



De boîtes et de bulles



L'exercice auquel nous allons vous convier consiste à faire traverser une boîte par une bulle. La boîte, c'est l'hôpital, éventuellement ses murs, mais surtout son domaine numérique basé sur des rôles internes et sur des matrices (de compétences, de droits d'accès, etc.). La bulle, c'est un individu et son enveloppe bio-psycho-sociale (selon le modèle d'Engel) qui lui fait considérer ceux « qui l'entourent » et, parmi eux, quels sont « les proches ».

Imaginons de nouveaux modèles de réflexion...

L'histoire de l'architecture hospitalière interprète les traces laissées dans nos villes par la pierre, puis le verre et l'acier ; elle balise l'évolution de ces édifices, depuis l'hospice jusqu'à l'hôpital moderne. Depuis la révolution, ce sont les « miasmes délétères », puis l'ère pastorienne, qui ont dicté les transformations : du « double peigne » au pavillonnaire, puis au bloc et aux tours. L'évolution récente a vu l'hôpital tenter de se fondre dans la ville, avec des structures moins élevées dont la topologie en « boîte dedans-dehors » leur fait ingérer une place ou une rue.

Peut-on prévoir l'hôpital du futur, c'est-à-dire d'aujourd'hui puisque les édifices modernes ont été conçus il y a une vingtaine d'années ? Si l'on en croit Frédéric Boiron, directeur général du CHRU de Lille, « il ne faut pas se focaliser sur les bâtiments ; pour demain, on peut imaginer l'hôpital sans les murs, un peu plus immatériel, en réseau, dans une logique de partenariat ouvert et de labels ». Il s'agirait donc de prolonger le mouvement de dissolution matérielle par une virtualisation sous forme d'un réseau formant un domaine de compétences labellisées.

L'écart est immense entre cette vision distribuée et l'actuel système d'information hospitalier monolithique (fût-il artificiellement délocalisé dans un nuage), et il est

Les patients polypathologiques ou chroniques bénéficieraient du découloisonnement apporté par la connaissance du projet de santé global.

probablement plus utile que jamais de proposer de nouveaux modèles de réflexion, de « sortir de la boîte » ou, tout du moins, d'explorer d'un regard neuf le paysage dans lequel elle s'inscrit.

Sortir de la boîte

Dotons (fût-ce par l'esprit) le patient d'une incarnation numérique qui, aux antipodes d'un (bête) « dossier des dossiers », fédère une équipe autour de la vision longue de son projet de santé. Il faut ensuite évoquer comment rendre localement compatible cette gestion de projet au long cours avec un épisode d'hospitalisation, que nous imaginerons représenté par un chemin clinique, donc un parcours organisé, y compris en amont et en aval du séjour.

Par cette projection dans un modèle qui envisage la coordination de deux entités riches, notre espoir a pour nature de sortir du mécanisme usuel où l'architecture informatique évolue à la marge et généralement par des externalisations artificielles (dans le nuage, par des connecteurs « de vidange », etc.) qui ne remettent pas en cause le fonctionnement interne.

En amarrant la bulle à la boîte, on peut espérer faciliter l'adoption d'une approche globale du patient adaptée à son profil. Les patients polypathologiques ou chroniques, relevant de prises en charge complexes du fait de leur durée, du nombre de professionnels impliqués et de leurs interactions avec les autres aspects de leur vie, bénéficieraient du découloisonnement apporté par la connaissance du projet de santé global. Lors d'un épisode de soins ponctuels, la prise en charge pourrait être

adaptée au mode de vie ainsi qu'aux contraintes familiales et professionnelles du patient : forme et durée de préhabilitation ou de suivi, choix thérapeutique...

Notre matériel d'expérience est en place, et nous allons nous interroger sur les cinq grandes étapes chronologiques qui verront la bulle traverser une boîte dotée d'un tuyau guide (le chemin clinique) : l'approche, l'admission, le séjour, la sortie et le suivi.

1 - L'approche

Dans la phase d'approche, il faut imaginer que le projet de santé de la personne rencontre une difficulté, ou une démarche de suivi du risque, qui amène l'équipe qui l'entoure à prévoir un séjour hospitalier. On imagine une consultation initiale et la sélection du chemin clinique le plus indiqué. Pendant cette période de « préhospitalisation », on peut raisonnablement penser que c'est le gestionnaire de projet de santé situé à l'intérieur de la bulle qui pilote ; la boîte va donc y mettre en place un ensemble d'objectifs (consultations complémentaires, intervalles cibles de valeurs biologiques ou biométriques, etc.). L'hôpital projette ainsi un agent humain ou logiciel au sein de l'équipe pour préparer sa venue.

2 - L'admission

L'admission constitue le moment clé où, traditionnellement, la personne devient un ou une patiente en laissant derrière elle son environnement social. On pourrait imaginer que le SIH se contente de siphonner les données utiles du projet de santé, ce qui serait déjà intéressant, et les laisse en jachère pendant le séjour, recréant ainsi l'habituel effet « boîte noire » vis-à-vis des correspondants de ville. On peut aussi, en étant plus ambitieux, imaginer que l'admission représente un projet qui s'ouvre en interne et que ce projet localisé de la boîte soit géré comme un calque sur le projet au long cours de la bulle..



3 - Le séjour

La bulle est dans la boîte, et l'enjeu consiste à gérer en parallèle le référentiel cartésien et le référentiel polaire : le projet interne basé sur un chemin clinique qui garantit la disponibilité des matériels et des compétences de la boîte, et le projet de continuité des soins, qui rassemble une équipe de santé autour des objectifs de la personne. L'idée selon laquelle le projet interne serait géré comme un calque posé sur le projet long est structurante, mais elle ne dit rien sur ce qui traverse le calque, sur le type d'informations qui sont transférées de la boîte vers la bulle et sont ainsi visibles par les membres externes de l'équipe de santé de la personne.

Cette question de subsidiarité est cruciale et mal comprise dans les modèles classiques. On sait que l'hôpital produit de grandes quantités de données dont un faible pourcentage présente un intérêt historique, alors que le ratio est inverse en ville ; ce qu'on ne sait généralement pas bien faire, c'est définir, puis sélectionner ces données ; l'enjeu de l'approche « projet sur projet » serait d'apporter un modèle d'analyse qui le permette.

4 - La sortie

La sortie est le moment crucial où la bulle redevient autonome. Le projet de santé a éventuellement été adapté en fonction des résultats de l'hospitalisation, mais c'est surtout le moment où l'hôpital doit mettre en place les éléments de gestion du risque qui étaient jusqu'alors traités en interne.

C'est le moment, par exemple, d'inscrire explicitement que le traitement de sortie justifie tel type de surveillance biologique.

5 - Le suivi

Le suivi est un processus symétrique de l'approche : certains praticiens de la boîte accompagnent la bulle un certain temps en tant que membres de l'équipe.

Un modèle contemporain

Le bâti hospitalier a été profondément transformé par des architectes qui ont adapté ses plans aux connaissances et aux contraintes de leur temps. L'architecture du système d'information reste étonnamment figée alors que, depuis 30 ans, le monde extérieur est entré de plain-pied dans la société de l'information et a déjà largement entamé le virage des soins chroniques.

En dotant la personne d'une incarnation numérique personnalisée, le modèle boîte-bulles matérialise ces évolutions sociétales et, nous l'espérons, peut permettre d'analyser l'organisation hospitalière dans la naturelle complexité de la société contemporaine. Ce modèle n'est ni parfait ni définitif, mais s'il peut amener à poser autrement certaines questions, à expliquer pourquoi certains processus n'ont plus grand sens, il viendra à point nommé alors que l'hôpital est en crise faute de savoir répondre aux défis du moment autrement qu'en tordant l'existant pour apporter des solutions simples mais fausses.

■ Philippe Ameline et Jane Despatin

Références

- Claude Laroche, « Quelques réflexions sur l'architecture hospitalière », In Situ [En ligne], 31|2017, mis en ligne le 22 février 2017. URL : <http://journals.openedition.org/insitu/14112> ; DOI : [10.4000/insitu.14112](https://doi.org/10.4000/insitu.14112)
- Pierre-Louis Laget, Claude Laroche, Isabelle Duhau, *L'Hôpital en France : histoire et architecture*, Éditions Lieux-Dits, 2012, 592 p. <http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/architecture-hospitaliere-vers-une-humanisation-et-une-insertion-urbaine>
- *Hôpital du futur, Intégrale*, débat Frédéric Boiron/Jean Sibilia, Les Contrepoints de la santé, 27 mars 2018, https://youtu.be/4o_pQBce4E?t=4m40s
- George L. Engel, « The Clinical Application of the Biopsychosocial Model », *The* 1980, p. 535-44.