



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : décembre 2002

**LES UNITES TRANSVERSALES AU
CENTRE HOSPITALIER DU MANS :
CHANCES ET DIFFICULTES
D'INTEGRATION**

Edouard BREMOND

Sommaire

<u>INTRODUCTION :</u>	5
<u>PREMIERE PARTIE :</u>	9
<u>L' IMPLANTATION PROGRESSIVE DES UNITÉS TRANSVERSALES AU CENTRE HOSPITALIER DU MANS DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES 1990 RÉPOND À UN RÉEL BESOIN ET INTRODUIT UN NOUVEAU MODE DE FONCTIONNEMENT DANS L'HÔPITAL</u>	9
<u>A – Des créations nécessaires pour l'hôpital</u>	10
<u>1°) Origines</u>	10
<u>a) Le service d'hygiène et la lutte contre les infections nosocomiales</u>	10
<u>b) Le service d'hémovigilance et la mise en place du dispositif d'hémovigilance au niveau national</u>	11
<u>c) Les soins palliatifs</u>	16
<u>d) l'unité douleur et les plans nationaux de lutte contre la douleur</u>	19
<u>2°) Difficultés initiales</u>	22
<u>3°) Des compétences nouvelles pour le Centre Hospitalier du Mans</u>	24
<u>B- Un mode de fonctionnement nouveau dans l'hôpital</u>	27
<u>1°) Un modèle différent du modèle pyramidal traditionnel</u>	27
<u>2°) Un rôle différent des autres services de l'hôpital</u>	29
<u>a) Un rôle de diffusion d'une culture</u>	29
<u>b) L'importance du rôle de formation</u>	32
<u>3°) Spécificités du travail en transversal</u>	35
<u>DEUXIEME PARTIE :</u>	40
<u>L'INTEGRATION DES UNITES TRANSVERSALES : PREMIER PAS VERS LE DECLOISONNEMENT DE L'HOPITAL ?</u>	40
<u>A- Les unités transversales parviennent à s'intégrer dans l'hôpital malgré un contexte parfois difficile</u>	42

<u>1°) La relation avec les services de soins s'est affirmée progressivement</u>	42
a) <u>Une relation basée sur l'expertise</u>	42
b) <u>Le positionnement dans l'institution</u>	52
c) <u>Des limites à l'intégration dans les services</u>	55
<u>2°) L'influence des unités transversales dans l'hôpital</u>	57
<u>3°) Des incertitudes pour l'avenir</u>	59
<u>B- Le décloisonnement : un enjeu important pour le Centre Hospitalier du Mans</u>	62
<u>1°) Transversalité et organisation hospitalière : deux notions opposées à l'origine</u>	62
<u>2°) Le passage d'une logique verticale à une logique horizontale</u>	67
<u>CONCLUSION</u>	74

Liste des sigles utilisés

EFS : Etablissement Français du Sang

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

SHEH : Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière

CME : Commission Médicale d'Etablissement

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

D.U : Diplôme Universitaire

COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens

SSTH : Service de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

CHM : Centre Hospitalier du Mans

INTRODUCTION :

Pour faire face aux nouveaux défis qui se présentent à lui, l'hôpital doit aujourd'hui repenser son organisation interne et son management. Dans un environnement moins stable, la souplesse et la capacité d'adaptation deviennent des atouts indispensables pour assumer avec succès sa mission de service public. Pour acquérir cette souplesse et cette faculté d'adaptation, l'hôpital évolue en profondeur : d'une organisation pyramidale et cloisonnée, il passe peu à peu à une organisation plus transversale.

L'introduction de la transversalité dans l'hôpital se fait de manière très progressive. Depuis une dizaine d'années, des changements importants sont néanmoins intervenus dans l'organisation interne des hôpitaux. La loi du 31 juillet 1991 a tenté d'instaurer un mode de fonctionnement plus collégial dans les établissements publics de santé, avec notamment la création de la Commission Médicale d'Etablissement, organe de représentation collective de la communauté médicale. Parallèlement, des comités spécialisés à vocation transversale se mettent en place, comme les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ou les Comités de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH). Ce sont les premières ébauches de transversalité dans l'hôpital, qui vont être complétées petit à petit.

Au Centre Hospitalier du Mans, l'implantation d'unités transversales s'est également réalisée progressivement au cours des années 1990. Comprenant 1900 lits (dont 1300 de MCO et 600 de long séjour), le Centre Hospitalier du Mans tient une place de référent départemental pour les établissements de santé de la Sarthe. Il possède un plateau technique regroupant l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales, hormis la neurochirurgie. Il assure également la moitié des accouchements de la ville du Mans, soit plus de 3000 par an. Le projet d'établissement, élaboré en 1999, met l'accent sur le développement des spécialités médicales, qui structurent l'organisation de l'hôpital. Spécialisation très développée et forte division du travail caractérisent donc le Centre Hospitalier du Mans, à l'instar des autres établissements de cette taille. Ces caractéristiques ne sont a priori pas celles d'une organisation transversale.

Forme d'organisation très développée dans le monde industriel, la transversalité caractérise un groupe d'activités dont l'incidence porte sur toute la structure. Dans les établissements de santé, le qualificatif « transversal » s'appliquera à des unités ou services

intervenant dans tous les secteurs de l'institution. Potentiellement, ces services transversaux peuvent être aussi bien des services de soins que des services médico-techniques ou administratifs. Dans ce mémoire, le champ d'étude se limitera aux unités transversales existant aujourd'hui au Centre Hospitalier du Mans. Celles-ci sont au nombre de quatre : l'Unité Mobile de Soins Palliatifs (UMSP)¹, l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (UETD), le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière (SHEH) et le Service d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle (SHST). Les deux premières citées ont un rôle soignant et médical, alors que les deux autres ont principalement un rôle de vigilance. Elles constitueront donc tout au long de ce travail deux groupes aux problématiques différentes, même si des points communs existent entre ces deux catégories d'unités transversales. Il nous paraît également important de revenir sur les circonstances qui nous ont poussé à choisir ces quatre unités pour thème d'étude. A l'origine, cette dernière ne devait porter que sur l'Unité Mobile de Soins Palliatifs et l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. Lors d'un entretien avec le cadre infirmier de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs, il nous a été suggéré d'étendre le sujet aux unités d'hygiène et d'hémovigilance, premières unités transversales créées dans l'établissement et qui ont servi de modèle pour les suivantes. Cette extension a enrichi le sujet, mais elle l'a aussi complexifié en introduisant des unités à problématique différente de celles prévues au départ. Ce choix revenait également à éliminer d'autres unités pouvant présenter un caractère transversal : le service de radiologie, par exemple, travaille avec tous les services de soins du centre hospitalier. Mais il a plus un rôle de centralisation qu'un rôle véritablement transversal : ce sont les autres services qui viennent à lui et non l'inverse. Le Département d'Information Médicale (D.I.M.) aurait également pu entrer dans le champ de l'étude, mais son activité centrée sur la collecte des données du PMSI l'éloignait trop des problématiques en jeu dans les unités transversales choisies.

La méthodologie employée pour la réalisation de ce mémoire a privilégié le travail de terrain. Conformément aux recommandations données lors de l'agrément du projet par la filière, nous avons axé notre étude sur la réalité concrète des unités transversales au Centre Hospitalier du Mans plutôt que de rester dans des considérations trop générales. Dans cette optique, la rencontre avec les professionnels des services transversaux nous a semblé le moyen le plus pertinent pour recueillir les informations nécessaires. Neuf entretiens semi-directifs ont donc été menés à partir d'une grille commune avec, d'une part, les médecins et soignants des différentes unités transversales, et, d'autre part, les autres responsables

¹ Par la suite, on utilisera indifféremment les termes « Unité Mobile de Soins Palliatifs » et « Equipe Mobile de Soins Palliatifs » (EMSP)

administratifs et médicaux concernés (Directeur Général, Coordinatrice Générale des Soins, Président de la CME). Ces entretiens ont été complétés par une recherche bibliographique, qui comprend à la fois des ouvrages sociologiques de référence et une partie importante de données concrètes à travers l'utilisation des rapports d'activité des services transversaux. Certains travaux universitaires nous ont également été très utiles, notamment le mémoire réalisé par le chef de service de l'hémovigilance traitant de l'implantation de son service dans l'hôpital.

Concept industriel à l'origine, la transversalité s'implante peu à peu à l'hôpital. Cela soulève inévitablement une question : comment cette transposition peut-elle s'opérer, alors que l'hôpital possède des règles de fonctionnement propres au service public et une culture marquée par le pouvoir médical ? L'apparition de la transversalité dans l'hôpital ne peut alors s'envisager qu'en termes de bouleversement culturel et organisationnel : celle-ci remet en cause le modèle cloisonné et pyramidal représenté par l'hôpital. Face aux tentatives d'implantation de structures transversales, des résistances au changement vont donc nécessairement survenir. La question de l'intégration des unités transversales précédemment citées dans l'organisation pyramidale et cloisonnée de l'hôpital se pose alors.

S'intégrer, c'est d'une part obtenir les moyens de fonctionner de manière satisfaisante et, d'autre part, établir des relations avec les partenaires institutionnels que sont les services de soins et l'administration. Cette intégration peut être analysée à trois moments décisifs de la vie de ces unités : la création, le développement, la pérennisation. Chacune de ces phases fait l'objet de difficultés particulières et d'obstacles nouveaux à surmonter. En même temps, l'intégration des unités transversales au Centre Hospitalier du Mans doit aussi être considérée sous un angle plus positif : elles constituent un apport indiscutable pour l'hôpital en termes de compétences, de qualité de prise en charge et de sécurité sanitaire. Mais cet apport ne peut être réel que si les unités transversales disposent d'un degré d'intégration suffisant dans l'établissement. Sans cela, les techniques qu'elles mettent en oeuvre ne se diffusent pas dans la culture hospitalière de l'institution et leur action risque d'être inefficace.

La réussite ou non de l'implantation de ces unités est un élément important pour le centre hospitalier. Mais derrière ces cas individuels réside un enjeu collectif de plus grande ampleur : donner à l'organisation du centre hospitalier dans son ensemble, et en particulier à l'équipe de direction, un fonctionnement plus transversal en surmontant les facteurs de cloisonnement encore présents. La problématique médicale et sanitaire déjà énoncée s'enrichit donc d'une composante managériale : en tant que cadre de direction, de quelles

marges de manœuvre dispose-t-on pour faire progresser le décloisonnement d'une telle structure et dynamiser les équipes? L'exemple du Centre Hospitalier du Mans servira ici d'illustration à un sujet auquel l'ensemble des établissements peuvent être confrontés.

Poser cette question revient à identifier d'abord les obstacles qui peuvent s'opposer à ce changement d'organisation. Comme pour l'implantation des unités transversales, il s'agit de la remise en cause d'une culture de travail et de management solidement établie. Mais elle intervient à une échelle encore supérieure à celle des unités précédemment citées : il ne s'agit plus seulement de faire accepter une dose de transversalité dans l'hôpital, mais d'en faire un principe de fonctionnement au niveau hiérarchique le plus élevé. En d'autres termes, la transversalité ne représente-t-elle qu'un apport ponctuel ou peut-elle s'enraciner plus profondément dans l'organisation du Centre Hospitalier du Mans ? Nous répondrons à cette question en suivant deux axes de réflexion.

En premier lieu, l'implantation progressive des unités transversales au Centre Hospitalier du Mans depuis le début des années 1990 répond à un réel besoin et introduit un mode de fonctionnement nouveau dans l'hôpital (I).

Ensuite, nous étudierons en quoi l'intégration des unités transversales peut représenter un premier pas vers le décloisonnement du Centre Hospitalier.

PREMIERE PARTIE :

L'IMPLANTATION PROGRESSIVE DES UNITES TRANSVERSALES AU CENTRE HOSPITALIER DU MANS DEPUIS LE DEBUT DES ANNEES 1990 REpond A UN REEL BESOIN ET INTRODUIT UN NOUVEAU MODE DE FONCTIONNEMENT DANS L'HOPITAL

A – DES CREATIONS NECESSAIRES POUR L'HOPITAL

1°) Origines

La création des différentes unités transversales du Centre Hospitalier du Mans s'est inscrit dans des politique nationales de santé publique. Celles-ci ont constitué une base pour le développement de structures transversales dans l'hôpital, en définissant un cadre législatif et réglementaire parfois très strict. Néanmoins, des spécificités locales sont apparues lors de l'implantation de certaines unités transversales, en raison d'un contexte particulier.

Il faut tout d'abord rappeler la chronologie de l'implantation des différentes unités transversales au Centre Hospitalier du Mans, en la resituant dans son contexte politique et historique.

a) Le service d'hygiène et la lutte contre les infections nosocomiales

Le service d'hygiène et d'épidémiologie hospitalière (SHEH) a été la première unité transversale créée au Centre Hospitalier du Mans en 1991. Cette création s'inscrivait dans une politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales mise en place en France depuis 1988. Avant cette date, la France accusait un retard important dans la prévention de ces infections. Par le décret du 06 mai 1988, le ministère de la santé instaurait la création des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N) dans les établissements publics de santé. Ce comité a pour mission d'organiser et coordonner la surveillance, la prévention et la formation continue en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Il est composé de médecins, pharmaciens, infirmières et directeurs d'établissement. Pour faire appliquer ses recommandations, le C.L.I.N est assisté de personnels d'hygiène hospitalière, qui peut être une infirmière hygiéniste ou une équipe opérationnelle en hygiène hospitalière dans les établissements plus importants.

Pour soutenir l'action de ces instances hospitalières, des structures inter-régionales et nationales de coordination et de conseil ont été créées depuis 1992. Au niveau inter-régional, cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) ont été mis en place par un arrêté d'août 1992. Ce sont des centres de référence qui servent d'appui technique aux établissements hospitaliers, et travaillent au niveau d'une inter-région

(Est, Ouest, Paris-Nord, Sud-Est, Sud-Ouest). Ils sont chargés de mettre en place la politique définie au niveau national et d'animer la coopération inter-hospitalière (réseau de surveillance, formation, documentation, études). Au niveau national, deux structures pilotent l'action ministérielle : d'une part, le comité technique national des infections nosocomiales (CTIN), instance de proposition, de coordination et d'évaluation constituée d'experts hospitaliers, qui a pour rôle de proposer des objectifs prioritaires et des méthodologies standardisées de surveillance et de prévention ; d'autre part, la cellule « infections nosocomiales » du ministère de la santé, commune à la Direction Générale de la Santé et à la Direction des Hôpitaux, qui coordonne l'ensemble du dispositif.

En novembre 1994, un plan de lutte à cinq ans contre les infections nosocomiales a défini les grands axes de la politique à mener. Des actions ont été engagées autour de quatre points principaux :

- L'élaboration et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
- L'amélioration de la formation en hygiène hospitalière
- Le renforcement du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales
- La mise en place d'actions de surveillance

La loi du 01^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la sécurité sanitaire a introduit trois dispositions supplémentaires qui concernent l'instauration des CLIN dans les cliniques privées, le principe d'un recueil et d'un signalement des infections nosocomiales, et le renforcement de la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Au Centre Hospitalier du Mans, un CLIN a été mis en place dès 1989. Le service d'hygiène et d'épidémiologie hospitalière, que la réglementation ne rend pas obligatoire, est créé en 1991 grâce à la constitution d'un projet et à l'obtention de moyens spécifiques. Six postes sont alors créés en trois ans.

b) Le service d'hémovigilance et la mise en place du dispositif d'hémovigilance au niveau national

La création du Service d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle répondait à la nécessité pour le Centre Hospitalier du Mans d'assurer la sécurité du processus de

transfusion sanguine. Ce sujet a constitué un problème majeur de santé publique en France à partir du début des années 1990. Le drame du sang contaminé a entraîné une prise de conscience, qui s'est traduite par un renforcement du cadre législatif entourant les actes transfusionnels.

Le concept d'hémovigilance a réellement vu le jour à la suite d'un rapport du Comité de la Sécurité Transfusionnelle en 1992, même si de nombreuses activités, déjà anciennes, de certains établissements de transfusion sanguine peuvent s'en rapprocher. La loi n° 93-5 du 04 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicaments définit et met en place le dispositif d'hémovigilance. L'article L. 1221-13 du Code de la santé publique dispose que l'hémovigilance consiste en un « ensemble des procédures de surveillance organisées depuis la collecte du sang et de ses composants jusqu'au suivi des receveurs, en vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus ou indésirables résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles, et d'en prévenir l'apparition »².

Le décret n°94-68 du 24 janvier 1994 relatif aux règles d'hémovigilance en définit les modalités et les moyens. Le dispositif d'hémovigilance est ainsi devenu un élément majeur et novateur de la sécurité transfusionnelle, et sa finalité, qui porte sur la prévention des effets inattendus ou indésirables, en fait un système de veille et d'alerte de la collecte du sang jusqu'au suivi des patients transfusés. On distingue l'hémovigilance « chaude », qui concerne tous les incidents survenus au cours d'un acte transfusionnel, et l'hémovigilance « froide », c'est à dire les incidents retardés que le suivi des receveurs peut mettre en évidence. Le dispositif d'hémovigilance mis en place par le décret de janvier 1994 est construit autour de quelques éléments fondamentaux .

Ce dispositif repose tout d'abord sur un réseau, articulé autour du niveau local, régional et national

Au niveau local, le réseau s'appuie sur des correspondants d'hémovigilance présents au sein de chaque centre de transfusion de l'Etablissement Français du Sang (EFS) ainsi que dans chaque établissement de santé pratiquant des transfusions. Ces correspondants, qui sont soit médecins soit pharmaciens, sont désignés respectivement par le directeur de l'EFS et par celui de l'établissement de santé pour une durée de trois ans renouvelable. Ils

² Code de la Santé Publique, art L.1221-1

sont chargés de rédiger une fiche d'incident transfusionnel dès lors qu'un effet indésirable ou inattendu leur est signalé.

Les correspondants d'hémovigilance des établissements de santé sont chargés notamment de recueillir et de conserver les informations relatives aux produits, aux receveurs et aux circonstances d'administration de tout produit sanguin labile distribué, en veillant à la qualité et à la fiabilité de ces informations afin d'effectuer la traçabilité des produits sanguins labiles. Par ailleurs, ils doivent signaler à l'Agence française du sang et au coordonnateur régional d'hémovigilance toute difficulté susceptible de compromettre la sécurité transfusionnelle, leur communiquer les informations qu'ils sollicitent, et veiller à ce que des procédures existent afin que les informations nécessaires à la traçabilité, notamment l'identification du patient et celle des produits effectivement transfusés, soient transmises à l'établissement de transfusion sanguine.

A l'échelon régional, les 24 coordonnateurs régionaux d'hémovigilance sont des médecins praticiens hospitaliers ou possédant des qualifications équivalentes, et dotés d'une expérience en matière de transfusion sanguine. Ils sont placés auprès du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Ils sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable par arrêté du ministre de la santé, après proposition du président de l'Agence française du sang et avis du préfet de région. Ils ont pour mission de recueillir pour toute leur région les fiches d'incident transfusionnel, afin de veiller à la qualité et à la fiabilité des informations recueillies, de coordonner l'ensemble des actions visant à améliorer la sécurité transfusionnelle (enquêtes épidémiologiques, formation, animation du réseau des correspondants de leur région...) et de suivre la mise en œuvre par les établissements de santé et de transfusion sanguine de leur région des règles d'hémovigilance.

Sur le plan national, l'Agence française du sang est chargée de piloter l'ensemble du système. Elle en définit les orientations, anime et coordonne les actions des différents intervenants, et veille au respect des procédures de surveillance. Le cas échéant, elle prend toutes les mesures appropriées à l'échelon national et à l'échelon local en vue d'assurer la sécurité transfusionnelle, ou saisit les autorités compétentes. Elle est destinataire des informations recueillies au cours des phases de préparation, de conservation et d'utilisation des produits sanguins labiles, et elle procède, d'une part, à des enquêtes épidémiologiques destinées à identifier les risques et à prévenir l'apparition d'accidents éventuels, et, d'autre part, à des études relatives aux conditions d'emploi des produits sanguins labiles. L'Agence française du sang possède une cellule hémovigilance composée de deux médecins transfuseurs, d'un médecin de santé publique, d'un épidémiologiste et d'un statisticien.

La fiche d'incident transfusionnel représente ensuite l'outil de base du dispositif d'hémovigilance. A la survenue d'un incident apparu en cours de transfusion ou postérieurement à celle-ci, le signalement des effets inattendus ou indésirables se fait dans les huit heures au correspondant d'hémovigilance de l'établissement dans lequel a été administré le produit sanguin labile. Celui-ci prévient à son tour le correspondant de l'EFS distributeur. Dans les quarante-huit heures qui suivent la déclaration de l'incident transfusionnel, ils rédigent ensemble une fiche d'incident transfusionnel qu'ils signent. Ils transmettent ensuite cette fiche au coordonnateur régional d'hémovigilance, quelle que soit la gravité de l'incident, et à l'Agence française du sang pour les incidents les plus graves ou impliquant la sécurité d'au moins un autre receveur. Ils commencent alors une enquête afin d'identifier aussi rapidement que possible la cause de l'incident, et de déterminer si ce dernier est imputable ou non à l'acte transfusionnel lui-même.

La mise en place de ce dispositif doit permettre d'assurer la traçabilité des produits sanguins labiles du donneur jusqu'au receveur. La circulaire DGS / DH n° 40 du 07 juillet 1994 définit la traçabilité comme « la possibilité, à partir d'une identification enregistrée, de retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit sanguin à toutes les étapes de sa préparation ou de sa distribution, ou, selon le cas, le(s) receveur(s) au(x)quel(s) il a été administré ». Ainsi définie, elle a pour objectif de permettre de retrouver, à partir d'un numéro de produit sanguin, soit le donneur dont le sang a été utilisé pour préparer ce produit, soit le destinataire auquel il a été administré. On peut ainsi établir le lien entre le produit sanguin labile délivré et le receveur effectif tout en préservant l'anonymat du donneur.

Afin de permettre cette traçabilité effective, le décret du 24 janvier 1994 prévoit une obligation pour chaque établissement de santé, public ou privé, de s'approvisionner en produits sanguins labiles auprès d'un établissement de transfusion unique. En outre, les établissements de transfusion et les établissements de santé sont chargés de mettre en œuvre des systèmes d'enregistrement, de recueil et d'échanges d'information relatives aux produits sanguins labiles.

Enfin, la traçabilité impose, une fois la transfusion faite, l'organisation d'un retour d'information des services de soins vers l'établissement de transfusion sur la destination effective de la poche de sang. Pour cela, les établissements de santé sont tenus de recueillir et de conserver les informations relatives à l'identification du patient auquel a été administré le sang, et les circonstances de cette administration. De telles informations sont nécessaires

à la conduite d'enquêtes transfusionnelles et à la mise en œuvre de mesures conservatoires (découverte d'une séroconversion par exemple).

En dernier lieu, le décret du 24 janvier 1994 prévoit la nécessité d'informer et de suivre les receveurs de produits sanguins labiles. Tout établissement de santé a l'obligation d'informer systématiquement et par écrit tout patient auquel a été administré un produit sanguin labile au cours de son hospitalisation..

Au Centre Hospitalier du Mans, la mise en place du dispositif d'hémovigilance s'est faite en plusieurs étapes. Dès le début de l'année 1992, le directeur de l'Etablissement de Transfusion Sanguine (aujourd'hui Etablissement Français du Sang) proposait plusieurs mesures pour améliorer la sécurité transfusionnelle dans l'hôpital, comme l'automatisation des groupages sanguins et le développement du système informatique. Suivant les recommandations d'une circulaire du Ministre de la Santé incitant à « une coordination centralisée entre Etablissements de Transfusion Sanguine (ETS) et établissements de santé pour améliorer la sécurité transfusionnelle », un comité de sécurité transfusionnelle a été créé dès juillet 1992, soit deux ans avant le décret de janvier 1994 qui le rend obligatoire. Il réunissait le directeur du Centre Hospitalier, le président de la CME, le directeur de l'ETS et plusieurs chefs de service. Il s'est principalement consacré à la formation, à l'élaboration de protocoles, et a mis en place un bon de prescription commun aux produits sanguins stables et labiles. Il a surtout permis une prise de conscience collective des enjeux de la sécurité transfusionnelle et la coordination de partenaires jusque là séparés.³

Grâce à l'expérience acquise en hygiène hospitalière, la direction du Centre Hospitalier du Mans a compris très tôt l'importance de la sécurité transfusionnelle pour la sécurité du patient, et en a fait un des axes du projet d'établissement. Demandée à l'autorité de tutelle dès 1992, la création d'un poste de praticien hospitalier temps plein a été effective en novembre 1993. Le candidat retenu (le Dr MORON) a pris ses fonctions en ayant constitué un véritable programme d'actions. Ce projet comprenait notamment le recrutement d'un surveillant chef, d'une secrétaire médicale à temps plein et d'une infirmière anesthésiste à temps plein. Une fois ces postes pourvus, le service de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance a pu commencer son activité en novembre 1994.

³ « Sécurité Transfusionnelle : stratégie et mise en oeuvre au Centre Hospitalier du Mans »-Mémoire réalisé par le Dr S. MORON- Université de Nantes-1995

c) Les soins palliatifs

L'ouverture de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs en 1997 a représenté la première implantation au Centre Hospitalier du Mans d'une unité de soins de type transversal. Les deux unités transversales précédemment créées (hygiène et hémovigilance) font en effet partie des services médico-techniques, avec un rôle de vigilance et de renforcement de la sécurité sanitaire. Avec la création de l'unité mobile de soins palliatifs, c'est plutôt l'amélioration de la prise en charge du patient et de son confort qui sont recherchés. Comme pour les services d'hygiène et d'hémovigilance, cette création trouve s'inscrit dans une politique de santé publique qui vise à développer les soins palliatifs en France. Mais il est intéressant de s'attarder également sur les débats suscités dans l'hôpital par la création de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs, car ces échanges ont déterminé les orientations actuelles de l'unité.

L'évolution de la législation française en matière de soins palliatifs doit tout d'abord être rappelée, afin de resituer la création de l'unité mobile au Centre Hospitalier du Mans dans son contexte politique et social.

En France, la réflexion sur les soins palliatifs débute dans les années 1970, soit assez tardivement en comparaison des autres pays européens, et notamment ceux de culture anglo-saxonne. Des médecins, des infirmières, des psychologues, des psychanalystes contribuent à cette réflexion. Cette démarche se concrétise par la circulaire Laroque du 26 août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. En 1993, le docteur Henri Delbecq présente un rapport réalisé à la demande du Ministère de la santé et de l'action humanitaire. Ce rapport fait le point sur le développement des soins palliatifs et sur la mise en application de la circulaire de 1986. Dans le même temps, des associations de bénévoles, comme la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), se développent et interviennent de plus en plus dans les hôpitaux en collaboration avec les équipes soignantes. A partir de décembre 1994, des mesures sont prises par les pouvoirs publics pour développer la lutte contre la douleur.

En 1999, le rapport du sénateur Neuwirth dresse le constat des retards français dans ce domaine. Il souligne que « l'immense majorité des personnes qui en auraient besoin ne

bénéficient pas de soins palliatifs ni d'un accompagnement adaptés⁴ », alors même que le système de santé français est considéré comme l'un des plus performants au monde. La prise en charge de la douleur a certes progressé, mais ne recouvre pas entièrement la notion de soins palliatifs. Ceux-ci supposent en effet une prise en charge globale, dont le traitement de la douleur n'est qu'un préalable. Selon la définition de la SFAP, les soins palliatifs sont en effet « des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle ». Ils rejettent à la fois l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Il s'agit d'apporter une réponse globale à l'ensemble des besoins de la personne à l'hôpital comme au domicile.

Le rapport Neuwirth explore ensuite les raisons de cette carence. Celle-ci provient de l'insuffisance de développement de la formation des médecins et de la recherche en soins palliatifs. Des obstacles réglementaires et budgétaires existent également, comme le caractère peu incitatif de la planification hospitalière et l'inadaptation du PMSI pour retracer l'activité de soins palliatifs. Le rapport insiste surtout sur la nécessité d'une loi spécifique dans ce domaine, pour que « la volonté politique de développer les soins palliatifs ne se réduise pas à des effets d'annonce ». Jusqu'alors en effet, plusieurs plans ministériels s'étaient succédés sans une réelle application des mesures annoncées. Une proposition de loi est ensuite faite, centrée sur quelques idées forces comme la reconnaissance officielle des soins palliatifs, l'intégration des soins palliatifs dans la planification hospitalière, le rôle de pôle de référence des C.H.U, l'autorisation automatique de création de structures d'hospitalisation à domicile (sans fermeture de lits hospitaliers en contrepartie).

La loi du 09 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs fait la synthèse de ces propositions et de quelques autres. Elle définit les soins palliatifs et aborde le droit de la personne à s'opposer à toute investigation ou thérapeutique, les soins à domicile, les centres de lutte contre le cancer, le rôle des bénévoles et le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Cette loi s'est vue conforter en février 2002 par l'annonce du programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005. Ce programme comporte trois grands axes :

4 Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement- L.NEUWIRTH-Commission des affaires sociales-Sénat 1999

- Développer les soins palliatifs et l'accompagnement à domicile ou dans le lieu de vie habituel. Partant du constat que seulement 25 % des personnes décèdent aujourd'hui à domicile alors que près des deux tiers le souhaiteraient, la loi a pour objectifs de soutenir les professionnels et les bénévoles qui interviennent à domicile, de développer l'hospitalisation à domicile pour soins palliatifs et de favoriser la constitution de réseaux locaux de soins palliatifs domicile-hôpital. Pour cela, diverses mesures sont envisagées, concernant notamment l'amélioration des conditions de rémunération des professionnels de santé qui pratiquent des soins palliatifs dans le cadre d'équipes à domicile.
- Poursuivre le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement dans les établissements de santé. En effet, alors que 75 % de la population meurt à l'hôpital ou en institution, les conditions de pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement du mourant ne sont pas partout optimales, même si la culture de ces soins se diffuse de plus en plus largement dans les établissements de santé. Les objectifs principaux sont donc d'une part d'augmenter l'offre hospitalière en soins palliatifs, en renforçant les structures qui en ont besoin et en améliorant leur répartition sur le territoire, et d'autre part de rapprocher les unités de soins palliatifs des autres services de l'hôpital. Parmi les mesures envisagées, on peut relever l'obligation pour chaque région, dans les trois ans qui viennent, de disposer d'une unité de soins palliatifs d'au moins dix lits en CHU ou en établissement de référence régionale et assurant la triple fonction soins / formation / recherche. Un rapprochement avec les professionnels hospitaliers de lutte contre la douleur est également préconisé.
- Sensibiliser et informer l'ensemble du corps social. Cela concerne la réalisation d'une campagne de communication sur les soins palliatifs et l'accompagnement, afin de faire savoir que la réponse du monde médical ne s'arrête pas avec le diagnostic de maladie incurable ou de fin de vie proche.

Face à cette législation désormais abondante, il faut resituer les conditions d'implantation de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs au Centre Hospitalier du Mans. Les premières réflexions au sein de l'hôpital ont commencé en 1993, soit bien avant la loi de 1999, à la suite d'un mémoire rédigé par deux médecins et trois soignants dans le cadre d'un D.U de soins palliatifs à l'université d'Angers. Ce mémoire est l'occasion d'une enquête sur la problématique des soins palliatifs à l'hôpital.

Des propositions sont formulées, qui insistent sur l'importance de la formation, la création d'une équipe mobile et la présence de lits fixes de soins palliatifs. Ce mémoire est à l'origine de grands débats dans l'hôpital sur l'orientation à donner à cette unité. La question est alors de savoir si l'unité doit être fixe ou mobile, et si elle doit avoir une spécialisation gériatrique. Ce débat débouche sur une situation conflictuelle, où chacun veut tirer l'unité vers sa propre spécialité. La rédaction d'un Livre Blanc en 1995 par le Dr Renou (oncologue), Mme Philippet (cadre infirmier) et Monsieur Sauvageon détermine l'orientation de la future unité. Le choix est celui d'une unité mobile plutôt qu'une unité autonome de lits fixes pour « ne pas dissocier le curatif du palliatif »⁵. Cette unité ne sera pas non plus spécialisée. Elle se veut « ouverte sur tous les services, pluridisciplinaire et conviviale »⁶. Elle ne comporte au départ que des locaux de consultation et un lit d'hôpital de jour. L'hospitalisation à domicile représente également un volet important du projet. Enfin, la formation y tient aussi un rôle essentiel. Ce Livre Blanc, validé par la CME en 1995, représente la ligne directrice de l'unité depuis sa création. Le modèle a été calqué sur celui des autres unités transversales existant déjà dans l'hôpital à cette époque, c'est à dire les unités d'hygiène et d'hémovigilance. L'objectif était aussi de se faire connaître dans l'hôpital avant même la création de l'unité.

Une enveloppe régionale est attribuée en 1997, et l'unité ouvre en novembre 1997. L'UMSP est rattachée à la dermatologie, ce qui permet d'avoir un chef de service neutre, et ainsi d'éviter les conflits dans l'hôpital et une connotation gériatrique trop importante (deux médecins de l'unité étaient gériatres).

d) l'unité douleur et les plans nationaux de lutte contre la douleur

Dans ce domaine également, il a fallu beaucoup de temps pour sensibiliser la communauté médicale. En effet, la douleur se caractérise avant tout par sa nature subjective et le fait qu'elle est dépourvue de tout marqueur biologique. On peut ainsi la définir comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle »⁷, ce qui souligne la grande variabilité qui peut exister entre chaque individu dans la perception et l'expression de la douleur face à une même situation douloureuse. Pendant longtemps, la douleur (aiguë ou chronique) a donc été sous estimée,

5 Livre Blanc «Les soins palliatifs », Centre Hospitalier du Mans, p 104

6 Idem

7 Définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP)

faute de pouvoir la détecter et de savoir la soulager efficacement. Malgré les efforts déployés par des équipes médicales et soignantes pionnières, depuis le début des années 1970, pour soulager les patients douloureux, la lutte contre la douleur n'est devenue un enjeu majeur de santé publique qu'à la fin des années 1990.

Cela s'est traduit par la mise en place de deux plans successifs (« plans Kouchner ») couvrant les périodes 1998/2000 et 2002/2005. Le premier plan national de lutte contre la douleur s'articulait autour de trois axes principaux :

- la prise en compte de la demande du patient
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins
- l'information et la formation des professionnels de santé, notamment pour mieux évaluer et traiter la douleur

Selon ce programme, la douleur ne doit plus être conçue comme une fatalité et être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé. De nombreuses actions ont été mises en place, renforcées certaines fois par des mesures réglementaires. Ainsi, parmi les actions les plus significatives, l'information des usagers a été développée, des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été créées, la formation initiale des médecins a été renforcée, ...Mais des progrès restaient à accomplir, notamment concernant la connaissance par le public des structures douleur et l'utilisation par les médecins des outils d'évaluation de la douleur.

Pour cela, le programme d'action pour 2002-2005 poursuit les objectifs du premier plan de lutte contre la douleur. Il vise notamment l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses) et de la souffrance en fin de vie. Il est centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

La réalisation de ces priorités s'accompagne de cinq objectifs

- associer les usagers par une meilleure information
- améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées

- améliorer l'information et la formation des personnels de santé

- amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur

- renforcer le rôle infirmier, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

Comme pour le premier plan national, ce programme fera l'objet d'une évaluation, qui sera rendue publique en 2005.

Au Centre Hospitalier du Mans, la première structure douleur s'est constituée avant même le premier plan douleur national, sous l'impulsion du Dr Duclos. Un financement est accordé par l'ARH dès 1998 en reconnaissance du travail effectué par l'équipe du CHM dans le département. Deux éléments consacrent ensuite officiellement l'existence d'une « unité douleur » au CHM. Dans un premier temps, une circulaire du 04 février 1998 identifie les structures douleur avec des critères de reconnaissance (consultation, unité, centre). Ensuite, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) définit les « unités pluridisciplinaires » comme des unités qui permettent une hospitalisation (complète ou de jour) et la réalisation de gestes techniques (existence d'un plateau technique)⁸. Pour être labellisés, les établissements doivent remplir de nombreuses conditions, dont les principales sont d'avoir un responsable médical titulaire de la capacité douleur et présent dans la structure durant son temps de fonctionnement, ainsi qu'au moins trois médecins de spécialité différente, dont un psychiatre et un neurologue. Chacun des trois médecins doit effectuer au moins deux demi-journées de consultations consacrées à la prise en charge de la douleur chronique. En retour, la reconnaissance en tant que « pôle de référence départemental » implique plusieurs obligations, comme celle de répondre aux demandes de consultation, de développer la formation pour tous les acteurs de soins, et d'établir des réseaux avec les autres structures sanitaires (consultations avancées) et les médecins et soignants libéraux.

Remplissant l'ensemble de ces conditions, la structure douleur du CHM est reconnue « unité » en octobre 1998, avec un rôle de pôle départemental. A la suite de cette « labellisation » de l'unité douleur, le COM 1999 a ensuite donné des moyens pour quatre ans.

⁸ SROS 1999-2003, ARH Pays de Loire, octobre 1

Quelle que soit l'origine de la création des différentes unités transversales, l'investissement personnel des médecins ou soignants concernés a constitué un élément déterminant. La phase de construction des projets a nécessité un travail très important, bien souvent réalisé sur le temps personnel après les heures de service. Cette motivation, appuyée le plus souvent par un fort soutien de la direction à ce moment là, a permis de surmonter les difficultés survenues lors de l'implantation dans l'hôpital.

2°) Difficultés initiales

Les résistances ont été nombreuses au début du fonctionnement des unités transversales, même si toutes n'ont pas connu le même niveau de difficultés. On peut les analyser comme, d'une part, des difficultés pour les unités de soins à s'habituer à un nouveau partenaire intervenant dans la prise en charge de leurs patients, et, d'autre part, comme la nécessité pour les unités transversales d'un temps d'adaptation pour situer leur action dans le fonctionnement global de l'hôpital. Le rapprochement a le plus souvent été l'œuvre des unités transversales elles-mêmes, qui ont effectué un important travail pédagogique pour convaincre les autres unités de l'apport qu'elles pouvaient représenter en termes de qualité de prise en charge. Cette démarche volontariste a conditionné la réussite de leur implantation. Elle a représenté une étape décisive dans la vie des unités transversales.

Compte tenu de la nature diverse de leurs champs d'intervention, les différentes unités transversales ne se sont pas heurtées aux mêmes difficultés. Pour certaines unités, les obstacles étaient d'ordre technique, pour d'autres ils se situaient plus au niveau relationnel. Il y a une différence de nature et de niveau entre ces deux types d'obstacles. Les obstacles techniques constituent avant tout des difficultés à faire fonctionner correctement du premier coup un processus dont la mise en oeuvre est récente. Il s'agit dans ce cas de seulement rectifier des erreurs, des dysfonctionnements, mais la collaboration est déjà solidement développée avec les unités de soins concernées. Ainsi, le service d'hémovigilance a connu des difficultés dans la mise en place de la traçabilité des produits sanguins, comme le non retour des classeurs de traçabilité ou des problèmes d'étiquetage. Pour compenser cela, un important travail de formation a été effectué auprès des soignants.

Les obstacles relationnels ont représenté des problèmes plus profonds et plus complexes à résoudre sur le plan de l'intégration dans l'hôpital. A la différence des obstacles techniques, ils ne pouvaient en effet trouver de réponse simple et immédiate. Le principal enjeu a été de se faire connaître et accepter dans l'hôpital. La compétence et le savoir-faire apportés par les différentes unités transversales n'ont pas été reconnus d'emblée par les autres services de soins. En effet, l'intervention des équipes médicales et soignantes des unités transversales pouvait être perçue comme un regard sur le travail effectué dans les unités de soins, voire une intrusion dans un mode de fonctionnement bien rodé. Il a fallu beaucoup de temps pour que les mentalités évoluent. L'exemple de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs est à cet égard édifiant : il a fallu un an de rencontres avec des médecins et des soignants pour se faire accepter dans l'ensemble des services. Là encore, le travail de formation a été une voie d'intégration privilégiée dans l'hôpital. La montée en charge a été progressive, en se basant sur les besoins des services où il y avait le plus de décès (pneumologie et gastrologie).

3°) Des compétences nouvelles pour le Centre Hospitalier du Mans

La création de ces unités a permis l'apport de compétences nouvelles au Centre Hospitalier du Mans. Le projet d'établissement a ensuite retracé ces évolutions, mais de manière dispersée : il n'y a pas de chapitre consacré spécifiquement aux unités transversales, certaines figurent dans le projet médical (douleur et soins palliatifs) et d'autres dans le projet qualité (hygiène hospitalière et hémovigilance). La transversalité apparaît toutefois en filigrane dans le projet d'établissement

A travers l'implantation des différentes unités transversales, l'hôpital poursuit un double objectif d'amélioration de la prise en charge des patients et de renforcement de la sécurité sanitaire. On peut à ce titre tenter d'établir une typologie des unités transversales, en distinguant celles qui visent à améliorer le confort du patient au cours du processus curatif (soins palliatifs et douleur) et celles qui ont pour but la prévention et la gestion d'un risque sanitaire (hygiène et hémovigilance).

L'amélioration de la prise en charge des patients est un élément clef de la démarche qualité conduite au Centre Hospitalier du Mans. Le développement des soins palliatifs et de la lutte contre la douleur représente un exemple concret significatif du travail accompli dans ce domaine au cours des cinq dernières années. Répondant à un besoin réel, l'ouverture de ces deux unités a permis la mise en oeuvre de techniques nouvelles et l'apport de compétences médicales et infirmières spécifiques, compétences reconnues par des diplômes universitaires. On peut citer à titre d'exemple le Diplôme Universitaire de soins palliatifs obtenu par deux médecins et trois soignants de l'hôpital en 1993 ainsi que la spécialisation d'algologue de deux médecins de l'unité douleur. Ces compétences nouvelles apportent une plus-value certaine à l'hôpital dans la prise en charge des patients. Elles répondent également aux objectifs fixés par la charte du patient, qui insiste sur la nécessité de mettre en place une prise en charge de la douleur dans l'hôpital.

Au cours des années 1990, les hôpitaux ont dû développer une politique de gestion des risques dans un contexte de renforcement de la sécurité sanitaire. Au Centre Hospitalier du Mans, la mise en place de cette politique de gestion des risques s'est heurtée à de fortes résistances. C'est donc autour de la consolidation des vigilances, première ébauche de gestion des risques, que se sont concentrés les efforts de l'établissement. La création des services d'hygiène et d'hémovigilance s'inscrit dans ce cadre : ce sont les équipes

opérationnelles chargées de mettre en oeuvre la politique de l'établissement dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales et de la transfusion sanguine. Dans l'optique de la démarche d'accréditation, la structuration de la nosovigilance et de l'hémovigilance ont représenté un atout pour l'établissement.

La nosovigilance et l'hygiène hospitalière représentent chronologiquement le premier système de vigilance mis en place au Centre Hospitalier du Mans. L'organisation mise en oeuvre repose sur l'articulation entre le CLIN, qui définit les orientations et les actions à conduire, le service d'hygiène et d'épidémiologie hospitalière, qui met en oeuvre la politique choisie et la présence de correspondants au sein des unités d'hospitalisation. Le CLIN élabore un programme d'actions à conduire qui comprend des actions de surveillance et de prévention des infections nosocomiales, un volet relatif à la formation et des modalités d'évaluation. Acquisée depuis une dizaine d'années, la compétence en matière d'hygiène hospitalière s'avère décisive pour le centre hospitalier, à un moment où les risques épidémiologiques s'accroissent (légiionnelles, bactéries multirésistantes) et où la multiplication des normes sanitaires nécessite une mise à jour permanente.

L'expérience acquise lors de la création du service d'hygiène hospitalière a servi pour fonder le service d'hémovigilance. Dans ce domaine le constat d'un fort retard du CHM rendait nécessaire la création d'une unité spécialisée. L'absence de dossier transfusionnel, de traçabilité des produits sanguins labiles, de suivi transfusionnel des malades occasionnels et d'information systématique des patients et des médecins traitants⁹ constituait un risque majeur pour le CHM. La nécessité d'éliminer ce risque a motivé la mise en place d'un système d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle, inspiré de celui existant en matière de nosovigilance. Ainsi, symétriquement à l'organisation existante pour la lutte contre les infections nosocomiales, le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance définit des axes d'action à conduire, le Service de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance met en oeuvre ces actions, et un correspondant local d'hémovigilance est présent dans l'hôpital. Une idée directrice a guidé la politique conduite : s'il est important que les prescripteurs puissent disposer de produits sanguins labiles de qualité, il est tout aussi essentiel qu'ils disposent de bonnes pratiques pour transfuser moins et donc transfuser mieux. Mais bien prescrire ne suffit pas. Il faut également que toutes les opérations qui vont de la prescription jusqu'à l'administration des produits soient correctement effectuées : analyses pré-transfusionnelles, prescription et rédaction de l'ordonnance, transport, réception, vérification et contrôle ultime, ... La constitution d'une

9 « Sécurité transfusionnelle : stratégie et mise en oeuvre au Centre Hospitalier du Mans », mémoire réalisé par le Dr Suzanne MORON-octobre 1995

véritable chaîne, appuyée sur des documents spécifiques et la rédaction de procédures, a donc été nécessaire pour doter l'hôpital d'une traçabilité et d'un système d'hémovigilance fiable.

Le rapport des experts visiteurs suite à la visite d'accréditation (octobre 2000) souligne l'apport de l'unité d'hémovigilance et de celle d'hygiène hospitalière dans la démarche qualité de l'établissement. Ainsi, « l'engagement des professionnels, des instances et de l'institution en matière de sécurité transfusionnelle¹⁰ », « le caractère parfaitement opérationnel des activités de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance » et « la mise en assurance qualité de la chaîne transfusionnelle » sont relevés comme des points forts au titre des vigilances sanitaires. De même, « la structuration et l'implication forte du service d'hygiène et d'épidémiologie hospitalière dans la mise en oeuvre du programme de maîtrise du risque infectieux » fait partie des points forts concernant la surveillance, la prévention et le contrôle du risque infectieux.

¹⁰ Rapport des experts-visite d'accréditation-Centre Hospitalier du Mans-octobre 2000

B- UN MODE DE FONCTIONNEMENT NOUVEAU DANS L'HOPITAL

Malgré la diversité de leurs champs d'action et de leurs compétences, les unités transversales possèdent de nombreux points communs dans leur organisation et leurs méthodes de travail. Il existe bien un mode de fonctionnement spécifique à ces unités, sensiblement différent de celui des unités non transversales. Elles introduisent ainsi dans l'hôpital des organisations et des méthodes de travail innovantes. Ceci est perceptible à trois niveaux. Tout d'abord, dans leur structure, elles s'éloignent du modèle pyramidal dominant dans l'hôpital. Ensuite, elles possèdent un rôle différent d'un service non transversal. Enfin, le travail des équipes transversales recèle des particularités.

1°) Un modèle différent du modèle pyramidal traditionnel

La structure hiérarchique des unités transversales diffère de celle des unités de soins traditionnelles. Ces dernières sont construites sur un modèle pyramidal immuable, reproduit à l'identique quelle que soit la spécialité médicale concernée. Ce modèle se caractérise par deux traits marquants. D'une part, la hiérarchie est clairement affirmée au sein de l'unité, selon le schéma suivant : au sommet se trouve le binôme chef de service / cadre infirmier, garant du bon fonctionnement du service; A la base, les médecins, les infirmières et les aides-soignantes participent peu aux décisions stratégiques. Même si ce fonctionnement hiérarchique s'est beaucoup assoupli au cours des dernières années, avec notamment la création des conseils de service et de département, il reste relativement présent dans les hôpitaux. D'autre part, la multiplication des échelons intermédiaires limite les contacts entre la base et le sommet de la pyramide.

Les unités transversales s'écartent des deux traits principaux de cette conception pyramidale. En premier lieu, le lien hiérarchique semble beaucoup plus souple dans les unités transversales, même s'il n'est pas totalement dissout. De l'avis même de plusieurs chefs de service rencontrés (hémovigilance et soins palliatifs notamment), la présence moins marquée de la hiérarchie est une différence majeure entre une unité non transversale et une unité transversale, quand ils comparent leur expérience de médecin d'un service transversal avec celle vécue dans une autre unité de soins (gériatrie par exemple). Cette conception différente de la hiérarchie peut même être affichée par l'unité de manière volontariste : dans

le « Livre Blanc » à l'origine de sa création, l'Unité Mobile de Soins Palliatifs fait ainsi de l'absence de hiérarchie un de ses principes de fonctionnement.

En second lieu, la taille réduite des équipes supprime les échelons intermédiaires entre la base et le sommet, ce qui rend la hiérarchie moins formelle que dans les autres unités de soins: l'UMSP ne comprend ainsi que 5 personnes, l'hygiène 9, l'hémovigilance 4. Il n'est de ce fait pas nécessaire de réunir un conseil de service pour permettre l'expression des personnels concernés.

Moins formelle, la hiérarchie n'est cependant pas totalement absente des unités transversales. Un chef de service se trouve à la tête de chacune de ces unités, avec un rôle qui comporte quelques nuances par rapport aux attributions traditionnelles du chef de service d'une unité de soins, mais dont le socle reste similaire. Il reste avant tout responsable du bon fonctionnement de son service et des actes, médicaux, soignants ou techniques, qui y sont pratiqués. Il conserve ensuite le pouvoir de trancher en cas de simple désaccord ou de conflit au sein de l'unité. Si on veut établir une distinction avec un chef de service d'une unité non-transversale, le chef de service d'une unité transversale possède un rôle externe proportionnellement plus important que dans les autres services de l'hôpital. Il doit ainsi assurer la représentation et la promotion de son activité dans l'hôpital, aussi bien en direction de la communauté médicale que du corps infirmier ou de l'administration. La nature même d'une activité en transversal impose en effet de se faire connaître et reconnaître dans l'ensemble de l'établissement. L'investissement personnel de certains chefs de service est tellement important qu'ils incarnent désormais leur unité à eux seuls. Dans les unités transversales consacrées directement aux soins comme l'UMSP ou l'unité douleur, le rôle interne du chef de service est également moins important comparativement à une unité de soins classique en raison de l'absence de lits fixes. La gestion des lits occupe en effet habituellement une part significative du travail d'un chef de service.

Sur le plan externe, une autre originalité des unités transversales transparaît dans le fait qu'elles entretiennent un rapport non hiérarchisé avec leurs prestataires : leurs interventions dans les services ne découlent pas d'une légitimité hiérarchique, et, à l'inverse, les équipes transversales ne sont pas subordonnées à la hiérarchie de l'unité fonctionnelle où elles interviennent. Ce postulat n'a pas été facilement accepté à l'origine par les médecins et cadres des services d'hospitalisation, qui ne reconnaissaient pas comme interlocuteur valable un agent d'une unité transversale d'une autre catégorie professionnelle. Petit à petit, les mentalités ont évolué. Il demeure que les interventions des équipes transversales doivent strictement respecter ce principe de rapport non hiérarchique avec les équipes des services non transversaux. Le fonctionnement du S.S.T.H. en est une bonne

illustration : dans le cadre de sa mission de vigilance, ce service est amené à conduire des enquêtes dans les services de soins, pour identifier l'origine d'un incident transfusionnel. L'infirmière du S.S.T.H interroge alors tous les agents concernés. Mais elle n'a aucun pouvoir de sanction, ce qui n'est d'ailleurs pas le but de son intervention. Elle a juste pour objectif d'identifier le dysfonctionnement et de chercher à y remédier.

La relation services transversaux / non transversaux se situe donc en dehors du cadre hiérarchique traditionnel. Elle est plutôt basée sur une confiance réciproque, qui est la condition essentielle de l'ouverture des services non transversaux aux unités transversales.

2°) Un rôle différent des autres services de l'hôpital

Les unités transversales ont pour principale caractéristique d'apporter une méthode de travail nouvelle dans l'hôpital, aussi bien dans le domaine des soins (Equipe Mobile de Soins Palliatifs et Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur) que des vigilances sanitaires (Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière et Service d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle).

La place des unités transversales dans l'hôpital peut être considérée sous deux aspects différents : leur rôle de diffusion d'une culture soignante ou sanitaire dans l'établissement et l'importance du travail de formation

a) Un rôle de diffusion d'une culture

Les unités transversales ont avant tout un rôle de diffusion d'une culture soignante, médicale, ou sanitaire dans l'hôpital et à l'extérieur de celui-ci.

- en interne, elles apportent leur expertise aux autres services de l'hôpital, dans le domaine soignant ou médico-technique, mais elles ont surtout pour vocation de diffuser ce savoir dans l'ensemble de l'établissement. En cela, elles diffèrent des autres services qui centralisent une compétence dans une spécialité donnée. L'hôpital est d'ailleurs largement bâti autour de ce modèle des spécialités médicales. Le Centre Hospitalier du Mans fait également du développement des spécialités médicales une de ses priorités. Celles-ci confèrent en effet une notoriété plus grande au centre hospitalier, et donc un pouvoir d'attraction

renforcé. Mais les savoirs et les techniques ainsi mis en oeuvre ne concernent chaque fois qu'un secteur précis de l'hôpital, et ne sont pas utilisables par d'autres équipes médicales ou soignantes.

A l'inverse, les unités transversales ont pour fonction et pour intérêt de créer un socle culturel commun dans l'hôpital. Cela peut être un type de prise en charge particulier, pour l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, ou la mise en place d'une vigilance sanitaire pour le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière et le Service d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle. Ainsi, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs a pour objectif de « développer l'esprit des soins palliatifs dans l'hôpital », comme le souligne le Livre Blanc à l'origine de la création de l'unité. De même, l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur a pour objet de « diffuser la culture de prise en charge de la douleur », conformément aux missions du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).

La finalité des unités transversales est en définitive que les autres services ou unités s'approprient le savoir qu'elles seules possédaient à l'origine, qu'ils soient capables de le mettre en oeuvre eux-mêmes, sans avoir systématiquement recours à l'unité transversale compétente. Dans l'idéal, l'unité transversale n'a alors plus qu'un rôle de référent face à des unités autonomes dans leurs pratiques. Si on pousse à l'extrême cette logique, on peut aller jusqu'à avancer que les unités transversales ont vocation à disparaître une fois qu'elles auront entièrement rempli leur rôle de diffusion d'une culture de prise en charge ou de gestion d'un risque sanitaire. Toutefois, cette situation n'est que purement théorique : former des équipes à des techniques médicales ou sanitaires est une oeuvre perpétuellement inachevée, en raison de l'évolution des techniques et du renouvellement des équipes soignantes ou médicales.

- A l'extérieur de l'hôpital, le réseau représente le mode de diffusion privilégié de cette culture soignante ou sanitaire. Il permet en effet de toucher des partenaires divers, qui n'appartiennent pas nécessairement au monde hospitalier. Comme en interne, l'objectif est de former un certain nombre de personnes ressources, qui puissent constituer des relais de prise en charge ou des référents locaux dans le domaine sanitaire. Les quatre unités transversales étudiées dans ce mémoire font ainsi partie d'un réseau, dont elles constituent le pôle de référence dans trois cas

sur quatre, dans le prolongement du rôle de référent départemental dévolu au Centre Hospitalier du Mans :

-le Service d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle appartient au réseau national de sécurité transfusionnelle, où son chef de service (le docteur Moron) est le correspondant local d'hémovigilance. Ce réseau constitue un cas un peu différent des autres, puisque son rôle est surtout de signaler les incidents qui peuvent survenir lors d'une transfusion

-le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière est le pôle de référence du réseau LUTIN 72, qui rassemble des établissements de santé de l'ensemble de la Sarthe et a pour but d'améliorer la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales.

Deux réseaux s'inscrivent dans le cadre de la Communauté d'Etablissement de la Sarthe, dont le Centre Hospitalier du Mans constitue l'établissement de référence :

-l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs est un des deux « pôles ressources » du réseau Ariane 72, réseau de soins palliatifs en Sarthe. Selon ses principes de fonctionnement, ce réseau « s'appuie sur les compétences de chaque partenaire pour développer une culture de soins palliatifs », dans le respect du rôle propre et des compétences de chacun. Possédant à sa tête une équipe de coordination composée d'un médecin, d'un cadre infirmier et d'un psychologue, ce réseau comprend deux « pôles ressources » (le Centre Hospitalier du Mans et le Centre Médical du Grand Lucé) et une association de bénévoles (JALMALV). Il oriente ses actions notamment vers les établissements de soins du département, les médecins et infirmiers libéraux, les maisons de retraite, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D), qui sont autant de partenaires du réseau.

-l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur a été à l'origine de la création d'un « réseau douleur » dans la Sarthe, qui vise à mettre en place des actions communes entre le Centre hospitalier du Mans et les autres établissements de la Communauté d'Etablissements en matière de lutte contre la douleur. Outre des actions de formation, les projets envisagés pour les années 2000-2001 comportaient des réunions pluridisciplinaires sur sites et la mise en place d'un dossier commun du patient douloureux dans la Sarthe. Pour des raisons diverses,

et notamment financières, tous ces projets n'ont pu pour le moment être menés à bien.

Les unités transversales consacrent une part relativement importante de leur temps à leur activité extérieure, mais cette part est encore plus importante sur le plan qualitatif que quantitatif : par ce biais, les unités transversales contribuent à ouvrir le Centre Hospitalier du Mans sur son environnement et participent à l'élaboration d'une véritable « carte sanitaire » de la Sarthe.

A l'intérieur ou en dehors de l'établissement, la formation représente le vecteur principal de diffusion de cette culture.

b) L'importance du rôle de formation

La formation tient une place prépondérante dans l'activité de l'ensemble des unités transversales. Pour compléter leur activité d'expertise, celles-ci ont en effet un rôle de diffusion des savoirs dans l'hôpital, en vue d'enraciner une véritable culture de leurs disciplines respectives chez les médecins et soignants du centre hospitalier.

Ce rôle de formation figure parmi les missions des unités transversales, telles qu'elles sont définies par les textes. De toute façon, la formation est apparue d'emblée comme une nécessité pour toutes les unités transversales. Elle a représenté un moyen privilégié pour nouer des contacts avec les autres services de l'hôpital et l'ensemble des catégories professionnelles.

On peut distinguer plusieurs étapes dans la mise en place des actions de formation. Elles ont été dans la plupart des cas précédées d'un temps d'information envers les médecins et soignants du centre hospitalier. Ainsi, le Service d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle a effectué un important travail d'information préalable auprès de tous les corps de métiers (médecins, surveillants, infirmières, secrétaires médicales) et des instances (CME) avant la mise en place du système documentaire de traçabilité. Il s'agissait de sensibiliser l'ensemble des acteurs-clés de l'hôpital à l'amélioration de la sécurité transfusionnelle, et notamment ceux susceptibles de jouer le rôle de relais auprès des équipes de soins, comme les surveillants par exemple. Ce temps d'information peut parfois se poursuivre bien après l'implantation de l'unité. L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs

consacre encore aujourd'hui, soit 5 ans après sa mise en service effective, une part importante de son travail aux activités d'information. Ces activités permettent l'échange d'information dans le domaine des soins palliatifs pour renforcer les compétences des différents partenaires et pour parfaire l'implantation de la structure en intra et extra hospitalier. Cette activité a doublé pour chaque membre de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs entre 2000 et 2001, le choix ayant été fait de permettre à toute personne qui le souhaitait d'obtenir rapidement une information claire et adaptée en matière de soins palliatifs. Cette mission apparaît essentielle aux yeux de l'équipe de l'E.M.S.P, car elle diffuse « l'esprit des soins palliatifs » à différents niveaux, et peut s'ouvrir, dans un second temps, sur une demande de formation. Pour cela, au cours de l'année 2001, les médecins, le cadre infirmier, le psychologue et le psychanalyste ont effectué plus de 200 interventions dans le cadre de cette mission d'information, représentant un total de plus de 200 heures¹¹.

Les objectifs assignés aux actions de formation diffèrent quelque peu entre les unités transversales ayant un rôle médical et les autres. Pour l'EMSP et l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, leur taille réduite ne leur permet pas de couvrir tout l'hôpital. Ce n'est d'ailleurs pas leur vocation, ou elles deviendraient des spécialités médicales à part entière et perdraient leur aspect transversal. Le seul moyen d'étendre la pratique de leur discipline est donc de former d'autres équipes, et de diffuser une culture dans l'établissement comme énoncé précédemment. Pour les unités médico-techniques, les systèmes de vigilance ne peuvent être efficaces que si l'ensemble des équipes médicales et soignantes ont les connaissances suffisantes pour appliquer les mesures de prévention et les règles de déclaration des incidents en vigueur.

Développer la formation est donc encore plus essentiel pour une unité transversale que pour un autre service de l'hôpital, puisque c'est une condition sine qua non pour accomplir sa mission de soins ou de vigilance.

Le temps consacré à la formation traduit bien l'importance de cette activité pour les unités transversales. A titre d'exemple, en 2001, les médecins et le cadre infirmier de l'EMSP ont consacré respectivement 64 et 77 interventions à la mission de formation, soit 135h15 plus une journée pour les médecins et 171h30 plus deux journées pour le cadre infirmier. Le psychanalyste y a également concouru pour sept interventions, ce qui démontre que tous les

¹¹ Equipe Mobile de Soins Palliatifs-Bilan annuel 2001 p 18

aspects du travail de l'unité sont valorisés en termes de formation. De plus, le volume total de cette activité a augmenté en 2001 par rapport à l'an 2000.¹²

De même, en ce qui concerne la lutte contre la douleur, 171 soignants et cadres ont participé en 2001 à la formation « la douleur : une évaluation, une réponse » dispensée par l'UETD¹³.

Le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière, quant à lui, a dispensé plus de 200 heures de formation et d'enseignement au Centre Hospitalier du Mans en 2001, touchant plus de 1500 personnes dans des professions très diverses (étudiants en médecine, restauration, soignants, etc.)¹⁴

Ces formations peuvent être divisées en plusieurs catégories, selon le public auquel elles s'adressent :

- la formation intra-hospitalière : toutes les unités transversales sont concernées par ce type de formation, mais le public visé varie en fonction de l'unité. Ainsi, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ciblent plus leurs actions vers les équipes médicales et soignantes, alors que le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière s'adresse à un public beaucoup plus varié : il intervient à la fois dans les services médico-techniques, au laboratoire, en restauration et auprès des étudiants en médecine. Le calendrier de la formation permanente fixe les priorités et les limites de ces actions de formation.

Les initiatives mises en place par l'EMSP et l'UETD dans ce domaine illustrent bien la volonté d'ouvrir cette formation à un public de plus en plus large. Ainsi, le projet institutionnel de l'EMSP prévoit des journées de sensibilisation à l'intention de tous les services. Dans le même esprit d'ouverture, l'UETD dispense depuis février 2000 un staff « douleur chronique » mensuel ouvert à tout médecin de l'établissement et aux médecins libéraux, ainsi qu'aux infirmières et cadres infirmiers appartenant ou non au Centre Hospitalier du Mans.

- la formation extra-hospitalière : l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie

¹² EMSP-rapport d'activité 2001 p 23

¹³ UETD-bilan d'activité 2001 annexe II

¹⁴ SHEH-rapport d'activité 2001 p 15

Hospitalière organisent ou participent à des actions de formation extra-hospitalière, dans le cadre des réseaux de soins:

-l'EMSP consacre environ la moitié de son activité de formation à la formation extra-hospitalière, dans le cadre du réseau Ariane 72. Des stages sont notamment organisés. Une charte inter-établissements a permis d'inscrire ces formations dans un partenariat de long terme.

-l'unité douleur effectue son travail de formation extra-hospitalier dans le cadre du « réseau douleur » de la Communauté d'Établissements. Mille personnes environ sont formées chaque année dans la Sarthe par ce moyen. Ce réseau représente un bon terrain de stage pour les soignants (infirmiers passant un D.U. douleur) et les médecins algologues. Cette activité de formation externe représente 40 % du volume total d'activité de l'unité

-de son côté, au titre des actions menées en 2001, le service d'hygiène a délivré une formation / sensibilisation à l'audit clinique par l'intermédiaire du réseau LUTIN 72. De plus, il participe à divers groupes de travail en dehors de l'hôpital, comme les séances du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France par exemple.

- la formation initiale en direction des IFSI et des écoles d'aides-soignantes. Elle a tendance à se développer de plus en plus. En effet, les disciplines concernées sont pour certaines assez récentes (moins de dix ans d'existence dans l'hôpital) et les besoins en formation sont croissants. A titre d'exemple significatif, on peut citer la programmation sur trois ans d'un enseignement obligatoire de soins palliatifs à l'IFSI. Ce projet a été validé au niveau du réseau Ariane 72. De plus, des groupes d'écoute ont été mis en place depuis mars 2002 pour aider les élèves à faire face aux difficultés rencontrées dans leur première expérience d'accompagnement des malades en fin de vie. Le Service d'Hygiène a également consacré une soixantaine d'heures en 2001 à la formation initiale à l'IFSI et à l'école d'aides-soignantes.

3°) Spécificités du travail en transversal

La différence de rôle et d'organisation entre les unités transversales et les autres unités se traduit par une spécificité très marquée du travail des équipes médicales et soignantes de ces unités. Les professionnels rencontrés, qui exercent ou ont exercé dans des unités « non-transversales », témoignent des différences qu'ils peuvent ressentir entre ces deux expériences. Plusieurs points ressortent de ces entretiens :

- le travail en transversal apporte en premier lieu une autre vision de l'hôpital, de son fonctionnement et des dysfonctionnements qui y existent. Se situant dans une logique différente de la gestion de lits au quotidien, le médecin d'une unité transversale est ainsi amené à porter un regard particulier sur la Durée Moyenne de Séjour (DMS), la cotation en points ISA et la spécialisation très forte de l'hôpital. Le recul dont disposent les praticiens des unités transversales leur permet d'entretenir une réflexion intéressante sur les modalités de prise en charge des patients et sur l'organisation de l'hôpital, d'autant plus que les méthodes et les finalités de leur unité divergent parfois des unités traditionnelles. Ainsi, le médecin de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs évoque de manière très claire le décalage qui peut exister entre la logique d'un service de soins classique, basée sur la prise en charge d'une pathologie précise et la nécessité de maîtriser la DMS, et la logique des soins palliatifs, qui supposent une prise en charge globale et une gestion du temps plus large pour le malade : entre l'annonce du diagnostic (d'un cancer par exemple) et la mise en place du traitement (chimiothérapie), le temps écoulé est souvent très court, alors que le patient aurait besoin de plus de temps pour assimiler psychologiquement ce diagnostic.

Le chef de service de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur, insiste également sur la prépondérance de la prise en charge globale dans une activité de soins transversale, par opposition au principe de spécialité médicale dominant dans l'hôpital. Toutefois, la prise en charge globale est plus due à la nature de l'activité (soins palliatifs ou lutte contre la douleur) qu'à la transversalité elle-même. Le décalage de logique apparaît donc plus comme le résultat de la confrontation de deux types de prise en charge différentes que comme la conséquence de la seule opposition services transversaux / non transversaux.

Cette vision différente de l'hôpital s'accompagne d'une perception plus aiguë des dysfonctionnements qu'il renferme. En effet, en intervenant dans les services, les équipes transversales identifient facilement les problèmes qui peuvent exister au sein d'un service. Elles perçoivent également rapidement les difficultés de coordination entre services ou départements. En « cassant » le modèle pyramidal de l'hôpital, les services transversaux mettent en effet à jour des aspects jusque là non explorés de son fonctionnement.

- Ensuite, et cela peut apparaître comme une des principales caractéristiques du travail en transversal, les équipes des unités transversales possèdent un rôle

permanent de transmission des outils aux autres professionnels de l'hôpital, ce qui n'est pas nécessaire dans un service classique où toutes les techniques utilisées sont connues et maîtrisées. Les médecins, soignants et hygiénistes des unités transversales ont ainsi une fonction pédagogique importante, en plus de leur apport médical, soignant ou technique. Ils doivent donner aux autres équipes de l'hôpital la possibilité de s'approprier facilement les savoirs et les techniques qu'eux seuls possèdent à l'origine. Cela rejoint la mission de formation et de diffusion culturelle dévolue aux unités transversales. Le caractère relativement récent (moins de 10 ans) de l'implantation des disciplines concernées dans l'hôpital explique également la permanence de ce rôle de transmission.

En définitive, travailler en transversal, c'est d'abord et avant tout faciliter le travail des autres unités dans un domaine particulier. Cela peut être prendre en charge une partie de la pathologie du patient, et ainsi alléger le travail d'une équipe soignante sur un point qu'elle ne maîtrise pas. Ou cela peut consister à mettre en place un processus, par un ensemble de procédures et de protocoles, qui rendra le travail de l'équipe soignante concernée sûr à 100% sur le plan sanitaire. Le travail effectué par le Service de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance est très représentatif de ce rôle de facilitation du travail des autres : les documents liés à la traçabilité des produits sanguins labiles ont été mis en place à partir d'une observation du travail des infirmières, puisque ce sont elles qui réalisent les transfusions et doivent de ce fait être des maillons forts de la chaîne de traçabilité. Ces documents ont donc été conçus pour pouvoir s'intégrer dans la pratique habituelle des infirmières, ce qui a nécessité quelques ajustements au départ. Ainsi, pour que la phase d'étiquetage des produits sanguins puisse bien s'effectuer au lit du malade, ce qui est indispensable pour permettre une traçabilité effective, il a fallu créer des étiquettes autocollantes faciles à utiliser pour les infirmières. En retour, c'était aussi un moyen de garantir la fiabilité du système de traçabilité.

Cette transmission des savoirs est donc d'autant plus efficace qu'elle a été pensée en se mettant à la place de l'utilisateur.

- D'un point de vue médical, le travail d'un médecin d'une unité transversale présente quelques particularismes par rapport à celui d'un médecin d'un service traditionnel. Le temps passé au lit du malade est comparativement moins important pour un médecin d'un service transversal, au profit d'un temps plus long consacré à l'organisation et à la création des structures, et au montage de dossiers parfois complexes. Le travail du médecin est donc plus axé sur la conception de projets, sur

la mise en place d'une organisation que sur le seul exercice de la médecine. C'est un travail plus varié que celui qu'un médecin peut effectuer dans un service classique, où les actes répétitifs et protocolisés constituent l'essentiel du quotidien.

- En dernier lieu, il faut souligner l'importance de la pluridisciplinarité dans le travail des unités transversales. Par la force des choses, celle-ci est naturellement déjà présente dans l'hôpital, mais elle est affichée de manière nettement plus volontariste dans les services transversaux. Le « Livre Blanc » à l'origine de la création de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs énonce ainsi clairement que l'unité sera pluridisciplinaire. De même, l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur en fait un de ses principes de fonctionnement. Les conditions de labellisation d'une structure douleur rendent d'ailleurs obligatoire « la présence d'au moins trois médecins de spécialité différente, dont un psychiatre et un neurologue ».

Cette volonté trouve une traduction dans la composition des équipes médicales et soignantes des unités transversales. Ainsi, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs est composée d'un médecin, d'un cadre infirmier, d'un psychologue et d'un psychanalyste. L'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, quant à elle, regroupe des compétences très variées : deux algologues, un psychiatre, un neurologue, un rhumatologue, un pharmacien, un kinésithérapeute, une infirmière notamment. Le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière comprend également des personnes compétentes dans des domaines très divers (pharmacie, bactériologie, épidémiologie,...)

Plus que la composition des équipes, ce sont les méthodes de travail des unités transversales qui démontrent ce caractère pluridisciplinaire. Le travail commun infirmière/ médecin est particulièrement mis en avant dans cette optique, aussi bien en ce qui concerne les interventions dans les services de soins que la formation. L'exemple du travail de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs illustre bien ce propos : les interventions dans les services de soins s'effectuent en binôme médecin / infirmière, sans que l'avis de l'un soit prépondérant sur l'autre. Au contraire, les deux regards médical et soignant sont perçus comme complémentaires.

Pluridisciplinarité et prise en charge globale sont indissociables. Pour pouvoir appréhender le patient sous tous ses aspects médicaux, sociaux et psychologiques, il est absolument nécessaire que l'unité possède des compétences multiples, et que celles-ci puissent toutes s'exprimer et être prises en compte.

La pluridisciplinarité peut également s'entendre comme le fait de travailler avec l'ensemble des catégories professionnelles et des corps de métier représentés dans l'hôpital. Ceci est spécialement vrai pour le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière, pour deux raisons. Tout d'abord, il dispense ses recommandations en matière d'hygiène dans tous les secteurs de l'hôpital et en direction de toutes les personnes potentiellement concernées (médecins, infirmières, aides-soignantes, techniciens,...). Ensuite, ce service peut être amené à faire travailler quasiment tous les corps de métier de l'hôpital, en raison de la variété des problèmes qu'il doit gérer. Par exemple, pour un problème sur la qualité de l'eau, il travaille avec les plombiers du service technique.

Toucher un public aussi large fait en contrepartie la difficulté du travail : des milliers de processus doivent être élaborés, puis mis en œuvre. Des compétences multiples s'avèrent nécessaires pour couvrir tous les domaines que recouvre l'hygiène hospitalière. Le nombre de personnes à convaincre d'améliorer leurs pratiques en matière d'hygiène reste important, ce qui constitue un défi supplémentaire à relever pour le SHEH.

Après la phase délicate et décisive d'implantation dans l'hôpital, le principal enjeu pour les unités transversales du Centre Hospitalier du Mans est donc d'arriver à intégrer leurs méthodes de travail bien spécifiques dans le fonctionnement global de l'hôpital. Cette intégration se poursuit avec des résultats contrastés selon les unités.

Dans une perspective plus large, la transversalité peut être utilisée comme un facteur de changement dans l'hôpital. Associée à un management plus participatif, elle contribue au décloisonnement des services.

DEUXIEME PARTIE :

L'INTEGRATION DES UNITES TRANSVERSALES : PREMIER PAS VERS LE DECLOISONNEMENT DE L'HOPITAL ?

Même si l'apport des unités transversales pour le Centre Hospitalier du Mans est indéniable en termes de compétences médicales, soignantes et sanitaires, et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, l'intégration d'un service transversal dans l'hôpital ne peut être réellement évaluée qu'à l'aune de ses relations avec les différentes composantes du monde hospitalier. En priorité, c'est la relation avec les services de soins qui détermine l'intégration d'une unité transversale dans l'hôpital. La relation avec l'administration joue ensuite également un rôle. La combinaison de ces deux éléments permet de se faire une idée plus précise du poids individuel et collectif des unités transversales dans l'hôpital.

L'étude de ces différents critères fait apparaître une situation contrastée entre les services transversaux. Mais cette situation n'est jamais fixée définitivement, et elle évolue sous l'influence de plusieurs facteurs, notamment le contexte financier et l'évolution de la stratégie de l'hôpital. La question de la pérennisation des structures transversales peut alors se poser.

L'enjeu pour l'hôpital va au-delà de la simple intégration des unités transversales. La diffusion de la transversalité comporte en elle la promesse du décloisonnement de l'hôpital, c'est à dire d'une meilleure utilisation des compétences et de l'information. La logique de pôles, administratifs ou médicaux, est la première traduction de cette transversalité.

A- LES UNITES TRANSVERSALES PARVIENNENT A S'INTEGRER DANS L'HOPITAL MALGRE UN CONTEXTE PARFOIS DIFFICILE

Comme énoncé précédemment, le degré d'intégration d'une unité transversale dans l'hôpital dépend essentiellement de la solidité des liens construits avec deux partenaires incontournables : les services de soins et l'administration. La relation avec les services de soins est fondamentale, puisqu'elle détermine l'impact professionnel dans l'hôpital sur le plan médical ou sanitaire, et en définitive le bon accomplissement ou non de la mission dévolue à l'unité transversale. Elle s'est affirmée progressivement au fil du temps. Malgré cela, l'impact des différentes unités transversales reste variable. De plus, dans un contexte difficile, des incertitudes demeurent sur l'avenir.

1°) La relation avec les services de soins s'est affirmée progressivement

La collaboration entre unités transversales et services de soins n'a pas été d'emblée facile. Il a fallu bien souvent beaucoup de temps et de patience aux équipes transversales pour se faire accepter dans les services de soins. En effet, derrière la mise en place de la transversalité se cachent des enjeux de pouvoir. Celle-ci pouvait être perçue comme une intrusion, voire une remise en cause des pratiques médicales et soignantes du service. Pour apaiser ces craintes et faire tomber les barrières à l'entrée, les équipes transversales ont élaboré des méthodes d'intervention bien précises et centrées sur l'expertise. Cependant, l'intervention d'une équipe transversale peut soulever des questions éthiques et poser des problèmes en terme de responsabilité médicale. L'action d'une équipe transversale peut également connaître certaines limites.

a) Une relation basée sur l'expertise

Les unités transversales ont avant tout un rôle d'expertise : elles apportent aux autres services une compétence qui améliore la prise en charge des patients. Toutefois, cette expertise peut prendre des formes différentes, et des distinctions doivent être opérées entre les différentes unités, en séparant ce qui relève du médical et du médico-technique.

L'unité mobile de soins palliatifs et l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur possèdent un rôle médical, qui vise à soulager les souffrances du patient. A ce stade, une remarque doit être effectuée.

Ces unités interviennent de manière séparée, même si la finalité de ces interventions est proche et certaines des techniques employées similaires. Comme décrit précédemment, l'histoire des soins palliatifs et de la lutte contre la douleur est bien distincte, autant sur le plan national qu'au Centre Hospitalier du Mans, ce qui explique cette séparation dès l'origine. Néanmoins, les interventions de ces unités n'ont pas un caractère redondant. D'une part, le contenu de la discipline n'est pas exactement le même, puisque les soins palliatifs visent principalement les personnes en fin de vie, alors que l'unité douleur traite la « douleur chronique rebelle ». Ces unités s'efforcent toutes deux de soulager la souffrance du patient, mais elles ne s'attaquent pas au même type de douleur. D'autre part, elles ne s'adressent pas non plus aux mêmes patients : l'équipe mobile de soins palliatifs ne prend en charge que des patients hospitalisés au Centre Hospitalier du Mans, alors que l'unité douleur a une activité importante de consultation externe, qui ne concerne pas des malades déjà hospitalisés. Des rapprochements s'opèrent ponctuellement sur certains points. Ainsi, en 2001, l'EMSP a participé aux travaux du CLUD et de l'Unité de Concertation de Cancérologie pour une meilleure prise en charge de la douleur au travers d'outils et de supports d'évaluation à l'intention des équipes, suivant leurs spécificités (chirurgie, médecine, pédiatrie, gériatrie).

Chacune de ses unités a développé un mode de relation qui lui est propre avec les services d'hospitalisation :

- Outre les activités évoquées plus haut (information, formation, réseau), l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs partage son temps entre des activités de conseil en soins, de fonctionnement (stratégie et groupes de parole), d'évaluation et de développement. Elle effectue son rôle d'expertise à travers l'activité de conseils en soins auprès des services d'hospitalisation, sous forme de compagnonnage.

Les interventions s'effectuent en réponse à une demande formulée par toute équipe soignante confrontée aux difficultés de prise en charge d'une personne adulte hospitalisée, dans le cadre d'un accompagnement. Elles ont toujours lieu en binôme médecin / infirmière ou psychologue / infirmière, afin d'avoir un regard complémentaire. Le conseil en soins comporte des soins techniques et relationnels et / ou un questionnement éthique, sans prescription directe. La prise en charge est globale : le patient est considéré à la fois dans sa dimension médicale, sociale et psychologique, et plus seulement sous l'angle d'une

pathologie déterminée. Une synthèse de la situation est effectuée par l'équipe de l'UMSP, qui inclut à la fois le patient et sa famille. Cette synthèse débouche sur des propositions, qui ne sont toutefois pas écrite sur le dossier de soins du patient mais sur un « bon vert » de consultations externes. Une trace écrite des avis donnés est ainsi obligatoirement conservée, en plus du résumé oral au médecin référent. La compétence de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs se limite à délivrer cet avis, elle n'a pas de rôle de prescription. C'est un projet de soins évolutif adapté à chaque situation, où l'équipe référente garde l'initiative de la prise en charge. Le médecin référent du service décide toujours en fin de compte de la thérapeutique à mettre en oeuvre et conserve la responsabilité médicale des actes effectués. Grâce au travail effectué depuis cinq ans, la compétence de l'UMSP est aujourd'hui largement reconnue et la demande ne cesse d'augmenter de la part de l'ensemble des services de l'hôpital.

Le suivi des interventions effectuées en 2001 témoigne bien de cette augmentation. Durant cette année, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs a été sollicitée pour 205 situations, ce qui représente une croissance de 6 % par rapport à l'an 2000. On peut remarquer que la hausse avait été plus forte entre 1999 et 2000 (+ 42 %)¹⁵, en raison d'un travail de recherche mené par le cadre infirmier de l'équipe, durant le premier semestre 2000, auprès de l'ensemble des cadres infirmiers soignants des services d'hospitalisation d'adultes. Toutefois, les causes de cette augmentation moins forte que les années précédentes sont actuellement recherchées, même si l'équipe pense avoir atteint sa capacité maximale de prise en charge en considération des moyens humains de la structure.

Les demandes proviennent majoritairement de patients âgés (65% ont plus de 70 ans), originaires des alentours du Mans. On note une très nette prédominance des malades cancéreux, qui représente 74% des cas en 2001. La durée des suivis est en moyenne de 17 jours, avec un minimum d'une journée et un maximum de 284 jours.

Les spécialités les plus demandeuses d'intervention sont la pneumologie et l'hépatogastro-entérologie, qui sont les spécialités à plus fort taux de décès dans l'hôpital. Par contre, la gériatrie n'est pas un service très demandeur. Cela s'explique par le fait que le long séjour possède un esprit proche de l'esprit des soins palliatifs : la prise en charge globale, la relation avec l'entourage familial du patient et la lutte contre la douleur sont des points communs entre le long séjour et la prise en charge palliative. Les services de long séjour ont déjà développé leur propre réflexion sur le sujet. Contrairement à ce qu'on pourrait

¹⁵ Bilan annuel 2001-Equipe Mobile de Soins Palliatifs-p.5

penser, ils ne sont donc pas une priorité pour l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, tout en entrant de manière régulière dans son champ d'intervention.

Les principaux motifs de recours à l'EMSP en 2001 sont la conduite à tenir globale face à un malade (37 % des appels) et le soutien des familles. La prise en charge de la douleur physique d'un patient n'arrive qu'en quatrième cause d'appel, avec un recul en nombre et en proportion par rapport aux autres types de demande depuis l'an 2000. Selon les membres de l'EMSP, l'augmentation progressive des demandes de conseils pour une prise en charge globale du patient montre une diffusion continue de la « culture palliative » dans l'établissement.

Dans le cadre de son activité de conseils en soins, l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs prend également en charge les suivis de deuils, en coordination avec les associations de bénévoles comme l'association J.A.L.M.A.V (Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie).

En conclusion, le partenariat entre l'EMSP et les services les plus demandeurs (pneumologie et hépato-gastro-entérologie) évolue vers une validation, voire une analyse des pratiques initiées par ces services, devenus de plus en plus autonomes sur ce plan. En revanche, ces unités demeurent très dépendantes de l'EMSP pour l'accompagnement des familles, par manque de formation et de temps disponible. Les attentes des équipes soignantes vis à vis de l'EMSP se déplacent donc vers « une demande de formation approfondie et de soutien sous différentes formes et une implication plus forte de l'EMSP dans les suivis de deuil. »¹⁶. En réponse à cela, l'EMSP s'efforce d'organiser des rencontres pour évoquer « à chaud » avec les équipes les situations difficiles, puis des formations et des groupes de parole.

- l'Unité multidisciplinaire de la douleur chronique rebelle possède un rôle d'expertise dans un domaine où la formation initiale des soignants et des médecins est encore lacunaire, même si elle est en progression. En dehors des activités très importantes de formation décrites plus haut, elle possède des missions de soins, de consultations, de coordination, et de consultations sur d'autres sites.

Elle suit un schéma d'intervention quelque peu différent de celui de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs. En effet, son rôle intra-hospitalier (60 % de l'activité) inclut surtout des consultations externes de patients non hospitalisés au Centre Hospitalier du Mans. 1103

¹⁶ Bilan annuel 2001-EMSP-p.30

consultations d'évaluation et de traitement de la douleur chronique chez l'adulte ont ainsi eu lieu en 2001¹⁷, ce qui représente une petite diminution par rapport à l'année précédente. Cette baisse relative s'explique par l'implication plus forte des praticiens dans la Communauté d'Etablissements. Une activité nouvelle de consultations pédiatriques a également été mise en place en 2001.

A côté de ces consultations externes existent aussi des consultations internes dans les services de soins du Centre Hospitalier, comme pour les soins palliatifs. La différence majeure avec l'unité mobile de soins palliatifs est que l'unité douleur n'a pas seulement un rôle de conseil mais aussi un rôle de prescription. Ces consultations internes sont de moins en moins importantes en raison du développement de la formation : en 2001, 299 consultations internes ont été effectuées, soit une diminution de près de 45% par rapport à l'année 2000. Elles sont effectuées à la demande du service, à l'aide d'un « bon de consultation de la douleur chronique ». Ce bon contient des outils d'auto-évaluation qualitative et permet aux médecins algologues de prendre contact avec l'équipe soignante et d'initier le traitement en concertation avec elle. La baisse des consultations internes est pour partie liée à la mise en place de ce bon. Les patients sont ensuite revus après leur sortie du service en consultation externe de suivi par l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. L'unité douleur collabore aujourd'hui avec tous les services de l'établissement dans le cadre de ces consultations internes.

Dans le cadre des activités de consultation, une part est réservée à « l'activité pluridisciplinaire ». Celle-ci comprend à la fois des activités médicales et paramédicales. Les activités pluridisciplinaires médicales consistent en des réunions de dossiers le premier mercredi de chaque mois, et des consultations pluridisciplinaires incluant un neurologue, un rhumatologue, un psychiatre et un sophrologue-acupuncteur. Les activités paramédicales englobent les interventions (consultations) du psychologue, du kinésithérapeute et de l'infirmière.

L'activité de l'UETD est également tournée vers l'hospitalisation, sous forme de trois lits dédiés aux patients douloureux chroniques dans le service de Médecine Polyvalente. Ceci marque une différence importante avec l'EMSP, qui ne possède pas de lits fixes ni même de lits dédiés. Le secteur d'hospitalisation fonctionne de plus en plus en hôpital de jour, pour des patients vus préalablement en consultation externe et dont l'état de santé justifie une hospitalisation. Mais cette activité demeure fragile en raison de l'impossibilité

¹⁷ Bilan 2001-Unité d'évaluation et de traitement de la douleur

d'assurer la permanence d'un algologue sur le site. A l'heure actuelle, les trois lits dédiés sont sous-utilisés, et un seul lit d'hôpital de jour serait suffisant.

Une rapide synthèse de l'activité de l'UETD en 2001 fait apparaître des points positifs, comme l'instauration d'une prise en charge pédiatrique ou le développement du réseau inter-établissements. Mais ce bilan met aussi en relief des points à améliorer, comme le nombre important de demande de premières consultations en attente (150 à la date de juin 2002).

Les unités d'hygiène hospitalière et d'hémovigilance tiennent quant à elles un rôle d'expertise dans le domaine médico-technique. A la différence des autres services médico-techniques (radiologie, biologie, pharmacie, etc.), elles ne sont pas productrices d'actes mais opèrent plutôt comme des prestataires de service, dans un but de maintien de la sécurité sanitaire et d'amélioration continue de la qualité.

- En plus de la mission d'enseignement et de formation décrite dans la première partie, l'unité d'hygiène hospitalière possède une fonction de prévention et de surveillance des infections nosocomiales, en application des orientations définies par le CLIN.

L'accomplissement de ces missions s'effectue selon plusieurs modalités, en distinguant les actions de prévention et de surveillance :

⇒ Trois types d'actions sont menées simultanément pour la prévention des infections nosocomiales : - les contrôles microbiologiques de l'environnement, qui peuvent être soit des contrôles de routine dans les services à risques, soit des contrôles ponctuels en cas de contamination, de travaux ou de besoins spécifiques. En 2001, 3158 prélèvements et analyses d'air, eau et surfaces ont été effectués par le laboratoire du Service d'Hygiène au Centre Hospitalier du Mans¹⁸. La majorité de ces prélèvements ont eu pour objet la qualité de l'eau. Les résultats des analyses qualitatives démontrent une absence de problèmes particuliers concernant la qualité de l'air, quelques cas de non conformité pour les surfaces, principalement dus à « une insuffisance d'entretien des matériels »¹⁹, et une amélioration sensible des résultats pour la recherche de *pseudomonas aeruginosa*

¹⁸ Rapport d'activité 2001-Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière-p. 4

¹⁹ opus cité

et de légionnelles. Grâce aux actions correctives et préventives menées dans ces deux domaines depuis fin 2000 (augmentation à 60° de l'eau chaude sanitaire, etc), la contamination de l'eau a sensiblement diminué au Centre Hospitalier.

- l'élaboration et la diffusion de recommandations au niveau départemental ou au niveau du Centre Hospitalier du Mans. Ces recommandations concernent des domaines variés, comme la réduction des risques de transmission des prions, l'entretien des locaux, la prévention et le traitement de la gale. Les secteurs concernés sont également très vastes, puisque le SHEH a déjà participé à l'élaboration ou à la mise à jour de fiches techniques et de recommandations en restauration (livret restauration), en endoscopie bronchique et en ORL (désinfection) et dans biens d'autres unités fonctionnelles ou départements.

-d'autres actions de prévention n'entrent pas dans les deux catégories précédentes, mais n'en sont pas moins importantes quantitativement et qualitativement. Ainsi, le Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière a participé en 2001 à plusieurs actions entrant dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité en tant qu'expert en hygiène, comme la lutte contre les bactéries multi-résistantes, la cellule « gestion de la qualité de l'eau », ou la démarche qualité en cuisine centrale (mise en oeuvre de la méthode HACCP). Ensuite, le SHEH a mis en place une évaluation des pratiques liées à l'hygiène, notamment sur la disponibilité des matériels nécessaires à l'isolement septique, le port des gants et les techniques de soins. Enfin, le SHEH a participé en 2001 plusieurs commissions où son avis a été sollicité, principalement dans le cadre des travaux en cours à l'hôpital.

⇒ La surveillance des infections nosocomiales a été réalisée conformément au programme d'action du CLIN pour la période 1999-2001. Elle comporte à la fois une surveillance des bactéries-cibles (cinq bactéries multi-résistantes dont l'élimination est prioritaire), des enquêtes d'incidence des infections nosocomiales, des enquêtes multicentriques et des investigations d'épidémie.

- La surveillance des bactéries-cibles comprend à la fois une surveillance générale, qui porte en particulier sur le nombre de patients porteurs de bactéries multi-résistantes, et des surveillances ciblées sur les services à risque (chirurgie et néphrologie notamment). Pour la surveillance générale, un système d'alerte a été créé à l'aide de tableaux de bords mensuels. Il se compose de deux niveaux : au premier niveau, des compléments d'information sont recherchés par le service d'hygiène; au deuxième niveau, le SHEH intervient dans l'unité de soins concernée auprès des médecins, cadres et infirmières.

- Des enquêtes d'incidence des infections nosocomiales ont été réalisées en 2001, conformément aux recommandations nationales. Les enquêtes ont eu lieu sur trois sites principaux : le site opératoire de chirurgie orthopédique (prothèses articulaires), la réanimation médicale et la pédiatrie-hématologie.
- des enquêtes multicentriques (enquête nationale de prévalence) et des investigations d'épidémie (cas groupés de BMR) ont complété l'activité du SHEH en 2001.

Au delà de cet aspect descriptif et statistique, la relation entre le Service d'Hygiène et les services de soins s'est construite selon les principes suivants. L'intervention s'effectue à la demande du service quand il y a un problème, ou à l'initiative du SHEH. La tendance est de formaliser de plus en plus les déclarations d'incidents, comme le montre la création du système d'alerte à deux niveaux avec tableaux de bord mensuels pour la surveillance des bactéries-cibles. Le mode d'intervention dépend de la nature du problème à régler. Celui-ci est pris en charge par un agent du service hygiène, en fonction de ses compétences (épidémie, etc). Les recommandations faites à l'issue de l'intervention n'ont qu'une valeur d'avis : le chef de service de l'unité concernée est libre de les faire appliquer dans son unité ou non. Il ne peut être contraint de se conformer aux recommandations. On voit donc ici aussi qu'il est essentiel que les services concernés s'approprient les règles de bonne pratique dispensés par le Service d'Hygiène et les intègrent dans leur propre culture de soins. Sans cette appropriation, les recommandations du SHEH risquent de rester vaines.

- Le Service de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (S.S.T.H) a pour mission d'assurer la sécurité des transfusions sanguines effectuées au Centre Hospitalier du Mans. Cela comprend d'une part la sécurité immunologique (compatibilité des groupes sanguins) et d'autre part la maîtrise du risque infectieux (maladies transmissibles comme le VIH ou l'hépatite). Pour accomplir cette mission de vigilance, le S.S.T.H a mis en place un système de traçabilité, après avoir évalué les pratiques en cours dans l'établissement. Cette traçabilité s'appuie sur une chaîne documentaire permettant de retracer tout le parcours d'un produit sanguin labile en cas de besoin. La relation avec les services de soins est donc extrêmement protocolisée, aussi bien pour le bon usage des documents de traçabilité que pour la déclaration obligatoire d'éventuels incidents. Il est en cela important de détailler maintenant la nature de ces documents et leur fonction ainsi que les modalités de recueil des données pour pouvoir comprendre le circuit transfusionnel mis en place. Le système de traçabilité du Centre Hospitalier du Mans est un système manuel avec support informatique

Les outils de traçabilité comprennent à la fois des documents de traçabilité et des documents transfusionnels²⁰.

Les documents de traçabilité sont des documents papier, dont l'utilisation et le recueil sont essentiels pour le bon fonctionnement du système de traçabilité. Quatre types de documents existent :

- l'étiquette des produits sanguins labiles : élaborée en collaboration avec l'EFS pour qu'elle réponde à toutes les exigences (résistance à la température de conservation des PSL, facilité d'utilisation), elle est composée de trois parties autocollantes détachables. Chacune de ces parties comporte le numéro du produit sanguin, ainsi que le code produit en numérique et en clair. La personne qui administre le PSL colle la première partie de l'étiquette sur la carte de contrôle ultime pré-transfusionnel lorsqu'il s'agit de globules rouges. La deuxième partie est collée sur la feuille de suivi transfusionnel, classée dans le dossier transfusionnel du malade. La troisième partie est fixée sur le classeur de traçabilité, solidarisée avec le code barres SIGMA du malade (identité et numéro d'hospitalisation du patient).
- le classeur de traçabilité des unités de court séjour : pour les unités de court séjour, le recueil de la trace est réalisé par site transfusionnel, à partir de deux classeurs, un par quinzaine du mois. Outre l'identification du PSL, l'identification du prescripteur et de l'infirmier qui a posé ou détruit le PSL, l'unité fonctionnelle, la date et l'heure de la pose du produit sont enregistrées. Ces classeurs sont adressés au secrétariat du S.S.T.H. à la fin de chaque quinzaine du mois.
- le document de traçabilité de long séjour : en raison de la faible activité transfusionnelle de ce service, les fiches sont transmises en temps réel au secrétariat du S.S.T.H.
- le document de traçabilité spécifique SAMU / SMUR : ce document spécifique a pour but de répondre à la réglementation concernant la cession des PSL

Les données de cette traçabilité manuelle sont transmises au S.S.T.H., enregistrées sur informatique, puis comparées au fichier de distribution de l'EFS pour la même période afin d'établir la traçabilité. Ces données figurent également dans les documents transfusionnels.

Les documents transfusionnels rassemblent toutes les informations sur le patient transfusé . Le document principal est un dossier transfusionnel unique, qui fait partie du

²⁰ Sécurité Transfusionnelle : stratégie et mise en oeuvre au Centre Hospitalier du Mans-Mémoire présenté par le Docteur S.MORON - octobre 1995

dossier médical du patient, et regroupe l'ensemble des documents immuno-hématologiques et des fiches transfusionnelles le concernant. Ces fiches retracent tout l'historique transfusionnel du patient grâce à l'étiquette correspondant à chaque produit sanguin labile transfusé qui y est collée. Le dossier transfusionnel comprend également le double de l'ordonnance nominative agrafé au bon de distribution de produits sanguins labiles, et les fiches d'incident transfusionnel. Il est ensuite archivé dans le dossier patient.

La méthode employée par le S.S.T.H. pour faire fonctionner efficacement le dispositif d'hémovigilance au Centre Hospitalier du Mans est avant tout basée sur le partenariat avec les services de soins. Au fil des années, un réseau s'est constitué avec ceux-ci, bâti essentiellement sur la confiance dans une équipe stable depuis la création du S.S.T.H. en 1994. Ce réseau se matérialise par le recours systématique à des groupes de travail pluridisciplinaires pour toute élaboration d'un nouveau projet par le S.S.T.H. Cela permet d'élargir toujours plus le réseau du service, de toucher tous les secteurs et toutes les catégories professionnelles de l'hôpital. En plus de cette élaboration collective, les documents, produits et procédures nouveaux sont à chaque fois testés par les utilisateurs eux-mêmes avant leur mise en place. Deux principes guident en définitive l'action du S.S.T.H. : tenir compte de l'avis des professionnels à chaque étape et que les procédures mises en place n'alourdissent pas trop la charge de travail.

Le bon fonctionnement de ce réseau exige un échange permanent entre l'équipe d'Hémovigilance et les services de soins. Cela se traduit par de fréquents déplacements du médecin et de l'infirmière hémovigilantes dans les services, soit pour accompagner la mise en place d'un nouveau dispositif, soit en cas de déclaration d'un incident transfusionnel. Dans ce dernier cas, le déplacement donne lieu à une enquête sur l'incident lui-même et sur la tenue des documents comme le dossier transfusionnel, la fiche, etc. Cette enquête permet de réinformer les infirmières si nécessaire.

Ce type d'enquête impose un positionnement hiérarchique très clair pour l'infirmière du S.S.T.H. à chaque fois qu'elle intervient dans un service. Elle cherche avant tout à comprendre ce qui s'est passé, sans porter de jugement. Son rôle est d'apporter les corrections nécessaires, auprès de la personne ou de l'équipe concernée, et d'informer les supérieurs hiérarchiques (surveillant, surveillant-chef, chef de service). Elle ne se substitue jamais à l'encadrement dans sa responsabilité propre et ne sanctionne pas les personnes en cause. En retour, tous ceux qui ont soulevé un problème ayant nécessité une réponse correctrice sont informés des décisions prises. Un retour d'information est également

organisé chaque année pour les cadres d'unités de soins sur la traçabilité des PSL dans leur service.

En 2001, 26 dysfonctionnements ont été déclarés, dont 5 imputables au Centre Hospitalier du Mans. Trois de ces dysfonctionnements sont considérés comme majeurs. Ils concernent la demande d'examens prétransfusionnels (oubli de noter une date de naissance sur un tube de prélèvement, tube non-étiqueté, etc)²¹

b) Le positionnement dans l'institution

La relation instaurée entre les différentes unités transversales et les services de soins soulève certaines interrogations en termes d'éthique et de responsabilité médicale, en particulier pour l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et l'Unité Multidisciplinaire de Prise en Charge de la Douleur qui ont un rôle soignant et médical. La place d'une unité transversale dans l'hôpital doit ainsi s'analyser en termes de positionnement dans l'institution, et plus seulement en termes de relation avec les autres services. L'exemple de l'EMSP servira à illustrer majoritairement ce développement, puisque cette unité se trouve au croisement du questionnement éthique et médical. Les illustrations employées ci-dessous ne sont pas nécessairement tirées de l'expérience du Centre Hospitalier du Mans, mais elles mettent bien en évidence les problématiques qui peuvent survenir dans l'activité d'une équipe mobile de soins palliatifs.

L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs se trouve confrontée dans son action à un questionnement éthique. Sa mission est en effet de permettre d'intégrer à la pratique clinique les soins palliatifs, en particulier dans leur aspect éthique. Ce questionnement éthique peut se présenter sous des formes et des niveaux très divers, mais il peut se résumer autour de la question « au nom de quoi? ». En d'autres termes, face à un pouvoir de connaissances et d'interventions grandissant, le techniquement réalisable est-il éthiquement justifié?²²

²¹ SSTH-Rapport d'activité 2001

²² « Transversalité et éthique », De la place au positionnement d'une équipe mobile de soins palliatifs dans un hôpital »-D. Abry-Gestions hospitalières Août/Septembre 2000, p 543

Les équipes médicales et soignantes, les familles ou les patients en fin de vie eux-mêmes peuvent solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs avec des niveaux de demande d'intervention très différents. Trois types de situations peuvent alors se présenter :

- la question éthique peut être clairement perçue et posée. C'est le cas par exemple lors de la décision d'arrêt d'un traitement, qui nécessite le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs pour l'élaboration d'un nouveau projet de soins et un soutien de la famille. La demande du service vis à vis de l'équipe mobile de soins palliatifs intègre ici de manière tout à fait explicite la question éthique

- dans un deuxième cas de figure, la question éthique peut n'être posée que de manière implicite. C'est souvent le cas lorsque, dans un service de soins, il y a un désaccord entre le projet thérapeutique médical, le projet de soins infirmiers et le désir du patient sur la poursuite d'un traitement. L'équipe mobile de soins palliatifs est alors appelée pour résoudre le conflit en même temps que le problème éthique.

-enfin, dans un troisième cas de figure, il se peut que la question éthique ne soit formulée ni de manière explicite ni implicite. Dans ce cas, l'équipe mobile est amenée à formuler elle-même le questionnement en décodant la situation. C'est notamment le cas pour un patient douloureux en fin de vie et complètement sédaté par l'équipe soignante du service, qui pense ainsi apporter le soulagement nécessaire. L'unité de soins palliatifs doit ici relever les questions éthiques soulevées par le sommeil induit et le risque d'euthanasie.

Face à ces questions éthiques, l'équipe mobile de soins palliatifs doit se positionner et agir dans la mesure de son niveau de compétences. Son rôle est de relever les questionnements et d'inviter les médecins et les soignants référents à avancer dans leur réflexion et leur responsabilité. En cela, l'équipe mobile se positionne d'abord comme un tiers, c'est à dire qu'elle est « en lien avec chacun des partenaires tout en étant extérieur à ce qui fait l'objet de leur relation »²³. Cette position est mobile et peut évoluer entre plus de proximité du malade ou de l'équipe demandeuse. On peut distinguer trois niveaux différents où l'équipe mobile doit jouer son rôle de tiers :

²³ « Transversalité et éthique, De la place au positionnement d'une équipe mobile de soins palliatifs dans un hôpital », art. cité

- entre le malade et l'équipe demandeuse, quand il n'y a pas de conflit dans le projet de soins, et donc pas de conflit éthique. A ce niveau, l'équipe mobile a un rôle d'adaptation des thérapeutiques et des soins, ainsi qu'un rôle de soutien à l'équipe

- entre les médecins et les soignants du service, lorsqu'un conflit de valeurs éthiques a pu être repéré par le service demandeur lui-même

- entre le corps médical et les instances internes, quand le conflit se reproduit dans plusieurs situations et qu'un consensus n'a pu être trouvé dans le service de soins.

Le positionnement est avant tout un choix de niveau de réponse. Il se situe dans l'intervalle entre la demande formulée et la réponse proposée. Ce travail de positionnement est influencé, d'une part, par la volonté d'aider les équipes médicales et soignantes à articuler curatif et palliatif, et, d'autre part, par la place particulière de l'équipe mobile de soins palliatifs dans l'institution hospitalière, à savoir une situation transversale et le fait de ne pas avoir de patients attachés à son unité.

Parallèlement au questionnement éthique, le sujet de la responsabilité médicale des actes effectués par une équipe transversale (soins palliatifs ou douleur) doit être abordé. L'intervention d'une équipe transversale pourrait en effet créer des situations de flou autour de la responsabilité des traitements et soins mis en oeuvre, surtout dans le cas où l'unité transversale est appelée pour un conseil en soins, comme l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs. Habituellement, le cadre d'un acte médical dans un service d'hospitalisation est bien défini : le médecin concerné écrit ce qu'il prescrit et le signe. Il endosse ainsi la responsabilité de cet acte. Le chef de service est quant à lui responsable de tout ce qui touche à l'organisation du service. L'intervention d'une autre équipe extérieure au service ne risque t'elle pas de perturber ce bel ordonnancement? En réalité, il n'en est rien : la responsabilité d'un acte médical reste toujours au médecin prescripteur, quels que soient les cas de figure envisagés. Si c'est le médecin de l'unité transversale qui effectue l'acte, c'est lui qui en assume la responsabilité. Par contre, si il possède simplement un rôle de conseil, c'est le médecin du service qui décide en fin de compte des thérapeutiques à mettre en oeuvre et est responsable des actes entrepris. Dans ce cadre, le rôle du chef de service est de veiller aux conditions générales de l'intervention de l'équipe transversale, et en particulier à l'articulation entre le projet médical et soignant du service et le déroulement de cette intervention.

c) Des limites à l'intégration dans les services

Même si les unités transversales ont progressivement étendu leur champ d'action sur la quasi-totalité de l'hôpital, cela ne suffit pas pour pouvoir parler d'une intégration réussie. Il faut également considérer la réalité de l'application de la culture soignante qu'elles diffusent ou des vigilances qu'elles mettent en oeuvre. De plus, des limites financières peuvent empêcher l'application de certaines recommandations. Ensuite, victimes de leur succès, certaines unités sont obligées de s'autolimiter dans leur activité, faute de disposer des moyens humains suffisant pour répondre à la demande.

Toutes les unités transversales ne connaissent pas le même niveau de difficultés. Ces limites font donc apparaître la diversité du degré d'intégration des services transversaux, et les contrastes qui peuvent exister entre les situations de ces unités.

Plus que la difficulté d'accès à un secteur ou un autre de l'hôpital, c'est la difficulté à faire entrer dans la pratique quotidienne des services la culture soignante ou sanitaire dispensée qui marque l'écart d'intégration entre les différentes unités transversales. La mission de certaines unités, comme le Service d'Hygiène Hospitalière, est particulièrement complexe, puisqu'elle est essentiellement basée sur l'édiction de recommandations et de conseils dont l'application entraîne nécessairement une remise en cause des pratiques existant dans le service. Ces recommandations sont bien mis en oeuvre dans un premier temps, mais les pratiques non conformes reprennent le dessus au bout de quelques temps. Cela nécessite une reprise en main permanente, ce qui peut créer un sentiment d'usure et de découragement parmi les agents du service transversal concerné.

Le seul véritable remède à cette situation est que les services de soins (et autres) de l'hôpital parviennent à s'approprier les recommandations du Service d'Hygiène et à les intégrer dans leur propre mode de fonctionnement. Cela passera sans doute par un effort de diffusion culturelle supplémentaire de la part de ce service transversal. En effet, une trop grande centralisation des compétences et du savoir en matière d'hygiène peut faire naître un phénomène de rejet face à des recommandations perçues comme étrangères aux préoccupations du service. Pour être efficace, une unité transversale ne peut jouer en permanence un rôle de contrôle ou de gendarme. Elle doit au contraire faire naître des vocations et susciter des relais, des personnes ressources au sein de la communauté hospitalière. Sans cela, elle s'éloigne de sa mission première de transversalité pour devenir

une spécialité comme une autre dans l'hôpital, avec les mêmes difficultés en termes de cloisonnement.

A cette relation parfois complexe avec les services de soins s'ajoute la difficulté de faire appliquer certaines recommandations émises pour des raisons financières. Là encore, le Service d'Hygiène se trouve, à son corps défendant, directement concerné, puisque l'application stricte des bonnes pratiques en matière d'hygiène peut avoir des conséquences financières importantes. Le respect des normes sanitaires voudrait ainsi le remplacement de certains matériels par d'autres, en vue de diminuer le risque infectieux. Mais la logique du Service Hygiène n'est pas forcément la même que celle des Services Economiques. A titre d'exemple, on peut citer le cas du rasage des opérés au bloc opératoire. Le respect des bonnes pratiques en matière d'hygiène de l'opéré recommande que le patient soit rasé avec une tondeuse, afin de diminuer le risque infectieux. Mais l'achat de ces tondeuses n'a pas été jugé prioritaire par les services économiques, ce qui s'est traduit par une certaine incompréhension dans l'établissement.

Dans une perspective plus large, on peut considérer que la principale limite d'un service transversal est de devoir en permanence faire coïncider ses propres projets avec ceux des autres services de l'hôpital. C' est un exercice éminemment difficile, qui requiert une grande faculté d'adaptation et une vraie souplesse de fonctionnement. La nécessité de coordination avec les autres services concerne naturellement tous les services de l'hôpital, qui sont de plus en plus interdépendants, mais elle est encore plus prégnante dans les unités transversales.

Une dernière limite est constituée par l'équilibre précaire que doivent trouver les unités transversales entre l'expansion de leur activité et les moyens humains et matériels dont elles disposent. Pour maintenir une certaine qualité de prestation, il est parfois nécessaire de se fixer un niveau d'activité maximal à ne pas dépasser. Le cas de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs est significatif de cet état de fait. Dans son rôle de conseil en soins, l'équipe considère avoir atteint son niveau maximum en 2001 avec 205 interventions. En effet, le départ d'un mi-temps médical et la perte de la psychologue risquent de mettre en danger l'unité, dans l'attente d'autres recrutements. La volonté est de préserver la qualité des soins par rapport à la quantité. Cette unité est en quelque sorte « victime de son succès » : la diffusion de la culture des soins palliatifs suscite de fréquents recours à l'EMSP. C'est aussi la contrepartie de la légèreté des structures transversales : cela peut représenter un atout mais aussi un handicap si la croissance de l'activité a été mal anticipée. L'étape

suivante est sans doute de rendre les services d'hospitalisation totalement autonomes dans cette discipline, mais cette perspective est encore lointaine.

Toutes les unités transversales ne font donc pas face au même type ni au même niveau de difficultés. D'où un impact plus ou moins fort des différentes unités dans l'établissement.

2°) L'influence des unités transversales dans l'hôpital

L'influence des unités transversales dans l'hôpital peut se mesurer selon plusieurs critères. Il faut tout d'abord l'envisager en termes de représentation collective, ce qui permet d'évaluer le poids des services transversaux dans la communauté médicale et hospitalière en général. La place des unités transversales s'analyse ensuite plus en termes d'impact que de poids politique. Enfin, de manière plus subjective, le sentiment de reconnaissance contribue à évaluer l'influence réelle d'une unité dans l'établissement et son degré d'intégration.

Les unités transversales ne sont pas représentées collectivement dans le centre hospitalier en tant qu' « unités transversales ». Elles existent seulement à titre individuel, notamment par la présence de leurs chefs de service à la CME. Durant la préparation du projet d'établissement, en 1998, un groupe de travail avait été chargé d'étudier la création d'un « pôle transversal », mais ce projet n'a pas été retraduit ensuite aussi nettement dans le texte définitif du projet d'établissement. La transversalité n'y apparaît pas expressément mais plutôt en filigrane. Cette absence de représentation collective constitue un handicap pour les unités transversales d'un point de vue politique et stratégique : il est difficile pour elles de peser réellement sur les choix stratégiques de la communauté médicale au même titre qu'un département, qui possède une force collective supérieure de ce point de vue. Ce phénomène est accentué par le problème du nombre. Contrairement aux autres spécialités médicales où les médecins sont très nombreux, le chef de service d'une unité transversale est seul dans son domaine, ce qui peut être à l'origine d'un certain sentiment de solitude et d'isolement. Dans ce contexte, toutes les difficultés rencontrées prennent une dimension supplémentaire, puisque le chef de service (et éventuellement son cadre soignant) se retrouve seul pour les affronter. Que ce soit dans ses relations avec l'administration ou le

reste du corps médical, il n'a pas la même faculté de mobilisation massive pour la défense d'un projet que peuvent avoir les autres services ou départements.

Des tentatives pour améliorer la représentation de la transversalité dans l'établissement sont actuellement à l'étude, comme l'existence d'un « pôle transversal » au Comité Stratégie, mais ce point suscite beaucoup de désaccords au sein de l'hôpital.

Il ne faut pas s'arrêter à ce faible poids stratégique pour évaluer l'influence des unités transversales au Centre Hospitalier du Mans. En effet, celui-ci ne donne qu'une image inexacte de l'impact réel que ces unités ont acquis au cours de ces dernières années sur la culture médicale et sanitaire de l'établissement. Ce rôle de diffusion culturelle, largement évoqué dans les développements précédents, représente le premier critère de réussite de la mission d'une unité transversale, bien plus que l'acquisition d'un poids politique ou stratégique important dans l'hôpital. Cela se traduit par un impact en profondeur sur le centre hospitalier, qui n'est pas forcément visible au premier abord mais correspond à une vraie réalité. Même si la taille des équipes transversales ne varie pas, leur influence, elle, s'accroît.

Ceci conduit nécessairement à introduire la question de l'évaluation de l'activité des unités transversales. Celle-ci n'est encore que peu développée. Les seules données dont on dispose actuellement sont les rapports d'activité des différentes unités transversales. Ces documents s'efforcent de mettre en perspective les résultats obtenus par rapport aux objectifs opérationnels initiaux, et d'établir un bilan des points positifs de leur action et de ceux restant à améliorer. S'ils constituent une source intéressante pour mesurer précisément les variations d'activité des unités transversales d'une année sur l'autre, ils ne peuvent à eux seuls permettre une évaluation du degré d'implantation des structures transversales. De plus, ce sont des bilans individuels séparés. Il n'existe pas d'évaluation globale de la transversalité au Centre Hospitalier du Mans, de ses apports et de ses limites. Au delà des données statistiques, notamment en ce qui concerne la formation, il serait en effet intéressant d'étudier les acquis et les besoins de l'ensemble des services de l'hôpital dans les quatre activités concernées. Une telle opération nécessiterait des moyens importants et un niveau de coordination supérieur (la direction qualité ou la direction des soins par exemple). Elle sera sans doute indispensable dans l'avenir.

Le sentiment d'être reconnu ou non dans l'établissement constitue un critère intéressant pour évaluer l'influence et la place d'un service transversal dans l'hôpital. Ce sentiment est purement subjectif, et parfois dissimulé, mais il reflète assez fidèlement la réalité hospitalière derrière la sécheresse des statistiques des bilans d'activité. La

reconnaissance peut s'exprimer à trois niveaux : au niveau des patients, des médecins et soignants, de l'administration.

En ce qui concerne les patients, il faut bien préciser que toutes les unités transversales ne bénéficient pas de la même visibilité auprès d'eux. Ainsi, le Service d'Hémovigilance et le Service d'Hygiène n'ont pas de contact direct avec les hospitalisés. Il n'est donc pas possible d'utiliser ce critère pour ces unités. En ce qui concerne l'EMSP et l'unité douleur, le premier élément de reconnaissance est d'être identifié par le patient. Ceci ne pose par réellement de problème pour l'unité douleur, puisque le recrutement des patients est en grande partie réalisé par consultations externes où l'unité n'agit pas à l'intérieur d'un autre service. Par contre, le sujet est plus délicat pour l'EMSP. Si l'apport de cette unité est indéniablement reconnu par les patients dont elle soulage les souffrances, l'équipe doit toujours veiller à ne pas s'annoncer en tant qu'équipe de « soins palliatifs », terme toujours associé à « mort » dans l'esprit des malades.

La reconnaissance du corps médical et des équipes soignantes a été acquise petit à petit grâce à la qualité du travail fourni et au soutien apporté dans des situations parfois difficiles. Ainsi, l'EMSP a gagné beaucoup de considération auprès des équipes infirmières grâce à l'appui moral qu'elle leur procure, en plus de l'allègement de la charge de travail en termes de soins. Le sentiment de déranger encore a été exprimé dans un service (douleur), même si ce service collabore avec tous les services de l'hôpital.

Les relations avec l'administration connaissent des évolutions importantes. A l'origine, la création de ces quatre unités transversales avait reçu un fort soutien de la direction, direction générale et affaires médicales. Avec l'évolution du contexte financier et les changements intervenus dans l'équipe de direction, les relations entre les unités transversales et la direction témoignent d'objectifs parfois contradictoires et d'une certaine incompréhension. D'un côté existe le sentiment d'avoir effectué un travail important et de s'être beaucoup investi dans certains projets, d'où un sentiment de découragement lorsque ces projets ont dû être remis en cause. De l'autre côté, l'obligation de prendre des décisions difficiles pour redresser une situation financière tendue.

3°) Des incertitudes pour l'avenir

L'implantation et l'existence des unités transversales n'est pas remise en cause par l'évolution du contexte financier, mais celui-ci crée une zone d'incertitude et freine le développement des structures transversales. On peut ensuite s'interroger sur les conditions dans lesquelles ces différentes structures se pérenniseront.

Au même titre que les autres services de l'hôpital, les unités transversales sont touchées par la mauvaise situation financière de l'établissement. Seulement, s'agissant de structures plus légères et donc plus fragiles en termes de moyens humains et matériels, les restrictions budgétaires se font ressentir plus durement. Toutes ne sont pas touchées de la même façon, ce qui fait encore une fois ressortir les disparités existant entre elles. La suspension du contrat d'objectifs et de moyens établi pour la période 1999-2002 et la rédaction d'un contrat relais a entraîné le gel de certains financements figurant dans le contrat d'origine, mais gagés sur aucun crédits. Cela a eu des conséquences directes pour une unité transversale en particulier : un poste de cadre douleur devait être créé en 2001 dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens. Cette création de poste a dû être gelée lors de l'élaboration du contrat relais, faute de crédits correspondants. C'est une situation difficile à accepter pour le praticien concerné. Mais il faut aussi considérer que ce poste est seulement gelé et pas définitivement supprimé. Dès que les moyens financiers le permettront, il sera réattribué. De plus, s'il limite les activités de l'unité dans la Communauté d'Etablissement, le gel de ce poste ne remet pas en cause le fonctionnement même de l'unité ni son existence.

Dans ce contexte, quelles perspectives s'ouvrent aux unités transversales? Malgré la diversité de leurs activités et de leurs situations, il est possible de dégager quelques traits communs sur la pérennisation de ces structures. D'une part, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour que ces unités puissent fonctionner de manière satisfaisante. D'autre part, elles devront faire preuve de souplesse et d'évolutivité.

Si l'unité doit tisser des liens solides avec ses partenaires soignants et administratifs pour avoir une chance de s'intégrer durablement dans l'hôpital, sa réussite dépend avant tout de la réunion de plusieurs éléments indispensables.

- Des moyens en personnel : l'unité transversale doit pouvoir disposer des moyens humains suffisants en nombre et en compétences pour accomplir sa mission. Sans ces moyens, le développement de l'unité est fortement ralenti, voire remis en cause. C'est une base indispensable pour que le travail soit réalisé dans de bonnes conditions, sur le plan qualitatif et quantitatif.

- Un budget pérenne : la stabilité des financements est une condition essentielle de la pérennité des structures transversales. L'incertitude sur les moyens financiers alloués compromet la réalisation des projets et freine le fonctionnement normal de la structure.

•Des locaux neutres : cet élément, important pour tout service, l'est encore plus pour les unités transversales. En effet, elles doivent pouvoir être suffisamment indépendantes vis à vis des services de soins, pour ne pas se voir accoler « l'étiquette » d'un service particulier, ce qui pourrait leur fermer certaines portes dans l'hôpital. Ceci est particulièrement vrai pour l'EMSP et l'unité douleur, qui sont rattachées administrativement à d'autres services (dermatologie et médecine générale). Il n'était pas forcément évident au départ pour ces unités d'avoir des locaux à elles et bien identifiés. Aujourd'hui, il est très important pour l'EMSP, en raison de sa vocation « mobile », de posséder des locaux neutres et indépendants géographiquement du service auquel l'équipe est rattachée. C'est une garantie supplémentaire de neutralité et d'indépendance

•La quatrième condition est d'avoir un accord entre la direction, les médecins et la direction des soins sur l'existence de l'unité et la nécessité de lui donner les moyens nécessaires pour fonctionner. L'implantation d'une unité transversale est avant tout le résultat d'un consensus entre les différents partenaires hospitaliers à un moment donné. Il s'agit ensuite d'inscrire ce consensus dans la durée.

Ces quatre conditions sont-elles toujours remplies aujourd'hui pour les unités transversales du Centre Hospitalier? Comme nous l'avons vu précédemment, des écarts importants existent entre les différentes unités transversales.

Quel que soit le contexte dans lequel elles évolueront, les unités transversales devront faire preuve de souplesse et d'évolutivité, surtout celles ayant un rôle médical (EMSP et douleur). La problématique est un peu différente pour les unités médico-techniques que sont le Service d'Hygiène et celui d'Hémovigilance. Leur fonction de contrôle et de vigilance est en effet immuable et ne laisse pas entrevoir beaucoup de nécessité d'évolution dans leur rôle. Par contre, pour l'EMSP et l'unité douleur, la faculté d'adaptation sera déterminante. Ce sont en effet avant tout des unités de mission, qui ont pour objet de diffuser un savoir-faire particulier dans l'hôpital. Une fois que cette mission sera accomplie, à savoir que tous les services de l'hôpital seront compétents et autonomes pour prendre en charge les fin de vie ou la douleur, le rôle de l'unité transversale référente changera. Il ne sera pas nécessaire de consacrer autant de temps et de moyens à l'activité de soins, mais plutôt de se recentrer sur un rôle de coordination, comme dans un réseau à usage interne (ou sur le rôle de consultation externe pour l'unité douleur). On est encore loin de cette perspective, mais elle peut représenter un but à atteindre pour ces deux unités. Elles doivent en tout cas conserver leur caractère transversal et éviter de devenir des services de spécialité médicale comme les autres en concentrant un savoir-faire au lieu de le diffuser.

La situation des unités transversales au Centre Hospitalier apparaît donc aujourd'hui contrastée. Cependant, leur exemple peut être utile à l'hôpital dans sa démarche de décloisonnement. Premières représentantes de l'introduction de la transversalité dans l'établissement, les unités transversales peuvent en cela servir de précurseur, sinon de modèle, à une extension des fonctions transversales au Centre Hospitalier du Mans.

B- LE DECLOISONNEMENT : UN ENJEU IMPORTANT POUR LE CENTRE HOSPITALIER DU MANS

Dans un environnement en perpétuelle évolution, l'hôpital doit être capable de s'adapter rapidement pour mieux répondre aux attentes des patients et de ses partenaires. Dans ce contexte, la transversalité peut représenter un facteur supplémentaire de souplesse.

L'hôpital se présentant à l'origine comme un monde très cloisonné, transversalité et organisation hospitalière sont des notions apparemment opposées. Mais l'hôpital évolue pour passer d'une logique verticale à une logique horizontale, ce qu'illustre bien la nouvelle organisation du Centre Hospitalier du Mans en « pôles ». De nombreux projets à caractère transversal accentuent ce changement d'organisation.

1°) Transversalité et organisation hospitalière : deux notions opposées à l'origine

L'hôpital apparaît comme une organisation complexe et cloisonnée, marquée avant tout par la logique de service et une grande rigidité de fonctionnement. Plusieurs logiques difficilement conciliables s'y affrontent. La multiplication des métiers renforce les stratégies individuelles au détriment de la collectivité. Mais des possibilités d'atténuer certaines causes de ce cloisonnement existent : selon la sociologue Françoise Gonnét, le cloisonnement est une réponse à l'insécurité, la rigidité bureaucratique et à l'absence de modes de coordination suffisamment efficaces pour faire face à l'interdépendance grandissante entre les différents services²⁴. En intervenant sur ces facteurs de cloisonnement, on peut réduire celui-ci.

²⁴ F.GONNET « L'hôpital en questions », Editions Lamarre, 1992

L'hôpital regroupe en son sein plusieurs logiques contradictoires, qui correspondent aux trois cultures professionnelles dominantes

- La logique médicale : le corps médical est caractérisé par son indépendance et sa faible identification à l'organisation où il exerce. L'intérêt du service prime souvent sur l'intérêt global de l'établissement. Le regroupement des services en départements a certes introduit un fonctionnement plus collectif dans l'hôpital, mais la logique de territoire marque encore fortement la culture médicale. L'implication des médecins dans la gestion de l'établissement et la réflexion sur ses orientations stratégiques progresse, mais elle est souvent le fait de seulement quelques personnes et non de la communauté médicale dans son ensemble

- La logique administrative : elle diffère de la logique médicale, même si le but commun reste d'améliorer la prise en charge des patients. Elle tente de concilier des impératifs de gestion avec le maintien de la qualité et de la sécurité des soins prodigués dans l'hôpital. En cela, elle s'écarte de la logique médicale, qui n'inclut pas ces impératifs de gestion. La nécessité de faire face à une situation financière tendue contribue à séparer un peu plus ces deux logiques médicales et administrative. A cela s'ajoute l'absence de lien hiérarchique entre la Direction et le corps médical. Le sociologue H. MINTZBERG²⁵ parle de l'existence de deux hiérarchies parallèles à l'hôpital : une hiérarchie professionnelle, celle des médecins, basée sur les compétences et qui échappe à l'autorité du Directeur, et une hiérarchie non professionnelle basée sur le pouvoir et le statut associés à la fonction, sous l'autorité du Directeur. Ainsi, comme le décrit M. CREMADEZ « la ligne hiérarchique est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel . Le Directeur n'a ni la possibilité ni les compétences pour diriger directement les chefs de service médicaux²⁶ ». Au sein de l'hôpital, le corps médical et l'équipe de direction disposent chacun de compétences et de zones de pouvoir spécifiques. Mais ce pouvoir est inégalement réparti : l'influence du corps médical est plus forte. La confrontation entre une logique médicale forte et la logique administrative est une des causes les plus importantes du cloisonnement interne à l'hôpital. L'équipe de direction a pour mission d'assurer une gestion transversale, de donner une cohérence aux projets entrepris dans l'établissement. Mais elle peut souffrir elle aussi d'un certain cloisonnement interne, qui limite l'aspect transversal de sa gestion.

- la logique soignante : d'émergence récente, avec la création du service infirmier par la loi hospitalière de juillet 1991, elle est apparue pendant un temps comme une manifestation

²⁵ Henry MINTZBERG « Structures et dynamique des organisations », Editions de l'organisation, 1982

²⁶ M. CREMADEZ et F. GRATEAU « Le management stratégique hospitalier », Editions Masson, 1997

supplémentaire de cloisonnement dans l'hôpital. Depuis, cette logique soignante a beaucoup évolué, pour finir par se rapprocher de la logique administrative. Le décret de mars 2002 transformant les Directions du Service des Soins Infirmiers en Direction des Soins les intègre en effet dans l'équipe de direction.

En plus de ces trois logiques contradictoires, le cloisonnement de l'hôpital est aggravé par la multiplication des métiers et l'hyper spécialisation dans les disciplines médicales, paramédicales et logistiques. Françoise Gonnet évoque même une « crise identitaire »²⁷ à l'hôpital, où chaque corps de métier inculque des valeurs, une représentation des choses, sa propre culture. Les différences s'accroissent alors au sein de l'institution. La logique individuelle prime sur la logique collective. Chacun a tendance à défendre sa zone de pouvoir et à consacrer beaucoup de temps à cela, au détriment du temps consacré au malade.

Mais ce cloisonnement n'est pas irrémédiable. Françoise Gonnet identifie trois domaines générant du cloisonnement et sur lesquels il est possible d'agir pour trouver un mode de fonctionnement plus efficace :

- L'insécurité : pour le malade et les agents, l'hôpital représente un lieu d'insécurité, du fait de sa complexité d'organisation et du stress lié à la maladie et à la mort. Ce sentiment d'insécurité se traduit par des comportements de recherche de protection et de retranchement, avec des conséquences importantes en termes de coût humain (absentéisme en particulier).

Face à cela, il faut mettre en place des dispositifs de sécurisation, des soutiens permettant la compréhension et l'expression des problèmes puis leur traitement. Pour Françoise Gonnet, on doit accentuer et faciliter la coopération entre les unités de soins, mais il faut aussi préserver ces petits ensembles. En effet, selon elle, ces petits groupes comblent le besoin d'appartenance des acteurs et les sécurisent en leur permettant de vivre dans un petit ensemble maîtrisable. Il faut trouver le juste équilibre entre la fermeture et l'ouverture d'une unité, afin de permettre le développement de la coopération inter services. Celle-ci est rendue nécessaire par l'interdépendance croissante des unités et l'obligation d'efficacité qui incombe désormais à la structure hospitalière.

²⁷ F.GONNET, op cité

- La rigidité de l'organisation : le fonctionnement de l'hôpital repose avant tout sur la présence de règlements, de protocoles, de procédures et d'une hiérarchie, et ce à tous les niveaux . Ce mode de fonctionnement apparaît trop rigide pour pouvoir s'adapter rapidement aux attentes des usagers. La fonction publique hospitalière est caractérisée par l'appartenance à des strates, des corps et des professions, générant un fort cloisonnement entre les acteurs de soins et une forte difficulté à penser l'hôpital dans sa globalité. Pour répondre à cela, une organisation plus souple et plus simple est nécessaire.

- Le manque d'interaction entre les services : les défauts d'interaction et de synergie à tous les niveaux représentent un coût humain et économique important pour l'hôpital, et sont en grande partie responsable des problèmes d'inefficacité. Le rôle du manager hospitalier est, entre autres, de pallier ce manque d'interaction. Ainsi, selon Françoise Gonnet, « le rôle des responsables hiérarchiques et des dirigeants de l'hôpital n'est plus de donner des ordres ni d'organiser le travail de base (...) mais bien de faire travailler ensemble des professionnels nombreux dont les tendances fortes vont plutôt vers le cloisonnement ²⁸».

La coopération entre les services doit être renforcée, en favorisant les conditions d'émergence de « centres de synergies ». Les difficultés doivent être considérées de manière globale, et non plus traitées séparément les unes des autres. Françoise Gonnet considère qu' «il faut privilégier l'approche et le raisonnement interactifs à l'hôpital pour mieux fonctionner : les problèmes qui se posent à l'hôpital sont le plus souvent analysés indépendamment les uns des autres. Cet état de fait est lié à la complexité de l'organisation, à sa taille, à ses spécialités multiples : tel problème relève de tel service, de telle fonction ou de tel individu. Pourtant, de très nombreux aspects du travail sont transversaux et relèvent de plusieurs fonctions à la fois(...) Le fait de rassembler tous les acteurs d'un circuit, de les faire travailler ensembles permet à la fois de repérer les contributions spécifiques de chaque acteur ou de chaque groupe, et d'identifier les coopérations nécessaires pour mieux faire fonctionner l'ensemble ».

La recherche de plus de sécurité, d'une plus grande souplesse et de nouvelles synergies sont les trois critères sur lesquels l'hôpital doit se baser pour mettre en place les nouveaux moyens de coopération dont il a besoin. Les établissements de santé doivent en effet faire face à de nouveaux paramètres, qui les poussent à lutter contre le cloisonnement.

L'hôpital connaît actuellement une mutation rapide, conséquence à la fois de la pression extérieure et des changements de réglementation

²⁸ Françoise Gonnet, «L'hôpital en questions», Editions Lamarre, 1992

L'évolution hospitalière est liée aux changements des besoins de la population et des moyens de soigner. La rapidité de cette évolution entraîne une instabilité permanente de l'organisation. Plusieurs facteurs expliquent cette mutation rapide :

- L'évolution de la médecine, avec l'accélération du progrès médical et l'apparition de nouvelles technologies
- L'évolution du recours à l'hospitalisation : tous ces progrès médicaux raccourcissent la durée des hospitalisations, et réduisent également les raisons d'hospitaliser. Dans certaines spécialités, on ferme des lits, voire des services. Des alternatives à l'hospitalisation se développent, comme l'hôpital de jour ou l'hospitalisation à domicile. L'hôpital a tendance à devenir un plateau technique plus qu'un lieu d'hébergement. Seule une partie de la population démunie ou très dépendante nécessite une prise en charge institutionnelle plus soutenue.
- La forte contrainte économique : la forte contrainte économique imposée aux établissements hospitaliers pousse l'hôpital à se transformer, à se restructurer et à fonctionner en rationalisant les moyens. Les fusions, les regroupements en communautés d'établissements se multiplient. L'hôpital doit désormais s'ouvrir sur l'extérieur, et travailler en réseau avec la médecine de ville et les autres établissements de santé publics et privés. Il doit rendre compte de ses activités à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui, pour accorder son financement, tient compte des efforts faits pour rationaliser les dépenses.
- L'évolution des usagers et de leurs attentes : la population est de mieux en mieux informée sur la santé, la prévention mais aussi sur ses droits. La loi du 04 mars 2002 témoigne de cette évolution. La prise en compte des attentes du patient est une nouvelle donne qui fait entrer une quatrième logique à l'hôpital, en plus des logiques médicale, administrative et soignante déjà citées : la logique du patient. Elle se concrétise par la présence d'usagers au conseil d'administration, par l'existence d'une charte du patient hospitalisé, par la mesure régulière de la satisfaction des malades, par l'exploitation des questionnaires de sortie et la mise en place d'une commission de conciliation.

Pour répondre à ces nouvelles exigences, la prise en charge des patients doit évoluer, et, par voie de conséquence, l'organisation autour du patient doit se modifier. Les

équipes soignantes doivent être adaptables, flexibles, prêtes à accompagner le changement accéléré que vit l'hôpital.

Parallèlement à ces éléments extérieurs, les changements de réglementation intervenus depuis dix ans ont contribué à transformer l'hôpital public vers moins de cloisonnement et plus de coordination interne. L'instauration du projet d'établissement par la loi du 31 juillet 1991 a représenté une première étape dans cette recherche d'une plus grande cohésion : son objectif est de fédérer les acteurs autour d'un projet institutionnel qui doit répondre aux besoins de la population prise en charge, mais aussi concilier les trois logiques médicale, soignante et administrative. La mise en œuvre de la procédure d'accréditation par les ordonnances d'avril 1996 accentue la remise en question des pratiques et des modes de fonctionnement : pour satisfaire à celle-ci, une participation de tous les agents de l'hôpital et une meilleure cohésion sont nécessaires.

Les activités transversales contribuent à améliorer la cohésion au sein de l'hôpital. Elles constituent en effet de nouveaux modes de coopération, et favorisent le passage d'une logique verticale à une logique horizontale.

2°) Le passage d'une logique verticale à une logique horizontale

L'organisation hospitalière invente de nouveaux moyens pour s'adapter au changement et rester efficace. Après avoir étudié les moyens décrits par les sociologues, Mintzberg et Cremadez en particulier, l'exemple de la mise en place d'une structure en « pôles » au Centre Hospitalier du Mans servira d'illustration intéressante de cette évolution.

Les sociologues apportent un éclairage sur les modes de coopération en vigueur à l'hôpital. L'évolution des réflexions sur ce point reflète les changements intervenus dans l'hôpital depuis une vingtaine d'années. A la théorie traditionnelle de Mintzberg ont succédé des travaux plus récents sur les nouveaux modes de coopération dans l'institution hospitalière.

Selon Henry Mintzberg²⁹, l'hôpital fonctionne traditionnellement avec deux systèmes de coordination prépondérants : l'ajustement mutuel entre les individus et la standardisation des compétences.

- L'ajustement mutuel permet la coordination du travail par simple communication informelle. La qualité de relation entre les différents responsables influe énormément sur la coordination dans l'établissement. C'est un mode de coordination fragile, car il suffit d'un changement d'interlocuteur pour remettre en cause une collaboration efficace.

- La standardisation des compétences est un mode de coopération grâce au pouvoir d'homogénéisation des comportements individuels qu'elle entraîne. Elle est obtenue par la formation et l'expérience de terrain du personnel composant le centre opérationnel. En effet, les médecins, les infirmières et les aides-soignantes reçoivent une formation technique qui leur permet de posséder un patrimoine commun de savoir, de méthodes et de comportements. Dans leurs relations de travail, ils savent en principe ce qu'ils peuvent espérer les uns des autres dans un certain nombre de situations dont ils ont fait l'apprentissage. Mais cette standardisation, à l'inverse, renforce aussi la latitude de liberté des professionnels au sein de l'hôpital. En favorisant le corporatisme et « l'entre soi », elle rend difficile la définition et la réalisation d'objectifs globaux pour l'organisation.

Depuis quelques années, la multiplication des métiers, et donc des différences, sans cesse croissante à l'hôpital, oblige l'organisation à développer les nouveaux modes de coopération dont elle a besoin pour travailler en cohérence. Henry Mintzberg appelle ces nouveaux modes de coopération les « mécanismes de liaison ». Il constate ainsi que « ces dernières années, les organisations ont développé tout un ensemble de mécanismes pour encourager les contacts entre individus, et ils peuvent être incorporés à la structure formelle³⁰ ». Pour lui, ces mécanismes de liaison représentent le développement contemporain le plus important que les organisations aient pu vivre ces dix ou vingt dernières années. Michel Cremadez, dans ses travaux sur le management hospitalier, reprend l'idée des mécanismes de liaison sous l'appellation « modes d'intégration ». Ce sont « des dispositions consistant à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs³¹ ». Parmi ces modes

²⁹ H.Mintzberg « Structures et dynamiques des organisations », op.cité

³⁰ H.Mintzberg, « Structure et dynamique des organisations », op.cité

³¹ M. Cremadez et F. Gateau « Le management stratégique hospitalier », op.cité

d'intégration, on peut relever notamment les groupes de projet et les comités, les postes de liaison et les cadres intégrateurs.

- Les groupes de projet et les comités correspondent aux groupes de travail à thèmes transversaux et aux commissions institutionnelles. Le groupe projet est créé pour répondre à un problème de coordination ponctuel. Il est dissous quand le problème est résolu, alors que le comité permanent est généralement institué pour répondre à un problème de coordination permanent.

- Les postes de liaison ont pour rôle de mettre en communication les différents responsables concernés par un problème dans des unités différentes, afin de provoquer une réflexion commune. Ils doivent tenter de faire émerger un consensus ou susciter les arbitrages nécessaires. Ces postes n'ont pas d'autorité formelle.

- Les cadres intégrateurs sont des postes de liaison qui ont une autorité formelle. Ils sont chargés de coordonner les activités d'un secteur donné et sont des médiateurs capables de débloquer les relations entre services antagonistes. Ce rôle de cadre intégrateur correspond à celui d'une infirmière générale, par exemple. En effet, l'une de ses missions est de coordonner l'ensemble de l'activité « soins » de l'institution. Elle est en position à la fois transversale et hiérarchique.

Ces modes d'intégration font progresser l'hôpital sur le chemin de la transversalité. Mais une étape supplémentaire peut être franchie en donnant à l'organisation administrative toute entière de l'hôpital un aspect plus transversal. La transversalité est alors liée à un type de management plus participatif. C'est ce que tente de mettre en place la direction du Centre Hospitalier du Mans, à travers l'élaboration d'une structure administrative axée autour de quelques grands pôles.

L'objectif est de prolonger du côté administratif l'introduction de la transversalité dans les services de soins du CHM. Ceux-ci sont en effet déjà organisés en sept « pôles » : pôle mère-enfant, pôle cancérologie, pôle chirurgie, pôle médecine, pôle urgences-SAMU SMUR-réanimation-anesthésie, pôle médico-technique et pôle gériatrie. Ce regroupement en pôles a favorisé un certain décloisonnement de l'hôpital durant les dernières années. Les services se sont rapprochés les uns des autres et ont instauré une meilleure collaboration entre eux. Aujourd'hui, on peut ainsi dire que tous les services de médecine ont une part de transversalité dans leur activité. C'est d'ailleurs devenu une nécessité : l'interdépendance de

plus en plus forte qui existe entre les différents secteurs de l'hôpital conduit les services d'hospitalisation à renforcer la coopération inter-services et à rechercher une meilleure coordination. L'EMSP et l'UETD restent certes les seules unités de médecine à vocation purement transversale, mais chaque service de soins est amené, à un moment ou un autre, à travailler de manière transversale avec les autres.

Cette organisation en pôles s'étend petit à petit à l'équipe de direction, dans le but de poursuivre le décloisonnement entamé dans l'hôpital. Actuellement, celle-ci est organisée en directions fonctionnelles (Finances, Affaires Médicales, DRH, Qualité-Communication, Services économiques, DSIO, Travaux, Affaires Générales et Direction des Soins), selon un organigramme en « peigne » où chaque direction a sa propre zone de compétences bien distincte des autres. Depuis un an et demi, un important travail de réorganisation a été mis en oeuvre par la nouvelle Direction Générale. Un « pôle stratégie » a été constitué autour de la Direction Générale, de la Direction des Affaires Médicales et de la Direction Qualité-Communication dès le début de l'année 2001. Pour compléter le dispositif, trois autres pôles de compétences se mettent actuellement en place : un pôle financier, regroupant la Direction des Finances et la DSIO; un pôle ressources humaines centré sur la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins, et un pôle logistique avec la Direction des Services Economiques et la Direction des Travaux

Les enjeux de cette réorganisation sont multiples. Il s'agit en premier lieu d'améliorer la coordination du travail de l'équipe de direction, pour que se dessine une véritable stratégie dans la perspective du prochain projet d'établissement qui entrera en vigueur en 2003. Meilleure coordination est à la fois synonyme de meilleure lisibilité des actions entreprises et d'une circulation de l'information plus fluide. A travers la mutualisation des compétences, c'est aussi une plus grande efficacité au service du patient qui est recherché. On peut se représenter le système mis en place sous une forme circulaire, qui s'oppose à l'organigramme « en peigne » habituellement en vigueur dans les hôpitaux. Dans ce schéma, les différents pôles administratifs ont une position périphérique et sont conçus comme un appui aux services de soins, situés à l'intérieur du diagramme circulaire et qui représentent la zone de « production ». Le patient est au centre du cercle, rappelant ainsi qu'il est toujours la raison d'être de l'hôpital.

Mais un projet d'une telle envergure se heurte nécessairement à des résistances et demande du temps. Il sous-entend en effet des regroupements entre les différentes directions fonctionnelles et remet en cause la notion de « service » jusque là prédominante. Le changement à impulser est d'ordre culturel : il s'agit de créer des habitudes de travail

nouvelles entre les différents secteurs, à l'échelle de services administratifs entiers et pas seulement au niveau des directeurs. Or les méthodes de travail sont marquées par le poids de l'histoire et solidement enracinées dans chaque direction fonctionnelle. Cette évolution ne peut par conséquent être que très lente, et nécessite des ajustements perpétuels. Comment, par exemple, faire travailler ensemble dans un même pôle, des services ayant des organisations des méthodes et un vécu différents? Cette difficulté est amplifiée par les enjeux de pouvoir inhérents à tout changement organisationnel. « Zone de compétence » est ainsi synonyme de « zone de pouvoir » pour chaque directeur et chaque direction. Un regroupement en pôles remet en cause cette logique de territoire en incitant les services d'un même pôle à mettre en commun les informations et les décisions. Il en résulte forcément une perte d'autonomie. On peut alors aisément comprendre que certains services plus petits craignent de voir leur influence réduite au sein d'un pôle où ils devront partager leurs projets avec d'autres services plus importants. Le phénomène est comparable aux observations faites lors de l'implantation des unités transversales dans l'hôpital : travailler en transversal implique d'ouvrir son service sur l'extérieur et d'accepter un regard extérieur sur le travail effectué, avec toutes les remises en question que cela peut entraîner. A force de patience et de persévérance, les unités transversales décrites dans ce mémoire ont fini par vaincre les réticences initiales. Concernant l'équipe de direction, la problématique est plus complexe : il ne s'agit pas seulement d'intégrer un service transversal dans le fonctionnement d'autres services non-transversaux, mais de changer les habitudes de travail de dix directions fonctionnelles en même temps. C'est donc un challenge beaucoup plus difficile à relever, puisqu'un tel changement, pour être effectif, requiert la participation de tous : si elle ne correspond pas à une réalité vécue au quotidien, la transversalité demeure une coquille vide, où, sous des apparences différentes, le fonctionnement reste inchangé.

Pendant ce temps, l'implantation de structures transversales se poursuit au Centre Hospitalier du Mans, avec la conception de nouveaux projets dans ce domaine.

3°) La transversalité au Centre Hospitalier du Mans : projets et perspectives

Plusieurs réflexions sont actuellement en cours sur le développement de fonctions transversales dans l'établissement, avec des degrés très divers de concrétisation. L'unité de liaison d'alcoologie existe ainsi déjà dans les faits, mais pas de manière officielle. Un projet de création d'une structure transversale en lien avec le Service d'Accueil des Urgences est ensuite en cours d'élaboration. Enfin, on pourra s'interroger sur l'intérêt de la création d'un

département de transversalité qui pourrait regrouper les différentes structures transversales du centre hospitalier.

L'unité de liaison d'alcoologie possède un statut très particulier dans l'hôpital : alors qu'elle fonctionne depuis 1997, elle ne possède toujours pas à ce jour de reconnaissance administrative officielle. Un bref retour sur l'histoire de cette unité permet d'éclairer cette situation. Depuis 1965, des lits fixes d'hospitalisation existent pour l'alcoologie, intégrés dans un service de médecine générale. Une circulaire de 1996 crée les unités d'alcoologie de liaison. En 1997, cette activité est développée par les médecins du service d'alcoologie, en plus des lits fixes. La relation avec les services de soins est basée sur le même modèle que pour les autres unités transversales : des consultations internes sont effectuées dans les services d'hospitalisation, à la demande du service concerné, par l'intermédiaire de « bons verts » de consultation. Comme pour l'EMSP, le rôle de l'unité de liaison d'alcoologie se limite à des conseils en soins. La prise en charge est globale, comme le démontre la composition de l'équipe : un praticien hospitalier à mi-temps, une assistante sociale et un psychologue. L'activité de l'unité de liaison a principalement pour cadre les urgences, puisque c'est à ce stade qu'on peut plus efficacement détecter les problèmes et entamer un suivi du malade : un patient sur deux arrivant aux urgences à un problème avec l'alcool. Les interventions dans le département de gastro-entérologie ont également beaucoup progressé ces dernières années, ce qui prouve la bonne intégration de cette unité dans l'hôpital. Elle apporte en effet une compétence indispensable dans un domaine, la lutte contre l'alcoolisme, qui est aujourd'hui une priorité de santé publique.

Mais cette activité n'est pas encore entièrement développée. Le gel du contrat d'objectif et de moyens en 2001 ne lui permet pas de mener à bien à la totalité de ses missions, notamment la formation. Cette unité est toujours en attente d'une reconnaissance officielle de son existence, préalable indispensable à l'obtention de moyens durables. Mais de nombreux éléments font obstacle à cette reconnaissance, en particulier l'absence d'accord du chef de service du service de médecine générale auquel elle est rattachée administrativement. En cela, l'unité de liaison d'alcoologie est confrontée au même problème que l'unité douleur, à savoir le rattachement à un service dont la logique d'organisation est différente.

Le projet de créer une structure transversale en lien avec le Service d'Accueil des Urgences a été évoqué à la fois par le Directeur Général et par le Président de la CME. Cette structure aurait un rôle spécifique d'orientation des patients nécessitant une hospitalisation après leur passage aux urgences. Elle dirigerait ces patients vers les services

de soins concernés, établissant ainsi un lien entre les urgences et les autres services de l'hôpital. Ce lien existe certes déjà, mais de manière informelle par l'action des surveillant(es) des urgences qui consacrent beaucoup de temps à placer les malades dans les unités de soins correspondant à leur pathologie. Ce projet a pour but de redonner pleinement au S.A.U sa fonction d'accueil et sa vocation transversale : pour fonctionner de manière satisfaisante, ce service doit être perpétuellement relié aux autres services de l'hôpital.

On peut évoquer en guise de conclusion l'idée de créer un « département de transversalité », structure qui regrouperait les unités transversales en activité dans l'hôpital. Cette idée, suggérée par un médecin chef de service d'une unité transversale, vise à donner un poids supplémentaire à ces unités dans l'établissement et surtout à résoudre les problèmes organisationnels posés par le rattachement administratif à des unités non-transversales n'ayant pas la même logique de fonctionnement : en étant rattaché à des unités aux modes de fonctionnement identiques, le travail des services transversaux serait facilité.

Cette proposition est-elle pour autant réalisable? Outre le caractère paradoxal de créer un « département » de transversalité, structure qui pourrait apparenter les unités transversales à des spécialités médicales ou médico-techniques comme les autres, l'aspect hétérogène des unités concernées (soins palliatifs, douleur, hygiène, hémovigilance et éventuellement alcoologie) ne permet pas d'envisager leur regroupement. Comme observé tout au long de ce mémoire les problématiques ne sont pas du tout les mêmes entre les services transversaux médico-techniques (hygiène et hémovigilance) et ceux ayant un rôle soignant (soins palliatifs et douleur). Il paraît donc difficile de les réunir dans un même département, dont le principe de base est de rassembler des disciplines homogènes.

CONCLUSION

Si les unités transversales étudiées dans ce mémoire ont réussi à s'intégrer de manière globalement satisfaisante dans l'hôpital, une marge de progression importante subsiste pour le développement de la transversalité dans le reste de l'établissement. Un changement organisationnel d'une telle ampleur demande dans tous les cas du temps et un volontarisme politique et stratégique affirmé. Les principaux responsables médicaux et administratifs du Centre Hospitalier (Directeur Général et Président de la CME) paraissent convaincus de l'intérêt, et même de la nécessité, de rendre le fonctionnement de l'institution plus transversal. Mais le changement ne peut venir seulement d'en haut, il doit être perçu de la même manière par l'ensemble du personnel pour avoir une chance d'être effectif.

Dans cette perspective, la mise en place d'actions ou de services transversaux ne doit pas être seulement un effet d'annonce mais correspondre à un contenu réel : il ne sert à rien d'apposer l'étiquette «transversale » sur un service ou une activité si le mode de fonctionnement de celui-ci n'est pas effectivement transversal. Pour cela, un profond changement culturel est nécessaire. C'est ce que tente en tout cas d'instaurer le Centre Hospitalier du Mans.

Pour un futur cadre de direction, ces transformations dans la structure et le mode de fonctionnement des hôpitaux incitent à réfléchir sur sa place et son rôle dans l'institution. De plus en plus, ce rôle devra être transversal au sein d'une équipe, dans le respect des compétences de chacun. Face à des problèmes complexes qui supposent une vision large de la situation, la complémentarité et la collaboration entre responsables est plus qu'un atout, c'est une nécessité.

La question de la transversalité ne concerne pas que l'organisation interne des hôpitaux. Elle peut aussi se concevoir sous l'angle des relations entre l'hôpital et son environnement. Là aussi, de profondes évolutions devront s'opérer pour s'extraire du cadre purement hospitalier et proposer une offre de soins territoriale à partir d'organisations plus coordonnées. Des expériences sont actuellement à l'œuvre pour élaborer le projet d'établissement en fonction d'une analyse précise du bassin de population, et en intégrant l'ensemble du dispositif de soins public et privé existant. Comme le suggérait cette année le

thème des Assises Nationales des Centres Hospitaliers, il s'agit réellement d'envisager « l'hôpital autrement ».

Bibliographie

LIVRES :

CREMADEZ M. et GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*, Editions Masson, 1997

GONNET F. *L'hôpital en questions*, Editions Lamarre, 1992

MINTZBERG H. *Structures et dynamiques des organisations*, Editions de l'organisation, 1982

ARTICLES :

ABRY D . Transversalité et éthique-De la place au positionnement d'une équipe mobile de soins palliatifs dans un hôpital. *Gestions hospitalières*, août / septembre 2000

TRAVAUX UNIVERSITAIRES :

HENRY J. *Plus value de la transversalité dans le management des soins à l'hôpital*, Mémoire de fin d'études-Infirmière Générale. Editions ENSP 1998

MORON S. *Sécurité transfusionnelle : stratégie et mise en œuvre au Centre Hospitalier du Mans*. Université de Nantes 1995

RAPPORTS OFFICIELS :

NEUWIRTH L. *Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement*, Commission des affaires sociales-Sénat 1999

ANAES *Rapport des experts visiteurs-Visite d'accréditation au Centre Hospitalier du Mans*-octobre 2000

DOCUMENTS INTERNES AU CENTRE HOSPITALIER DU MANS :

RENOU P ., PHILIPPET F., SAUVAGEON X. *Livre Blanc sur les soins palliatifs*, Centre Hospitalier du Mans, 1995

Equipe Mobile de Soins Palliatifs *Bilan annuel 2001*

Edouard BREMOND – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur *Bilan d'activité 2001*
Service d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière *Rapport d'activité 2001*
Service de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance *Rapport d'activité 2001*

Liste des annexes

(Annexes non publiées)

Annexe 1 : grille d'entretien utilisée

Annexe 2 : fiche de présentation du réseau de soins palliatifs Ariane 72

Annexe 3 : parcours du patient de l'Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

Annexe 4 : fiche transfusionnelle utilisée par le Service de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance