ne pas distinguer phénomène et contexte, ni observateur et phénomène. Les méthodes des interviews en profondeur et des récits de vie s'inscrivent dans le paradigme interactionniste symbolique selon lequel le monde est socialement construit. C'est-à-dire que les représentations des individus sont produites à travers le processus des interactions sociales. Dans ce cadre, cette méthode permet de saisir les significations que les individus donnent à leurs expériences. De manière générale, la méthode permet d'étudier un milieu social donné ou un processus social au travers des représentations des acteurs.

III. ETUDES DE CAS

III.1 - Introduction générale

Comme indiqué dans la section relative à la méthodologie, des études de cas ont été réalisées dans le but d'évaluer l'implémentation du NCH et ce à deux niveaux, le niveau *micro* et le niveau *macro* tels que précédemment définis.

III.1.2 - Choix des cas

Le choix des cas n'a pas été guidé par un souci de représentativité. Nous souhaitons par contre couvrir de manière assez large l'éventail des types (formes et configurations) d'institutions hospitalières en Belgique. C'est ainsi que nous avons décidé de nous arrêter à deux institutions universitaires, deux institutions privées, deux institutions publiques.

Les cas se répartissent comme suite : quatre institutions ont été investiguées en Flandre et trois hôpitaux en Wallonie ces derniers comprenant deux accords inter hospitalier.

III.1.3 - Objet des cas

Dans chaque cas, dans le but de mesurer la représentation collective et individuelle des acteurs ou groupes d'acteurs, une collecte de données de matériel discursif a été réalisée (voir point méthodologie).

Dans les quatre premier cas, c'est plus spécifiquement l'aspect macro qui a été étudié c'est-à-dire la représentation collective du NCH et des ses implications (aspect groupe) ; dans les trois autres cas, l'accent est davantage mis sur les représentations individuelles des acteurs (par individuelle nous entendons l'individu dans sa fonction), ce qui couvre les aspects *micro*.

Afin de couvrir au mieux la grande variété des situations, de « coller » le plus au terrain du NCH et de se mettre en situation de pouvoir collecter des données sur un mode approfondi, il a été décidé de se limiter à certains programmes de soins : celui relatif à la prise en charge de la pathologie cardiaque d'une part, de la gériatrie-revalidation d'autre part. Ces pathologies ont été choisies car il existe d'ores déjà un programme de soin les concernant ; deux cas d'

accord entre institutions ont également été abordé en détail du point de vue du programme de soins en cardiologie.

III.1.4 - Contenu des cas

Tant les aspects structurels que relationnels et culturels ont été abordés.

Les aspects structurels ont été identifiés dans tous les cas mais de manière plus approfondie au niveau macro (ischémie cardiaque et gériatrie) ; les aspects relationnels et culturels ont été approfondis au niveau micro (prise en charge de la pathologie cardiaque).

Cette troisième partie du présent rapport fait d'abord état des études de cas de façon résumée pour permettre au lecteur de cerner les éléments pertinents au vu des questions de recherche précédemment établies. Nous renvoyons le lecteur intéressé à prendre connaissance des études de cas détaillées qui viennent à la suite.

Dans le but d'introduire les cas, la présentation résumée se limitera strictement au volet structurel. Cette modalité d'analyse ayant été privilégiée dans le niveau macro, l'essentiel des éléments dégagés seront présents pour ces études de cas. A l'inverse, les études de cas réalisées au niveau micro ne livrent dans cette présentation résumée qu'un des deux niveaux d'analyse utilisés à savoir le niveau structurel.

L'ensemble des cas doit permettre au lecteur de cerner la dynamique de changement des modes d'organisation présente ou non au sein des organisations hospitalières étudiées.

L'analyse relationnelle et culturelle (basée sur les représentations des acteurs) n'apparaîtra pour le niveau micro que dans le chapitre consacré à l'analyse transversale. Les enseignements de l'analyse relationnelle seront ainsi tirés dans un cadre anonyme vis-à-vis des cas étudiés au niveau micro.

III.2 . Résumé des études de cas

III.2.1 - Niveau macro

III.2.1.1 - L'hôpital Général : “ Maria Middelaes ”

L'hôpital général Maria Middelaes est un hôpital sous forme d'A.S.B.L., il comporte 45 lits. L'hôpital résulte d'une fusion et est composé actuellement de quatre localisations . Ce n'est que depuis avril 2002 que l'hôpital a été fusionné entièrement. La prestation de services sur les différentes localisations a été modifiée fortement par ces changements.

La structure de cet hôpital est essentiellement fonctionnelle ou spécialisée et centralisée. Ainsi l'hôpital comprend les départements suivants : médical , infirmier , achats , technique, financier et administratif, GRH et communication, et enfin un département de l'information. Cet hôpital a donc essentiellement une structure verticale. En outre, le pouvoir de décision se trouve localisé au sommet. Les collaborateurs situés à des niveaux inférieurs ont par conséquent peu d'autonomie.

Du fait de la fusion récente, un processus de changement fort (évolution d'une structure verticale vers une structure horizontale) ne représente pas une priorité pour cet hôpital. Actuellement l'hôpital doit encore se préoccuper avant tout de l'intégration complète des quatre entités fusionnées. L'organisation essaie de trouver la solution la plus adéquate pour répondre aux problèmes de personnel (suite à la fusion).

Grâce à une concertation centrale servant de mécanisme de coordination on a pu, dans cet hôpital, entamer la mise en place des lignes horizontales au dessus de la structure verticale. La concertation centrale de soin est un organe qui est né de lui-même. Il est défini sur une base permanente et rassemble les personnes suivantes: le directeur général, médical et infirmier ainsi que les cadres moyens de nursing. En fonction de l'ordre du jour, y participe également, le coordinateur qualité et le directeur de la politique de l'information.

D'autres mécanismes de coordination – tel que les chemins cliniques ou un dossier électronique central – ne sont actuellement utilisés que partiellement ou pas encore, ils font cependant partie des objectifs à court terme.

Actuellement, il n'y a pas encore d'organe formel qui s'occupe entièrement du processus de soin/trajet du patient. Un cardiologue nous a présenté comme organe de concertation possible, une réunion commune (représentation du volet médical et infirmier) pour le programme de soins traitant de l'ischémie cardiaque.

La coopération extra-hospitalière avec les maisons de repos, les unités de soins palliatif, etc. a été limitée à un contrat formel. Il est relativement important au niveau de son contenu mais pas encore totalement élaboré. L'hôpital se réunit de manière bimestrielle avec la fédération des médecins généralistes.

III.2.1.2 - l'hôpital "virga Jesse"

L'hôpital Virga Jesse est un hôpital public général qui compte 567 lits. Voici le slogan que l'on peut voir un peu partout dans cet hôpital : « *Des soins aimables et professionnels pour le respect de tous* ». En pratique, cette mission de qualité est réalisée par plusieurs projets de qualité d'ampleur diverses qui sont soutenus par des efforts d'amélioration à propos patients principalement.

Cet hôpital est en plein processus de changement, celui-ci est accompagné de façon réfléchie et est mis en œuvre par des consultants externes et une vingtaine de représentants de la direction et des médecins. Le but principal du processus de changement en cours est d'intégrer au mieux le traitement et les processus de soins avec la nouvelle structure organisationnelle orientée « besoins des patients ». De plus la nouvelle structure devrait mener à un processus décisionnel plus décentralisé. Enfin, on vise aussi une amélioration de la coopération entre les médecins et les infirmiers au sein de cette nouvelle structure.

Il est important de remarquer que lors de ce processus de changement, l'attention est portée explicitement sur de meilleurs processus de soins et que l'objectif principal est de positionner le patient au centre des préoccupations. On veut donc véritablement évoluer vers organisation processuelle.

Concrètement, la nouvelle structure consistera en douze groupes de soins différents. Au sein de chaque groupe de soins, un certain nombre de disciplines est réuni sous la forme d'une unité organisationnelle ; celle-ci est sous la direction d'un tandem : un directeur de soin et un directeur médical. Deux groupes de soins (le groupe de soins des maladies internes et le

groupe de soin mère-enfant) ont été complètement mis en place en 2001. On souhaiterait que d'autres groupes suivent rapidement la voie de ces premiers projets dans de brefs délais.

Un certain nombre de facteurs de succès nécessaires à ce processus de changement sont présents, notamment le fait que différents acteurs participent dans la mesure du possible à ce processus de changement, et par conséquent, une certaine implication des acteurs voit le jour. En outre, il n'est pas question de travailler de manière trop précipitée. Le changement de chaque groupe de soin se déroule par phases, ainsi, la continuité et la participation de tous les intéressés sont garanties.

Un des objectifs du changement est d'arriver à des groupes de soins qui seraient responsables de leurs résultats. Au sein du comité de direction, des politiques et des cadres ont été convenus. Au sein du groupe de soin, le groupe de gestion de soins reste dans une large mesure autonome dans la prise de décisions relatifs aux problèmes opérationnels et tactiques. Les instruments de bord utilisés par le groupe de projet prennent la forme et le contenu des contrats de gestion qui sont conclus entre le comité de direction et le groupe de gestion de soins.

Dans l'optique d'une coordination des activités nécessaire au processus de changement, une attention toute particulière est également portée au développement de diverses structures de concertation (p.e. concertation des actionnaires, la concertation bilatérale du comité de direction du groupe de gestion des soins). Au cours de l'été 2001 l'hôpital a aussi amorcé la mise en application des premières parties d'un dossier électronique des patients. Ce dossier a permis aux utilisateurs d'ordinateurs d'avoir accès rapidement aux informations concernant les patients.

Les médecins travaillent actuellement avec un agenda qui est relié au dossier électronique des patients. À l'avenir, ce système électronique sera aussi accessible aux généralistes et aux spécialistes du secteur privé. Dans cet hôpital, un cardiologue est responsable du cheminement de patients atteints d'ischémie cardiaque. En ce qui concerne les soins spécialisés, on fait certes aussi appel à d'autres intervenants tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital. Le service cardiologie ne fait actuellement pas encore usage des "*chemins cliniques*".

Depuis des années, cet hôpital a développé une tradition au niveau de la coopération avec les généralistes, d'autres intervenants (de soins) et divers dispositifs de soins. Cette tradition est mise en oeuvre grâce à la concertation et au consensus, mais aussi via la collaboration des partenaires externes avec lesquels sont conclus annuellement de nouveaux accords. L'aspect extra-hospitalier est pris en considération seulement de façon sommaire lors du développement du processus de changement. Ce n'est donc pas une priorité en tant que tel lors du processus de changement dans l'hôpital. Pourtant les intéressés de la revalidation gériatrique accordent une grande importance à cet aspect extra-hospitalier lors du développement du programme de soins.

III.2.1.3 - AZ St-Blasius (Hopital Universitaire Saint blasius)

Cette organisation est un hôpital général comprenant deux implantations. L'hôpital compte actuellement 441 lits.

Cet hôpital a vécu une situation très problématique suite au processus de fusion, au début des années 90. A côté de cela, tout a été mis en œuvre pour offrir une « qualité des soins » répondant aux attentes des patients. Une réorganisation du processus de soin a été ensuite entamée en 2002, celle-ci comprend des points suivant :

- Les missions principales de l'organisation ne sont plus classées en fonction des spécialités médicales, mais bien en fonction des besoins des patients. L'âge et la pathologie sont considérés comme les facteurs clés du traitement du patient.
- L'organigramme ne contient plus de départements regroupés autour des groupes professionnels. Lors du lancement de l'organisation il est prioritaire qu'aucune barrière ne puisse entraver les interactions entre les prestataires de soins.
- La réorganisation ne peut pas être considérée comme se déroulant uniquement au sein de l'hôpital. Le processus implique aussi que l'hôpital s'intègre dans le continuum de soins, en extrahospitalier.

Concrètement, la nouvelle structure se situe sous la responsabilité d'une direction générale, de la direction du nursing et du médecin principal. Ceci selon trois grandes entités : un département de soin, un département de soutien aux soins et une organisation support pour les départements. Il est frappant de voir que la direction du nursing et le directeur médical

sont rassemblés dans l'organigramme. Le point de départ dans la répartition des unités décentralisées est la question suivante : "qui est le client ?".

Le département de soins regroupe une série de services qui suivent les patients en tant que « clients directs ». Ce département se divise ensuite en centres de soins. La répartition des centres de soins est basée sur les critères suivants:

- (1) Former des groupes de patients ayant des besoins de soins le plus homogène possible.
- (2) L'utilisation optimale de la capacité de logement disponible.
- (3) Le rassemblement des traitements internes et chirurgicaux d'une même pathologie.

Chaque centre de soins est géré par un tandem médecin-infirmier en chef. Le département d'appui des soins prend en charge, tout comme les centres de soins internes, des patients comme clients directs. A ce niveau interviennent une grande partie des services techniques. Ce département de soutien de l'organisation n'a pas ou extrêmement peu de contacts avec les patients. Les clients principaux de ce département sont les autres services de l'hôpital.

Cet hôpital universitaire se situe actuellement encore dans la phase 1 du processus de changement. Cela signifie que l'on a seulement mis au point l'organigramme ainsi que la répartition de certaines activités. Ceci était perçu comme une condition nécessaire, mais pas comme un but en soi. La phase 2 du processus de changement s'orientera vers l'optimisation des processus de soins.

Un modèle de gestion basé e.a. sur des « *Service Level Agreements* » et des discussions à propos des fonctions sont les principaux instruments de gestion qui sont utilisés.

Pour la coordination des activités on a recours, de façon plus ou moins étendue à des organes de concertation structurels et informels, des chemins cliniques, des protocoles, le *casemanagement* et le dossier électronique.

Lors de la réorganisation de l'hôpital, on a accordé beaucoup d'importance à la coopération extra-hospitalière ; celle-ci se centre essentiellement sur l'interaction avec les généralistes. Un certain nombre de dispositions formelles et opérationnelles ont été prises avec plusieurs hôpitaux à propos de l'absence de l'utilisation d'appareils de haute technologie ainsi qu'au niveau du manque d'échange d'expertise dans cet hôpital universitaire .

III.2.1.4 - U.Z. Leuven

Cet autre hôpital universitaire a une histoire longue ; il dispose actuellement de 1897 lits. C'est un hôpital qui au-delà de sa mission de prestataire de soins a également une mission de recherche scientifique et d'enseignement. Il comporte actuellement quatre implantations, mais les activités principales sont établies dans deux lieux .

La réflexion orientée vers le patient et le changement organisationnel a commencé au début des années 90. A partir de ce moment, on commença à penser en termes d'administration de patient et non (plus) en termes d'administration de l'hôpital. En 1995 les services où logent les patients ont été adaptés de sorte à respecter le concept suivant : « *les services ayant beaucoup d'interaction mutuelles sont géographiquement proches* ». Depuis les travaux de Mc. Kensie en 1997, un processus de décentralisation été amorcé ; de là découle la forme actuelle de l'organisation.

Au cours de ces changements, on a tenté de prendre en considération les éléments stratégiques suivants :

- (1) évoluer vers un "modèle de responsabilité des entrepreneurs" pour les services,
- (2) rapprocher les services de manière intégrée,
- (3) étendre et internationaliser la recherche, la formation et le développement,
- (4) se diriger vers des tâches plus sélectives,
- (5) mettre un terme aux « *capacités limitées* ».

Pour satisfaire à ces éléments, les options de structure suivantes ont été prises :

- (1) un rassemblement organique par services ou divisions,
- (2) la décentralisation de processus décisionnel au niveau de ces divisions comprenant donc une délégation de responsabilité budgétaire et opérationnelle,
- (3) une intégration de la politique médicale, infirmière et économique via la création d'une direction de division comprenant un médecin, un infirmier et un directeur administratif.

L'hôpital comprend actuellement onze divisions. Chaque division est dirigée presque intégralement par un triangle directeur clinique, directeur administratif et infirmier. Dans la

direction, au niveau divisionnaire, a également été repris un directeur de personnel mais qui n'a pas de responsabilité hiérarchique. Le directeur clinique jouit d'une large marge de manœuvre. De cette façon, on évolue vers une décentralisation accrue et une plus forte intégration interprofessionnelle. Chaque division comprend un à huit services médicaux qui sont chacun dirigé par un médecin en chef. Des sections d'infirmiers sont rattachées à ces services médicaux. Celles-ci sont dirigées par un infirmier en chef en collaboration avec le médecin en chef.

Les principaux mécanismes de coordination peuvent être résumés de la sorte : la structure de division existante, le dossier électronique entièrement intégré, les chemins cliniques, les protocoles. La « vision transversale » est un mécanisme de coordination crucial dans cette organisation.

En ce qui concerne la coopération extra-hospitalière, cet hôpital universitaire a développé un réseau hospitalier comprenant plus ou moins 18 hôpitaux. En outre, le projet « Lisa » représente une première étape dans la voie d'une coopération intégrée entre généralistes et spécialistes. C'est un dossier électronique qui peut être suivi par les généralistes par le biais d'internet.

Dans le cadre du programme de soins traitant de l'ischémie cardiaque, l'hôpital a également lancé des structures de coopération avec un certain nombre de clubs de sport.

III.2.2 - Niveau micro

III.2.2.1 - Etude de cas n°1

La première étude de cas réalisée au niveau micro porte sur un hôpital privé issue des mutualités. Elle possède une capacité d'accueil de 302 lits. Ses activités sont principalement orientée vers la médecine interne et la chirurgie.

La départementalisation de cette organisation correspond à un « agencement » de trois structures pyramidales : la structure administrative et gestionnaire, la structure médicale et la structure infirmière. Cette départementalisation correspond à une division fonctionnelle du travail entre les médecins, les administratifs et les infirmières. La pyramide médicale est elle-même constituée d'une triple structure pyramidale correspondant aux trois grandes « cliniques » de l'hôpital, chacune supervisée par un coordinateur général : la clinique médicale, la clinique chirurgicale et les services médico-techniques. Le mode de financement des médecins se calque sur ces trois grandes structures qui correspondent à trois grands pools de rémunération. A l'intérieur de ces trois « cliniques », la structure se divise en de nombreux services supervisés par des chefs de service. Leur regroupement y est réalisé sur base de la spécialité thérapeutique des médecins (regroupement par fonction). La départementalisation de la structure infirmière se calque en grande partie sur cette structure fonctionnelle par services de la pyramide médicale. Pour chaque service médical, on retrouve une ou plusieurs unité infirmières avec à la tête de chacune d'elles une chef de service infirmier. La coordination de ces trois structures pyramidales est principalement basée sur la mise en place de comités permanents intégrant des représentants des différentes pyramides.

La prise en charge de la pathologie cardiaque se départementalise en quatre services regroupés sur base de la fonction des médecins : le service d'urgence, le service de cardiologie (comprenant une unité coronaire), le service de chirurgie cardiaque et vasculaire et le service de réanimation. Chacun de ces services est chapeauté par un superviseur propre. L'analyse des organigrammes des dernières années ne permet pas de dégager d'évolution dans le principes de départementalisation mis en œuvre. A l'inverse, l'analyse du trajet du patient au travers les différents services nous a permis de dégager un certain nombre d'éléments illustrant une *évolution de la coordination* entre ces services dans le sens d'une prise en charge interdisciplinaire.

Les patients opérés cardiaques suivent une trajectoire tout au long de laquelle ils sont suivis par des cardiologues et par des chirurgiens. Les patients « lourds » (parmi les patients opérés) nécessitant, après l'opération, une surveillance par moniteur sont hospitalisés dans l'unité coronaire située au sein du service de cardiologie. Cela signifie que ces patients sont suivis à la fois par un cardiologue et par un chirurgien qui suit ainsi de près les patients qu'il vient d'opérer. Les patients plus « légers » poursuivent leur rétablissement postopératoire au sein du service de chirurgie cardiaque. Ils sont suivis par les chirurgiens mais également par un cardiologue travaillant à mi-temps dans le service de chirurgie cardiaque.

Nos investigations nous ont permis de dégager l'émergence d'un *groupe de liaison transversal* : la Discussion Médico-Chirurgicale. Elle rassemble une fois par semaine les cardiologues et chirurgiens afin de décider du traitement à suivre (cardiologie clinique, interventionnelle ou chirurgie cardiaque) pour certains types de patients jugés délicats et se prêtant éventuellement à une intervention chirurgicale. Cette réunion interdisciplinaire montre une dynamique de coopération et de coordination entre spécialités différentes, appartenant à des services différents mais traitant du même patient.

A côté de ces réunions formelles, on retrouve un certain degré d'ajustement mutuel et de réunions informelles mises en place spontanément pour répondre rapidement à une question sur le traitement du patient. Par ailleurs, il est courant de rencontrer en salle de cathétérisme cardiaque, un chirurgien cardiaque discutant avec un cardiologue de la coronarographie d'un patient réalisée par ce cardiologue. Ceci illustre une dynamique de travail d'équipe qui favorise un décroisement dans la prise en charge du patient

On retrouve également un Dossier Médical informatisé qui permet à l'ensemble des médecins de différents services d'accéder aux données du patient. La transmission des informations entre infirmières passera d'avantage par le dossier infirmier papier ainsi que par une feuille de liaison reprenant les données importantes sur le patient.

Si l'analyse des principes de différenciation ne permet pas de conclure à la mise en place d'une processus de changement dans l'organisation des soins, l'analyse des principes d'intégration nous a cependant permis de prendre conscience de l'apparition d'éléments de coordination favorisant une prise en charge interdisciplinaire du patient. Ceci constitue une

certaine dynamique de changement illustrant une évolution de la coordination des soins autour de la pathologie sans pour cela remettre en cause la structuration verticale de l'hôpital.

Un autre processus de changement tient à la création d'un centre cardiologique commun à cet hôpital et à un hôpital voisin. Ce centre de soin est né d'une association réalisée dans le cadre des programmes de soins en cardiologie dans le but d'obtenir un nombre suffisant de procédures de soin pour obtenir l'agrément pour le programme B complet. Officiellement, ce centre est géré par un comité d'association constitué de représentants de chacun des pouvoirs associés et par un coordinateur général, un coordinateur médical, un coordinateur infirmier. Le coordinateur médical assumant la fonction de médecin chef de service assume la responsabilité de l'organisation et de l'exécution de l'ensemble du programme « pathologie cardiaque B » ainsi que le suivi de la qualité des soins pour l'ensemble du programme. Cependant, l'option est prise que chacun des deux hôpitaux continue à réaliser sa prise en charge de la pathologie cardiaque sur son propre site. Les deux hôpitaux réalisant identiquement les mêmes éléments du programme de soin B (la cardiologie non-invasive, la cardiologie invasive non-interventionnelle, interventionnelle et la chirurgie cardiaque) chacun de leur côté, il n'y a pratiquement aucun transfert de patient entre ces deux institutions. Du point de vue financier, les honoraires et les actes techniques des médecins demeurent remboursés de manière indépendante dans chaque hôpital. L'émergence d'un centre de soin apparaît donc plutôt une « *formalité administrative* » qu'une intégration des deux institutions. Concrètement, l'association se traduit principalement par des réunions d'échanges scientifiques ou stratégiques visant à l'acquisition de matériel ou de nouveaux agréments (p.e. implantation d'un stimulateur cardiaque). Le coordinateur prend en charge ces réunions mais semble peu investi dans la coordination effective du travail réalisé sur les deux sites.

III.2.2.2 - Etude de cas n°2

La seconde étude de cas porte sur un hôpital public dépendant du CPAS. Sa gestion est assurée par une association des pouvoirs publics communaux et provinciaux. Son offre de soin comprend la médecine interne, la chirurgie ainsi que d'importants services d'urgence, de réanimation et de maternité. Il possède une capacité d'accueil de 421 lits.

A l'instar du cas n°1, la départementalisation de cet hôpital repose également sur trois principales structures verticales. Celles-ci sont regroupées sur base fonctionnelle : la pyramide

administrative et gestionnaire, la pyramide infirmière et la pyramide médicale. Cette dernière rassemble cinq grands départements qui eux-mêmes rassemblent différentes unités fonctionnelles (services): département de chirurgie, département de médecine interne... Le mode de rémunération mis en place varie entre des pools individuels ou des pools de service selon les cas. La coordination des différentes pyramides s'opère principalement par le biais Comités permanents.

Dans les trois pyramides que nous venons de décrire, le principe de départementalisation reste classique. Il rassemble dans des unités fonctionnelles les différents professionnels de même spécialité.

La prise en charge de la pathologie cardiaque implique quatre services : la cardiologie, la chirurgie cardiaque et vasculaire, la réanimation (les soins intensifs) et les urgences. Du point de vue de la rémunération des médecins, ces services constituent des pools de financement distincts. Au niveau infirmier, ces services renvoient à davantage d'unités : l'unité de consultation, d'hospitalisation, de techniques qui possèdent chacune leurs équipes et leur supervision propre.

Le constat majeur souligne l'organisation traditionnelle de l'hôpital basée sur des pyramides verticales et des unités fonctionnelles et indépendantes. Nous avons cependant pu constater ici aussi l'émergence de certains éléments de coordination destinés à assurer un continuum de la prise en charge.

Afin d'assurer une coordination de la prise en charge du patient cardiaque, nous retrouvons une réunion hebdomadaire rassemblant les cardiologues, les chirurgiens cardiaques et un intensiviste autour de la coronarographie de cas jugés délicats par les cardiologues interventionnels. Celle-ci est visionnée par l'ensemble des médecins présents afin que chacun puisse donner son avis sur l'orientation à donner au traitement. Il s'agit d'une réunion de décision mais également de coordination de la prise en charge chirurgicale du patient.

Lors de la prise en charge du patient cardiaque par le service des soins intensifs, une autre réunion est en train d'être mise sur pied. Elle naît de la volonté de l'équipe infirmière d'obtenir d'avantage d'informations sur l'état clinique de ces patients. L'intensiviste en charge de cette unité y est présent. Les cardiologues et chirurgiens cardiaques y sont invités.

Cette réunion consiste en un « *tour assis* » des patients hospitalisés dans ce service. Elle permet une coordination entre l'intensiviste et l'équipe infirmière ainsi qu'une coordination entre l'intensiviste, les cardiologues et les chirurgiens cardiaques qui assurent la prise en charge du patient avant et après les soins intensifs.

A côté de ces réunions formelles, on retrouve un certain degré d'ajustement mutuel et de réunions informelles mises en place spontanément pour répondre rapidement à une question sur le traitement d'un patient.

On retrouve également des documents standardisés mis en place par les médecins dans le but de définir les examens et les soins à réaliser avant une opération cardiaque ou une dilatation. Ces éléments sont formalisés et permettent de faciliter la coordination et le processus de prise en charge du patient d'un service à l'autre ou d'une unité de soin à l'autre entre les médecins et le personnel infirmier. Le caractère routinier des soins en cardiologie et en chirurgie cardiaque facilite une telle standardisation de telles procédures de travail. Par ailleurs, la continuité des transferts d'information entre infirmières d'une unité à une autre repose sur une feuille de liaison reprenant les données cliniques essentielles du patient.

Dans le domaine de la cardiologie interventionnelle, on retrouve en sus un encodage informatique systématique de chaque procédure réalisée en précisant les indications de la coronarographie, les sténoses des artères, le traitement qui a été réalisé et le matériel choisi. Ces données collectées sont transmises à la Société Belge de Cardiologie Interventionnelle. Ces données encodées peuvent constituer un moyen de coordination entre les spécialistes mais ne sont aujourd'hui pas utilisées dans ce but.

Cet hôpital a réalisé deux types de collaboration inter-hospitalière que nous devons mentionner. Tout d'abord, il a créé une association en matière de pathologie cardiaque avec le cas n°1 que nous avons présenté. Nous renvoyons à l'étude de cas n°1 pour une description de cette association. A côté de cette association, le service de cardiologie a signé un autre accord de collaboration avec un hôpital voisin. Cet hôpital ne possède pas l'agrément du programme de soin B complet et doit donc transférer les patients pour réaliser les techniques de cardiologie interventionnelle ou de chirurgie cardiaque. Cet accord autorise un cardiologue de l'hôpital voisin à venir réaliser lui-même les angioplasties des patient de son hôpital sur le site de cet hôpital agréé centre B.

Ce second cas au niveau micro nous montre une même tendance que celle rencontrée dans le cas précédent. La départementalisation demeure inchangée, mais la nécessaire collaboration de spécialités différent travaillant autour de la même pathologie et donc du même patient, suscite un développement de mécanismes de coordination transversaux destinés à favoriser un continuum dans la prise en charge du patient.

III.2.2.3 - Etude de cas n°3

L'hôpital étudié dans cette troisième étude de cas est une institution publique universitaire. Sa capacité d'accueil est de 1432 lits. Cet hôpital comporte cinq sites hospitaliers, deux cliniques de jour et six polycliniques. Cet ensemble résulte d'un processus de fusion entre différents hôpitaux publics de la région. Sa gestion est assurée par une intercommunale rassemblant les différents CPAS impliqués. Il y a tout d'abord deux hôpitaux généraux. L'un développe d'avantage la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et le secteur mère-enfant alors que l'autre a pour vocation de se spécialiser dans l'oncologie⁷⁸. Le troisième site hospitalier, plus petit, est uniquement consacré aux soins de réadaptation. Le quatrième site hospitalier renvoie quant à lui à un hôpital général dit « de première ligne ». Enfin, le cinquième site hospitalier est une institution spécialisée dans la psychiatrie. L'ensemble de ces hôpitaux offrent des soins en ambulatoire via des polycliniques présentes sur chaque site.

La structure générale de l'hôpital repose ici aussi sur trois pyramides verticales : la pyramide gestionnaire et administrative, la pyramide infirmière et la pyramide médicale. Le principe de départementalisation repose sur des unités fonctionnelles rassemblant des professionnels de même spécialités thérapeutiques, gestionnaires ou infirmières. La coordination principale entre ces pyramides est réalisée par des comités de liaison rassemblant les responsables de ces pyramides.

La structure de la prise en charge du patient cardiaque s'inscrit dans ce principe de départementalisation vertical et fonctionnel. Les services impliqués dans cette prise en charge sont la cardiologie, la chirurgie cardiaque et l'anesthésie cardiaque. On le voit, chaque service est une unité fonctionnelle rassemblant les médecins d'une même spécialité. La départementalisation est plus fractionnée que dans les autres cas étant donné que le service de

cardiologie se divise entre les cardiologues cliniciens et les cardiologues interventionnels qui ont leur propre chef de département. On retrouve un service de cardiologie dans les deux sites hospitaliers généraux principaux de l'hôpital. Ces services et ceux présents sur les autres sites de l'hôpital (polyclinique, services de médecine interne générale) s'intègrent sous une appellation commune de « *centre cardiologique* ».

La fonction de coordinateur de programme est prise en charge par le chef de service de cardiologie qui est en quelque sorte le superviseur de ce centre cardiologique. Le mode de rémunération des différents spécialistes impliqués dans la prise en charge de la pathologie cardiaque montre que ce centre cardiologique ne constitue pas un centre de frais : la rémunération des médecins s'opère sur base des services.

L'activité « lourde » de cardiologie se répartit sur les deux hôpitaux généraux importants. Le premier site est le « cœur » du centre cardiologique. Il rassemble sur un même plateau les services de cardiologie clinique, interventionnelle et de chirurgie cardiaque : l'unité de consultation (cardiologique et chirurgicale), l'unité d'hospitalisation en cardiologie, l'unité d'hospitalisation en chirurgie cardiaque, la salle d'opération et les deux salles de cathétérisme cardiaque à forte proximité l'une de l'autre. La liaison étroite entre les différentes spécialités impliquées dans la prise en charge facilite la communication et la coordination entre les différents professionnels de soin. L'autre site hospitalier se limite à la cardiologie non-invasive et à la réalisation de coronarographies diagnostiques. Ce deuxième hôpital se spécialise davantage dans la rythmologie .

Au niveau infirmier le service de cardiologie renvoie à plusieurs unités de soins infirmières : l'unité d'hospitalisation en cardiologie unité ambulatoire, l'unité médico-technique de cathétérisme cardiaque, l'unité coronaire alors que le service de chirurgie cardiaque comprend l'unité d'hospitalisation et la salle d'opération spécifique à la chirurgie cardiaque. Chacune de ces unités de soin comprend une équipe infirmière et une supervision infirmière propre.

Le service comme unité fonctionnelle reste donc l'élément central du principe de départementalisation . Le centre cardiologique semble cependant fédérer l'ensemble de ces

⁷⁸ Notons que cet hôpital tout en étant fusionné avec les autres institutions à travers un même pouvoir organisateur demeure agréé sous un numéro d'agrément propre. Une séparation administrative reste donc aujourd'hui toujours présente.

services. Certains éléments montrent qu'un certain décloisonnement entre les spécialités est en place au sein de ce centre. Cela se traduit notamment par le fait que l'on retrouve les mêmes cardiologues œuvrant sur plusieurs sites. Ils assurent les consultations dans une polyclinique et supervisent ensuite l'unité d'hospitalisation. Les mêmes unités peuvent être utilisées par des médecins de spécialités différentes. Ainsi, l'unité de consultation d'un site hospitalier général comprend autant des consultations de cardiologie que de chirurgie cardiaque. Ces consultations sont assistées par une équipe infirmière commune. Ajoutons qu'un cardiologue interventionnel dans un site hospitalier pratique également cette technique sur un autre site hospitalier. Enfin, il arrive fréquemment que des patients de cardiologie interventionnelle soient hospitalisés dans le service d'hospitalisation de chirurgie cardiaque. Le suivi de ces patients dans le service de chirurgie cardiaque est alors assuré par les cardiologues. Ainsi, bien que les services continuent à regrouper des médecins de même spécialité, on se rend compte qu'un certain décloisonnement est en place à l'intérieur du centre de soin. Le rapprochement géographique des services, le fait qu'un même cardiologue puisse travailler sur plusieurs sites hospitaliers, le « partage » de mêmes équipes infirmières pour des soins cardiologiques et chirurgicaux sont autant d'éléments significatifs dans ce sens. Malgré l'émergence d'un centre de soin fédérant les différents services impliqués dans la prise en charge de la pathologie cardiaque et un certain décloisonnement, la départementalisation ne connaît cependant pas d'évolution significative majeure. Par contre, cette troisième étude de cas nous a permis de découvrir une évolution plus significative des mécanismes de coordination mis en place entre les différents acteurs participant à la prise en charge de cette pathologie.

Tout comme dans les deux premières études de cas, on retrouve dans ce troisième hôpital une discussion médico-chirurgicale (DMC) rassemblant les cardiologues interventionnels et cliniciens et les chirurgiens cardiaques dans le but de proposer un avis sur le traitement de certains patients jugés délicats. Les cas discutés sont « apportés » par les cardiologues interventionnels œuvrant dans les deux principaux hôpitaux généraux. La réunion consiste en une présentation du cas tant au niveau médical qu'au niveau de son « *contexte de vie* » et en une vision du film de la coronarographie du patient. Il reviendra ensuite au cardiologue « traitant » du patient de suivre ou non l'avis de la DMC.

A la suite de la DMC prend place une seconde réunion portant sur l'organisation et la planification du programme opératoire de la semaine à venir. Les anesthésistes y participent

ainsi que les kinésithérapeutes et l'infirmière en chef de chirurgie cardiaque. Du point de vue du patient, la présence de l'infirmière en chef de chirurgie cardiaque à cette réunion est un plus. Découvrant avant leur hospitalisation les patients qu'elle va prendre en charge, elle pourra ainsi veiller à prêter l'attention à certains éléments critiques de leur maladie et relayer cette attention auprès des infirmières du service.

Au sein du centre cardiologique, une réunion portant sur les cas ayant posé certaines difficultés est en voie d'être mise en place. Elle rassemblerait les différents spécialistes afin de comprendre les difficultés rencontrées et d'apporter des améliorations à la prise en charge. Ceci s'inscrit davantage dans une démarche d'amélioration continue.

On retrouve également, dans le centre cardiologique, un mouvement visant à mettre en place des procédures écrites communes à l'ensemble des médecins de la pathologie cardiaque dans le but de développer des approches thérapeutiques communes. Les critères issus des « *guide lines* » internationaux et donc définis par la communauté scientifique seraient dès lors formalisés et standardisés afin de s'assurer que chacun respecte bien ces derniers dans son travail. L'ensemble des spécialistes partageraient donc une même approche thérapeutique et la coordination entre ces spécialistes s'en trouverait favorisée.

Toujours dans une optique d'amélioration de la qualité, on retrouve une volonté de tenir des registres sous forme d'une base de données informatiques qui reprend l'ensemble des procédures réalisées sur les patients dans les deux sites hospitaliers offrant les techniques invasives à partir des coronarographies (comprenant donc les angioplasties et opérations cardiaques). Les registres des cardiologues interventionnels et des chirurgiens cardiaques sont actuellement en voie d'être fusionnés. Cette fusion doit permettre à chacune de ces spécialités d'accéder aux données relatives aux soins réalisés par les autres spécialistes. Il favorise donc l'évaluation du travail médical et la coordination des spécialistes entre eux.

Certaines données d'ordre médical deviennent accessibles via l'outil informatique. Il ne s'agit pas directement de données liées à des soins d'ordre cardiologique mais à des informations sur les radiographies etc. Elles sont accessibles par réseau à l'ensemble des sites hospitaliers. Cela relève d'une tendance à une certaine standardisation des modes de transfert d'informations.

Du point de vue de la coordination entre infirmières et médecins, nous avons pu constater que, dans les unités d'hospitalisation, les dossiers médicaux et infirmières sont rassemblés dans un même document. Ceci facilite la coordination et le transfert des informations entre ces professionnels.

La fonction de coordinateur est apparue à la suite de la sortie de l'Arrêté Royal sur le programme de soin en pathologie cardiaque. Ce rôle de coordination porte sur l'ensemble des services liés à la pathologie cardiaque. Ce coordinateur est également chef de service de cardiologie. C'est ce statut qui lui confère une certaine autorité par rapport aux autres médecins. Concrètement il joue un rôle de soutien à l'évolution de la coordination entre spécialistes. Il soutient la DMC (qui lui préexistait), l'émergence de registres de données accessibles, un développement de la standardisation du travail médical et la discussion sur les cas ayant posé problème. Si ce développement de la coordination est soutenu par certaines spécialités, elle rencontre des résistances auprès d'autres spécialistes. Entre ces jeux d'acteurs, le coordinateur tente d'appuyer cette évolution de la coordination par la négociation. Il constitue un moteur du développement du NCH mais manque d'autorité pour obtenir la coopération de médecins dans une organisation où le pouvoir de chaque médecin reste un élément central.

Les deux hôpitaux généraux fusionnés par un pouvoir organisateur commun dont les numéros d'agrément restent cependant distincts ont réalisé une collaboration en matière de pathologie cardiaque. Cet accord porte sur la nécessaire coordination de transferts de patients d'un hôpital assurant la coronarographie diagnostique vers l'hôpital offrant l'ensemble des techniques d'interventions invasives. La coordination est assurée par une définition des modalités de transfert des patients. Un patient transféré du l'hôpital « B1 » doit être pris en charge en priorité dans le site hospitalier offrant le programme de soin B complet. Le rôle des transports ambulanciers est défini. On retrouve également une standardisation des protocoles de soins relatifs aux modalités d'échange des informations médicales et infirmières. Le coordinateur de programme intervient pour mettre en place ces éléments de coordination. Il est l'interlocuteur privilégié dans l'organisation des modalités de transfert. Concrètement, la collaboration s'organise autour d'un cardiologue œuvrant dans les deux hôpitaux. Il s'agit d'un cardiologue interventionnel qui réalise des consultations et des coronarographies dans son hôpital « d'appartenance » qui suit « ses » patients dans l'autre site hospitalier pour réaliser lui-même les techniques de cardiologie interventionnelle. Si ce médecin était

initialement membre du premier hôpital (qui assure sa rémunération), il fait aujourd'hui également partie du département de cardiologie interventionnelle du second. Ce cardiologue illustre très concrètement un décroisement entre les deux sites.

La prise en charge du patient présentant une pathologie cardiaque s'inscrit dans un contexte structurel traditionnel. Les services, comme unités fonctionnelles, restent le principe premier de la départementalisation. Cependant, sur le plan de la coordination, nous avons pu constater un ensemble d'éléments favorisant l'émergence d'un continuum de soin entre ces différents services. Si cette dynamique semble antérieure au NCH, elle trouve dans celui-ci des ressources pour se prolonger. Le coordinateur de programme est ici un acteur important favorisant cette dynamique tant au niveau de l'hôpital où il travaille que sur l'ensemble des sites hospitaliers fusionnés.

III.3 – Etudes de cas

Cette section présente les matériaux empiriques de chacune des équipes de recherche parties prenantes à cette étude, c'est la raison pour laquelle elle n'a pas fait l'objet d'une traduction.

III.3.1 – Niveau macro

Case 1

Algemene situering

Dit ziekenhuis is een *fusieziekenhuis* en bestaat momenteel uit 4 *campi*.

He beschikt over 545 erkende bedden, verdeeld over de verschillende campussen. Jaarlijks zijn er ongeveer 19.300 volledige opnamen en 32.500 dagziekenhuispatiënten (inclusief hemodialyse).

De dienstverlening wordt gewaarborgd door de inzet van ongeveer 1400 medewerkers, waaronder 1250 personeelsleden, 130 artsen en 20 zelfstandige paramedici. Bovendien geven nog een 70-tal vrijwilligers een extra dimensie aan de zorgverlening, en dit op zeer diverse terreinen.

Korte evolutie en historische achtergrond van het ziekenhuis

De vzw werd opgericht in 1951. Op 1 januari 1992 vond de eerste fusie-operatie plaats. De 4 ziekenhuizen verenigden zich onder de naam. Op 30 juni 1998 werd een eerste fusie gerealiseerd. Vanaf midden 2001 werden de acute bedden van de 2 andere campussen overgebracht naar de centrale campus. De laatste bedden werden eind april 2002 overgebracht. Deze inhuizing bracht een sterk gewijzigde dienstverlening op de onderscheiden campussen met zich mee.

Het ziekenhuis is ook gestart met een low care centrum (dialyse), gelegen op een nieuwe locatie.

Het doel van deze fusie was een schaal te creëren die groot genoeg is om sub-gespecialiseerde diensten te maken.

Naar de *toekomst* toe zijn er ook een aantal nieuwe projecten o.a. een nieuwe medisch-technische blok (spoedgevallendienst, OK, IZ, medische beeldvorming) in de centrale campus. De realisatie van dit project is voorzien tegen 2008-2010. Daarnaast wil men tegen

2007-2008 een nieuw dagziekenhuis met operatiekwartier en een nieuwe inkomhal bouwen. Ten derde wil men tegen 2005-2006 een distributiecentrum oprichten, dat gelegen is buiten het centrum van de stad, waarin een centrale keuken en een magazijn zullen ondergebracht worden (Onthaalbrochure nieuwe medewerkers, augustus 2002, blz. 2-3).

Missie en doelstellingen

De beslissingen en het dagelijks handelen in het ziekenhuis worden gedragen door een Christelijke waardenschaal waarin verdraagzaamheid, bijzondere aandacht voor de zwakkere en respect voor de levensopvatting en waardigheid van elke persoon centraal staan. Op deze manier wil het ziekenhuis de inspiratie van de stichtende congregaties van de vier gefusioneerde ziekenhuizen op een actuele wijze voortzetten (Oprachtsverklaring).

De missie van het ziekenhuis dateert van begin jaren '90. Momenteel is men bezig met het herformuleren van deze missie. De eerste denkoefening is uitgewerkt door de raad van beheer en de directie. Deze eerste herformulering zal vervolgens stap per stap gevalideerd worden met de medewerkers uit de organisatie (Focusgroep Top, 26 november 2002, en Focusgroep Floor 10 december 2002).

Het voornaamste *doel* van het ziekenhuis is een centrum te zijn waar specialistische gezondheidszorg en dringende medische hulpverlening worden aangeboden aan gehospitaliseerde en ambulante patiënten. Deze doelstelling wil het ziekenhuis verwezenlijken door middel van

1. Een geïntegreerd geheel van basisziekenhuiszorg gericht op de behoeften van het Waasland.
2. Een regio-overstijgend aanbod super-specialistische diensten. Deze spitsen met goede uitstraling en professionalisme worden slechts ontwikkeld voor zover er ook in de regio behoefte bestaat aan de betreffende dienst.

Dit dienstverleningsaanbod situeert zich weliswaar binnen de perken van de beschikbare deskundigheid en middelen. Voor elk aspect van het zorgaanbod dient worden nagegaan welke campus het meest geschikt is om de dienst te verlenen. Daarbij wordt rekening gehouden met de leefbaarheid van het ziekenhuis en met de mogelijkheden om kwaliteitszorg te verstrekken enerzijds en met de rechtmatige belangen van de patiënten anderzijds. In het

licht van deze criteria kunnen mogelijke opties die daaruit voortvloeien met betrekking tot centralisatie en decentralisatie van diensten zo nodig herzien worden (Opdrachtsverklaring).

Deze organisatie streeft een maximum van objectieve en subjectieve kwaliteit van zorg na. De objectieve kwaliteit wordt bepaald door de mate waarin een taak deskundig wordt uitgevoerd. De subjectieve kwaliteit daarentegen wordt bepaald door de mate waarin de behandeling van de patiënt tegemoet komt aan de verwachtingen van deze patiënt en zijn eventuele naastbestaanden (Opdrachtsverklaring).

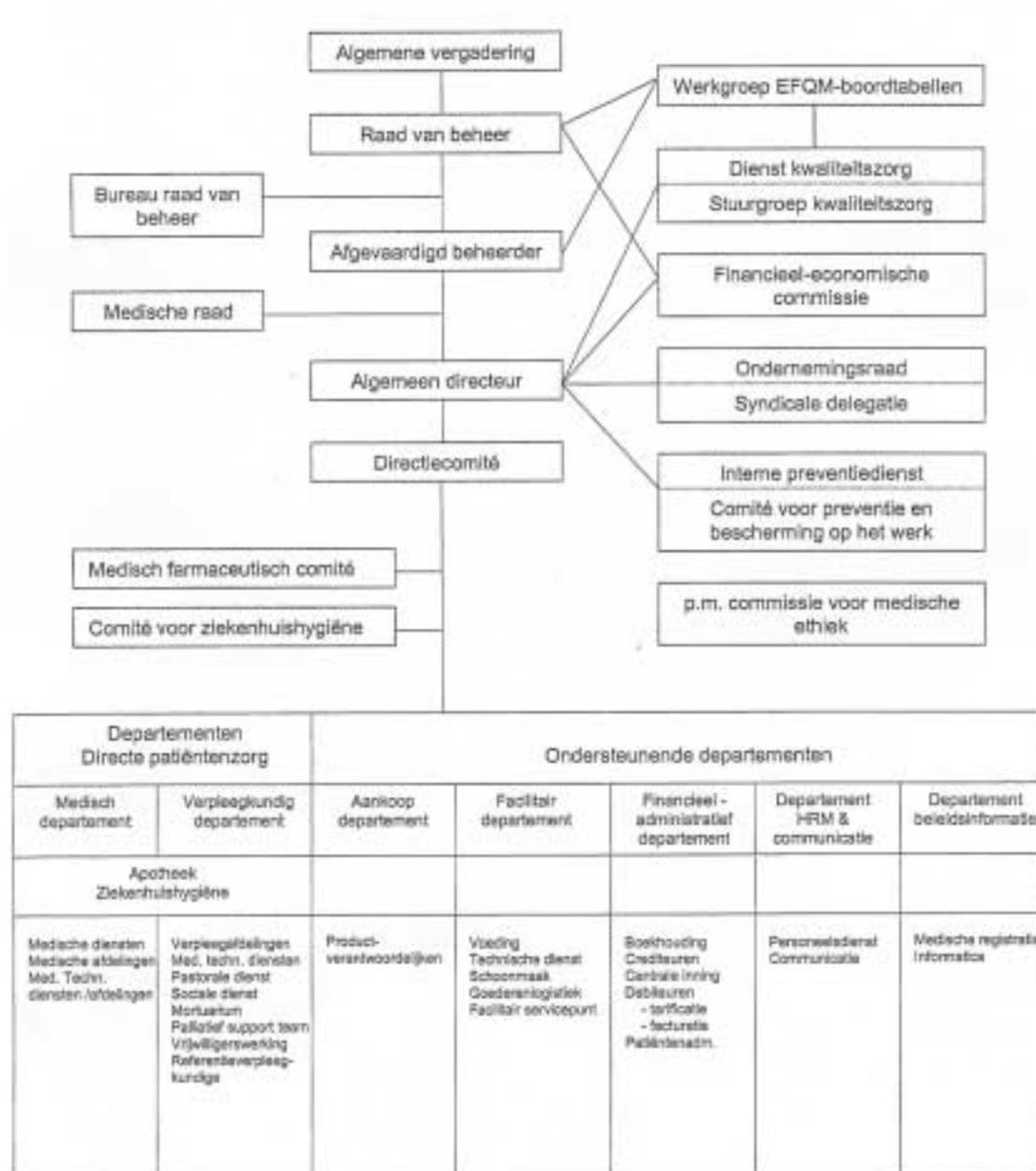
Daarnaast is het ook belangrijk dat de medewerkers kunnen werken in een klimaat waarin ze zich kunnen ontplooiën en waarin elkeen zich gewaardeerd voelt voor deskundigheid en toewijding.

De motivatie moet voortvloeien uit de zin en de kwaliteit van de geleverde diensten.

Tenslotte wil het ziekenhuis meewerken aan een goede begeleiding van studenten die in het kader van hun opleiding praktijkervaring opdoen in dit regionaal algemeen ziekenhuis (Opdrachtsverklaring).

Management en organisatiedesign

Huidige organisatiestructuur



Zoals blijkt uit dit organogram is het ziekenhuis voornamelijk *verticaal, functioneel* gestructureerd.

Volgende hiërarchische niveaus zijn waar te nemen: Algemene vergadering, Raad van Beheer, Afgevaardigd Beheerder, Algemeen directeur, Directiecomité en diverse departementen.

Het Directiecomité bestaat uit alle directeurs (9) van de diverse departementen.

De diverse (functionele) departementen worden opgesplitst in departementen directe patiëntenzorg en ondersteunende departementen.

De *departementen directe patiëntenzorg* bestaan uit het medisch departement, het verpleegkundig departement en de apotheek ziekenhuishygiëne.

Het medisch departement wordt geleid door de medische directeur. Binnen deze afdeling wordt elke dienst op zijn beurt geleid door een arts medisch diensthoofd.

De directeur verpleging draagt de eindverantwoordelijkheid van het verpleegkundig departement. Binnen dit departement staat als hoofd van elke afdeling een hoofdverpleegkundige of hoofd paramedische dienst. In het verpleegkundig departement heeft men dus volgende hiërarchische niveaus: directeur verpleging, diensthoofden verpleging, hoofdverpleegkundige/ diensthoofden medisch-technische diensten, verpleegkundigen/vroedvrouwen/ paramedische medewerker.

De *ondersteunende departementen* bestaan uit aankoopdepartement, facilitair departement, financieel-administratief departement, departement HRM en communicatie en het departement beleidsinformatie.

Naast deze lijnorganen heeft het ziekenhuis nog een aantal *verplichte adviesorganen en comités*, zoals medisch farmaceutisch comité, comité voor ziekenhuishygiëne, medische raad en een aantal *werkgroepen die uit eigen initiatief zijn geïmplementeerd*, zoals werkgroep EFQM-model, stuurgroep kwaliteitszorg, kernoverleg zorg,

Uit de beschrijving van de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden van de diverse organen blijkt dat de top-organen in deze organisatie de voornaamste macht hebben in het ziekenhuis en dat weinig beslissingsbevoegdheid gedelegeerd wordt naar decentrale eenheden.

Veranderingsproces

Momenteel is het fusieproces nog aan de gang, zodat het kantelen van de organisatie *geen* prioriteit is in deze organisatie. Structuurveranderingen ten voordele van zorgprogramma's staan bijgevolg nog in een beginstadium. Er is enkel overleg gepleegd in verband met het kantelingsproces, een aantal denkoefeningen zijn uitgewerkt, Hoewel het potentieel wel aanwezig is in de organisatie voor een eventuele kanteling, zijn er dus nog geen concrete structuurveranderingen doorgevoerd.

Zolang geen zekerheid is over het toekomstig overheidsbeleid op gebied van financiering ed., vindt men het bovendien ook een groot risico om nu al te kantelen.

Nieuwe/Toekomstige Organisatiestructuur

In dit ziekenhuis bestaat er dus nog geen nieuw organogram. Hoewel een aantal denkoefeningen gebeurd zijn, is het helemaal nog niet zeker of men wel degelijk zal een nieuwe structuur zal invoeren.



Beheerscontrole en coördinatiemechanismen

In dit deel worden de voornaamste instrumenten die gebruikt worden voor beheerscontrole en coördinatiemechanismen besproken. Een aantal van deze instrumenten situeren zich op het globale ziekenhuisniveau, terwijl andere instrumenten/mechanismen specifiek op de dienst cardiologie en/of geriatrie gebruikt worden. Indien het om specifieke instrumenten voor cardiologie en/of geriatrie gaat, wordt het type focusgroep waarop dit besproken werd vermeld.

Beheerscontrole

De verschillende campi staan onder *één centrale leiding*.

Als voornaamste *beheerscontrolemechanismen* gebruikt het algemeen ziekenhuis het *EFQM-model* en een *organisatorisch verpleegkundig model*.

Het EFQM-model, dat voornamelijk als een hulpmiddel en dus niet zozeer als een doel op zicht wordt gezien, wordt gecoördineerd door de kwaliteitscoördinator en het omvat negen domeinen. Per domein worden een aantal indicatoren vastgelegd en bewaakt. De kritiek op dit model in de organisatie is wel dat er geen systematische feedback is naar de lagere hiërarchische niveaus in de organisatie.

Hoewel er al een organisatorisch verpleegkundig model bestaat in dit ziekenhuis, wordt er in de praktijk nog weinig (geen) gebruik van gemaakt.

Beide modellen moeten dus nog meer geconcretiseerd en opgevolgd worden.

Naast deze modellen zijn er *functionerings- en evaluatiegesprekken* en een aantal keer per jaar wordt *interprofessioneel overleg* georganiseerd (dus binnen de pathologiegroepen), met artsen en verpleegkundigen, waarbij een aantal beleidslijnen worden uitgetekend.

Op het niveau van de diensten worden *geen* formele doelen opgesteld.

Per patiënt worden administratieve gegevens, pathologiegegevens, medicatieverbruik en prestatiegegevens *gemeten*. Maar momenteel zijn de meeste performantiegegevens nog departementsgebonden. Het ziekenhuis beschikt wel over een datawarehouse waarin al deze gegevens kunnen gekoppeld worden en bevroegbaar zijn. De gegevens worden momenteel slechts in beperkte mate gebruikt bij sturing van de zorgprocessen.

Rond bepaalde thema's worden wel een aantal analyses op horizontaal niveau ad hoc uitgevoerd vb. ligdagen, antibiotica, doorstroomtijden en wachttijden van de oncologische patiënt in het dagziekenhuis, patiëntenvervoer,...

Coördinatiemechanismen

Als voornaamste *coördinatiemechanismen* gebruikt men *procedures* (gebundeld in een procedureboek) en *teamoverleg* op afdelingsniveau en departementoverschrijdend. Voor enkele campi bestaat er op middle management-niveau formeel overleg waar alle hoofdverpleegkundigen, de verpleegkundig directeur en het middenkader verpleging aanwezig zijn. Daarnaast gebeurt de communicatie tussen top, middenkader en floor voornamelijk ad hoc. Naar de toekomst toe wil men op dienstniveau minstens vier keer per jaar *werkoverleg* organiseren.

Er zijn ook multi-disciplinaire werkgroepen bezig met het uitwerken van *klinische paden*, waarbij het traject van de patiënt (voor een bepaald klinisch pad) in kaart wordt gebracht.

Voor een geriatrische patiënt is bijvoorbeeld al een profiel tot in detail uitgewerkt (focusgroep geriatrische revalidatie, 17 december 2002). Voor een patiënt ischemisch hartlijden daarentegen is dit nog niet het geval (focusgroep ischemisch hartlijden, 10 december 2002).

Tenslotte is wordt er een *centraal elektronisch dossier* ontwikkeld. Maar momenteel wordt daar nog geen gebruik van gemaakt.

Voor de coördinatie van de zorgprocessen is er een *kernoverleg zorg*. Dit orgaan is uit eigen initiatief tot stand gekomen en bestaat pas sinds september 2002. Het werd gevoed door de

output van de vele reeds bestaande formele overlegorganen binnen het ziekenhuis en de informele contacten van één ieder binnen de organisatie.

Het kernoverleg is op permanente basis samengesteld uit de algemeen-, medisch-, en verpleegkundig directeur en de middenkaders verpleging. In functie van de agendapunten worden de hoofdapotheeker, de kwaliteitscoördinator en de directeur beleidsinformatie uitgenodigd. Ze vergaderen twee maal per maand. Tevens stellen ze een secretaris aan die zorgt voor verslaggeving, hetgeen kan dienen als basis voor het informeren van de raad van beheer en de directievergadering, de opvolging binnen het kernoverleg zorg en de terugkoppeling naar diverse overlegorganen binnen het ziekenhuis. De leden zijn gehouden tot discretie.

Per dienst wordt met een *zone-toewijzingssysteem* gewerkt. Elke dienst is daarbij opgedeeld in zones. De verpleegkundigen worden verantwoordelijk gesteld voor een bepaalde zone. Deze verantwoordelijkheid situeert zich zowel op het niveau van patiëntenzorg dit zowel op administratief vlak als op vlak van samenwerking met de artsen. Het administratieve luik en de coördinatie worden wel gedaan in samenwerking met de hoofdverpleegkundige van de afdeling. Zowel 's morgens, 's middags en 's avonds is er een moment voorzien waarop informatie van de patiënten wordt overgedragen tussen de verschillende equipes.

In dit ziekenhuis is er dus nog *geen formeel orgaan/ persoon* aangesteld die *eigenaar* is van het *volledige zorgproces/traject van de patiënt*. Voor het zorgprogramma ischemisch hartlijden denken de mensen die aanwezig waren in deze focusgroep dat de cardioloog OF een gemeenschappelijk overleg, (waarin niet alleen het medische luik is vertegenwoordigd) de meest geschikte persoon/ orgaan zou zijn daarvoor. Bovendien beklemtonen zij dat de artsen en alle betrokkenen van de afdelingen waar de patiënt terecht komt (dus ook kine, sociale dienst, ...) moeten betrokken worden bij het opstellen van zo'n traject (focusgroep ischemisch hartlijden, 10 december 2002).

Procesgerichtheid in de organisatie (BPO)



	ZH3 TOP	ZH3 G	ZH3 C	ZH3 andere	ZH3	Gem 4 ZH	Benchmark D
<i>aantal respondenten</i>	8.00	3.00	4.00	6.00	21.00		
BPO-score	3.09	3.41	2.99	3.48	3.24	3.48	3.16
Process View	7.16	9.00	8.25	9.00	8.21	9.50	9.40
Process Jobs	12.88	13.33	12.00	13.67	13.00	12.91	12.50
Management/measures	14.00	15.17	12.67	15.67	14.42	15.88	16.30
Conflict	24.87	26.17	25.67	21.33	24.01	25.22	18.80
Connectedness	28.79	28.00	23.92	24.67	26.68	26.72	25.22
Esprit de Corps	22.45	26.67	19.25	19.57	21.63	23.73	23.50
Performance	2.88	3.00	2.00	2.83	2.71	3.40	3.60

Tabel: detail case 1 ⁷⁹

Voornaamste vaststellingen:

- Dit ziekenhuis scoort voor alle dimensies, behalve voor ‘Process Jobs’, lager dan het gemiddelde over de 4 ziekenhuizen heen.
- Cardiologie heeft de laagste BPO-score en een opmerkelijk lage score voor interdepartementale verbondenheid en ‘Esprit de Corps’, terwijl geriatrie het hoogste scoort voor ‘Esprit de Corps’.

Transmurale samenwerking

Met *rusthuizen en RVT's* heeft het ziekenhuis geformaliseerde, verplichte samenwerkingsverbanden. Het ziekenhuis is ook verplicht een functionele binding te hebben met *een palliatieve eenheid*. Deze samenwerking blijft wel eerder bij een formeel contract. Inhoudelijk wordt dat weinig uitgewerkt.

Het ziekenhuis heeft daarnaast ook een tweemaandelijks overleg met de federatie van de *huisartsen*. Met de huisartsen worden ad hoc een aantal gemeenschappelijke zaken uitgewerkt; vb. ontwikkeling van een folder waarin de juiste rol van spoedgevallen wordt gedefinieerd.

Voor het alcoholteam is er een officiële samenwerking met een psychiatrisch ziekenhuis (focusgroep geriatrische revalidatie, 17 december 2002).

⁷⁹ In deze tabel worden respectievelijk de scores van de top, de scores van geriatrie, de scores van cardiologie, de algemene score van het ziekenhuis, het gemiddelde van de 4 ziekenhuizen en de score van de BPO-database weergegeven.

Het symbooltje in de tabel wijst op een relatief laag aantal respondenten (kleiner of gelijk aan 3). Wees dus voorzichtig bij de interpretatie van deze scores!

Case 2

Algemene situering

Dit ziekenhuis is een openbaar algemeen ziekenhuis. Het telt 567 erkende bedden. In het jaar 2001 waren er 21 435 opnames voor een klassieke hospitalisatie en 165 009 ligdagen. De gemiddelde ligduur bedroeg 7,64 dagen. De bezettingsgraad lag gemiddeld rond de 80,16%. Daarnaast werden er 17 418 daghospitalisaties uitgevoerd (incl mini en maxi forfaits). De dienstverlening wordt gewaarborgd door de inzet van 1500 medewerkers en 140 gespecialiseerde geneesheren en geneesheren in opleiding (kerncijfers 2001).

Korte evolutie en historische achtergrond van het ziekenhuis

De ontwikkeling van een *nieuwe organisatiestructuur*, de uitbouw van *verdere samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen* en de *installatie van een Nieuwe Raad van Beheer* waren voor de organisatie als geheel belangrijke veranderingen in het jaar 2001. Deze veranderingen hebben een grote invloed op de structuur en werking van de organisatie voor de komende jaren. De nieuwe organisatiestructuur werd doorgevoerd om enerzijds de behandel- en zorgprocessen nog beter af te stemmen op de noden van de patiënten en anderzijds om de organisatie flexibeler en efficiënter te besturen.

Kwalitatief hoogstaande verzorging bieden staat centraal in de opdrachtsverklaring van deze organisatie. Het ziekenhuis is een pluralistisch en staat bijgevolg open voor de verschillende levensbeschouwelijke overtuigingen. Naast de lokale geneesactiviteiten wil deze organisatie ook een topklinische functie uitoefenen ten opzichte van de helft van de provincie.

De kwaliteitsmissie luidt als volgt: “*Vriendelijke en professionele zorg met respect voor iedereen*” (kerncijfers 2001 en focusvergadering top, 19 december 2002). Eén van de doelen van de ‘kanteling’ van de organisatiestructuur is om de medewerkers dichterbij deze doelstelling te brengen.

De slogan is verder uitgewerkt in een 13-tal subdoelstellingen die op verschillende plaatsen in het ziekenhuis worden opgehangen (Jaaroverzicht 2001).

In de praktijk wordt deze kwaliteitsmissie gerealiseerd door talloze kleine en grote *kwaliteitsprojecten* en doorgedreven verbeterinspanningen. Daarbij wordt de patiënt zoveel

mogelijk centraal gesteld. Mits de patiënten de enige bestaansreden zijn van het ziekenhuis, wordt kwaliteit immers zoveel mogelijk vertaald als patiëntvriendelijkheid.

Om de *professionele* zorg te waarborgen heeft men de laatste jaren heel wat projecten - voornamelijk op vlak van automatisering- doorgevoerd. Zo heeft de dienst cardiologie bijvoorbeeld in het jaar 2001 een derde catheterisatiezaal in gebruik genomen. Sinds 1 oktober 2001 is er ook een nieuwe geneesheer actief voor de bijkomende activiteiten op het vlak van interventionele cardiologie. Om de dienstverlening aan hartpatiënten te optimaliseren willen de cardiologen op korte termijn nog een aantal andere initiatieven uitwerken.

Sinds oktober 2001 beschikt het ziekenhuis ook over een Revalidatie- & Gezondheidscentrum (Rego). Dit centrum legt meer en meer de nadruk op preventieve maatregelen voor een goede gezondheid.

In de zomer van 2001 startte het ziekenhuis ook met de implementatie van de eerste onderdelen van het *elektronisch patiëntendossier*. Dit dossier heeft als doel de (geautoriseerde) computergebruikers zoveel en snel mogelijk toegang te verlenen tot de juiste patiëntinformatie.

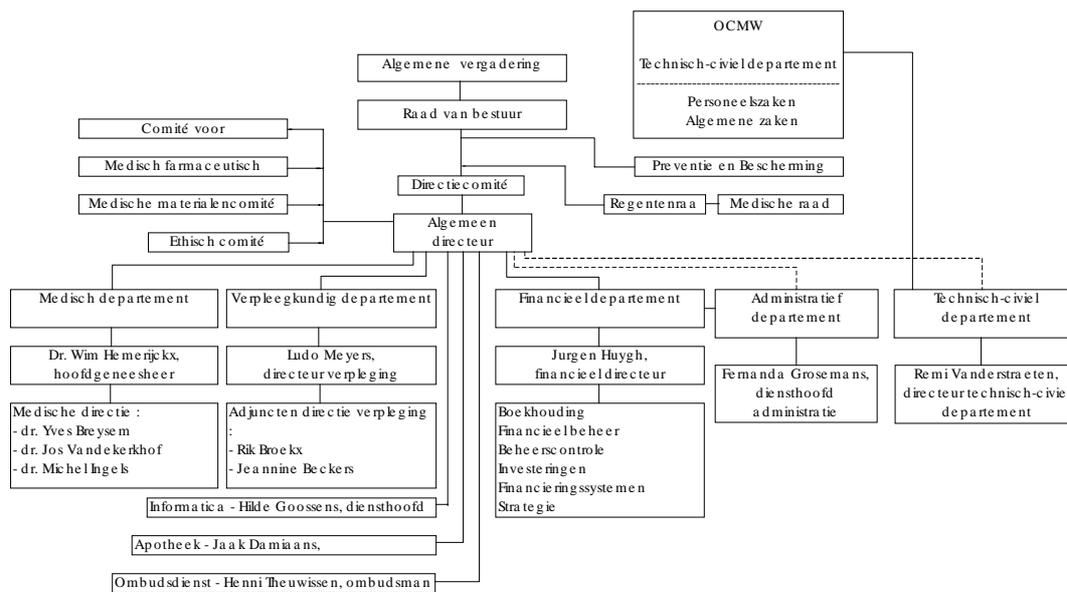
De veranderingen die relevant zijn voor het kantelingsproces worden verder in deze case-studie meer in detail beschreven.

In het waarmaken van de dagelijkse ‘vriendelijke en professionele zorg’ in alle geledingen van het ziekenhuis voert men een ethisch en modern *personeelsbeleid*. In dit beleid heeft men vooral aandacht voor een degelijke verloning, soepele arbeidsvoorwaarden en een goede begeleiding van de medewerkers

(Jaarverslag 2001).

Management en Organisationsdesign **Vorige organisatiestructuur**

Het organogram zag er tot 2000 als volgt uit:



Deze organisatie was tot 2000 dus voornamelijk *functioneel* gestructureerd en was zoals de meeste ziekenhuizen opgedeeld in 4 grote departementen: het verpleegkundig, het medisch, het financieel-administratief en het technisch-civiel departement. Deze structuur was gebaseerd op de verschillende functionele gebieden die aanwezig zijn in het ziekenhuis en hield weinig rekening met het feit dat een patiënt gedurende zijn verblijf gebruik maakt van de dienstverlening van verschillende departementen (Jaarverslag 2001).

Deze structuur kent 4 managementlagen:

- **de Raad van bestuur:** die is eindverantwoordelijk voor het geheel functioneren van het ziekenhuis en speelt met name ten aanzien van de strategische beleidsbepalingen een belangrijke rol.
- **het Directiecomité:** is zowel belast met strategische, tactische en operationele vraagstukken.
- **de Medische directie en de directie Verpleging:** ondersteunen de hoofdgeneesheer c.q. directeur verpleging en anderzijds de medische diensten respectievelijk de verpleegkundig afdelingshoofden.
- **de leiding op de werkvloer:** veelal bestaande uit diensthoofden, verpleegkundig afdelingshoofden en/of geneesheerdiensthoofden, die vooral belast zijn met de operationele gang van zaken.

De strategische- en ten dele ook de tactische- managementlaag van het ziekenhuis wordt gevormd door de raad van Bestuur en het directiecomité. De leiding op de werkvloer vormt de operationele managementlaag. Een *tactische managementlaag* met expliciete verantwoordelijkheden en bevoegdheden ontbreekt, zij het dat dit gedeeltelijk- zowel ten aanzien van tactische als operationele vraagstukken- ingevuld wordt door de medische directie en de directie verpleging. Dit leidt ertoe dat in de praktijk het directiecomité belast wordt met een groot aantal tactische en operationele vraagstukken. Bijgevolg is het noodzakelijk dat de vakinhoudelijke kennis, die zich vertaalt in de verschillende disciplines die deel uitmaken van het directiecomité, ook aanwezig is op het directieniveau (Ontwerp nieuwe hoofdstructuur van dit ziekenhuis door Zorg Consult Nederland, 2001).

Veranderingsproces

Zoals eerder vermeld waren in het jaar 2001 de ontwikkeling van een nieuwe organisatiestructuur, de uitbouw van verdere samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen en de installatie van een nieuwe Raad van Bestuur belangrijke punten voor de organisatie als geheel.

Voor het kantelingsproces is voornamelijk dit eerste punt, nl. een nieuwe organisatiestructuur, van belang.

Met het *kantelingsproces* heeft het ziekenhuis een wezenlijke en allesomvattende organisatieverandering ingezet. De motivatie voor het kantelen vertrekt vanuit een strategische visie van het ziekenhuis.

Het doel van dit kantelingsproces is drievoudig:

- Met deze nieuwe organisatiestructuur zou het mogelijk moeten zijn om de behandel- en zorgprocessen nog beter af te stemmen op de noden van de patiënten.
- Ten tweede zou die structuur tot meer decentrale besluitvorming moeten leiden.
- Ten derde zou de structurele samenwerking tussen de artsen en de verpleegkundigen moeten verbeteren.

De eerste doelstelling, nl. betere *zorgprocessen*, is eigenlijk de voornaamste doelstelling van het kantelingsproces van dit ziekenhuis. Het is belangrijk dat daar expliciet aandacht aan besteed wordt, want kanteling betekent niet noodzakelijk meer procesgerichtheid. Het leidend principe bij het kantelingsproces is dat de patiënt centraal moet staan.

Het kantelingsproces wordt op een weldoordachte manier aangepakt en begeleid door Zorgconsult Nederland, samen met een vijftiental (adjunct-) directieleden en dokters. Er werd gekozen voor een combinatie van ontwerp- en ontwikkelbenadering. Er wordt daarbij voornamelijk met richtlijnen (en dus geen standaardprocedures) gewerkt. De implementatie ervan gebeurt door de zorgmanagers zelf.

In de toekomst zal het ziekenhuis uit twaalf verschillende *zorggroepen* bestaan (infra, organogram). Binnen elke zorggroep worden een aantal disciplines samengebracht in één organisatorische éénheid, waarbij de leiding wordt genomen door een tandem: een zorgmanager en een medisch manager met als coach directeur patiëntenzorg, respectievelijk medisch directeur. Dit team van zorgmanager en medisch manager heeft een gezamenlijke verantwoordelijkheid en zij moeten samen beslissingen nemen. De zorgmanager is voldoende vertrouwd met het primaire proces en heeft voldoende inzichten en vaardigheden voor bedrijfsvoering.

Dokters, verpleegkundigen en andere medewerkers komen door deze nieuwe structuur dichter bij elkaar en vooral dichter bij de patiënt te staan. De kwaliteit van de zorgverlening en de werktevredenheid moeten hierdoor verder stijgen.

De voornaamste *ontwerpcriteria* die gebruikt werden bij het ontwerp van de nieuwe hoofdstructuur worden hieronder weergegeven:

- Ketenzorg: Zoveel mogelijk disciplines rondom een dienst of patiëntengroepering dienen binnen één zorggroep gebracht te worden, zodat daarbinnen zoveel mogelijk totale zorg en behandeling verleend kan worden.
- Functionele verwantschap: binnen de zorggroepen die uit meer dan één dienst bestaan, dienen die diensten en disciplines die een grote functionele verwantschap met elkaar hebben samengebracht te worden.
- Omvang: De verschillende zorggroepen mogen omwille van gelijkwaardigheid niet teveel in omvang (in termen van fte's en bedden bijvoorbeeld) verschillen en bovendien moet er een goede 'economy of scale' zijn. De omvang en samenstelling van de zorggroepen dient ook zodanig te zijn, dat de zorggroep hierdoor een herkenbare eigen identiteit krijgt en de geneesheren en medewerkers in de zorggroep zich ook goed met de zorggroep kunnen identificeren.
- Managementniveaus: Er moet gewaakt worden dat met de nieuwe structuur er met een minimaal aantal hiërarchische niveaus gewerkt kan worden.

- Span of Control: Het aantal zorggroepen dat gevormd wordt, moet zodanig zijn dat de ‘span of control’ voor de directie acceptabel is/blijft.

Op basis van deze ontwerpcriteria zijn verschillende modellen van clustering besproken en gewogen. Het uiteindelijk resultaat is tot stand gekomen op basis van een uitgebreide consultatieronde van de hoofdgeneesheer met de verschillende diensthoofden. Rekening houdende met enkele reacties van geneesheren, werd definitief voorstel opgemaakt door de stuurgroep. Dit voorstel is vervolgens voor definitieve goedkeuring voorgelegd aan de Raad van Bestuur en de Medische Raad.

De nieuwe structuur van twaalf zorggroepen heeft reeds eind 2000 zijn definitieve vorm gekregen. Negen zorggroepen zullen gevormd worden rond de primaire diensten en drie zorggroepen rond de medisch ondersteunende diensten.

Zorggroep bekken abdomen; Zorggroep hart/long/vaatziekten; Zorggroep inwendige, Zorggroep moeder en kind; Zorggroep neurologie neurochirurgie; Zorggroep raadplegingen, spoed, zintuigeneeskunde; Zorggroep locomotoriek; Zorggroep psychiatrie; Zorggroep oncologie zijn de *zorggroepen rond de primaire diensten*.

Zorggroep peri-operatieve heelkunde; Zorggroep diagnostiek; Zorggroepapotheek, CSA, centrale distributie zijn de drie *zorggroepen rond de medisch ondersteunende diensten*.

De zorggroep Inwendige ziekten en de zorggroep Moeder en kind werden in het jaar 2001 volledig geïmplementeerd.

De zorggroep Inwendige ziekten is een cluster van volgende diensten: geriatrie, autodialyse, Gastro-enterologie, CAPD, Nefrologie, Dieetafdeling, Hospitaaldialyse, Endoscopie, Endocrinologie en Diabetesconventie.

Het kantelingsproces voor ‘geriatrie revalidatie’ is dus al redelijk ver gevorderd. Voor de geriatrie patiënten is er ook een aparte revalidatiezaal en is er ook een goed uitgewerkt ontslagmanagement (Jaarverslag, 2001).

De zorggroep Moeder en Kind omvat de kraamafdeling, Neontologie, Afdeling Kinder- en Jeugdgeneeskunde en reproductieve geneeskunde.

Het is de bedoeling dat zoveel mogelijk andere zorggroepen volgen. De kanteling van iedere zorggroep moet in een aantal *fasen* gebeuren zodat continuïteit en inspraak van alle

betrokkenen gegarandeerd zijn. Effectiviteit van het volledige kantelingsproces kan pas op termijn verwacht worden. Het is immers niet altijd evident om iedereen mee te krijgen met deze verandering en hen geplaast te krijgen te doen, wat hen opgelegd wordt. Het is een leerproces dat tijd vraagt. Om de twee weken komen de zorgmanagers en mensen die de hele patiëntenstroom overzien dan ook samen voor een vergadering van ongeveer 3 uur. In zo'n vergadering wordt telkens één bepaald thema uitgewerkt (vb boordtabel per zorggroep). In dit ziekenhuis wordt dus zeer veel aandacht besteed aan de voorbereiding van het kantelingsproces. Het is trouwens niet alleen de structuur die moet veranderen maar ook de *cultuur*. De eerste taak van 'change management' is immers de barrières van weerstand tot veranderen te doorbreken, gewoontes weg te nemen en dan 'commitment' creëren. 'Commitment' is een absolute kritische succesfactor voor het slagen van een veranderingsproces. Met de nieuwe organisatiestructuur wordt eigenlijk aan het departement zelf gevraagd om mee te werken aan de opheffing van hun eigen departement. Dit komt nogal bedreigend over, maar eens de nieuwe structuur volledig en goed ingebouwd is, zal het op termijn wel de vruchten leveren.

Een voorbeeld van deze weerstand tegen verandering is te vinden bij de dienst cardiologie en bijgevolg staat het kantelingsproces voor de zorggroep waarin de dienst cardiologie werd opgenomen nog in de kinderschoenen. De reden daarvoor is dat aan de top beslist werd om een cluster te maken van een aantal diensten met aan het hoofd één baas. Daar was de dienst cardiologie niet mee akkoord. Volgens hen is dit praktisch niet haalbaar. Momenteel wordt naar een tussenoplossing gezocht.

Een andere hinderpaal is dat de dienst cardiologie niet betrokken werd bij de *beslissing* om over te stappen naar een nieuwe structuur, wel bij de *uitwerking* ervan. Er wordt bijvoorbeeld gevraagd naar de problemen die zij ervaren. Deze worden dan ook zo goed mogelijk opgevolgd.

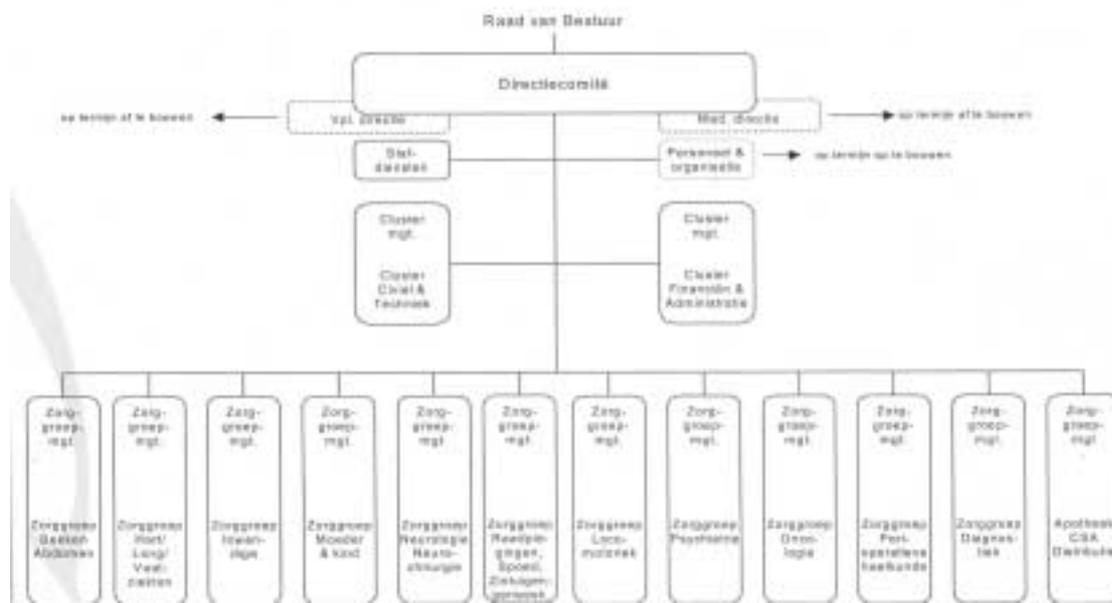
(Ontwerp nieuwe hoofdstructuur van dit ziekenhuis, Zorg Consult Nederland, 2001, focusvergadering top, 19 december 2002 en focusgroepvergadering ischemisch hartlijden, 22 januari 2003).

Naar de toekomst toe wenst men ook een budget per zorggroep in te voeren.

Bovendien wil men evolueren naar een volledig '*service line*' gerichte organisatie, waarbij één iemand verantwoordelijk wordt gesteld voor de hele patiëntenstroom.

In een volgend punt worden voornamelijk de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden van en de relatie tussen de diverse entiteiten (organen) in de nieuwe organisatiestructuur meer in detail besproken (infra).

Nieuwe/ toekomstige organisatiestructuur



Zoals uit het organogram blijkt is de nieuwe structuur een soort *divisiestructuur*.

Op dit organogram van de toekomstige hoofdstructuur vinden we als *toporganen* van het ziekenhuis nog steeds de Raad van bestuur en het Directiecomité terug. Maar nu is er een extra managementlaag gecreëerd nl. het *tactische management*.

Elke zorggroep krijgt in de nieuwe structuur een apart management met vrij veel bevoegdheden. Zoals eerder vermeld bestaat dit management in de meeste gevallen uit een *medisch manager* en een *zorgmanager*. Voor financieel-economische dossiers kunnen ze beroep doen op een manager bedrijfsvoering. Deze managementlaag kan alleen goed functioneren indien het directiecomité in staat en bereid is om de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de tactische en operationele activiteiten aan dit management te delegeren. Het directiecomité stelt daarbij de kaders en randvoorwaarden vast en beoordeelt het tactisch management op de naleving hiervan.

Door deze decentralisatie van bevoegdheden zou het mogelijk moeten zijn om sneller en beter in te spelen op nieuwe ontwikkelingen.

Door de creatie van deze nieuwe managementlaag verandert dus de rol van het directiecomité, de samentelling en de omvang!

Met de vorming van een tactische managementlaag, kan het directiecomité zich veel meer en sterker gaan richten op de strategische vraagstukken van het ziekenhuis. Managementkwaliteiten zijn nu belangrijker dan de vakinhoudelijke kennis.

De externe consultant heeft de voorkeur om het directiecomité op termijn te laten evolueren tot een driehoofdig team. Naast de verplichte vertegenwoordiging van de medische en verpleegkundige discipline wordt geopteerd om iemand met een bestuurlijke c.q. financieel-economische achtergrond in het directiecomité op te nemen.

Het financieel-administratief en technisch-civiel departement wordt qua management gepositioneerd op het niveau van de zorggroepen. Daarbij moeten waarborgen gecreëerd worden voor een goede consultatiefunctie met het directiecomité.

Voor meer details van deze nieuwe structuur en het volledige kantelingsproces wordt verwezen naar: “Ontwerp nieuwe hoofdstructuur van dit ziekenhuis door Zorg Consult Nederland, 2001.”

Beheerscontrole en coördinatiemechanismen

In dit deel worden de voornaamste instrumenten die gebruikt worden voor beheerscontrole en coördinatiemechanismen besproken. Een aantal van deze instrumenten situeren zich op het globale ziekenhuisniveau, terwijl andere instrumenten/mechanismen specifiek op de dienst cardiologie en/of geriatrie gebruikt worden. Indien het om specifieke instrumenten voor cardiologie en/of geriatrie gaat, wordt het type focusgroep waarop dit besproken werd vermeld.

Beheerscontrole

Naar de toekomst toe wil men komen tot resultaatverantwoordelijke zorggroepen. De zorggroepen zullen aan de hand van een beleids- en jaarplan en budget werken. Daarin

worden de beleidsdoelstellingen en –kaders aangegeven alsook de middelen die ervoor ter beschikking staan.

Binnen de met het directiecomité afgesproken beleidlijnen en centrale kaders is het zorggroepmanagement in belangrijke mate autonoom om beslissingen te nemen ten aanzien van operationele en tactische vraagstukken binnen de zorggroep. Dit moet wel gebeuren in samenspraak met de in de zorggroep werkzame geneesheren en leidinggevendenden. Besluitvorming geschiedt zoveel mogelijk op basis van consensus. Ingeval van ontbreken van consensus kan het onderwerp aan het directiecomité worden voorgelegd.

Het zorggroepmanagement heeft wel niet de bevoegdheid om beslissingen te nemen die liggen op het vlak van professionele autonomie van de geneesheer in de relatie met de individuele patiënt.

Het zorggroepmanagement moet periodiek rapporteren aan het directiecomité. Tussen directiecomité en zorggroepmanagement worden managementcontracten afgesproken. De vorm en inhoud ervan wordt specifiek uitgewerkt door de projectgroep *Boordinstrumentarium (Ontwerp nieuwe hoofdstructuur van dit ziekenhuis, 2001)*.

De *sturing* gebeurt dus voornamelijk aan de basis (door de geneesheren). De dienst cardiologie kan eigenlijk als een KMO beschouwd worden. Hoewel de cardiologen zelfstandig zijn, wordt er gewerkt met één globale pool voor alle cardiologen samen. De dienst cardiologie mag autonoom beslissen wat met deze pool gedaan wordt. Als middelen nodig zijn (voor iets dat ze zelf niet kunnen financieren), dan moet vaak wel lang gewacht worden op een antwoord van de directie (focusgroepvergadering ischemisch hartlijden, 22 januari 2003).

Op de dienst cardiologie worden geen *gegevens per patiënt* verzameld. Dit is weinig zinvol, omdat de patiënten op cardiologie een zeer heterogene groep zijn. Met gegevens per patiënt kan bijgevolg weinig gedaan worden. Voor revalidatie daarentegen is dit voor de cardioloog persoonlijk wel nuttig.

Op de dienst cardiologie worden wel maandelijks gegevens verzameld. Zo weet men bijvoorbeeld zeer goed hoeveel patiënten een bepaalde behandeling ondergaan hebben, Maar deze gegevens worden allemaal door de dienst cardiologie zelf verzameld. Deze gegevens worden dan ook gebruikt voor eventuele bijsturing.

Eigenlijk is het de taak van de directie om de nodige gegevens te verzamelen. Er ook meer en meer gesproken over boordtabellen, maar daar staan zoveel gegevens in die eigenlijk weinig nut hebben. De directie verzameld ook wel al de financiële gegevens ed, maar daarvan krijgt de dienst cardiologie zeer (te) weinig informatie van, ofwel wordt deze informatie veel te laat medegedeeld (focusgroepvergadering ischemisch hartlijden, 22 januari 2003).

Coördinatiemechanismen

Bij de ontwikkeling van het kantelingsproces wordt ook aandacht besteed aan de *overlegstructuren*. De uitgangspunten voor de uitbouw van de (nieuwe) overlegstructuren zijn:

- eindverantwoordelijkheid ligt bij de Raad van bestuur
- gedelegeerde verantwoordelijkheid ligt bij het directiecomité. Het overleg directie comité zal bijgevolg een minder operationeel karakter krijgen. Het accent zal primair komen te liggen op bespreking van tactische en strategische onderwerpen.
- het zorggroepmanagement legt verantwoording af aan het directiecomité
- binnen de met het directiecomité gemaakte afspraken werkt het zorggroepmanagement autonoom

Op basis van deze uitgangspunten, zou men naast het *Overleg Raad van Bestuur-Directie comité* en het *Overleg Directiecomité* ook nog volgende overlegorganen willen invoeren:

- *Breed Management Overleg*: dit overlegorgaan moet één keer per kwartaal plaatsvinden en moet bestaan uit het directiecomité en alle zorggroepmanagers. Het algemene beleid van het ziekenhuis, de begroting en afstemmingsvraagstukken tussen de zorggroepen zijn mogelijke onderwerpen van dit overlegorgaan.
- *Portefeuillehoudersoverleg*: Om te vermijden dat men met een te grote groep zorgmanagers zou vergaderen, opteert men ervoor om een overleg met portefeuillehouders te organiseren. In dit overleg moeten de onderwerpen aan bod komen die betrekking hebben op de portefeuilles en de onderwerpen die afstemming vragen over de zorggroepen heen. Vanuit het directiecomité wordt dit overlegorgaan voorgezeten door de hoofdgeneesheer voor het overleg met de medische managers, terwijl het overleg met de managers zorg/bedrijfsvoering wordt voorgezeten door de directeur verpleging. Het directiecomité zal bepalen welke andere leden aan dit overleg deelnemen.

- *Bilateraal overleg Directiecomité-zorggroepmanagement:* Voor specifieke zorggroepaangelegenheden moet periodiek overleg plaatsvinden tussen het directiecomité en het zorggroepmanagement. In dit overleg moet het functioneren van de zorggroep in de meest brede zin van het woord aan bod komen.
- *Overleg stafdiensten en -functionarissen*

(Ontwerp nieuwe hoofdstructuur van dit ziekenhuis door Zorg Consult Nederland, 2001)

Door de invoering van de zorggroepen ontstaat het gevaar dat er zich een groot aantal kleine ziekenhuisjes gaan vormen, die ieder voor zich en desnoods ten koste van van elkaar optimaal willen presteren. Daarom is het wenselijk en noodzakelijk dat er een beleidsmatige afstemming en *coördinatie* tussen en over de zorggroepen heen is.

Voor medische onderwerpen zal deze verantwoordelijkheid voor coördinatie voornamelijk bij de medisch manager liggen, en dit in nauwe samenspraak met de hoofdgeneesheer. De medisch manager moet richting de hoofdgeneesheer als adviesorgaan fungeren. Dit vereist dat hij/zij over de grenzen van de eigen zorggroep heen kan kijken en op enig moment de belangen van het totaal in acht te nemen en prioritair te stellen boven de belangen van de eigen zorggroep.

Voor verpleegkundige onderwerpen zijn het de managers zorg, in samenspraak met de directeur verpleging, die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie (Ontwerp nieuwe hoofdstructuur van dit ziekenhuis door Zorg Consult Nederland, 2001).

Naast deze overlegstructuren en coördinatiemechanismen, is men -zoals eerder vermeld- in het jaar 2001 ook gestart met de invoering van een *elektronisch patiëntendossier*. Het elektronisch patiëntendossier bestaat uit 4 grote modules:

- 1.*Resultatenserver:* Deze server is met laboresultaten en radiologieprotocols actief op alle diensten van het ziekenhuis. Enkel de geneesheren en de geneesheer-assistenten hebben toegang tot deze server.
- 2.*Elektronisch medisch dossier:* Dit dossier is vooral bedoeld als verslaggeving voor de artsen.
- 3.*De ordercommunicatie:* Dit maakt het mogelijk om afspraken te plannen en aanvragen te verrichten van medische beeldvorming, klinische biologie, dieetaanvragen, voorschriften apotheek...Het onderdeel elektronische voorschriften is operationeel; de andere toepassingen nog niet.

4. *Het verpleegkundig dossier*: Dit dossier is nog niet in gebruik. Eén van de redenen daarvan is dat het nog niet mogelijk is om volledig draadloos te werken. Men heeft er ook voor geopteerd om eerst het verpleegkundig dossier op papier goed op punt te stellen vooraleer men start met de automatisering ervan.

Momenteel werken de geneesheren ook met een *ultra-agenda*. Ultra-agenda is een toepassing van intranet voor gehospitaliseerde en ambulante patiënten. Bovendien kan men daarmee ook toestellen, zalen en andere middelen plannen volgens verschillende methodes. Dit project komt zowel de geneesheren als de patiënten ten goede.

Dit systeem wordt nu ook gelinkt aan het elektronisch patiëntendossier. Zo kan iedere geneesheer van het ziekenhuis rechtstreeks vanuit het dossier van een patiënt een afspraak vastleggen. In de toekomst zal dit elektronische afsprakensysteem ook opengesteld worden voor huisartsen en specialisten vanuit de privépraktijk (Jaarverslag 2001 en focusgroep top, 19 december 2002).

Sinds 1988 is men gestart met de invoering van een *elektronisch dossier* op de afdeling *cardiologie* en dit is sinds 1992 in werking. Maar dit systeem is verschillend van het centraal medisch dossier dat op het ziekenhuisniveau gebruikt wordt. Dit is een gevolg van het feit dat het ziekenhuis te laat naar het informaticagebeuren is overgestapt, met als gevolg dat de dienst cardiologie dus zelf een systeem ontwikkeld heeft. Er is dus geen integratie mogelijk tussen het systeem dat de dienst cardiologie gebruikt en het systeem dat het ziekenhuis gebruikt.

Op verpleegkundig gebied werkt men nog niet zo geïnformatiseerd, mede omwille van het feit dat men daar mogelijks veel tijd zou mee verliezen (vb paswoord ingeven ed). De voorschriften worden daarentegen wel elektronisch (focusgroep ischemisch hartlijden, 22 januari 2002).

Wat het *zorgtoewijzingsstelsel* betreft, worden de patiënten elke avond aan verpleegkundigen toegewezen. Er wordt getracht om zoveel mogelijk dezelfde verpleegkundigen aan dezelfde patiënten toe te wijzen. De verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de volledige zorg. De afspraken met de artsen gebeuren wel via een afzonderlijk plan.

Voor de *coördinatie van het traject* van een patiënt voor ischemisch hartlijden is de cardioloog waarschijnlijk de meest geschikte persoon. In deze organisatie is de patiënt verbonden aan één cardioloog. Het is de cardioloog die beslissingen neemt in verband met

zorg ed. voor de patiënt, ook al komt de patiënt bijvoorbeeld binnen op spoed. Er wordt weliswaar beroep gedaan op andere mensen voor subspecialistische zorg, die bijvoorbeeld een aantal bijkomende testen uitvoeren. Maar de patiënt heeft op deze manier toch het gevoel dat er slechts één iemand verantwoordelijk is voor hem/haar.

In dit ziekenhuis werken zes cardiologen en is er een soort van matrixstructuur. Iedere cardioloog heeft zijn taken en verantwoordelijkheden (vb iemand verantwoordelijk voor patiënten/ iemand verantwoordelijk voor cat-lap/....).

De verpleegkundigen worden wel betrokken bij de werking van de dienst en bij de bespreking van de patiënten met de zorgmanager (focusgroepvergadering ischemisch hartlijden, 22 januari 2003).

Op de dienst cardiologie wordt momenteel nog niet met *klinische paden* gewerkt. De mensen kennen de procedures wel, maar deze staan nog niet op papier. De hospitalisatieduur is ook zeer kort op de dienst cardiologie, met een hoge turnover (focusgroepvergadering ischemisch hartlijden, 22 januari 2003).

Procesgerichtheid in de organisatie (BPO)

	ZH4 TOP	ZH4 G	ZH4 C	ZH4	Gem 4 ZH	Benchmark D
aantal respondenten	4.00	5.00	1.00	10.00		
BPO-score	3.30	3.30	3.64	3.31	3.48	3.16
Process View	8.50	8.60	8.00	8.50	9.50	9.40
Process Jobs	12.50	12.65	13.00	12.61	12.91	12.50
Management/measures	15.25	15.08	19.00	15.35	15.88	16.30
Conflict	26.25	29.20	25.00	27.69	25.22	18.80
Connectedness	27.25	28.85	32.00	28.47	26.72	25.22
Esprit de Corps	25.50	28.30	22.00	26.56	23.73	23.50
Performance	4.00	4.00	4.00	4.00	3.40	3.60

Tabel: detail ziekenhuis

Voornaamste vaststellingen:

- Dit ziekenhuis scoort voor de BPO-componenten relatief laag, terwijl het voor de dimensies van de BPO-impact telkens boven het gemiddelde van de 4 ziekenhuizen scoort. Hoewel in dit ziekenhuis de proces-oriëntatie dus eigenlijk nog niet formeel geïmplementeerd is (met functiebeschrijvingen, performantiemaatstaven ed), heerst er wel al een sfeer/cultuur van procesgerichtheid.

- Cardiologie heeft een opmerkelijk lage score voor ‘Esprit de Corps’. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het slechts over 1 respondent gaat. Geriatrie daarentegen scoort opmerkelijk hoog voor ‘Esprit de Corps’.

Inter-/ Transmurale samenwerking

Door de jaren heen heeft dit ziekenhuis een traditie van samenwerking uitgebouwd met (huis)artsen, andere zorgverleners en zorgvoorzieningen. Deze traditie krijgt gestalte via overleg en consensus, maar ook via samenwerkingen met externe partners, waarmee jaarlijks nieuwe overeenkomsten worden gesloten (Jaarverslag, 2001).

Er zijn heel wat samenwerkingsverbanden met verwijzende cardiologen. De samenwerking met de thuisverpleging gebeurt op basis van een ontslagbrief. Er is dus geen rechtstreeks persoonlijk contact met de thuisverpleging (focusgroep ischemisch hartlijden 22 januari 2003).

Maar het transmurale aspect is geen prioriteit in het kantelingsproces van dit ziekenhuis. Het komt slechts heel summier aanbod bij de ontwikkeling van het kantelingsproces. Bij het kantelingsproces wordt voornamelijk aandacht besteed aan welke patiënten binnenkomen, maar weinig aan wat er met de patiënten gebeurt na de ziekenhuisopname (focusgroep Top, 19 december 2002).

Case 3

Algemene situering

Deze case beschrijft een algemeen ziekenhuis. Momenteel zijn er twee campi.

Het beschikt over 441 erkende bedden. In 2001 vonden er 14 480 volledige opnames plaats wat resulteerde in 133 489 gepresteerde ligdagen. De medische staf bestaat uit 91 artsen en 9.4 dokter-assistenten. Naast deze medische equipe staan 392 FTE, verpleegkundigen en 38 FTE paramedici in voor de verpleegkundige en paramedische zorgen (restgroep: 8.93 voor o.a. apotheek).

Korte evolutie en historische achtergrond van het ziekenhuis

In 1994 vernietigde de Raad van State de beslissing van het OCMW van Dendermonde om deel te nemen aan de oprichting van een vereniging zonder winstoogmerk die het fusieziekenhuis zou uitbaten. Hiermee kwam een abrupt einde aan een lang voorbereid proces dat zou uitmonden in de fusie van drie (kleine) ziekenhuizen. Hierop volgde een crisissituatie waarin, naast het juridische kluwen, ook een psychosociale knoop diende ontward te worden (Casteleyn, 2002).

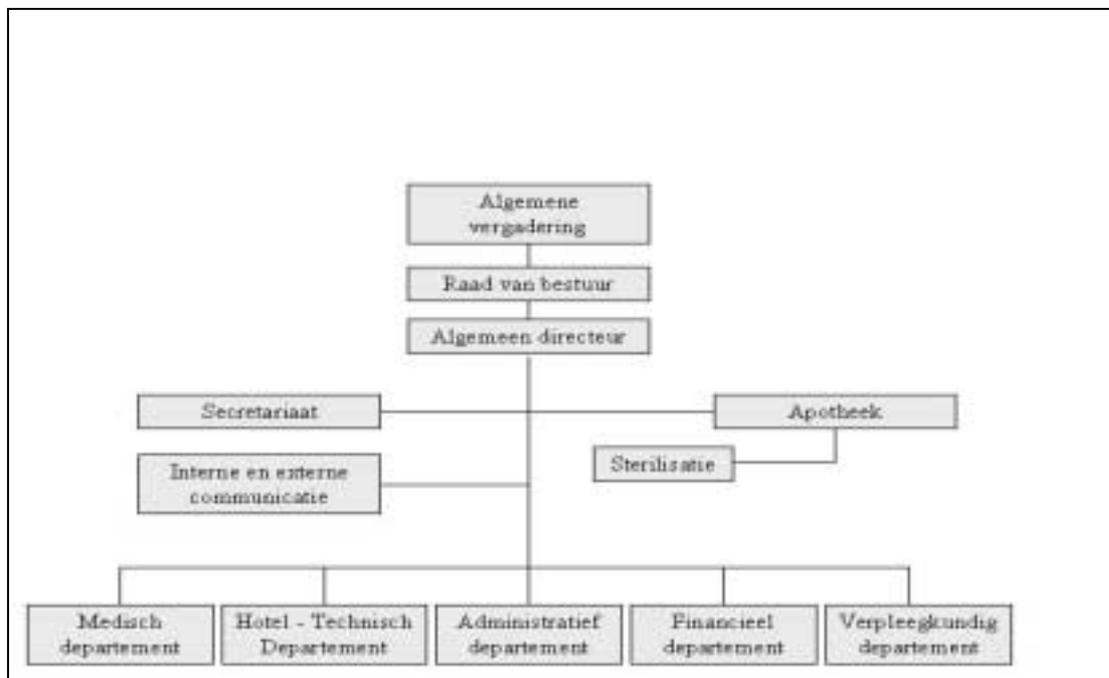
Alle aandacht diende dan ook afgeleid te worden van de interculturele verschillen en moest toegespitst worden op de kwaliteit van zorg. Rechtsgeaarde medici en verpleegkundigen hebben minstens één gemeenschappelijk aandachtspunt: “kwaliteit van de patiëntenzorg”. Daarom werd systematisch onderzoek gestart naar de verwachtingen en behoeften van patiënten en verwijzers. Op deze voedingsbodem groeide een consensus over de uitgangspunten voor een reorganisatie van het zorgproces wat (voorlopig) resulteert in een nieuwe organisatiestructuur (organogram) van het ziekenhuis. Globaal kan gesteld worden dat het ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van een centrale directie uit drie decentrale eenheden bestaat: een zorgdepartement, een zorgondersteunend departement en een organisatie-ondersteunend departement.

De missie van het ziekenhuis werd recentelijk geactualiseerd en berust op volgende peilers: zorgzaamheid (klantenperspectief), niet invasief werken, innovatief werken, netwerkvorming, toegankelijkheid (financieel, wachttijden, culturen,...). (focusgroep top, 28/10/2002)

Management en organisatiedesign

Vorige organisatiestructuur

Voor de huidige organisatiestructuur was het ziekenhuis sterk functioneel opgebouwd. Onder de centrale leiding werd het ziekenhuis opgedeeld in vijf departementen: medisch departement, hotel- technisch departement, administratief departement en het financieel departement verpleegkundig departement. Op onderstaande figuur wordt het oude organigram afgebeeld. De verticale, parallelle lijnen in het organigram zijn duidelijk af te lezen. Er was structureel een sterke opdeling tussen de verschillende beroepsgroepen, wat een zekere autonomie van deze verschillende actoren t.o.v. elkaar impliceert.



Veranderingsproces

Het veranderingsproces in deze organisatie is tot stand gekomen uit de crisissituatie van het fusieproces (cfr. Algemene situering). Door de nadruk te leggen op de patiënt en de verwijzer, gepaard gaande met het systematisch onderzoeken van de tevredenheid en verwachtingen van patiënten en verwijzers, is er een consensus bereikt betreffende de volgende uitgangspunten voor de reorganisatie (Casteleyn, 2002) :

- De kerntaken van de organisatie worden niet meer ingedeeld rond de medische specialismen, maar vanuit zorgbehoeften van patiënten. Leeftijd en pathologie

worden beschouwd als de meest bepalende factoren voor de zorgbehoefte van de patiënt.

- Het organigram zal geen departementen meer omvatten die gevormd zijn rond onderscheiden professionele groepen. Bij de uittekening van de organisatie is het prioritair dat geen barrières weerhouden worden die de interactie van de zorgverstrekkers zou kunnen verhinderen.
- In het organigram moeten tegelijkertijd de diverse functies binnen de ziekenhuisorganisatie onderscheiden worden en de relaties tussen deze functies worden aangegeven. Functies worden hier gedefinieerd als “te onderscheiden klantengroepen”. Het uitgangspunt voor het organogram is “wie is de klant”.
- De reorganisatie wordt duidelijk erkend als een eerste fase die louter op structurele aspecten van de organisatie betrekking heeft. Het is een noodzakelijke voorwaarde, maar geen doel op zich.
- De reorganisatie kan niet gezien worden als een louter intramuraal gebeuren. De fasering impliceert ook dat het ziekenhuis zich inschakelt in een zorgcontinuüm.

De organisatie bevindt zich momenteel nog in fase 1 van het veranderingsproces. Hiermee wordt bedoeld dat enkel de wijziging van het organogram is uitgewerkt en dat de lokalisatie van bepaalde activiteiten werden gewijzigd. Dit werd aanzien als een noodzakelijke voorwaarde, maar geen doel op zich. Fase 2 van het veranderingsproces zal zich toespitsen op het optimaliseren van zorgprocessen. Klinische paden en het kwadrantmodel worden aangegeven als belangrijke instrumentaria om dit verder uit te werken. (focusgroep top, 28/10/2002)

Huidige/ toekomstige organisatiestructuur

In het huidige organogram komen een centrale directie, directie verpleging en hoofdgeneesheer met twee decentrale clusters (het zorgdepartement, het zorgondersteunend departement) en een organisatieondersteunend departement voor. Op onderstaande figuur wordt het huidige organogram weergegeven.

Binnen de algemene directie zijn er vier stafdiensten: datamanagement, kwaliteitscoördinatie, dienst communicatie en een secretariaat.

De volgende hiërarchische entiteit is de 'Directie verpleging en Hoofdgeneesheer'. Opvallend hierbij is dat de koppeling wordt gemaakt tussen het verpleegkundig en het medische korps. De verpleegkundig directeur en hoofdgeneesheer worden in één directie-entiteit opgenomen. Ze worden hierbij ondersteund door volgende stafdiensten: middenkader verpleging, secretariaat verpleging, medische registratie en secretariaat hoofdgeneesheer.

Het zorgdepartement wordt rechtstreeks aangestuurd door de ‘directie verpleging en hoofdgeneesheer’. Het omvat alle diensten die uitsluitend patiënten als directe klanten hebben. Dit departement wordt nog verder ingedeeld in zorgcentra. Hierbij werd zo veel mogelijk rekening gehouden met volgende criteria (H. Casteleyn, 2002):

- (1) Het vormen van patiëntengroepen met maximaal homogene zorgbehoefte. Hierbij werd vooral rekening gehouden met pathologie en leeftijd van de patiënten.
- (2) Optimale benutting van de beschikbare bedden capaciteit. De vorming van homogene groepen kan niet losgezien worden van de bestaande architectuur.
- (3) Internistische en heelkundige behandeling van een zelfde pathologie verenigen.

Elk zorgcentrum wordt geleid worden door een tandem arts – hoofdverpleegkundige (focusgroep Top, 28/10/2002).

Op onderstaande figuur worden de verschillende zorgcentra met hun samenstelling weergegeven (bron: organogram 03/10/02).

Zorgcentra	
Abdominaal centrum	Abdominale chirurgie
	Gastro-enterologie
	Gynaecologie (abdominale pathologie)
	Oncologie
Hart- en vaatcentrum	Cardiologie
	Endocrinologie
	Nefrologie
	Urologie
	Vaatchirurgie
Thoraxcentrum	Pneumologie
	Maxilo-faciale chirurgie
	Neus-Keel-Oor
	Oftalmologie

	Thoraxchirurgie
	Oncologie
Zenuw- en bewegingscentrum	Fysische geneeskunde
	Neurochirurgie
	Neurologie
	Orthopedie
	Reumatologie
Geriatrisch centrum	Geriatric
Pediatriesch centrum	Pediatrie
Moeder en Kind centrum	Gynaecologie
	Neonatologie
Palliatieve eenheid	Geriatric
	Pijntherapie

Het zorgondersteunend departement valt eveneens rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de ‘directie verpleging en hoofdgeneesheer’ en bestaat uit diensten die rechtstreekse klanten/patiënten contacten hebben maar tevens zorgcentra als klanten hebben. In dit luik van de organisatie zijn een groot deel van de medisch-technische diensten ondergebracht. Bepalend is steeds de aard van de klantenrelatie. Zo zullen bepaalde diensten, die vaak als medisch-technische diensten worden bestempeld, bij de zorgcentra (in het zorgdepartement) worden ondergebracht omwille van de eindverantwoordelijkheid die ze hebben voor de verstrekte zorg vb. Hemodialyse (Casteleyn, 2002). Volgende diensten behoren tot het zorgondersteunend departement: apotheek, laboratoria, medische beeldvorming, medisch-logistieke diensten, nucleaire geneeskunde, operatiekwartier, opnameplanning, patiëntenbegeleiding, raadplegingen & functieonderzoeken, revalidatiecentrum, spoedopname, ziekenhuishygiëne (bron : organogram 03/10/02).

Het organisatie-ondersteunend departement heeft geen of uiterst beperkte contacten met patiënten. De voornaamste klanten van dit departement zijn de andere diensten van het ziekenhuis. In dit departement zijn de Technische en facilitaire directie, financiële en

administratieve directie en directie personeelszaken samen met hun respectievelijke secretariaat en stafdiensten ondergebracht.

Beheerscontrole en coördinatiemechanismen

Beheerscontrole

Beheerscontrole heeft voornamelijk te maken met sturing en strategie in functie van de vooropgestelde missie.

De missie van de organisatie werd recentelijk herschreven omdat de oude missie niet meer gedragen werd door de personeelsleden. Deze nieuwe missie is tot stand gekomen op het directieniveau. Uitzonderlijk werd even een stap neerwaarts gemaakt, naar het College van hoofdgeneesheer en medische diensthoofden, om advies in te winnen over bepaalde topics. De missie zal top-down in de organisatie gebracht worden. De belangrijkste krachtlijnen in de huidige missie zijn de volgende: “zorgzaamheid” (klantenperspectief), niet invasief werken, innovatief werken, netwerkvorming, toegankelijkheid (financieel, wachttijden, culturen,...) (focusgroep top, 28/10/2002).

De strategie, gebruikt om de organisatie naar deze missie te sturen, bestaat in hoofdzaak uit volgende componenten: kwadrant (een managementmodel voor zorgexcellentie) (C.Z.V. K.U. Leuven 2000 in Casteleyn, 2002), budgetronde, SLA (Service Level Agreements) en functioneringsgesprekken. Achtereenvolgens zullen deze componenten kort beschreven worden

Kwadrant

Sinds twee jaar wordt gebruik gemaakt van Kwadrant (C.Z.V. K.U. Leuven, 2000). Dit is een EFQM-model aangepast aan de ziekenhuisomgeving, waarbij verschillende doelstellingen op verschillende managementgebieden -in functie van de vooropgestelde missie- worden uitgewerkt en waarvan de performantie nauw gemeten en opgevolgd wordt.

De doelstellingen, proces- en resultaatsindicatoren zijn de eerste keer door de directie op ziekenhuisbreed niveau geformuleerd. Recent werd de opdracht gegeven om tot op dienstniveau een kwadrant op te stellen in functie van het globale kader op ziekenhuisniveau. Het is de bedoeling om heel de organisatie via deze weg te sturen en ook een opwaartse

beweging op gang te brengen (bottom-up) op basis van de doelstellingen van de verschillende diensten.

De controle van de vooropgestelde doelstellingen en de proces- en resultaatsindicatoren gebeurt in principe continu, maar formeel worden deze halfjaarlijks opgevolgd. Het terugkoppelingsmechanisme van de resultaatsgebieden en andere indicatoren staat dus nog niet volledig op punt. De organisatie heeft nog belangrijke informatica tekorten.

Voor dit ziekenhuis is dit een zeer belangrijk instrument. De volgende jaren zullen deze resultaats- en performantie-indicatoren de belangrijkste basis zijn om dit ziekenhuis te sturen (focusgroep top, 28/10/2002).

Budgetronde

Tot vorig jaar dienden de diensthoofden / zorgcentrumhoofden hun jaarplannen uit te schrijven en op basis hiervan een budgetaanvraag in te dienen. Nu wordt aan de verschillende diensten gevraagd om dit jaarplan in te bedden in een lange termijnvisie. De diensthoofden moeten hun plannen en doelstellingen voor de komende jaren voorstellen. In de departementele hoofdverpleegkundige vergaderingen worden reeds bepaalde voorstellen besproken waarbij de hoofdverpleegkundigen zelf kritisch moeten zijn en prioriteiten over de zorgcentra heen moeten maken. Op deze basis wordt vervolgens een budgetaanvraag geplaatst. Het budget wordt dus centraal opgesteld. Er is decentraal weinig tot geen budgettaire autonomie. Elk budget dat wordt toegekend krijgt vanuit de directie een functie en dit moet ook op die manier besteed worden. De tandem arts-verpleegkundige per dienst of zorgcentrum vormt echter wel een sterk, multidisciplinair kanaal in deze vorm van sturing.

Service Level Agreements (SLA's)

Dit zijn service afspraken die dienen gemaakt te worden tussen leverancier en klanten binnen de organisatie. Zo zijn de zorgcentra klant van organisatieondersteunende diensten en bepaalde zorgondersteunende diensten. Zorgondersteunende diensten zijn klant bij de organisatieondersteunende diensten. De klant-leverancier overeenkomsten dienen vastgelegd worden met een 'service level' contract waarin de minimale service wordt vastgelegd. Deze werkwijze staat nog in zijn kinderschoenen maar zal in de komende jaren uitgewerkt worden. Deze SLA's kunnen deels ook als coördinatiemechanismen beschouwd worden.

Incentives

Door de werking van de medische registratie worden belangrijke incentives gegeven om de verblijfsduur stringent te beperken. Zo wordt bijvoorbeeld de gemiddelde ligduur voor

bepaalde DRG's gecommuniceerd per arts (geanonimiseerd voor andere artsen). Wanneer een patiënt in verhouding tot de pathologie te lang op een afdeling verblijft, wordt een verantwoording gevraagd aan de betreffende arts waarom een patiënt nog steeds op de afdeling verblijft (focusgroep geriatrische revalidatie, 17/12/2002). Voor verpleegkundigen worden er wachttijden voor beloproepen geregistreerd en teruggekoppeld. Ook worden de verbruikscijfers van materialen (linnen, incontinentiemateriaal) teruggekoppeld naar de hoofdverpleegkundigen. Dit wordt dan besproken met de departementale verantwoordelijke en zo nodig bijgestuurd (focusgroep geriatrische revalidatie, 17/12/2003).

Functioneringsgesprekken

Functioneringsgesprekken bestonden in het verpleegkundig departement al een geruime tijd. Op het moment van de dataverzameling in dit ziekenhuis waren alle personeelsleden en leidinggevenden bijgeschoold om het principe van functioneringsgesprekken volledig uit te voeren op elke dienst, in elke discipline en in elk departement. Dit is opgenomen in de doelstellingen van alle departementen. Deze sturingsvorm zal de tweede belangrijke peiler uitmaken van de sturing van de organisatie, naast doelformulering en proces – resultaatsindicatoren (focusgroep top, 28/10/2002).

Coördinatiemechanismen

Coördinatie en afstemming kan zich op verschillende niveaus in een organisatie manifesteren. Structurele en informele overlegorganen spelen hierin een belangrijke rol, maar zijn niet de enige afstemmingsmogelijkheden. Klinische paden, protocollen, case-management, communicatiefora en standaardisatie zijn instrumenten die coördinatie in de hand kunnen werken, of beheersbaar maken. Weliswaar zijn deze instrumenten vaak het product van overleg.

Overlegorganen

De belangrijkste overlegorganen worden weergegeven in onderstaande tabel.

Overlegorgaan	hiërarchisch betrokken niveau	disciplines
comité medische materialen	Algemene directie	interprofessioneel
Begeleidingscommissie voor ontslagmanagement	Algemene directie + transmurale participatie	interprofessioneel

	1e lijn	
comité hoofdgeneesheer en medische diensthoofden	Directie Verpleging en Hoofdgeneesheer	medisch multidisciplinair
comité PBW	Algemene directie + floorparticipatie	interprofessioneel
comité voor ziekenhuishygiëne	Algemene directie + middenkader	interprofessioneel
Contactcommissie huisartsen ziekenhuis	Algemene directie+ medische diensthoofden+ medische raad	multidisciplinair medisch transmuraal
Directieraad	Algemene directie	interprofessioneel
ethische commissie	Algemene directie + ruime floor en middenkaderparticipatie	interprofessioneel
financiële commissie	Algemene directie + artsenparticipatie	medisch multidisciplinair
HACCP-werkgroep	Hotel directeur + middenkader	hotel -verpleegkundig
hoofdverpleegkundige vergadering	Vp directeur + middenkader	verpleegkundig
medisch farmaceutisch comité	Algemene directie	interprofessioneel
Ondernemingsraad	Algemene directie	interprofessioneel
paliatief referentieverpleegkundigen	floor	verpleegkundig
paliatief team	Middenkader + floor	interprofessioneel
pastorale afvaardiging	floor	pastoraal + verpleegkundig
Permanent overleg comité	Raad van beheer + medische floor	medisch multidisciplinair
stuurgroep kwaliteit	Algemene directie + floorparticipatie	interprofessioneel
stuurgroep verpleging	Vp directeur +	verpleegkundig

	middenkader	
vast comité rampenplan	Algemene directie	interprofessioneel
werkgroep decubitus	Middenkader + floor	verpleegkundig
werkgroep elektronisch medisch dossier	Middenkader + floor	medisch multidisciplinair
werkgroep referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne	Middenkader + floor	verpleegkundig
ziekenhuis informaticacommissie	Algemene directie + floorparticipatie	interprofessioneel

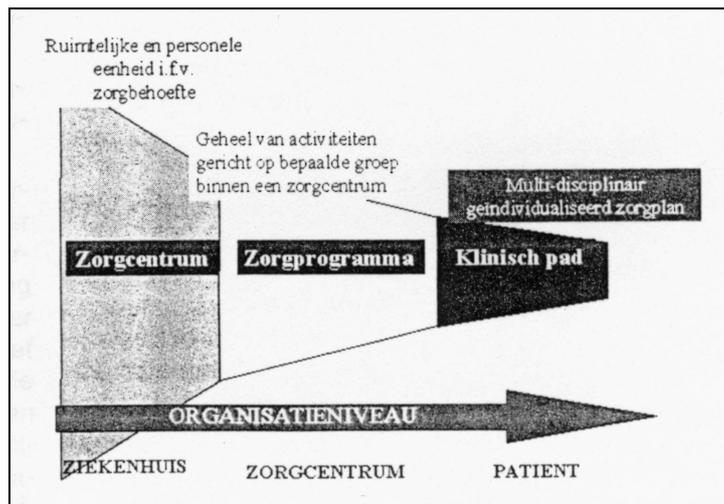
Deze lijst van overlegorganen is een formele exhaustieve lijst van overlegorganen. Toch is het belangrijk te vermelden dat op het niveau van de zorgcentra de tandem arts-hoofdverpleegkundige ook een belangrijke vorm van overlegorgaan is. Het wordt niet formeel vastgelegd dat deze tandem moet vergaderen en overleggen, maar beslissingen en aanvragen, zoals in de budgetronde, zullen door beiden gezamenlijk moeten aangebracht worden.

Naast deze overlegorganen gebeurt er ook nog ad hoc overleg, wat moeilijk objectief in kaart te brengen is. Zo zijn er vb. op de afdeling cardiologie (microniveau) wekelijks interprofessionele vergaderingen waarbij, naast artsen en verpleegkundigen, ook kinesisten, ontslagplanner en sociale dienst mee betrokken worden om de zorg (op patiënteniveau) uit te stippelen. Dit type van overleg is niet te veralgemenen over de verschillende diensten heen. Zo geeft volgend citaat uit een focusgroep aan dat de communicatie tussen de verpleegafdelingen beperkt kan zijn: “ *Dat wordt ook voor een deel in onze doelstelling besproken, wij zouden dat terug voor een stukje willen een beetje invoeren dat de mensen op voorhand gezien worden, wij vinden het een beetje spijtig dat je soms een aantal transferten krijgt en dat je zegt van.... Het is een tekort, inderdaad en als je dat op de dienst ***** ziet, dan komen ze daar toe met de administratieve, verpleegkundige gegevens, maar een formeel overleg met de afdeling mondeling is er eigenlijk niet. Officieel is er een aanvraag die moet ingevuld worden, maar dikwijls...*” .

Klinische paden

Binnen de nieuwe entiteiten (zorgcentra) is men gestart met het uitwerken van concrete zorgpaden. Dit kan nu gebeuren in eenheden die gericht zijn op patiënten met verwante zorgbehoeften en door actoren die zich nu meer verbonden voelen bij de gemeenschappelijke

opdracht in plaats van gescheiden door de verschillende kwalificatie (Casteleyn, 2002). Elk zorgcentrum zal bepalen welke zorgprogramma's ze kunnen aanbieden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de definitie van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Binnen elk zorgprogramma zullen dan verder geïndividualiseerde zorgplannen opgesteld worden onder de vorm van Klinische paden (bron: focusgroep top). Op onderstaande figuur wordt dit schematisch weergegeven (bron: Casteleyn, 2002).



Deze vorm van standaardisatie, coördinatie en afstemming staat nog in zijn kinderschoenen. Er zijn nog maar enkele paden operationeel.

Ontslagmanagement

Bij patiënten wordt op basis van 3 à 4 indicatoren bepaald of een patiënt een risico heeft op ontslagproblemen. Risicopatiënten krijgen een vorm van casemanagement waarbij afspraken en zorgtrajecten worden uitgestippeld voor een individuele patiënt. Deze trajecten en afspraken overschrijden de ziekenhuismuren: 1^e lijnsgeneeskunde en verzorging worden daarbij betrokken.

Protocollen

In de beide floorfocusgroepen wordt aangegeven dat er voor de verpleging standing orders en 'guidelines' zijn uitgewerkt. Of deze protocollen ziekenhuisbreed worden gebruikt en beschikbaar zijn, is evenwel niet duidelijk.

Elektronisch dossier

Deze vorm van communicatie en afstemming is in deze organisatie weinig uitgebouwd. Er worden vele problemen ondervonden met het ontwikkelen en implementeren van het elektronisch dossier. Voorlopig zijn enkel de diensten ORL en gynaecologie ingestapt op een systeem waarin resultaten, uitvoeringen en verslagen worden opgenomen. Het is geïntegreerd op 3 niveaus: per arts, per specialisme en per site. De toegang wordt verleend via permissieprofielen. De verpleegkundigen worden momenteel niet betrokken bij de uitwerking van het elektronisch dossier.

Procesgerichtheid in de organisatie (BPO)



	ZH1 TOP	ZH1 G	ZH1 C	ZH1	Gem 4 ZH	Benchmark D
<i>aantal respondenten</i>	6.00	3.00	6.00	15.00		
BPO-score	3.56	3.38	3.42	3.47	3.48	3.16
Process View	10.33	9.33	9.67	9.87	9.50	9.40
Process Jobs Management/m	12.83	12.00	13.33	12.87	12.91	12.50
Conflict	16.00	15.83	14.67	15.45	15.88	16.30
Connectedness	24.40	23.67	21.50	23.10	25.22	18.80
Esprit de Corps	25.50	23.17	26.00	25.29	26.72	25.22
Performance	24.20	26.00	18.50	22.23	23.73	23.50
	3.67	3.50	2.60	3.23	3.40	3.60

Tabel 1: detail van deze case

Voornaamste vaststellingen:

- Voor alle componenten, behalve voor ‘Process View’ scoort dit ziekenhuis ten opzichte van het gemiddelde over de 4 ziekenhuizen heen relatief laag.
- Cardiologie scoort opmerkelijk laag voor ‘Esprit de Corps’ en voor de algemene performantie van de organisatie. Geriatrie daarentegen scoort het hoogst voor ‘Esprit de Corps’.

Inter-/ transmurale samenwerking

Bij de reorganisatie van het ziekenhuis werd veel belang gehecht aan de transmurale samenwerking waarbij voornamelijk de nadruk werd gelegd op de interactie met huisartsen. Aan de huisartsen werd gevraagd om zich analoog met de zorgcentra te organiseren. Zo is er voor elk zorgprogramma een aanspreekpersoon buiten het ziekenhuis die bij de ontwikkeling

van de klinische paden zal betrokken worden. Deze “referentiehuisarts” heeft dan de verantwoordelijkheid om zijn collega’s te informeren.

Met een universitair ziekenhuis zijn formele en operationele afspraken gemaakt. Bepaalde dagen in de week huren de cardiologen een cathlab-zaal in dit universitair ziekenhuis om hun patiënten te kunnen behandelen met deze technieken. (focusgroep ischemisch hartlijden, 25/11/2002) Een soortgelijke afspraak bestaat er met een ander, regionaal ziekenhuis waar de oncologen gebruik kunnen maken van de bestralingsafdeling van dat regionaal ziekenhuis om hun eigen patiënten daar te bestralen (focusgroep top, 28/10/2002).

Naast deze operationele vorm van samenwerking heeft het ziekenhuis ook formele samenwerkingsverbanden met andere instellingen. Hierbij worden in hoofdzaak afspraken gemaakt i.v.m. doorgeven van informatie en wederzijdse vorming. Deze samenwerkingsverbanden blijven eerder letter en werden tot op heden weinig operationeel uitgewerkt. Het betreft hier vaak verbanden met RVT’s die wegens erkenningnormen een samenwerkingsverband met een ziekenhuis moeten hebben. (focusgroep top, 28/10/2002)

Case 3

Algemene situering

Dit universitair ziekenhuis en bestaat momenteel uit vier campi. De hoofdactiviteiten zijn gehuisvest in een grote campus aan de stad en gedeeltelijk in een kleinere campus gelegen in een meer landelijke omgeving. Enkele diensten zijn nog operationeel in oude gebouwen van dit ziekenhuis maar worden binnen een termijn van enkele jaren allemaal overgeplaatst naar de grote campus. De activiteiten van de vierde, heel kleine campus zijn bijna volledig afgebouwd.

Deze organisatie beschikt over 1897 erkende bedden. In 2001 waren er 63 469 opnames wat resulteerde in 547 550 verpleegdagen. Daarnaast werden er 74 457 daghospitalisaties uitgevoerd. Voor deze dienstverlening worden 7337 personeelsleden ingezet.

Korte evolutie en historische achtergrond van het ziekenhuis

Dit ziekenhuis kent een lange geschiedenis (sinds 1080). De fundamenteën van de missie zijn echter in al die jaren weinig veranderd. Het is een universitair ziekenhuis waar patiënten worden verzorgd, onderzoek gebeurt en onderricht wordt gegeven op academisch niveau.

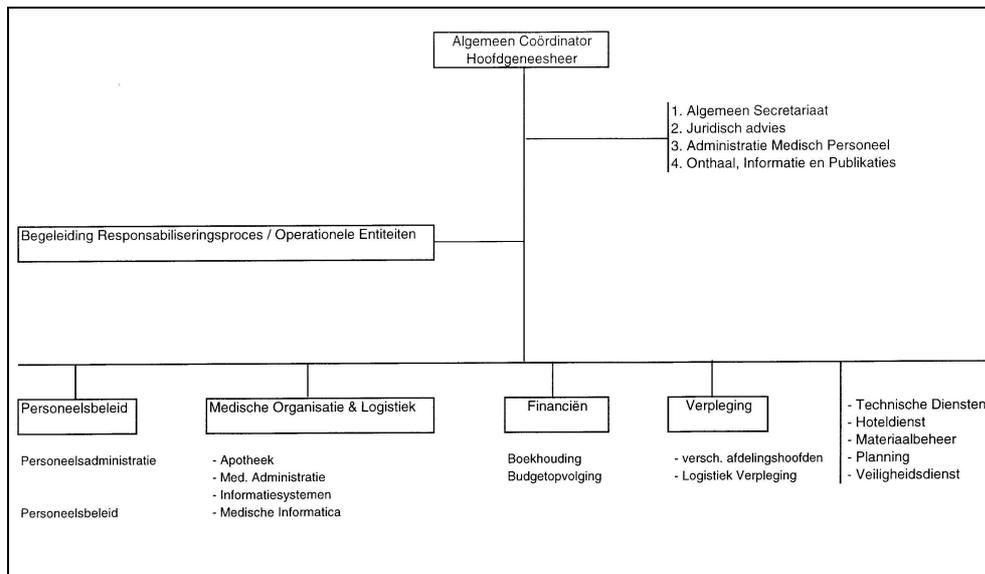
Het denken in functie van patiëntenstromen en het organisatorisch groeperen kent zijn start begin jaren '90. Toen werd er gedacht in termen van patiëntenadministratie en niet (meer) aan ziekenhuisadministratie. In 1995 werden de beddenhuizen zo herschikt dat eenheden, die veel interactie met elkaar hadden, geografisch dicht bij elkaar werden gepositioneerd. Sinds de doorlichting van Mc. Kensie, in 1997, is er decentralisatieproces op gang gebracht waarvan de huidige organisatievorm de intermediaire resultante is.

Tijdens deze veranderingen werd, en wordt, zo veel mogelijk rekening gehouden met volgende strategische peilers: (1) evolueren naar een "responsabiliserend ondernemersmodel" voor de diensten, (2) geïntegreerd benaderen van diensten, (3) expanderen en internationaliseren van onderzoek, opleiding en ontwikkeling, (4) naar een selectievere taakin-vulling, (5) beperkt afbouwen capaciteit.

Management en organisatiedesign

Vorige organisatiestructuur

Op onderstaande figuur wordt het oude organogram weergegeven. Het kende een functionele structuur met een grote beslissingsbevoegdheid aan de top.



Veranderingsproces

De strategie die gevolgd wordt door een organisatie beschrijft de doelstellingen die men wil bereiken op langere termijn. Om de missie van dit ziekenhuis te blijven waarborgen, houdt deze organisatie in hoofdzaak rekening met volgende uitdagingen : de toenemende kloof tussen wat medisch mogelijk is en de middelen die hiervoor beschikbaar zijn ; competitie voor dezelfde middelen vanuit andere ziekenhuizen en gezondheidszorgvoorzieningen ; de moeilijke beïnvloedbare kostenstructuur wegens de hogere gemiddelde kost voor het personeel ten opzichte van het nationaal gemiddelde (numerus clausus vermindert assistenten die door vaste staf dienen opgevangen te worden, leeftijdspyramide medische staf verschuift naar rechts) ; beperking capaciteit wegens groeiend gebrek aan verpleegkundigen ; de sterke inspanningen tot efficiëntieverhoging die al geleverd werden door alle geledingen en die niet oneindig uitbreidbaar zijn.

Om aan deze context een antwoord te bieden werden door de strategische werkgroep vijf uitgangspunten geformuleerd, welke zijn goedgekeurd door het beheerscomité (bron : opdrachtsverklaring en strategie website):

- *evolueren naar een “responsabiliserend ondernemersmodel” voor de diensten.* De medische diensten moeten meer “het lot in eigen handen” nemen. Dit houdt in dat de diensten zelf bepalen hoe en in welke mate zij hun drievoudige opdracht zullen vervullen. Het toekennen van voldoende autonomie aan de diensten impliceert ook een meer doorgedreven financiële verantwoordelijkheid, met een incentivebeleid in functie van het resultaat van de dienst waarbij uiteraard ook rekening dient te worden gehouden met elementen zoals globale solidariteit.
- *“geïntegreerd” benaderen van diensten.* Het ondernemersschap binnen de diensten veronderstelt een geïntegreerd bestuur. Dit betekent dat er een volledig inzicht is in de financiële stromen van de dienst, zowel wat betreft patiëntenzorg (vb. honorariumbilan), academische opdracht (fondsen en beurzen) als expertfuncties (vb. clinical trials). Op deze wijze kunnen geïntegreerde doelstellingen worden geformuleerd en kunnen deze opdrachten op een geïntegreerde wijze worden gestuurd en geëvalueerd.
- *Expanderen en internationaliseren van onderzoek, opleiding en ontwikkeling.* Een verdere academisering van de opleiding, netwerkvorming met andere ziekenhuizen zijn hefboomen om dit universitair ziekenhuis nog sterker te profileren als opleidingscentrum. Deze organisatie wenst hieraan een internationale dimensie te geven in het kader van het netwerk van Europese topuniversiteiten. Pluridisciplinariteit en klinische expertise dienen verder te worden gevaloriseerd.
- *Naar een selectievere taakinvulling.* De structurele financierings- en capaciteitsproblemen van dit ziekenhuis zullen een selectie van activiteiten, dus ook van de zorgverlening, onvermijdelijk maken. Dit impliceert dat bepaalde zorgprogramma's zullen dienen afgebouwd te worden ten voordele van andere. Bij de keuze van deze programma's wordt rekening gehouden met spin-off naar andere zorgverlening, opleiding en onderzoek. Bij de stopzetting van programma's wordt rekening gehouden met mogelijke doorverwijzingen van patiënten naar andere (netwerk)ziekenhuizen.
- *Beperkt afbouwen capaciteit.* Het dalend aantal beschikbare verpleegkundigen en artsen brengt met zich mee dat een beperktere capaciteit kan worden aangewend voor de dienstverlening. Een pro-actief behouds- en rekruteringsbeleid voor verpleegkundigen is in dit verband de belangrijkste prioriteit voor de komende jaren. Daarnaast worden er samenwerkingsovereenkomsten met locoregionale ziekenhuizen

gesloten, met als doel patiënten te verwijzen naar de meest geschikte zorglocatie in functie van hun pathologie.

Eind 1997, begin 1998 vond er in deze organisatie een crisis plaats waarna het beleid, in afwachting van een nieuwe directie, naar het beheerscomité werd getrokken. Door de schaalvergroting van de voorgaande jaren was de “span of control” van de directie te groot geworden. Er ontstond een te grote afstand tussen besluitvorming en de dagelijkse praktijk. Dit leidde tot een bureaucratische en sterk vertraagde besluitvorming. De grote besluitvormingsafstand en een professionele departementale structuur droegen bij tot een verlammende verzuiling waarbij een vervreemding optrad tussen het medisch, verpleegkundig en bedrijfseconomisch beleid. De gevolgen lieten zich voelen onder de vorm van verlaagde zorgkwaliteit, verlaagde efficiëntie, conflicten tussen professionele groepen en slechte rendabiliteit.

In 1999 werd een nieuwe directie aangesteld. Om het hoofd te bieden aan hoger benoemde problemen werden volgende structuuropties genomen: een organieke opdeling in groepen van diensten of divisies ; decentralisatie van besluitvorming op divisieniveau met delegatie van budgettaire en operationele verantwoordelijkheid; een integratie van medisch, verpleegkundig en bedrijfseconomisch beleid door oprichting van een divisiebestuur met een geneesheer, een verpleegkundig en administratief manager (bron : powerpoint presentatie algemeen directeur).

Op projectbasis, mede onder invloed van een doorlichting door Mc. Kensie, werd op het decentrale niveau getracht zorgprogramma's (gehelen van patiëntenstromen) te kwantificeren naar kwalitatieve-, financiële- en capaciteitskenmerken. Deze oefening werd verder centraal uitgewerkt. De basiscriteria voor het samenstellen van de divisies zijn gebaseerd op deze kwantitatieve studies, waarbij men eveneens de interacties tussen medische diensten als ook patiëntentrajecten in kaart heeft proberen te brengen. Deze resultaten werden inhoudelijk getoetst bij de betreffende actoren op “visibility” en combineerbaarheid. De patiënt en zijn traject was dus de basis voor de nieuwe structuur (bron : interview klinisch directeur).

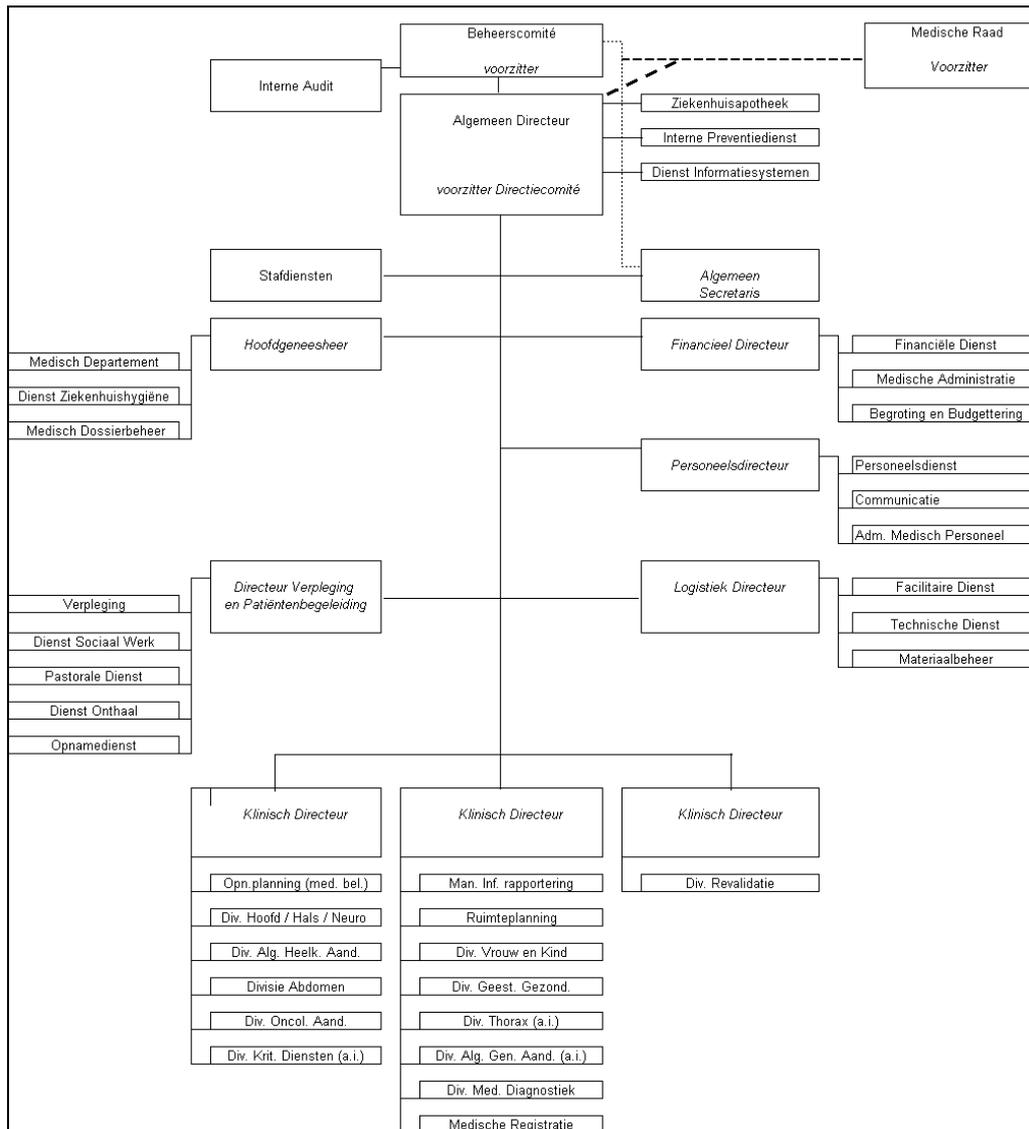
In september 2000 is het nieuwe organisatiemodel in werking getreden. Initieel werkte het beheerssysteem nog heel centraal en was het divisieniveau niet veel meer dan een decentraal overlegorgaan. Vervolgens werden overschotten van investeringsbudgetten aan de divisies

toevertrouwd om deze te gebruiken waar zij dit het meest nodig achtten. Een jaar later werd bijna het volledige investeringsbudget decentraal geplaatst. Nu worden ook de personeelsbudgetten decentraal bestuurd en worden er resultaten aan de decentrale budgettering gekoppeld (bron : interview klinisch directeur).

Het huidige veranderingsproces spitst zich vooral toe op zorgprogramma's (gehelen van patiëntenstromen). Nu is de organisatie meer gedecentraliseerd en zijn de verschillende activiteitencentra (definitie **zie paragraaf 1.2.4**) als kostenplaats benoemd, waardoor er momenteel intern met een voor de eigen organisatie ontwikkelde boekhouding gewerkt wordt. Het begrotingssysteem vertrekt ook van dit eigen model, en niet vanuit het wettelijk, door de overheid opgelegd, systeem. De verdere ontwikkelingen spitsen zich toe op het in beeld brengen van zorgprogramma's (gehelen van patiëntenstromen) en het sturen van de organisatie door middel van deze zorgprogramma's.

Huidige organisatiestructuur

Op onderstaande figuur wordt het basisorganogram van de organisatie weergegeven. In dit organogram komen volgende grote gehelen voor: beheerscomité, directiecomité en drie blokken van meerdere divisies. Het directiecomité is samengesteld uit een algemeen directeur, hoofdgeneesheer, directeur verpleging en patiëntenbegeleiding, financieel directeur, personeelsdirecteur, logistiek directeur, drie klinische directeurs en een algemeen secretaris. De algemene directeur stuurt naast het directiecomité ook de ziekenhuisapotheek, de interne preventiedienst en de dienst informatiesystemen aan. De hoofdgeneesheer is verantwoordelijk voor het medisch departement, dienst ziekenhuishygiëne en het medisch dossier beheer. De directeur verpleging en patiëntenbegeleiding staat aan het hoofd van de verpleging, de dienst sociaal werk, de pastorale dienst, de dienst onthaal en opnamedienst. De financieel directeur stuurt de medische administratie, begroting en budgettering en de financiële dienst aan. De personeelsdirecteur staat aan het hoofd van de personeelsdienst, dienst communicatie en administratie medisch personeel. De logistiek directeur is verantwoordelijk voor de facilitaire en technische dienst als ook voor het materiaalbeheer. De drie klinische directeurs sturen meerdere divisies en/of diensten aan.



Onderstaande figuur is een uitvergroting van het organogram op het divisieniveau. Elke divisie wordt integraal geleid door de driehoek klinisch directeur, administratief en verpleegkundig manager. In het divisiebestuur is eveneens een personeelsmanager opgenomen, maar deze heeft geen lijnverantwoordelijkheid. De klinisch directeur heeft de eindverantwoordelijkheid. Op deze manier komt een decentraal, geïntegreerd en interprofessioneel bestuur tot stand. Elke divisie bestaat uit één tot acht medische diensten die op hun beurt worden geleid door een medisch diensthoofd. Verpleegafdelingen zijn opgehangen aan deze medische diensten. Ze worden bestuurd door de hoofdverpleegkundige in samenwerking met het medisch diensthoofd.

divisie	diensten
vrouw en kind	CME
	kindergeneeskunde
	Neonatologie
	verloskunde- gynaecologie
geestelijke gezondheidszorg	Psychiatrie
Hoofd /hals/ neuro	Neurochirurgie
	Neurologie
	NKO en gelaat en hals- chirurgie
	Oftalmologie
	tandheelkunde/stomato / mondziekten
algemene heelkundige aandoeningen	Orthopedie
	plastische, reconstructieve & esthetische heelkunde
	traumatologische heelkunde
revalidatie	fysische geneeskunde en revalidatie
	Multidisciplinair pijn

	centrum
thorax	bloedings- en vaatziekten
	cardiale heelkunde
	Cardiologie
	pneumologie
	thoraxheelkunde
	vaatheelkunde
algemeen geneeskundige aandoeningen	algemene inwendige
	Allergie
	dermatologie
	endocrinologie
	Geriatric
	reumatologie
abdomen	Abdominale heelkunde
	Endoscopie
	lever-galblaas- pancreas
	maag- en darmziekten
	Nefrologie
	abdominale transplantchirurgie
	Urologie
oncologische aandoeningen	gezwelziekten
	radiotherapie

	hematologie
	oncologische heelkunde
	MBC
kritische diensten	anesthesiologie
	intensieve geneeskunde
	spoedgevallen
medische diagnostiek	forensische geneeskunde
	laboratoriumgeneesku nde
	nucleaire geneeskunde
	pathologische ontleedkunde
	radiologie
	ARL
	universitair centrum voor kankerpreventie
	centrum klinische farmacologie

Beheerscontrole en coördinatiemechanismen

Beheerscontrole

Concept activiteitencentra en zorgprogramma's

In de algemene strategie van het ziekenhuis werd aangegeven dat er gewerkt wordt in de richting van een “responsabiliserend organisatiemodel”. Hierbij werd vermeld dat de diensten geïntegreerd benaderd moesten worden voor hun drievoudige opdracht (patiëntenzorg, academische opleiding en onderzoek). Deze strategie vertaalt zich, in deze organisatie, in een doorgedreven decentralisatiebeweging. De macrostrategieën en algemene beleidslijnen worden nu op het directieniveau uitgetekend. De operationele vertalingen, decentrale

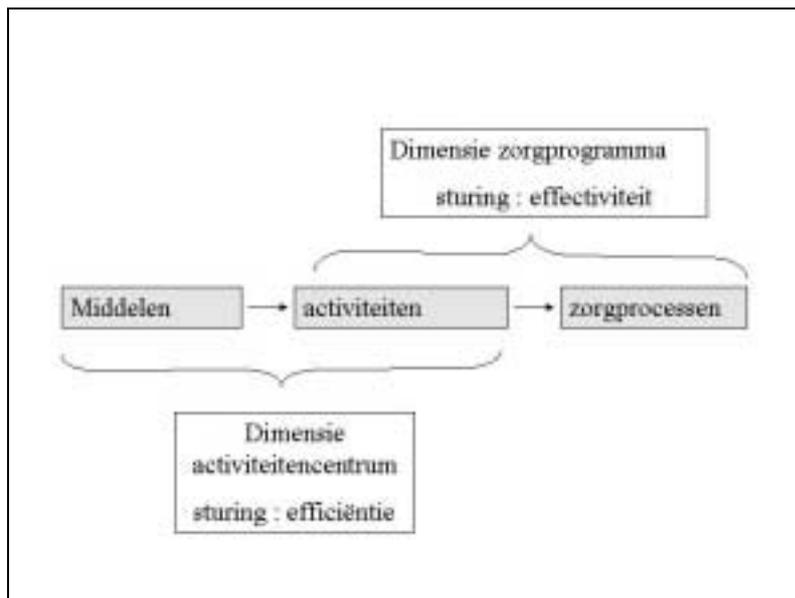
strategieën en dagelijkse probleemoplossingen gebeuren op het divisie- en dienstniveau. Deze invulling doet onterecht vermoeden dat er vooral een top down beleid gevoerd wordt. Bij de strategiebepaling, zowel op macro- als op microniveau, worden artsen echter mee betrokken onder de vorm van sturgroepen. De sturgroep “strategisch medisch beleid“ is daar een voorbeeld van op het macro niveau.

Voor de sturing en beheerscontrole van deze organisatie wordt gebruik gemaakt van het model van Fetter (productline organisatie). Fetter beschrijft 3 clusters *middelen* (vb. mensen, materiaal, infrastructuur), *activiteiten* (vb. maaltijden, rx) en *product – zorgprocessen* (vb. appendectomie, normale bevalling) (bron : powerpoint presentatie klinisch directeur).

In deze organisatie worden de clusters “middelen” en “activiteiten” geaggregeerd onder de noemer “activiteitencentrum”. Dit is, anders omschreven, een operationeel homogene unit die met een welomschreven inzet van middelen (budget) een welomschreven output van medische en niet medische activiteiten genereert en deze activiteiten aanbiedt aan diverse “klanten” als deelbijdrage tot de realisatie van geïntegreerde zorgprocessen. Voorbeelden van activiteitencentra: een hospitalisatieafdeling, een labo, operatiekwartier. Op activiteitencentrum – niveau zal volgens het model van Fetter in hoofdzaak *efficiëntie-sturing* moeten plaatsvinden (bron : powerpoint presentatie klinisch directeur).

Een zorgprogramma is een homogene patiëntengroep naar aard van pathologie en naar zorgbehoefte van de patiënt. In het model van Fetter kan een zorgprogramma beschouwd worden als een aggregatie van activiteiten en zorgprocessen. Deze homogene zorgpakketten, dienstoverschrijdend geconcipieerd als eenheid van het strategische beleid, worden georganiseerd ten behoeve van een bepaalde doelgroep van patiënten (vb. bejaarden) en geconcentreerd rond een bepaalde pathologie of een bepaald type behandeling. Op zorgprogramma-niveau zal, volgens Fetter, in hoofdzaak de *effectiviteit*-sturing moeten plaatsgrijpen (bron : powerpoint presentatie klinisch directeur).

Op onderstaande figuur wordt dit nog eens schematisch weergegeven.



Naast deze vrij abstracte begrippen voor sturing zijn de “medische diensten” de organieke hoekstenen van de organisatie van waaruit een bepaalde activiteit uitgaat en waaraan een aantal activiteitencentra toegewezen zijn. Een medische dienst stuurt een aantal eigen zorgprogramma’s en neemt deel aan tal van andere zorgprogramma’s. Deze aansturing van activiteitencentra, samen met een aantal zorgprogramma’s vormt een matrixsturing. Daarnaast zijn medische diensten een belangrijke entiteit in de inhoudelijke sturing van de medisch professionele aspecten, in het bijzonder opleiding en professionele kwaliteit.

Samenvattend kan dit sturingsconcept opgevat worden in volgende dimensies : (1) WAT (activiteit en prestaties), (2) WAAR (activiteitencentrum), (3) WELK MIDDEL (kostensoort), (4) WIE BETAALT (financiering), (5) VOOR WIE (zorgprogramma), (6) WIE (medische dienst), (7) WANNEER (tijd).

Concreet worden er zowel op top- (directie), divisie-, dienst- en activiteitencentrum-niveau targets uitgezet, gemeten, opgevolgd en geëvalueerd. Deze targets zijn vooropgestelde doelen die aansluiten bij de strategie van een medische dienst, binnen een strategie van een divisie en binnen de algemene strategie van het ziekenhuis. De opvolging van de targets en algemene opvolging zoals MVG en ligduur worden onder de vorm van boordtabellen opgesteld door stafmedewerkers en overgemaakt aan de medische diensten en activiteitencentra. Ook op eigen initiatief worden in de activiteitencentra en medische diensten bijkomende registraties uitgevoerd, geïnterpreteerd en gebruikt voor bijsturing.

Deze sturingsprincipes maken het mogelijk om meer decentraal te budgetteren en het “enterpreneurschap” verder te zetten, lager in de organisatie. Momenteel hebben de divisies al een belangrijke mate van budgettaire autonomie. Zo worden budgetten vastgelegd per divisie. Het divisiebestuur kan deze budgetten (vb. investeringsbudget, personeelsbudget) verschuiven tussen de verschillende diensten binnen een divisie volgens de specifieke noden. Voor werkingskosten zijn de financiële spelregels nog niet volledig uitgewerkt waardoor deze budgetten nog centraal worden beheerd. Het verwisselen van de bestemmingen van het budget (vb. decentraal personeelsbudget omzetten in investeringsbudget) zijn eveneens nog niet toegelaten.

De verdere ontwikkeling van dit sturingsmechanisme spitst zich toe op zorgprogramma’s. Eerst werd er getracht om de activiteitencentra correct te kunnen weergeven en uit te zuiveren. Nu wordt er geprobeerd het volledige traject van een zorgprogramma cijfermatig te capteren om zowel een precies beeld van het proces als van de kostprijs te kunnen weergeven zodat integrale sturing en accurate strategische besluitvorming kan plaatsvinden.

Competentiesturing

Competentiesturing is een tweede belangrijke sturingspeiler van deze organisatie. In dit ziekenhuis wordt veel onderzoek verricht waardoor de zorg snel evolueert. De zorgverleners zijn daarom genoodzaakt om mee te evolueren. De competenties worden gestuurd door duidelijke functieomschrijvingen, functioneringsgesprekken en bijscholingen.

Functieomschrijvingen worden niet statisch, maar eerder dynamisch geformuleerd. Zo wordt er beschreven wat een functie voor verantwoordelijkheden inhoudt, maar niet hoe ze deze zullen moeten opnemen. Het woord “empowerment” wordt hoog in het vandel gedragen.

Ook intervisiemomenten zijn belangrijke competentiesturende mechanismen. Deze worden beschreven bij de coördinatiemechanismen omdat deze ook een belangrijke bijdrage leveren aan de coördinatie tussen zorgverleners.

Coördinatiemechanismen

In deze organisatie zijn er globaal twee soorten coördinatiemechanismen. Enerzijds zijn er de inhoudelijke coördinatiemechanismen en anderzijds de organisatorische

coördinatiemechanismen. Deze twee vormen worden in deze casestudie gedichotomiseerd beschreven, maar vloeien in werkelijkheid voor een stuk door elkaar.

Organisatorische coördinatiemechanismen

De belangrijkste organisatorische coördinatiemechanismen zijn samen te vatten onder volgende kernwoorden: bestaande divisiestructuur, geïntegreerd elektronisch dossier, klinische paden, protocollen.

De bestaande divisiestructuur heeft het medisch, verpleegkundig en financieel-administratief management dicht bij elkaar geplaatst. De belangrijke organisatorische helicopterview over een groep medische diensten die vaak interageren wordt op dit organisatorisch niveau bereikt.

Klinische paden zijn eveneens een belangrijke vorm van coördinatie omdat er een duidelijk, expliciete, multidisciplinaire afspraak wordt gemaakt over een patiëntentraject met inbegrip van een notie tijd of fasering. Deze klinische paden kunnen, naast de dienst en divisiegebonden afspraken voor een stuk ook de interactie tussen diensten van verschillende divisies coördineren.

Een kritische succesfactor in de hele organisatie van dit ziekenhuis is het elektronisch dossier dat volledig geïntegreerd is. Elke patiënt heeft één dossier waar elke arts zijn specifieke plaats heeft binnen dit dossier. Ook aanvragen, resultaten en verpleegkundige zorgen zijn hierin opgenomen.

Stuurgroepen en comités hebben een verschillende taakinfilling. Er zijn heel wat beleidsmatige stuurgroepen en comités die coördinatieaspecten op de agenda plaatsen (vb. operationeel beleid, ruimteplanning).

In het ziekenhuis zijn er zowel op dienstniveau als ziekenhuisbreed vele protocollen uitgewerkt. Deze zijn vaak het product van comités en stuurgroepen maar ook van intervisiegroepen.

Inhoudelijke coördinatiemechanismen: intervisie

Intervisiemomenten intraprofessioneel, maar ook interprofessioneel zijn coördinatiemechanismen die zich in hoofdzaak toeleggen op inhoudelijk aspecten van de

medische, verpleegkundige en multidisciplinaire zorg. Deze intervisiemomenten worden op regelmatige basis (van wekelijks tot tweemaandelijks) gehouden waardoor de continuïteit wordt gewaarborgd. Deze momenten zijn niet louter in de klinische groepen aanwezig, ook management -intervisiemomenten worden georganiseerd. Enkele voorbeelden van intervisiemomenten: “geneesheren intervisie interne”, “geneesheren intervisie heekunde”, “multidisciplinaire intervisie geriatrie” (hoofdverpleegkundigen en genesheren), “intervisie verpleegkundig management” (verpleegkundig managers, directeur verpleging en stafmedewerkers verpleging).

Een andere vorm van inhoudelijke coördinatie is samen te vatten onder de begrippen bijscholing en de uitbouw van expertfuncties. In dit ziekenhuis worden veel mogelijkheden aangeboden tot bijscholing. Deze bijscholingen worden op meerdere niveau’s georganiseerd. Vooreerst wordt op het niveau van de directie een opleidingsboek uitgeschreven waaruit de personeelsleden bijscholingen kunnen kiezen. Daarnaast wordt er tijdens middagpauzes en in avondsessies ook de mogelijkheid geboden om presentaties van wetenschappelijke onderzoeksresultaten bij te wonen. Op verpleegafdeling niveau worden door de hoofdverpleegkundige ook opleidingen georganiseerd. Deze opleidingen zijn meer specifiek gericht op de lokale problematiek. Een tweede belangrijk, inhoudelijk, coördinatiemechanisme ontstaat door het uitbouwen van expertfuncties. Zo worden er verpleegkundig specialisten opgeleid die samen met de geneesheer de zorg mee vorm geeft. Op die manier ontstaan er multidisciplinaire protocollen. Deze verpleegkundig specialisten zijn geënt op een medische specialiteit, maar zijn consulteerbaar over heel het ziekenhuis.

Procesgerichtheid in de organisatie (BPO)



	ZH2 TOP	ZH2 G	ZH2 C	ZH2	Gem 4 ZH	Benchmark D
aantal respondenten	7.00	2.00	12.00	21.00		
BPO-score	4.27	3.86	3.63	3.90	3.48	3.16
Process View	12.71	11.00	10.57	11.41	9.50	9.40
Process Jobs	12.71	12.50	13.53	13.15	12.91	12.50
Management/measures	21.57	19.00	15.89	18.31	15.88	16.30
Conflict	28.39	23.50	25.11	26.06	25.22	18.80
Connectedness	28.57	24.00	25.16	26.45	26.72	25.22
Esprit de Corps	29.14	16.00	22.82	24.50	23.73	23.50
Performance	4.00	3.50	3.45	3.65	3.40	3.60

Tabel 2: detail case 4

Voornaamste vaststellingen:

- Dit ziekenhuis scoort voor alle bevroegde componenten hoger dan het gemiddelde voor de 4 ziekenhuizen.
- De top scoort voor bijna alle componenten opvallend hoger dan cardiologie en geriatrie.

Inter-/ transmurale samenwerking

De samenwerkingsinitiatieven met andere verzorgingsinstellingen en zorgverleners zijn in te delen in 3 niveau's : netwerking, e-communicatie en micro-initiatieven.

Deze organisatie werkt intens aan de uitbouw van een ziekenhuisnetwerk. Zo zijn momenteel al minimum 12 andere ziekenhuizen via dit ziekenhuis verbonden in één netwerk (bron : website ziekenhuis). Binnen deze netwerken worden vooral strategische afspraken gemaakt.

Wat betreft de afstemming met de eerstelijnsgezondheidszorg loopt in dit ziekenhuis momenteel een project waarbij huisartsen hun patiënt kunnen volgen doorheen het ziekenhuis. Er werd een web-based elektronisch dossier ontwikkeld waar de huisartsen de onderzoeksuitslagen en het individueel behandelingsschema van hun patiënt kunnen volgen. Eveneens bestaat de mogelijkheid om, via dit elektronisch medium, opmerkingen aan te brengen of discussies te voeren rechtstreeks tussen huisarts en specialist.

Een derde niveau speelt zich af op een medische dienst of hospitalisatieafdeling. Zo werden er vb. voor het zorgprogramma "ischemisch hartlijden" contacten gelegd met sportclubs om deze mensen op een verantwoorde manier te revalideren (focusgroep ischemisch hartlijden, 2003).

Volledigheidshalve dient ook vermeld te worden dat de sociale dienst van dit ziekenhuis, op aanvraag, voor een individuele patiënt specifieke regelingen zal treffen met andere verzorgingsinstellingen of instanties zoals vb. wit gele kruis.

III.3.2 – Niveau micro

III.3.2.1 - Case 1

- ***Présentation et performance de l'hôpital***

Le cas n°1 porte sur un hôpital privé issu de mutualités. Il est géré par une ASBL mise en place par ces mutualités. Il fut construite en 1974. Il oriente principalement ses activités vers la médecine interne et la chirurgie. Cet hôpital possède une capacité d'accueil de 302 lits pour un taux d'occupation de 87.44 % en 2001. Dans cette même année, il a accueilli 13.611 patients pour une durée moyenne de séjour de 6.94 et un nombre de 94.465 journées d'hospitalisation. Le chiffre d'affaire en 2000 est de 2.519.583.000 FB. Cet hôpital occupe 675 personnes salariées soit 536.16 équivalents temps plein et 72 médecins indépendants (en 2000).

- **Structuration générale de l'hôpital**

Principes de différenciation : une triple structure pyramidale

La départementalisation de cette organisation correspond à un « agencement » de trois structures pyramidales : la structure administrative et gestionnaire, la structure médicale et la structure infirmière. La lecture des documents officiels présentant la clinique nous permettent de cerner cette triple structure pyramidale présentée par trois organigrammes distincts pour chacune de ces fonctions. La départementalisation en ces trois structures pyramidales correspond à une division fonctionnelle du travail entre les médecins, les administratifs et les infirmières. Le *sommet stratégique* et les *fonctions de support logistique* (Mintzberg, 1978) se retrouvent dans la pyramide administrative et gestionnaire. Alors que le *centre opérationnel* (Mintzberg 1978) ayant en charge la prise en charge du patient se divise entre les deux pyramides médicales et infirmières. Les médecins et les infirmières répondent en effet tous deux à l'activité de la clinique au niveau de la prise en charge du patient. Ils constituent deux sous-structures différentes présentées officiellement comme deux pyramides distinctes.

➤ *La pyramide administrative et gestionnaire*

Cette pyramide (voir annexe études de cas niveau micro n°1) comprend les organes de direction du *sommet stratégique* ainsi que les différentes *fonctions de support logistique* qui ne sont pas directement impliquées dans la prise en charge des patients. Le sommet stratégique comprend l'assemblée générale, le conseil d'administration, le directeur générale et différentes instances médicales.

L'*Assemblée Générale* de la clinique comprend des administrateurs des Mutualités Chrétiennes de la ville de N. La modification des statuts, la nomination et révocation des administrateurs, l'approbation des comptes et des budgets sont du ressort de l'assemblée générale. Cette assemblée se réunit de une à deux fois l'an.

Le *Conseil d'Administration* est quant à lui composé pour moitié de membres élus de l'Assemblée Générale et pour moitié de membres extérieurs choisis par l'Assemblée Générale pour leurs compétences. Les décisions stratégiques telles que l'acquisition ou la vente d'immeuble, l'investissement, les emprunts (etc.) sont du ressort de ce conseil. Le directeur général de la clinique en est le secrétaire et le directeur médical y est un membre invité.

Délégué du Conseil d'Administration, le *Directeur Général* est en charge de la gestion journalière de la clinique. Son rôle porte essentiellement sur les aspects administratifs et financiers. Il joue également un rôle central en matière de coordination entre les niveaux du conseil d'administration et les fonctions de support logistiques. Il a également en charge la supervision de la structure infirmière.

On retrouve également dans le sommet stratégique différentes instances médicales dont l'assemblée générale des médecins et le conseil médical reprenant les médecins élus et le directeur médical. On retrouve également un Directeur Médical mis en place par l'Assemblée Générale.

Cette pyramide administrative et gestionnaire rassemble également des services non directement liés aux soins mais plutôt à l'administration générale de la clinique tels que le service technique, les services comptables et financiers, le service du personnel, le service informatique, les services technique et sécurité etc. Ces sont les *fonctions de support logistique* (Mintzberg 1978). Ces services constituent des unités fonctionnelles rassemblant les professionnels d'une même fonction.

➤ *La pyramide médicale*

La pyramide médicale est elle-même constituée d'une triple structure pyramidale correspondant aux trois grandes « cliniques » de l'hôpital : la clinique médicale, la clinique chirurgicale et les services médico-techniques (voir organigramme en annexe n°2). Chacune de ces cliniques correspond à une structure verticale. Elles sont chacune sous la supervision d'un coordinateur général. Le mode de financement des médecins se calque sur ces trois grandes structures qui correspondent à trois grands pool de rémunération. Au sein de chacun de ces pools, les prestations de l'ensemble des médecins appartenant à chacune de ces cliniques sont mises en commun puis redistribuées en part égale entre les différents médecins de chaque clinique.

A l'intérieur de ces trois cliniques, la structure se divise en de nombreux départements ou services. Leur regroupement y est réalisé sur base de la *spécialité thérapeutique des médecins* (regroupement par fonction). A la tête de ces unités fonctionnelles, on retrouve des chefs de service ou de département.

➤ *La pyramide infirmière*⁸⁰

La départementalisation de la structure infirmière se calque en grande partie sur la structure fonctionnelle par services de la pyramide médicale. Pour chaque service médical, on retrouve une équipe infirmière avec à sa tête une chef de service infirmier. On retrouve cependant des services propres aux infirmières comme par exemple la stérilisation. De même, les services infirmiers peuvent se multiplier pour un même service médical. Le regroupement médical ne distingue en effet pas la consultation de l'hospitalisation ou de la réalisation de techniques en salle d'opération. A l'inverse, les services infirmiers distinguent des équipes attribuées aux consultations de celles attribuées aux unités d'hospitalisation ou aux unités techniques.

La hiérarchie infirmière se situe dans l'organigramme sous la supervision du Directeur Général. Cette hiérarchie infirmière ne possède pas de représentation propre au sein d'organes de direction à l'exception du comité de gestion dont la directrice des soins infirmiers est membre. Les décisions stratégiques ne sont cependant pas prises dans cet organe qui doit plutôt être vu comme un bureau plus journalier de la direction de l'institution. Notons que les

⁸⁰ Voir organigramme en annexe

services paramédicaux sont intégrés à la structure infirmière et sont donc supervisés par la direction de cette dernière.

Principes d'intégration

Après avoir observé la différenciation de l'hôpital penchons nous sur les différents moyens de coordination mis en place entre ces différentes pyramides. La coordination de ces trois structures pyramidales est principalement basée sur la mise en place de *comités permanents* (voir organigramme en annexe n°4). Ceux-ci intègrent des représentants des différentes pyramides (ou fonctions) de l'hôpital.

A un premier niveau, la coordination entre le médical, le gestionnaire et l'administratif est réalisée au sein de la *Commission de Concertation et d'Investissement*. Cette commission qui se réunit six fois par ans est composée de trois membres du Conseil d'Administration dont le président, du Directeur Général, du Comptable, de l'Analyste de Gestion, du président du Conseil Médical, du Directeur Médical et des représentants des trois grandes cliniques médicale, chirurgicale et médico-technique. C'est au sein de ce comité que sont débattues les options stratégiques de la clinique ainsi que son financement et la gestion du personnel. Nous pouvons remarquer forte représentation médicale au sein de cette commission répondant à un rôle stratégique crucial. Nous prenons dès lors la mesure du pouvoir officiel important délivré aux médecins dans la définition des orientations stratégiques prises par la clinique. Nous pouvons remarquer également l'absence de représentant de la structure infirmière dans cet organe central. La direction stratégique de la clinique étant assurée par les gestionnaires et les médecins.

A un second niveau, on trouve le *Comité de Direction*. Autour du Directeur Général, se réunissent chaque semaine le Directeur Médical, la Directrice des soins infirmiers, le pharmacien, le responsable du personnel, le chef comptable, l'analyste de gestion, la responsable administrative, le chef de service informatique et le responsable des services techniques. Ce comité permet de coordonner les différents acteurs impliqués dans la gestion courante de l'institution.

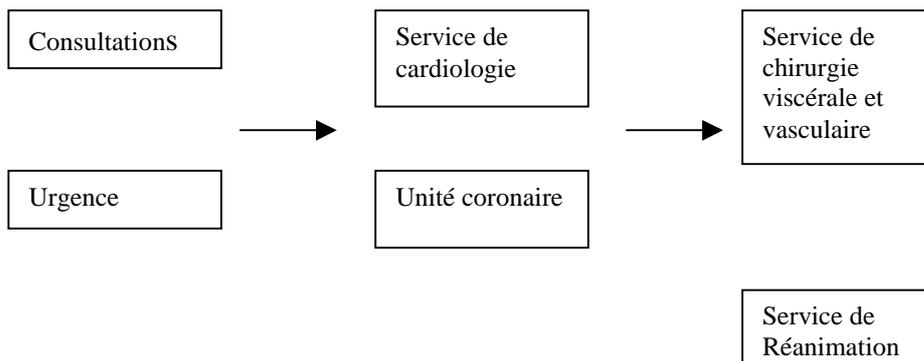
Entre ces deux niveaux de coordination, se trouve le *comité de gestion* qui se réunit une fois par mois. Sa composition est proche de celle de la Commission de concertation et

d'investissement à la différence que la Directrice des soins infirmiers en est membre tout comme les responsables des services du personnel et d'informatique. Si le budget est négocié et défini dans la Commission de concertation et d'investissement, ce sera dans ce comité de gestion qu'une modification éventuelle en cours d'année de ce budget sera discutée. A côté de cela, les prérogatives de ce comité sont d'avantage limitées à la gestion des affaires courantes. Enfin, nous le disons, le sommet stratégique comporte des instances relevant du corps médical. La coordination entre le Conseil Médical et le directeur médical s'opère au travers du *Comité de Direction Médicale*, qui constitue un organe de liaison supplémentaire.

- **Organisation de la prise en charge de la pathologie cardiaque**

Principe de départementalisation

➤ *Les différents services concernés*



Au sein du cas n°1, la prise en charge de la pathologie cardiaque se différencie en quatre services regroupés sur base de la fonction des médecins. Les services de cardiologie et de chirurgie cardiaque assurent le rôle premier de délivrer des soins cardiologiques (échographies, coronarographie, angioplastie, pontages...). On retrouve au sein du service de cardiologie une Unité Coronaire de 8 lits offrant une surveillance monitorisée. La prise en charge du patient cardiaque comprend également le service de réanimation assure la surveillance postopératoire de patients opérés. Les patients y séjournent habituellement trois jours ; temps nécessaire à la stabilisation de leur état. Enfin, le service d'urgence accueille fréquemment des patients victimes de troubles ou d'accidents cardiaques. Ces patients sont ensuite pris en charge par le service de cardiologie.

- Le service de cardiologie

Ce service « appartient » à la clinique médicale de l'institution. Il comprend sept cardiologues dont un chef de service. Parmi ces sept cardiologues, deux sont spécialisés dans les traitements non-invasifs (échographies...) alors que parmi les cinq autres, quatre sont spécialisés dans la cardiologie invasive (interventionnelle) et le cinquième s'est spécialisé dans la rythmologie. Les cinq cardiologues partagent leurs activités entre les consultations, les techniques et la charge de l'étage.

Si au niveau Médical, l'organigramme ne parle que du « *département de cardiologie* », au niveau infirmier, ce service médical correspond à deux unités infirmières différentes. Il y a l'équipe infirmière en charge de l'unité d'hospitalisation et les infirmières en charge des consultations de cardiologie.

Le service de cardiologie en hospitalisation compte une trentaine d'infirmières et aides soignantes en hospitalisation réparties sur dix-sept équivalents temps plein et demi. Le service est supervisé par un chef de service qui prend en charge un ensemble de tâches de coordination : surveillance à la salle de garde, téléphone, gestion des lits, prise des rendez-vous, administratif, tarification, changement de traitement...) alors que les infirmières se chargent du travail « en chambre » : soins d'hygiène (toilettes, pansements), distribution des repas, préparation des patients pour les coronarographies, administration des médicaments, proximité du patient, les Intra Veineuses. A côté de ces tâches, le service de cardiologie comprend une unité coronaire de huit lits situés à l'intérieur même de l'unité. Les chambres de cette unité sont munies d'instruments destinés à une surveillance rapprochée des patients. Des moniteurs sont installés dans la salle de garde et permettent une surveillance constante de l'état du patient. Pour assurer cette tâche de surveillance, une infirmière temps plein reste constamment dans la salle de garde. Il s'agit de l'infirmière en chef lors de son service ou d'une autre à un autre moment de la journée.

L'unité de consultation comprend une dizaine d'infirmières réparties sur six équivalents temps plein et demi. Ces dix infirmières se répartissent les consultations ayant lieu sur trois sites différents de l'organisation. Sept infirmières ont en charge les consultations du rez-de-chaussé ainsi que celles réalisées en médecine nucléaire. Trois autres infirmières dites « techniciennes » sont attachées aux salles de coronarographie et sont en charge de la logistique des salles de cathéter et de l'assistance aux médecins lors des interventions. Les

consultations sont prises en charge par une autre équipe infirmière regroupée pour les consultations.

- Le service de chirurgie cardiaque

L'unité de chirurgie cardiaque « appartient » au département de chirurgie viscérale et vasculaire qui lui-même dépend de la clinique chirurgicale. Elle comporte deux chirurgiens spécialisés tant dans la chirurgie thoraco-vasculaire que dans la chirurgie coronaire. La petite taille de l'unité de chirurgie cardiaque implique qu'il n'y a pas de chef d'unité autre que le chef du département de chirurgie viscérale et vasculaire. Le développement de l'activité de chirurgie cardiaque a poussé les chirurgiens à engager un troisième chirurgien cardiaque.

La prise en charge en hospitalisation des patients de chirurgie cardiaque est assurée par le service de chirurgie vasculaire et digestive et par le service de cardiologie dont nous avons parlé. Ce service de chirurgie compte trente lits dont deux tiers sont habituellement occupés par des opérés cardiaques et vasculaires pour un tiers d'opérés digestifs. L'équipe infirmière est composée de 18 infirmières réparties sur 15 équivalents temps plein. Une chef de service assure la supervision directe de cette unité.

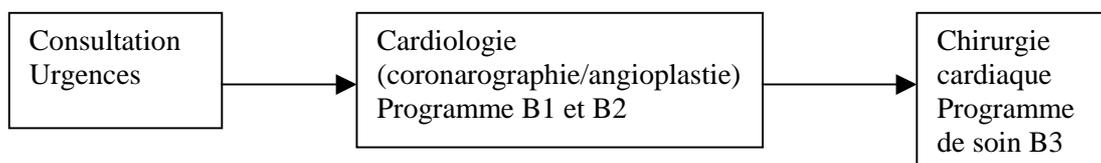
- Une structure pyramidale et fonctionnelle

L'organisation de la prise en charge du patient de cardiologie illustre ce que les organigrammes montraient déjà. Le mode de départementalisation mis en place est *fonctionnel*. Ce mode de *structuration vertical, pyramidal et cloisonné* ne correspond pas à une départementalisation « *par projet* », « *centrée sur le patient* » ou « *orientée processus* ». Ce dernier modèle rassemblerait dans une unité commune les différents professionnels nécessaires à la prise en charge du patient souffrant d'une pathologie cardiaque. L'analyse des organigrammes des dernières années ne permet pas de dégager d'évolution de ce principe de différenciation fonctionnel mis en œuvre.

Principes d'intégration

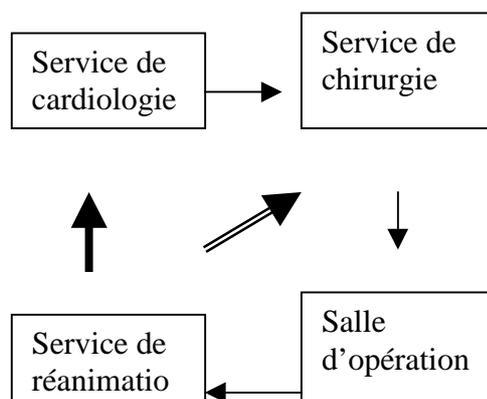
➤ La trajectoire du patient

L'analyse du trajet du patient au travers des différents services étudiés nous a permis de dégager un certain nombre d'éléments illustrant cependant une évolution récente illustrant une prise en charge interdisciplinaire du patient favorisée par une amélioration de la coordination entre les services liés à la prise en charge de la pathologie cardiaque.



Le patient souffrant de la pathologie cardiaque est prise en charge dans une filière de soins. Celle-ci repose sur une structuration définie de la prise charge et partagée par l'ensemble des acteurs. Cette filière correspond au mode de structuration de l'offre de soin soutenu par le NCH. Le patient est tout d'abord vu en consultation (à l'exception des urgences) soit à l'hôpital soit à l'extérieur. Ces consultations permettent de réaliser les soins définis par le programme de soin A. Ensuite, si cela est jugé nécessaire, est envisagé une hospitalisation destinée à la réalisation de certains examens dont principalement la coronarographie diagnostique soit le programme B1. Si le cas le nécessite, une angioplastie est réalisée « dans la foulée » (programme B2). Si ce n'est pas le cas, est envisagé une intervention chirurgicale avec les chirurgiens (programme B3).

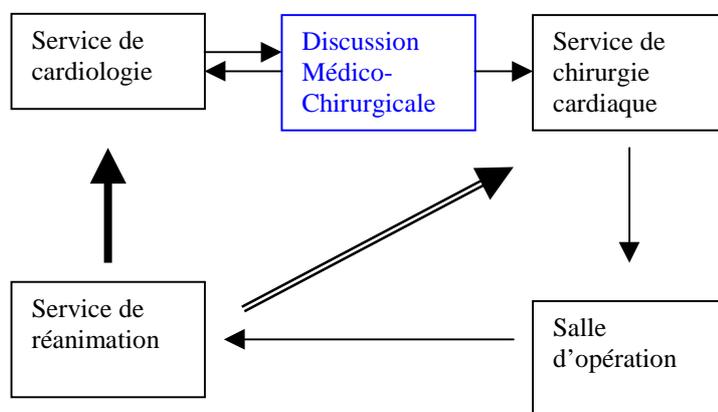
➤ Une trajectoire « circulaire » pour une prise en charge interdisciplinaire



L'analyse de la trajectoire du patient de cardiologie montre que certains d'entre-eux bénéficient d'une prise en charge interdisciplinaire. Les patients opérés cardiaque suivent en effet une trajectoire dans laquelle ils sont vus par des cardiologues puis par des chirurgiens. La flèche « grasse » signifie que les patients « lourds » (parmi les patients opérés) nécessitant après l'opération et le séjour en réanimation d'une surveillance par moniteur est hospitalisé dans l'unité coronaire qui située au sein du service de cardiologie. Cela signifie donc que ce patient sera suivi à la fois par un cardiologue et par un chirurgien qui vient fréquemment suivre ses patients dans le service de cardiologie. La flèche « double » signifie que les patients plus « légers » poursuivent leur rétablissement postopératoire au sein du service de chirurgie cardiaque. Ils sont donc suivis par les chirurgiens mais également par un cardiologue travaillant à mi-temps dans le service de chirurgie cardiaque.

Mécanismes de coordination

➤ *La Discussion Médico-Chirurgicale*



Nos investigations nous ont permis de dégager l'apparition relativement récente d'un nouveau Mécanisme de Coordination Transversal : la Discussion Médico-Chirurgicale. Elle rassemble une fois par semaine les cardiologues et chirurgiens afin de décider du traitement à suivre (cardiologie clinique, interventionnelle ou chirurgie cardiaque) pour un certain type de patients dont il est jugé que la situation cardiologique est « lourde » et peut justifier une intervention de chirurgie cardiaque. Cette réunion interdisciplinaire montre une dynamique d'intégration et de coopération entre spécialistes appartenant à des services différents mais traitant du même patient cardiaque. L'ensemble des cas ne sont pas discutés dans cette

réunion interdisciplinaire mais uniquement ceux apportés par les cardiologues qui ont déjà réalisé le diagnostic au travers une coronarographie.

➤ *Une standardisation des transferts d'information*

Cette structuration de la prise en charge du patient mobilise un certain nombre de mécanismes de coordination. On retrouve un Dossier Médical informatisé qui permet à l'ensemble des médecins d'accéder aux données du patient. La transmission des informations entre infirmières passera d'avantage par le dossier infirmier papier ainsi que par une feuille de liaison reprenant les données importantes sur le patient.

• **En conclusion : quel processus de changement en cours ?**

L'analyse des principes de différenciation ne permet pas de conclure à la mise en place d'un processus de changement dans la structuration des équipes de soins. La structure pyramidale et fonctionnelle reste inchangée. Toutefois, l'analyse de la trajectoire du patient permet de dégager un certain décloisonnement destiné à favoriser un continuum de la prise en charge entre les services de cardiologie et de chirurgiens cardiaque au travers une présence régulière de spécialistes au sein du service de l'autre spécialité.

L'analyse des principes d'intégration nous a cependant permis de prendre conscience de l'apparition d'éléments de coordination favorisant une prise en charge interdisciplinaire du patient. Ceci constitue une dynamique de changement illustrant une évolution de la structuration des soins en fonction de la pathologie sans pour cela remettre en cause la structuration verticale de cet hôpital. Cette évolution d'un mécanisme de coordination destiné à favoriser le dialogue entre cardiologues et chirurgiens appartenant à des structures verticales différentes est antécédente à l'implémentation des programmes de soins. Elle date du jour où la chirurgie cardiaque a été développée dans cet hôpital et que la nécessité d'un dialogue formalisé et coordonné entre chirurgiens cardiaques et cardiologues s'est rapidement imposée chez ces acteurs. Notons que ce type de groupe de liaison transversal existe également dans cet hôpital dans d'autres pathologie. Nous en avons retrouvé dans le domaine de la pathologie vasculaire entre les radiologues et les chirurgiens vasculaires.

III.3.2.2 - Case 21

- ***Présentation et performance de l'hôpital***

La seconde étude de cas porte sur un hôpital public dépendant du CPAS. Il dépend d'une association des pouvoirs publics pour un tiers relevant des pouvoirs provinciaux et pour deux tiers des pouvoirs communaux. Il fut créé en 1902 par la commission administrative des hospices civils (ancêtre de l'actuel CPAS). Sa gestion était assurée par les Sœurs de la Charité. Les années cinquante, soixante puis quatre vingt assistent à un développement important de l'hôpital. L'institution se revendique aujourd'hui comme un hôpital régional. Son offre de soin est assez large ; elle comprend la médecine interne, la chirurgie ainsi qu'un important service d'urgence et des services de réanimation et de maternité.

Cet hôpital possède une capacité d'accueil de 421 lits pour un taux d'occupation de 78 % en 2001. Pour cette même année, il a accueilli 17.128 patients pour une durée moyenne de séjour de 7.09 et un nombre de 121.447 journées d'hospitalisation. Le chiffre d'affaire en 2001 est de 3.356.664.123 FB. Cet hôpital occupe 1150 personnes salariées soit 870 équivalents temps plein et 130 médecins indépendants.

- **Structuration générale de l'hôpital**

Principe de différenciation

A l'instar du cas n°1, la départementalisation de cet hôpital repose également sur trois structures pyramidales. Celles-ci sont regroupées sur base fonctionnelles : la pyramide administrative et gestionnaire, la pyramide infirmière et la pyramide médicale. Nous distinguons les pyramides administratives et gestionnaires et infirmières, toutes deux sous la supervision du directeur général mais rassemblant des spécialités différentes. A l'inverse, les organigrammes montrent que le Directeur Médical et le Directeur Général n'ont pas de rapport de supervision entre eux. La pyramide médicale est donc indépendante de la pyramide gestionnaire et administrative.

- *La pyramide gestionnaire et administrative.*

Cette pyramide (voir annexes études de cas niveau micro n°5) comprend les organes de direction du *sommet stratégique* composé de *l'Assemblée Générale*, du *Conseil d'Administration* et du *Directeur Général*, et les *services administratifs*. L'*Assemblée Générale* de l'hôpital est composée de membres élus du conseil communal de la ville de N. La modification des statuts, la nomination et révocation des administrateurs, l'approbation des comptes et des budgets sont du ressort de l'assemblée générale. Cette assemblée se réunit de une à deux fois l'an. Le *Conseil d'Administration* est quant à lui composé pour moitié de membres élus de l'Assemblée Générale et pour moitié de membres extérieurs choisis par l'Assemblée Générale pour leurs compétences. Les décisions stratégiques telles que l'investissement ou la nomination du personnel sont du ressort de ce conseil. Le directeur général de la clinique en est le secrétaire et le directeur médical y est un membre invité. Le président du Conseil d'Administration est également échevin à la ville de N. Délégué du Conseil d'Administration, le *Directeur Général* est en charge de la gestion journalière de l'hôpital. Son rôle porte essentiellement sur les aspects administratifs et financiers. Il joue également un rôle central en matière de coordination entre les niveaux du conseil d'administration et les fonctions de support logistiques. Il a également en charge la supervision du département infirmier. On retrouve dans le sommet stratégique deux instances médicales : le *conseil médical* reprenant les médecins élus et le *directeur médical*. Si ce dernier est mis en place par l'Assemblée Générale, l'organigramme n'attribue pas un rapport de hiérarchie entre le Directeur Médical et Directeur Général.

Cette pyramide administrative et gestionnaire rassemble également des services non directement liés aux soins mais plutôt à l'administration générale de la clinique tels que le service technique, les services comptables et financiers, le service du personnel, le service informatique, le services technique et sécurité etc. Comme nous pouvons le voir, ces services constituent des unités fonctionnelles. Ce sont les *fonctions de support logistique*. Cette structure comprend également les départements infirmiers que nous présenteront cependant de manière distincte.

- *La pyramide médicale*

Indépendante de la pyramide gestionnaire, la pyramide médicale est supervisée par un Directeur Médical. Cette pyramide rassemble cinq grands départements. Ces départements

rassemblent différents services qui constituent des unités fonctionnelles. (voir annexe n°7 pour un organigramme) Le département Anesthésiologie–Soins Intensifs-Urgence rassemble, comme son nom l’indique, ces trois services. Le département des services Médico-Techniques rassemble les services de dialyse rénale, de biologie clinique, de médecine physique et réadaptation et kinésithérapie, d’imagerie médicale et de médecine nucléaire. Le département de Chirurgie rassemble les services de chirurgie générale, digestive et endocrinienne, de pathologie vasculaire et thoracique, de chirurgie cardiaque, de chirurgie plastique, d’urologie, d’orthopédie, de neurochirurgie, d’ophtalmologie, d’ORL et de chirurgie maxillo-faciale et dentisterie. Le département de Médecine Interne distingue un service de médecine interne générale comprenant les unités d’oncologie, d’hématologie, de dermatologie, de rhumatologie, de néphrologie et d’endocrinologie, une unité de soins palliatifs, un service de cardiologie, un service de gastro-entérologie, de pneumologie, de neurologie, un service médico-psychologique et un service de gériatrie. Le département de pédiatrie rassemble les services de pédiatrie, de néonatalogie, et de neurodiagnostic et développement du nourrisson. On retrouve un sixième département plus petit consacré uniquement à la gynécologie.

Les médecins sont tous sous statut d’indépendants. Le mode de rémunération mis en place varie d’un service à l’autre. Il peut s’agir de pools individuels ou de pools de service selon les cas. Pour les pool de service, il revient au chef de service de répartir les sommes engrangées par les prestations du service entre les différents médecin. Le clé de répartition est inconnue du gestionnaire.

- La pyramide infirmière

Sous la supervision du Directeur Général, on retrouve la pyramide infirmière (voir annexe N°8 pour l’organigramme). La coordination de cette structure est assurée par la Directrice des soins infirmiers et quatre de ses adjointes ; chacune ayant en charge la supervision d’un ensemble de services. Le regroupement de ces services s’opère quelque peu différemment que celui des services médicaux. Le critère d’un rapprochement géographique de l’activité est ici plus important. Par exemple, pour le service de cardiologie présenté dans l’organigramme médical, on retrouve plusieurs unités infirmières dont l’unité d’hospitalisation, l’unité de consultation et les salles d’actes techniques. Ces unités géographiquement séparées impliquent également des compétences infirmières différentes. Les équipes d’hospitalisation et de consultation sont donc bien distinctes et appartiennent à des services différents. A la tête de chaque service on retrouve une chef de service qui en assure la coordination. Les chefs de

services se réunissent ensemble afin de coordonner les modalités de prise en charge et de transfert de patients. On retrouve entre les chefs de service et la directrice nursing, quatre cadres intermédiaires qui se partagent la supervision des infirmières chef de services. Les infirmières sont engagées par l'institution à titre de salariées. La pyramide infirmière comprend 480 équivalents temps plein.

Lors de transferts de patients d'un service à l'autre, la coordination entre les différents services s'opère principalement via une *feuille de liaison* qui reprend les données essentielles du patient afin de permettre un continuum dans la prise en charge. Il existe également des *procédures de soins standardisées* qui sont mises en place par la direction infirmière. Ces deux éléments illustrent la standardisation du travail infirmier.

Principe d'intégration

La coordination entre les différentes pyramides s'opère principalement par des Comités permanents. On retrouve principalement le *Comité de gestion*, le *Bureau Directeur*, le *Comité permanent de concertation*, le *Comité de Direction*. (voir Annexe n°6 pour un organigramme) Le *comité de gestion* comprend les mandataires politiques désignés par l'Assemblée Générale et les fonctionnaires de l'institution. Les élus politiques détiennent un pouvoir décisionnel alors que les fonctionnaires (directeur général, directeur médical, directrice nursing...) possèdent un droit d'avis consultatif. Ce comité assure la gestion journalière. Le *Bureau Directeur* supervise le travail du Directeur Général. Il est composé du président, des deux vice-président et du secrétaire du *Conseil d'Administration* ainsi que du Directeur Général. Ce comité s'occupe de la gestion courante de l'institution. Elle met en place les dossiers qui doivent ensuite être validés par le Comité de Gestion. On retrouve ensuite le *Comité permanent de concertation* qui est une instance paritaire composée de moitié par une émanation du Conseil Médical et de moitié par le gestionnaire, le responsable du service financiers, le directeur médical et la directrice des soins infirmiers. Ce comité est un groupe de travail dans lequel se négocient les propositions issues du conseil médical. Enfin, on retrouve le *comité de direction* qui rassemble une fois par semaine le directeur général, le responsable financier, le responsable informatique, le responsable du personnel, le directeur médical, un responsable de la pharmacie et la directrice du nursing. Cette réunion vise à une gestion des affaires courantes.

➤ *L'émergence de structures transversales : L'équipe mobile de soins continus*

L'équipe mobile de soins continus constitue une apparition récente dans la structure de l'hôpital. Elle prend la forme d'une structure « par projet » destinée à prendre en charge les soins palliatifs des patients qui le nécessitent dans l'ensemble de l'hôpital. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins, des infirmières, des psychologues et des assistantes sociales. Ils ne sont pas attachés à un service mais se déplacent au sein de l'institution dans les différents services pour offrir leurs soins aux patients.

➤ *Une structure pyramidale fonctionnelle*

La pyramide infirmière ainsi que la pyramide administrative et gestionnaire s'apparentent à des bureaucratie mécaniste. Elles se structurent de manière verticale. Les ressources de pouvoir y sont centralisées et le travail y est relativement standardisé. La pyramide médicale prend également la forme d'une structure verticale. Les ressources de pouvoir y sont cependant d'avantage décentralisée ce qui fait adopter à cette structure le profil d'une bureaucratie professionnelle selon laquelle les standards de travail sont définis non par l'organisation mais par les institutions de formation et que les professionnels qui les appliquent ont dès lors un grand contrôle sur leurs propres tâches. Quoiqu'il en soit, le constat est le même pour les trois pyramides que nous venons de décrire : le principe de départementalisation reste classique. Il consiste à rassembler dans des unités fonctionnelles les différents médecins d'une même spécialité médicale. La départementalisation repose sur l'offre médicale et non les besoins du patient. Ce type de départementalisation favorise un cloisonnement entre les différentes spécialités impliquées dans la prise en charge d'un même patient. Remarquons cependant l'émergence d'une unité départementalisées par projet : l'unité de soins palliatifs destinées à offrir des soins à l'ensemble des patients de l'institution par une équipe pluridisciplinaire.

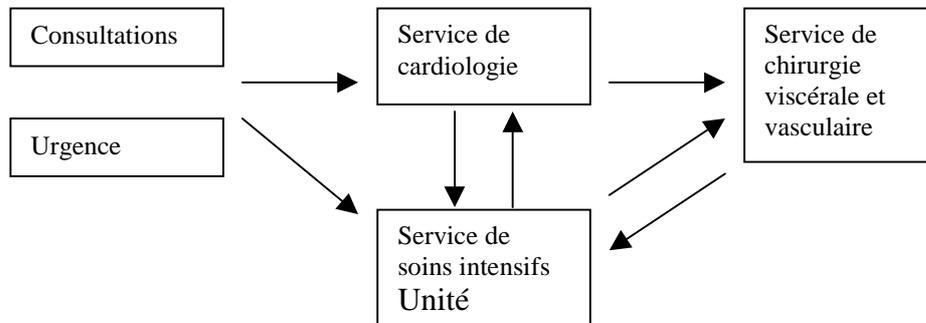
Structuration de la prise en charge de la pathologie cardiaque

➤ *Principe de départementalisation : les différents services concernés*

La prise en charge de la pathologie cardiaque implique principalement quatre services : la cardiologie, la chirurgie cardiaque et vasculaire, la réanimation (les soins intensifs) et les

urgences. Nous nous limiterons à une présentation du services de cardiologie, du service de chirurgie cardiaque et vasculaire et du service des soins intensifs.

Schémas de la prise en charge du patient entre ces différents services



Le service de cardiologie

Le service de cardiologie s’inscrit au sein du département de médecine interne. Il comprend six cardiologues. Trois cardiologues sont spécialisés dans les techniques « invasives » alors que les trois autres sont davantage orientés vers la cardiologie dite « non-invasive » (techniques d’échographie, de rythmologie...). Le chef de service est un cardiologue invasif. Ces cardiologues partagent leurs activités entre l’unité d’hospitalisation, les consultations et les techniques en salle de cathétérisme ou d’échographie. Concernant la salle de cathétérisme, un jour est attribué à chaque cardiologues « invasifs ». Un jour par semaine est réservé à un cardiologue d’un autre hôpital (agréé centre B1) qui vient lui-même réaliser des dilatations sur « ses » patients dans cet hôpital agréé programme de soin B complet.

Du point de vue du financement des médecins, le service de cardiologie constitue un pool de financement propre. Les honoraires engendrés par les cardiologues de ce service sont reversés dans une manne commune puis redistribués par le chef de service entre les différents médecins. La clé de répartition mise en place est inconnue de la direction financière.

L’unité d’hospitalisation du service de cardiologie comporte 26 lits. L’équipe infirmière d’hospitalisation compte quinze équivalents temps plein. Le matin, l’unité est prise en charge par trois infirmières dont l’infirmier en chef. Ce dernier s’occupe des entrées alors que les deux autres se répartissent les chambres. Elles s’occupent des repas et des soins. La prise en charge du patient est « globale » car chaque infirmière est référente d’un certain nombre de

patients dont elle prend en charge l'ensemble des soins. Entre les différentes équipes, la coordination est assurée par des rapports concernant les événements qui se sont déroulés durant cette pause et les changements de traitements ou de patients auxquels il faut prêter attention. Les infirmières sont assistées par des stagiaires qui ont chacune une infirmière de référence.

Au niveau infirmier, la prise en charge du patient implique d'autres unités que l'unité d'hospitalisation. On retrouve sept infirmières dites « techniciennes » attachées aux consultations et quatre infirmiers « techniciens » attachés à la salle de cathétérisme cardiaque. Les unités d'hospitalisation, de consultation et de salle de cathétérisme sont des unités infirmières différentes possédant chacune une supervision hiérarchique propre dans la pyramide infirmière.

La supervision de l'unité d'hospitalisation est prise en charge individuellement par l'ensemble des cardiologues. Chacun surveille « ses » propres patients. Il y a un moment fixé pour chacun de médecins pour faire un tour des malades avec les assistants qui prennent note et assurent la transmission des informations de changement de traitement aux infirmières. Pour assurer une présence médicale à l'unité d'hospitalisation, un médecin généraliste est engagé à mi-temps. Il assure la prise en charge de l'unité et permet le suivi des patients hospitalisés ainsi que la coordination avec le personnel infirmier. Il travaille en collaboration avec l'assistant qui est également en charge de l'unité.

La coordination entre le monde infirmier et le monde médical passe également par la rencontre hebdomadaire de l'infirmier en chef et de l'assistant. L'infirmier transmet aux assistants les éléments importants qui se sont passés durant la nuit et les assistants donnent des compléments d'informations sur les examens qui se sont passés. Ensuite, l'infirmier en chef se chargera de transmettre aux infirmières les éventuels changements de traitement alors que l'assistant se chargera de noter les éléments importants dans le dossier médical ou d'en référer au cardiologue en charge du patient concerné.

Le service de chirurgie cardiaque

Le service de chirurgie cardiaque comprend six médecins dont trois chirurgiens cardiaques attachés à l'institution et trois consultants extérieurs dont un professeur universitaire spécialisé dans la chirurgie cardiaque, un assistant en formation et un généraliste. Ce service

de chirurgie cardiaque constitue également un pool de financement indépendant. L'ensemble des honoraires de ces chirurgiens sont versés en commun pour être ensuite réparti par le chef de service entre ces chirurgiens. La clé de répartition est également inconnue de la direction financière.

L'unité d'hospitalisation du service de chirurgie cardio-vasculaire comporte 29 lits. L'activité étant en moyenne de deux « cœurs » opérés par jour est donc relativement importante. Sur les 29 lits, 10 sont généralement occupés par des patients opérés cardiaque. A côté de ces patients, le service accueille des patients de chirurgie vasculaire, de chirurgie digestive, de chirurgie gynécologique et de chirurgie plastique. Si le service accueille autant de diversité de patient, c'est en raison de la présence de chambres individuelles dans le service. Un patient opéré d'un autre service réclamant une chambre individuelle sera pris en charge dans ce service prioritairement à un patient opéré cardiaque qui n'aurait pas fait la demande d'une chambre individuelle et qui sera dès lors installé dans une chambre commune du service.

L'équipe infirmière comprend 14 équivalents temps plein. L'organisation de la prise en charge se divise en trois équipes ; celle du matin, du soir et de la nuit. L'équipe du matin compte trois infirmières plus l'infirmière en chef. Chacune prend en charge dix patients. L'équipe du soir se réduit à deux infirmières. La nuit, le service est géré par une seule infirmière. La coordination entre ces équipes passe par des réunions dans lesquelles un rapport est fait sur ce qu'il s'est passé durant la pause précédente. Le travail consiste notamment en la préparation des patients pour la prise en charge du patient. Le service comporte un système de télémétrie qui permet ensuite une surveillance proche du patient en postopératoire via des écrans installés dans la salle de garde. La prise en charge du patient est assurée de manière globale. Chaque infirmière est responsable d'un certain nombre de patients.

Le service de chirurgie cardiaque comprend également au niveau de la départementalisation infirmière l'unité du bloc opératoire qui compte trois infirmières perfusionnistes (deux équivalents temps plein) et trois infirmières instrumentistes (trois temps plein). Ces dernières sont supervisées par l'infirmière en chef du bloc opératoire : il s'agit donc d'une unité infirmière distincte.

La coordination du travail médical et infirmier se passe chaque matin par un tour des chambres du chef de service de chirurgie cardiaque, d'un autre chirurgien et de l'infirmière en chef. de l'unité d'hospitalisation Le transfert d'information entre le personnel infirmier et le corps médical passe donc principalement par l'infirmière en chef. La coordination des

chirurgiens entre eux passe également par cette réunion quotidienne où ils voient les dossiers des patients ensemble. Il existe également une réunion préparatoire hebdomadaire rassemblant les chirurgiens du service en compagnie d'un professeur universitaire extérieur. Cette réunion permet de coordonner les interventions à réaliser.

L'unité coronaire et le service des soins intensifs

Dans cet hôpital, l'unité coronaire qui permet une surveillance « rapprochée » du patient cardiaque est intégrée au service des soins intensifs et non plus au service de cardiologie. Ce service comporte 24 lits. Il est divisé en trois unités : une unité de soins intensifs généraux, une unité réservée aux patients infectieux et une unité coronaire. Chacune de ces unités compte huit lits. Le service de soins intensifs est donc détaché du bloc cardiologique tant financièrement, que structurellement et géographiquement.

Le service des soins intensifs comprend cinq médecins intensivistes dont un cardiologue attaché plus spécifiquement à l'unité coronaire. La supervision médicale de cette unité est assurée 24 heures sur 24. Le médecin de garde la nuit prendra en charge l'ensemble des trois unités de soins intensifs. Le service constitue un pool de financement commun à quatre de ces cinq médecins ; le cinquième étant un médecin salarié.

Au niveau infirmier, chaque unité du service de soins intensifs est prise en charge par une équipe infirmière spécifique. Chacune d'entre elles est supervisée par un infirmier chef. L'ensemble du service de soin intensif compte 49 équivalents temps pleins pour 56 personnes. Parmi elles, on retrouve 14, 25 équivalents temps plein attachés à l'unité coronaire.

La coordination entre médecins et infirmières de ce service est notamment assurée par une réunion fixée chaque mardi au passage de témoin des équipes du matin et de l'après-midi. Lors de cette réunion, le cardiologue intensiviste présente les cas aux infirmières et décrit les pathologies dont ils souffrent. Outre cette réunion, la coordination entre infirmières et médecins dans ce service s'opère principalement par ajustement mutuel.

Principe d'intégration de ces services

➤ *Des groupes de liaison (réunions de coordination)*

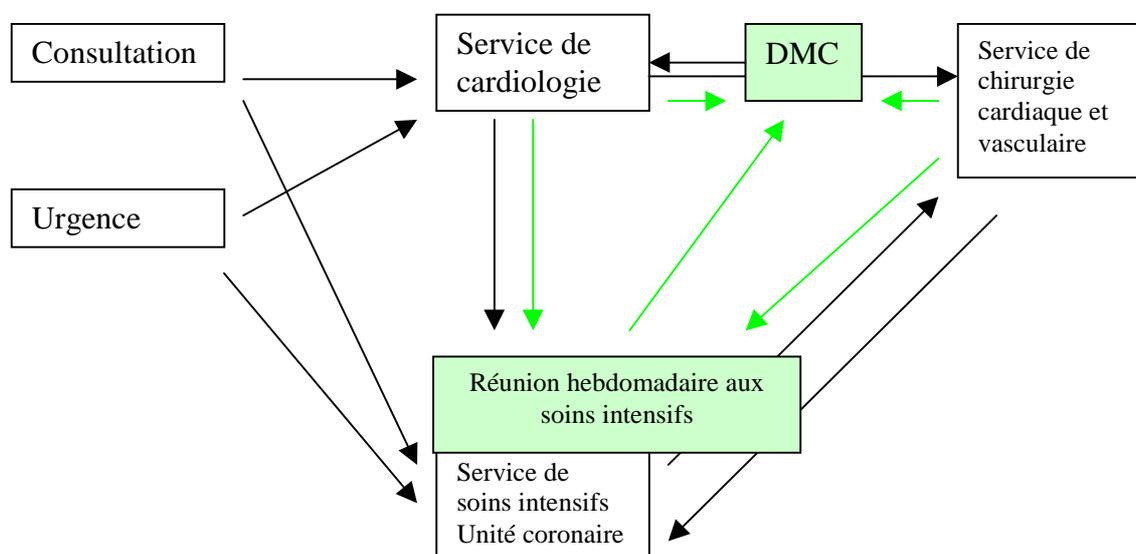
Une discussion médico-chirurgicale (DMC)

Afin d'assurer une coordination entre les cardiologues et les chirurgiens cardiaques, nous retrouvons une réunion hebdomadaire destinée à permettre la discussion interdisciplinaire sur le patient. Cette discussion rassemble les cardiologues, les chirurgiens cardiaques et l'intensiviste afin de prendre la décision du traitement à suivre pour les cas proposés par les cardiologues. Les cas discutés dans cette réunion sont ceux jugés délicats par les cardiologues interventionnels qui ont réalisé la coronarographie. Cette coronarographie est visionnée par l'ensemble des médecins présent afin que chacun puisse donner son avis sur l'orientation à donner au traitement. Il s'agit donc d'une réunion de décision mais également de préparation et de coordination de la prise en charge chirurgicale du patient. L'intensiviste étant seul en charge de l'unité coronaire se rend à cette réunion lorsque la charge de travail n'est pas trop intense. Il ne s'y rend pas systématiquement étant donné un horaire peu adapté à ses contraintes.

Une réunion au service de soins intensifs avec chirurgiens cardiaques et cardiologues

Lors de la prise en charge du patient par l'unité coronaire, une autre réunion est en train d'être mise sur pied. Elle naît de la volonté de l'équipe infirmière d'obtenir davantage d'informations sur l'état clinique des patients. L'intensiviste en charge de cette unité y est présent et les cardiologues et chirurgiens cardiaques y sont invités. Cette réunion consiste en un tour assis des patients hospitalisés. Elle permet une coordination entre l'intensiviste et l'équipe infirmière de l'unité coronaire ainsi qu'une coordination entre intensiviste et les cardiologues et chirurgiens cardiaques qui assurent la prise en charge du patient avant et après les soins intensifs. Cette réunion est naissante et les cardiologues et chirurgiens cardiaques n'y sont encore guère présents.

Schémas synthétique de ces mécanismes de coordination le long de la trajectoire du patient⁸¹



Décrivons quelque peu les trajets types des patients souffrant de pathologies cardiaques. Deux entrées sont possibles. D'un côté, le patient sera référé par un généraliste ou par un spécialiste extérieur à l'hôpital et fera son entrée par les consultations. De là, il sera hospitalisé et éventuellement si sa situation est critique, il sera installé dans l'unité coronaire. Le patient entrant par les urgences sera, si ses troubles le nécessitent, également hospitalisé en unité coronaire. Si son état est stable mais préoccupant, il sera hospitalisé en cardiologie afin que soient réalisés certains examens. Après avoir réalisé ces examens, le cardiologue peut réaliser une dilatation. Si nécessaire, après cette intervention délicate, le patient peut passer quelques jours dans l'unité coronaire pour revenir ensuite en cardiologie. Outre la dilatation, la chirurgie cardiaque peut être également envisagée. Intervient alors la DMC qui assure la coordination et la discussion interdisciplinaire entre les deux services de cardiologie et de chirurgie cardiaque. Après cette discussion, l'option du traitement du patient peut être soit cardiologique soit chirurgicale. Si l'option chirurgicale est prise, le patient est ensuite hospitalisé au sein de l'unité d'hospitalisation de chirurgie cardiaque, viscérale et vasculaire afin d'être préparé à l'opération. Si les places manquent dans ce service, la préparation à l'opération est réalisée dans le service de cardiologie. Le patient est ensuite conduit en salle d'opération. Après l'intervention, le patient passe trois jours dans le service des soins intensifs, à l'unité coronaire. Intervient alors la seconde réunion qui existe depuis quelques

temps. Elle rassemble le personnel infirmier de l'unité coronaire, l'intensiviste et en principe les cardiologues et chirurgiens cardiaques dont les patients sont hospitalisés dans cette unité. La coordination du traitement est un des objectifs de cette réunion tant entre médecins et infirmières qu'entre les différents spécialistes médicaux entre eux. Après ce séjour aux soins intensifs, le patient réintègre le service de chirurgie cardiaque puis quittera ensuite l'hôpital.

➤ *L'ajustement mutuel*

A côté de ces réunions formelles, on retrouve un certain degré d'ajustement mutuel et de réunions informelles mises en place spontanément pour répondre rapidement à une question sur le traitement du patient. On retrouve dans les bureaux des chefs service de chirurgie cardiaque et de cardiologie le matériel nécessaire à une vision improvisée et informelle d'une coronarographie.

➤ *Une standardisation des procédés et des transferts d'information*

On retrouve des documents standardisés mise en place par les médecins dans le but de définir les examens à réaliser avant que le patient ne soit opéré et dilaté et les soins à réaliser pour préparer le patient à l'opération ou à la dilatation. Ces éléments sont formalisés et permettent de faciliter la coordination et le processus de prise en charge du patient d'un service à l'autre ou d'une unité de soin à l'autre. Le caractère routinier des soins en cardiologie et en chirurgie cardiaque facilite une telle standardisation des procédures de travail dans la prise en charge du patient.

Par ailleurs, la continuité des transferts d'information entre infirmières d'une unité à une autre repose sur une feuille de liaison reprenant les données cliniques essentielles du patient. Au niveau médical, le dossier médical (qui existe uniquement sous forme papier) du patient permet une coordination entre les différents médecins impliqués dans la prise en charge du patient. Ceci permet aux médecins de se tenir au courant mutuellement de leurs observations et changement de traitement sans qu'ils ne soient constamment présents.

➤ *Un encodage des procédures réalisées en cardiologie interventionnelle*

⁸¹ Les flèches noires renvoient à la trajectoire des patient et les flèches vertes à la coordination des différents spécialistes. Elles répondent à la question : qui participe à ces groupes de liaison ?

Dans le domaine de la cardiologie interventionnelle, on retrouve un encodage informatique systématique de chaque technique réalisées. Les indications de la coronarographie, les sténoses des artères, le traitement qui a été réalisé, le ballon qui a été choisi, le stent qui a été choisi sont autant d'éléments mentionnés dans ce document. Ces données collectées sont transmises à la Société Belge de Cardiologie Interventionnelle. Ces données encodées peuvent constituer un moyen de coordination entre les spécialistes. Elle ne sont cependant pas constituées dans ce but et ne sont pas ressenties par les acteurs comme un mécanisme de coordination.

- ***Les collaborations inter-hospitalières***

Cet hôpital a réalisé deux types de collaborations inter-hospitalières que nous devons mentionner ici. Il a créé une association en matière de pathologie cardiaque avec l'hôpital étudié dans notre étude de cas n°1 présentée plus haut. A côté de cette association, le service de cardiologie a signé un accord de collaboration en matière de pathologie cardiaque également avec un hôpital voisin agréé pour le programme de soin B1.

- *Une association inter-hospitalière*

Un processus de changement est lié à la création d'un Centre Cardiologique commun à cet hôpital et à un hôpital voisin sous la forme d'une association.

- Un centre de soin cardiologique

Dans le cadre de la mise en place des programmes de soins en cardiologie, les hôpitaux de nos études de cas n°1 et n°2 ont choisi de mettre en place une association concernant l'ensemble de la prise en charge de la pathologie cardiaque. Cette association constitue le fondement d'un même centre qui rassemble l'ensemble de la prise en charge de la pathologie cardiaque des deux hôpitaux. Ce centre est géré par un comité d'association constitué de représentants (quatre personnes) de chacun des pouvoirs associés. Font également partie du Comité d'association des membres avec voix consultative, à savoir : le coordinateur général, le coordinateur médical, le coordinateur infirmier et les médecins chefs des hôpitaux associés. La gestion courante de ce comité est assurée par un président et un vice-président désignés pour un mandat de deux ans ; ces fonctions étant attribuées en alternance à un représentant de l'un et à un représentant de l'autre hôpital associé. La fonction du comité d'association

consiste en l'application et la mise en œuvre de la convention ; il tranche les questions techniques ou administratives relatives à la gestion de l'association ou de ses services.

Pour exécuter ses missions, le comité d'association dispose de trois bureaux : le bureau général composé des deux directeurs généraux dont le coordinateur général, le bureau médical composé du coordinateur médical de l'association, des médecins chefs, des médecins chefs de service de cardiologie, des médecins chefs de service de chirurgie cardiaque des hôpitaux associés, chacun d'entre eux ayant la faculté de désigner un délégué et un bureau infirmier composé du coordinateur infirmier de l'association et des chefs de département des soins infirmiers des hôpitaux associés. Chacun de ces coordinateurs sont désignés par le comité d'association pour un terme de deux ans et par alternance entre les institutions.

Au niveau médical, il est plus précisément prévu qu'« une équipe médicale commune est placée sous la direction d'un coordinateur médical assumant la fonction de médecin chef de service coordinateur. Il est désigné par l'association et a pour vocation d'assurer l'organisation et la coordination de l'activité médicale de l'association en concertation avec les médecins chefs des hôpitaux. Celui-ci assume la responsabilité de l'indication, de l'organisation et de l'exécution de l'ensemble du programme « pathologie cardiaque B » ainsi que le suivi de la qualité des soins pour l'ensemble du programme.

Cette association poursuit les objectifs suivants :

- Organisation de garde 24H/24
- Etablissement de protocoles cliniques
- Rédaction de protocoles d'examens standardisés portant l'en-tête de l'association et le logo de l'institution concernée
- Organisation de staffs communs
- La composition en nombre et en qualité, de l'équipe médicale ainsi que sa disponibilité
- Organisation de transferts de patients compte tenu des exigences d'urgence et de sécurité relatives à chaque patient et de la nécessité d'une définition claire des responsabilités.
- Organisation en commun d'une surveillance de processus et d'un suivi de la qualité pour l'ensemble du programme

- Une séparation géographique

Cette association rassemble deux hôpitaux distants de cinq kilomètres. L'accord passé entre les institutions stipule que tant que les directives législatives demeurent inchangées, l'option est prise que chacun des deux hôpitaux continue à réaliser sa prise en charge de la pathologie

cardiaque sur son propre site. Les deux hôpitaux réalisent ainsi identiquement les mêmes éléments du programme de soin chacun de leur côté. Ils sont agréments à titre de centre unique et pratiquent sur chaque site la cardiologie non-invasive (programme A), la cardiologie invasive non-interventionnelle, interventionnelle et la chirurgie cardiaque (programme B).

- Un financement distinct

Les enjeux financiers liés à la cardiologie comme les engagements, les achats de matériel liés au programme B sont décidés dans le cadre de l'association. Un fond de roulement commun est mis en place pour financer les frais de fonctionnement. Cependant, l'association n'ayant pas de personnalité juridique, les honoraires et les actes techniques des médecins demeurent remboursés de manière indépendante sur chaque site (dans chaque hôpital).

➤ Un accord de collaboration inter-hospitalier

Cet hôpital étudié dans l'étude de cas n°2 a signé un accord de collaboration avec un autre hôpital de la région qui ne possède l'agrément que pour le programme de soin A. Ce dernier doit donc transférer ses patients pour réaliser les coronarographies diagnostiques, les angioplasties ou la chirurgie cardiaque. Cet accord porte sur l'autorisation d'un cardiologue de cet hôpital de venir réaliser lui-même les coronarographies et angioplasties de « ses » patients sur le site de cet hôpital agréé centre B. Ceci illustre l'implémentation des programmes de soins sous forme d'accord de collaboration interhospitaliers et de transferts de patient tout en étant que nous constatons un minimum de collaboration entre les équipes des deux hôpitaux. Le phénomène de l'auto-adressage du patient est un moyen pour l'hôpital d'origine du patient de s'assurer du retour de ce patient.

• ***En conclusion***

Cette seconde étude de cas est assez similaire à la précédente. La structuration de l'organisation des soins reste inchangée autour du principe de départementalisation vertical et fonctionnel. A l'inverse, on retrouve une dynamique portant sur la coordination des spécialistes impliqués dans la prise en charge d'une même pathologie. Des mécanismes de coordination transversaux émergent au travers des groupes liaisons inter et multidisciplinaires.

Au niveau inter-hospitalier, les deux première études de cas et le centre cardiologique qu'ils ont fondé nous amènent à nous interroger sur la pertinence de ce type d'association à l'égard du NCH dans le mesure où la possibilité est maintenue de réaliser un activité médicale similaire sur deux sites et tout en maintenant une séparation financière.

III.3.2.3 - Case 3

- ***Présentation et performance de l'hôpital***

L'hôpital étudié dans cette troisième étude de cas est une institution publique universitaire. Cet hôpital comporte actuellement 5 sites hospitaliers, deux cliniques de jour et six polycliniques. Cet ensemble résulte d'un processus de fusion en cours depuis quelques années entre différents hôpitaux publics de la région.

L'hôpital (sur le site) n°1 est un hôpital général qui développe davantage la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et le secteur mère-enfant. L'hôpital n°2 est également un hôpital général. Sa vocation est d'être d'avantage spécialisé dans l'oncologie. Notons que cet hôpital tout en étant fusionné avec les autres institutions à travers un même pouvoir organisateur, demeure agréé sous un numéro d'agrément propre. Une séparation administrative reste donc toujours présente mais est en voie de disparaître. L'hôpital n°3 comporte 200 lits qui sont uniquement consacrés aux soins de réadaptation. L'hôpital n°4 compte 120 lits. Il est un hôpital général dit « de première ligne » qui ne comporte par de services lourds mais offre un ensemble de spécialités « de base ». Enfin, l'hôpital n°5 est une institution spécialisée dans la psychiatrie et la psycho-gériatrie. L'ensemble de ces hôpitaux sont fusionnés. Notons qu'un sixième hôpital vient de fermer ses porte. Son activité a été déplacée. Il a été remplacé par une polyclinique. En plus de cette dernière, l'ensemble de ces hôpitaux offrent des soins en ambulatoire via des polycliniques présentes sur chaque site.

Cet hôpital possède une capacité d'accueil de 1432 lits. Pour cette même année, il a accueilli 35.2458 patients en 2001 pour un nombre de 416.317 journées d'hospitalisation. Le chiffre d'affaire est d'environ 240 millions d'euros. Cet hôpital occupe 4800 personnes salariées et 625 médecins. Ces médecins sont tous indépendants à l'exception de ceux appartenant à un des sites hospitalier (n°2) qui sont salariés.

- ***Structuration générale de l'hôpital***

Cette partie de la troisième étude de cas portant sur la structure générale de l'hôpital est relativement succincte faute de n'avoir pas eu accès à certains documents. Il s'agit pour l'essentiel des organigrammes (à l'exception de l'organigramme infirmier) et de la présentation des principales commissions de direction et de coordination. Nous avons donc pris en considération les informations issues des entretiens individuels. Nous n'avons cependant pas eu de présentation exhaustive de la structure de cet hôpital. Les éléments présentés ici restent donc lacunaires.

Principe de différenciation

Comme dans les deux premières études de cas, nous avons remarqué de nouveau le même principe de structuration basé sur trois pyramides verticales distinguant les gestionnaires et administratifs, les infirmières et les médecins.

- La pyramide gestionnaire et administrative.

Nous retrouvons notamment, dans cette pyramide, le conseil d'administration, le directeur général, le comité de direction, le conseil d'administration et le comité de direction hebdomadaire. Le *conseil d'administration* rassemble des représentants des différentes communes impliquées dans le pouvoir organisateur. Cinq mandataires sont délégués par ce conseil : le *directeur de la logistique*, le *secrétaire général*, le *directeur général*, l'*administrateur général*, et le *directeur du centre psychiatrique* du site hospitalier n°5. Le *directeur général* de l'hôpital supervise un ensemble de services « administratifs », la pharmacie, ainsi que les départements infirmiers et la direction médicale. Le *comité de direction* est composé du président de l'Intercommunale responsable de ces hôpitaux du directeur général, du directeur des hôpitaux généraux, de l'administrateur général (finances) du secrétaire général (GRH), d'un directeur de la logistique (logistique et infrastructure). Le *Conseil d'Administration* rassemble des mandataires politiques élus possédant des voix consultatives. Un *comité de direction hebdomadaire* : Les directeurs des hôpitaux généraux, les deux médecins en chef, les deux pharmaciens responsables et le directeur du nursing.

- La pyramide médicale

A la tête de la pyramide médicale, nous retrouvons deux directeurs médicaux. L'un est en charge de l'ensemble des sites hospitaliers à l'exception du site hospitalier n°2 possédant un numéro d'agrément indépendant et donc une direction médicale propre. Sous cette supervision, la pyramide médicale rassemble un ensemble de services regroupés sur base fonctionnelle. Les médecins de même spécialité thérapeutique sont regroupés sous la supervision d'un chef de service. Il ne nous a pas été possible de déterminer l'existence de regroupements intermédiaires entre le niveau des services et le niveau de la pyramide médicale avec l'existence par exemple de cadres intermédiaires comme des chefs de cliniques médicales ou chirurgicales. La lecture du rapport d'activité médical ne mentionne pas ce type de sous-structure.

Mentionnons que cette pyramide est représentée par un conseil médical unique à l'ensemble des sites hospitaliers de cet hôpital.

- La pyramide infirmière

Le département infirmier est constitué d'une double structure pyramidale. La pyramide comprend l'ensemble des sites hospitaliers à l'exception du site n°2 qui possède une structure propre. Ces deux pyramides sont sous la supervision du même directeur du département infirmier en dessous duquel on retrouve deux directrices distinctes prenant en charge la supervision de chacune de ces deux pyramides. Sous la responsabilité de ces deux directrices, on retrouve un ensemble de services, chacun supervisés par un chef de service. Ces services prennent la forme d'unité fonctionnelle. Ils regroupent les infirmières dans le but de réaliser la prise en charge d'une spécialité thérapeutique.

La coordination au sein de cette double structure pyramidale se réalise principalement par supervision directe. On retrouve également des réunions de coordination rassemblant les chefs des différents services. Appartenant à une même pyramide, l'ensemble de ces structures partagent une technostruture commune réalisant un standardisation des procédures de soins. Du point de vue du trajet du patient entre différents services, la coordination est assurée par des documents standardisés de sortie ou de liaison. Un objectif de la direction infirmière est

de créer un dossier infirmier standardisé utilisé par l'ensemble des unités de soins. D'abord papier, ce document sera ensuite informatisé.

Principe d'intégration

La coordination entre ces pyramides s'opère par l'existence de comités de liaison rassemblant des représentants des différentes pyramides. Nous ne pouvons décrire davantage ces comités car ces informations ne nous ont pas été communiquées.

- ***Structuration de la prise en charge de la pathologie cardiaque***

Principe de départementalisation

L'ensemble des sites de cet hôpital offre des soins relevant de la pathologie cardiaque à l'exception de l'hôpital psychiatrique ; que ce soit via les polycliniques qui offrent des soins ambulatoires ou via les services de médecine interne qui permettent l'hospitalisation. Par ailleurs, l'activité « lourde » de cardiologie se répartit sur deux hôpitaux. D'un côté, le site hospitalier n°1 est agréé pour les programmes de soins A, B, E et P et offre donc les soins cardiologiques « non-invasifs » et les techniques plus « lourdes » avec la coronarographie diagnostique, la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque. Il offre également des soins de rythmologie avec de l'électrophysiologie et l'implantation de stimulateurs cardiaques. D'un autre côté, le site hospitalier n°2 est agréé pour le programme de soin A, B1, E et P. Outre des soins de cardiologie clinique, il propose donc des soins de rythmologie avec également l'électrophysiologie et l'implantation de stimulateur cardiaque ainsi que la possibilité de réaliser des coronarographies diagnostiques.

Afin d'étudier la manière dont l'activité sur ces deux hôpitaux est départementalisée, dégageons les différents services impliqués dans ce centre en nous limitant à l'hôpital n°1. Cinq services semblent directement liés à la prise en charge de la pathologie cardiaque : le service d'Urgence, le service de Cardiologie comprenant une Unité Coronaire, le service de Chirurgie Cardiaque, le service d'Anesthésie Cardiaque et le service des Soins Intensifs. Présentons les services essentiels. Etudions les principaux services.

- Le service de cardiologie (du site hospitalier n°1)

On retrouve 14 cardiologues au sein du service de cardiologie. Parmi ceux-ci, 8 cardiologues sont spécialisés dans la cardiologie clinique et 5 cardiologues sont spécialisés dans la cardiologie interventionnelle. Ces derniers appartiennent à un département spécifique de cardiologie interventionnelle supervisé par un chef de département. Le service de cardiologie est supervisé par un chef de service qui est également coordinateur médical de l'ensemble du programme de soin B c'est à dire du centre cardiologique. Les activités de ces cardiologues sont la surveillance de l'unité d'hospitalisation, les consultations en unité ambulatoire, la réalisation des techniques invasives au sein de l'unité médico-technique et la surveillance de l'unité coronaire.

Le service de cardiologie renvoie à plusieurs unités de soins infirmières. L'*unité d'hospitalisation en cardiologie* compte 34 lits. Elle comporte une équipe de 16 infirmières sous la supervision d'une chef de service. Cette équipe infirmière est prise en charge par une chef de service. La coordination avec le corps médical s'opère par une supervision de l'unité par des cardiologues cliniciens qui s'occupent à mi-temps de l'unité d'hospitalisation. Le service de cardiologie comporte une *unité ambulatoire* s'occupant de la réalisation de consultations techniques. Une équipe infirmière spécifique s'occupe de cette unité, sous la supervision d'une infirmière en chef. Cette unité comporte 9 infirmières pour 7 équivalents temps plein et demi. Le service de cardiologie comporte également une *unité médico-technique de cathétérisme cardiaque*. Celle-ci comporte des infirmières « techniciennes » attachées à la salle de cathétérisme cardiaque. Ces infirmières appartiennent à une unité rassemblant les infirmières « techniciennes » de cathétérisme et les infirmières « techniciennes » de chirurgie cardiaque sous la responsabilité d'un même infirmier en chef. Cette unité compte 3 infirmières temps plein pour la salle de cathétérisme cardiaque et 3 infirmières temps plein pour la salle d'opération. Deux infirmières temps plein occupent leur tâches à mi-temps en salle de cathétérisme cardiaque et à mi-temps dans en salle de chirurgie cardiaque. Le concept de la « polyvalence » y donc est prôné ; ces deux infirmières doivent pouvoir combler à un manque d'effectif dans l'une ou l'autre salle. Cette unité médico-technique comporte également 3 instrumentistes équivalents temps plein et demi et 3 perfusionnistes équivalents temps plein.

Le service de cardiologie renvoie également à une *unité coronaire* qui est également prise en charge par une unité infirmière spécifique supervisée par une infirmière en chef propre. Cette unité coronaire compte 6 lits et est prise en charge par une équipe de 12 infirmières.

- Le service de chirurgie cardiaque (du site hospitalier n°1)

Le service de chirurgie cardiaque comprend quatre chirurgiens cardiaques dont un chef de service. Ces chirurgiens partagent leurs tâches entre les consultations réalisées dans l'unité de consultations, la supervision de l'unité d'hospitalisation de chirurgie cardiaque et les opérations réalisées en salle d'opération dans l'unité médico-technique.

Le service de chirurgie cardiaque comprend l'*unité en hospitalisation* et la *salle d'opération* spécifique à la chirurgie cardiaque. L'unité d'hospitalisation compte 23 lits. Aussi, le service de chirurgie cardiaque renvoie à deux équipes infirmières distinctes. On retrouve d'un côté *l'équipe d'infirmières « techniciennes » attachées au bloc opératoire*. Nous l'avons dit, elles sont regroupées dans la même unité que les infirmières « techniciennes » des salles de cathétérisme sous la supervision d'un même infirmier en chef. D'un autre côté, on retrouve les *infirmières attachées à l'unité de soin en hospitalisation de chirurgie cardiaque*. Cette équipe compte 12 infirmières sous la supervision d'une même infirmière en chef. A cette équipe sont adjoints des kinésithérapeutes indépendants qui se chargent de la préparation des patients à l'opération et assurent également le suivi postopératoire de ces patients. Enfin, on retrouve également dans le but de mettre en confiance le patient, un sophrologue attaché à l'unité.

La coordination au sein de l'unité d'hospitalisation en chirurgie cardiaque se réalise entre l'infirmière en chef et les chirurgiens chargés de superviser l'unité. Les assistants permettent également de faire le relais entre infirmières et chirurgiens. Les dossiers infirmiers et médicaux sont fusionnés ; ce qui favorise également la coordination. De même, la salle de garde est commune aux chirurgiens et infirmières. Elle favorise l'ajustement mutuel entre infirmières, chirurgiens et kinésithérapeutes.

Notons qu'au niveau administratif, le secrétariat des salles d'opération de chirurgie et de cathétérisme est commun. Deux secrétaires y travaillent, l'une prenant d'avantage en charge la cardiologie interventionnelle et l'autre la chirurgie cardiaque. L'une l'autre peuvent se remplacer en période de congé.

- Le service d'anesthésie cardiaque (du site hospitalier n°1)

Au sein du centre cardiologique, on retrouve un service d'anesthésie cardiaque. Il comporte trois anesthésistes cardiaques dont la fonction oscille entre le suivi des patients hospitalisés en

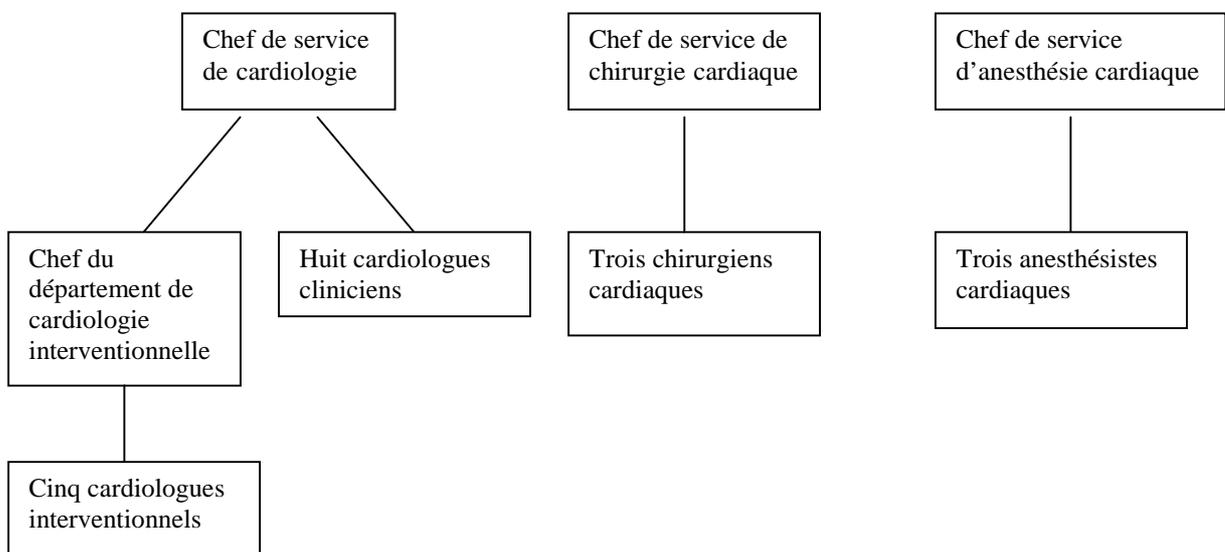
postopératoire dans l'unité de chirurgie cardiaque et les patients en salle d'opération. On y retrouve un chefs de service de l'anesthésie cardiaque

- ***Un financement par services***

La rémunération des médecins s'opère par des enveloppes fixes distribuées à chaque service. Ces enveloppes sont négociées chaque années entre les médecins, le gestionnaire et le conseil médical. De cette enveloppe, 95 % du contenu est fixe et est distribué aux services alors que 5 % de l'enveloppe dépendent d'un critère de production défini par le gestionnaire pour être accordés. Chacune des spécialités de la pathologie cardiaque appartenant à des services différents perçoit donc une enveloppe distincte redistribuée entre les membres du service.

- ***Un structuration verticale et fonctionnelle***

Schémas synthétique des différents services du site hospitalier n°1 impliqués dans la pathologie cardiaque :



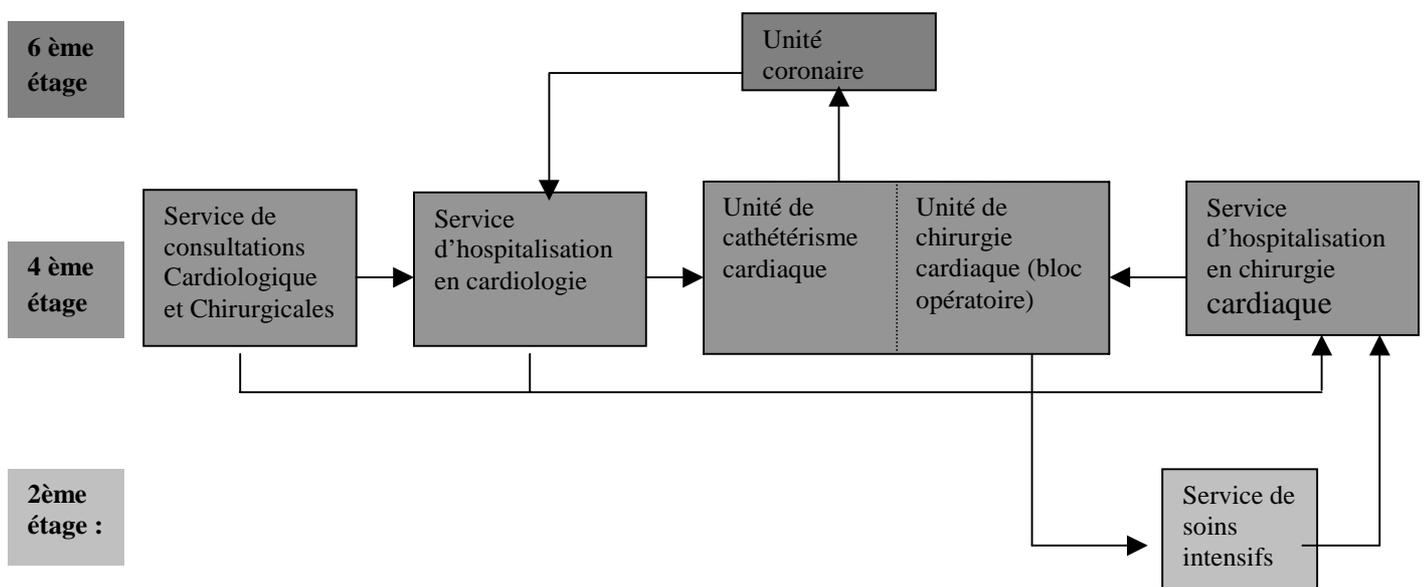
Comme ce schémas l'atteste, la prise en charge de la pathologie cardiaque sur le site de l'hôpital n°1 montre que le principe de départementalisation reste vertical et cloisonné. Le service reste l'élément central du principe de départementalisation. Il constitue des unités fonctionnelles qui rassemblent les médecins d'une même spécialité thérapeutique. La départementalisation est ici plus « forte » que dans les deux précédentes études de cas. En

effet, le service de cardiologie contient lui-même une séparation entre les cardiologues cliniciens et les cardiologues interventionnels qui possèdent une supervision propre. Des services distincts, des chefs de service distincts, des centres de frais distincts ; ces éléments témoignent qu'un fort cloisonnement subsiste entre les différentes spécialités.

- **Un rassemblement géographique**

Cependant, les différents services dont nous venons de parler sont regroupés géographiquement dans un même plateau à l'exception de l'unité coronaire qui se situe deux étages plus haut.

Schémas des différentes unités du plateau de cardiologie⁸²



On retrouve sur un même plateau l'unité de consultation (cardiologique et chirurgicale), l'unité d'hospitalisation en cardiologie, l'unité d'hospitalisation en chirurgie cardiaque, la salle d'opération et les deux salles de cathétérisme cardiaque dans une même aile. Ce

⁸² Les flèches noires renvoient aux trajets – types des patients sur ce plateau, entre les différents services

rapprochement géographique illustre la liaison étroite entre les différentes spécialités impliquées dans la prise en charge. Ce rapprochement géographique favorise un rapprochement des équipes de soins. Il facilite la communication et la coordination entre les différents professionnels de soin. Ce rapprochement est au bénéfice du patient qui trouve sur place l'ensemble des spécialités nécessaires à sa prise en charge. Certains éléments montrent un regroupement des professionnels impliqués dans la prise en charge de la cardiologie. L'équipe infirmière de salle d'opération et des salles de cathétérisme est fusionnée sous la responsabilité d'un même infirmier en chef. Le secrétariat de ces salles est commun et une salle de réunion commune est mise en place et est destinée à accueillir chirurgiens et cardiologues. L'unité de consultation accueille également autant les cardiologues que les chirurgiens avec également une même équipe infirmière.

- ***Les services de cardiologie des autres sites***

Le site hospitalier n°2

La cardiologie est également présente dans l'hôpital « général » n°2 qu'est le CHU de V. On y retrouve une *Unité Coronaire*, un *service d'hospitalisation en cardiologie*, une *unité de rythmologie* et une *salle de cathétérisme* (uniquement destinée à la cardiologie interventionnelle diagnostique). Les programmes A, B1, E et P y sont proposés. L'ensemble de ces unités appartient à un même service de cardiologie supervisé par un chef de service.

- Les polycliniques

L'ensemble des sites hospitaliers offrent une prise en charge de la pathologie cardiaque dans des polycliniques. Il s'agit de consultations permettant d'offrir des soins cardiologique relevant du programme A. Ces polycliniques sont la porte d'entrée du patient dans la filière de soin proposée par l'hôpital.

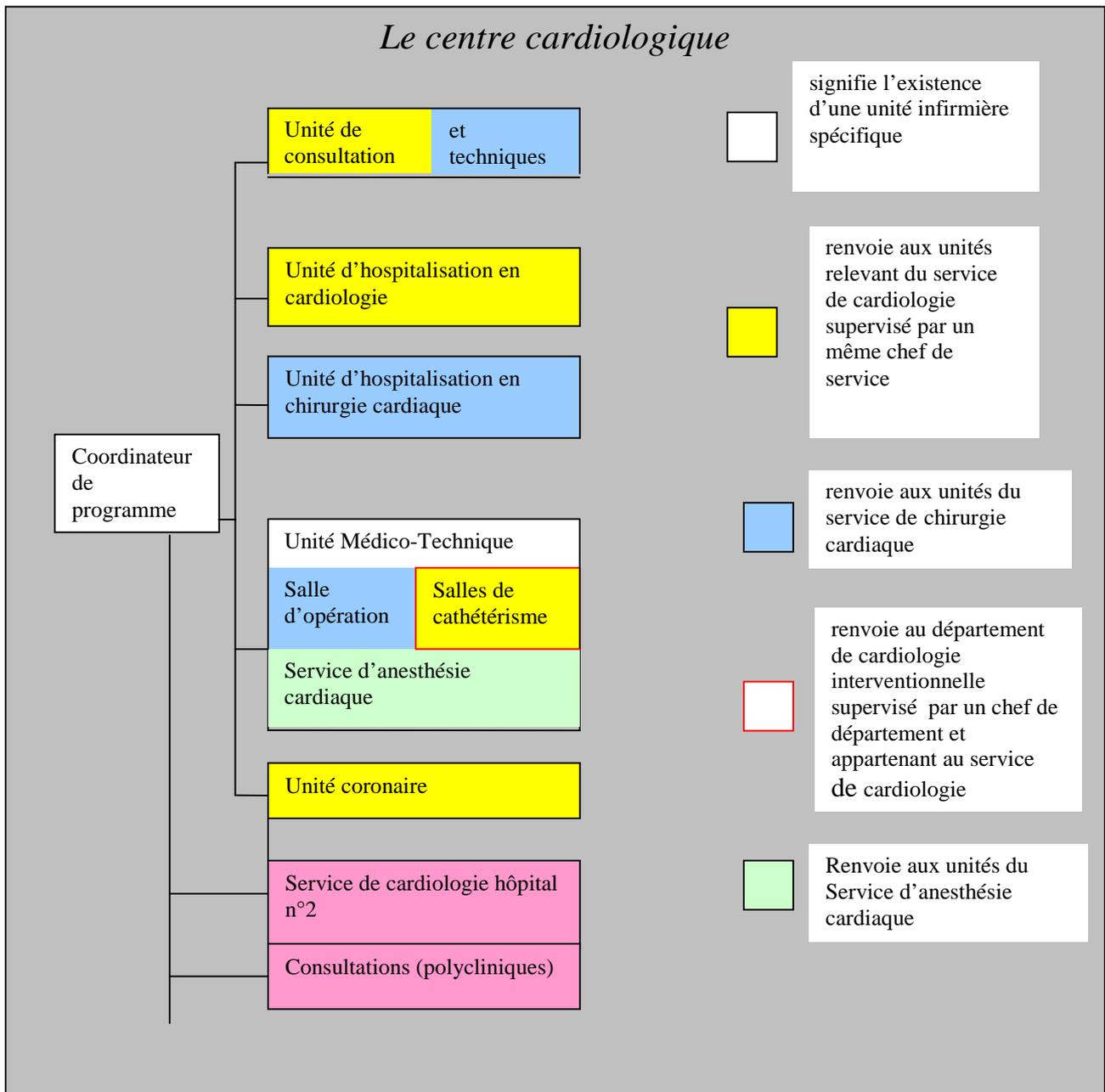
- Un centre cardiologique comprend ces différents services

Nous venons de voir que le service rassemblant les médecins d'une même spécialité thérapeutique reste le principe premier de la départementalisation de cette troisième étude de cas. Il nous faut cependant intégrer à la réflexion le « centre cardiologiques » ; appellation qui

rassemble ces différents services impliqués dans la pathologie cardiaque sous la responsabilité d'un coordinateur de programme commun. Le centre cardiologique comprend l'ensemble des services présentés plus haut (voir schémas ci-dessous). Certains éléments montrent en effet que ce centre constitue bien un regroupement des différentes spécialités et qu'un décloisonnement entre les spécialités est en place. Cela se traduit notamment par le fait que l'on retrouve les mêmes cardiologues œuvrant sur plusieurs sites. Ils assurent les consultations dans une polyclinique et supervisent ensuite l'unité d'hospitalisation dans l'hôpital n°1. Par ailleurs, les mêmes unités peuvent être utilisées par des médecins de spécialités différentes. Ainsi, l'unité de consultation de l'hôpital n°1 comprend autant des consultations de cardiologie que de chirurgie cardiaque. Ces consultations sont assistées par une équipe infirmière commune. Ajoutons qu'un cardiologue interventionnel du site hospitalier n°2 officie également sur le site hospitalier n°1. Enfin, il arrive fréquemment que des patients de cardiologie interventionnelle soient hospitalisés dans le service d'hospitalisation de chirurgie cardiaque. Les cardiologues assurent alors le suivi de ces patients dans le service de chirurgie cardiaque.

Ainsi, bien que les services continuent à regrouper des médecins de même spécialité, on se rend compte qu'une dynamique de décloisonnement est en place dans le cadre de ce centre cardiologique. Le rapprochement géographique des services, le fait que les spécialistes puissent travailler sur plusieurs sites hospitaliers, les équipes infirmières communes pour des soins cardiologiques et chirurgicaux sont autant d'éléments significatifs illustrant ce décloisonnement.

Remarquons cependant (qu'il nous a été signalé) l'absence de référence à ce centre cardiologique dans les organigrammes de l'institution. Ceci symbolise l'absence de lien hiérarchique entre le coordinateur de programme et les chefs de services. Rappelons également que le financement des médecins se base sur les services et non sur ce centre de soin. Ce sont là autant d'éléments qui amène à relativiser l'importance de centre de soin comme élément fédérateurs des acteurs de la pathologie cardiaque.



Principe d'intégration

Cette troisième étude de cas nous a permis de découvrir un certain nombre de mécanismes de coordination mis en place entre les différents acteurs participant à la prise en charge de la pathologie cardiaque.

➤ *Un coordinateur de programme*

Dans le but d'assurer la coordination de la prise en charge de la pathologie cardiaque est mis en place un coordinateur. Cette fonction apparaît à la suite de la sortie de l'Arrêté Royal sur le programme de soin en pathologie cardiaque du 16 juin 1999. Son rôle porte autant sur les services présents dans l'hôpital n°1 que sur les services des autres sites. Le coordinateur du programme est également chef de service de cardiologie. Ce statut lui permet d'obtenir une autorité par rapport aux autres médecins.

➤ *Une Discussion Médico-Chirurgicale*

Tout comme dans les deux premières études de cas, on retrouve dans ce troisième hôpital une discussion médico-chirurgicale. Cette réunion hebdomadaire rassemble officiellement les chirurgiens cardiaques, les cardiologues interventionnels et cliniciens. Le but de cette réunion est de proposer un avis sur le traitement à mettre en place pour certains patients. Les cas discutés sont apportés par les cardiologues interventionnels de cet hôpital et de l'hôpital n°4. La réunion consiste en une présentation du cas tant au niveau médical qu'au niveau de son contexte de vie en une vision du film de la coronarographie du patient. Il reviendra au cardiologue « traitant » du patient de prendre la décision de suivre ou non l'avis de la DMC.

➤ *Une discussion multidisciplinaire portant sur l'organisation et la planification de la prise en charge*

A la suite de la DMC prend place une seconde réunion portant sur l'organisation et la planification du programme opératoire de la semaine à venir. Les anesthésistes y participent ainsi que les kinésithérapeutes et l'infirmière en chef de chirurgie cardiaque. Cette dernière en s'y rend cependant que deux fois par mois car cette réunion se situe en dehors de son horaire de travail. Si elle est absente, elle prend connaissance du planning par le PV de cette réunion. Du point de vue du patient, la présence de l'infirmière en chef de chirurgie cardiaque à cette réunion est un plus. Elle découvre avant qu'ils ne soient hospitalisés les patients qu'elle va prendre en charge. Elle pourra ainsi veiller à prêter l'attention à certains éléments critiques de leur maladie et relayer ce attention auprès des infirmières du service. La participation à cette réunion permet aux infirmières de connaître d'avantage les pathologies des patients qu'elles prennent en charge.

➤ *Une discussion collégiale de tous les cas qui ont occasionnés des difficultés*

Au sein du centre cardiologique, une réunion portant sur les cas ayant posé certaines difficultés est en train d'être mise en place. Elle rassemblerait les différents spécialistes afin de comprendre les raisons des difficultés rencontrées et afin d'améliorer la prise en charge si cela est possible.

➤ *Une standardisation du travail médical*

On retrouve également, dans le centre cardiologique, un mouvement visant à développer une standardisation du travail médical. Il s'agit de mettre en place des procédures écrites communes dans le but de développer des approches thérapeutiques communes. Il s'agit de discuter des critères présidant à la décision de réaliser tel ou tel type de soins. Ces critères sont issus des « *guide lines* » internationaux définis par la communauté scientifique. L'objectif ici est de mettre tout le monde d'accord sur ces critères et de formaliser ensuite les procédures de soin en fonction de ces critères. L'ensemble des spécialistes partageraient donc une même approche thérapeutique et la coordination entre ces spécialistes s'en trouverait favorisée.

Standardisation des transferts d'information

➤ *Les registres*

Dans une optique de qualité, on retrouve également dans ce centre cardiologique une volonté de tenir des registres sous forme de base de données informatique qui reprend l'ensemble des procédures réalisées sur les patients à partir des coronarographies. Ce registre est actuellement en train d'être mis en route. Il concerne autant les cardiologues de n°1 que ceux de l'hôpital n°4 qui réalisent des coronarographies. Ce registre permet donc à chacun d'accéder aux données des soins réalisés par les autres spécialistes sur un patient. Il favorise donc l'évaluation du travail médical et la coordination des spécialistes entre eux par une meilleure accessibilité des informations.

➤ *Les données médicales en réseau*

Certaines données d'ordre médicale deviennent accessible via l'outil informatique. Il ne s'agit pas directement de données liées à des soins d'ordre cardiologique mais à des informations

sur les radiographies etc. Elles sont accessibles par un réseau commun à l'ensemble de ces hôpitaux.

➤ *Un rassemblement des dossier médicaux et infirmiers*

Du point de vue de la coordination entre infirmières et médecins, nous avons pu constater que, dans les unités d'hospitalisation, les dossiers médicaux et infirmières sont rassemblés l'un avec l'autre. Ceci facilite la coordination et le transfert des informations entre infirmières et médecins

- ***La coordination de la collaboration entre le site de l'hôpital n°1 et le site de l'hôpital n°2***

Un comité de liaison

Entre les deux sites hospitaliers offrant des soins de cardiologie invasive (un site agréé B1 et un site agréé B) fut mis en place un accord de collaboration. Ce dernier spécifie la mise en place d'une structure commune : un comité de coordination représenté paritairement par des membres des deux institutions. Il est composé de deux représentants des gestionnaires par institutions et de deux représentants du corps médical par institutions. Cet accord vise à préciser les modalités de transferts et de retransferts des patients. Le rôle des transports ambulanciers est défini. L'harmonisation des pratiques de travail, la discussion commune des cas, la mise en place de protocoles de prise en charge sont prônés. De même la tenue des registres implique les équipes des deux sites. Le coordinateur de programme intervient pour mettre en place ces éléments ainsi qu'une organisation précise des transferts.

Un acteur commun aux deux institutions

Concrètement, la collaboration s'organise autour d'un cardiologue œuvrant sur les deux hôpitaux. Il s'agit d'un cardiologue interventionnel qui réalise des consultations et des coronarographies sur le site hospitalier n°2. Cependant, lorsqu'une intervention cardiologique est nécessaire, ce cardiologue se déplace donc avec « ses » patients vers le site hospitalier n°1 afin d'y réaliser lui-même la technique d'angioplastie. Si ce médecin appartient initialement à site hospitalier n°2, il fait aujourd'hui également partie du département de cardiologie

interventionnelle. Il est cependant rémunéré par l'hôpital n°2 à titre de salarié ; ce qui facilite son financement et son travail sur un autre site. Ce cardiologue donc un agent de liaison entre les deux sites. Connaissant l'organisation des deux sites, il peut coordonner les transferts de patients. Il participe à la DMC.

- ***En conclusion***

Cette troisième étude de cas nous a permis de cerner une dynamique de changement plus forte dans la prise en charge de la pathologie cardiaque. Du point de vue de la départementalisation, le principe de l'organisation verticale et fonctionnel reste inchangé. Cependant, un rapprochement géographique, un décloisonnement du travail médical et l'émergence du concept de centre de soin fédérant les différents services illustrent l'évolution en cours. Celle-ci est davantage perceptible au niveau de la coordination transversale entre les différents acteurs. Cette dynamique est antécédente à la sortie des programmes de soins. Cependant, l'apparition du rôle de coordinateur de programme a prolongé cette dynamique. Celui-ci a poussé à la tenue de registres accessible aux différentes spécialités, à une standardisation du travail médical etc. Il est un acteur de dialogue entre les spécialistes.

IV. ANALYSE TRANSVERSALE

Cette analyse transversale des études de cas et des récits de vie des patients vise à mettre en exergue les éléments de réponse aux questions soulevées dans la première section du présent rapport. Ces éléments sont issus des matériaux empiriques collectés tant en Flandre qu'en Wallonie et relèvent donc de l'ordre de la perception des acteurs concernés par le NCH, tant au niveau macro (instances dirigeantes et hiérarchie médicale) qu'au niveau micro (gestionnaire, spécialistes, médecins, infirmières,...). Nous montrons ainsi que l'ambiguïté première de ce concept laisse place pour des interprétations diverses sur base desquelles nous pouvons alors identifier ce qui constitue autant d'incitants et/ou de freins, de menaces et/ou d'opportunités à un tel changement dans le monde hospitalier.

IV.1 - De l'ambiguïté du NCH

IV.1.1 - Définitions du CNEH et du Ministère de la Santé Publique

Le Nouveau Concept Hospitalier (NCH) fait suite à la définition légale de l'hôpital présente dans la loi sur les hôpitaux⁸³. Dans cette définition, l'hôpital n'est plus vu comme une infrastructure mais comme une entité investie d'une mission spécifique : la dispensation, sur une base permanente, de soins médicaux spécialisés dans un contexte cohérent et pluridisciplinaire. En réponse à différents facteurs comme le vieillissement de la population, l'augmentation des hospitalisations et des dépenses ou l'évolution de la médecine hospitalière, le NCH prône une évolution de l'organisation des soins. L'objectif est d'offrir d'avantage d'efficacité, de qualité et d'améliorer la continuité des soins. La pluridisciplinarité, la complémentarité et la synergie sont les grands concepts qui caractérisent une évolution vers une offre de soin dite centrée sur le patient.

Dans le NCH, l'activité est structurée sous forme de programmes. Le programme de soin est défini comme étant « *une réponse cohérente, organisée à un problème de santé chez un patient, dans un ensemble structuré de services et de prestations, qui consiste à dispenser au patient, dans un cadre pluridisciplinaire, les soins hospitaliers appropriés les plus efficaces et efficients dans un continuum de diagnostic, de traitement et de réadaptation fonctionnelle, et ce sous la forme qui convient le mieux au patient, soit par le biais d'une admission, d'un séjour en polyclinique ou d'un traitement de jour.*

⁸³ Loi du 23/12/1963 modifiée par l'article 1, §2, 1° de la loi du 13/03/1985, MB. 29/03/1985

En d'autres termes, le programme englobe les possibilités tant diagnostiques que thérapeutiques pour une pathologie déterminée. »⁸⁴

Le programme de soin est avant tout un instrument d'agrément de l'activité des hôpitaux qui rassemble un ensemble de critères auxquels les hôpitaux doivent répondre. Un programme de soins contient : un groupe cible (défini par la catégorie d'âge et la pathologie du patient), la nature et le contenu des soins, un niveau minimum d'activité, l'infrastructure requise, l'expertise et les effectifs de personnels médicaux et non médicaux requis, les normes afférentes au suivi de la qualité (évaluation interne et externe de l'activité médicale), les critères micro-économiques ainsi que des critères relatifs à l'accessibilité géographique. L'ensemble de ces éléments visent à développer une prise en charge pluridisciplinaire adaptée aux besoins du patient, dans un continuum et une qualité des soins.

IV.1.2 - Définitions de l'hôpital : point de vue macro

IV.1.2.1 - Généralité

Il a été demandé aux participants des *focusgroups* de formuler, dans leurs propres termes, une définition (mots clés) du concept « programme de soins ». Dans les paragraphes qui suivent il sera fait mention des éléments essentiels qui ont été relevés par les *focusgroups*. Lorsque aucun renvoi spécifique vers un focusgroup particulier n'est fait, c'est qu'il s'agit là de caractéristiques générales.

Les programmes de soins sont associés avec des éléments tels que « groupe-cible bien défini », « moyens structurels, humains et financiers », « ensemble multidisciplinaire coordonné et efficient », « le patient occupe une situation centrale », « standardisation », « evidence based medicine », « continuité avant, pendant et après l'hôpital », « perspective dans le temps bien défini » et « équivalence ».

On entend par « un groupe-cible bien défini » l'idée que le programme de soins doit être considéré comme une conséquence d'un concept défini pour un groupe de patients défini. Pour déterminer ces groupes-cible différents critères sont à considérer. La pathologie, le degré de gravité et le profil sont considérés comme les plus importants des critères pour parcelliser les groupes-cibles (groupes de patients). Le terme « profil » met l'accent sur le fait que les

⁸⁴ Decoster Christiaan, « Un nouveau Concept Hospitalier » in Trajectoire de soins et bilans : problématique et logique de régulation.

programmes de soins ne sont pas uniquement créés sur base d'un diagnostic médical. Une pathologie définie peut avoir des profils différents. Par exemple, une appendicectomie chez l'enfant est visiblement différente d'une appendicectomie chez un patient grabataire âgé. Le critère « profil » est surtout cité dans les *focusgroups* de revalidation gériatrique. Il est difficile de lier un profil gériatrique à une pathologie définie, car il s'agit là souvent de multipathologies.

Bien que plus loin dans ce rapport, il sera avancé clairement que les réglementations structurelles et statiques forment une barrière importante pour développer un programme de soins (tel que perçus par les participants), le lien est établi dans tous les focusgroups avec les moyens structurels, humains et financiers précis liés à un programme de soins. Il est à remarquer qu'il faut certainement tenir compte de la disponibilité régionale des soins et que certains agréments ne répondent pas toujours à ces critères. Cette dernière remarque a été formulée aussi bien dans un grand que dans un petit hôpital régional respectivement par le *focugroup* «ischémie cardiaque» et le «top-focusgroup».

Diverses de caractéristiques d'un programme de soins sont rassemblés dans l'expression "Un ensemble multidisciplinaire coordonné et efficace". Chez les participants le mot « programme » signifie suite logique, collaboration et efficience des moyens mis en œuvre par la coordination des différentes actions. Par « collaboration » il est stipulé qu'aussi bien les différents spécialistes médicaux, les infirmiers et les paramédicaux sont concernés mutuellement par le programme de soins. Les différentes approches des soins des spécialistes doivent être planifiés afin que des inefficacités dues à une mauvaise coordination puissent être éradiquées. En outre, on ne peut considérer un programme de soins comme la somme des soins donnés par chaque prestataire de soins, mais comme une possibilité pour obtenir un effet synergétique de soins multidisciplinaire (médicaux) et interprofessionnels.

Par la caractéristique « le patient se trouve au centre » il est dit que les soins doivent être organisés à partir des besoins du patient et donc pas à partir des besoins de l'organisation. Pour répondre à l'ensemble des besoins d'un patient la collaboration avec d'autres institutions s'avère nécessaire. Mais à l'intérieur de l'hôpital, les services doivent se regrouper autour du patient, en fonction des besoins et avec les moyens disponibles. Par une meilleure coordination et collaboration dans une équipe multidisciplinaire, il doit être possible que le patient ne soit pas obligé de déménager constamment vers le prestataire de soins (d'un service à l'autre), mais que les différents spécialistes aillent vers le patient, c'est-à-dire vers le service

où le patient se trouve suite au diagnostic principal. De plus, le soin doit être adapté au patient de façon individuelle.

Malgré les remarques faites ci-dessus concernant un soin individuel adapté à chaque patient, il a été généralement souligné dans les focusgroups, et ce de façon générale, qu'une forme de standardisation des soins est une partie importante du concept du programme de soins. On entend par là que les objectifs doivent être définis préalablement et que le plan du trajet du patient doit être clairement décrit « pas à pas ». En outre, il faut développer et déterminer préalablement une série de critères d'évaluation et d'instruments de mesures par lesquels on peut contrôler si les objectifs ont effectivement été atteints. De cette manière le programme peut être corrigé sur base d'informations factuelles. Cette standardisation par le biais des programmes de soins augmente la transparence du travail des différents acteurs concernés, en ce compris les bénéficiaires des soins. Et pourtant, tous les focusgroup ont systématiquement constaté que la standardisation contient un danger. La médecine basée sur des « bonnes recettes » et la rigidité des programmes de soins pourraient mettre le processus de soin en danger. Bien sûr, dans les focusgroups « gériatrie » il a été souligné que le trajet et l'évolution d'un patient gériatrique n'est pas du tout prévisible et qu'un protocole standard s'éloigne à tous les coups de la réalité.

Lors de la définition du programme de soins, l'« *evidence based medicine* » a été donné comme ligne directrice très importante pour le développement du programme de soins. Ainsi seront implémentés les lignes directrices et autre « *evidence based protocols* » dans le cadre du cadre du programme de soins. Dans la recherche de solutions aux problèmes structurels et organisationnels, il faut prendre en considération l'aspect du contenu des soins qui sont testés et seront testés en permanence compte tenu du stade actuel de la science.

Un accent important est mis sur la continuité des soins avant, pendant et après une hospitalisation. En explicitant les trajets de soins avant, pendant et après l'hôpital, non seulement la transparence se trouvera renforcée mais cela permettra d'avoir une image plus claire de certaines lacunes. Les soins de santé de première ligne peuvent et doivent rester concernés lors de l'élaboration de programmes par lesquels le transfert et la prise en charge du patient peut être adapté à ses besoins spécifiques. De cette manière le fossé entre l'hôpital et les soins à domicile peut être comblé et créer ainsi une transition moins brutale entre ces deux modalités. Dans le focusgroup « revalidation gériatrique » cette propriété est un facteur critique de succès lors du développement des soins gériatriques de qualité.

La perspective « temps » fut également associée au programme de soins. Ce « temps » n'est pas souligné pour l'application PAL/NAL, mais bien pour expliciter un programme dans une ligne de temps permettant par un planning d'optimiser les processus de soins.

C'est principalement dans les focusgroups "gériatrie" que les termes "équivalence entre les acteurs" sont utilisés. Dans la continuité des soins chaque prestataire de soins doit être apprécié de la même manière et être impliqué d'une manière égale dans le développement de programmes de soins. Actuellement on ressent une trop grande valorisation des soins de haute technologie et une sous-estimation, également au plan financier, des actions non techniques par lesquelles les négociations et investissements ne peuvent être menés sur un même pied d'égalité.

IV.1.2.2 - Remarques concernant la définition du CNEH

L'idée centrale qui fut avancée par les divers *focusgroups* se trouve dans une grande mesure dans la définition du Conseil National des Etablissements Hospitaliers. Les remarques principales concernant la définition du CNEH sont reprises ci-après :

« *Soins hospitaliers les plus appropriés* ». Ce terme laisse supposer qu'un programme de soins se joue à l'intérieur des murs de l'hôpital sans qu'une attention explicite soit donnée à l'aspect soins extra muros. La pression est fortement ressentie quant à la réduction de la durée d'alitement ; il est pourtant important qu'une attention toute particulière soit accordée aux soins à domicile. Pour beaucoup de patients les soins hospitaliers ne forment qu'une part limitée des soins globaux qu'il nécessite. A côté des soins hospitaliers, il est également important de savoir que bien des patients nécessitent des soins psychologiques pendant mais également après leurs prise en charge par l'hôpital.

« *un problème de santé du patient* ». Cette formulation suggère que le concept joue au niveau d'un patient individuel. Dans les *focusgroups* les programmes de soins furent plutôt placés sur un plus haut niveau plus agrégé. Dans cet esprit, il serait plus juste de parler d' « un groupe de patients avec un problème de santé identique ».

« *de manière efficace et efficiente* ». Il est difficile de définir ce qu'on entend exactement par « efficacité et efficience ». Dans la définition il n'est a d'ailleurs pas question de mécanismes de feedback ou reporting qui auraient dû/pu être utilisés pour vérifier l'efficacité des

programmes de soins. De plus, il existe le danger que ce terme soit associé à une façon de faire les choses au moindre coût, et ce au détriment de la qualité du service.

“*il manque l’aspect qualité*” : L’accent est clairement mis sur des principes tels que efficacité, efficience et soins hospitaliers appropriés, mais le principe « qualité » n’a pas été repris dans cette définition.

IV.1.2.3 - La critique négative du concept

Outre la définition des programmes de soins, les *focusgroups* ont également évalué l’impression générale relative aux programmes de soins. Les discussions ont alors porté sur les critiques et les opportunités du concept en tant que tel. Les critiques négatives seront dès lors exposées dans le présent paragraphe. Les caractéristiques positives du concept seront décrites dans la section suivante.

Un premier type de critique porte sur la problématique de la définition même des programmes de soins. Les contours des différents programmes de soins reposent souvent sur une définition libre et abstraite qui les rend incertains. L’ensemble des acteurs, en ce compris les membres de la direction, ont le sentiment qu’ils sont trop peu informés du contenu précis des programmes de soins. Il s’ensuit une résistance inévitable à collaborer à l’implantation des programmes de soins.

Une deuxième forme de critique est émise à propos du fait que les programmes de soins sont couplés à des normes d’agrément très rigides. Le contenu du concept est en général perçu positivement, mais l’interprétation vient après le concept. Les normes d’agrément statiques et les critères de programmation rendent difficiles le développement de nouvelles initiatives. Dans les hôpitaux de plus petite taille, il est souligné qu’il n’y a qu’un volume limité de patients pour certains spécialistes. Les acteurs de ces hôpitaux craignent qu’à raison de normes trop sévères ils doivent arrêter certaines de leurs activités régionales parce que l’hôpital n’atteindrait pas le « volume patients » requis pour développer une entité gérable pour cette spécialité. La collaboration avec d’autres hôpitaux et des contrats de coopération imaginatifs peuvent constituer des solutions possibles à cet égard, mais ceci n’est pas perçu comme bon pour les patients ni économique (par ex. au vu des coûts des transports en ambulance).

En troisième lieu il est indiqué à l'égard de la situation actuelle que les autorités publiques ont joué un rôle dans les dernières années dans le développement d'une structure verticale dans les hôpitaux. Le mécanisme de financement des médecins les conduits à des comportements protectionnistes entre eux ainsi qu'à l'égard des hôpitaux. La modification de ces éléments, qui sont inscrits dans l'histoire de chaque hôpital, demande beaucoup d'efforts et d'investissements. Il est à remarquer que ces observations sont principalement émises par les directions des hôpitaux.

Il a été clairement indiqué surtout dans les *focusgroups* de « revalidation gériatrique » qu'il n'est pas assez tenu compte des pathologies multiples. Bien que les programmes de soins mettent l'accent sur la multi-disciplinarité et l'inter professionnalisme, le risque existe que la découpe des soins en divers programmes de soins rend difficile la catégorisation de patients aux pathologies multiples dans l'un ou l'autre de ces programmes de soins. Il n'est d'ailleurs pas évident de savoir quels patients doivent être classés dans ce programme de soins. De plus la répartition des programmes de soins est très technique. A nouveau le danger existe que trop peu d'attention soit consacrée aux soins psycho-sociaux et corporels de base qui sont nécessaires pour certaines populations comme par exemple les patients gériatriques.

Dans les *focusgroups* « ischémie cardiaque » les critiques ont porté sur la division du programme de soins en pathologie A, B et C. Les limites et la transition entre une pathologie A, B et C ne sont pas évidentes d'un point de vue opérationnel. Une pathologie A peut rapidement évoluer vers une pathologie B et redevenir le jour suivant une pathologie A. Il est dès lors difficile de cette façon de mettre ce concept en œuvre de façon opérationnelle. Il a même été soutenu dans un focus group que le programme de soins complet devait être offert dans sa globalité dans l'hôpital concerné. Un programme de soins en cardiologie serait dès lors être offert dans un seul hôpital et non plus dans les autres de la même région. Il a été indiqué que ce n'est pas bon pour le patient, ni économique, par exemple s'il faut déplacer un patient pour que l'investigation soit réalisée dans un autre hôpital. Les services devraient être réorganisés pour permettre une offre complète dans un seul hôpital.

IV.1.2.3 - La critique positive sur le concept

Outre les critiques reprises ci-avant à propos du concept les points forts et les opportunités possibles de ce dernier ont également été formulés dans les *focusgroups*. Ces opportunités peuvent être regroupées sous les mots-clés « plus de transparence et de contrôle de la

qualité », « plus d'application de l' « *evidence based medicine* » et « amorce pour plus de lignes de conduite, de coordination et d'information ».

Le fait de travailler en programmes de soins et de rassembler les données par programmes de soins augmente la transparence et par conséquent la comparabilité entre les hôpitaux. Les contrôles de qualité et le benchmarking peuvent être réalisés de façon plus précise. Les comparaisons des budgets et des paramètres de qualité pourraient plus que jamais être une information des plus pertinentes.

Une vue d'ensemble des trajets des patients ainsi que l'explicitation des différentes activités permettraient un recours plus spécifique aux protocoles basés sur l'évidence. Un trajet de soins explicite pourrait être élaboré par la mise en commun d'informations à jour en provenance des différents groupes professionnels.

Les possibilités de collaboration intra- et extra- murales sont susceptibles d'être améliorées par un recours aux programmes de soins et le développement d'une communication interne et externe. Cela contribuerait à une meilleure adéquation des soins aux besoins des patients mais cela améliorerait également le retour à domicile. De même il est opportun d'améliorer la coordination en interne. . Ainsi par exemple, moyennant certaines corrections, la durée d'hospitalisation par groupe de patients pourra être déterminée, et le planning d'hospitalisation affiné.

IV.1.3 - Définitions des acteurs de l'hôpital : point de vue micro

Cette section expose les différentes perceptions du NCH qu'ont les acteurs de l'hôpital (gestionnaires, médecins et infirmiers) sur base des interviews réalisées. Quatre grands concepts ont ainsi été dégagés à savoir la *coordination*, la *pluridisciplinarité* (interdisciplinarité et multidisciplinarité), le *continuum des soins* et le *patient*. Ces quatre idées clés, associées au NCH, permettent de structurer les paragraphes suivants qui présentent en quelque sorte les définitions que ces acteurs donnent au NCH *in situ* c'est-à-dire la façon très concrète dont ils le mettent en œuvre dans leurs pratiques quotidiennes. Notre analyse permettra de confronter ces perceptions des acteurs « de terrain » avec la définition du NCH telle que prônée par le Ministère de la santé Publique et le CNEH.

IV.1.3.1 - Le NCH : une nouvelle coordination dans une structure fonctionnelle inchangée

Le NCH est d'abord et avant tout associé, dans l'esprit de nos interlocuteurs, à l'idée de coordination des activités de soins. Le lien entre l'Arrêté Royal sur le programme de soins de pathologie cardiaque et le NCH est peu présent dans le discours des acteurs. Certes, les médecins et gestionnaires rencontrés connaissent l'Arrêté Royal en question mais ils n'en retiennent que les éléments pertinents liés à leurs propres enjeux. Ainsi ces textes légaux qui, dans deux hôpitaux étudiés, ont menacé la survie de la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque pour des raisons de quotas, sont perçus pour l'essentiel comme poursuivant un objectif économique de réduction des coûts c'est-à-dire comme traduisant une volonté de réduire l'activité cardiologique en Belgique en vue de réaliser des économies d'échelles. Dans le même temps, aucun lien n'est perçu entre l'implémentation de ces programmes de soins et une évolution du principe de départementalisation de l'hôpital. Ainsi, il n'a nulle part été question de rompre avec la structure verticale de l'hôpital et la départementalisation fonctionnelle qui lui est liée. Nous ne pouvons cependant conclure à une absence de préoccupation des acteurs de terrain de faire évoluer les structures de l'hôpital afin d'améliorer la prise en charge du patient. On retrouve en effet, dans les trois hôpitaux étudiés en Wallonie, une volonté des cardiologues et des chirurgiens de « travailler ensemble ». Cette dynamique de travail se cristallise non pas au travers une remise en question du principe de départementalisation mais bien dans une évolution des principes d'intégration ou de coordination. Ainsi, nous retrouvons l'émergence de mécanismes de coordination transversaux significatifs d'un décroisement des activités inhérentes à la prise en charge du patient. Ces éléments ne sont pas tous issus des programmes de soins en tant que tels. Certains leurs sont antérieurs. Ils naissent de la volonté des acteurs de travailler conjointement autour d'un même patient et ont été renforcés dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de soins.

Nous retiendrons donc de ces éléments que :

- d'une part, les programmes de soins sont perçus par les acteurs de l'hôpital (au niveau micro), avant tout comme une volonté du législateur de réaliser des économies dans le secteur des soins de santé
- d'autre part, que ces programmes de soins ont été saisis par ces mêmes acteurs comme une opportunité de développer un mode de fonctionnement choisi antérieurement et mettant l'accent sur la coordination transversale des activités de prise en charge du patient cardiaque.

Le NCH est défini par les acteurs de terrain, au niveau micro, comme une évolution des mécanismes de coordination entre les différents services liés à la prise en charge de la pathologie cardiaque sans que cela n'implique une remise en question du principe de départementalisation. Sur base de cette définition, nos investigations nous ont permis de mettre en évidence trois éléments significatifs d'une évolution des mécanismes de coordination entre services liés à la prise en charge de la pathologie cardiaque dans les hôpitaux étudiés en Région Wallonne : il s'agit de l'instauration de discussions médico-chirurgicale, de la standardisation des procédures de travail et des transferts d'informations.

- La Discussion Médico-Chirurgicale :

Il s'agit d'une réunion hebdomadaire rassemblant cardiologues et chirurgiens cardiaques afin de décider de l'option thérapeutique à prendre pour un certain nombre de cas. Les cas discutés sont principalement ceux dont l'orientation du traitement à donner est jugée, par les cardiologues interventionnels, ambivalente entre une option interventionnelle, une option chirurgicale ou une option médicamenteuse. Lors de cette réunion, les films des coronarographies réalisées par les cardiologues sont visionnés afin que chacun puisse donner son avis sur le traitement jugé le plus adéquat pour le patient. L'organisation de ces discussions n'est pas à proprement parler une conséquence de l'implémentation des programmes de soins puisqu'elle leur est antérieure. Pour être exact, ces discussions médico-chirurgicales ont vu le jour dans les trois hôpitaux étudiés en Région Wallonne à la suite du développement de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie interventionnelle, ce qui n'est que la manifestation d'un choix stratégique des hôpitaux en question quant à leur offre de soins au vu du contexte scientifique. Ces réunions témoignent d'une volonté des acteurs appartenant à des services différents mais spécialisés dans les soins inhérents à la prise en charge d'une même pathologie de travailler ensemble au sein de ce que nous avons précédemment appelé des groupes de liaison (voir section question de recherche).

- La standardisation des procédures de travail :

Dans trois hôpitaux étudiés en RW, nous avons identifié le recours à une forme ou l'autre de standardisation des procédures de travail. Dans certains cas, cette standardisation se retrouve dans une formalisation de la prise de décision thérapeutique issue de la Discussion Médico-Chirurgicale. Il s'agit alors d'un document destiné à être intégré au dossier médical du patient dans lequel les noms des différents médecins ayant participé à la prise de décision sont mentionnés ainsi que l'option thérapeutique prise. Ceci constitue une avancée dans la

standardisation de la prise en charge interdisciplinaire du patient. Elle implique une traçabilité de la décision collégiale. Dans d'autres cas, il s'agit d'une standardisation des procédés de travail dont le but est de formaliser les critères scientifiques (*guidelines*) présidant à l'orientation à donner au traitement du patient. Un tel document est réalisé dans le but d'être utilisé par l'ensemble des spécialistes traitant la pathologie cardiaque de manière à ce que chacun sache précisément, en fonction de l'état du patient, quelles sont les options thérapeutiques les plus opportunes.

- La standardisation des transferts d'information

En ce qui concerne la standardisation des transferts d'informations, nous avons identifié le recours à deux éléments distincts. Nous avons d'une côté constaté l'utilisation d'un Dossier Médical Informatisé comprenant l'ensemble des données du patient. Ce dossier est installé en réseau et est donc accessible par les différents médecins du même hôpital. D'un autre côté, nous avons constaté la tenue d'un registre comportant l'ensemble des procédures de soins réalisées à partir de la coronarographie (comportant donc les techniques d'angioplastie et de chirurgie cardiaque). Ce registre prend la forme d'une banque de données informatisée. Ces documents, accessibles à chaque médecin des différentes spécialités, impliquent une certaine visibilité du travail des cardiologues et des chirurgiens ainsi qu'une meilleure accessibilité aux données médicales du patient déjà pris en charge dans l'institution (partage de l'information). Ces registres en particulier relèvent d'une imposition légale issue de l'Arrêté Royal sur les programmes de soins. Il s'agit donc dans ce cas d'une évolution consécutive à l'implémentation des programmes de soins.

Cette amorce d'innovation en matière de coordination s'inscrit dans un contexte structurel inchangé. Or, cette structuration classique par services, qui n'est jamais remise en question par le discours des acteurs, n'est pas sans susciter un certain nombre de problèmes. Ainsi par exemple, dans une étude de cas, nous avons pu nous rendre compte que le suivi du patient en postopératoire ou en « post-dilatation » (cardiologie interventionnelle) était assuré par le service des soins intensifs. Or, nous avons constaté une situation conflictuelle entre les cardiologues interventionnels (principalement le chef de service de cardiologie) et l'intensiviste chargé de la surveillance des patients des soins intensifs. Ce conflit a pour objet le contrôle du traitement donné à ces patients. Les cardiologues interventionnels cherchent en effet à appliquer à ces patients le traitement qu'ils jugent adéquat. Or, ce traitement n'est pas le même que celui prôné par l'intensiviste ; ce dernier aspirant à maîtriser entièrement la

médication des patients hospitalisés dans le service dont il est responsable. La structuration verticale actuelle de l'hôpital handicape le passage du patient d'un service à l'autre car elle contribue à créer une ambiguïté quant au partage des responsabilités (et donc quant au médecin tenu de définir le traitement opportun). Ce conflit entre médecins de services différents illustre bien les difficultés de coordination entre deux spécialistes cherchant tous deux à assurer ce qu'ils estiment être le meilleur traitement pour le patient. Il tient en grande partie au fait que la prise en charge du patient s'inscrit toujours dans le cadre d'une structuration verticale et cloisonnée de l'hôpital.

IV.1.3.2.- Le NCH, une ébauche d'interdisciplinarité mais pas de pluridisciplinarité

La deuxième grande idée clé dégagée du discours des acteurs à propos du Nouveau Concept Hospitalier est celle de la pluridisciplinarité. Nous reprenons ce concept de pluridisciplinarité car il comprend à la fois les concepts d'interdisciplinarité et de multidisciplinarité ; l'interdisciplinarité renvoyant à la collaboration de médecins appartenant à des spécialités différentes et la multidisciplinarité à la collaboration de professionnels de « métiers » différents comme les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes etc. Notre perspective tente de comprendre quelle définition de la pluridisciplinarité est sous tendue par le NCH tel que défini par les acteurs de l'hôpital en regard de la définition soutenue par le Ministère et le CNEH.

Nous l'avons mentionné dans le point précédent, les trois hôpitaux étudiés en RW révèlent une évolution des mécanismes de coordination concernant les acteurs liés à la prise en charge de la pathologie cardiaque. La Discussion Médico-Chirurgicale en est l'élément le plus important. Elle rassemble différents spécialistes impliqués dans la prise en charge du patient cardiaque dans une réunion destinée à la prise de décision du « meilleur » traitement à offrir au patient. D'un hôpital à l'autre, les spécialistes présents varient quelque peu. Le « noyau dur » de cette réunion est cependant toujours constitué de cardiologues et de chirurgiens cardiaques. Dans un hôpital, s'ajoute la présence de l'intensiviste (cardiologue) qui assurera le suivi postopératoire des patients dans l'Unité de Soins Intensifs. Dans un autre, c'est l'anesthésiste cardiaque qui viendra donner son avis sur la décision thérapeutique.

Dans le domaine de la pathologie cardiaque, les grandes options en termes de traitement sont au nombre de trois : la voie médicamenteuse de la cardiologie clinique, la voie dite invasive (dilatation des artères) mais non-chirurgicale de la cardiologie interventionnelle et la voie des

pontages de la chirurgie cardiaque. Ces trois techniques constituent autant d'alternatives envisageables pour la prise en charge d'un patient cardiaque. C'est sur ce constat que notre analyse démarre pour mettre en exergue les enjeux sous-jacents à la DMC et à la collaboration interdisciplinaire.

L'observation nous a permis de constater que dans aucune des trois études de cas réalisées en Région Wallonne, cette discussion interdisciplinaire ne porte sur l'ensemble des cas relevant de la pathologie cardiaque: elle ne concerne que les cas identifiés comme tels par les cardiologues interventionnels. La prise en charge première du patient cardiaque s'inscrit dans un programme de soins A. Des techniques non invasives lui sont appliquées par des cardiologues cliniciens et ce tant, en polyclinique qu'en consultation. Si les cas s'avèrent plus « lourds » ou complexes, le cardiologue envisage alors une hospitalisation dans le but de réaliser une coronarographie diagnostique, passage obligé afin d'obtenir une visualisation de l'état des artères du patient. Cette coronarographie est réalisée par le cardiologue interventionnel et c'est sur cette base qu'il détermine si ce cas doit ou non faire l'objet d'une DMC. Dans la pratique des choses, force est de constater aux dires de nos interlocuteurs que bien souvent, les cardiologues interventionnels pratiquent une angioplastie « *dans la foulée* »⁸⁵ de la coronarographie, sans confronter leur point de vue à celui des autres spécialistes. Selon les cardiologues interventionnels que nous avons pu rencontrer dans le cadre de cette étude, cette façon de faire est conforme aux « *guidelines* » de la communauté scientifique qui prôneraient une intervention dite « *à chaud* » impliquant la dilatation rapide du patient victime d'un infarctus. Cette situation rend la discussion Médico-Chirurgicale (et donc la réflexion interdisciplinaire) impossible à mettre en œuvre.

Au vu des trois études de cas réalisées en RW, la cardiologie interventionnelle apparaît comme une spécialisation jeune. Une amélioration relativement récente des techniques de dilatation engendre ce qui est perçu par les médecins concernés comme une concurrence de plus en plus forte de la cardiologie interventionnelle par rapport aux techniques « traditionnelles » que sont la cardiologie clinique et la chirurgie cardiaque. La justification du développement de cette spécialité s'appuyant sur des « *guidelines* » issus de la communauté scientifique, les chirurgiens cardiaques et cardiologues cliniciens se disent pouvoir difficilement la contester. Ces deux types d'acteurs, qui s'estiment lésés par l'évolution de la

⁸⁵ Les textes en italique entre guillemets renvoient ici au matériel empirique récolté. Il s'agit d'extrait d'entretien, d'expressions issues de la parole des acteurs rencontrés.

cardiologie interventionnelle, se montrent très favorables à la DMC et donc au NCH qu'ils présentent d'abord et avant tout comme une évolution de la pratique médicale vers plus d'interdisciplinarité. Pour eux, la DMC constitue un espace dans lequel il peuvent faire entendre leur voix et légitimer leur intervention auprès de certains patients parmi ceux que les cardiologues interventionnels ont soumis à la décision collective. En parallèle et dans le même ordre d'idée, ces médecins prônent un certain nombre de règles informelles destinées à soutenir une prise en charge interdisciplinaire du patient cardiaque. Il est à noter que ces règles sont « inventées » au cas par cas et que nous n'en avons pas retrouvé de commune à l'ensemble des hôpitaux étudiés. Toutefois, il importe de souligner ici l'émergence de ces nouveaux modes de régulation des rapports entre spécialistes puisqu'ils s'inscrivent dans ce qui est présenté comme de l'interdisciplinarité. Parmi ceux-ci nous citerons plus spécialement le principe d'une décision collégiale en matière de dilatation. Cette règle veut que la décision d'opérer une angioplastie « *dans la foulée* » d'une coronarographie (c'est à dire sans passer par une discussion interdisciplinaire), soit toujours prise par au moins deux médecins. Cette règle implique qu'en plus du cardiologue qui a pratiqué la coronarographie, un second avis provienne autant d'un cardiologue que d'un chirurgien cardiaque.

A l'inverse, nous avons pu constater dans d'autres hôpitaux investigués en RW que cette interdisciplinarité était non seulement plus que limitée mais que divers dispositifs étaient là aussi mis en œuvre dans le but cette fois de la contraindre autant que faire se peut. Ainsi une autre règle informelle partagée par certains cardiologues pose le principe que « *chacun s'occupe de ses patient* ». La prise en charge interdisciplinaire impliquerait des conflits d'appropriation du patient difficiles à gérer nous expliquera un cardiologue. Il vaut mieux que chacun s'occupe de « ses » patients afin que les patientèles de chacun soient « *protégées* ». De la même façon, les patients cardiaques transférés dans cet hôpital ne sont pas suivis par les cardiologues du dit hôpital (ni par les assistants de l'unité d'hospitalisation) mais bien par le cardiologue de l'hôpital d'origine du patient qui réalise lui-même les coronarographies et la surveillance des patients hospitalisés.

Quant à l'orientation multidisciplinaire soutenue par le NCH, nous n'en avons pas trouvé trace dans les cas analysés en Région Wallonne. Les infirmières rencontrées n'étaient pas en mesure de nous donner une définition du NCH et l'idée de programme de soin était associée aux procédures de soins standardisées définies par la direction infirmière. Force est de constater l'absence de pénétration du Nouveau Concept Hospitalier au sein du personnel

infirmier. Une explication à ce phénomène tient à l'orientation perçue comme médicale du NCH et des programmes de soin. Ils contiennent des normes d'agrément portant directement sur l'activité médicale et gérées uniquement par le monde médical et gestionnaire. Le personnel infirmier ne se retrouve pas dans cette préoccupation. Malgré certaines volontés infirmières d'échanger avec des médecins ou avec des infirmières d'un autre hôpital associé, le NCH reste globalement identifié comme relevant du monde médical exclusivement.

Il semble donc que l'orientation multidisciplinaire soutenue par le NCH souffre d'un manque de définition et de clarté dans ses implications concrètes. D'un point de vue empirique, nous n'avons pu que constater l'absence des infirmières dans la DMC. Dans certains cas, elles n'y sont pas conviées alors que dans d'autres, elles y sont conviées sans que l'horaire de cette réunion ne tienne compte de leurs contraintes, impliquant directement l'impossibilité pour l'une d'entre elles de s'y rendre. La DMC demeure donc un lieu de décision du traitement de certains patients strictement médical. Or, si le « travail d'équipe » implique une certaine participation infirmière dans les discussions de traitement du patient nous voyons que la frontière entre monde médical et infirmier demeure étanche. L'ensemble des médecins reconnaissent cependant aux infirmières des connaissances propres des patients sur base du contact quotidien qu'elles entretiennent avec les malades. Si le NCH prône une forme de participation infirmière à la décision de traitement du patient, il importe de clarifier cette volonté et d'en définir le cadre.

IV.1.3.3 - Le NCH, un continuum inter-hospitalier problématique

Le NCH développe une restructuration de l'offre hospitalière : il vise une amélioration de la complémentarité des hôpitaux dans la prise en charge d'une pathologie. A cette fin, l'Arrêté Royal relatif au programme de soins en cardiologie offre deux possibilités de collaborations inter-hospitalières :

- soit une association entre hôpitaux offrant des services similaires mais ne répondant pas, séparément, aux exigences en termes de quotas de procédures ;
- soit une collaboration entre hôpitaux offrant des services complémentaires.

Les hôpitaux étudiés en RW représentent ces deux cas de figures. Un accord de collaboration lie les deux premiers en vue d'atteindre le quota de procédures nécessaire pour l'agrément en cardiologie; le troisième hôpital investigué a quant à lui récemment fusionné et offre des

services complémentaires dans ses diverses implantations. Pour la clarté de l'exposé, nous distinguerons successivement ce que nous appellerons une association d'un accord de collaboration.

- Le cas de l'association inter-hospitalière

L'analyse de la création d'une association destinée à permettre à deux hôpitaux de conserver leur agrément pour les programmes B2 et B3 nous amène à nous interroger sur le lien entre cette possibilité juridique inscrite dans l'Arrêté Royal sur le programme de soins et une évolution vers le NCH ici entendu en termes de continuum de soins et donc de complémentarité entre hôpitaux. L'association en question, par un certain nombre d'éléments, nous laisse à penser qu'il s'agit là d'une formalité administrative destinée à maintenir l'activité sur les deux sites sans pour autant engendrer à proprement parler une amélioration de la complémentarité de ces hôpitaux. Aucun transfert de patient d'un site à l'autre n'est organisé étant donné que chaque site offre identiquement les mêmes possibilités thérapeutiques ; le rôle du coordinateur de programme se limite dans ce cas de figure à l'organisation de réunions rassemblant les équipes des deux hôpitaux et, dans le même ordre d'idées, les gardes dites communes sont en fait des gardes « dédoublées », c'est-à-dire des gardes organisées séparément sur chaque site hospitalier avec communication de la liste de garde d'un hôpital à l'autre de manière à parer à tout transfert urgent éventuel.

Le NCH à un niveau inter-hospitalier soutient une logique de répartition des tâches entre hôpitaux. Certains prennent en charge les soins les plus « légers » alors que d'autres offrent des techniques plus complexes. Cette volonté du législateur de « *procéder à une répartition des tâches entre hôpitaux* »⁸⁶ s'accompagne d'une volonté de limiter le nombre de programmes de soins. Il s'agit d'« *éviter que de nouveaux programmes de soins ne soient créés alors qu'ils sont déjà disponibles* »⁸⁷. Cet objectif semble manqué du fait de l'existence de cette possibilité d'association. En effet, le développement des programmes de soins B2 et B3 (soit la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque) a fait suite à l'obligation d'un *stand by* chirurgical à la cardiologie interventionnelle. Nos études de cas montrent que cette première norme, au lieu de limiter le nombre de centres de chirurgie cardiaque à créé une augmentation de ce type de centre suite à la volonté des cardiologues de pratiquer leurs

⁸⁶ Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des soins de santé, *Défis et perspectives pour le hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés*, 2000, p.19

⁸⁷ ibd

techniques interventionnelles et de mettre en place un *stand by* chirurgical.. Peu avant la sortie de l'Arrêté Royal sur les programmes de soin il est probable que le nombre de services de chirurgie cardiaque a augmenté. Or, l'imposition d'un niveau minimal d'activité semblait un moyen efficace de voir fermer un certain nombre de services n'ayant pas atteint le quota exigé. La possibilité d'association contredit cette volonté. L'exemple de notre échantillon montre que ces associations administratives sont sous-tendues par une volonté d'indépendance. Le nombre d'interventions de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque est un enjeu important qui crée une interdépendance entre les deux sites. Cette situation a engendré une « *course aux cas* » entre les deux hôpitaux qui s'estiment concurrents et gardent toujours la perspective de se séparer. Ils craignent de devoir s'installer sur un même site, ce qui pour les gestionnaires d'un hôpital comme de l'autre, constituerait une « *catastrophe financière* » étant donné l'importance de la cardiologie et la chirurgie cardiaque dans l'équilibre financier des deux institutions.

La situation concurrentielle est cependant davantage présente entre les chirurgiens cardiaques des deux institutions qu'entre les cardiologues. Pour ces derniers, la conjoncture actuelle est considérée comme favorable. L'amélioration des techniques a permis à cette spécialité (la cardiologie interventionnelle) de se développer « *au dépend de la chirurgie cardiaque* ». Ainsi, si le contact est bon entre les cardiologues, il n'en est pas de même entre les chirurgiens. Pourtant, il serait pertinent d'envisager une collaboration entre les chirurgiens des deux hôpitaux étant donné qu'ils pratiquent des chirurgies différentes. L'un est défenseur d'une technique traditionnelle alors que l'autre généralise sur l'ensemble des patients une technique plus récente d'opération sans Circulation Extra-Corporelle. Dans une telle situation, et relevant d'un même centre de soin, nous ne pouvons manquer d'envisager l'éventuelle complémentarité des deux techniques. L'un prendrait en charge les patients dont la pathologie est d'avantage propice à la technique traditionnelle alors que l'autre offrirait des soins aux patients dont les troubles se prêtent mieux à une intervention sans circulation extra-corporelle. Une telle réflexion fait fi du caractère profondément concurrentiel de la relation entre deux techniques et/ou entre deux hôpitaux. On se rend compte que la technique plus récente généralisée à l'ensemble des patients rencontre un succès important. Ce service de chirurgie cardiaque est passé de 199 opérations en 1998 à 295 en 2002 alors que l'hôpital offrant la technique traditionnelle est passé de 252 opérations en 1998 à 200 en 2002. La différence est flagrante. Ces chiffres font suite à l'association qui fut créée en 1999 entre les deux hôpitaux. Au regard de la norme de 250 opérations, imposée par le programme de soin de pathologie cardiaque et du fait des volontés d'indépendance de ces deux institutions, nous comprenons

qu'avec 200 cas d'opération de chirurgie cardiaque, cet hôpital n'est pas en position d'envisager de transférer des patients à l'autre hôpital. Au contraire, le climat concurrentiel entre les chirurgiens défenseurs de techniques rivales s'en trouve accru.

- *Le cas de l'accord de collaboration inter-hospitalier :*

La mise en place de collaborations inter-hospitalières doit prendre en compte les logiques concurrentielles qui sous-tendent les rapports entre les hôpitaux. Le transfert d'un patient d'un hôpital (agréé pour le programme de soins A) à un autre (agréé pour le programme de soins B) implique pour l'hôpital de départ ce qui est présenté comme un risque important de ne pas voir ce patient revenir mais être « *phagocyté* » par l'hôpital référencé. Nos analyses nous ont permis de cerner, dans le contexte d'un tel accord de collaboration, un ensemble de pratiques mises en œuvre en vue de contrôler cette incertitude fondamentale qu'est le retour du patient dans l'hôpital d'origine. Ainsi en est-il par exemple d'un phénomène qui nous a été décrit comme celui de l'« *auto-adressage* » du patient par un cardiologue de l'hôpital de départ. Ce procédé implique que le cardiologue accompagne le patient d'une institution de soins à l'autre pour pratiquer lui-même les coronarographies diagnostiques et les angioplasties nécessaires à son cas. L'hôpital agréé programme de soins B n'est dès lors qu'un lieu où une technique peut être réalisée et la collaboration s'arrête à ce partage de ressources matérielles. Ce mode de fonctionnement présente, selon nos interlocuteurs, l'avantage de limiter les contacts entre le patient et les médecins de l'hôpital référencé. Cette façon de faire engendre certaines difficultés pour le personnel infirmier qui possède peu d'informations sur ce patient et ne peut se référer en interne aux cardiologues ni aux assistants pour en obtenir. Il leur faut attendre le passage du cardiologue de l'autre hôpital.

La mise en place d'accords de collaboration inter-hospitaliers dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de soins s'inscrit dans le contexte plus large des réseaux d'hôpitaux existant. Ceux-ci sont sous-tendus par des rationalités autres que celle de la prise en charge centrée sur le patient. Ils peuvent pareillement jouer un rôle d'incitant et de blocage à la mise en place de collaborations. Ces réseaux d'hôpitaux constituent *de facto* des « familles ». L'orientation philosophique des hôpitaux est un élément important qui soude ces réseaux, de même que les affinités entre médecins formés dans la même université. Ces réseaux constituent des terrains où de nombreux accords de collaboration sont signés. Autant ils sont susceptibles de favoriser une avancée vers le NCH, autant nous avons pu nous rendre compte que ces réseaux peuvent constituer des entraves pour ce dernier.

IV.1.3.4 - Le NCH, une orientation patient ambiguë

Tournons nous maintenant vers la quatrième idée-clé dégagée du discours des acteurs relatif au NCH : le patient. Il s'agit ici de présenter les différentes conceptions du patient que nous avons pu cerner dans le discours de nos interlocuteurs. Nous verrons que si certaines représentations convergentes témoignent d'un consensus des acteurs quant à la « *bonne la manière de prendre en charge un patient* », d'autres représentations reflètent quant à elles un désaccord qui implique une situation de tension et une faible collaboration entre les tenants de ces différentes valeurs. Nous distinguerons ici une conception du patient-objet ou « *cas à traiter* » d'une conception plus humaniste centrée sur le patient-sujet ou « *personne à prendre en charge* ». Ces deux acceptations de l'idée du patient au cœur même du NCH supposent le développement de relations soignants-soigné toutes différentes et donc singularisent les modalités de sa prise en charge.

Pour nombre de professionnels de la santé, le patient est avant tout un cas, en l'occurrence un « cœur » qu'il faut soigner, dilater ou opérer. Au nom du bien du patient les soignants cherchent à développer une médecine dite efficace, optimale, au fait des dernières avancées techniques et scientifiques. Cette vision est principalement soutenue par les cardiologues interventionnels. L'efficacité, la performance et la prouesse technique sont autant de principes qui définissent la « bonne » prise en charge du patient. Ces éléments sont identifiés à partir de « *guidelines* » issus de la communauté scientifique. Ces derniers ne sont toutefois pas homogènes. Ils font dès lors l'objet d'une lecture « orientée » par chaque spécialiste. Ainsi, les cardiologues interventionnels nous présentent-ils la « *dilatation à chaud comme une technique des plus performantes dans la prise en charge d'un infarctus* ». A l'inverse, un cardiologue œuvrant dans un centre B1 (n'ayant donc pas la possibilité de dilater le patient rapidement) nous présente une lecture bien différente de ces « *guidelines* ». Selon lui, il n'y a pas de consensus permettant de dire que l'intervention « à chaud » est la meilleure et la plus scientifiquement valide. Il défend quant à lui une stabilisation du patient par voie médicamenteuse. Nous voyons donc que la représentation de la « bonne prise en charge du patient » dépend du point de vue situé de l'acteur et de ses possibilités.

D'autres professionnels de la santé vont soutenir une vision du patient plus centrée sur sa personne et prenant davantage en compte son « contexte » particulier. Il s'agira moins dans ce

cas de voir s'il est plus efficace d'opérer ou de dilater le patient que de voir si une telle intervention se justifie ou non à l'égard de la situation spécifique de ce patient. Ainsi par exemple, un homme sportif nécessitera peut-être davantage une intervention qu'un intellectuel pour qui un traitement médicamenteux sera le plus opportun (au vu de ses conditions de vie).

Ceci nous amène à nous interroger sur la vision du patient sous-tendue par le NCH. Il semble bien, au vu de la définition qu'en propose le Ministère et le CNEH que ce soit la conception du patient-objet qui prédomine. L'orientation de cette (re)structuration de l'offre de soins est de fait centrée sur le patient mais ce dernier est considéré comme un patient standard, homogène, une pathologie à prendre en charge plus qu'une personne en tant que telle. Il ne s'agit pas d'individualiser la prestation de soins mais bien de l'adapter à un contexte d'une demande globale évolutive. Ainsi certains acteurs de l'hôpital, les gestionnaires pour l'essentiel, se plaignent d'un manque de données dites « réelles » (qui seraient issues d'une étude statistique) quant aux besoins de la population. Ceci permettrait selon nos interlocuteurs de renverser la logique de l'offre qui crée sa propre demande pour donner des repères aux hôpitaux dans le développement de spécialités attendues par les patients.

IV.1.4 - Définitions des patients

Les paragraphes qui suivent sont le reflet des données collectées par récits de vie de patients ayant été soignés pour des problèmes cardiaques. L'objectif de cette section est de présenter les principaux éléments que ces patients, de façon transversale, associent au NCH pour pouvoir les comparer avec les analyses précédentes. A cette fin, nous les avons structurés de la même manière sur base des quatre concepts clé du NCH à savoir la coordination, la multidisciplinarité, le continuum de soins et le patient. Cette façon de faire présente l'avantage de mettre en exergue ce que le patient perçoit comme des paradoxes, plus ou moins douloureux, de la prise en charge hospitalière.

IV.1.4.1. Coordination, un plus pour un moins

La plupart de patients issus de cardiologie place leur expérience d'hospitalisation dans une perspective temporelle ce qui les amène à faire des comparaisons. S'ils comparent avec leurs expériences passées, les patients indiquent qu'ils perçoivent que la coordination de l'activité médicale est meilleure actuellement qu'auparavant, du moins par rapport à une expérience d'hospitalisation précédente (toutes les personnes de l'échantillon ont été hospitalisées plus

d'une fois). Cette impression de meilleure coordination se traduit par plusieurs éléments dont une centralisation de la prise en charge et un dossier médical qui les suit, les accompagne. Ils ressentent ou expérimentent une concertation entre les acteurs des services de santé. Ils soulignent l'intérêt d'une continuité, voir d'une flexibilité, mais paradoxalement cette coordination leur donne l'impression de ne pas vraiment être suivi, de passer d'un coté à l'autre sans beaucoup de considération pour eux-mêmes et pour leurs familles. Ce qu'ils ressentent, c'est une rupture (de coordination) dans les faits et dans le mental. Si le patient a bien une perception du travail d'équipe dont il bénéficie et dont il apprécie le sérieux, il regrette ce qu'il ressent comme une perte de contact patient-médecin, voire infirmière-patient. La rupture la plus forte se situe entre généraliste et l'hôpital, on passe d'une relation individuelle privilégiée à une relation collective noyée dans la masse. La diversité et l'augmentation des prestataires de soin autour du patient crée une ambiguïté quant à la personne responsable de la gestion de la relation au patient.

IV.1.4.2. Multidisciplinaire, meilleure prise de décision, à quel décideur se référer ?

En matière d'interdisciplinarité le patient perçoit aussi un paradoxe. L'aspect interdisciplinaire est perçu à la fois comme sécurisant et son contraire. Sécurisant en ce sens que la prise en charge est assurée par plusieurs médecins représentant de spécialités différentes . Par contre, le patient se demande dans ce contexte, quel est son médecin, mais aussi quelle est sa pathologie et comment comprendre son traitement. En termes de multidisciplinarité, si le personnel soignant gagne en vue globale de par une prise en charge plus collective, le patient et souvent sa famille s'y perdent. Il ressentent ces aspects comme désarçonnant, à l'origine d'un malaise. Si le patient accepte volontiers cette prise en charge globale en ce qui concerne sa pathologie (et en particulier pour l'aide à la prise de décision), il ne l'accepte pas comme mode de communication, ou comme mode de relation. Le patient mentionne l'importance d'une personne à qui se confier, de laquelle elle peut obtenir des informations concernant son état et son traitement. Ceci est également vrai concernant l'information de la famille.

IV.1.4.3. Le patient se sent entouré de technologie mais pas écouté

En général, les patients perçoivent la compétence technologique du personnel de soins (présence de matériels adéquats, savoir faire technique important). Il faut cependant noter la

présence possible d'un biais lié à la dépendance éventuelle d'un patient par rapport à un médecin ou à une technologie. Parfois le patient se sent perçu comme objet d'expérience. Les tours debout sont particulièrement mal vécus (on ne lui parle pas, mais on parle de lui). Face à son médecin particulier, il sent qu'on lui parle ; face à un médecin de l'équipe ce sentiment est plus diffus. Les infirmières, quant à elles, en général, lui parlent mais cela tend à s'estomper aujourd'hui. Les personnes pour la plupart indiquent une différence entre médecin et infirmier à ce propos. Le médecin est perçu comme ne s'occupant pas assez de lui. Sa compétence professionnelle n'étant pas remise en cause, le patient justifie l'attitude du médecin par le fait qu'il travaille beaucoup et a beaucoup de malades à prendre en charge. Il perçoit donc (accepte ou se révolte) le corps médical comme inaccessible. Face à cette situation, il a recours à des règles informelles comme par exemple l'intervention d'un tiers ayant une relation particulière avec un médecin. La possibilité de parler à son médecin disparaît de plus en plus. Le patient dit en souffrir mais comprend l'intérêt d'une médecine technique. Il n'est pas prêt de comprendre la perte de sens, la perte de la relation, il ne comprend pas en particulier comment les infirmières deviennent en quelque sorte distantes du patient. Nous pouvons re-situer ceci dans le débat rencontré dans les hôpitaux entre la prise en charge infirmière globale ou sériée. La prise en charge globale permet à chaque patient d'avoir une infirmière de référence, cette proximité qu'il attend. La prise en charge sériée plus adaptée à une planification de la charge de travail tend à effacer cette relation de proximité.

IV.1.4.4. Continuum, meilleure intégration des soins, inconfort pour patient et famille

Le patient repère quasi essentiellement un parcours qui commence avec son entrée à l'hôpital et se termine à sa sortie. Ce parcours peut être complexe ; il s'interrompt pour repartir. Le parcours démarre souvent avec le médecin de famille, parfois avec les urgences. Le parcours est souvent difficile et certains patients ont dû faire intervenir une tierce personne pour obtenir ce qu'ils attendaient (membre de la famille médecin, position sociale...).

On constate de manière globale que des changements sont perçus par l'ensemble des patients interrogés et que ces changements portent en général sur les grands concepts du NCH. Cependant, on peut remarquer que les perceptions de changement portent dans l'ensemble sur l'aspect mécanique de la médecine. La médecine est perçue comme de plus en plus technique et le médecin de plus en plus comme un technicien performant, connaissant bien son domaine, échangeant avec ses collègues, mais aussi interchangeable. L'hôpital est en

général perçu comme en changement. Mise à part la relation patient-infirmière, peu de patients expriment de manière explicite des changements dans l'ordre du relationnel.

IV.2 – Facteurs perçus comme incitants et freins, opportunités et menaces pour l'implémentation des programmes de soins.

IV.2.1 - D'un point de vue macro

La définition du programme de soins donnée par les participants au cours des *focusgroups*, nous amène à indiquer que les hôpitaux semblent mettre sous le concept du programme de soins des éléments très différents. En effet, les hôpitaux entendent ce concept comme étant lié à une notion de processus. Les hôpitaux ont fait référence assez souvent à des éléments tels que trajectoire de soins, chemin clinique ou autres instruments orientés processus. Les menaces et opportunités qui devront être formulées dans ce rapport devront donc être interprétées en fonction de cela.

Il faut distinguer les perceptions de menaces (ou de facteurs favorables), sur lesquelles l'Etat peut agir, de celles qui sont liées à une des faiblesses (ou forces) relatives à l'hôpital lui-même. Les accents sur ces éléments ayant été mis de manière différente suivant les types de *focusgroups* (*topfocusgroup*, *focusgroups* « ischémie cardiaque » et « revalidation gériatrique »), nous les mentionnerons donc séparément.

IV.2.1.1 - Facteurs perçus comme menaçants pour la mise en œuvre du programme de soin

A. Etat

La mise en œuvre du concept de programme de soins et des trajectoires de soins orientés processus est perçue comme menacée les éléments suivants. Le financement des hôpitaux, la normalisation et l'incohérence entre différents règlements de l'Etat représentent le point central des menaces.

Le mode de financement de l'hôpital engendre des menaces pour la mise en œuvre du programme de soins et ce à plusieurs niveaux.

En premier lieu le financement de l'hôpital est perçu comme très peu clair. Ceci complexifie d'autant la mise en chantier de nouvelles initiatives, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de l'hôpital. Les idées opérationnelles nouvelles et créatives se heurtent à un financement très rigide, ce qui a pour résultat le plus souvent que ces nouvelles idées créatives ne sont pas mises en œuvre. De plus il n'existe aucune certitude sur le financement futur du programme de soins. L'incertitude sur ce financement et le peu de clarté sur la manière dont sera rempli le programme de soins plongent les hôpitaux dans l'obscurité complète.

En second lieu les lacunes dans le financement actuel jouent également un rôle déterminant. Dans le nouveau concept hospitalier, il est fait explicitement référence à un travail (médical) multidisciplinaire. Dans la nomenclature financière on ne retrouve aucune référence à ce mode de prestation multidisciplinaire. Ici on retrouve la dualité entre le financement des médecins et de l'institution hospitalière. Ceci sera abordé dans le paragraphe suivant.

En troisième lieu le financement des médecins et autres groupes professionnels qui ont une prestation rémunérée (sur base de nomenclatures) dans l'hôpital est considéré comme inadapté au mode de financement lié au prix de journée infirmier. Ici on retrouve un grave problème de gestion. Ces éléments contribuent à tendre les relations entre direction et syndicats. Pour l'hôpital le fonctionnement par chemins cliniques, trajectoire de patients ou encore par centres multidisciplinaires sous entend une intégration et une collaboration. Beaucoup de réunions sont assombries par des discussions financières. Ainsi dans un des *focusgroups* réalisés avec la direction (top) on a entendu la phrase suivante « *tant que les médecins seront financés pour autre chose que ce que l'hôpital leur demande de faire, on n'avancera pas* ». Il a également été mentionné, à propos de cette problématique, qu'elle entraient en ligne de compte dans le choix des médecins quant à leur lieu de travail (hôpital). Dans beaucoup d'hôpitaux, les médecins possèdent en plus une pratique privée ce qui complique encore la possibilité de travailler en multidisciplinaire et ainsi que la gestion de l'hôpital. Cette problématique du financement de la prestation a été mentionnée dans tout les *topfocusgroups* ainsi que dans le *focusgroup* « gériatrie-revalidation ». Dans les focusgroups « ischémie cardiaque » ce point a été moins évoqué, cependant une crainte a été mentionné quant à la possibilité, lorsque le programme de soin sera mis en œuvre, que le suivi des patients sera délégué au cardiologue interniste et que les chirurgiens doivent opérer d'autant plus (ce qui est moins avantageux sur le plan financier). L'ordre des médecins soutient le

mode de financement actuel. Dans un des hôpitaux, on a tenté de créer un pool de financement multidisciplinaire dans lequel les chirurgiens et les internistes d'une même spécialité médicale se partagent un pool financier. Ceci a été fortement critiqué par l'ordre.

Quatrièmement il n'existe pas de normes statistiques ni de modalités d'agrément financières ou légales de ces processus de soins. Plus spécifiquement la financement par lit pose des gros problèmes opérationnels. Le taux d'occupation de ces lits est pris en compte dans le financement. Avec l'optimisation des processus, une gestion des lits aussi statique, et les répercussions financières qu'elle comporte, constituent une source de blocage pour l'instauration d'un processus patient gérable. On trouve un autre exemple dans la législation relative aux hôpitaux où sont décrit les différents départements de l'hôpital. Cette législation est dans une certaine mesure incohérente avec le fonctionnement des programmes de soins. Généralement, il est évoqué que cette forte normalisation est contraire à l'idée d'adaptation rapide à l'environnement changeant.

Cinquièmement, il est certain que le financement est insuffisant pour assurer la mise en place et le maintien du NCH. Bien que l'Etat mette l'accent sur l'importance de réaliser de grands changements dans le paysage hospitalier, il n'a pas dégagé de budget pour mettre ces changements en œuvre. Or cette dernière nécessite quelques soutiens. Ainsi, il faut pouvoir accéder à un know how qui doit être acquis par l'intermédiaire de consultants et de la recherche scientifique. (p.e. le soutien informatique ou encore la gestion des procédés). De même, il faut pouvoir donner aux acteurs de l'hôpital, et en particulier aux médecins et infirmiers, la possibilité de dégager du temps pour réaliser des tâches opérationnelles en soutien au NCH. Faute de se donner ces moyens et compte tenu de la pression au travail que vivent tant les médecins que les infirmières, il n'est pas évident de motiver ces personnes.

Au sein du *focusgroup* « gériatrie-revalidation », deux obstacles furent adressés à l'autorité.

Un manque d'évaluation

Trop peu de passerelles après l'intervention à l'hôpital.

Il fut constaté que le financement des hôpitaux met l'accent sur les prestations techniques. Les prestations intellectuelles sont trop peu valorisées. Le temps consacré aux discussions avec les patients n'est pas non plus récompensé. Ces aspects sont pourtant importants pour la qualité des services gériatriques. Les prestations de gériatrie et revalidation étant composées de

beaucoup de prestations non techniques, la capacité financière de ces acteurs est moindre comparée à d'autres disciplines. Tout comme la division entre les programmes de soins de pathologie cardiaque A, B et C fut dénoncée, ce *focusgroup* a mis en évidence le fait que les programmes de soins en gériatrie avaient été financièrement mal considérés. Les *focusgroups* ont exprimé leur crainte que toute forme de revalidation, du fait de la trop grande valorisation des actes techniques, soit traitée comme la pathologie A, soit sous-financée. Sur base du postulat qu'un acte médical à caractère hautement technique est inutile sans revalidation, il a été dit qu'aucune scission ne devrait être faite entre les programmes A et C et que leur financement devrait découler du calcul $(A+B)/2$, soit être financés à parts égales.

Ensuite, le manque de passerelles post-hospitalisation a également été mis en évidence. La pression est forte pour faire en sorte que le patient quitte au plus tôt l'hôpital. Les programmes de soins sont considérés comme ayant en partie contribué à cela mais dans le même temps, ils sont vus comme une réelle opportunité de travail « transmural », en collaboration avec les soins de première ligne e.a.. Le déficit en lits de revalidation et en soins à domicile rend le travail plus difficile et suscite un temps d'attente croissant. Le manque de possibilités de prise en charge après le traitement à l'hôpital complexifie d'autant la gestion de la sortie du patient et a pour conséquence une augmentation de la durée d'hospitalisation. Cela est également sanctionné du point de vue du financement de l'hôpital.

Enfin, le fait que la politique générale de l'hôpital soit en grande partie influencée par des facteurs politiques a également été souligné dans les *focusgroups*. L'environnement de l'hôpital est incertain et la gestion n'en est que plus compliquée.

B.Organisation

Chaque organisation a sa propre structure, mais également sa propre culture. Tout discours sur l'organisation doit tenir compte de ces éléments. Dans la macro-analyse que nous avons menée, l'accent n'a pas été mis sur cet aspect des choses. La problématique de la culture organisationnelle étant complexe et le rapport étant court, il est difficile d'être tout à fait nuancé. Il sera donc question de travailler à un niveau agrégé pour identifier les freins perçus à l'implémentation des programmes de soins. Les aspects plus micro seront développés par la suite.

Les problèmes spécifiques ont ici été résumés en des considérations générales, ne fut-ce que pour des raisons de respect de la vie privée. Être trop détaillé aurait conduit à pouvoir identifier les personnes.

Dans les hôpitaux étudiés, une grande variabilité des moyens (temps/personnels/budget), est à souligner dans la mise en œuvre du concept de programme de soins. Les raisons peuvent être multiples. Ainsi, dans un hôpital, la problématique de la fusion et des confrontations de cultures (qui sont d'ailleurs conséquence des fusions) retient toute l'attention. Ces confrontations d'anciennes cultures d'entreprises différentes et l'absence d'un sentiment d'appartenance à l'entité fusionnée, sont considérés comme constituant un contexte peu favorable pour le déploiement du concept de programme de soins.

Souvent cité comme facteur relatif aux pouvoirs publics, la pression vécue par les différents acteurs concernés est importante. Ils manquent de temps pour réaliser les programmes de soins. Dans les *topfocusgroups*, le problème a été posé à l'autorité. Il a beaucoup été question du fait que celle-ci n'avait pas débloqué beaucoup de moyens budgétaires pour mettre en œuvre le changement dans les hôpitaux. Dans les *floorfocusgroups* (tels la gériatrie-revalidation et l'ischémie cardiaque), le problème fut également pointé du doigt.

Dans trois hôpitaux on retrouve une modification de l'organisation. Cette réorganisation implique une nouvelle départementalisation de l'hôpital. Cette dernière, telle qu'expliquée dans les études de cas, est critiquée par le *floorfocusgroup*. Le changement de structure rend le culture instable. Ce qui avant était une unité à laquelle l'on pouvait s'identifier, est maintenant parfois réparti en plusieurs divisions sur base de nouveaux critères.

Ce problème est revenu de manière encore plus forte dans le *focusgroup* « ischémie cardiaque ». Les acteurs se sentaient une l'entité à part dans l'hôpital. Dans deux hôpitaux où cette nouvelle structure est en cours d'implémentation, on a beaucoup discuté quant à la spécificité et à l'autonomie de la spécialisation « cardiologie ». L'intégration d'une autre spécialité médicale dans le cluster « cardiologie » a été mal reçue. Il a aussi été mis en évidence que la spécialisation « cardio » n'aura pas nécessairement plus d'autonomie dans la nouvelle structure. Que du contraire, les acteurs s'attendent encore une diminution de leur autonomie du fait de la création d'un nouveau niveau de gestion. Le propos est encore

renforcé, eu égard au faible score du *focusgroup* « ischémie cardiaque », pour la rubrique « esprit de corps » de notre liste de questions BPO.

La critique émise par le *focusgroup* « gériatrie-revalidation » prend une toute autre tournure. Il a ainsi mis en évidence que la nouvelle structure était incompatible avec l'orientation *process* du programme de soins. Ils craignent que les nouvelles frontières structurelles ne créent des barrières verticales pour le trajet qu'emprunte le patient. Contrairement à l'ischémie cardiaque, la gériatrie fait preuve de beaucoup de bonne volonté à l'égard de l'intégration de différentes disciplines. Le score du groupe gériatrie est comparable avec celui du *topfocusgroup* et est supérieur à celui du *focusgroup* « ischémie cardiaque ».

Au delà de ces remarques, on perçoit nettement que ce processus de changement est une opération top-down. Surtout dans le *focusgroup* « ischémie cardiaque », on a souligné le peu d'implication des acteurs concernés dans ce changement stratégique. Un défaut d'implication dans ce type de changement se manifeste dans le fait que ce sont les acteurs qui doivent s'adapter à la nouvelle organisation et qui doivent en assurer une traduction opérationnelle.

Une dernière remarque concernant la nouvelle structure tient à la possibilité de créer un nouveau niveau de gestion. En effet, il apparaît dans le *floorfocusgroup* d'un hôpital où l'implémentation de la nouvelle structure est bien suivie, que la rapidité à laquelle les décisions peuvent être prises n'est pas accélérée. Il apparaît progressivement que de plus en plus d'autonomie est donnée aux nouvelles divisions. Pour être complet, il faut ajouter que ce processus de changement comporte une phase transitoire qui amène progressivement une autonomie accrue des entités. La critique de ce *focusgroup* « ischémie cardiaque » est en relation avec cette phase transitoire. Il est prématuré de tirer une conclusion de ces structures hospitalières décentralisées.

A côté de cette problématique spécifique de changement, beaucoup d'hôpitaux ont également des problèmes de connaissances et de compétences. Dans un hôpital, il n'y a de fait pas toujours les compétences nécessaires pour mener à bien le changement qui suppose une multiplicité de tâches de gestion. Un bon nombre d'hôpitaux, qui ont suffisamment de moyens, ont dès lors recours à des experts externes. Nous reviendrons sur ces éléments dans la section consacrée aux opportunités et aux recommandations.

L'absence d'un système d'information intégré et opérationnel au sein de l'organisation a été présenté comme un handicap important pour le développement des programmes de soins. Il y a en outre d'importants problèmes d'incompatibilités entre les différents systèmes d'informations au niveau des expériences inter-hospitalières en la matière mais aussi au niveau des soins de santé de première ligne. Différents standards digitaux rendent les communications électroniques inter-hospitalières difficile. La possibilité que les pouvoirs publics puissent prôner un standard particulier a été évoquée.

Dans les hôpitaux étudiés un problème de capacité fut mis en avant par les *floorfocusgroups*. La pression est très forte pour libérer les lits au plus tôt. Cela a pour conséquence que certains patients qu'ils l'hôpital dans un délais très court, sans qu'ils ne soient véritablement rétablis. La crainte exprimée est que le déploiement des programmes de soins ne renforce cette pratique et que les avantages possibles de ces programmes ne soient pas pleinement exploités. Une autre option concernant cette problématique serait une limitation de la prise en charge. De bons soins ne peuvent être prodigués qu'à un nombre limité de patients au vu du cadre actuel.

Il a été mis en évidence dans les *focusgroups* qu'il y avait très peu de tradition de travail inter- et multi-disciplinaire. Dans beaucoup d'hôpitaux, le travail en équipe entre différents groupes professionnels et entre médecins de différentes spécialités n'est pas toujours évident. La structure verticale existant depuis de nombreuses années ainsi que le financement des prestations ont largement contribué à cette culture de caste. Du point de vue du travail au niveau infirmier, il y a une meilleure communication entre les différents prestataires de soins, mais peu d'attention est consacrée à une forme plus structurée de travail en équipe, où serait explicité les responsabilités concernant différent processus ainsi que les communications utiles. Le travail médical en équipe pluridisciplinaire est encore plus rude. Souvent les communications se limitent aux échanges téléphoniques. Rarement les patients sont suivis par des équipes de médecins de plusieurs disciplines. Cela a pour conséquence que le travail en équipe et la communication restent fragmenté par discipline. Dans les hôpitaux où le processus de changement est en cours, il plus fait attention à cette problématique. Ainsi dans ces cliniques, il y par exemple des chemins cliniques. Des actions importantes sont également entreprises pour la communication inter-hospitalière dans ces organisations. Ainsi, un réseau s'est développé reliant généralistes et hôpital. Un généraliste, responsable de ce réseau, est impliqué dans des problèmes organisationnels relatifs à un programme de soins déterminé (à

un stade embryonnaire). Ces généralistes communiquent à leurs collègues les visites réalisées. Dans un autre hôpital, un site web a été mis au point grâce auquel les généralistes peuvent suivre leurs patients lors de leur séjour à l'hôpital et ont également la possibilité d'émettre ou d'échanger leurs remarques ou avis.

Pour finir, nous avons mis en lumière dans chaque *focusgroup* de ces hôpitaux des conflits d'intérêts. Dans le département médical surgissent souvent des conflits d'intérêts à propos de la mise en œuvre des programmes de soins à propos de la crainte de la perte d'impact et/ou d'influence d'un côté, de la perte de revenu de l'autre.

La composition existante de la direction des hôpitaux, du corps des médecins, ou encore les heurts entre les buts cliniques et organisationnels et les critères d'évaluation contribuent à renforcer la tension au sein de l'hôpital, ce qui pourrait mener à la paralysie de l'organisation.

Ces problèmes sont dus, en grande partie, au financement dual décrit précédemment. La préoccupation financière des médecins colle avec une approche *service-line* dans laquelle le patient est « gagné » ou « perdu » pour les différents spécialistes. Le fait de « gagner » ou de « perdre » un patient doit se faire sur base de critères induits par le patient et non par les fournisseurs.

IV.2.1.2- Facteurs perçus comme facilitant la mise en œuvre des programmes de soins

A. Etat

Il fut demandé à nos *focusgroups* quelle réglementation actuelle peut faciliter la mise en œuvre des programmes de soins. Peu de points furent mis en avant.

La mise en œuvre d'un dossier médical centralisé est perçue comme un point important pour le développement des programmes de soins. Beaucoup espère que cela diminuera la paperasserie administrative. Il résulte du *focusgroup* « gériatrie revalidation » une sorte de reconnaissance de leur « préoccupation » sous la forme d'un programme de soins pour la gériatrie. La mise en œuvre d'un tel programme de soins renforce la valeur et l'intérêt d'avoir un service de gériatrie bien organisé. Aussi, l'annonce faite d'une revalorisation financière des prestations intellectuelles est un développement positif important.

B. Organisation

Dans les sessions de *focusgroups*, les point forts et importants en rapport avec l'implémentation des programmes de soins liés à l'organisation furent abordés. Ces derniers sont souvent spécifiques aux organisations. Dans l'énumération ci-dessous les principaux aspects facilitant de ces différentes organisations seront énumérés et quelque peu critiqués. Il doit être fait mention qu'il s'agit de la perception des acteurs d'un hôpital.

- *Une bonne organisation structurelle.* Une structure organisationnelle dans laquelle les différentes disciplines médicales seraient rassemblées favorise une collaboration inter disciplinaire. Une bonne structure organisationnelle doit aussi rendre possible une concertation suffisante et meilleure. Un autre facteur de succès important tient à l'existence d'un rapport relatif à chaque moment de concertation et assurant le feedback et la circulation de l'information vers les non participants(mais néanmoins parties prenantes). Les programmes de soins s'implanteront plus facilement dans les hôpitaux ayant amorcé un processus de changement explicitement orienté patient que dans les hôpitaux ayant choisi de privilégier leur gouvernabilité.
- *Les bons développements des mécanismes de coordination.* Il est important que suffisamment de concertations au niveau inter et multidisciplinaire soient prévues. Les dossiers électroniques et administratifs sont encore d'autres mécanismes de coordination qui faciliteront l'implémentation des programmes de soins.
- *Un directeur à temps plein :* Le développement d'une pratique médicale intégrée est une tâche complexe. Engager un directeur à temps plein qui pourrait veiller à un bon développement et au fondement d'une structure organisationnelle serait vu comme un important facteur facilitant. Cette personne doit avoir une « *helicopterview* » sur les différents services et spécialités.
- *Une culture ouverte.* Les acteurs d'une organisation doivent être motivés, innovateurs, dynamiques et flexibles et rester ouverts à de nouvelles initiatives. De plus, un soutien de la Direction est nécessaire pour impliquer suffisamment les cliniciens dans le processus de changement.

Dans une service organisation *service-line*, il est d'importance cruciale que chacun des acteurs des soins se considèrent comme égaux. Délégation, responsabilisation et la création d'une culture d'ouverture sont les plus importants mots clefs au sein d'une organisation orientée processus.

- *Beaucoup de jeunes médecins sont constructifs.* Dans un des hôpitaux il est apparu que la présence de jeunes médecins sans préjugés se traduisait par plus de discussions relatives à l'implémentation d'un nouveau programme de soins. Ces jeunes médecins sont en quelque sorte des pionniers, qui peuvent faire fonction d'exemple.
- *Intégration des activités polycliniques des médecins spécialistes dans un hôpital.* Dans trois des hôpitaux étudiés, les activités polycliniques des médecins étaient, en grande partie, intégrées dans les hôpitaux. Dès que les médecins, comme c'est le cas dans beaucoup d'hôpitaux, exercent en privé, l'hôpital a peu de prise sur eux et il est difficile dans ces cas de les faire participer à l'implémentation des programmes de soins pour lesquels une approche multidisciplinaire est plus légion qu'exception. Chaque patient qui sera pris en charge par un hôpital multidisciplinaire signifierait vraisemblablement une perte de revenu pour la pratique privée des médecins.
- *Un statut d'employé pour les médecins hospitaliers.* Il est prouvé que lorsqu'un médecin hospitalier a un statut d'employé, l'intégration et l'implémentation de programmes de soins sera facilitée. Dès lors, les pools financiers par programme de soin favorisent la collaboration entre les différents groupes professionnels ceux-ci étant mélangés de par le programme de soin. Dans un hôpital, un pool commun fût créé pour 3 gastro-entérologues, 3 chirurgiens abdominaux et un oncologue. Au sein de ce centre de soin, les enjeux financiers s'estomperont et les patients seront mis au premier plan.
- *Un bon soutien informatique.* Pour un programme de soin la collaboration avec d'autres hôpitaux et/ou institution de soins est un point important. Ceci nécessite une application informatique fiable et stable de sorte qu'une communication complète et rapide puisse avoir lieu entre les différentes institutions.
- *Un fort développement « transmurale » du canal de communication avec les soins de première ligne.* Par programme de soin, un médecin de famille pourrait être engagé comme personne de contact. Celui-ci serait ensuite questionné pour le développement du programme de soins et ensuite plus spécifiquement comme lien vers les soins à domicile. Ce médecin aura la responsabilité d'informer chacun de ses collègues généralistes à propos de ce programme de soins déterminé. La communication inverse de la première ligne vers l'hôpital pourra de cette manière être mise en route. L'application informatique LISA est une autre application possible. C'est un projet expérimental ou l'intégration de la première ligne et des spécialistes scientifiques sera rendue plus pratique via un site Internet protégé. Les médecins de famille pourraient suivre leurs patients au sein de

l'hôpital et auraient accès au planning et aux résultats des recherches et des examens. Des conversations ou des messages entre médecins à propos des recherches ou des modalités d'examen pourraient se dérouler au travers de ce canal.

IV.2.1.3 - Menaces perçues comme susceptibles d'affecter
l'implémentation des programmes de soins

La perception des menaces associées à l'implémentation des programmes de soins pourraient se résumer en cinq volets : (1) le danger que les programmes de soins qui ne sont pas financièrement intéressants ne soient pas programmés, (2) la peur de l'alourdissement des tâches administratives, (3) l'angoisse de la rigidité et de la sur-réglementation, (4) la crainte d'une pressions trop forte sur le temps d'hospitalisation, (5) la peur de trop de standardisation.

Premièrement, un *focusgroup* « revalidation gériatrique » a exprimé sa crainte que les programmes qui n'apparaissent pas intéressants d'un point de vue financier ne soient pas organisés. Avec le financement actuel, il y a des groupes de pathologies déterminés dans lesquels les coûts ne peuvent être couverts. L'hôpital peut toujours décider de ne pas développer certains programmes de soins déterminés. Il n'est dès lors pas impensable que les programmes de soins inintéressants du point de vue financier soient progressivement supprimés ou même pas amorcés.

Deuxièmement, les différents acteurs des soins de santé se sont plaint à propos d'une charge administrative trop lourde. Il faut souvent remplir des formulaire qui contiennent souvent des informations redondantes. Il y a une grande peur que ce type de travail n'augmente encore avec les programmes soins

Troisièmement, il y a la crainte d'une sur-réglementation. Par manque d'information de la part des pouvoirs publics, les directions des hôpitaux comme les cliniciens craignent que l'autorité n'impose encore plus de normes et de critères d'agrément, ce qui augmenterait encore plus la rigidité de l'organisation.

Quatrièmement, le travail avec les programmes de soins implique un contrôle sévère du temps d'hospitalisation. . D'après les acteurs des *focusgroups*, on a déjà atteint une importante réduction de ce temps. Cette dernière ne peut être indéfiniment poursuivie. Leur peur réside

dans le fait qu'avec ce concept, l'aspect économique sera finalement prépondérant et que l'aspect social et scientifique perdu de vue, au détriment de la qualité du service.

Enfin, il a été souligné que lorsqu'une formalisation et une standardisation excessive font poindre le danger de perdre de vue la situation spécifique du patient.

IV.2.1.4 - Opportunités perçues comme facilitant l'implémentation d'un programme de soin

A côté des obstacles existants et des aspects positifs qui sont déjà présents dans l'entourage actuel des hôpitaux, il faut aussi mentionner les possibilités de moyens d'aide qui favorisent la mise en place des programmes de soins. Dans les points qui vont suivre ces moyens seront énumérés et quelque peu décrits.

Formation et Consultance Pour un grand nombre de problèmes résultant de l'implémentation de programmes de soins auxquels les hôpitaux doivent actuellement faire face on pourrait organiser une sorte de centre de formation ou de consultance . Il y a des problèmes universels contre lesquels plusieurs hôpitaux pourraient lutter ensemble. Le soutien informatique en illustre ici un exemple pratique. En l'état actuel des choses, chaque hôpital doit lui-même assurer l'entièreté du développement et y consacre donc beaucoup de temps et de ressource financières et humaines. Ce n'est pas très efficace d'un point de vue économique. Les pouvoirs publics pourraient consacrer un budget à un projet lié au changement. Les connaissances issues d'un tel projet pourrait alors prendre la forme de programmes de formation et de consultance dans les hôpitaux intéressés.

➤ *Formation des médecins et infirmiers* : les formations de base des médecins et infirmières ne prennent pas en compte l'apprentissage du travail en équipe dans un contexte multidisciplinaire. Chez les médecins, il n'existe pratiquement aucune initiative visant à considérer le patient sous l'angle multidisciplinaire. De même, le travail en équipe des médecins et des infirmières pourrait être amélioré par ce biais : développement des compétences relationnelles, de la réflexion autour de cas patients en équipe,... ce sont autant d'exemples didactiques qui pourraient faciliter le travail en commun .

Une autre possibilité consisterait à enseigner les matières par « programme de soin » à la place de les enseigner de manière séparées comme l'anatomie, la physiologie, etc. Ainsi on créerait une vue globale relative à un programme de soin pour un groupe de patients.

Les prestataires de soins pourraient ainsi se spécialiser dans les soins pour un certain type de patient plutôt que dans des spécialités médicales particulières.

- *Financement intégré par pathologie* : l'introduction du nouveau concept donne l'occasion d'abandonner le financement dual et ainsi de passer d'un financement basé sur les prestations médicales à un autre basé sur la prise en charge globale d'une pathologie. Ceci rendrait possible la mise au point optimale de programmes de soins du point de vue du patient
- *Le financement du coordinateur de programme* : par hôpital on pourrait engager un coordinateur des soins. Du côté de l'Etat, il faudrait que des moyens soient dégagés pour financer ces coordinateurs.
- *Normes et financement d'un système de communication ouvert sur l'extérieur* : l'Etat devrait par exemple prévoir un budget pour mettre en place un système de communication spécifique qui permettrait le travail en commun de différentes institutions de soins et/ou des médecins généralistes. Les hôpitaux eux même n'investiront jamais dans un tel système.
- *Engagement d'un coordinateur régional* : il faudrait pouvoir engager un coordinateur par région, qui coordonnerait le travail en commun des diverses institutions de soin par zone. Cette personne aurait une vision globale de l'offre de soins par région. Elle pourrait aussi détecter les sur et sous-capacités et les corriger.

IV.2.2 - D'un point de vue micro

IV.2.2.1 - Facteurs perçus comme handicapant l'implémentation du NCH :

A- Facteurs structurels

- *L'ambiguïté du rôle de coordinateur de programme* :

le rôle de coordinateur de programme destiné à coordonner la prise en charge globale du patient est perçu comme une position ambivalente. D'une part, ses tâches l'invitent à amener les différents acteurs liés aux programmes de soins à travailler ensemble. D'autre part, la structure de l'hôpital demeurant verticale, ce coordinateur est amené à coordonner le travail des chefs des différents services impliqués sans détenir d'autorité formelle par rapport à ceux-ci. Les études de cas nous ont montré que ce rôle de coordinateur de programme était bien souvent exercé par le chef de service de la cardiologie. Cette situation de fait n'est pas sans

poser problème. De fait, en étant chef de service d'une spécialité, il est un acteur ayant un intérêt particulier (celui de sa spécialité) dans le jeu des relations entre les spécialistes. Nous avons ainsi pu constater que ce rôle de coordinateur de programme était assuré différemment selon la spécialité du chef de service qui l'assurait. Les enjeux de ces spécialités étant différents, certains sont plus favorables à mettre en place le NCH alors que d'autres se montrent plus réticents (selon qu'ils se perçoivent plus ou moins menacés). Par ailleurs, ce rôle prévu «à temps plein» nous est présenté comme souffrant d'une absence de financement. Il est donc bien souvent joué par un médecin, chef de service, en plus de ses heures de travail et est donc assimilé à un surplus de travail dont l'objectif n'est pas toujours immédiat. Ce sont bien ici les questions du sens et des moyens attribués à la fonction de coordinateur qui sont soulevées. Enfin, précisons que si le coordinateur de programme tend à reposer son autorité sur son autre statut de chef de service au niveau de la coordination des différents spécialistes d'un même hôpital, au niveau des coordinations inter-hospitalières ce statut n'apporte aucune autorité sur le travail réalisé en collaboration avec des médecins d'un autre hôpital. Cette ambiguïté implique des difficultés de fonder une coordination basée sur la discussion interdisciplinaire entre équipes de spécialistes appartenant à des hôpitaux différents.

➤ *Les pools de financement des médecins :*

Des pools de financement inadaptés aux programmes de soin. Par ailleurs, une source de blocage plus générale tient au fait que les programmes de soins ne correspondent à aucun pool de financement. La modalité de rémunération des médecins se base soit sur des pools de financement par grandes cliniques (médecine interne, chirurgie, services médico-techniques), soit sur des pools par services (cardiologie, chirurgie cardiaque...) soit encore par pool individuels. Ceci contribue à entretenir des intérêts divergents entre services impliqués dans la prise en charge d'une même pathologie et donc d'un même patient. Cette dimension financière constitue ce qui est perçu par les acteurs de terrain comme une source de blocage à l'implémentation du NCH. Le rassemblement dans un pool de financement commun l'ensemble des spécialités ayant trait à une même pathologie peut permettre aux rivalités entre ces médecins de s'atténuer. Cependant il faut veiller à maintenir la possibilité d'un processus mis en place par le gestionnaire visant à reverser à des services perçus comme mal remboursés une partie des honoraires issus d'un autre service perçu comme d'avantage lucratif (c'est principalement le cas dans des pool par grandes cliniques).

➤ *L'absence de cadres de financement de l'interdisciplinarité :*

Nous avons pu constater un certain décloisonnement dans le travail réalisé par les spécialistes. Il n'est pas rare d'observer le suivi d'un patient par un spécialiste au sein d'un service autre que le sien. Cependant, les modalités de financement de telles prestations réalisées au sein d'autres services (et par conséquent pour d'autres pools de financement) apparaissent floues pour les acteurs. Cette difficulté tient à l'absence de catégorisation officielle pour ce type d'activité et donc à la difficulté de lui adjoindre un mode de rémunération. Il existerait un cadre précisant qu'il s'agit d'« avis » médicaux rendus à un autre service mais le remboursement de ces « avis » serait dérisoire. Il s'agit ici d'une source de blocage qui pourrait, si ces activités sont correctement catégorisées, devenir un incitant à une collaboration qui transcende les murs des services.

➤ *La spécialisation infirmière :*

La départementalisation au niveau médical s'opère sur base de la fonction c'est à dire de la spécialité des médecins du service. Dans le cadre de la pathologie cardiaque, nous retrouvons les services de cardiologie et de chirurgie cardiaque. Au niveau infirmier, la départementalisation se calque sur ces unités fonctionnelles. Les infirmières de cardiologie se distinguent des infirmières de chirurgie cardiaque. La prise en charge d'un type de patient implique une spécialisation forte des tâches infirmières. La routinisation de leurs tâches permet à ces infirmières d'atteindre une excellence dans leur application. Ceci nous amène à souligner une source de blocage importante pour l'implémentation du NCH qui impliquerait pour une équipe infirmière commune la prise en charge de patients différents (patients de chirurgie cardiaque, de cardiologie, patients sous moniteurs etc). Or, chacun de ces patients nécessitent des soins infirmiers spécialisés. Une telle évolution engendrerait donc un complexification importante du rôle infirmier source de blocages importants.

➤ *Le manque de ressources infirmières :*

Le manque de ressources en termes de personnel infirmier constitue un blocage à l'implémentation des programmes de soin. La mise en place de certains mécanismes de coordination comme des réunions interdisciplinaires et multidisciplinaires rassemblant différents spécialistes et infirmières dans le but de décider de l'orientation du patient ou de coordonner sa prise en charge souffre de l'absence fréquente constatée dans les trois études de cas en RW d'un membre de l'équipe infirmière. Bien qu'ils soient conviés à participer à ces réunions dans le but de donner un éclairage sur l'état du patient et qu'ils soient intéressés à

l'idée de participer à une telle réunion, le manque de ressources humaines pour assurer la surveillance des unités d'hospitalisation en parallèle limite *de facto* la possibilité d'une participation infirmière à ces réunions.

➤ *L'absence d'une définition claire du rôle des différents protagonistes dans une prise en charge multidisciplinaire :*

La réflexion sur l'avancée de la multidisciplinarité (collaboration entre les différents « métiers » impliqués dans la prise en charge du patient) est entravée par une absence d'une définition claire des implications concrètes d'une telle volonté. Nous avons pu remarquer que la frontière entre médical et infirmier est forte. L'absence d'incitant clair permettant de rompre cette frontière joue en défaveur de cette avancée. Ni la définition du Nouveau Concept Hospitalier, ni la perception de celui-ci par le personnel infirmier n'a permis de cerner l'évolution au niveau des relations entre infirmières, paramédicaux et médecins dans l'hôpital. De même, au niveau des tâches et responsabilités de chacun de ces acteurs, quelles modifications le développement d'un travail multidisciplinaire apporte-t-il ? La réponse à cette question doit être précisée afin de favoriser l'émergence du travail multidisciplinaire. Dans le cadre de la multidisciplinarité, la notion de « travail d'équipe » apparaît également floue. Certaines questions comme celles de la participation infirmière à des réunions multidisciplinaires destinées à définir les orientations thérapeutiques ou celle d'un « droit d'avis » du personnel infirmier sur les décisions thérapeutiques ressortent de nos études de cas. Elles doivent recevoir des réponses afin d'éclaircir les attentes du NCH vis-à-vis de la multidisciplinarité et parallèlement donner des ressources aux infirmières afin d'obtenir d'avantage de participation dans la prise en charge du patient.

B Facteurs relationnels

➤ *Les enjeux liés aux spécialités médicales :*

Si on a pu constater une certaine implémentation/concrétisation du NCH par l'émergence de mécanismes de coordination transversaux, les enjeux qui animent les relations entre spécialistes restent cependant fortement présents et freinent le développement de ces mécanismes. Ces enjeux tiennent pour l'essentiel à trois éléments inscrits dans un espace concurrentiel :

- La concurrence entre les hôpitaux pour les patients
- La concurrence entre spécialistes pour le patient
- Le pouvoir du médecin quant à l'orientation du patient

Ces enjeux sont à l'origine de comportements visant à protéger la relation entre le médecin/l'hôpital et « son » patient. D'autres comportements visent également à protéger l'exercice implicite du pouvoir du spécialiste sur l'orientation du patient.

La règle de prise en charge « individuelle » prônant que « *chacun s'occupe de son patient* » est l'exemple le plus saillant relevé dans les études de cas. Les contacts entre les patients traités par un cardiologue et les autres cardiologues y sont minimisés. Dans l'unité d'hospitalisation, chacun s'occupe de « ses » patients hospitalisés. Chacun tend ainsi à protéger sa patientèle de ce qui est perçu comme la concurrence constituée par les autres spécialités impliquées dans la pathologie cardiaque. On retrouve dès lors des comportements visant à limiter les échanges d'information et donc la visibilité du travail médical. Les mécanismes de coordination transversaux que nous avons dégagés rencontrent ainsi des résistances de la part de certains spécialistes médicaux. La DMC est limitée, comme nous l'avons dit, aux cas proposés par les cardiologues interventionnels. Ceux-ci gardent donc un pouvoir important d'orientation du patient ; pouvoir légitimé par les normes de la communauté scientifique invitant à intervenir vite et donc sans passer par une discussion interdisciplinaire. La mise en place d'une standardisation des procédures de soin rencontre des résistances. Cela s'explique par le fait qu'une telle standardisation réduirait directement la marge de manœuvre des cardiologues interventionnels et leur ferait donc perdre un pouvoir d'orientation du traitement du patient. Les critères seraient fixés, acceptés par tous, et ils seraient tenus de s'y référer. Ils ne pourraient plus justifier leurs décisions sur base des critères issus de la communauté scientifique mais devraient se référer à un document standardisé connu et accepté par tous les médecins. Le registre (base de donnée informatique) destinée à accueillir l'ensemble des procédures d'intervention réalisées par les cardiologues interventionnels et les chirurgiens cardiaques rencontre également des résistances sous forme d'une difficulté d'accès. Bien que les base de données des cardiologues interventionnels et des chirurgiens soient « fusionnées », l'accès à une de ces informations reste cloisonné. L'accès par un spécialiste aux informations de l'autre spécialité doit passer par une demande à un représentant de cette spécialité pour que l'accès soit ouvert. Ces enjeux relationnels sont saillants entre spécialistes différents ayant pour vocation le traitement d'une même pathologie et donc d'un même patient.

Ces éléments relationnels dégagés permettent de comprendre l'immobilisme du principe de départementalisation encore « traditionnel » caractérisé par des pyramides verticales et cloisonnées. Le maintien d'une structure fonctionnelle basée sur les services rassemblant des médecins de même spécialité est sous-tendue par les volontés d'autonomie et d'indépendance

de ces différents spécialistes. Ces éléments illustrent une logique selon laquelle chaque spécialiste tend à rester fermé sur sa propre spécialité et à proposer celle-ci à « son » patient.

➤ *Les enjeux liés aux différents métiers en présence (relations multidisciplinaires) :*

Les représentations divergentes du patient créent une tension entre le monde médical et le monde infirmier. Les représentations des patients par les médecins spécialistes sont orientées vers la conception d'un patient objet de soins. Le patient est vu comme un « cas » sur lequel on va appliquer des techniques médicales. Leur vision est « technique » et « industrielle ». A l'inverse, le personnel infirmier défend une vision du patient dans laquelle le contexte et l'état général de celui-ci est davantage pris en compte. Par conséquent, une situation conflictuelle oppose ces différents protagonistes dont les visions impliquent des orientations différentes dans la prise en charge du patient et dans le travail d'équipe. Les infirmières se plaignent souvent de ce qu'elles considèrent comme des abus des médecins qui « *opèrent ou dilatent les patients sans tenir compte de leur âge avancé et des difficultés qu'ils auront à se rétablir* ». Cet tension culturelle entre les deux mondes médicaux et infirmiers est à l'origine d'un cloisonnement marqué entre ces deux professionnels des soins. Ceci permet d'expliquer la faible présence, dans les trois études de cas réalisées en RW, de réunions multidisciplinaires rassemblant infirmières et médecin dans une préoccupation du patient. Ainsi, nos études de cas n'ont pu nous montrer d'avancées significative de la collaboration multidisciplinaire. Par ailleurs, l'absence de représentation infirmière au sein des organes de décision joue également en défaveur d'une telle collaboration. Ceci explique en grande partie le fait que les infirmières ne sont pas au courant du NCH et de ses implications concrètes pour leur métier et qu'elles ne cherchent pas à participer plus activement à cette évolution de l'offre de soins.

➤ *Les enjeux impliquant une concurrence entre hôpitaux :*

Les relations entre les hôpitaux étudiés sont fortement concurrentielles. Le patient est un enjeu important dans la survie d'un hôpital. Nous avons pu nous rendre compte que l'implémentation de collaborations inter-hospitalières rencontre certaines résistances dues à cet enjeu qu'est le lien entre l'hôpital et le patient. Le principe du « chacun chez soi » est de mise dans les associations et accords inter-hospitalier étudiés. Les transferts de patients sont encadrés de règles informelles destinées à assurer le retour du patient dans son hôpital d'origine. Certaines de ces règles peuvent apparaître comme des résistances à l'implémentation des programmes de soin. A titre d'exemple, la règle de « non-prise en charge » d'un patient transféré dans un hôpital par l'équipe médicale de l'hôpital d'accueil

pose des question de coordination et de sécurité importantes. Il s'agit de réserver le suivi de tels patients à des médecins appartenant à un autre hôpital dont la présence au sein de l'hôpital d'accueil est faible pour s'assurer d'un minimum de contact entre ce patient et l'hôpital d'accueil. Une telle situation constitue une rupture à l'égard du NCH dont il est important de prendre conscience.

➤ *Enjeux liés aux « familles » d'hôpitaux :*

Les « familles » d'hôpitaux rassemblent des hôpitaux de même tendance philosophique. Comme mentionné précédemment, ils constituent un terreau favorable aux collaborations inter-hospitalières. Les réseaux d'hôpitaux invitent chacun de leur membre à se transférer entre eux les patients. Ceci peut engendrer des collaborations entre hôpitaux éloignés alors que d'autres hôpitaux plus proches mais appartenant à d'autres familles ne seront pas choisis. Le but premier n'est dès lors pas le bien être du patient car le risque d'un transfert vers un hôpital éloigné peut lui être dommageable. Il nous semble donc que les familles d'hôpitaux peuvent constituer des blocages à l'implémentation du NCH.

IV.2.2.2- Facteurs perçus comme facilitant l'implémentation du NCH

A Facteurs structurels

➤ *Le choix stratégique de l'hôpital en faveur de la prise en charge de la pathologie cardiaque et le travail d'équipe :*

L'option prise par l'hôpital de développer la pathologie cardiaque crée une dynamique collective de développement d'un nouveau créneau qui tend à atténuer les intérêts propres à chaque spécialités pour favoriser une volonté de développement globale de l'activité. Le travail d'équipe trouve un fondement dans une volonté commune de développer un même créneau.

➤ *Le caractère relativement standardisé et donc routinier de la pathologie cardiaque.*

La pathologie cardiaque nous a été présentée comme fortement standardisée par les différents spécialistes rencontrés. Cette caractéristique favorise la coordination entre les différents spécialistes. Les petites réunions et l'ajustement mutuel sont des mécanismes de coordination fréquemment rencontrés qui peuvent fonctionner grâce à ces caractéristique de la pathologie cardiaque.

B Facteurs relationnels

➤ *Le développement du travail d'équipe : un travail gagnant dans un conjoncture favorable.*
Nos études de cas nous ont permis de nous rendre compte que le travail d'équipe conscientisé par l'ensemble des médecins et soutenu par le chef de service est un « terreau favorable » à une bonne coordination entre les professionnels de soin. Les « murs des services » s'atténuent dans une telle configuration et la collaboration entre les différents spécialistes devient quotidienne. Ce travail d'équipe et cette bonne coordination sont soutenus par une conjoncture favorable aux différentes spécialités qui collaborent ensemble. Une situation dans laquelle « *il y a des patients pour tout le monde* » est propice au développement du travail d'équipe. Les intérêts personnels ou « de spécialités » sont dès lors peu saillants et les discussions interdisciplinaires et les transferts de patients s'en trouvent facilités.

➤ *La perspective de gain de certaines spécialités :*

A la suite de l'analyse des enjeux relationnels qui bloquent à l'implémentation du NCH, nous pouvons ressortir la tendance de certaines spécialités qui ont le sentiment d'être lésées par les normes scientifiques conférant un grand pouvoir d'orientation du patient à certains autres spécialistes, à trouver dans le NCH des ressources pour reprendre un certain pouvoir dans l'orientation de ce patient. La standardisation des procédures de travail, la tenue de registre, la DMC sont dès lors fortement soutenus par ces spécialités. Il voient là une manière de reprendre un place au sein de l'hôpital dans le traitement d'une pathologie par rapport aux spécialités concurrentes.

IV.2.2.3 - Menaces perçues comme susceptibles d'affecter l'implémentation du NCH

A Menace d'ordre structurel

➤ *Une trop forte standardisation des activités :*

L'évolution de la standardisation doit s'inscrire dans un équilibre entre une « visibilité » du travail des médecins et une ingérence acceptable par eux. La régulation doit être progressive. La dynamique de changement doit être incrémentale afin de tenir compte de la dialectique remarquée dans tous les espaces où l'interdisciplinairté a su se formaliser selon laquelle une ouverture du travail des spécialistes vers d'autres spécialistes s'accompagne de régulations informelles partagées par tous destinées à maintenir le rapport entre le spécialiste et « son » patient.

B Menace d'ordre relationnel

➤ *Une « résistance » du personnel infirmier :*

Une évolution vers le NCH est susceptible d'engendrer une complexification importante du métier infirmier. Beaucoup parmi ces professionnels semblent réagir à cette situation par une absence de coopération à ce développement (attitude de retrait, de non implication). Une situation conflictuelle s'est manifestée dans certain cas. Ceci est un exemple qui montre que si le NCH engendre une complexification des tâches ainsi qu'une augmentation de la charge de travail infirmière, le risque encouru est de rencontrer des résistances importantes de la part du personnel infirmier.

IV.2.2.4 - Opportunités perçues comme susceptibles de favoriser l'implémentation du NCH

A Opportunités d'ordre structurel

➤ *Une dynamique de développement de la coordination*

Un opportunité majeure tient à l'existence d'un dynamique en place au sein du milieu hospitalier soutenant une évolution de la coordination entre les services impliqués dans la prise en charge d'une même pathologie.

➤ *L'émergence de mécanismes de coordination transversaux*

Comme nous l'avons dit dans la première partie de ce texte, les trois hôpitaux rencontrés cherchent à mettre place des mécanismes de coordination destinés à améliorer la prise en charge du patient. La création d'un groupe de liaison transversal rassemblant des médecins de spécialités différentes en est l'exemple le plus saillant. Il s'agit de la Discussion Médico-Chirurgicale qui permet l'existence d'une décision de traitement interdisciplinaire destinée au cas les plus délicats. Par ailleurs, on retrouve également une dynamique soutenant l'émergence d'une standardisation de procédures de soin. L'objectif est que les références issues de la communauté scientifique présidant à l'orientation du traitement du patient soient négociées dans des réunions interdisciplinaires et formalisées dans des documents approuvés et appliqués par tous. A titre de support à cette coordination, on retrouve également une évolution de la standardisation des transferts d'information avec l'apparition de Dossier Médicaux Informatisés et de registres rassemblant dans une banque de données informatisée

l'ensemble des informations concernant les procédures réalisées par les cardiologues interventionnels et par les chirurgiens cardiaques.

➤ *Le coordinateur de programme et les personnes-relais*

Derrière cette dynamique de développement de la coordination, le rôle du coordinateur joue un rôle non-négligeable de soutien. Si la DMC existait bien avant les programmes de soins, et ce au sein des trois études de cas, l'avancée de la standardisation des procédures de soin et de la tenue d'un registre informatisé est lié à l'implication du coordinateur de programme dans cette dynamique. Cependant, un vide est perçu par les acteurs entre ce coordinateur de programme et le travail effectif des médecins. Ce rôle joué de manière distante par un médecin ayant un emploi du temps déjà chargé ne porte que sur la mise en place de tels éléments de la coordination. Il ne peut s'impliquer dans la coordination de la prise en charge individuelle des patients. Emerge ainsi chez certains acteurs rencontrés l'idée de personnes-relais entre ce coordinateur de programme et les patients pris en charge. Il s'agit pour chaque patient d'un référent attribué qui, outre son activité professionnelle, veille à la bonne coordination de sa prise en charge. Ce rôle est parfois pris en charge par des assistants sociales, parfois ressentis comme un manque par les acteurs et par les patients au sein de l'institution hospitalière.

➤ *L'émergence d'un décloisonnement*

Un dernier élément qui constitue une opportunité à l'implémentation des programmes de soin tient à la dynamique de décloisonnement en place dans certains hôpitaux entre les différentes spécialités (et services). Il n'est pas rare de remarquer un spécialiste attaché à un service œuvrant au sein d'un autre service. Par exemple, le patient cardiaque après l'opération sera hospitalisé dans l'unité de chirurgie cardiaque. Et bien le suivi purement cardiologique du patient est assuré par un cardiologue travaillant en partie dans cette unité. De même, les patients opérés hospitalisés au sein du service de cardiologie sont surveillés par le chirurgien qui les a opérés. La continuité de la prise en charge est ainsi assurée par un décloisonnement du travail des différentes spécialités médicales.

➤ *Une dynamique de qualité et la direction médicale*

Les études des cas réalisées dans les hôpitaux wallons ont révélé l'émergence d'une préoccupation de la direction médicale dans une dynamique de développement de la qualité, d'une coordination transversale et interdisciplinaire de la prise en charge et d'un

décloisonnement de la prise en charge du patient. Certains soutiennent l'émergence de groupes de liaison interdisciplinaires. D'autres veillent à sélectionner la personne opportune pour le rôle du coordinateur de programme. Cette tâche n'est pas négligeable pour eux. Elle doit veiller à favoriser le dialogue entre les médecins ainsi qu'un certain contrôle de l'activité médicale.

B Opportunités d'ordre relationnel

➤ *La prise en compte du patient-sujet :*

Certains acteurs (personnel infirmier, médecins peu spécialisés...) défendent une vision du patient que nous pourrions qualifier de conception du patient-sujet. Cette représentation constitue une humanisation de la prise en charge du patients qui nous paraît être un atout à saisir dans l'implémentation du NCH. La prise en charge globale du patient implique une vision globale du patient. Certains acteurs constituent des opportunités pour affirmer cette vision du patient dans le monde hospitalier.

➤ *Une formation des professionnels de la santé qui prépare à une collaboration multidisciplinaire :*

La spécialisation des compétences médicales lors le formation des médecins tend à restreindre la vision du patient et de la prise en charge interdisciplinaire. Les médecins spécialistes ont tendance à se fermer à leur propre technique et à envisager difficilement le dialogue avec d'autres spécialités. Si la situation concurrentielle qui caractérise souvent ces différentes spécialités joue bien sûr, nous pensons que le cloisonnement entre services différents, entre spécialités différentes renvoie également au cloisonnement des modalités de formations des différentes spécialités médicales. Le cloisonnement majeur entre la médecine interne et la chirurgie renvoie directement une opposition dont le fondement se trouve au niveau des études de médecine. La formation constitue une opportunité d'action non négligeable qui doit préparer à la collaboration inter- et multidisciplinaire.

➤ *La spécialisation du coordinateur de programme.*

Nos études de cas ont révélé que le rôle de coordinateur de programme était toujours pris en charge par un chef de service qui est également médecin spécialisé dans une technique précise. Cette spécialisation peut jouer en faveur ou en défaveur d'une implémentation du NCH. Selon la position actuelle de force ou de faiblesse de ce spécialiste dans la prise en

charge du patient, ce rôle sera plus ou moins bien mis en œuvre. Dans la mesure où le développement du travail interdisciplinaire permet à ce spécialiste de reprendre un certain contrôle sur l'orientation du patient, le médecin prenant en charge le rôle du coordinateur de programme va dès lors saisir cet élément pour favoriser la mise en place d'une coordination transversale. Dans ce cadre de réflexion, nous nous sommes rendu compte que si le coordinateur de programme était parallèlement un médecin « faiblement » spécialisé dans son domaine, il prenait en quelque sorte une position extérieure aux concurrences qui caractérisent les relations entre médecins spécialisés défenseurs de techniques de pointes concurrentes ; ce qui lui permettait de favoriser la mise en place de mécanismes de coordination transversaux sans privilégier l'une ou l'autre orientation. Sa position dans le rapport de force entre les spécialistes l'invite à soutenir le développement de mécanismes de coordination transversaux afin de rendre visible le travail des différents spécialistes et de favoriser la collaboration interdisciplinaire. Par ailleurs, la position de ce médecin peu spécialisé dans le processus du patient permet de justifier la discussion interdisciplinaire. Il a souvent été le premier en contact avec le patient et tend à garder un certain investissement dans la suite de sa prise en charge réalisée par d'autres médecins spécialisés dans des techniques pointues.

V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

V.1 - Remarques préliminaires :

Le Nouveau Concept Hospitalier (NCH) est une notion abstraite à laquelle chacun donne sa propre interprétation. Les activités y sont décrites en terme de programmes de soins. Bien que le terme programme de soins ait été défini par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH), il reste sujet à confusion. La définition donnée par le CNEH est en effet difficile à traduire en termes opérationnels.

De plus, comme les normes d'agrément des programmes de soins telles que décrites dans les Arrêtés Royaux (p.e. A.R. du 16 juin 1999, programme de soins des pathologies cardiaques) ne correspondent pas à la définition du CNEH, l'ambiguïté en est encore augmentée.

En effet, l'agrément des programmes de soins des A.R. se fondent sur les caractéristiques structurelles (compétences, moyens et infrastructure) nécessaires pour traiter un type défini de patient. La définition du CNEH met davantage l'accent sur une approche en termes de contenu et de processus, ce qui correspond plus à la perception qu'ont les acteurs de terrain au sein des hôpitaux investigués.

Le fait que les différents programmes de soins soient introduits de façon fragmentée contribue également à alimenter cette confusion. Les critiques émises lors de notre enquête portent tant sur l'apparent manque de logique dans l'introduction des programmes de soins que sur les délais trop longs entre les parutions des différents A.R. relatifs aux programmes de soins. Cette introduction fragmentée conduit également à une certaine confusion dans la relation entre ces programmes, personne n'ayant une vue d'ensemble.

D'un point de vue relationnel, cette ambiguïté du NCH contribue à alimenter les jeux de pouvoir entre les acteurs concernés tant en ce qui concerne les relations des médecins et des infirmiers entre eux que du point de vue des relations entre ces deux corps de métier.

Ces remarques préliminaires conduisent aux recommandations suivantes :

- *il convient de clarifier les relations entre la définition du CNEH et les arrêtés d'exécution. Si l'Etat identifiait des indicateurs processuels clairs comme normes*

d'agrément (sous la forme d'indicateurs concrets de qualité par exemple), il y aurait plus de convergence entre les définitions du CNHE et les AR ;

- la définition du CNHE peut encore être précisée et affinée. Il reste encore par exemple une certaine ambiguïté dans les termes « soin hospitalier approprié » et « efficacité et efficience » ;

- les différents programmes de soins doivent être introduits de façon logique et dans un laps de temps plus court ; de plus, l'Etat doit cartographier les interdépendances entre les différents programmes de soins.

Dans les paragraphes suivants, nous énumérerons chaque fois un certain nombre de constatations faites lors de notre enquête, directement suivies de certaines recommandations. Ces recommandations seront imprimées en caractères italiques.

V.2 - . Relation entre le Nouveau Concept Hospitalier et structure d'organisation de l'hôpital.

La première question de cette recherche porte sur la relation entre le NCH et la structure d'organisation de l'hôpital.

Sur base des études de cas, tant en Flandres qu'en Wallonie, nous pouvons dire que l'introduction des programmes de soins, tels que normés dans les A.R., ne constitue pas un point de départ au changement de la structure de l'hôpital.

Cependant nous constatons que de nombreux changements sont en cours au sein des hôpitaux tant au niveau de la structure que du point de vue des mécanismes de coordination utilisés. Ces changements sont initiés par des facteurs tant internes et externes à l'hôpital comme la volonté d'être plus centré sur le patient, le développement des technologies de l'information et de la communication, l'histoire particulière de ces institutions, les économies d'échelle, ...

Certains hôpitaux fonctionnent toujours avec une structure d'organisation fonctionnelle traditionnelle, alors que d'autres évoluent de leur propre initiative vers une nouvelle organisation plus horizontale.

Ces changements concernent également l'émergence de nouveaux mécanismes de coordination qui ne remettent pas en question la structure fonctionnelle existante. Plusieurs exemples de tels mécanismes peuvent être mentionnés : chemins cliniques, *casemanagement*, dossier patient intégré informatisé, structures de concertation inter- et pluri-disciplinaires, groupes projet, standardisation des procédures de travail, et des transferts d'informations,....

Les changements en cours dans les hôpitaux étudiés sont contingents à la situation spécifique de l'établissement, ce entraînera à terme une plus grande hétérogénéité des modèles d'organisation. D'une situation où tous les hôpitaux avaient la même structure verticale, fonctionnelle il y a quelques années, nous arrivons maintenant à un mélange de structures fonctionnelles et de structures horizontales avec des formes intermédiaires telle que la structure matricielle. Cela complexifie d'autant les questions d'agrément et de financement structurels de ces structures hospitalières.

Le fait de penser en termes de programmes de soins influence positivement la dynamique de ces changements. Il n'est donc pas à recommander que l'Etat impose aux hôpitaux un modèle organisationnel spécifique.

Il semble de fait opportun d'inscrire les présentes recommandations dans le schéma d'un processus de changement organisationnel incrémental c'est-à-dire qui laisse une importante marge de manœuvre aux acteurs du monde hospitalier afin de leur donner la possibilité de faire évoluer eux-mêmes les modalités de régulation qui encadrent les relations entre les professionnels des soins. Il importe cependant de définir des bornes à cet incrémentalisme afin de maintenir une barrière entre les modes de régulations qui sont acceptables dans le cadre du déploiement du NCH et ceux qui constituent des éléments de résistance eu égard à cette évolution.

Il n'existe aucune certitude quant aux modalités futures de financement des hôpitaux. Tant qu'il ne sera pas certain et/ou évident que l'Etat évoluera vers un financement entièrement lié à la prise en charge par pathologie, ce sera considéré comme un grand risque pour les hôpitaux que de calquer leur organisation aux programmes de soins. En outre, le financement dual (médecins par rapport à l'hôpital) et le financement prestataire des médecins compliquent l'implémentation de ces programmes.

Bien qu'il ne soit pas recommandé d'imposer un quelconque modèle organisationnel, l'Etat pourrait soutenir l'implémentation des programmes de soins en identifiant un certain nombre de « best practices ». Ceux-ci aideraient sans conteste les hôpitaux à atteindre les indicateurs de résultat.

Il faudrait également préciser comment va évoluer le financement des hôpitaux. Si la décision est prise d'évoluer vers un financement lié aux pathologies, il convient de préciser quand et comment cela va se dérouler.

Des alternatives au financement dual et au financement prestataire doivent être recherchées. Il importe de prendre en compte la question de la cohérence entre modalités de financement et concept de programme de soins.

De plus, il convient de mettre en place des incentives afin d'impliquer les médecins dans la politique et la construction des programmes de soins ainsi que de favoriser la collaboration entre médecins. L'actuel financement prestataire des médecins pénalise ceux qui travaillent dans cette voie.

Ce point est crucial car ces modalités de financement sont au fondement du rapport concurrentiel qui lie ces spécialistes (voir point 5). A défaut d'une telle évolution, il conviendrait à tout le moins de mettre en place une nomenclature permettant de rémunérer les « services rendus » par des médecins dans un service autre que le leur.

D'un point de vue juridique, l'introduction des programmes de soins dans le champ d'application de la loi sur les hôpitaux fixe essentiellement des critères d'agrément. Le développement des programmes hospitaliers nécessite un réel décloisonnement des médecines spécialisées, une volonté de coopérer et une prise en charge globale du patient qui pourrait apparaître plus explicitement dans les textes. La réglementation sur les programmes de soins fixe, de manière classique, des normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation dont le respect est nécessaire à l'agrément. Dans le cadre de ces normes, le rôle des pouvoirs publics n'est pas d'imposer aux institutions de soins des conduites organisationnelles types. L'introduction de programmes de soins dans les hôpitaux induit des comportements de collaboration, de synergie, de complémentarité et d'intégration de tous les professionnels de la santé dans l'activité hospitalière et inter-hospitalière qui dépendent d'une stratégie concertée au sein de chaque institution. Cette stratégie est spécifique à l'établissement, compte tenu, notamment, du mode de management adopté, de sa structure juridique

(établissement public ou privé) et du statut juridique de ses acteurs (modèle statutaire ou contractuel).

Néanmoins, à la lecture des accords de collaboration conclus entre les établissements hospitaliers qui participent à des programmes de soins⁸⁸, on constate que les hôpitaux ne définissent pas, conformément à la réglementation, de véritables programmes opérationnels communs.

Il serait opportun de préciser, dans les textes, que les partenaires hospitaliers doivent :

- *d'une part, préciser, concrètement et non de manière vague, les lignes directrices de leur mode de fonctionnement (stratégie globale, objectifs de qualité, gestion des ressources, synergies interdépartementales, gestion de la communication interne et externe, sécurité juridique, circulation de l'information, relations inter services internes et externes, ... etc.) ;*
- *d'autre part, justifier d'un résultat par le biais d'indicateurs de qualité.*

Par ailleurs, dans le cadre de l'agrément des programmes de soins, les institutions hospitalières doivent pouvoir disposer d'un délai endéans lequel ils pourront finaliser tant les aspects médicaux et infirmiers que ceux liés à la logistique générale et la gestion administrative. (Voir à ces propos les dossiers juridiques en annexe)

Par ailleurs, afin de garantir la sécurité financière et juridique des établissements de soins, un « modèle de financement cohérent fondé sur des programmes de soins » doit rapidement être adopté. Il doit tenir compte, au vu des résultats de la présente recherche, des ressources humaines supplémentaires nécessaires au fonctionnement optimal du système mis en place, des besoins en formation des différents acteurs et de l'apport, le cas échéant, d'experts externes aux organisations. (Voir à ces propos les dossiers juridiques en annexe)

⁸⁸ Voir en annexe, la partie consacrée à l'analyse des accords de collaboration conclus entre certains hôpitaux en région wallonne dans le cadre des programmes de soins « pathologies cardiaques »

V. 2. Les collaborations au delà des frontières de l'hôpital

La seconde question de recherche porte sur la coordination ou la collaboration mutuelle entre les hôpitaux ainsi que sur la collaboration entre les hôpitaux et les autres structures de soins (par exemple les médecins de famille) dans l'ébauche de nouveaux mécanismes de coordination et/ou de changement.

De notre étude, il apparaît que la collaboration au-delà des murs de l'hôpital n'est pas encore optimale. Il y a bien localement quelques initiatives qui favorisent cette collaboration. Par exemple, la nomination d'un médecin de famille par programme de soins ou encore la mise en place d'un système informatique qui offre aux médecins de famille la possibilité de suivre leur patient à l'hôpital.

Au niveau des relations inter hospitalières, nos études de cas ont démontré que ces dernières n'étaient pas non plus fortement développées. La crainte de « perdre le patient » ainsi que ce qui est perçu comme une forte concurrence entre spécialités et techniques utilisées sont au fondement du maintien d'un fort hospitalo-centrisme. Du point de vue du patient ces difficultés sont lourdement ressenties de façon négative.

L'Etat doit accorder plus d'attention à la relation entre les soins de santé de première et de deuxième ligne. La mise en place d'une plate-forme technologique performante devrait permettre de faciliter cette relation. L'Etat devrait donc investir dans une telle plate-forme technologique uniforme et prôner des standards clairs pour permettre l'échange rapide de données. L'Etat devrait également se préoccuper des relations entre hôpitaux et autres institutions de soins tels que maisons de repos, soins palliatifs, soins à domicile...L'échange d'informations entre ces dernières tant à propos de leur offre de service que de leur capacité d'accueil serait un gros plus dans le paysage hospitalier actuel.

On ne peut éviter la question du comment favoriser l'émergence d'un tel réseau de soin,... alors seulement on pourra atteindre une véritable continuité dans les soins prodigués au patient.

En ce qui concerne les collaborations inter hospitalières, il conviendrait de les encadrer de normes ad hoc en prenant en compte l'implantation géographique des

partenaires ainsi que l'encadrement des transferts de patients pour ne citer que ces deux éléments relevés dans l'analyse transversale.

Comme nous le remarquons dans les développements juridiques situés en annexe, la mise en oeuvre des programmes de soins passe nécessairement par le recours à un système d'information, pour gérer les données recueillies, et faciliter l'information entre médecins.

Pour ce faire, une attention particulière doit être accordée aux droits des patients concernant ces données, et une place concrète doit être accordée aux acteurs reconnus par la Loi du 8 décembre 1992. (Voir les annexes juridiques qui traitent de manière approfondie ce problème).

V.3. Le changement organisationnel

La troisième question de recherche porte d'une part sur les conséquences du NCH du point de vue de la coordination des soins et d'autre part, sur les problèmes rencontrés principalement au niveau de l'attitude des collaborateurs professionnels.

Il est prématuré de fournir une réponse à ce stade. La majorité des hôpitaux qui ont entamé un processus de changement considère toujours être à un stade de démarrage et doivent faire face à de nombreux problèmes.

Ces changements induisent une tension entre le besoin de plus de connaissances spécialisées et une approche intégrée.

De plus, il existe un conflit de rôles principalement au niveau du middle management (p.e. infirmiers en chef). Ce conflit de rôles tient à la tension entre continuer à exercer ses responsabilités telles qu'antérieurement établies versus endosser une fonction plus managériale.

La formation actuelle dans les facultés de médecine, mais aussi dans les écoles d'infirmiers, ne favorise pas la collaboration pluri- et inter-disciplinaire. En facultés de médecine, peu d'initiatives sont prises en vue de favoriser une prise en charge globale du patient par équipe multidisciplinaire.

Une structure organisationnelle centrée sur le programme est opportune pour le patient, mais le personnel rencontre des difficultés à ce niveau. Le danger réside dans le perte d'identification à un groupe professionnel.

La collaboration entre infirmiers et médecins pourrait être facilitée par le développement de programme de formation communs relatifs à l'acquisition de certaines compétences telles que des compétences relationnelles ou encore la résolution de cas médicaux en équipe. Ce sont là des exemples didactiques qui permettraient la réalisation pratique de cette collaboration.

Le développement de standards d'échange d'information (comme par exemple un dossier médico-infirmier informatisé) peut également supporter le développement de ce travail d'équipe pluridisciplinaire.

Il ne faut pas perdre de vue que l'hôpital reste une organisation professionnelle.

V.4 . Niveau inter-hospitalier : Les enjeux des acteurs en termes de freins et d'incitants

Les études de cas ont révélé que les relations entre hôpitaux sont sous tendues par une forme de « protectionnisme » du patient. Ainsi, dans le cadre d'une association, l'option est prise de travailler chacun de son côté afin de protéger "ses" patients alors que dans le cadre de collaborations, des règles informelles permettent de minimiser le rapport d'un patient transféré avec l'équipe médicale de l'hôpital d'accueil. Ces éléments sont, au niveau micro, des blocages au développement des programmes de soin.

Ainsi, il nous semble tout d'abord que l'association prévue entre deux hôpitaux agréés programme de soins B doit être clarifiée. Les implications concrètes d'une telle association en termes de transferts de patients, de répartition des soins médicaux, de complémentarité, de mécanismes de coordination et/ou de lieu(x) d'implantation doivent être précisés. De plus ce type d'association renforce l'ambiguïté du rôle de coordinateur de programme qui tend à s'occuper davantage de l'aspect administratif des choses que de la coordination des soins sur les deux sites.

On retrouve également ce type de comportement “protectionniste” dans le cadre d’accords de collaboration entre hôpitaux. La règle de “non prise en charge” du patient par l’équipe médicale d’accueil implique de difficultés de supervision et des risques pour le patient. Nous recommandons dès lors de préciser davantage les normes d’encadrement d’un patient transféré d’un autre hôpital. Le phénomène de l’auto-adressement du patient nous semble également devoir être clarifié, notamment sur du point de vue des compétences requises pour réaliser des interventions techniques sur le site d’un autre hôpital.

Nous avons également identifié des éléments de blocage au niveau des « familles » d’hôpitaux. Les hôpitaux membres de tels réseaux se réfèrent des patients sans préoccupation de la distance géographique à parcourir dans de tels cas. Ceci amène des situations paradoxales dans lesquelles des patients sont transférés vers des hôpitaux éloignés alors que des hôpitaux proches peuvent accueillir ces patients. Ceci est particulièrement critique pour des situations d’urgence.

Nous recommandons donc d’encadrer de normes ad hoc les collaborations inter hospitalières en prenant en compte l’implantation géographique des partenaires ainsi que l’encadrement des transferts de patients.

Si l’intégration du nouveau concept hospitalier dans le type de convention d’association analysées en annexes, apparaît bien réelle, sur un plan théorique, en ce sens qu’elle exige, dans l’hôpital et entre les deux hôpitaux, une collaboration pluridisciplinaire (médecins et autres prestataires de soins de l’hôpital) et un cadre organisationnel intégré (médical, médico-technique, infirmier, paramédical et logistique), l’analyse met toutefois en évidence une absence de véritable processus organisationnel commun entre les deux institutions. En effet, on ne perçoit pas, de façon explicite, la volonté d’appliquer à la collaboration une gestion et un management communs, faute de règles et principes d’organisation fixés par les deux parties. (Voir annexes juridiques).

Les différents accords de collaboration étudiés ne satisfont pas aux conditions formulées dans l’arrêté royal. Les dispositions contenues dans celui-ci sont reprises dans les textes *pro forma*.

V.5. Quels sont les enjeux du NCH au niveau des relations intra-hospitalières

La dynamique de changement constatée dans certains hôpitaux, tant au niveau des structures que des mécanismes de coordination, implique une remise en question d'un ordre négocié des rapports de pouvoir entre les acteurs. Les études de cas réalisées au niveau micro ont permis d'isoler les enjeux sous-jacents aux structures hospitalières demeurées inchangées. Le patient et les modalités actuelles de financement des hôpitaux et des médecins créent des tiraillements entre services c'est-à-dire entre spécialistes traitant le même patient.

Notre recommandation, pour atténuer les intérêts opposés des services, est de mettre en adéquation le programme de soin et les modalités de rémunération des médecins.

Dans ce contexte relationnel, l'implantation des programmes de soin rencontre des résistances de la part de certains acteurs et le soutien d'autres. Les premiers y voient une perte d'autonomie et une augmentation de la visibilité de leur travail alors que les seconds y voient l'occasion de (re)prendre un certain pouvoir dans l'orientation médicale à donner au patient. Ainsi, le domaine de la cardiologie comporte un rapport de pouvoir important entre cardiologues interventionnels et chirurgiens cardiaques. Nous avons pu constater une importante différence entre les cas étudiés selon la composition de l'équipe prenant en charge la pathologie cardiaque. Lorsque les différentes spécialités impliquées dans celle-ci sont représentées de façon équilibrée, l'implémentation des programmes de soin et des nouveaux mécanismes de coordination transversaux est plus significative que dans les autres. Dans le même ordre d'idée, le rôle du coordinateur de programme est joué différemment en fonction de la spécialité du médecin qui le prend en charge.

Nous recommandons donc de favoriser la présence équilibrée des différentes spécialités médicales au sein d'un programme de soin ainsi que la clarification du rôle de coordinateur de programme ce qui suppose entre autre

- de lever l'ambiguïté du rôle de coordinateur de programme par rapport aux différents acteurs médicaux et infirmiers en précisant le statut de la fonction, ses moyens et ses missions . Ce type de fonction est très développé dans le monde des entreprises et pourrait inspirer les pouvoirs publics.

- dans le cas d'une association inter-hospitalière, de veiller à la présence d'un coordinateur de programme stimulant la coordination de la prise en charge des patients sur chaque site hospitalier
- de financer ce rôle du coordinateur de programme prévu à temps plein.

Nous recommandons également de confier le rôle du coordinateur de programme à un médecin plutôt peu spécialisé

Nous avons également constaté la recomposition de règles informelles de régulation du comportement des acteurs dans chaque situation où une évolution significative du travail d'équipe est en cours. Ces règles ont pour but de protéger le rapport premier entre le médecin et "son" patient. Il nous paraît illusoire de penser que ce rapport puisse disparaître aisément. Ceci rejoint l'idée du changement incrémental prôné.

De même il importe de créer les conditions du travail multidisciplinaire en,

- précisant les implications concrètes de la multidisciplinarité pour les différents métiers concernés
- en améliorant la représentation infirmière au sein des organes de décision de l'hôpital (ce qui faciliterait d'autant la préhension du NCH par le monde infirmier) ;
- en prévoyant la participation des infirmières au niveau des nouvelles coordinations mises en oeuvre
- en offrant la possibilité de valoriser le travail d'équipe réalisé.

Le cursus universitaire des médecins ne les prépare pas non plus au travail pluridisciplinaire nécessaire à une prise en charge globale du patient . Cette formation initiale favorise de fait l'individualisme et le caractère « cloisonné » de la vision médicale des spécialistes.

Il s'agit donc de favoriser une préparation à l'inter et la pluri-disciplinarité dès la formation initiale des médecins et infirmiers. En l'état actuel des choses le cloisonnement organisationnel de l'hôpital fait écho à l'organisation même de ces études.

De la même façon, le discours des médecins spécialistes nous amène à penser que leur représentation du patient découle également de leur formation initiale. Celle-ci tend à favoriser une conception du patient « objet » des soins médicaux. Or nous avons vu qu'une

prise en compte du patient-sujet, intégrant son contexte de vie d'une façon plus générale, était de nature à fédérer les différents professionnels de la santé qui assument sa prise en charge tout comme elle est de nature à répondre aux besoins et attentes du patient en question. Une plus grande implication du personnel infirmier renforcerait également cet aspect des choses de par la vision du patient-sujet qui est la sienne.

Là encore un complément des cursus de formation des professionnels de la santé intégrant cet aspect de choses est un élément de réponse pertinent face aux freins précédemment identifiés.

L'étude a encore permis de constater des différences d'ordre relationnel dans la prise en charge de pathologies distinctes comme par exemple entre le domaine de la pathologie cardiaque et celui de la gériatrie.

Aussi, nous recommandons une contextualisation des programmes de soin en fonction de la pathologie concernée.

L'arrêté royal n° 407 du 18 avril 1986 a certainement induit de profonds changements dans l'organisation de l'activité hospitalière. Sans doute l'actuelle loi sur les hôpitaux devrait-elle conceptualiser davantage des notions telles que la division du travail, la coordination des tâches, le fonctionnement collectif, pluridisciplinaire et interdisciplinaire du travail, l'évaluation de la qualité, la standardisation des procédés de transmission de l'information, la télématique, l'information du patient, les processus de soins, le continuum de soins, ... etc.

Nous insistons sur le fait que ces recommandations se tiennent comme un tout dont les parties n'ont pas de sens prises individuellement. Autrement dit, les recommandations suivantes s'inscrivent dans la foulée des éléments critiques dégagés dans l'analyse transversale et ont pour objectif d'y apporter des éléments de réponse dans une perspective systémique toujours.

