

En immersion

L'HÔPITAL, D'ÉGAL À ÉGAL

Depuis plus de dix ans, le centre hospitalier de Valenciennes enregistre un bilan budgétaire à l'équilibre ou excédentaire. Une exception en France. Un succès rendu possible grâce à la mise en place progressive et inédite, depuis 2007, d'une gestion décentralisée qui responsabilise les chefs de pôle : ici les docteurs sont aussi des managers. Pendant deux jours, j'ai suivi le quotidien du pôle Urgences réanimation-anesthésie et médecine polyvalente dirigé par le docteur Elbeki. Plongée dans ce qu'on appelle désormais le "modèle valenciennois".

Rédaction et photos : **Hélène Cail**
Illustrations : **Charlotte Beaufils**

Je connais bien l'hôpital de Valenciennes. Enfin, bien... J'ai grandi dans l'Avesnois, à 35 kilomètres de là. Valenciennes, pour nous, c'était la virée du samedi, le cinéma, ou bien l'hôpital. Ça fait drôle d'y revenir, 15 ans après, sans proche à veiller.

Je suis attendue le mercredi matin. Je décide de partir la veille, on ne sait jamais, la grosse grève est annoncée le lendemain. Après deux heures de train sans encombres, ça bloque gare du Nord. "Conditions de départ non réunies". Sur le parvis, un homme dort sur le bitume, pantalon baissé. Tout à côté, trois filles en minirobes maquillées à la Kardashian se prennent en photo ; les réseaux, j'imagine. Drôle d'époque. Je reçois un coup de fil de Chloé, l'attachée de communication de l'hôpital qui a balisé ma venue : c'est le pôle 5, Urgences réanimation-anesthésie et médecine polyvalente, dirigé par le docteur Nabil Elbeki, que je suivrai pendant 48 heures.

Mon train part enfin... J'en profite pour relire les informations déjà récoltées. Le centre hospitalier (CH) de Valenciennes est le 3^e de la région des Hauts-de-France, il est aussi le plus grand hôpital non universitaire de France. Son budget annuel est de 500 millions d'euros. Dans le sillage de la loi Hôpital patients santé et territoires (HPST), dite loi Bachelot, il a procédé à un remaniement complet de sa gouvernance, impulsé par son directeur d'alors, Philippe Jahan. Petit à petit, le bon hôpital du Nord s'est fait remarquer : un bilan à l'excédent pendant dix années d'affilée, ça attise les convoitises et ça fait parler. Les médias en parlent, les politiques s'y rendent, le citent souvent en exemple.

Le soleil se couche sur la rase campagne. Je les reconnais bien ces paysages. Les maisons de briques rouges, ces usines abandonnées, les cheminées encore en activité, qu'on voit depuis le train.

« JE NE SUIS PAS CHEFFE »

Le lendemain, 8h30, je retrouve Chloé dans le hall de l'hôpital Jean Bernard. Visiteurs et personnel s'activent déjà dans le grand espace lumineux bercé par des lustres volutés. Un peu de légèreté, ça se prend toujours. Elle m'amène rapidement à Céline, cadre de santé en unité soins continus (USC) depuis 5 ans, elle porte une blouse vert amande. Elle me met à l'aise d'emblée, me propose le tutoiement ; je suis d'accord. Elle a 42 ans, est joviale, dynamique, elle est infirmière de formation. Elle a déjà fait son petit tour de service, salué tout le monde. J'arrive au moment où l'équipe de jour relaie l'équipe de nuit autour d'un petit-déjeuner.

Ça sent le café – on m'en propose un, j'accepte – et la fatigue du côté des passeurs de relais, mais l'ambiance est bonne. Concentrée mais décontractée. Il faut débriefer, passer en revue l'état des quatorze patients qu'accueille le service, sur les quinze chambres au total. Comme chaque matin, Céline est ainsi au "point de transmission", ici, à côté des médecins. Elle n'hésite pas à intervenir si besoin. « *Le patient, c'est ma priorité. Et côté management, j'ai la gestion de mon équipe, je dois garantir sa sécurité* », me glisse-t-elle. Son équipe, c'est 20 infirmiers, 40 aides-soignants. La plupart du temps, le matin elle est sur le terrain ; l'après-midi dans son bureau, « *porte toujours ouverte* », pour faire de l'administratif. À mesure que je la suis, je me rends compte qu'elle est à tout : elle veille au grain, sollicite ici une infirmière, là un aide-soignant, laisse traîner ses yeux, ses oreilles. Ici, en unité soins continus, « *ça n'est pas confort pour le patient* ». C'est peu de le dire : les chambres ressemblent plutôt à des box, les patients n'ont pas de garde-robe « *pour raisons d'hygiène* », très peu voire quasi aucun objet personnel. Tout est vitré, y compris la porte : il faut pouvoir garder un œil sur le patient, en continu.

« *Je regarde toujours. En fonction de ce que je vois à la centrale, ou d'un chiffre, je vais regarder le patient. Sa couleur, comment il respire, c'est le regard clinique. C'est ma manière de travailler. Le patient, qu'est-ce qu'il se dit ? Qu'on le regarde comme dans un zoo. Et ça, c'est dur. Ils ne comprennent parfois pas qu'on les regarde avec un air sérieux, mais c'est parce que ça chemine dans nos têtes... Il nous faut penser à tout.* » De fait, elle passe les voir régulièrement. Elle rencontre, si besoin, les familles, en compagnie des docteurs.

Parole d'expert

« NOTRE FIERTÉ, C'EST DE PRENDRE SOIN DE CEUX QUI SOIGNENT »



Nabil Elbeki, chef des pôles 5 (Urgences réanimation-anesthésie médecine polyvalente) et 15 (Soins de suite et réadaptation)

Aujourd'hui, chaque pôle a son management propre. Nous avons toute liberté tant qu'à la fin de l'année, le budget est équilibré. L'intérêt pour nous, c'est la gestion de projet. Il y a bien sûr des soucis, des conflits à gérer, des comptes à équilibrer... Ça n'est pas simple tous les jours. Mais si on choisit de prendre le taureau par les cornes en acceptant cette charge de gestion, c'est aussi parce que, derrière, nous avons la liberté de créer et de proposer des projets qui nous intéressent. L'administration et le pôle via un dialogue de gestion échangent beaucoup mais il n'y a que très rarement des remises en cause de l'orientation des pôles... On donne de l'autonomie à nos soignants, à nos cadres, à nos médecins : ils sont d'ailleurs tous libres de proposer un projet ; le pôle est là en support. Parfois, le projet n'est pas équilibré car le coût est trop élevé et donc le timing est revu. Mais, par exemple, on vient d'avoir une demande, émanant de cadres et médecins, de création d'un centre projet de simulation : nous allons le porter, trouver des budgets, et nous battre pour qu'ils puissent voir le jour. Ces conduites de projet permettent aux personnels de s'épanouir au travail. Notre fierté, c'est aussi de travailler activement sur une meilleure qualité de vie au travail, avec comme credo : prendre soin de ceux qui soignent. »

« La particularité de l'hôpital de Valenciennes, c'est que c'est un business unit, exactement comme une entreprise : on additionne les 14 pôles et ça fait le budget de l'hôpital. Au final, certains pôles seront excédentaires et compenseront le déficit d'autres pôles. Au démarrage, cette gouvernance aux médecins a été construite dans un intérêt qualitatif de prise en charge patient. Ensuite, c'est devenu une méthode de travail d'autonomisation et de délégation, où chaque directeur fonctionnel avait pour mission d'écrire sa délégation. Bien sûr, moi je suis à la base médecin anesthésiste-réanimateur, pas manager. J'ai donc fait un master de management en 2018 et continué à me former, je suis encore le cycle Hautes études régionales de Sciences po Lille. Je continue à faire des consultations, des gardes, à être sur le terrain : on apprend beaucoup sur le terrain. L'hôpital, c'est vraiment une entreprise humaine. »



Céline est à tout : elle sollicite l'une, échange avec l'autre

En sortant de la salle, j'avais remarqué, à côté des plannings, un tableau au mur avec les "instants com" qu'elle a instaurés : un temps d'échange pluridisciplinaire entre 10h et 11h30, chaque jour, avec les paramédicaux et les médecins (la fameuse "transmission") ; des temps d'information les mardis et vendredis en début d'après-midi, d'autres temps d'échange les lundis et jeudis « où je leur demande de quoi ils veulent parler ». Enfin, un mail de synthèse le vendredi. « Il faut vraiment que l'information circule, que tout le monde puisse avoir le même son de cloche. Je fais des rappels, transmets des infos que j'ai eu récemment, notamment par le trinôme de pôle. » Le trinôme, c'est Nabil Elbeki, chef du pôle et médecin anesthésiste réanimateur, Sandrine Van Oost, la cadre supérieure de santé, et Hédi Dhaouadi, le cadre administratif. — Céline s'il te plaît, pourrais-tu venir voir le patient en 107 ? lui demande Valentin, un aide-soignant.

Je les accompagne en présence d'Adeline, infirmière. Le patient, âgé, a un escarre important sur les fesses. — Bonjour Monsieur S. Comment allez-vous ? On va être obligés de mettre un coussin spécial, ce sera vraiment mieux et plus confortable pour vous. Vous êtes d'accord ? Monsieur S. acquiesce.

En sortant de la chambre, elle interagit encore avec les soignants puis se pose sur un coin de bureau, au cœur du service, à un mètre de la centrale de surveillance, sorte d'ordinateur de bord qui permet aux soignants de contrôler les constantes des patients. Le personnel s'active autour de nous, lui glisse un mot mais, a priori, je n'ai pas réussi à me rendre tout à fait invisible : « c'est marrant, aujourd'hui, vous n'osez pas trop venir me voir ! », les chambre-t-elle. Elle revoit les parcours de soins de « ses patients », vérifie l'orientation – donnée par les médecins avec l'appui des paramédicaux, de l'assistante sociale ou de la diététicienne sur le logiciel national ViaTrajectoire. Un travail collaboratif et pluridisciplinaire. « Je préfère dire interprofessionnel ! », sourit-elle. Du sur-mesure, pour chaque patient. La cadre de proximité connaît leur histoire. Elle aime les gens, ça se sent. Entre-temps, je la vois jeter un coup d'œil à son smartphone, au groupe WhatsApp du pôle. « Ça permet d'avoir une visibilité sur les autres secteurs et notamment d'être aidante s'il y a besoin sur la réa et le SIPO (soins intensifs post-opératoire). Caroline (cadre de santé réanimation) a mis son WhatsApp ce matin, du coup elle a deux places libres donc ça va, pas de tension. » Elle dresse un tableau avec les entrées et les sorties des patients, pour avoir une vue d'ensemble.

ALLER JUSQU'AU BOUT

Céline est prolixe, et j'aime bien ça. « Mon métier, je pourrais en parler en continu ! Ça n'est jamais statique ici. » Elle a intégré sa mission d'encadrement en 2017, en tant que "faisant fonction de" et a obtenu son diplôme il y a un peu moins de 3 ans. « Avant, je travaillais à l'Hôtel-Dieu en pneumologie. À ce moment-là, la gestion de pôle n'existait pas, donc en fait c'était "mon service, mon secteur", je ne me sentais pas spécialement incluse. Ici, en tant que cadre de santé, je le suis. On m'a invité à un séminaire, j'ai participé à des ateliers où j'ai pu exprimer ce que je ressentais sur différentes thématiques et ils ont fait des ateliers avec des paramédicaux... Sur le projet d'établissement finalement, que ça soit de la direction aux agents de terrain, tout le monde a été convié. C'est aussi ça la délégation polaire : la diminution des strates hiérarchiques. C'est direct. Trinôme de pôle, cadres de santé, équipe, paramédicaux... On travaille vraiment tous ensemble et les projets sont pour l'essentiel co-construits. » Un exemple, « le plus beau » : la centrale de surveillance patient, élément essentiel en USC. « J'ai pris les choses en main et j'ai demandé aux agents s'ils voulaient qu'on choisisse ensemble. Ils étaient contents. On s'est donc appuyé sur le biomédical et nous avons regardé ce qu'il y avait sur le marché. On a contacté les trois qui nous intéressaient. On a fait des tests puis les agents ont rempli des feuilles d'évaluation. J'ai fait un point avec Nabil et on a pris celle qu'on a préférée, de chez Mindray, alors que le marché ici, c'est Philips ! C'est un exemple concret de qu'est la délégation polaire : aller jusqu'au bout, c'est pas que des belles paroles.

On nous fait vraiment confiance, il y a un profond respect de toutes les catégories socioprofessionnelles. »

En m'enfonçant dans le service, je réalise à quel point les projets sont partout. Dans un bureau, je fais la connaissance d'Antoine et Camille, 27 ans tous les deux. Ils sont infirmiers, habillés en "civil", sont « détachés » aujourd'hui pour travailler sur des projets. Lui travaille sur un audit sur le tri des déchets, elle sur l'élaboration d'une "pocket" anti-escarres. « C'est important de sortir des soins de temps en temps.

Parole d'experte

« CE QUI MARCHE, C'EST L'INTELLIGENCE COLLECTIVE »



Sandrine Van Oost,
Cadre supérieure de santé
des pôles 5 et 15

« L'hôpital est d'ordinaire très hiérarchisé. Or, ici, il n'y a pas de différence hiérarchique : on forme une team, une équipe, où il y a cette solidarité, ce respect, cette confiance. Le jour où il y a une difficulté, on est là pour tendre la main. Nous sommes une seule et même équipe : il n'y a pas un chef en haut qui donne les ordres... Ce management-là, ça fait des années qu'il est mis en musique et on sait que ça ne marche pas. Ce qui marche, c'est l'intelligence collective. Dans la tête de chacun, il y a plein d'idées intéressantes à construire. Et parce qu'on va y travailler tous ensemble, on va créer quelque chose qui dépasse l'idée d'origine. La réussite n'est donc pas liée à une seule personne, mais au collectif. Et la place de chacun dans ce collectif est essentielle. C'est la dynamique globale qui crée une émulation. »

Parole d'expert

« ÊTRE SUR LE TERRAIN,
C'EST PRIMORDIAL »



Hervé Bisiau,
Biologiste, chef de service
et chef du pôle Biologie hygiène

« Quand j'ai fait le choix d'une carrière hospitalière, c'était justement pour pratiquer la biologie un peu plus, spécialisée limite recherche, et surtout pas l'aspect gestion et finance... Depuis, j'ai parcouru beaucoup de chemin ! J'ai eu l'opportunité d'accéder à des fonctions de vice-président de Commission médicale d'établissement et ça été un déclic professionnel : plus de management, de gestion de la qualité, pilotage économique, stratégie,... j'ai beaucoup appris sur le fonctionnement de l'institution. J'ai eu la chance d'être à ce poste quand la délégation polaire s'est mise en place : j'ai donc vraiment pu appréhender le système de l'intérieur et son pilotage. Puis j'ai eu l'opportunité de devenir chef de pôle. La légitimité ne se décrète pas, elle s'acquiert. En mouillant le maillot, en donnant confiance, en étant sur le terrain. Je consacre aujourd'hui 80% de mon temps en tant que manager mais c'est important de continuer à être impliqué sur le terrain. Je fais

des gardes, des samedis matins, des journées de production sur les plateaux techniques, etc. C'est primordial. Notre expertise nous donne une puissance incommensurable puisque ça nous permet de prendre les meilleures décisions au meilleur moment. La délégation polaire nous permet une simplification des processus de décision : nous sommes plus rapides, plus efficaces, plus agiles. La gestion économique est quand même la colonne vertébrale de nos systèmes, nous construisons donc nos budgets de façon efficiente. C'est l'argent du contribuable, il faut en faire bon usage : apprendre à faire mieux avec moins. La finalité, c'est que cet argent-là est remis en terme d'investissement humain et matériel. C'est un cercle vertueux et, ça, c'est très puissant en terme de motivation. Cette forme de management en déroute certains qui pensent qu'on est payés avec un intéressement aux résultats... Ça n'est pas du tout le cas : nous avons une prime de chef de pôle de 350 € fixe et 350 sur objectif ! Certes, ça n'est pas facile tous les jours, loin s'en faut. Mais, moi qui ai connu l'avant et l'après, je suis ultra convaincu par ce modèle de gestion et je pense qu'il faut le consolider et le renforcer. Tout le monde est gagnant : les patients du territoire comme nos équipes. »

On travaille toujours sur le bien-être des patients, mais autrement. Ça apporte une expertise dans notre pratique. » Sur la base du volontariat, chacun peut réfléchir, proposer un groupe de travail, monter un projet, établir un plan d'action. Dernièrement, une cape de soins critiques a pu être lancée en prototype, après avoir fait le constat croisé que les patients, avec leurs multiples branchements, avaient froid. Il fallait faire quelque chose. Alex et Élodie, aides-soignants, ont piloté le projet ; Céline n'était là qu'en support. Ils ont soumis un patron et trouvé la couturière. Je comprends au fur et à mesure qu'Antoine est en arrêt maladie. Il a « un souci au pied ». Je creuse un peu. « Je tournais en rond chez moi. Céline a pris de mes nouvelles et a bien compris que ça ne m'allait pas ! Elle en a discuté avec Madame Van Oost et elle m'a proposé, si ça me disait, de venir travailler sur les projets. J'en suis ravi ! ».

Il est déjà 12h05. Le temps passe vite en bonne compagnie. Je suis en soins critiques, un secteur difficile, pourtant tous ceux que je croise sont souriants, motivés. Sereins. Je retrouve Chloé qui m'emmène à la cafétéria d'où j'embarque un sandwich et un yaourt avant de retourner du côté des urgences. Je fais la connaissance du chef de pôle, Nabil Elbeki, qui m'accorde un moment dans son bureau. Il est arrivé dans l'établissement en 2008 en tant qu'anesthésiste-réanimateur. Il est d'abord devenu vice-chef de service puis membre du directoire, avant qu'on lui propose la délégation polaire. Ce matin, le trinôme de pôle avait une réunion de dialogue de gestion avec le directeur général adjoint. Dans quelques minutes, ils se retrouveront pour une réunion de préparation à celle des comptes de résultats, qui se tiendra le lendemain.

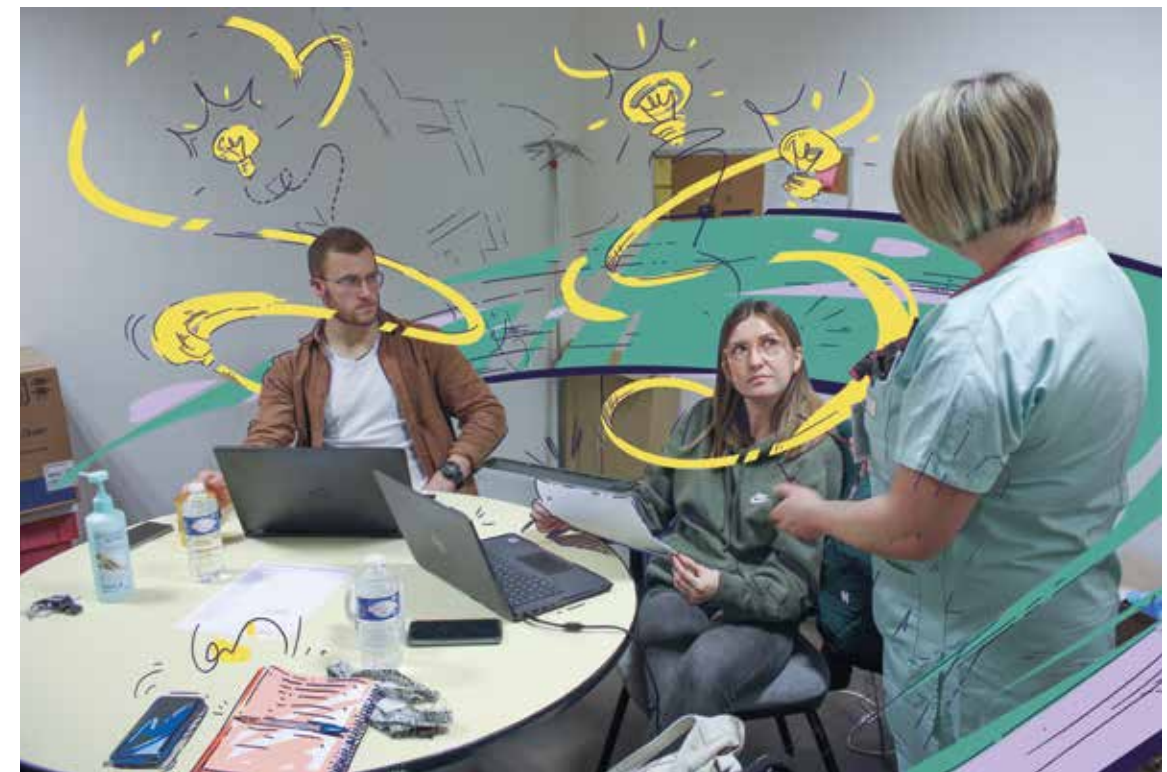
LA MARCHÉ EN AVANT

J'en suis. À quelques pas de son bureau, je fais donc la rencontre de Sandrine et Hédi, cadre supérieure de santé et cadre administratif. Marjorie, cadre administratif du pôle 15 (Soins de suite et réadaptation, également dirigé par le Dr Elbeki) est également de la partie. Ensemble, ils reprennent la dernière trame de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui a été envoyée vendredi dernier à la direction : Hédi et Marjorie ont refait des mises à jour en termes de recettes, de recrutements ; elle rappelle les montants d'évolution. Une sorte de travail que

l'administration pourrait faire seule mais que le pôle s'emploie à faire ensemble, afin de chercher des solutions ou des explications sur le terrain, auprès des chefs de service, en vue « d'être plus performants ».

— Il nous faut aussi voir par rapport à l'AlterG, dit-elle.

Le pôle souhaite acquérir un équipement qui permet au patient une rééducation plus rapide, en apesanteur, sans eau ; c'est plus économique et plus performant. L'appareil est prisé des sportifs de haut niveau. D'ordinaire, la norme en la matière, c'est la balnéothérapie. — C'est dommage, à 3000 € près, on aurait pu se la prendre tranquillement, dit Nabil.



**Antoine
et Camille
travaillent sur
leur projet.**

Le pôle a en effet une autonomie budgétaire jusqu'à 75 000 €, qui ne nécessite aucun aval de la direction. Au-delà, le "business plan" du projet doit être présenté et défendu devant le comité stratégie projet (CSP), composé de médecins, puis validé par le directoire.

Pour les cadres administratifs, une telle organisation, ça n'est pas que des chiffres. Ils s'occupent de la partie management et administrative des équipes (secrétaires médicales, gestion de pôle, services techniques) « au plus près des agents » : fiches de paie, gestion des heures supplémentaires, des conflits, etc. Toutes les ressources humaines, hors carrière et retraite, sont ainsi gérées par le pôle : recrutement, facturation, plan de formation des entretiens professionnels réalisés par les cadres de proximité... Côté finances, ils élaborent l'EPRD, le plan d'investissement pluriannuel ou encore la gestion des achats au quotidien. « L'avantage de notre poste c'est qu'on a un lien fort avec les médecins car on va leur donner des projections d'activité, ils se confient facilement à nous. On écoute aussi bien les cadres de proximité que les docteurs, on fait pas de différence. Quand on nous demande de passer commande, on ne le fait pas bêtement, on s'acculture. On travaille tous ensemble, main dans la main. » Enfin, le cadre administratif recouvre aussi un volet stratégie. Les pôles sont en effet soumis à des obligations, notamment la rédaction d'un contrat de pôle, signé avec la direction générale pour 4 ans, qui fixe les objectifs. Marjorie comme Hédi sont là depuis une vingtaine d'années, ils ont donc « la culture de l'évolution ». Ils entretiennent de façon hebdomadaire des liens étroits avec la direction et se rassemblent en trinôme chaque jour. Ils dressent aussi un tableau mensuel à chaque chef de service et cadre

de proximité pour leur donner des indicateurs médico-économiques. Un outil qui permet à tous de mieux comprendre les flux et de mieux les gérer.

Chloé m'a donné un badge. Je peux circuler à ma guise dans le service, tout l'hôpital même. Une petite ville. Je m'y perds. Entre les bips permanents des centrales de surveillance, des éclats de rires de quelques soignants en blouse violette – la couleur des urgences – qui s'octroient une petite pause, bien méritée.

UNE ENTREPRISE HUMAINE

Le lendemain matin, je retrouve Sandrine, la cadre supérieure de santé, et Mélissa, ingénieure qualité, en salle de réunion. Elles font un point global avant la réunion qualité de restitution des audits "Hygiène et tri des déchets" qui se tiendra dans une heure, avec les cadres de proximité et les animateurs qualité. Mélissa a 25 ans, elle a été embauchée en 2020, en pleine crise Covid, après son alternance ici. « Mélissa a développé ses compétences ici, et nous les nôtres en matière de qualité de vie au travail (QVT). C'est un bel exemple dans le management polaire : l'autonomie et la confiance qu'on donne aux gens de terrain, ils nous la rendent par tout ce qu'ils construisent. On se nourrit les uns des autres, c'est gagnant-gagnant », insiste Sandrine. Pour l'heure, elles répondent à un questionnaire de la Fondation des hôpitaux sur les deux espaces QVT qui ont vu le jour dans le pôle ces derniers mois : comment sont-ils organisés, quels bénéfices pour les équipes, avez-vous d'autres projets...
— C'est pas ce qui manque ! Les petits espaces QVT qu'on voudrait créer au sein des blocs opératoires, notre grand projet d'espace

de simulation pour que les professionnels puissent pratiquer leurs gestes dans un environnement zen, enchaînent-elle. Du tac au tac. C'est bientôt l'heure de la réunion. Je suis Mélissa dans les couloirs et nous arrivons dans le secteur du plateau technique d'anesthésie centralisé (PTAC), où se trouve une des salles QVT. Baby-foot, canapé d'angle, poufs velours dans les tonalités bleu canard, borne d'arcade Star Wars... Le pari est réussi, on s'y sent bien. Nous retrouvons Sandrine ainsi que Céline et l'infirmier en arrêt, Antoine, des soins continus. Il y a également Soline du service gériatrie,

Jean-François, responsable des unités sanitaires des maisons d'arrêt (rattachées au pôle), Luc, infirmier, Hélène, cadre anesthésie du bloc opératoire, Caroline, cadre réanimation, et des animatrices qualité des urgences. Soline prend la parole. L'audit a été mené sur l'ensemble de son équipe, elle expose les bons points, les points de vigilance et les propositions d'amélioration. « Comment sensibiliser davantage au port des bijoux, au bon lavage des mains (...) ? » Une autre intervient : « moi j'ai de gros problèmes avec le port des bijoux. Ça fait plusieurs fois que je demande à l'un de retirer sa bague, je lui ai dit "il y aura des



Réunion de préparation à celle des comptes de résultats pour le trinôme.

Parole d'expert

« CELUI QUI DÉCIDE, C'EST CELUI QUI CONNAÎT LE MÉTIER »



Yoann Lagorce,
Directeur général par intérim
du CH de Valenciennes

Concrètement, comment fonctionne la délégation polaire ?

Nous donnons la place à l'intelligence collective : on ne considère pas que la bonne idée vient du directeur mais que chacun a le droit de proposer des choses pour que l'établissement fonctionne mieux. Le chef de pôle, avec ses équipes qui lui remontent un certain nombre de sujets, prend les arbitrages. C'est la force du modèle : la capacité à s'exprimer où, celui qui décide, c'est celui qui connaît le métier. Le chef de pôle connaît la fonction médicale et a pris l'envergure de la fonction de gestion ; cet ensemble-là fait que la mayonnaise a pris. Le prérequis indispensable de la délégation polaire, c'est la confiance : celle entre la direction et la communauté hospitalière, celle au sein du pôle. Il est intéressant d'observer la sérénité des relations entre les différents acteurs... C'est une plus-value, un facteur de qualité de vie au travail pour tous.

Qu'est-ce que vous y gagnez en tant que directeur ?

Aujourd'hui, le directeur général délègue sa signature aux chefs de pôles qui prennent 90% des décisions. Pouvoir prendre la décision au plus près du terrain, c'est donner des réponses adaptées dans un temps le plus court possible.

Les établissements de santé sont souvent taxés de lenteur dans leurs prises de décision, dans leurs rouages administratifs. Ici, l'établissement est agile dans ses modalités d'organisation et de gestion. On peut le justifier de plusieurs façons : notre certification "Haute qualité des soins", notre budget à l'excédent, une labellisation "Hospitalité" d'une partie des services, ... Ce dispositif est un gain global dans le fonctionnement de l'établissement qui connaît un développement important depuis une quinzaine d'années.

Peut-on améliorer ce mode de gouvernance ?

Il vit avec ses acteurs, il n'est pas figé. Il évolue et a vocation à s'étendre encore. Par exemple, le chef de pôle a une délégation de signature jusqu'à 75 000 € sans passer par les commissions internes. On pourrait imaginer que, demain, ça soit 90 000 ou 100 000 €...

Le périmètre des délégations peut également évoluer.

Il n'y a pas de difficultés, au contraire, à faire en sorte que le modèle grandisse encore afin que l'établissement continue à être sinon plus, aussi performant.

Pensez-vous que ce modèle puisse faire jurisprudence face aux maux de l'hôpital public ?

Notre expérience montre que le modèle est pertinent, tant du point de vue de la qualité des soins, de la satisfaction patient, de la qualité de vie au travail, de l'attractivité ou de l'équilibre économique. Nous avons tout intérêt à essayer d'essaimer ce modèle le plus possible et qu'il puisse se décliner. Chaque établissement l'adaptera alors probablement à ses interlocuteurs, puisque c'est aussi une histoire d'hommes et de femmes. On peut l'expérimenter, le développer progressivement : ça n'est pas un big bang du jour au lendemain, c'est un transfert progressif, il faut que les acteurs aient ça en tête. Le modèle valenciennois s'est construit sur une période relativement longue. Les établissements qui rentreraient dans cette démarche devraient le faire sur un temps également lent, en s'appropriant leur façon de fonctionner.



Point hygiène et tri des déchets au menu de la réunion qualité.

impacts sur ta prime à l'objectif car c'est un objectif de base que tu apprends à l'école (...)" » Tout le monde interagit. « Je ne suis pas super favorable à la sanction, intervient la cadre supérieure de santé. Si on en arrive là, c'est qu'on est en échec par rapport à notre management. Ça arrivera, mais ça doit être le recours ultime puisque nous travaillons sur la base de la confiance. Est-ce que l'importance de la tenue et du lavage des mains ne devrait pas être renforcée dans le développement de compétences et au moment du parcours d'intégration des étudiants ? Qu'en dites-vous ? (...) C'est une posture managériale qu'on doit avoir au quotidien. » Pendant plus d'une heure et demie, tour à tour, ils présentent et partagent les observations

menées dans leurs secteurs respectifs, ils se nourrissent les uns des autres. Il est 13h30, la réunion se termine.

Je me perds encore une fois dans les couloirs pour prendre quelques clichés, puis déjeune à la cafétéria du hall de l'hôpital. Autour de moi, une dame sous perfusion prend un café. Deux jeunes filles en visite ont acheté Paris Match pour un proche hospitalisé. Un gamin en fauteuil roulant semble s'ennuyer.

VIVIER DE PROJETS

Je termine mon immersion en réanimation avec Caroline, cadre de santé, croisée plus tôt en salle QVT. Je la retrouve à son bureau, qu'elle partage avec Nelly, sa collègue "faisant



Caroline appelle un infirmier en arrêt pour prendre des nouvelles.

fonction de cadre". Caroline a 34 ans, elle est chaleureuse et a de l'énergie à revendre. On la surnomme la locomotive. Le mur est tapissé de post-its : des projets, des idées, des gens à rappeler. Une fois encore, comme pour les autres, pas de journée type ici, « et j'aime bien ça ! » Un septième arrêt infirmier vient de tomber. C'est extrêmement rare, c'est « (s)on stress du jour » pour savoir comment elle va gérer la semaine et assurer la sécurité des soignants et des patients. Un casse-tête. Depuis le Covid, certains professionnels en soins critiques (SIPO et USC) ont développé la double compétence et ont été formés à la réanimation ; un dernier recours, elle va d'abord essayer de puiser dans les ressources du service. Elle appelle un infirmier, en arrêt, pour prendre

de ses nouvelles ; « on s'intéresse à eux, ce ne sont pas des lignes dans un planning ». Messagerie. En sortant de son bureau, je découvre un tableau de groupes de travail où les soignants s'inscrivent. La gestion des projets, ça l'anime, Caroline. Le service en regorge : mise en place d'un carnet de bord pour les patients, dépliant à destination des familles, chariot d'urgence enfant avec un QR code apposé qui renvoie vers un tutoriel de prise en charge d'arrêt cardio-respiratoire, etc. Elle échange d'ailleurs très souvent avec son homologue Céline des soins continus ; elles se passionnent pour la ludopédagogie. Plus tôt, elle a envoyé des vidéos aux soignants : elle souhaite créer un jeu de société en vue de la formation à venir sur la prise en charge des escarres...

Nous traversons le service. Les centrales bipent en continu. Plus fort qu'ailleurs, me semble-t-il. Il y a 15 ans, dans mon souvenir, le couloir n'était pas si long. « Nous avons fait tomber les cloisons », me dit Caroline. Pour les soignants comme pour les familles, c'est plus agréable, si tant est que ça puisse l'être. Ça apporte du mouvement, assurément.

Un dernier tour pour saluer tout le monde et me voici dehors. Mon esprit a du mal à sortir de l'hôpital. Je me trompe de bus. De retour en centre-ville de Valenciennes, je retrouve les maisons aux briques rouges typiques du Nord. Certains magasins ont résisté au temps, à la crise, des friperies ont ouvert ici et là. Dans ma tête, quelques mots tournent en boucle. Transparence. Liberté. Confiance. Agilité. Intelligence. Humanité. Ensemble.

Le debrief

« APLATIR L'ORGANIGRAMME EST UNE TRÈS BONNE IDÉE »



Frédéric Pierru,
Chercheur en sciences sociales et politiques au CNRS - Arènes-Université de Rennes et membre associé au LISE-CNAM

« Le grand drame de l'hôpital, c'est que les directions hospitalières se sont autonomisées par rapport aux professionnels de terrain, c'est-à-dire que ce sont des groupes professionnels qui ne parlent plus la même langue, qui n'ont plus les mêmes objectifs... De fait, cela donne, dans tous les hôpitaux de France, un divorce, voire un abîme croissant entre les professionnels de terrain et la direction. J'ai pu observer que cela donne parfois

même une espèce de défiance, voire de ressentiment à la base.

De fait, horizontaliser la hiérarchie, aplatir l'organigramme comme au centre hospitalier de Valenciennes, est une très bonne idée. Cela favorise la circulation de l'information, des compétences et des gens : tout cela fait que ça ne peut que mieux fonctionner.

La fluidité du personnel est importante : un cadre de santé, par exemple, ne devrait pas l'être à vie. Il pourrait redevenir infirmier, avec son salaire de cadre, puis redevenir cadre. C'est important que les gens ne soient pas figés et puissent s'enrichir en continu en revenant sur le terrain. De même, les professionnels ont également besoin de reconnaissance, de ne pas avoir le sentiment d'être des pions. D'où l'importance de la cohésion d'une équipe stable, où chacun a des

perspectives de promotion, son mot à dire, est reconnu par ses supérieurs, etc. C'est à mon sens, la base.

Alors, pourquoi le centre hospitalier de Valenciennes ne fait pas école ? Quelles sont les sources de blocage ? Côté direction, les directeurs sont formés à l'école des hautes études en santé publique (EHESP) comme des élites dont l'objectif n'est pas de diriger un hôpital, mais de ressembler aux grands corps d'État. Côté médecins, je comprends et ne comprends pas à la fois les réserves sur ce modèle. Un médecin est avant tout médecin, pas manager, d'accord. Mais il fait partie d'une organisation. Or, on sait aujourd'hui que la qualité d'un soin médical c'est la coordination des soignants. Ne pas s'intéresser à cela, c'est ne pas s'intéresser à l'organisation et à la vie de l'établissement, et pour moi, c'est une faute. »

L'IA POUR DÉSENGORGER LES URGENCES ?

L'idée

AFIN D'OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET FAIRE GAGNER À LA FOIS DU TEMPS ET DU CONFORT DE TRAVAIL À SES SOIGNANTS, LES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES UTILISENT UN LOGICIEL D'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (IA).

Aux urgences du centre hospitalier de Valenciennes, « on souffre des mêmes maux que tout le monde » : crise des effectifs depuis le Covid, flux en augmentation constante (de 3 à 5% par an).... « En 2008, nous enregistrons 43 000 passages aux urgences par an. En 2022, 73 000. Et, avec la crise Covid, j'ai perdu un tiers de mon équipe », explique Antoine Maisonneuve, chef du service Urgences et vice-chef des pôles 5 (Urgences réanimation-anesthésie et médecine polyvalente) et 15 (Soins de suite et réadaptation). Pour autant, l'organisation agile de l'hôpital permet de maintenir une attractivité ; elle s'emploie par ailleurs à faire son maximum pour « avoir une durée moyenne de séjour qui oscille entre 4 heures et 4 heures et demi ».

ANTICIPER LES FLUX

« Nous essayons de travailler sur l'anticipation des flux, poursuit le Dr Maisonneuve, avec l'aide des algorithmes, de l'intelligence artificielle. » En effet, depuis 2019, il travaille avec la société suisse Calyps Saniia : ensemble, ils ont élaboré un tableau de bord pour le service afin de prédire au quotidien la tension (nombre de patients présents physiquement), les admissions, les profils des patients de plus de 75 ans, etc. Avec une fiabilité de 93%, l'IA aide ainsi à optimiser les besoins matériels comme humains des urgences. « Si je regarde mon appli, elle nous avait annoncé hier 228 entrées. Nous en avons fait 226 ! C'est excellent, même si ça n'est pas toujours aussi précis. » Au fil de la journée, le logiciel met à jour ses prédictions, en s'appuyant sur différentes données : celles

que l'hôpital a collectées depuis 4 ans (âge, nombres de passages par jour, etc.) et des données extérieures (météo, trafic routier, manifestations ou événements – comme un match de foot ou une grève –, versement des allocations familiales,...). Plus le champ des paramètres renseigné est étendu, mieux l'intelligence artificielle pourra affiner son tir afin « d'aider à une meilleure répartition de l'ensemble des ressources ». À terme, le chef de pôle souhaite intégrer un écran dans la salle d'attente qui expliquerait la tendance et les différentes étapes du parcours aux urgences.

Hélène Cail

« Tenter de diminuer la part de risques grâce à l'IA »



Dr Antoine Maisonneuve,
Chef du service Urgences
et vice-chef des pôles 5 et 15

« Je travaille avec Calyps sur un nouveau projet en vue d'améliorer la qualité de vie au travail : l'appel des familles dans le parcours du patient. Pour l'instant, quand un patient est hospitalisé, les accompagnants ne peuvent pas tous rentrer dans le service, d'autres restent à la maison. Ils appellent donc pour prendre des nouvelles, ce qui est naturel. Sauf que ce sont les soignants qui répondent au téléphone, il y a donc autant d'interruption de tâches que de coups de fil, et, de fait, autant de risques de faire des erreurs. Je voudrais

tenter de diminuer cette part de risques en agissant sur la communication des informations. Ainsi, avec Calyps et l'université de Valenciennes, nous travaillons à créer un outil qui permettrait à la famille, à partir d'un numéro d'identification fourni par l'hôpital, de connaître et de suivre le parcours de soins du proche admis, en temps réel et à distance, par une simple connexion. »