Qui sont les partenaires de l'hôpital ?

Didier Stingre

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2987>

DOI : 10.4000/communicationorganisation.2987

ISSN : 1775-3546

Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 1994

ISSN : 1168-5549

Référence électronique

Didier Stingre, « Qui sont les partenaires de l'hôpital ? », *Communication et organisation* [En ligne], HS N° 1 | 1994, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2987> ; DOI : 10.4000/communicationorganisation.2987

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

© Presses universitaires de Bordeaux

Qui sont les partenaires de l'hôpital ?

Didier Stingre

- 1 La communication a longtemps été perçue de manière négative dans notre pays : longtemps en France « savoir se vendre » a été marqué du sceau de l'ostracisme.
- 2 On l'a bien vu, ce n'est authentiquement qu'au début des années 80 que certains publicitaires vont donner à la communication ses lettres de noblesse, je pense à Jacques SEGUERA en particulier, qui, dans le contexte de la vie politique et sociale du pays va démontrer la pertinence multiforme du langage publicitaire et mettre en avant que, somme toute, il n'y a aucune perversion à communiquer et à promouvoir.
- 3 Ceci a touché également l'hôpital : la communication n'y apparaît que tardivement et à pas comptés. Très souvent, dans notre cadre sanitaire, cette démarche a été considérée comme un « hobby administratif », voire une lubie de directeur particulièrement narcissique.
- 4 Or, de tout temps je crois, une entreprise, pour être reconnue, devait être connue et pour un entrepreneur il paraissait très vite difficile de survivre à l'absence d'image. Il est vrai que l'hôpital a eu une démarche tardive dans la mesure où nous nous adressons à une population captive : mais il est vrai aussi que nous ne nous trouvons pas en situation monopolistique.
- 5 Au cours de ces fameuses « Trente glorieuses » qui se sont achevées dans les années 80, l'hôpital public a connu sa révolution technologique et culturelle. Tout ceci s'est accompagné d'une politique de communication, d'abord extrêmement globalisante : je pense en particulier aux campagnes menées par la Fédération Hospitalière de France sur le thème « L'Hôpital Public : qualité et sécurité d'abord » que l'on a vu diffusé de manière extensive dans nos établissements ; mais également sur les abris bus parisiens et des grandes métropoles régionales. Puis progressivement chaque Etablissement Public de Santé a autonomisé sa politique de communication reprenant en cela le vieil adage (qui peut faire sourire mais qui a encore toute son actualité) de la Manufacture de SAINT ETIENNE qui a bercé la quiétude de notre enfance, « bien-faire et faire-savoir ».

- 6 Il est exact que cette venue de la communication dans le périmètre hospitalier est partie un peu dans tous les sens et que nous avons connu, que nous connaissons encore par ailleurs, une sorte de boulimie informative et communicante.
- 7 Néanmoins, je pense qu'il ne faut pas s'en plaindre : il est préférable de surinformer que de ne pas communiquer du tout.
- 8 Un hôpital assoupi, un hôpital qui va son chemin en s'exonérant de se faire connaître, en s'exonérant de s'ouvrir sur la Cité, sur le monde qui l'entoure et donc sur la vie, ne peut répondre authentiquement à ses missions.
- 9 L'on ne peut plus se développer dans un cadre autarcique à l'abri de l'illusoire bouclier de fortune qui serait le périmètre de nos établissements.
- 10 J'ai pu prendre la dimension de tout cela dans mon expérience de direction réolaise que je mène depuis maintenant trois ans.
- 11 L'hôpital qui jusqu'alors était derrière ses murs, je dirai physiquement et matériellement retranché derrière ses murs, était coupé de son environnement, n'émettait aucun message, ce qui n'empêchait pas naturellement les gens de communiquer à son sujet : et rien n'est pire, et nous l'avons constaté à LA REOLE, que cette absence de dialogue avec la société.
- 12 C'est dire combien la communication doit devenir « un état d'esprit permanent » de l'ensemble des personnes qui travaillent à l'hôpital : j'ai déjà eu l'occasion de le dire dans d'autres séminaires, la communication n'est pas le fait d'un seul ou d'une cellule chargée de communiquer. S'il existe des cellules de communication, elles sont là pour promouvoir les moyens et les techniques d'aujourd'hui en terme de politique et de démarche communicante. Mais la vraie communication est celle qui est portée, qui est accompagnée au quotidien par les personnels hospitaliers eux-mêmes : ce sont eux qui font leur hôpital, ce sont eux qui font sa crédibilité, ce sont eux, en un mot, qui font son image dans la population et les médias.
- 13 Il ne m'appartient pas ici d'analyser quelle doit être la politique de communication pour l'hôpital. Néanmoins je me devais de développer ce premier credo pour justifier d'une part la pertinence de ma présence ici et d'autre part pour affirmer combien ces politiques de communication hospitalière m'apparaissent déterminantes pour l'avenir de nos institutions.
- 14 Il m'a donc été demandé de vous présenter quels sont nos partenaires et en quoi ils jouent dans nos actions d'ouverture. C'est une véritable gageure. Pourquoi ? Simplement parce que je crois que, de toute évidence, l'ensemble de nos partenaires doit recevoir de notre part des informations et que nous devons recevoir de même un certain nombre d'éléments nous permettant de corriger tant nos analyses que nos politiques de gestion. Il n'y a pas, de toute évidence, selon moi, de partenaires à exclure : tous ceux vers lesquels l'hôpital se tourne, de même que tous ceux qui se tournent vers l'hôpital, tant au plan des institutions publiques que de potentiels prestataires de service, participent de nos politiques de communication.
- 15 D'autres intervenants vous parleront de la politique de communication à mener de manière interne à l'adresse des personnels de l'hôpital et également à l'adresse des usagers.
- 16 Je vais donc essayer de cibler nos différents interlocuteurs qui ne soient pas justement ces personnels et ces usagers.

- 17 En ce qui me concerne, j'y vois deux grands groupes, deux grands ensembles : un ensemble que j'appellerai institutionnel et nous trouvons là des interlocuteurs aussi importants, aussi existentiels pour nos établissements que les collectivités locales, les services extérieurs de l'Etat ou nos financeurs (assurance maladie et mutuelles) et puis nos interlocuteurs un peu plus extérieurs, parfois non institutionnels, encore qu'ils n'en soient pas très éloignés ; je pense à la médecine de ville aux liens que nous avons avec l'université dans le cadre de la formation et au monde économique dans lequel nous évoluons.
- 18 Dans ce cadre, je rejoindrai pleinement ce que, dans un récent article, Monsieur Alain COULOMB, Président de l'Union Hospitalière Privée (UHP), déclarait, : « Il nous est apparu plus efficace de tenter de combler notre image institutionnelle trouble, ou plus exactement contrastée, par une communication institutionnelle qui repose non pas sur ce que nous voudrions être mais sur ce que nos partenaires nous reflètent. Les objectifs de nos actions de communication reposent donc pour l'essentiel sur la volonté de :
- 19 - favoriser la connaissance par les « politiques » de nos problèmes mais aussi de nos réalisations et projets.
- 20 - créer une relation directe et suivie avec des décideurs politiques et administratifs.
- 21 - sensibiliser l'ensemble de nos institutions à la nécessité d'un effort local de communication institutionnel dans le même esprit et le même ton.
- 22 - assurer une « veille » parlementaire et maintenir également une « veille » stratégique afin d'anticiper les changements liés à l'environnement national et européen. »
- 23 Tout ceci, l'hospitalisation publique pourrait se l'approprier et ceci n'est nullement paradoxal dans la mesure où le contexte est homogène à l'ensemble de notre système sanitaire.
- 24 Au demeurant, et la loi du 31 juillet 1991 nous y incite, tout cela concourt à la notion de réseau et le premier partenariat à identifier, aujourd'hui, est peut-être celui qui doit unir désormais les hôpitaux publics entre eux. D'où la notion de réseau et j'en développerai deux exemples :
- 25 1 - la mise en place de réseaux de santé publique intégrant structures hospitalières et extra-hospitalières,
- 26 2 - la constitution d'une structure fédérative commune à l'hospitalisation publique.

La mise en place d'un réseau de santé publique

- 27 La mise en place de ce type de réseau s'inscrit dans la logique de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui prône la fin de l'hospitalo-centrisme et l'ouverture des E.P.S (Etablissement Public de Santé) sur l'extra-hospitalier.
- 28 Je prendrais l'exemple que nous menons actuellement autour du centre hospitalier de LA REOLE.
- 29 Nous tissons actuellement une toile par maillage autour de l'hôpital qui représente le point d'ancrage du réseau, réseau orienté vers les personnes atteintes par le VIH.
- 30 Ce projet est multicentrique dans la mesure où il trouve ses origines auprès du service social de la CRAMA, auprès du service de soins à domicile Service Santé Garonne et auprès

du Centre Hospitalier de LA REOLE lui-même. Il s'intègre du reste dans un programme plus vaste qui intéresse un SIVOM du Haut Entre-Deux-Mers.

- 31 Nous trouvons là les partenaires traditionnels de l'hôpital : assurance maladie, collectivités locales.
- 32 Ce réseau qui a pris le nom de RESAIDA (Réseau de Santé et d'Entraide contre le Sida) est constitué de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, d'enseignants et d'élus locaux. Il se propose de réfléchir et de mener toute initiative sur l'aide et l'information à porter en milieu rural à ce fait de santé publique qu'est le SIDA aujourd'hui.
- 33 Il s'agit là d'une démarche d'ouverture qui doit permettre à la structure hospitalière publique que je dirige de créer une articulation essentielle avec le secteur extra-hospitalier.
- 34 Cette démarche prend donc une double orientation :
- 35 1 - aider à la prise en charge (médicale et sociale) sur le bassin de santé concerné des personnes séropositives et à SIDA avéré.
- 36 2 - mettre en œuvre un authentique réseau de santé de proximité dans l'esprit de recommandations ministérielles (Circulaire n° 74 du 2 décembre 1993) ;
- 37 a) la mise en place de réponses adaptées en matière d'accès à la santé et aux soins afin d'assurer un suivi social.
- 38 b) l'élaboration d'une démarche de santé publique territorialisée où chaque acteur trouve sa place.
- 39 Il s'agit donc bien de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et du champ social avec pour objectif d'offrir aux populations « des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins. L'hôpital constitue ainsi un levier essentiel dans l'amélioration de l'accueil et des prises en charge sanitaires et sociales des populations démunies » (Circulaire précitée).
- 40 Le cadre parisien nous donne également un exemple de réseau ville/hôpital il s'agit de la constitution d'un projet innovant dans le cadre du nouveau centre de gérontologie de Vaugirard qui associe médecins et services hospitaliers au sein d'un réseau gérontologique afin d'optimiser les modes de prise en charge des personnes du grand âge.
- 41 Ce réseau a été créé en partenariat avec des structures environnantes : le Centre Communal d'Action Sociale de la ville de PARIS, des services de soins à domicile et bien sûr le secteur psychiatrique. Contribuent également des praticiens libéraux du 15^e arrondissement et des groupes de travail communs ont été mis en place afin d'élaborer des outils d'évaluation, évaluation de la dépendance, étude des besoins des personnes âgées.

Les hôpitaux partenaires

- 42 Philippe CADENE, délégué général de la Fédération Hospitalière de France, écrivait dans un récent article (Revue de la FHF décembre 1993) « l'évolution économique et sociale du monde contemporain conduit à des stratégies d'alliance. L'autarcie, l'isolement, le protectionnisme semblent aujourd'hui obsolètes sinon condamnés. L'hôpital public n'échappe pas à ce mouvement ; son autonomie historique peut-elle s'accommoder de la nécessaire intégration que suppose pour partie l'adhésion au système de réseau ? Oui, s'il

s'inscrit dans une dynamique d'ouverture, de complémentarité et de respect des individualités propres à chaque établissement. »

- 43 La mise en place d'une architecture-réseau permet de garantir aux acteurs de santé que nous sommes la maîtrise de leurs produits et recouvre l'idée de gérer ensemble. Il s'agit donc d'une démarche contractuelle permettant d'articuler nos institutions afin d'obtenir à terme une cohérence globale qui constituera la réponse de l'hospitalisation publique aux enjeux d'aujourd'hui.
- 44 Tout cela, nous en trouvons les prodromes dans la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et en particulier dans l'article 713-12 du Code de la Santé Publique qui autorise la conclusion d'actions juridiques encore peu pratiquées telles que la participation à des GIP ou des GIE.
- 45 La définition qu'en donne Pierre LE MAUFF, directeur général du CHU de BORDEAUX et secrétaire général de l'Union Hospitalière du Sud-Ouest, est très parlante : « il s'agit d'un nouvel état d'esprit qu'il convient de créer qui viserait une certaine intégration des fonctions sanitaires dans une sorte de tissu conjonctif aboutissant à un réseau de soins coordonnés, préfiguration de futures filières de soins au sein desquelles collaboreraient les principaux acteurs de la filière au titre d'une pathologie donnée le médecin généraliste, l'hôpital local ou général, le Centre Hospitalier Universitaire. »
- 46 C'est ainsi qu'à été créé en 1992 le GRAHPA (Groupe de Recherche et d'Action des Hôpitaux Publics d'Aquitaine).
- 47 Le GRAHPA n'entend pas se replier sur lui-même et collabore avec les services extérieurs de l'Etat et en particulier la DRASS d'Aquitaine.
- 48 Ceci va dans le sens d'une élaboration concertée de la restructuration du tissu sanitaire dans la région mais permet également de susciter un certain nombre d'initiative ainsi la mise en place d'un réseau hématologique entre BORDEAUX et LIBOURNE et la création d'un réseau de transfert d'images médicales entre les Centres Hospitaliers Généraux de la région et le CHU mais aussi entre les Centres Hospitaliers Généraux eux-mêmes.
- 49 L'initiative que l'hospitalisation publique a eu dans le cadre du GRAHPA démontre bien cette notion de maillage et de réseau qui supportera indiscutablement ce que sera demain l'hôpital public.
- 50 Le GRAHPA nous amène à aborder maintenant le rôle des collectivités locales. En effet, dans le cadre du GRAHPA et de la constitution du réseau d'images, la Région a accepté de subventionner une partie du projet. C'est dire que les relations entre hôpital public et collectivités locales évoluent à la mesure des nouvelles missions et des nouveaux modes de fonctionnement de notre système sanitaire. Jusqu'à présent, en effet, la région était absente de notre contexte relationnel. La loi du 31 juillet 1991 avait néanmoins innové en introduisant dans la composition des Conseils d'Administrations un conseiller régional qui n'existait pas dans les configurations antérieures des
- 51 Conseils (Décret du 1^{er} avril 1992).

Les collectivités locales

- 52 Quelle est la nature de nos relations avec les collectivités territoriales ? Nous venons d'envisager ce qu'il en était pour la région mais, chacun sait, l'hôpital est essentiellement attaché à la commune. Les raisons qui ont présidé à ce choix tiennent d'une part de l'histoire et d'autre part à des choix stratégiques de circonstances.

- 53 A l'histoire : de tout temps, y compris sous le régime monarchique, l'hôpital a entretenu des relations avec les communes et c'est ainsi qu'on voit dès 1551 l'affectation de taxes spécifiques locales pour l'entretien des structures charitables.
- 54 A la stratégie : en 1796, sous le Directoire, le problème du financement et de la prise en compte des hôpitaux et des hospices publics se posa avec l'alternative suivante : ou revenir au système de l'initiative privée et religieuse ou adopter un système de service de santé national ou étatique tel qu'avait pu l'envisager la république montagnarde. Le Directoire choisit une troisième voie qui fut justement la municipalisation : la loi du 15 vendémiaire an 5 (7 octobre 1796) a confié aux administrations municipales la surveillance des établissements de soins (mais qui à l'époque sont essentiellement charitables) situés dans leur ressort administratif.
- 55 Pour ce faire, les municipalités devaient désigner une commission composée de 5 citoyens du canton chargée de gérer les établissements. Cette loi de 1796 est essentielle car elle concrétise l'abandon du principe de la charité privée et impose le cadre communal. La loi du 7 août 1851 « sur l'organisation des secours hospitaliers » voit l'émergence du rôle des maires qui deviennent présidents-nés des commissions administratives.
- 56 Ceci n'a guère changé nonobstant les hypothèses envisagées tant dans le cadre du rapport GREGOIRE, préalable à la loi du 31 décembre 1970, ou à la mission COUTY, préalable à la loi du 31 juillet 1991. Ce principe de municipalisation est resté.
- 57 Il y a là c'est vrai une ambiguïté importante en terme de partenariat parce qu'il est évident que les communes sont attachées aux structures hospitalières en terme d'identité locale ; ceci va naturellement à rebours de la politique de restructuration que nous connaissons actuellement. Le hiatus est évident. Il n'est pas inintéressant de noter que l'on voit resurgir à nouveau et je pense au rapport de Madame ESPER, cette contestation du pouvoir des maires en tant que présidents de droit des conseils d'administrations. Il y a là un débat qui n'est pas clos.
- 58 Qu'en est-il du département ? Le département est la collectivité locale de rattachement des centres hospitaliers qui ont vocation départementale ou interdépartementale et ceci joue essentiellement pour l'hospitalisation psychiatrique. Ceci trouve ses racines dans cette loi du 30 juin 1838 qui créait une structure psychiatrique à minima par département. La loi du 27 juin 1990 qui a abrogé cette loi du 30 juin 1938 a maintenu le cadre départemental.
- 59 Par ailleurs, ce rattachement départemental joue pour tout ce qui est social ou médico-social. Les lois de décentralisation de 1982 ont transféré au Département (et donc au Conseil Général) la tutelle et le contrôle des structures précitées.
- 60 En quoi tout cela joue-t-il sur nos politiques de communication ? D'une part, il est évident qu'il y a un lien existentiel entre ces collectivités et l'institution hospitalière. Il est donc difficile de trop autonomiser la collectivité sanitaire au regard de la collectivité territoriale. Ceci veut dire que nos politiques de communication sont empreintes parfois d'une certaine prudence compte tenu des enjeux locaux que nous pouvons discerner ici et là.

La médecine de la ville

- 61 La communication est le moyen pour une structure sanitaire de renforcer ses liens avec son environnement médical et donc, en particulier, les médecins correspondants. Elle devient alors un moyen d'optimiser la clientèle hospitalière en démontrant les points suivants :
- 62 1- promouvoir une meilleure information des médecins libéraux sur les compétences et les activités de l'hôpital.
- 63 2- optimiser les rapports avec les praticiens hospitaliers (échanges d'informations relatives au malade hospitalisé/Télématique).
- 64 3- favoriser la mise en place de structures communes, véritables interfaces entre médecine hospitalière et médecine de ville : ainsi les soins à domicile, et nous retrouverons là l'essence de cette coordination essentielle entre Hôpital et médecine libérale et la mise en œuvre de réseaux de soins et de hiérarchisation des interventions.
- 65 C'est dire la nécessité d'intensifier ces échanges d'une part en raison d'une volonté commune de mettre en place une coordination optimale des soins, d'autre part afin de renforcer l'impact hospitalier auprès des médecins de ville, filière première de recrutement et donc de clientélisme.
- 66 Tout ceci, bien entendu, est d'une extrême actualité compte tenu de l'évolution des structures sanitaires que nous connaissons aujourd'hui. Mais, pour nous, directeurs d'hôpitaux, force est de constater, comme d'autres, comme les sociologues par exemple, que les médecins ne sont pas du tout une catégorie homogène et cohérente dans leur choix. Ainsi voit-on des médecins hospitaliers adhérer à des outils de gestion contemporains, (je pense au PMSI), par contre, on en voit d'autres s'en détourner. De même, constate-t-on de profondes divergences entre médecins hospitaliers et médecins de ville.
- 67 Se pose donc effectivement la question de savoir pourquoi ces médecins communiquent si difficilement entre eux et avec nous.
- 68 L'on peut, certes identifier le problème entre médecine hospitalière et médecine de ville et ce faisant, l'on pourrait laisser supposer que les spécialistes de ville se défont des structures hospitalières. Il s'agit là de relations concurrentielles en terme de marché et de clientélisme, et non de difficultés inhérentes à des questions relationnelles. Il n'empêche que l'aspect économique a naturellement un retentissement sur la communication que nous pouvons avoir avec ces médecins.
- 69 Ceci est vrai également des médecins généralistes. Les médecins généralistes véhiculent je dirais, des fidélités de métier, se rattachent, par souci de confiance et de sécurité, à tel ou tel praticien spécialiste ou telle ou telle structure, qu'elle soit privée ou publique : ainsi donc ces choix souvent subjectifs ou empiriques faussent les relations que nous sommes amenés à entretenir avec eux.
- 70 La mise en place en 1958 dans le cadre de la réforme dite réforme DEBRE du temps plein hospitalier a créé indiscutablement une première démarcation entre les médecins hospitaliers salariés et les médecins libéraux. Il n'est naturellement pas question de porter une critique négative de cette réforme DEBRE qui, il faut le dire, a permis de consacrer la qualité de la médecine hospitalière française et de la médecine française tout

court dans la mesure où cette réforme suggérait une plus grande implication entre les structures hospitalières et les structures d'enseignement supérieur.

- 71 On ne peut donc que s'en féliciter, mais néanmoins, l'un de ses aspects négatifs a bien été cette césure opérée au sein du corps médical. Ainsi (cf. Décision Santé n° 3), le Docteur Marc BOULATE, président du syndicat des chefs de clinique de PARIS, pouvait déclarer : « les enfants de la loi DEBRE se sont reproduits entre eux et sont restés à la maison sans plus jamais en sortir ni regarder ce qui se passait à l'extérieur : ils ne savent pas ce qu'est aujourd'hui la médecine de ville ».
- 72 La réforme du concours de l'internat en 1986 a accentué ces disparités : il est évident qu'aujourd'hui, devenir généraliste suggère de n'avoir pu accéder à l'internat et cette situation peut être perçue comme une situation d'échec. Ceci peut induire à terme de la part des généralistes un certains refus des médecins hospitaliers, un certain ostracisme, même s'il n'est pas clairement verbalisé et même si lorsqu'ils se rencontrent la confraternité joue.
- 73 D'autre part, les évolutions qu'ont connues les structures hospitalières publiques ont conduit de toute évidence à entrer en opposition avec les pratiques libérales médicales : nous qui dirigeons des Centres Hospitaliers Généraux, le constatons au quotidien. C'est ainsi que l'on voit les médecins généralistes de ville considérer avec parcimonie et suspicion le développement des alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation à domicile, hôpital de jour et chirurgie ambulatoire). Tout ce qui peut, de ce fait, apparaître comme concurrentiel de l'exercice libéral est systématiquement sujet à caution et est souvent la source de difficultés de communication avec pourtant ces partenaires privilégiés que devraient être les médecins de ville.
- 74 Tout ceci, il convient de le souligner, est spécifique à la médecine hospitalière publique. En effet, il y a beaucoup plus d'attaches, de jonctions, entre la médecine hospitalière privée et la médecine libérale dite de ville : le statut privatif est certainement un ciment, un liant important, sans parler du contexte économique différent que cela suggère. Ces structures hospitalières privées ont d'ailleurs, comprenant les enjeux, très largement entretenu ce clientélisme.
- 75 Bien entendu, des moyens sont mis en place de manière à faire que médecins de ville et médecins hospitaliers publics se rencontrent. Je pense ainsi à l'enseignement post-universitaire (EPU) et à la formation médicale continue en général, mais néanmoins, que remarque-t-on, et encore une fois je parle de mon expérience personnelle : dès lors qu'un EPU est organisé par des médecins hospitaliers publics il a tout juste un succès d'estime ; par contre, dès que cet EPU est organisé par les médecins généralistes de ville, le succès est total et les médecins hospitaliers d'ailleurs concourent à ce succès. Dans l'Entre-Deux-Mers où j'exerce s'est ainsi créée une Union des Médecins du Réolais (U.M.R.) qui regroupe l'ensemble des médecins généralistes des cantons de La Réole et périphériques. Cette union fonctionne de manière optimale et a pu jeter les bases d'une relation confraternelle avec les médecins hospitaliers publics. Ce n'était absolument pas le cas antérieurement.
- 76 Ces difficultés que j'évoque dans le contexte des Centres Hospitaliers Généraux non universitaires se rencontrent également dans des structures plus importantes et universitaires. C'est ainsi que l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a généré en 1989/1990 une démarche visant à l'amélioration des relations médecins de ville-APHP. Cette optimisation des relations médicales a fait l'objet d'une mission d'information

auprès des généralistes et le rapport final adressé au directeur général de l'époque, François STASSE, justement prônait le rétablissement de véritables conjonctions entre médecine de ville et médecine hospitalière.

- 77 Les conclusions de ce rapport sont extrêmement éloquentes car on y voit finalement les généralistes exprimer leurs griefs vis-à-vis de l'hospitalisation publique et que disent-ils ?
- 78 - ils dénoncent la désorganisation des secrétariats médicaux, le surencombrement des standards téléphoniques,
- 79 - ils expriment par ailleurs leur indignation devant le manque de confiance qui leur est manifesté et plus généralement le manque d'estime. C'est dire que les médecins généralistes comme je le disais tout-à-l'heure colportent en fait un sentiment authentique de suspicion, de dévalorisation qu'ils croient percevoir chez les médecins hospitaliers.
- 80 Il est évident que tout ceci nous amène à nous interroger sur la notion de réseau de santé publique. Lorsqu'on parle de réseau de soins coordonnés, de prise en charge de personnes âgées malades ou de malades sidéens dans le cadre de réseau ville/hôpital, nous nous trouvons là en présence d'une relation professionnelle quasi obligée entre médecins hospitaliers et médecins de ville et plus généralement l'ensemble des partenaires de santé, qu'ils appartiennent à une institution publique ou qu'ils exercent dans un cadre libéral ou en extra-hospitalier.
- 81 Nous nous trouvons là de toute évidence devant une des questions majeures pour la vie sanitaire de ce pays et également pour les missions de santé publique auxquelles les uns et les autres se doivent de concourir. Ces réseaux ville/hôpital ne peuvent fonctionner qu'avec un préalable accord entre médecins hospitaliers et médecins de ville. Ces réseaux vont également être le lieu, me semble-t-il, de prédilection où devront se retrouver médecins de ville et médecins hospitaliers. En ce sens ils ne fonctionneront que grâce à ce partenariat mais ils généreront également et entretiendront sur une chronologie longue cette osmose qu'il faudra bien trouver entre praticiens hospitaliers de ville et praticiens hospitaliers publics.
- 82 Il est évident par ailleurs que toute cette imbrication entre médecine de ville et médecine hospitalière suggère une politique de prévention et que toute action de prévention ne pourra se mettre en place que si justement il y a parfaite adéquation, parfaite complémentarité dans les actions menées tant au plan hospitalier qu'au plan extrahospitalier et au plan de la médecine libérale.

L'Université et la recherche

- 83 Comme nous l'avons évoqué, un lien quasi consubstantiel existe depuis 1958 entre l'université et les structures hospitalières publiques qui concourent à la formation des futurs médecins. Il s'agit là des conventions hospitalo-universitaires qui ont fait les Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires (désormais depuis la loi du 31 Juillet 1991 Centres Hospitaliers Universitaires).
- 84 Un certain nombre de ces services hospitalo-universitaires ont été longtemps déconcentrés dans des Centres Hospitaliers Généraux. Ceci veut dire que des services hospitaliers au sein de structures hospitalières bénéficiaient d'un label universitaire et le chef de service avait une valence à la fois hospitalière et universitaire. Il est vrai que ce

système tend à régresser et que de plus en plus on voit ces hospitalo-universitaires en « service extérieur » rejoindre le C.H.U.

- 85 Ces liens avec l'université et bien sûr ce partenariat que nous devons sans cesse avoir s'identifient également à des liens que nous nourrissons avec d'autres structures que les universités médicales, je pense ainsi aux universités juridiques et économiques, mais aussi aux Instituts d'Etudes Politiques.
- 86 Beaucoup dans cette salle connaissent le travail de l'I.E.P. de Bordeaux qui a, je crois, à ce jour à son actif près de 270 directeurs d'hôpitaux qui ont été originellement formés dans cette structure.
- 87 Partenaires également, les universités juridiques : le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux a travaillé de longues années avec la faculté de droit et permis la mise en place d'un diplôme de gestion des activités de santé qui permettait en fait au personnel soignant d'accéder à des notions de gestion économique-administratives et juridiques.
- 88 Liens université médicale/hôpital public : ceci prend d'autant plus d'acuité qu'actuellement, lors des études menées dans le cadre du PCEM1, une préparation spéciale a été conçue permettant l'accès aux écoles paramédicales et médico-techniques du C.H.U., c'est dire le renforcement des liens et leurs diversifications.
- 89 L'on parle également désormais, et l'École de Cadres Infirmiers du CHU de Bordeaux en est le témoignage, de licence en soins infirmiers et demain de doctorat en soins infirmiers avec là également une valence universitaire ? Au demeurant, l'accès à cette école suggère la réussite à deux diplômes d'Université préparés dans le cadre de l'U.F.R. de Santé Publique de l'Université de Bordeaux II.
- 90 Les liens avec notre système éducatif et le partenariat que nous entretenons avec lui vise maintenant au développement de l'apprentissage au sein des structures hospitalières publiques.
- 91 Encore n'évoquerons-nous pas ici le rôle important tenu par la formation continue au bénéfice de nos agents : je pense que ce problème sera évoqué lors d'un prochain débat dans le cadre de ces journées.
- 92 L'hôpital est donc bien « une terre de formation » comme il est « une terre de communication » et non plus seulement un territoire de soins.
- 93 Il est également « un territoire de recherche » dans nos liens avec l'INSERM et le CNES.

Le partenariat économique et institutionnel

- 94 Naturellement, sont nos partenaires l'ensemble de nos prestataires de service et nos fournisseurs. Le terme d'ailleurs prestataires de service tendrait à accréditer le fait qu'il n'y ait pas de partenariat : ce fut vrai dans le passé, ça ne l'est plus aujourd'hui.
- 95 De plus en plus en effet l'hôpital public comme bon nombre d'autres structures qui sollicitent pour de multiples tâches le monde économique privé, joue le partenariat avec ses interlocuteurs, entreprises, sociétés de production ? Ceci veut dire que nous travaillons ensemble là également sur certes des prestations mais surtout des objectifs. Ceci veut dire que les entrepreneurs ont plus une vocation de conseil et orientent les choix de l'hôpital en fonction des objectifs que l'institution hospitalière souhaite voir aboutir.

- 96 De plus en plus, l'hôpital a d'ailleurs recours à des sociétés dont la mission est justement d'évaluer les besoins authentiques de l'institution hospitalière sur tel ou tel type de production, logistique ou non logistique, et d'évaluer par là-même les différents prestations. Tout ceci veut dire que nous nous trouvons plus dans une relation transactionnelle que dans une situation de dépendance et de rapport de force de hôpital vis-à-vis de l'industrie.
- 97 Cela étant, j'intégrerais ici les relations avec l'assurance-maladie, passant par là-même à une dimension macroéconomique. L'assurance-maladie contribue largement (à hauteur de 80 %) aux recettes de l'hôpital public. C'est dire son attachement à la rationalisation des modes de gestion, les dépenses hospitalières représentant 48 % de ses dépenses.
- 98 Depuis la loi du 9 Janvier 1983 dite du budget global et son décret d'application du 11 Août 1983, une Commission dite de l'article 35 a pour finalité de rendre un avis sur les budgets hospitaliers. Le décret du 11 Août a vécu mais le nouveau décret budgétaire du 31 Juillet 1992 pérennise le principe d'existence d'une telle commission.
- 99 D'autre part, la loi du 31 Juillet 1991 recommande la mise en place de contrats d'objectifs tripartites Etablissements Publics de Santé-Etat-Assurance-maladie afin de promouvoir les initiatives de développement hospitalières sans ignorer les logiques économiques et de planification.
- 100 Qu'en est-il de l'Etat ? La loi de 1991 lui a conservé son rôle de tuteur, d'arbitre et de contrôle des Etablissements. Son rôle s'est rétracté en matière d'approbation des délibérations des Conseils d'Administration mais l'Etat naturellement garde l'essence des pouvoirs régaliens. Néanmoins, l'évolution veut qu'Etablissements Publics de Santé et Services Extérieurs de l'Etat conçoivent ensemble les projets qui feront l'hôpital public de demain. Nous passons donc d'une logique fondée sur un rapport de force tutélaire à une logique de négociation fondée sur le contrôle de légalité a posteriori.
- 101 In fine, on ne peut parler de partenariat sans parler de l'ouverture de l'hôpital public sur le monde. L'hôpital au XIXème siècle avait comme finalité le finage communal ou cantonal. Aujourd'hui, pour bon nombre de nos structures, la vocation reste certes locale mais l'on voit poindre une vocation ultra-marine : je ne peux donc terminer cet exposé sans évoquer « l'hôpital et le monde ». Bon nombre de structures tissent actuellement des liens en développant des partenariats, des jumelages hospitaliers. A ce sujet, notre politique est une politique d'harmonisation au sein de structures associatives comme l'ACODESS, qui permet de rencontrer les logiques de coopération développées tant par le Ministère de la Coopération que par celui des Affaires Etrangères et de la Santé. Ces politiques coopérantes et donc communicantes s'adressent naturellement aux pays du Sud mais s'articulent également dans des logiques de développement sanitaire avec des pays du monde industrialisé, pays d'Amérique du Nord et d'Europe naturellement.
- 102 Les liens que nous nourrissons avec le secteur associatif, et je pense naturellement aux ONG, que ce soit Médecins sans Frontières ou Médecus Mundi, passent plus par des actions ponctuelles de soutien en fonction de missions ou de terres d'accueil de l'action de ces différentes associations.
- 103 L'hospitalo-centrisme a vécu. L'hôpital, chacun en est conscient désormais, constitue en fait le maillon d'une chaîne sanitaire qui intègre naturellement la médecine de ville et s'articule avec toutes les initiatives extra-hospitalières. L'hôpital est donc certes un acteur majeur au plan sanitaire mais acteur parmi d'autres.

- 104 Il y a bien un défi dont participe la communication, défi que nous autres acteurs de santé, directeurs d'hôpitaux, devons relever : ce défi, c'est celui du décloisonnement, de la perméabilité des savoirs et des pouvoirs, du partage de la prise de décision, de la qualité de la communication institutionnelle. L'hôpital est un carrefour social, certes pour les groupes qui le composent, pour les différentes logiques de métiers qu'il recèle c'est vrai, mais reconnaissons-le nous servons également de forum pour la société dans son ensemble et nous servons de la sorte un peu de miroir à cette société : notre indice de technicité, nos qualités d'accueil, l'efficacité de nos soins, la qualité en un mot de l'environnement sanitaire et social est l'indice d'une société évoluée, d'une société en devenir.
- 105 Certes l'hôpital est toujours une myriade de territoires juxtaposés, un puzzle que la réglementation veut cohérente, mais où les limites sont toujours marquées d'un service à un autre, d'un type de pouvoir dirai-je à un autre (médical, non médical, étatique). La communication tend donc à créer la transversalité, une transaction, forme achevée de la coexistence de logiques différentes. Dès lors, chacun ne peut que s'accorder sur l'essentiel : nouer et entretenir des liens avec nos interlocuteurs institutionnels ou non institutionnels et promouvoir notre œuvre de santé.
-

AUTEUR

DIDIER STINGRE

Directeur d'Hôpital Public, Ancien Elève de l'Ecole Nationale de Santé Publique, D.E.A. de Droit de la Santé