

L'Université du Change Management

Séminaire de l'Université du Change Management (UCM) du 3 juillet 2018

Ouverture de l'université du change management
Pascal Maurel et Dominique Maigne ouvrent le séminaire de l'université du change management en soulignant les ambitions de l'Université du Change Management :

- **Comprendre les mutations du monde de la santé :** Ces mutations se caractérisent par des exigences qui augmentent, des situations souvent sources d'inquiétude et d'impatience et également l'irruption de nouvelles aspirations des professionnels.
- **Constituer un lieu d'échange ouvert, transversal et agile entre professionnels d'origines diverses :** L'originalité qui fait aussi la force de l'UCM est la conjugaison de l'indépendance de ses réflexions avec la capacité à rassembler des acteurs du monde de la santé représentatifs des cultures professionnelles diverses qui en font sa richesse :

L'UCM est en mesure de dégager des nouvelles pistes de réflexion et d'action et vise à embarquer tous les professionnels dans la reconstruction d'un système de santé qui se trouve aujourd'hui remis en cause.

Il s'agit de conduire la réflexion et les travaux sur les **leviers du changement plutôt que sur la nature du changement.**

Ce changement nécessite un effort pour chaque acteur. L'effort de sortir du sillon de son parcours pour aller à la rencontre et comprendre ce qui se passe chez ses confrères/consœurs et partenaires.

Alors que le pouvoir politique engage une réforme du système de santé, l'UCM donne à tous les professionnels de santé la possibilité de faire entendre leur voix.

« Notre initiative permettra de mettre en évidence les marges de manœuvre dont les professionnels ont besoin pour réaliser les changements nécessaires ».

Les enjeux du management dans les entreprises modernes et ouvertes.

David Autissier présente les enjeux du management dans les entreprises modernes et ouvertes en précisant que son exposé s'applique autant aux organisations privées qu'aux organisations publiques.

David Autissier fait ressortir les trois enjeux principaux :

- 1- Un changement exponentiel.** Les organisations sont rentrées dans un environnement de changement, caractérisé à la fois par les dimensions collaboratives mais également digitales.

En 20 ans, le nombre de changements dans les organisations a été multiplié par 3 et le nombre de personnes partie prenante à la décision a été multiplié par 2. L'augmentation de l'amplitude décisionnelle met en évidence que **la prise de décision requiert davantage de participation et la nécessité de convaincre** beaucoup plus de personnes qu'auparavant. Dans les organisations, chacun veut être associé à la décision et à la transformation de l'activité qui le concerne.

Les stratégies d'entreprises conduisent également à l'accélération du changement. On demande aux organisations de poursuivre simultanément des démarches d'optimisation et d'innovation. **L'optimisation recherche la réduction des coûts en utilisant une démarche qui se manifeste le plus souvent de façon mécanique.**

L'innovation est un processus qui fait jouer des éléments clé totalement différents tels que l'envie, l'engagement, la passion, l'intensité. De plus en plus d'actions sont conduites par la technologie. Et la technologie crée de nouveaux usages.

Pour s'adapter à cet univers en changement permanent, les choix qui s'offrent sont-ils de suivre les enseignements de Lamarck ou ceux de Darwin ?

- Pour Lamarck, il s'agit de trouver la meilleure solution (comme le cou de la girafe qui s'allonge pour s'adapter à son environnement. C'est l'aphorisme, de la fonction qui crée l'organe).
- Darwin propose un tout autre modèle, la sélection naturelle, qui fonctionne en deux temps : premier temps la production de variations et en second temps la sélection. Ce modèle repose sur le principe de la variation, de la sélection, et du test. C'est l'environnement qui choisit la solution qui est la plus appropriée.

Faut-il aller chercher la meilleure solution ou s'engager dans un processus d'expérimentation et de sélection ?

David Autissier propose quelques pistes, pour adopter dans cet environnement changeant un comportement qui soit plus darwinien.

2- L'innovation managériale et le management agile

L'innovation managériale :

- David Autissier fait état de l'apparition de nouvelles formes de management.
« *Si on associe le management à la chanson, et qu'on se réfère à Alain Souchon, il apparaît que les chansons comme le management disent toujours la même chose. Ce sont les paroles et les airs qui changent* ».

Il existe une permanence dans la notion de management. **Faire coopérer des personnes en prenant en compte des contraintes de temps, de production, et de qualité.**

L'innovation managériale c'est créer des nouvelles méthodes de coopération entre les personnes de telle manière que la production prenne en compte les contraintes tout en répondant aux évolutions sociétales.

Les initiatives de nouvelles formes de management sont nombreuses.

Par exemple, chez **AccorHotels**, le "shadow comex" est un organe miroir du comité exécutif du groupe, composé de 13 membres de moins de 35 ans : sept femmes et six hommes, venant du monde entier, représentant toutes les activités et fonctions de l'entreprise. Le "comité de l'ombre" se réunit tous les 2 mois et traite des mêmes sujets que leur grand frère officiel. Les "shadow comex" répondent en général à 3 objectifs : Éclairer les dirigeants, les aider à mieux comprendre les mutations à venir, notamment sur les sujets liés à la révolution digitale. Porter un regard critique sur la stratégie de l'entreprise. Les membres du shadow comex ont accès aux mêmes informations que le comex. Seulement, ils ne sont pas décisionnaires, mais seulement "consultatifs". Porter de nouveaux projets, à la fois en termes de nouvelles offres de services et de produits, et en matière de fonctionnement interne.

Chez **Samsung**, le dojo managérial organise des échanges permettant de tout dire sur ce qui ne va pas. Il permet de discuter sur « *comment on fonctionne* ».

Un autre exemple est donné par la pratique de **l'assessment humanitaire** dans les fondations suisses. Résoudre la question de sens avec des cadres qu'on envoie réaliser une œuvre humanitaire.

Conforama a recours aux juniors entrepreneurs. Des enfants des salariés sont invités à venir dessiner des nouveaux canapés qui rentrent en compétition avec ceux proposés par les équipes de professionnels en place.

La boîte à pitch stimule l'art du pitch, l'art de communiquer rapidement, en appliquant le principe du photomaton à la communication sur les réseaux sociaux.

Le **neuro feedback** consiste à former les managers avec leur équipe dans une salle où est pratiquée le *neuro feed back*.

Le Management agile : Le management agile est une notion polymorphe, qui tire son origine du rapport du Ministère américain de l'industrie dans les années 1970 consacré à l'industrie automobile japonaise. Selon ce rapport, le manque d'agilité expliquerait ce décrochage de l'industrie américaine par rapport à la japonaise. Depuis quelques années et notamment avec les applications web, on voit émerger de nouvelles méthodes de gestion de projet en informatique que l'on appelle « agiles ».

Les méthodes classiques différencient et isolent trois silos :

- **La conception think,**
- **La programmation build,**
- **Le déploiement run.**

Les méthodes classiques passent beaucoup de temps en conception, avant de procéder à la programmation et au développement.

Les méthodes agiles cherchent à éviter les effets silos et tunnels des méthodes classiques de développement. Les principes des méthodes agiles, sont :

- **Le scrum, fonctionnement emmêlé**, pour signifier qu'il faut travailler avec les parties prenantes, créer des équipes mêlant développeurs et utilisateurs, selon différentes itérations en fonction des objectifs.
- Travailler en partie prenante, travailler en mode collaboratif, ce n'est pas simple. Le **build et run** qui associe les moments de programmation aux temps de déploiement. Ainsi, **chez Amazon** il y a la pratique du *build and run*. C'est la même personne qui fait l'application et qui l'exploite ensuite. Le prototypage traduit en prototypes les principales idées issues des séances de créativité afin de tester les fonctionnalités et se représenter l'innovation pour mieux la comprendre et l'envisager de manière concrète et opérationnelle. Le **sprint** organise des cycles courts de conception et de test. Le **stand up**, permet d'organiser une communication rapide et percutante. « *Comment communiquer et vendre une idée en trois minutes.*

3- Des organisations en deuxième frontière

On éprouve beaucoup de mal à faire changer une organisation. On se heurte à la dimension politique et aux forces inhibitrices des systèmes.

Au lieu d'investir beaucoup de temps dans la transformation d'une organisation, n'est-il pas préférable de constituer une deuxième frontière, c'est-à-dire un lieu d'expérimentation et de mise à l'échelle, un lieu composé de start-up, et de spin off comme pratiqué intensément à Singapour ?

Contrairement à la France qui l'utilise dans une logique de réduction d'effectifs, à Singapour la notion de spin-off est très développée. La structure capitaliste de Singapour avec des grands groupes et des organismes de financement facilite ce mode d'entrepreneuriat qui combine logique financière, logique d'innovation et aussi logique de motivation pour les personnes proposées pour prendre la direction des entreprises essayées qui voient cela comme une récompense.

Pour David Autissier la **deuxième frontière** déploie des exemples de réduction de la taille de l'organisation tout en mettant en place une accélération du temps décisionnel. On parle de **projets exfiltrés**. **Il est question de sortir les projets de l'organisation interne où ils sont menacés pour les mettre dans un environnement plus favorable ou on va les laisser faire en leur donnant du temps pour se réaliser.**

En conclusion, David Autissier constate la multiplication des nouvelles formes d'organisation. Elles s'articulent sur des capacités à déployer l'autonomie et à délivrer. Pour David Autissier il serait vain de chercher un modèle pour le faire coller à ses propres besoins. En revanche, il est sans doute intéressant de trouver des idées, propices à la fois à favoriser l'autonomie et l'efficacité de son organisation. Il suggère de s'inspirer de Darwin et de proposer à l'environnement des expérimentations et de tester ce qui marche et ce qui ne marche pas.

Odile Peixoto de BVA fait observer que l'hôpital **possède une incontestable aptitude à se transformer** dans un contexte particulier qui se caractérise par exemple par le régime des 35 heures ou parfois la pénurie de personnel.

Dans les exemples proposés, l'hôpital peut-il trouver sa source d'inspiration pour incarner cette innovation managériale et pour se transformer ?

David Autissier constate d'abord qu'à l'hôpital beaucoup de choses se font. Transformer une expérimentation en élément généralisable représente sans doute la principale difficulté.

Dans le même esprit **il faut s'interroger sur la manière de constituer une deuxième frontière à l'hôpital. Cela signifie s'interroger sur comment intégrer des incubateurs dans les hôpitaux et comment mettre en place un mécanisme spécifique de contribution rétribution.**

Odile Peixoto insiste sur la question du retard des mentalités chez les patients. Par exemple, ceux-ci réclament du temps médecin et ne sont pas satisfaits lorsqu'on leur attribue du temps infirmier.

David Autissier rappelle que le changement dans les organisations se heurte à des **irritants**, et à des éléments qui bloquent. Il convient de traiter des points de **blocage** en pratiquant la politique des petits pas.

Cela consiste à se dire les choses sans être dans l'antagonisme.

Grande conférence de Jean-Louis Beffa

Jean-Louis Beffa, président d'honneur de la Compagnie de Saint-Gobain, rappelle les étapes clé de son parcours professionnel en tant que PDG du groupe Saint-Gobain de 1986 à 2007 et décrit ses principales responsabilités et ses missions à la tête du groupe.

Fixer une ambition stratégique et une organisation claire

Jean Louis Beffa explique que sa première mission a consisté à fixer au groupe Saint-Gobain une ambition claire, celle de devenir un groupe leader de l'habitat mais il souligne qu'il aura fallu 20 ans pour réaliser cette ambition.

Selon Jean Louis Beffa si l'Etat sait mener des restructurations, il fait preuve de beaucoup moins d'efficacité dans son rôle de gestionnaire dans la microéconomie.

La chance du groupe Saint-Gobain est sans doute d'être sorti de l'emprise de l'état dès 1986 grâce à la privatisation.

L'ambition pour Saint-Gobain était également de refuser de constituer un groupe mono métier, ni de se transformer en conglomérat de métiers différents mais plutôt de maintenir une structure de groupe diversifié.

Enfin, Jean Louis Beffa explique qu'il a fixé également comme règle principale de gestion, le principe de ne conserver que des métiers leaders au sein du groupe Saint-Gobain. En conséquence l'application de cette règle du leadership a conduit à la vente de la moitié du groupe. Une autre règle très importante pour Jean-Louis Beffa a été de ne pas accepter le diktat du marché financier, en raison de ses orientations court termistes et spéculatives. Pour Jean-Louis Beffa, le modèle qui était recherché correspondait surtout à une organisation orientée sur le long terme que l'on trouve notamment chez un groupe allemand industriel comme Siemens.

Jean-Louis Beffa explique également que le modèle de Saint-Gobain se situe aux antipodes de la logique du découpage du groupe Alcatel-Alsthom mise en œuvre par Serge Tchuruk.

Selon Jean-Louis Beffa, la vision stratégique de la séparation des métiers, a mené Alcatel-Alsthom à une impasse qui videra Alcatel de sa substance et détruira ce groupe autrefois prospère et puissant.

L'internationalisation à fond : la géographie du groupe Saint-Gobain progresse de 18 à 64 pays.

Jean-Louis Beffa précise que la mondialisation a constitué le défi des deux décennies qui courent de la chute du mur de Berlin à la récente crise économique.

La mondialisation a constitué l'œuvre de sa génération qui a été exaltante, mais elle n'est pas achevée.

Deux ouvrages d'histoire et d'économie ont guidé sa réflexion et sa stratégie de dirigeant.

- Le premier, l'école de la régulation dresse la typologie des différents types de capitalismes. Par exemple, pour pénétrer en Asie, il faut connaître et s'imprégner des valeurs confucéennes.
- Le second ouvrage qui lui a servi de guide est la grammaire des civilisations et d'économie politique de Robert Boyer. Cet ouvrage met en évidence que les rapports sociaux et l'histoire longue des pays doit être le guide fondamental d'une stratégie de développement international.

Le rôle principal du chef d'entreprise

Pour Jean-Louis Beffa, le rôle principal du chef d'entreprise est d'abord et avant tout **la détection avant les autres des différentes mutations du monde, politique, économique, sociologique, technologique et de savoir en tirer les conséquences et apprécier leurs impacts sur les métiers de son entreprise ou de son groupe. Et il s'agit bien de conduire fermement le changement en s'appuyant sur un véritable dialogue social, en réussissant à surmonter les oppositions internes et les conservatismes.**

La Gestion des Hommes et des Femmes

La deuxième grande mission du dirigeant d'entreprise consiste à **suivre, à préparer et à former les équipes dirigeantes de l'entreprise.**

Jean-Louis Beffa considère que 25 % de son temps de PDG était occupé à être le chasseur de tête interne du groupe Saint-Gobain et de suivre personnellement la carrière d'environ 200 personnes. Pour Jean-Louis Beffa ce travail de chasseur de tête avait également pour objectif de diversifier les origines et les cultures des dirigeants du groupe et d'éviter la constitution de silos et de mentalités monolithiques que l'on rencontre souvent dans l'armée avec les querelles d'état-major suivant son origine de l'armée de terre, de l'armée de l'air ou de la marine.

Des valeurs d'équipe

Jean-Louis Beffa explique que Saint-Gobain promeut des valeurs d'équipes d'entrepreneurs solidaires car dans cette entreprise le travail en équipe prime sur le métier de *prima donna*. La promotion interne a été poursuivie systématiquement avec parfois l'inconvénient de la diffusion d'une monoculture.

Jean-Louis Beffa explique que le chantier qui s'ouvre pour la nouvelle génération de dirigeants est sans conteste celui de la transformation numérique de leur groupe.

C'est pourquoi l'ouvrage qu'il vient de rédiger est consacré à « *la révolution numérique et les entreprises* ».

Jean-Louis Beffa s'interroge dans son ouvrage sur la place que va occuper le grand groupe et les autres entreprises leaders dans l'économie numérique.

La transformation numérique

Pour Jean-Louis Beffa, le chantier qui s'ouvre pour les dirigeants d'entreprise d'aujourd'hui est sans conteste celui de la transformation numérique de leur groupe.

La plateforme comme infrastructure

Jean-Louis Beffa explique que les deux propriétés du numérique sont sa capacité à rendre l'information exploitable et son profil de coûts, particulièrement révolutionnaires dans la constitution d'une plateforme.

Jean-Louis Beffa précise qu'une plateforme comme celle d'Amazon en est l'exemple type. Amazon a commencé par vendre des livres, puis a considérablement élargi sa gamme de produits jusqu'à l'alimentaire de grande fraîcheur. Ainsi ce n'est plus le contenu, une librairie en ligne, mais le contenant, l'infrastructure de plateforme qui définit l'entreprise. Le produit ne suffit plus à la qualifier.

Le guichet unique

En conclusion, pour Jean-Louis Beffa, **la construction de la plateforme de l'entreprise leader doit être la première tâche du dirigeant d'entreprise.**

La numérisation est moins une question de moyens que de ressources et de mobilisation. En définitive, la transformation numérique est un projet qui consiste à créer un guichet unique pour tout client particulier ou professionnel, l'autorisant à entretenir un dialogue totalement personnalisé avec l'entreprise. Le digital sert à rendre le réel efficace.

Analyses et discussions sur les transformations dans les systèmes et organisations à l'étranger avec Ann Smetana Directrice Adjointe de Health Denmark

Anne Smetana rappelle que le Danemark est un pays comptant 5,7 millions d'habitants. Anne Smetana présente l'histoire de la transformation du système de santé danois dont le chantier de transformation visant la constitution d'un système global, a débuté en 2007, et qui se trouve en 2018 toujours en cours.

Une réforme structurelle qui fait prévaloir la qualité sur la proximité

L'idée clé de la réforme est de faire prévaloir la qualité des prestations sur la proximité géographique.

Le processus de construction de nouveaux hôpitaux a suscité la concentration des fonctions et des spécialités dans les unités hospitalières plus larges.

Anne Smetana décrit une réforme structurelle majeure avec une réduction du nombre d'échelons administratifs régionaux et municipaux. Ainsi, il existait avant la réforme de 2007, 278 municipalités qui ont été ramenées à 98. Dès 2005, le gouvernement se fixe pour objectif de disposer d'une vision globale du fonctionnement de l'ensemble du système de santé en étudiant

la répartition des rôles entre hôpitaux médecins généralistes et municipalités. Anne Smetana précise qu'existaient avant la réforme, 14 départements qui avaient en charge des hôpitaux et des médecins généralistes. Désormais 5 régions gèrent les hôpitaux, qui sont la propriété d'un système entièrement public et financé par les impôts. Anne Smetana précise que les cliniques privées ne pèsent que pour 2 % du système au Danemark.

Une nouvelle planification

En 2005, le gouvernement annonce que deux années seront nécessaires pour préparer la réorganisation. Simultanément, avec le concours de l'agence danoise de la santé est élaborée une nouvelle planification des spécialités médicales qui vise à améliorer la qualité et la continuité des soins. Cette nouvelle planification entraîne la fermeture de nombreux hôpitaux et se traduit également par des projets de construction de nouveaux hôpitaux. Le total de 128 est réduit à 40 hôpitaux disposant d'un service d'urgence. A l'achèvement de la réforme et avec la construction des nouveaux hôpitaux il ne restera au Danemark que 21 hôpitaux disposant d'un service d'urgence.

Le contrôle des coûts

Le système offre des mécanismes de contrôle des coûts et des dépenses, avec des négociations organisées tous les ans sur les budgets entre l'état les municipalités et les régions.

Pour éviter les files d'attente et l'entassement des personnes âgées dans les couloirs, il est prévu une mise à niveau des centres rééducation dans toutes les municipalités.

L'hôpital n'est plus un lieu isolé

Depuis la réforme de 2007, l'hôpital n'est plus un lieu isolé. Les municipalités doivent organiser regroupant différents types de professionnels et comprenant notamment des thérapeutes responsables de prévention ou de réhabilitation. Cette réforme a conduit dans certains cas aux déplacements de professionnels à plus de 100 km de leur implantation professionnelle originelle.

Le médecin généraliste clé de voute du système de santé danois.

Le médecin généraliste constitue le 1^{er} contact d'entrée dans le système. Celui-ci représente également le gardien contrôlant l'accès séparant le niveau primaire du système de santé spécialisé. Anne Smetana précise qu'une urgence intervenant le dimanche passe obligatoirement par le recours au médecin généraliste qui est de garde aux côtés des urgences. Ainsi la très grande majorité des cas médicaux sont traités par le médecin généraliste sans avoir recours à l'examen ou au traitement d'un spécialiste. Au Danemark, 3 500 médecins généralistes gèrent chacun en moyenne 1 600 patients. Chaque citoyen voit le médecin généraliste en moyenne 7 fois par an.

La détection précoce des maladies critiques

Anne Smetana explique que le système de santé vise au développement de la proactivité des médecins généralistes. Cela signifie qu'ils ont également pour mission de détecter les maladies précoces mais aussi travailler de façon collaborative avec le personnel de prévention et de rééducation. Le système cherche le déploiement de cliniques de médecins généralistes.

L'idée est également de faire collaborer les médecins généralistes avec les municipalités sur des programmes de prévention tels que les programmes de lutte contre le tabagisme.

Comment expliquer le courage politique qui a permis la réforme ?

Anne Smetana rappelle que la préparation de la réforme a été le fruit du travail d'un groupe d'experts des pays nordiques. Ce groupe d'experts a donné de la crédibilité aux hommes politiques. Le groupe d'experts a travaillé dans la durée et dans la continuité alors que pendant cette période se sont succédé 5 ministres de sante et 3 premiers ministres. Anne Smetana explique qu'au Danemark, quand le consensus a été atteint, on arrête de discuter et on y va ! Un argument économique de poids a pesé dans la réalisation de la réforme. Il était prévu que les régions ne reçoivent pas d'argent pour construire de nouveaux hôpitaux s'ils ne fermaient pas les petits hôpitaux.

Une démarche participative encadrée budgétairement très strictement

Anne Smetana insiste sur l'importance de la démarche participative incluant jusqu'à la femme de ménage. La réforme table sur une augmentation de la productivité des hôpitaux de 2 % par an.

Conclusion

En conclusion, pour Anne Smetana le Danemark avait besoin d'une réforme profonde de son système de santé et l'objectif poursuivi était de réaliser un plan global et cohérent. Le nouveau système de santé danois s'appuie sur la création de 16 nouveaux hôpitaux.

Les nouveaux hôpitaux fonctionnent un peu comme des aéroports.

On peut parler d'hôpital numérique. Ils bénéficient du fait que le Danemark est devenu un pays numérique. Les professionnels ont accès à toutes les données médicales et logistiques.

Les retombées de la réforme du système de santé sont positives avec notamment l'établissement d'un diagnostic beaucoup plus rapide aux urgences. Les lits sont utilisés de façon plus efficace permettant une diminution de leur nombre de 20 %.

Analyses et discussions sur les transformations dans les systèmes et organisations à l'étranger avec Gilles Potel, PU-PH, chef du Pôle médecine intensive et spécialisée du CHU de Nantes

Gilles Potel, PU-PH, est le chef du Pôle médecine intensive et spécialisée du CHU de Nantes. Selon Gilles Potel, la représentation que chacun se fait de l'hôpital futuriste du type John Hopkins de Baltimore comprend deux dimensions :

- une dimension d'avant-garde, l'hôpital numérique, les big data,
- une dimension d'industrialisation qui peut paraître parfois plus inquiétante.

Pour Gilles Potel, on peut concevoir également la GHT comme une plateforme qui gère les trajectoires des patients à l'intérieur d'un territoire.

La comparaison entre un hôpital moderne et un aéroport a du sens

Gilles Potel constate que la comparaison entre l'organisation d'un hôpital et celle d'un aéroport a du sens.

La tour de contrôle donne les ordres aux pilotes qui ne les discutent pas. Les ordres ne sont pas remis en cause. Les accès des avions sont priorisés. Il y a très peu d'accident en proportion de la fréquence du nombre de décollages et d'atterrissages. La check list de l'avion qui se prépare au décollage a été transférée au bloc opératoire.

« A l'hôpital, il y a trop de gens qui ont le pouvoir de dire non ». Pour Gilles Potel, il est possible de progresser à l'hôpital à condition de surmonter la principale faiblesse de cette institution. Gilles Potel se réfère aux propos d'un ancien président de la république qui *« déplorait qu'à l'hôpital, il y a trop de personnes qui possèdent le pouvoir de dire non ».*

Des progrès concrets

Gilles Potel constate pourtant l'existence d'améliorations. L'utilité, le caractère indispensable, de la *check list* de sécurité quand on rentre dans le bloc opératoire n'est plus contestée.

Mais selon Gilles Potel le principal progrès enregistré au cours de la période récente découle avant tout de la mise en place de la cellule d'ordonnancement.

La cellule d'ordonnancement

Avant la mise en place de la cellule d'ordonnancement, le service des urgences se trouvait fréquemment dans un état proche de la crise de nerf à chaque fois qu'il se trouvait confronté aux difficultés engendrées par la répartition aléatoire des patients arrivés aux urgences et pour lesquels il faut trouver un lit au sein de l'hôpital.

La règle en vigueur alors était que chaque service de l'hôpital venait choisir ses patients aux urgences, en fonction des pathologies qui l'intéressait.

L'usage consistait à ramener un « bon malade » et la règle était donc celle du placement aléatoire des malades.

Désormais au CHU de Nantes, le placement des malades dans des lits est effectué par une cellule d'ordonnancement qui fonctionne 24 h/ 24 et qui possède en continu la vision de l'occupation des 150 lits répartis dans tous les services.

La cellule d'ordonnancement est composée de 2 personnes, une infirmière et un cadre qui ont la connaissance en temps réel non seulement de tous les lits disponibles de l'hôpital mais également de tous les lits qui vont se libérer grâce à l'extension du système d'information de l'hôpital numérique. **Pour Gilles Potel, ce qui a changé la vie du service des urgences c'est que cette cellule possède l'autorité pour placer les malades à la demande des médecins des urgences.** Cette autorité n'exclut pas le dialogue préalable entre le médecin des urgences et les médecins des différents services.

Comment la mise en œuvre de cette cellule a-t-elle été possible ?

Préalablement à la création de la cellule d'ordonnancement, il s'est révélé indispensable de définir des règles partagées par les différents services hospitaliers. Une concertation entre les différents services a permis d'identifier des filières optimales possibles d'attribution de lit en s'appuyant sur une typologie de patient et un ordre de priorités 1, 2, 3...en fonction de la nature de la pathologie et l'expertise médicale requise. Aujourd'hui, Gilles Potel constate que tout le monde est content. Le travail de la cellule d'ordonnancement permet d'éviter les discussions et surtout permet d'optimiser l'occupation des lits.

Mise en avant des valeurs communes partagées entre le corps médical et les directions d'hôpital

La réussite de cette démarche découle de la qualité des interrogations et des discussions initiales qui ont permis de dégager un consensus.

Dès le départ, on s'est interrogé sur les fondements de cette démarche et l'identification des motivations permettant de trouver des solutions. Rapidement la discussion a mis en évidence le besoin d'être innovant pour améliorer l'accessibilité, la rapidité de la prise en charge, la nécessité de ne pas laisser un malade sur un brancard, surtout quand il s'agit d'une personne âgée, les soucis d'efficacité, d'humanité, d'équité et d'attractivité. En résumé, le constat de Gilles Potel est que tout le monde à l'hôpital partage ces valeurs communes là.

Ce constat partagé a permis d'éviter la contestation de la mise en place de la cellule d'ordonnancement. **L'amélioration de l'efficacité permet également de favoriser une répartition solidaire des problèmes sociaux.** Les personnes hospitalisées qui ne peuvent rentrer chez elles se trouvent réparties dans des lits inoccupés des différents services. Les pôles se répartissent cette charge qui découle de la problématique sociale.

En conclusion selon Gilles Potel, nous sommes tous responsables du bon fonctionnement de notre établissement. Il souligne les avantages de l'organisation par pôles. Chaque hôpital doit définir son propre mode de fonctionnement. Il faut veiller à prendre en compte l'histoire de l'établissement lors de la construction de l'organisation. Gilles Potel souligne l'intérêt de mettre en place des pôles suffisamment larges, partageant des intérêts communs, et prenant en compte la fluidité des trajectoires et des parcours des patients.

Table ronde : Les acteurs de santé face aux enjeux sociaux, politiques et économiques. Comment repenser les systèmes de santé ?

Les enjeux de la cancérologie

Pierre Fumoleau, Directeur Général de l'Institut Curie et cancérologue présente les 6 principaux enjeux de la cancérologie en 2018 :

- **Il constate que le cancer est devenu une vraie maladie chronique.**
- **La médecine de précision et la génomique sont à l'origine de nombreuses innovations. Pierre Fumoleau souligne la nécessité de consolider le modèle français d'accès précoce et fait référence au rapport 2018 de la commission sénatoriale concernant le modèle français.**
- **Il existe un enjeu sociétal : l'évolution des pratiques en cancérologie conduit à l'intégration du patient qui devient un acteur de sa maladie dans sa stratégie thérapeutique.**
- **Le développement de l'e santé et de l'Intelligence artificielle en cancérologie.**
- **L'égal accès au traitement et à l'innovation pour toutes les personnes sur tout le territoire.**
- **L'interconnexion des systèmes de santé devient obligatoire car la majorité des patients qui ont des cancers sont traités à domicile.**

La compréhension du sens de la transformation

Rémy Bataillon, Professeur associé à l'EHESP, partage avec l'auditoire quelques messages clé. Son analyse met en évidence un premier grand enjeu consistant à vouloir que les acteurs partagent la même compréhension du sens de la transformation. **Cela suppose d'inscrire la politique de transformation dans la durée, d'avoir des relais et de disposer de leaders.** Cela suppose également « *d'éviter le syndrome du concours Lépine consistant à vouloir réinventer ce qui existe déjà ailleurs* ».

La réflexion de Rémy Bataillon débouche sur l'identification d'un deuxième grand enjeu concernant l'accompagnement des transformations. Contrairement aux pays anglosaxons, nous nous attardons en France sur des détails et surtout nous n'investissons pas assez d'énergie dans l'accompagnement des transformations. Cet accompagnement signifie mettre en place comme le font les anglosaxons, des centres de ressources, des formations au leadership, de la diffusion de ressources techniques, l'organisation de séminaires de partage d'expériences.

Pour Rémy Bataillon, la France est en train de prendre la mesure de la nécessité de soutenir les transformations. L'enjeu de la formation consiste à développer au niveau local la compétence et la capacité à faire surgir des acteurs.

Donner du sens aux réformes

Pour Charles Guépratte, Directeur Général du CHU de Nice, la question du sens des réformes est primordiale. Car la communauté médicale elle-même éprouve beaucoup de difficulté parfois à contourner les écueils provoqués par le manque de lisibilité de la politique de santé.

Charles Guépratte explique que dans un établissement il peut arriver que le volume d'activité progresse alors que la valeur de l'activité décroît. Par exemple la réussite d'une politique de

développement de l'ambulatoire peut déboucher sur le paradoxe de la destruction de valeur. Alors quelle réponse fait-on à la communauté médicale dans ce cas ? **Les tensions qui surgissent dans les établissements à la suite des réformes peuvent conduire à l'aspiration de ne plus mettre en œuvre de nouvelles réformes, car la communauté hospitalière imagine que la prochaine réforme va créer encore plus de difficulté que la précédente.** Pour Charles Guépratte, se pose aussi la question du cap, de la dimension politique de là où on veut aller. Charles Guépratte constate l'accumulation par strates des différents chantiers de réforme. Par exemple le chantier GHT qui n'est pas encore achevé, laisse déjà la place aux modifications des expérimentations d'innovation en santé (article 51). **Or un établissement doit s'appuyer sur ses éléments internes, pour raconter et construire sa propre histoire de sa transformation.** La transformation qui crée de la valeur n'est pas le résultat de l'accumulation des politiques publiques, mais plutôt la volonté d'un établissement de se positionner sur son territoire avec son environnement sans dépendre de l'agenda du régulateur.

Changement d'organisation et changement de mode de financement

Jean-Marc Coursier explique **qu'il n'existe pas de changement d'organisation sans un changement de mode de financement.** Si on veut des changements, il faut d'abord modifier l'échelle et passer de la perspective nationale à la notion de territoire.

Pour Jean Marc Coursier il existe deux grands leviers :

Le premier, **c'est le levier de la qualité et de la valorisation des bonnes pratiques médicales.**

Jean Marc Coursier souligne que ce levier met en avant le mieux soigner plutôt que la seule prise en compte de la dimension quantitative des soins.

Le second levier, **est celui du digital : il permet à la fois la numérisation des éléments administratifs et également autorise le changement de relation entre le praticien et son patient.**

En conclusion, pour Jean Marc Coursier, il va falloir structurer la data médicale pour la transformer en une force incroyable.

La désorganisation de la médecine de ville

Martial Olivier Koehret, Président du groupe Soins Coordonnés fait observer que le système de santé de ville français est désorganisé : pour Martial Olivier Koehret la première cause de cette désorganisation provient de l'absence de définition et d'identification précise de ce qu'est la première demande de soins, contrairement à la pratique d'autres pays comme le Danemark. Pour Martial Olivier Koehret, la réponse à cette question de la première demande de soins est essentielle si on veut organiser correctement le système de santé. En 2018, l'essentiel de l'activité du médecin généraliste de ville consiste à suivre des patients qui sont en situation de pathologie chronique. **Or le médecin généraliste s'inscrit encore dans un système fondé sur la prise en charge de maladies aiguës et sur la tarification à l'acte.** Ce système selon Martial Olivier Koehret, ne permet d'organiser son activité autrement que par l'accumulation de moyens.

Travailler ensemble dans une meilleure organisation

Martial Olivier Koehret insiste sur le fait que les professionnels de santé de ville sont heureux de faire leur métier. De surcroît, ils partagent tous la même aspiration de vouloir exercer leur métier en s'appuyant sur une meilleure organisation.

Pour Martial Olivier Koehret tous ces professionnels de santé s'inscrivent désormais dans la logique du « travailler ensemble ». Dans les faits, implicitement selon Martial Olivier Koehret, les professionnels de santé de ville travaillent déjà ensemble. **Mais déplore Martial Olivier Koehret, ils ont besoin de trouver des espaces pour se coordonner et mieux utiliser les compétences des uns et des autres qui sont sous utilisées dans notre pays,** alors qu'il existe de nombreux déserts médicaux. On peut faire mieux, mais la difficulté selon Martial Olivier Koehret, c'est l'amorçage. **Et il existe également un manque de clarté de la politique de santé dans le domaine de la pratique libérale.** Pour le moment cette politique se caractérise surtout par l'opacité, la

multiplication des sigles, les injonctions paradoxales, et le surgissement inopiné tous les mois d'un nouveau plan prioritaire.

L'aspiration à la simplicité et à la libération des initiatives

Pour Martial Olivier Koehret, **l'objectif principal de cette politique devrait être la libération des initiatives. Les professionnels de santé sont des entrepreneurs libéraux. Ils ont envie de s'organiser pour que le travail se fasse mieux.** Il suffit que l'état leur donne des grandes lignes directrices. Dans ce cadre, il sera possible de mettre en place des initiatives en s'appuyant sur l'organisation de demain qui est une organisation ambulatoire pluri professionnelle susceptible de prendre en charge les patients de façon durable. Martial Olivier Koehret souligne que plus de 9 personnes âgées sur 10 sont soignées à domicile, ce qui évite le coût prohibitif pour la collectivité de leur prise en charge en EHPAD. Il est possible de rendre les choses plus efficaces et plus fluides. Garder les personnes âgées à domicile permet d'éviter l'engorgement de l'hôpital. Martial Olivier Koehret déplore de devoir constater qu'un CHU soit utilisé parfois comme un hôpital de proximité. En ce qui concerne la problématique de la tarification, il faut inventer autre chose que le paiement à l'acte et trouver un nouveau modèle qui permette d'être vertueux. Martial Olivier Koehret souligne que la mise en place d'un financement forfaitaire dans le cadre pluri professionnel, aboutira à une description des activités de ville réalisée par un conseil national professionnel. **Pour Martial Olivier Koehret, la réforme souhaitée ne doit perdre de vue l'essentiel, qui est de rendre service au malade.**

Un immense malentendu

Jean Vilanova, juriste spécialisé en droit médical fait observer que le patient a beaucoup changé. Il se trouve au centre des enjeux sociaux fondamentaux.

Il existe selon Jean Vilanova un immense malentendu qui peut mettre en péril toute réforme du système de santé. Progressivement une fausse croyance a été distillée consistant à croire que la médecine est un art tout puissant. Le patient attendrait que le médecin serve cet art tout puissant. Or le médecin pour Jean Vilanova est avant tout un être humain. Cet être humain a droit au doute, à l'erreur, et à la fatigue. On finit par oublier la notion de risque inhérente à la vie humaine. **La médecine est tout le contraire d'un art tout puissant. C'est un art humble, un art dangereux et un art aux contours très incertains.** Il est indispensable de faire de la pédagogie auprès du patient. La médecine est un art dangereux. Le Médecin est un personnage fragile avec des frêles épaules.

Il faut revenir à l'épure de la loi

Qu'est-ce que la loi aujourd'hui ?

Jean Vilanova nous alerte. La dernière loi concernant la santé comptait 257 articles qui ont représenté 54 pages du journal officiel. Dans cette loi, Jean Vilanova constate que tout est mélangé. Aussi la loi perd de sa lisibilité, la loi perd de son épure, elle perd de sa force et elle perd de son efficacité. Il faut revenir aux sources de la loi, à l'épure de la loi, à d'avantage de sérénité. Enfin si le juriste progresse à pas lent, il anticipe les futures questions découlant de l'osmose des métiers de santé des uns par rapport aux autres. Qui sera responsable de quoi ? la question de la responsabilité va devenir prégnante. Il conviendra de réécrire et de repenser le droit de la responsabilité. Jean Vilanova fait référence à une nouvelle de 1919 de Franz Kafka « un médecin de campagne ». Du médecin ils attendent tout, car la médecine s'est affranchie du divin. Désormais pour Jean Vilanova, il faut procéder à la réduction du malentendu. Laurent Vercoustre partage cette analyse en faisant référence à Kant : **Le patient doit sortir de son état de minorité. Le malade lui-même doit se prendre en charge.**

L'engagement et la réussite des collaborateurs

David Autissier explique que dans la notion de leadership, l'action personnelle est individuelle, mais le résultat est collectif. Ce sont des femmes et des hommes qui décident de faire des choses.

David Autissier cite l'exemple du match de football France Croatie en 1998. Lilian Thuram est un arrière droit. Il remonte tout le terrain pour marquer un but. Lilian Thuram a expliqué ensuite que ce soir-là il avait décidé de prendre sa responsabilité individuelle pour sauver le collectif de l'équipe !

Dans le leadership, il y a la notion d'engagement. On trouve à la fois la décision individuelle d'y aller pour débloquer la situation mais également la notion d'embarquement du collectif. David Autissier souligne l'importance de l'engagement dans la réussite du changement. C'est le changement diffus dont parlait Michel Rocard.

Selon David Autissier, il est possible de conditionner l'engagement. C'est ce que démontre l'expérience du billet perdu. 100 % des passants rendent le billet perdu s'il y a un témoin présent. 70 % des passants rendent le billet si elles ont été conditionnées préalablement. 40 % des personnes seulement rendent le billet s'il n'y a pas de conditionnement.

Les fenêtres d'engagement

La pyramide de Maslow et sa théorie de la motivation ne permettent plus d'expliquer l'engagement. Pour David Autissier, il est plus réaliste de parler de fenêtres d'engagement qui mettent en évidence que l'engagement ne s'exerce pas de manière continue.

Quelles sont les conditions à réunir pour bénéficier de ces fenêtres d'engagement ?

Il faut la combinaison de deux éléments, des postures individuelles et des conditions collectives.

C'est la notion de capacité à être dans la réalisation dans le *mode delivery*. La notion de risque. L'engagement dans l'action. Être un Doer. Aujourd'hui on peut plus facilement tester les choses, en pratiquant le *prototypage*, le *design thinking*. Surmonter sa perception de contrainte figée du monde. Tout cela se pousse, en prenant ses responsabilités.

Les fenêtres d'engagement sont liées à la notion de ressource. La notion de finalisation en *mode delivery* fait intervenir lorsque le projet est achevé, la notion de closing. En France, on a pris la curieuse habitude de lancer plein de projets mais on ne les ferme jamais, alors qu'au contraire il est important de rythmer.

La logique d'accélérateur de l'infrastructure

La question importante est que doit proposer une organisation à ses membres pour développer de l'engagement ? Pour David Autissier, **une organisation doit surtout apporter des marges de manœuvre, de l'autonomie sur les moyens, la possibilité de tester.** C'est l'exemple des bacs à sable de Piaget qui sont des lieux d'expérimentation.

David Autissier souligne également qu'il est important de constituer des groupes dynamiques, familiarisés aux techniques du prototypage, le collectif jouant un rôle de norme du groupe par rapport aux personnes. C'est la notion de casting de l'équipe. La direction de l'institution ne doit pas hésiter à démontrer sa reconnaissance comme cela se pratique couramment aux Etats-Unis et remercier ces groupes, pour le travail accompli.

La mise à l'échelle

David Autissier explique que le monde médical possède des trésors d'expérimentations L'enjeu principal à relever pour le monde médical dans ses organisations, consiste à la mise à l'échelle de ces nombreuses expérimentations en suivant le principe de la sélection darwinienne.

David Autissier cite l'exemple d'un groupe industriel, qui entreprend un plan d'économies substantielles selon la technique habituelle de la feuille de route et du « *cascading* ».

Une démarche alternative a été choisie en sollicitant plusieurs acteurs qui entreprennent pendant 6 mois des projets qui vont faire des économies et qui vont ensuite le raconter à tout le monde. C'est la multiplication de la pratique du *pitch* dans toute l'organisation avec la mise à l'échelle qui a été réalisée par des vidéos.

Le résultat de la deuxième démarche fondée sur l'engagement dans des initiatives et leur démultiplication à partir de la diffusion s'est révélée plus efficace que la première approche.

Nous sommes dans le monde darwinien fondé sur la multitude des petites expérimentations, et la démultiplication de petits projets. En ce qui concerne la *scalabilité*, la mise à l'échelle, c'est le système qui sélectionne et qui choisit.

En conclusion, David Autissier constate que chacun ici est potentiellement leader du changement et possède l'envie de faire et d'aller chercher des ressources. Le deuxième niveau consiste à embarquer l'ensemble des acteurs en développant la posture individuelle et les dispositifs collectifs.

Le progrès médical, moteur de la transformation des organisations de santé

D'après Jean-Yves Blay, Directeur Général du Centre Léon Bérard CLCC Lyon, **nous vivons une période inédite, dans l'histoire de la médecine et de la biologie. En effet la récente compréhension de la biologie de la cellule tumorale est en train de se traduire par une transformation de la prise en charge des patients.** On a compris comment fonctionne la cellule cancéreuse, ce qui la fait démarrer, et donne l'opportunité de donner la thérapie appropriée. En effet, le ciblage des cellules cancéreuses permet d'obtenir des résultats thérapeutiques bien meilleurs.

La biologie fait irruption dans le quotidien du patient

Il s'agit d'un processus complexe dont le coût a incroyablement varié. Jean-Yves Blay nous donne l'ordre de grandeur de la réduction du coût de séquence complète du génome humain, qui est passé en quelques années de 2 milliards d'€ à 2000 €.

Jean-Yves Blay explique que cette révolution continue à s'accélérer.

Jean-Yves Blay souligne que la standardisation de la biologie avec des outils technologiques qui s'améliorent en suivant une loi de type Moore présente l'inconvénient de ne pas offrir des standards stables.

Des progrès inédits

Toutefois Jean-Yves Blay constate que la liste des guérisons comporte désormais plusieurs pages. Les médicaments sont encore parfois difficile d'accès. Mais nous assistons à une révolution multidimensionnelle.

Les projets de création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Pour Jean-François Thébaut, l'autonomie et leur faible management, sont les premières caractéristiques des médecins libéraux. Nous assistons à une évolution qui peut se résumer par la formule, un médecin tout seul fait des actes et un médecin dans une organisation fait du soin. Selon Jean-François Thébaut, la question du territoire est d'abord un problème d'organisation. Avant tout il faut établir des relations entre praticiens, instaurer de la confiance, et également procéder à des transferts d'information.

Jean François Thébaut pense qu'il est important d'abord de se poser la question suivante. Est-ce que le progrès de la médecine suffit pour améliorer les soins ?

Pour Jean-François Thébaut, la réponse est non, car l'innovation de rupture dans le domaine de l'organisation des soins est devenue une question de survie pour le système.

En outre il existe aussi un risque que le CPTS devienne un machin administratif, technique.

Pour Jean-François Thébaut, il convient de mettre en œuvre l'idée principale suivante :

les professionnels de santé sur un territoire s'organisent entre eux en vue d'objectifs à partir de l'élaboration d'un diagnostic territorial. **Il faut que les professionnels se connaissent se rencontrent et disposent de l'information sur le territoire.** Dans notre pays la santé est structurée à plusieurs niveaux. Tout va bien pour les niveaux nationaux et régionaux mais dès qu'on tombe aux niveaux micro ou nano des territoires, plus rien ne se passe.

Il faut transformer : Nous devons effectuer un long travail d'appropriation au niveau local, et réaliser une acculturation. Le maître mot peut être résumé par la notion de gradation des soins. Le patient doit être pris au bon niveau en fonction de sa pathologie.

La transmission d'information et une collaboration entre les uns et les autres sont alors indispensables.

CPTS regroupement des professionnels sur un territoire.

Pour Jean-François Thébaut, l'objectif poursuivi est d'obtenir des organisations, fluides, protéiformes, et protocolarisées.

Laurent Vercoustre estime qu'il existe un risque d'errance du patient « *si on s'abstient de chaîner le parcours de soin* ». Pourquoi ne pas positionner le généraliste comme chef de file ?

Pour Jean-François Thébaut, le patient doit être au cœur du parcours de soin et le généraliste tiendra le plus souvent mais sans exclusivité, le rôle de premier interlocuteur du parcours de soin.

François Dècle