

Dossier « Ressources humaines »
réalisé en partenariat avec :



La banque coopérative
de la Fonction publique



GRUPE VYV

Le groupe MGEN, déjà référencé par plusieurs ministères, et la CASDEN sont reconnus en tant que mutuelle et banque de la fonction publique. Ensemble, ils accompagnent les agents de la fonction publique hospitalière pour protéger leur santé et les accompagner dans leur projet de vie.

MGEN dispose d'une parfaite connaissance des problématiques des agents hospitaliers grâce à sa proximité avec les personnels soignants des 60 établissements de santé qu'il gère. Ils représentent la moitié de ses salariés. Particulièrement impliqué, il a lancé avec l'ANACT une plateforme de prévention pour la qualité de vie au travail des acteurs de la fonction publique. Par une couverture santé/prévoyance spécifique à leur métier, il garantit aux hospitaliers un accompagnement solide.

CASDEN Banque Populaire, banque coopérative de la fonction publique, représente plus de 1,9 million de sociétaires, dont 90000 agents issus du champ hospitalier public qui l'ont rejointe ces quatre dernières années.

Valorisation des métiers hospitaliers et de la marque employeur, tels sont les enjeux RH portés par CASDEN. Cet engagement se traduit au travers des programmes courts « Parlons Passion » sur France 5, soutien à la start-up Profil Public et à plusieurs dispositifs de la FHF tels qu'Attractive Med et un outil digital dédié à la démarche qualité auprès des professionnels de santé.

Crise du Covid-19 Une opportunité pour l'essor de pratiques collaboratives et la co-construction à l'hôpital

Claire GEORGES-TARRAGANO PASS, hôpital Saint-Louis, AP-HP

Michel FOUURIAT Sociologue, université Paris-Est-Créteil (UPEC), Institut de la co-construction

Nazmiye ARAS PASS Saint-Louis, AP-HP, et service de médecine polyvalente, centre hospitalier Victor-Dupouy, Argenteuil

Mathilde CATALA, Denis MECHALI, Pass, hôpital Saint-Louis, AP-HP

Maxime DELALOY, Kelly NASSIF Institut de la co-construction

Les acteurs du système hospitalier ont su inventer des stratégies d'adaptation contingentes, pertinentes et efficaces face à la crise sanitaire, malgré des contraintes fortes et des ressources insuffisantes. Ils ont su répondre, en des temps très courts, à un afflux inattendu et concentré de patients aux symptômes complexes. Cette capacité d'adaptation a reposé, d'une part, sur les coopérations entre professionnels qui n'avaient pas forcément l'habitude de travailler ensemble, d'autre part sur une collaboration plus horizontale entre acteurs de terrain et décideurs. De telles pratiques collaboratives ont déjà été expérimentées, théorisées et développées, notamment dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS¹) qui accueillent, depuis une vingtaine d'années, des personnes confrontées à des situations médico-sociales complexes, hors cadre. Cet article présente une analyse compréhensive de la réactivité du système hospitalier face à la crise. Il met en perspective l'expérience des PASS avec les pratiques émergentes observées durant la crise. Enfin, il suggère pistes et hypothèses sur les transformations souhaitables du système hospitalier, afin qu'il puisse s'adapter aux situations imprévues et durables.

La pandémie de Covid-19 constitue une quintuple crise, sanitaire d'abord, économique, géopolitique, démocratique et sociale. Elle a et aura de multiples effets qui ne sont encore ni tout à fait pensables, ni tout à fait observables. Sur le registre du travail, du management dans les services hospitaliers, des bouleversements sont cependant visibles et validés par les témoignages de médecins et de soignants².



© Direction de la communication, Hôpital Saint-Louis (AP-HP)

Réunion de concertation pluriprofessionnelle, PASS de l'hôpital Saint-Louis, le 28 janvier.

Pour ces services, la crise s'est traduite par la concomitance brutale de trois facteurs qui, ici ou là, selon les contextes, ont pu avoir des poids différents et apparaître avec des rythmes différents : l'accroissement des urgences avec l'obligation d'apporter une réponse en des temps très courts ; la confrontation avec une maladie pour laquelle peu de connaissances certaines sont disponibles ; une tension variable des ressources en personnels et en lits.

Les adaptations du système hospitalier

Les hospitaliers ont inventé et expérimenté des réponses inédites, rendant possibles de nouvelles formes de coopération entre des acteurs qui n'avaient pas forcément l'habitude de travailler ensemble, et des collaborations plus horizontales entre professionnels de terrain et décideurs.

Des formes singulières d'adaptation ont surgi. Ainsi des nouvelles manières dont les équipes hospitalières, ici ou là, ont organisé les activités de soins pour répondre aux problèmes posés par le flux de malades contaminés et en détresse respiratoire plus ou moins prononcée. Les acteurs se sont très vite mis en quête d'actions innovantes, pertinentes et efficaces, dans le respect des valeurs du soin. Finalement, c'est en raison d'une situation de tension extrême, liée à un afflux sans précédent de patients en situation d'urgence vitale, que le risque d'effondrement du système de santé a produit un sursaut. Il s'est traduit par la mise en œuvre, en un temps record, d'un « traitement » dont beaucoup d'acteurs affirmaient, depuis longtemps, qu'il était nécessaire.

Pratiques collaboratives et co-constructions

Les hospitaliers l'affirment : « *La pandémie a bouleversé nos pratiques !* » La crise a fait émerger de nouvelles pratiques : collaborations, coopérations entre acteurs et formes dialogiques singulières dans les échanges. Ces nouvelles pratiques, de co-construction, sont apparues dans un contexte de pénurie de ressources (humaines et matérielles) ou/et d'urgence, de réponses thérapeutiques. Toutes correspondent à des stratégies d'adaptation, à des jeux d'acteurs différents dans des contextes différents. Deux types de collaboration seront ici distingués : les spontanées et altruistes, les stratégiques et co-construites.

Les collaborations spontanées et altruistes

>> Mutualisation de ressources matérielles.

Les acteurs des services dédiés au Covid-19 ont pu demander une aide à d'autres services pour répondre aux insuffisances anticipées ou constatées de leurs ressources propres (manque de masques, de surblouses, de lunettes de protection, de gants, de produits de désinfection).

1. Dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions (loi du 29 juillet 1998), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été mises en place dans les établissements publics de santé. L'objectif est de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins.

2. Cf. « Journal de crise des blouses blanches », *Le Monde*. www.lemonde.fr/journal-blouses-blanches

Les acteurs de ces autres services ou établissements extérieurs ont adopté des comportements altruistes en proposant de fournir certaines de ces ressources, dans des volumes compatibles avec leurs propres stocks.

>> Coopérations pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires entre professionnels de disciplines et de statuts différents, mobilisés par l'accompagnement d'un même patient. Par exemple, durant l'accueil des patients en service de réanimation, des gestes thérapeutiques comme le retournement sur le ventre des patients obèses intubés ont exigé, à certains moments, la collaboration de plusieurs soignants, et ce sans référence à leurs statuts. Des ostéopathes et kinésithérapeutes de ville ont rejoint la « team DV » (l'équipe décubitus ventral) car, pour améliorer la ventilation des patients en réanimation, il est parfois nécessaire de les allonger sur le ventre. La manœuvre, chronophage, requiert plusieurs soignants.

Ces pratiques inventives, ces coopérations et pratiques collaboratives reposent sur la co-construction, en situation, par les acteurs parties prenantes de solutions acceptables.

>> Autres exemples : des chirurgiens ont donné des nouvelles aux familles de patients afin de décharger leurs collègues en salle. Des collègues de différentes spécialités se sont proposés pour assurer les astreintes du week-end et soulager d'autres collègues.

Ces collaborations n'ont pas exigé de processus décisionnels formels, du fait de l'urgence et de la prégnance d'un enjeu éthique partagé par les acteurs.

Les collaborations stratégiques et co-construites

D'autres collaborations, indépendamment de leur nécessité, ont dû reposer préalablement sur des échanges entre responsables de services différents. Mais elles ont permis de construire un accord. Par exemple, sur la mutualisation de leurs ressources en personnels ou en lits et pour définir l'organisation, durant un temps très court, des aménagements à prévoir.

>> Mise à disposition de professionnels spécialisés ou non pour pallier un manque en ressources humaines (absences pour maladie, service ayant à

assurer un accueil spécifique de personnes contaminées malgré une augmentation de lits dédiés). Dans certains cas, ces collaborations ont demandé la formation rapide de professionnels à des techniques ou à des gestes qu'ils ne pratiquaient pas. Des collaborations avec la médecine libérale ont vu le jour. Médecins libéraux et paramédicaux de ville ont proposé leur aide à l'hôpital.

>> Collaborations entre services (réaffectation de lits) pour faire face à l'arrivée anticipée d'un nombre de personnes contaminées excédant les capacités initiales du service Covid-19. La réaffectation de lits à cet usage exige *a minima* des échanges entre responsables. Il requiert aussi la co-construction d'un accord et d'un plan de reconversion qui implique les personnels de ces autres services. Des collaborations public/privé et ville/hôpital ont aussi vu le jour à partir d'une coordination interinstitutionnelle, avec des places Covid-19 affectées par les structures privées pour soulager l'hôpital public. Des réunions ont été organisées entre professionnels de soins primaires et professionnels hospitaliers sous forme de webinaires. Elles ont permis des retours d'expériences et des réflexions partagées sur les conduites à tenir.

Des interactions langagières entre acteurs ont favorisé la co-construction rapide d'une décision. Un processus de co-construction facilité à la fois par un enjeu (« sauver des vies ») et une priorité (« être en mesure de pouvoir prendre en charge tous les patients qui le nécessiteraient³ »). « *Il n'est plus question de contraintes économiques, d'équilibre financier ou d'être le moins déficitaire possible. Dorénavant, la priorité, c'est l'humain, le moins de morts possible et surtout ne pas être dépassé pour parvenir à prendre en charge tout le monde.* » Les processus de co-construction ont été facilités. Comme le disent tous les soignants : « *Enfin l'humain est au centre des préoccupations !* »

Ces pratiques inventives, ces coopérations et pratiques collaboratives reposent sur la co-construction⁴, en situation, par les acteurs parties prenantes de solutions acceptables. C'est-à-dire de solutions qui tiennent compte des contraintes et incertitudes relatives aux connaissances sur le Covid-19, les traitements et leur efficacité.

La co-construction est un processus par lequel des acteurs différents confrontent leurs points de vue

et s'engagent dans leur transformation, jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles. Face à des situations complexes aucun acteur, aussi compétent soit-il, ne peut prétendre apporter une réponse pertinente et efficace avec son seul point de vue. Difficile de croire, en effet, que des solutions puissent être définies à partir d'un seul regard, d'une seule spécialité ou expertise. Chaque acteur, partie prenante par ses connaissances et compétences singulières, est amené à apporter son point de vue, lequel ne constitue pas une contribution omnisciente. Seule une pluralité d'acteurs différents mais complémentaires (savoirs, compétences) est en mesure de répondre à la complexité.

Rapprochement avec les pratiques expérimentées par les PASS

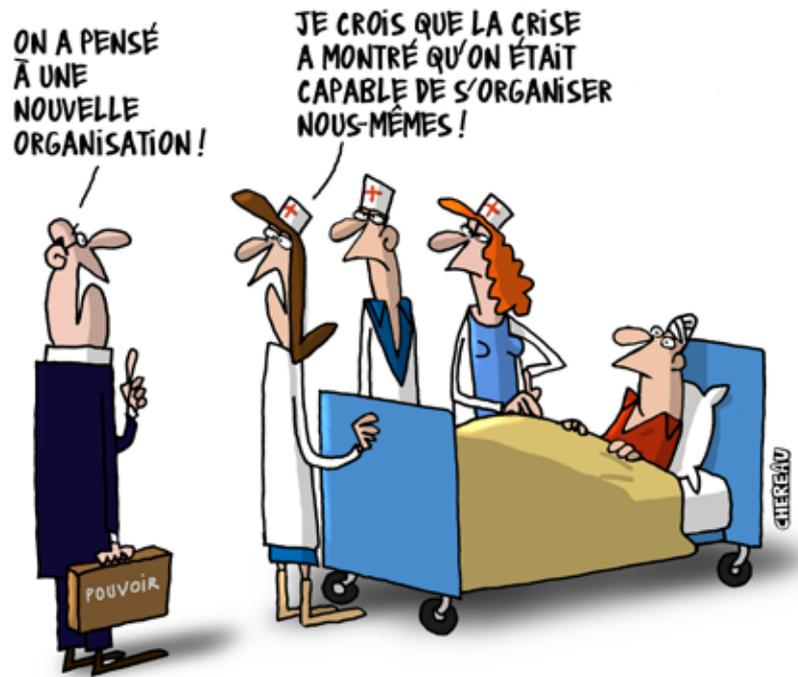
Les situations rencontrées en PASS sont caractérisées par une intrication de pathologies parfois lourdes, de malnutrition et de problématiques multiples, psychologiques, psychiatriques, sociales (absence d'hébergement, absence de prise en charge sociale...), linguistiques et financières.

Le système hospitalier, hyperspécialisé, hautement technique et standardisé se trouve confronté à des situations complexes, « hors cadre », qui nécessitent une approche globale, « sur mesure ». Ainsi, soigner un patient migrant atteint de cancer, sans hébergement, isolé, sans prise en charge sociale implique la prise en compte de paramètres non strictement médicaux, qui impactent néanmoins fortement le soin.

Ces situations complexes illustrent les limites des procédures préétablies et du fonctionnement en silo de l'hôpital.

En réponse à l'inadaptation des cadres préexistants à ces problématiques émergentes, les acteurs exerçant en PASS ont développé une expertise de l'adaptation face aux situations complexes et imprévues, fondée sur la collaboration pluriprofessionnelle et la co-construction de solutions. Certaines PASS, comme celle de l'hôpital Saint-Louis, ont mis en œuvre de nouvelles formes de coopération avec tous les acteurs de l'hôpital pour proposer une réponse adaptée au contexte particulier à chaque situation.

Ces réponses proposées par les PASS ont structuré une modalité de travail interne à l'équipe. Une équipe à la fois soudée et ouverte sur l'extérieur ainsi qu'à des compétences externes.



De nouvelles coopérations en réponse à de nouveaux besoins

L'expérience des coopérations pluriprofessionnelles au sein des PASS

Les situations médico-sociales complexes nécessitent une approche globale et rapide. Sans intervention précoce et coordonnée, les problématiques s'aggravent inmanquablement, exigeant la mobilisation ultérieure de beaucoup plus de moyens. Ces situations complexes peuvent être considérées comme des situations de crise. Elles imposent donc des modalités de gestion de crise, c'est-à-dire de mobiliser au plus vite les acteurs concernés dans une réunion pluriprofessionnelle.

La PASS de l'hôpital Saint-Louis a ainsi mis en œuvre de nouvelles formes de coopération avec tous les acteurs de l'hôpital pour proposer une réponse adaptée au contexte particulier de chaque situation : les « réunions de concertations pluriprofessionnelles médico-sociales et éthiques » (RCPMSE). À l'instar de la gestion de la crise du Covid-19, ces réunions constituent de véritables cellules de crise.

Il s'agit de rencontres ou de temps de réflexion communs à des professionnels, confrontés à des cas concrets, sources de difficultés ou d'impasses.

3. Les différentes citations correspondent aux témoignages de médecins de l'hôpital Saint-Louis.

4. Cf. M. Foudriat, *La Co-construction. Une alternative managériale*, Presses de l'EHESP, 2019 (2^e éd.).

L'expérience des PASS montre que certaines approches organisationnelles et managériales (coopération entre acteurs de services différents et co-construction) constituent des leviers face aux situations inédites, complexes et incertaines. Le micro-exemple des PASS est instructif, susceptible d'élargissement.

La méthode SIMPLE comme co-construction de solutions adaptées

L'expertise de la complexité acquise à partir de situations de terrain a été conceptualisée dans une approche de nature à guider la prise de décision en situations complexes, « la méthode SIMPLE⁵ ». Elle consiste à co-construire des solutions adaptées à la particularité de chaque situation (gravité de la maladie, pathologies associées, conditions d'hébergement, capacité d'adaptation...).

L'expérience des PASS en situations inédites, complexes et incertaines nous enseigne que « l'humain » est en mesure de répondre à ces enjeux. Valoriser la dimension humaine du soin et des soignants (empathie, réflexion, sagesse pratique, intelligence pratique, intelligence collective, intelligence émotionnelle et relationnelle) débouche sur un triple bénéfice⁶.

Les bénéfices des innovations développées par les PASS

Ces bénéfices ont été identifiés à l'échelon micro :

- pour les patients, le bénéfice du « juste soin », personnalisé, intégrant toutes les dimensions de la personne dans son environnement : un soin pertinent, adapté au contexte ;
- pour le système hospitalier, le bénéfice du « juste coût », de la frugalité : tout sauf un soin *low cost*. Au contraire, une incitation à une juste utilisation de ressources limitées, dans une perspective de soutenabilité et de durabilité du système de santé ;

- pour les professionnels, le bénéfice de leur permettre de donner la pleine mesure de leurs capacités, connaissances et expériences dans une interrelation permanente. C'est aussi un facteur d'épanouissement au travail, qui donne du sens à leur activité. Il suscite leur engagement et vise le meilleur intérêt pour tous, patients, professionnels, institution et collectivité.

Co-construire, un moteur de pratiques efficaces en situations complexes

L'efficacité et la pertinence des adaptations, dans la crise du Covid-19 comme dans les pratiques expérimentées par les PASS en un autre contexte, se fondent surtout sur la mise en place spontanée et rapide de coopérations et de pratiques collaboratives entre professionnels soignants et non soignants, entre établissements et entre secteurs public et privé. Même si les acteurs ne s'y réfèrent pas explicitement, ces nouvelles formes collaboratives sont des pratiques de co-construction contingentes et situées. Pour les pratiques des PASS, le savoir n'est pas théorique, même s'il repose sur des principes. Ces pratiques, synthétisées via la méthode SIMPLE, sont également des co-constructions.

Pour les pratiques émergentes dans le contexte de la crise, les acteurs, médecins et soignants, ont réagi en modifiant leur façon de penser face à des problèmes caractérisés par la complexité, l'incertitude, l'urgence et des contraintes nouvelles et non anticipables.

La crise a suscité l'émergence de pratiques plus collaboratives qu'auparavant. Ces dernières renvoient, entre autres, à la co-construction. Par des processus délibératifs, les acteurs parviennent à une définition de pratiques qui tient compte de la pluralité des points de vue sur les ressources, les contraintes et les opportunités de la situation. Par cette prise en compte de la complexité, les solutions envisagées ont de plus fortes probabilités d'être, pragmatiquement, plus pertinentes, plus efficaces que les procédures élaborées avant la crise.

Enseignements de la crise et de l'expérience des PASS

Une opportunité pour penser le futur

Dans un article récent du *Monde*, le sinologue François Jullien rappelait : « *En chinois, "crise" se traduit par wei-ji: "danger-opportunité". La crise s'aborde comme un temps de danger à traverser en même temps qu'il peut s'y découvrir une opportunité* ».

LA RECHERCHE-ACTION-DÉVELOPPEMENT POUR UNE TRANSFORMATION DES PRATIQUES ET DES FONCTIONNEMENTS ORGANISATIONNELS ENCADRÉ

Une transformation du système hospitalier semble nécessaire pour que certaines pratiques innovantes, qui ont démontré leur pertinence durant la crise, perdurent. La recherche-action-développement* pourrait y contribuer. Son objectif : impliquer les acteurs de l'hôpital dans une réflexion créatrice. La participation des acteurs se traduit par leur contribution à un travail d'élaboration collectif d'un point de vue partagé et acceptable sur les conditions du changement. Ce type de démarche développe l'adhésion des acteurs, un gage de réussite.

Michel FOUURIAT, Maxime DELALOY, Kelly NASSIF, Institut de la co-construction

*Foudriat M. (2013), "Pistes praxéologiques", in Foudriat M., *Le changement organisationnel*. Rennes, Presses de l'Ehesp, p. 245-287



© Direction de la communication, Hôpital Saint-Louis (AP-HP)

Bureau des infirmières, PASS Saint-Louis (AP-HP), le 19 mai.

favorable. Et c'est à déceler cet aspect favorable, qui peut passer inaperçu, qu'il faut s'attacher, de sorte qu'il puisse prospérer. Aussi le danger en vient-il à se renverser dans son contraire⁷. »

Ce rappel étymologique est stimulant car il propose une façon originale de problématiser certaines questions. Essayer, en temps de crise, d'identifier ce qui peut être une opportunité conduit à chercher les alternatives, possibles ou émergentes, à la fois dans les modes de penser et dans les logiques d'action qui permettent de faire face. Et aussi dans des pratiques innovantes déjà expérimentées avant la crise, mais peu ou pas reconnues, voire ignorées malgré leurs résultats positifs.

Coopération et collaboration pluriprofessionnelle : des principes à faire perdurer

Puisque la dynamique des collaborations pluriprofessionnelles a été mise en œuvre avec succès pendant la crise, peut-être serait-il pertinent de s'interroger sur la façon de la faire perdurer au-delà. La mise en perspective de l'expérience des PASS avec les pratiques émergentes issues de la crise ouvre une piste sur les changements à apporter au système de santé : la méthode « SIMPLE » de prise de décision en situations complexes – « au plus tôt tous ensemble » – élaborée à l'échelon micro pourrait être explorée à l'échelon macro.

La collaboration pluriprofessionnelle apparaît une modalité essentielle. Martin Hirsch, directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), dans sa lettre quotidienne adressée aux soignants, affirme : « *Ce que nous vivons est bien une*

*stratégie coopérative, qui fera gagner tous ensemble.*⁸ » Pour espérer que perdurent les dimensions positives de la coopération, de la solidarité, de l'entraide, il convient d'explorer les conditions et les modalités

« En chinois, "crise" se traduit par wei-ji : "danger-opportunité". La crise s'aborde comme un temps de danger à traverser en même temps qu'il peut s'y découvrir une opportunité favorable. »

de mise en œuvre de la co-construction, à l'échelon micro (relation de santé, unité de soin), méso (système hospitalier) ou macro (système de santé).

Co-construire des solutions en s'appuyant sur l'expérience des PASS

Cette expérience, comme la co-construction, rencontre des incompréhensions, suscite résistances et rejets. La crise actuelle offre des atouts pour les franchir. Elle éclaire l'intérêt de co-construire des solutions pour répondre à des problématiques émergentes dans une temporalité adaptée. Faire perdurer cette dynamique vertueuse après la sortie de crise est un enjeu majeur pour l'évolution du système de santé. Nous pensons qu'un moyen d'y répondre consiste à s'appuyer sur l'expérience d'organisations qui reposent structurellement sur la collaboration pluriprofessionnelle, comme dans les PASS.

5. La méthode SIMPLE est présentée et illustrée dans l'article suivant : C. Georges-Tarragano, D. Soffer, N. Aras, M. Atwa, M. Castié, H. Astre, D. Mechali, *Gestions hospitalières*, n°592.

6. Se référer à l'ouvrage, C. Georges-Terragano (dir.), *Soigner (l') humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, Presses de l'EHESP, 2015.

7. N. Truong, « François Jullien : "La pandémie peut nous permettre d'accéder à la vraie vie" », 15 avril 2020 - www.lemonde.fr/idees/

8. Message de Martin Hirsch, 26 avril 2020.

Les adaptations actuelles pointent les failles du système, en particulier, dans ces pans multiples des réalités complexes et intriquées (la gériatrie, de larges pans de la psychiatrie, les handicaps, les soins palliatifs et les PASS).

La crise majeure, aiguë, brutale et sans précédent que nous traversons ne doit pas faire oublier la « crise hospitalière » chronique. Comme une infection peut « décompenser » une maladie chronique sous-jacente, la crise du Covid-19 aurait pu aboutir à une « décompensation » du système de santé dans son ensemble. La co-construction de solutions innovantes a permis de l'éviter.

Reconnaître ces expériences, un levier pour reconstruire notre système de santé

Les exemples d'organisations qui expérimentent depuis des années les bénéfices de la démarche de co-construction pourraient servir de levier dans la reconstruction d'un système de santé.

Les analyses précédentes montrent que si ces pratiques ont pu apporter des réponses adaptées à des situations complexes, inattendues, en des contextes différents (de crise pour les pratiques coopératives ou hors crise pour les pratiques liées à la méthode SIMPLE), les principes communs pourraient être reconnus comme fondements possibles et plausibles à la réflexion sur une transformation souhaitée du système hospitalier. L'homologie des principes des PASS et des pratiques collaboratives émergentes dans le contexte de la crise nous enseigne que, face à des situations complexes

et urgentes, ces principes pourraient contribuer à fonder autrement le fonctionnement hospitalier. Cela en garantissant qualité et efficacité des soins, mobilisation et motivation des personnels soignants. Les nouvelles pratiques collaboratives sont l'opportunité, sinon de transformer au moins d'amplifier, au sein du système de soin, la visibilité d'une « niche pionnière » : celle des PASS. Il s'agirait de prendre appui sur cette niche pour mieux faire comprendre et accepter des éléments d'évolution imposés au système par la réalité d'intrications multiples. Intrications des difficultés posées, au-delà du strict problème de santé et intrication des acteurs impliqués, dont l'expertise est souvent décalée en raison d'une place hiérarchique ou de la rémunération de l'activité concernée. La crise du Covid-19 a rendu flagrant le rôle de soignants divers et parfois modestes. Et tout autant la nécessité de croiser savoirs et pratiques de ces soignants avec des spécialistes et techniciens, comme les réanimateurs.

Des changements attendus et souhaités par les professionnels

La crise financière post-Covid-19 va être violente. Tout ne pourra être financé. La T2A n'est pas scandaleuse ou inefficace pour les activités techniques répétitives. Les situations que rencontrent les services hospitaliers ne sont ni de crise, ni complexes, ni incertaines. Certaines sont assez répétitives pour bien répondre à une médecine technique, protocolisée, standardisée même à la T2A. Après la crise, les innovations comme les besoins de co-construction seront sollicités à nouveau, tout particulièrement pour les situations complexes et marquées par l'incertitude. Les méthodes standardisées, qui permettent des économies d'échelle de dépenses seront bienvenues si elles restent bien utilisées pour l'objet adéquat. Cependant, desserrer le poids du système des prescriptions financières pour le transversal, l'atypique et les besoins modestes rendus invisibles (« qui sont actuellement le "nauffrage" de la T2A ») sera sans doute nécessaire. Cette piste est fortement souhaitée par les professionnels.

La réflexion sur la transformation du système hospitalier devra faire référence à un double objectif : d'une part, créer des liens managériaux et organisationnels différents et, d'autre part, promouvoir un lien renouvelé, approfondi entre personne soignée et personnel soignant. Il s'agit de faire de l'humain le socle d'un système de santé équitable, solidaire et durable. ■

Remerciements à Charlotte Bordes et Diane de Tudert pour leur relecture.

LA MÉTHODE SIMPLE, UNE COLLABORATION AU SERVICE DU JUSTE SOIN AU JUSTE COÛT ENCADRÉ

Les situations médico-sociales complexes rencontrées en PASS, intriquant des problématiques multiples, ont amené à inventer de nouvelles formes de coopération. Les réunions de concertations pluriprofessionnelles médico-sociales et éthiques (RCPMSE) constituent de véritables cellules de crise. Élaborée à partir de l'expérience de ces réunions la méthode SIMPLE est conçue comme une boussole dans les situations complexes. Son approche est globale (S pour *systémique*). Elle invite à être réactif (I pour *immédiat*), prend en compte les attentes de chacun (M pour *motivations*) et propose une réponse collective fondée sur le partage des connaissances (P pour *pluriprofessionnel*). Elle repose sur une organisation structurée (L pour *logistique*) et met en œuvre les conditions d'une communication efficace (E pour *échanges*). Chaque situation complexe est examinée au plus tôt et bénéficie de cette approche pluriprofessionnelle. Les clés de la réussite de cette méthode, gratuite et à la portée de tous, sont la collaboration et la communication, le temps et la motivation. La méthode SIMPLE, c'est aussi la démocratie en santé en action. Les décisions sont prises avec le patient qui comprend et collabore à son propre soin, dans une horizontalité qui prend en compte la parole de tous, dans une démarche qui allie le juste soin au juste coût.

Daphné Soffer, spécialiste de la conduite du changement, diplômée en démocratie en santé, Maroua Atwa, ex-gestionnaire du bureau des relations internationales, hôpital Saint-Louis
Claire Georges-Tarragano, responsable médicale PASS, hôpital Saint-Louis