

3^e JOURNÉE THÉMATIQUE
**DÉVELOPPEMENT
DURABLE**

ANNALES

déc
12
2011

ROBINETTERIE POUR HÔPITAUX



Robinetterie pour personnel soignant
Robinetterie pour hébergement
Robinetterie de sécurisation des réseaux ECS
Robinetterie de lave-bassins



ACCESSIBILITÉ ET AUTONOMIE ACCESSOIRES HYGIÈNE



Barres de sécurité et de maintien
Accessoires d'hygiène pour collectivités
Sièges de douche
Accessoires de salles de bains et de douches



NOUVEAUX CATALOGUES-TARIFS



En flashant ce code barre
avec votre mobile
accédez directement
à notre page Nouveautés.

Tél. 03.22.60.22.70 - info@delabie.fr - www.delabie.fr

DELABIE

SOMMAIRE

3 Allocution d'ouverture

Marc WASILEWSKI

SECRÉTAIRE-ADJOINT DU C2DS, PRÉSIDENT DU SERVICE DE MÉDECINE
DU TRAVAIL DE LA HAUTE-VIENNE

Thierry BÉCHU

DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DE LA FHP-MCO

7 Les perturbateurs endocriniens à l'hôpital : état des lieux

Gilbert BARBIER

SÉNATEUR ET AUTEUR DU RAPPORT EN JUILLET 2011
PERTURBATEURS ENDOCRINIENS, LE TEMPS DE LA PRÉCAUTION

17 Développement durable : un levier économique

Dr Paul GARASSUS

PRÉSIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE AU SEIN DU BAQIMEHP

Marc WASILEWSKI

SECRÉTAIRE-ADJOINT DU C2DS, PRÉSIDENT DU SERVICE DE MÉDECINE
DU TRAVAIL DE LA HAUTE-VIENNE

35 Un code de déontologie des managers en santé : qu'est-ce que cela change pour le manager, le salarié, le patient ?

Nathalie CANIEUX

SECRÉTAIRE GÉNÉRALE CFDT SANTÉ SOCIAUX

Frédéric GRIVOT

VICE-PRÉSIDENT DE LA CGPME EN CHARGE DES BRANCHES PROFESSIONNELLES

Jean-Luc PLAVIS

CHARGÉ DE MISSION DU COLLECTIF INTER ASSOCIATIF SUR LA SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

Marc WASILEWSKI

SECRÉTAIRE-ADJOINT DU C2DS, PRÉSIDENT DU SERVICE DE MÉDECINE DU TRAVAIL
DE LA HAUTE-VIENNE

49 Conclusion

Alain COULOMB

CONSULTANT, ANCIEN DIRECTEUR DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Allocution d'ouverture

LA SÉANCE EST OUVERTE À 10 H 15
PAR MARC WASILEWSKI.

Marc WASILEWSKI. Bonjour. Bienvenue à cette troisième journée du développement durable. Je vais tout de suite passer la parole à Thierry BÉCHU, qui va vous faire une petite introduction, puis nous irons très vite car nous avons beaucoup à vous dire.

Thierry BÉCHU. Bonjour. Je dois excuser l'absence de Lamine GHARBI, notre président, mais pas parce qu'il n'est pas passionné par le sujet puisque je rappelle qu'il a fait réaliser il y a quelques semaines dans sa région avec l'appui d'une agence privée un bilan carbone pour 26 établissements. Le sujet l'intéresse au plus haut point mais son agenda ne lui a pas permis d'être présent, donc toutes nos excuses pour son absence.

Je veux tout d'abord vous souhaiter la bienvenue à tous et en particulier à nos intervenants, en commençant par le Sénateur Gilbert BARBIER qui nous fait l'honneur d'être là dès ce matin. Merci encore d'être parmi nous de bonne heure. Je souhaite également la bienvenue à Paul GARASSUS, Marc WASILEWSKI, Frédéric GRIVOT, de la CGPME, Nathalie CANIEUX de la CFDT et Jean-Luc PLAVIS, qui interviendra sur le point de vue des usagers d'Île-de-France. Cette journée sera clôturée par Alain COULOMB, ancien directeur général de la HAS qui assure aujourd'hui des missions de consultant.

Pourquoi cette journée ?

Tout simplement parce qu'il faut aujourd'hui faire la relation entre l'environnement et la santé. La santé, c'est le nombre de cancers qui augmente et le nombre



MARC WASILEWSKI
SECRÉTAIRE-ADJOINT DU C2DS,
PRÉSIDENT DU SERVICE DE
MÉDECINE DU
TRAVAIL DE LA HAUTE-VIENNE



THIERRY BÉCHU
DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL
DE LA FHP-MCO

de Français qui ont des pathologies chroniques et des allergies récurrentes. C'est aussi la fertilité des hommes et en particulier des Franciliens, qui ont, paraît-il, environ 50 % de moins de spermatozoïdes que leurs grands-pères.

Pourquoi parler de la santé et de l'environnement ? Parce que de nouvelles pathologies arrivent en Europe que l'on trouvait auparavant dans les pays d'Afrique et parce que même si l'OMS traite de l'environnement, le lien entre la santé et l'environnement a peu été évoqué lors des derniers sommets de Durban, de Copenhague, de Rio ou en France. Enfin, la santé et l'environnement sont des sources d'injustices sociales.

La FHP-MCO a pour mission de défendre les intérêts de ses adhérents et surtout de leur donner des perspectives. Nous attendons 40 décrets d'application du Grenelle de l'environnement. C'est la raison pour laquelle je repasse la parole à Marc WASILEWSKI.

Marc WASILEWSKI. Merci Thierry. Tout d'abord, je vais devoir excuser Olivier TOMA. J'ai pour mission

de le remplacer mais puisqu'il est irremplaçable, je vais simplement essayer de le suppléer au cours de cette journée. Il regrette vraiment de ne pas pouvoir être parmi nous mais il est vrai qu'aujourd'hui, il a de nouvelles activités dans le développement durable, dont il est finalement à l'origine dans le monde de la santé. Il est de tout cœur avec nous mais malheureusement il ne pourra pas participer à notre journée.

Qu'est-ce que le C2DS?

Le C2DS est, comme vous le savez, un comité qui est né il y a quelques années de la réflexion de quelques directeurs dont je faisais partie. Nous nous interrogeons à la fois sur notre métier, l'avenir et la façon de redonner de la valeur à ce que nous faisons. Vous connaissez tous notre métier mieux que moi : 20 ans, 20 lois, 20 réformes, des décrets qui n'ont pas abouti, jamais d'évaluations et une perpétuelle guerre annuelle sur les tarifs sans que cela débouche sur grand-chose. Les personnels se lassent et les perspectives sont tristes. Il est grand temps de partir d'un autre pied et d'imaginer que la santé est aussi une véritable richesse, pour le pays en termes d'activités et pour les hommes.

J'ai pris le temps de lire la liste des inscrits et j'ai vu que de nombreuses personnes ont déjà fait beaucoup en matière de développement durable. Margot BOURG est là. Bonjour, je voudrais vous féliciter parce que vous avez été la correspondante de la FHP dans le cadre de votre bilan carbone. Votre fédération est la première et la seule en France à en avoir fait un. Bravo. C'est bien et c'est courageux ; il fallait oser le faire. Il ne faut pas s'arrêter là ; c'est une évidence. Savoir ce que l'on rejette est bien, le faire diminuer c'est mieux.

J'ai aperçu dans la liste le nom d'Eléonore CANADAS. La Clinique Turin à Paris a un très gros projet en matière de développement durable. J'ai vu aussi le nom de Frédérique GAMA, de la Clinique Charcot, de Joël CLICHE et de la Polyclinique Saint-Roch à Montpellier. Là aussi, des choses passionnantes sont en train d'être faites.

Franck PAULE, de l'Hôpital Privé Nord Parisien, est également parmi nous. Il vient de vivre la certification après avoir commencé il y a plus d'un an à mettre en place une véritable politique de développement

durable. Je crois qu'il en est extrêmement satisfait, avec finalement plutôt des éloges des experts visiteurs. C'est une bonne chose. Bravo Franck. Continuez, d'autant que l'Hôpital Privé Nord Parisien a beaucoup de particularités qu'il gère remarquablement sur le plan social.

J'ai bien sûr aperçu le nom de Jean-Pierre COUDRAY, de l'Hôpital Privé Claude Galien, de Marc GUILLOCHON, qui se bat beaucoup pour essayer de faire bouger les choses - nous savons tous que ce n'est pas toujours simple mais c'est bien- et de François MEILLIER, délégué général de l'UNCSPY. Nous parlerons tout à l'heure d'architecture. S'il y a un monde où elle a une importance phénoménale, c'est bien dans la psychiatrie. Là aussi, il y a probablement des évolutions importantes à mettre en place, avec un nouveau concept. Vous savez que le C2DS a fait récemment un film passionnant sur l'éco-construction. Les structures hospitalières sont maintenant faites pour les patients et le personnel et en aucun cas pour faire plaisir à l'architecte. On a vu notamment en Espagne et en Italie des réalisations remarquables, sans parler de ce qui se fait maintenant en Suède, où se construit un hôpital de 8 000 lits. J'ai toujours peur du gigantisme mais apparemment on a tout prévu et réfléchi à tout, surtout avec le regard du patient et du personnel qui y travaille.

J'ai vu aussi inscrit le nom de Dominique BOULANGÉ, qui n'est pas encore arrivée. Je sais qu'elle a un grand projet de reconstruction.

Je voudrais aussi remercier l'équipe de la FHP-MCO, qui a organisé cette journée, et celle du C2DS, autour de Véronique MOLLIÈRES, parce que ce n'est jamais simple. Nous avons toujours des petits soucis de logistique. En tout cas, nous sommes en route et vous savez que nous pensons au C2DS que le secteur hospitalier et celui de la santé dans son ensemble se doivent d'être exemplaires. Prendre soin est notre métier et la base de ce que nous faisons. Nous n'avons pas le droit d'entretenir ce que seront les maladies de demain. C'est pour nous une évidence mais il est essentiel de le redire à chaque fois que c'est nécessaire.

Aujourd'hui, dans un secteur où la résistance au changement est forte, avec une situation sociale et économique tendue, le changement de paradigme est extrêmement difficile. Rassurez-vous : nous parlerons clairement et sans langue de bois ; nous ne nous

Je crois que pour nous les principaux coûts cachés sont dans l'absentéisme, la désorganisation liée au stress au travail et le mal-être de nos salariés.

Marc WASILEWSKI

voilerons pas la face. Nous sommes convaincus - et vous le savez mieux que moi - qu'il n'y a plus d'argent. Vous n'en trouverez plus dans les caisses de la sécurité sociale. Même si tous les ans, il faudra relancer la bagarre sur les tarifs, elle doit continuer. Je l'ai menée pendant des années : votre avenir demain passe par une nouvelle conception de vos métiers et une nouvelle approche qui est obligatoirement le développement durable.

Donc tout repose sur notre motivation, la nôtre et la vôtre en tant que chefs d'entreprises, celle de vos cadres et de vos équipes de chirurgiens et jusqu'à celle de l'ASH. Je peux vous affirmer que cela fonctionne. J'ai mis cela en place dans les trois dernières cliniques que j'ai dirigées et j'ai vraiment vu des évolutions remarquables, des changements d'approche et des personnels beaucoup mieux dans leur peau.

Je me souviens d'avoir quand j'étais étudiant rencontré un économiste qui s'appelait Henri SAVALL. On en parlait alors comme d'un futur nobélisable. Ce monsieur a écrit un livre remarquable intitulé « Les coûts cachés ». Pour nous, tous autant que nous sommes, il est facile de faire des additions et des soustractions. Il y a ce que nous maîtrisons, ce que nous dépensons et ce que nous recevons, et puis il y a les coûts cachés. Henri SAVALL expliquait très bien que l'on employait alors des personnes trop compétentes à des postes dans lesquels elles n'étaient pas à leur place. Je crois que pour nous les principaux coûts cachés sont dans l'absentéisme, la désorganisation liée au stress au travail et le mal-être de nos salariés. Il faut que nous travaillions demain sur les évaluations. Il est évident que dans un établissement où le bloc « ronronne » - je ne sais pas si cela existe encore ! - on est beaucoup moins productif et efficace. Le souci de demain est bien là : c'est le bien-être de nos salariés au travail. J'ai oublié de dire - mais vous le savez - que je suis toujours président d'un service de santé au travail, avec quelques dizaines de milliers

de salariés. Je continue le combat auquel je suis très attaché. Je voudrais vous rappeler que tous nos établissements hospitaliers sont structurants de notre société moderne, parce que comme nous l'avons dit, ils ont un impact non négligeable sur notre environnement, un poids économique majeur et un potentiel éducationnel considérable. Le secteur privé représente 8 millions de patients auxquels il faut ajouter les accompagnants. On commence à parler des promotions de santé : il y a là aussi une voie qui s'ouvre à vous et une évolution totale du métier.

Votre métier va évoluer demain

Aujourd'hui, quand on prend un patient, on le voit peut-être un peu avant mais on ne le voit plus du tout après, ou quasiment plus. Autour de ce patient, il y a des enfants, des accompagnants et d'autres besoins. C'est dans ce sens que votre métier va évoluer demain, et vous trouverez vos ressources. Plus personne ne remet en cause aujourd'hui la part de marge - nous parlerons beaucoup d'économie - que nous faisons avec les chambres particulières. Demain, vous trouverez une part de marge dans ce que vous ferez d'autre et les autres services que vous offrirez à vos patients. Quant au soin en lui-même et la recette de sécurité sociale, vous avez compris que dans les cinq années à venir - je ne voudrais pas être trop dur - les évolutions tarifaires seront extrêmement faibles, ou habituelles.

Oui, il faut une volonté farouche, or l'agenda 21 du sommet de Rio est principalement décliné en France par les villes et les communes. Vous avez tous entendu parler de ce fameux agenda 21 : il reste à inventer pour le monde de la santé. Quel échéancier nous donnons-nous ? Pour de bonnes ou de mauvaises raisons - nous préférons les bonnes -, il va falloir y aller. La taxe carbone nous attend au tournant dans huit ans.

J'ouvre une petite parenthèse : le bilan carbone sera obligatoire en 2012 pour les établissements de plus de 500 salariés. Cela fait partie du décret issu du Grenelle. Si votre établissement compte plus de 500 salariés, de toute façon vous n'aurez plus le choix. Vous serez obligés de faire un bilan carbone. En faire un pour répondre à une obligation est bien, mais s'inscrire ensuite dans un véritable plan de diminution des gaz à effet de serre dans les dix prochaines années est bien

plus passionnant, pour votre personnel, pour vous et l'institution que vous dirigez. Vous verrez qu'il y a beaucoup d'intérêts derrière cela.

La réglementation thermique, nous y sommes, avec des bâtiments moins énergivores. Si demain vous voulez obtenir un permis de construire, il faudra trouver l'architecte et l'assistance à maîtrise d'ouvrage qui bâtiront un établissement avec une consommation énergétique sept fois inférieure à la consommation moyenne du secteur aujourd'hui. On va passer de 350 kilowattheures par mètre carré à 50. C'est clair, déjà inscrit, et cela fait déjà partie de vos obligations. Je te repasse la parole Thierry.

Thierry BÉCHU. Je voudrais dire quelques mots - nous y reviendrons au cours de la matinée - à propos de l'approche que nous vous proposons, à savoir transformer la problématique du développement durable en levier économique puisqu'il n'y a effectivement plus grand-chose à attendre des augmentations tarifaires. Nous avons une visibilité à l'horizon 2020, nous avons donc 8 ans pour anticiper et transformer nos obligations et faire une opportunité de cette contrainte.

Nous parlerons cet après-midi d'éthique et de l'initiative du C2DS d'un Code de déontologie pour les directeurs. Je souhaiterais terminer en remerciant la Société Delabie, qui nous soutient pour l'organisation de cette journée.

Marc WASILEWSKI. Merci Thierry. Nous avons décidé de commencer la journée en vous parlant de perturbateurs endocriniens. On en parle depuis longtemps. On avait commencé à le faire avec des petites mallettes roses et bleues en maternité, qui avaient généré un début de scandale assez impressionnant. Nous nous étions, avec Olivier TOMA, fait un peu insulter, surtout par les dames, quand nous avions voulu faire supprimer certaines lingettes qui étaient apparemment devenues un élément indispensable à la toilette du nourrisson mais contenaient pour la plupart une quantité de substances dont on interroge l'innocuité. La situation a évolué depuis.

Je voudrais remercier les parlementaires qui se sont investis dans tout cela - car il est vrai que c'est compliqué ; cela n'apporte pas beaucoup de voix et de notoriété - et notamment Valérie BOYER, Députée de la 8^e circonscription des Bouches-du-Rhône et Secrétaire

nationale chargée des questions de santé à l'UMP. Nous avons aussi rencontré Yvan LACHAUD, Député de la 1^{re} circonscription du Gard, qui est aujourd'hui membre de la Commission des affaires culturelles et de l'éducation, et Gérard BAPT, Député de la 2^e circonscription de Haute-Garonne, Maire de Saint-Jean et président du groupe d'étude de santé environnementale.

Toutes ces personnes se sont investies mais quelque chose d'assez remarquable a été fait par M. Gilbert BARBIER, Sénateur. Vous êtes chirurgien de profession et conseiller municipal de la ville de Dole. Cela me fait sourire parce que dans le temps j'ai un peu combattu le maire de Dole, qui n'était pas vous politiquement.

Vous êtes Sénateur du Jura, vice-président de la Commission des affaires sociales, membre de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques et Secrétaire de la Mission d'évaluation et de contrôle à la sécurité sociale. Vous êtes l'auteur d'un rapport de plus de 130 pages. Bien sûr, peu de personnes l'ont lu, ce qui est d'ailleurs bien dommage. Il est intitulé : « Perturbateurs endocriniens : le temps de la précaution ». Vous avez déjà dénoncé tous les risques liés aux perturbateurs endocriniens et recommandé l'application du principe de précaution. Je vais donc vous passer la parole. Nous allons vous écouter attentivement. Je rappellerai simplement à ceux à qui cela ne parle pas que les perturbateurs endocriniens sont les phtalates, les parabènes et le bisphénol A, dont on a parlé il n'y a pas très longtemps. On a enfin réussi à en obtenir l'interdiction dans les biberons suite à une guerre menée depuis quatre ans. Monsieur le Sénateur, à vous. ¶

Les perturbateurs endocriniens à l'hôpital : état des lieux

Gilbert BARBIER. Merci Monsieur le Secrétaire-adjoint, et merci Monsieur le Délégué général. Mesdames et Messieurs, nous abordons un sujet qui passionne parfois les médias sans que l'on sache toujours exactement comment cela se passe. J'ai été chirurgien hospitalier et Député Sénateur et je me suis toujours intéressé à ces problèmes. C'est au titre de l'Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques que j'ai été chargé de faire un rapport d'étape sur les perturbateurs endocriniens.

C'est un problème de société, sur lequel de très nombreux travaux scientifiques ont été effectués depuis un demi-siècle. C'est d'une grande complexité parce que, comme l'a rappelé l'Académie de médecine, qui vient de sortir un excellent rapport le 8 novembre dernier, il s'agit d'une question de santé publique qui est devenue un sujet majeur d'inquiétude parce que l'on ne sait pas toujours très bien comment cela se passe.

C'est un sujet d'incompréhension pour deux raisons et tout d'abord -vous l'avez signalé Monsieur le Secrétaire-adjoint,- l'augmentation importante et continue de l'incidence de certains cancers même après correction du vieillissement -vous savez que pour pouvoir établir des statistiques, il faut tenir compte de celui de la population-, un dépistage systématique étant effectué pour un certain nombre de cancers.

Une évolution des cancers hormonaux dépendants

Manifestement, il y a une augmentation assez régulière depuis quelques dizaines d'années de certains cancers hormonaux dépendants. Je citerai essentiellement le cancer du sein, celui du testicule, d'une



GILBERT BARBIER
SÉNATEUR ET AUTEUR DU
RAPPORT EN JUILLET 2011
*PERTURBATEURS ENDOCRINIENS,
LE TEMPS DE LA PRÉCAUTION*

manière plus incidente, celui de la prostate et celui de la thyroïde.

À cela s'ajoute - c'est ce qui pose un problème extrêmement médiatique- le problème de la repro-toxicité, c'est-à-dire de la participation d'un certain nombre d'éléments à tout ce qui concerne la reproduction, qu'il s'agisse des malformations urogénitales rencontrées dans un certain nombre de cas, de la masculinisation d'organismes féminins ou de féminisation dans d'autres cas. Vous avez aussi évoqué le problème de la fertilité masculine. Enfin, un dernier problème extrêmement important et inquiétant est l'incidence que peut avoir un certain nombre de produits sur la descendance des organismes et des individus. C'est un problème qui se juge à très long terme.

La deuxième raison pour laquelle ce dossier est au centre d'une actualité importante sur le plan médiatique est le problème des polémiques et informations contradictoires sur l'évaluation des risques des perturbateurs endocriniens pour la santé humaine, avec souvent des contradictions entre les observations formulées par les agences sanitaires et les annonces alarmistes et médiatiques d'un certain nombre d'ONG.

Je vais citer encore le rapporteur de l'Académie de médecine dont le rapport est sorti il y a quinze jours : « *Il convient de mettre en garde contre le risque de prendre dans la précipitation des mesures de gestion des risques sous la pression de l'opinion avant de disposer*

d'une évaluation au niveau de tous les acteurs concernés de possibilités d'actions pragmatiques et fondées sur une réelle argumentation scientifique ». C'est bien là qu'est le problème. La difficulté, notamment après l'affaire du Mediator, est que la confiance de nos concitoyens dans les agences sanitaires a été sérieusement écornée, voire ébranlée ces derniers temps.

J'ai essayé dans mon rapport d'être le plus objectif et pragmatique possible, étant entendu que c'est un rapport d'étape parce que c'est un dossier qui est en très grande évolution. Rien qu'au cours de cette année 2011, l'Inserm a produit une expertise collective concernant les problèmes de la reproduction, sous la forme d'un rapport, en mai dernier. L'ANSES a également produit un important rapport (de 350 pages) le 28 septembre, et le tout dernier rapport de l'Académie de médecine vient de sortir.

Il existe sur le plan environnemental une étude qui a été commandée à un commissaire européen par la Commission environnement de l'Union européenne à Bruxelles. J'espérais qu'il serait sorti pour notre réunion mais apparemment sa publication, prévue fin octobre, a été un peu décalée ; je ne sais pas pour quelle raison.

Je vais essayer de faire le point très rapidement puis de répondre à vos questions.

Je vais faire quelques rappels et vous parler tout d'abord des glandes endocrines et du système hormonal, qui est composé de haut en bas de l'hypophyse, de la thyroïde, des glandes parathyroïdes, du thymus, du pancréas, des surrénales, des ovaires et des testicules. Vous voyez l'étendue de ce que cela recouvre, tous les domaines n'étant pas également explorés.

Les hormones -vous le savez- sont des substances chimiques qui contrôlent diverses fonctions importantes de l'organisme : la croissance, le métabolisme, le développement (notamment sexuel) et surtout la reproduction de l'espèce.

Ces hormones sont sécrétées par des glandes endocrines et transportées par le sang vers des organes cibles où elles ont une action sur certains tissus. Ainsi, dans la fonction de reproduction, qui a été très étudiée, notamment en laboratoire, interviennent les androgènes, les œstrogènes, la progestérone, les hormones hypophysaires et la prolactine, avec une réponse qui est la production de gamètes et aussi des facteurs de

croissance, la lactation, la gestation, l'instauration des caractéristiques secondaires et le comportement sexuel.

Perturbateurs endocriniens : un champs très vaste

Je passe sur les autres secteurs, qui concernent l'insuline, le glucagon et les hormones thyroïdiennes. Vous voyez que quand on parle des perturbateurs endocriniens, on aborde un chapitre extrêmement vaste qui concerne toute la physiologie des organismes, qu'il s'agisse des animaux ou de l'espèce humaine.

Les perturbateurs sont des substances chimiques, d'origine naturelle ou artificielle, étrangères à l'organisme qui viennent interférer dans le système bien organisé de la régulation hormonale, dont le fonctionnement, vous l'avez compris, est extrêmement complexe, et induire des effets délétères sur l'individu et aussi – ce qui est inquiétant – sur la descendance.

Le perturbateur endocrinien peut agir de plusieurs façons. Il peut imiter – en étant agoniste –, empêcher – en étant antagoniste –, gêner ou bloquer le mécanisme de la régulation. C'est comme vous le voyez un fonctionnement très diversifié en fonction des produits. La grande particularité des perturbateurs endocriniens – c'est cela qui a longtemps posé problème – est qu'ils ne se caractérisent pas par un effet toxique.

Vous savez qu'un certain nombre de substances sont toxiques et que les toxicologues définissent des doses létales et à partir de celles-ci des doses journalières acceptables (DJA), avec une classification en fonction de la toxicité d'un certain nombre de produits.

Les perturbateurs endocriniens sont une découverte relativement récente, au cours des deux dernières décades. Ce n'est pas la quantité absorbée qui provoque une dérégulation ou des troubles. Ils agissent à faible dose, des doses très importantes ayant parfois beaucoup moins d'effet. C'est un élément très important dans les expérimentations qui peuvent être conduites, d'autant qu'aujourd'hui on peut déceler à très faible dose (de l'ordre du nanogramme par litre de sang dans l'organisme) un certain nombre de produits que l'on n'arrivait pas à détecter auparavant pour des raisons techniques. Cela a révolutionné la toxicologie ancienne.

Aujourd'hui, pour étudier les perturbateurs endocriniens, il existe une endocrinologie moderne qui

Aujourd'hui on peut déceler à très faible dose [...] un certain nombre de produits que l'on n'arrivait pas à détecter auparavant pour des raisons techniques. Cela a révolutionné la toxicologie ancienne.

Gilbert BARBIER

va à contresens de la toxicologie classique. C'est très important, notamment en médecine du travail, puisque dans les entreprises, on a toujours considéré qu'une faible dose de produit n'était pas dangereuse mais qu'il le devenait de plus en plus à mesure qu'elle augmentait. Cependant, c'est une évolution qui pose problème parce qu'il n'existe pas encore sur le plan mondial d'harmonisation des normes en matière d'évaluation des perturbateurs endocriniens.

Comment a-t-on été alerté sur le problème des perturbateurs endocriniens ? Essentiellement à l'occasion d'observations en milieu naturel. Je vais citer quelques exemples emblématiques qui datent d'il y a déjà plusieurs dizaines d'années. Mme CARSON, une Américaine, a écrit un livre intitulé *The silent spring*, c'est-à-dire « Le printemps silencieux », car elle a observé sur le campus de son université la disparition de l'oiseau emblématique de la nation américaine, l'aigle américain, qui a quasiment disparu dans certains secteurs des Etats-Unis. Il a été prouvé que cette disparition était en corrélation avec l'utilisation massive du DDT par les agriculteurs américains dans les années 1940, 1950 et 1960. L'aigle américain, prédateur qui se nourrit de déchets, accumulait une quantité considérable de DDT, ce qui générait des troubles de la sexualité et de la reproduction, d'où sa disparition. Cela a été un choc aux USA.

D'autres constatations ont été faites, notamment sur l'environnement, comme le pseudo hermaphroditisme d'un certain nombre de gastéropodes marins, dont la cause était l'utilisation de tributylétain pour les peintures de bateau.

Par ailleurs, des expérimentations ont été menées, par exemple au Canada, où l'on a pollué un petit lac avec du DDT et observé la disparition d'un certain nombre de poissons dans ce dernier. On l'a ensuite vidangé, rempli à nouveau avec de l'eau sans toxicité et ces poissons sont réapparus.

On a aussi fait en France des constatations environnementales intéressantes, comme par exemple la féminisation et la disparition d'un petit poisson dans l'embouchure de la Seine, qui est probablement le fleuve européen le plus pollué par des produits chimiques en grande quantité.

Des expériences ont aussi été menées à partir de pesticides, sachant qu'énormément de travaux sur le milieu aquatique ont été présentés du fait d'absorptions qui peuvent avoir lieu dans la chaîne alimentaire par des oiseaux ou autres, un certain nombre de poissons vivant dans un milieu aquatique contaminé.

On peut se demander aussi quels produits sont concernés par les perturbateurs endocriniens. Le secrétaire-adjoint en a évoqué quelques-uns. Je rappelle que les hormones naturelles qui comprennent les œstrogènes, la progestérone et la testostérone sont présentes non seulement dans l'organisme de l'homme et des animaux mais aussi dans certaines plantes. Vous savez notamment que le problème des germes de luzerne et de soja est à l'origine d'un certain nombre de féminisations pour les grands consommateurs en Asie.

Les hormones de synthèse

Les hormones de synthèse et les contraceptifs oraux poseront un problème environnemental qui pour l'instant n'est absolument pas traité. Ces contraceptifs oraux, qui sont bien entendu utilisés en très grande quantité, se retrouvent après leur élimination dans des stations d'épuration qui ne traitent pas cette molécule. Elle se dégrade assez rapidement par la suite mais des observations ont été faites sur la faune aquatique à la sortie de stations d'épuration et on s'est aperçu d'une féminisation extrêmement importante des mâles, même si l'eau est théoriquement bien traitée. Ce n'est pas parfait et c'est quand même un milieu assez riche sur le plan nutritif, qui attire beaucoup la faune aquatique.

Cela pose un problème annexe pour les établissements hospitaliers. Vous savez en effet qu'un certain nombre de médicaments absorbés par les patients sont rejetés dans les systèmes d'évacuation des établissements hospitaliers sans que ce problème ait été traité. C'est délicat parce que le traitement des médicaments que l'on retrouve à la sortie des établissements hospitaliers est un problème très difficile et relativement

coûteux en termes de traitement, mais un jour ou l'autre le problème de ces eaux résiduelles se posera.

Se pose aussi le problème des hormones de synthèse, qui sont plus ou moins utilisées -elles sont interdites en Europe -comme additifs alimentaires pour les animaux. Je ne rappellerai pas toutes les fraudes qui ont pu se produire dans le cadre de l'engraissement des veaux ou d'un certain nombre d'animaux. Les additifs hormonaux alimentaires sont interdits en Europe mais il y a toujours des personnes qui détournent la loi et surtout des importations dont le contrôle n'est pas toujours facile à effectuer.

Il y a aussi l'ensemble des produits chimiques. On peut considérer qu'environ 100 000 molécules pourraient être concernées. Vous les avez évoquées rapidement. Il s'agit des phtalates, du bisphénol A, des métaux lourds et de tous les produits phytosanitaires (herbicides, fongicides et insecticides). Les ingénieurs chimistes, dont l'ingéniosité est très grande, ont produit à peu près 900 nouvelles molécules chaque année, le problème étant de savoir les expertiser.

Je ne veux pas vous affoler, mais il est certain que nous sommes entourés en permanence de molécules qui peuvent être considérées comme des perturbateurs endocriniens. Des secteurs particuliers sont concernés. C'est le problème des médicaments, avec notamment l'utilisation extrêmement fréquente des conservateurs que sont les parabènes, et aussi des produits dentaires, qui contiennent du bisphénol A, des produits vétérinaires, des combustibles et retardateurs de flamme et de l'ensemble des produits industriels domestiques.

Une molécule est bien connue maintenant : le bisphénol A, monomère qui est très largement utilisé (3 millions de tonnes de production annuelle). Il entre dans la fabrication des plastiques. C'est ce qui donne au plastique sa transparence et au PVC la souplesse qu'il n'a pas naturellement. On retrouve aussi le bisphénol A dans le polycarbonate et les résines époxy et dans le revêtement intérieur des boîtes de conserve. Les plus anciens d'entre nous se souviennent qu'elles rouillaient un peu sur les bords à l'intérieur : ce n'est plus le cas aujourd'hui grâce à une fine pellicule intérieure. Il y a également du bisphénol A dans les canettes de boisson et les bouteilles d'eau minérale ; je ne parle pas des bouteilles de lait et de soda.

On retrouve aussi le bisphénol A dans les CD, les DVD, les pare-chocs de voiture, les téléphones

portables, les lentilles de contact -ce qui pose un problème en matière de santé-, les jouets en plastique et les tickets de caisse thermiques, ce qui pose un problème pour les caissières. On tombe là dans le domaine des maladies professionnelles. De même, le stockage de l'eau et les réserves d'eau sont souvent traités *via* des résines époxy, et il y a du bisphénol A dans les retardateurs de flammes. Cependant, il ne s'agit pas de s'affoler particulièrement.

On trouve aussi du bisphénol A dans les phtalates. Cela m'intéresse beaucoup car elles représentent entre 50 et 60 % de la composition des tubulures et poches plastiques, ce qui pose un véritable problème. Elles sont un agent extrêmement nocif en tant que perturbateur endocrinien.

On trouve des parabènes dans les produits cosmétiques en tant que conservateurs. D'ailleurs, on commence à voir des publicités d'un certain nombre de grandes marques pour des produits sans parabènes, car ils sont considérés comme des perturbateurs endocriniens ; cela a été démontré de manière très importante. Il y a aussi le problème des filtres UV.

Le calcul du bénéfice et du risque

Pour tous ces produits, sans forcément s'affoler, il faut avoir à l'esprit deux notions par rapport à toutes ces utilisations : le calcul du bénéfice et du risque. Un certain nombre d'associations environnementales n'aiment pas beaucoup que l'on parle trop du bénéfice risque, mais certains médicaments qui apportent un bénéfice aux patients qui l'absorbent présentent des risques. Le problème est de définir d'une manière assez large quel est le rapport entre le bénéfice et le risque.

Selon la philosophie que l'on peut avoir à titre personnel, on a tendance à basculer d'une manière plus ou moins importante du côté du bénéfice ou du risque : on considère que tous ces produits sont dangereux au possible et qu'il faut les supprimer ou que leurs conditions d'utilisation sont tolérables et qu'ils n'apportent pas systématiquement un trouble à l'individu.

En fait, il faut parler pour les perturbateurs endocriniens non pas du produit mais de la cible. Que ce soit sur le plan expérimental et que cela concerne des animaux (des souris, des rats ou des poissons) ou l'homme, chaque organisme connaît au cours de

Il est certain que nous sommes entourés en permanence de molécules qui peuvent être considérées comme des perturbateurs endocriniens.

Gilbert BARBIER

sa vie des périodes de fragilité, durant la grossesse et le plus jeune âge de l'enfant. Il y a là une possibilité d'interférence d'action des perturbateurs endocriniens, avec des conséquences extrêmement dommageables pour l'individu et la descendance (les enfants voire les petits-enfants). En revanche, le bisphénol A a peu d'incidence à mon âge et je pense que je peux côtoyer cette molécule et d'autres sans trop de problèmes. C'est une notion extrêmement nouvelle, qui a abouti à des mesures que vous connaissez, dont l'interdiction du biberon en plastique chez les enfants puisqu'il contient du bisphénol A. C'est mon groupe politique qui a été à l'origine de la proposition de la loi qui est maintenant en application.

On a observé que la teneur en bisphénol A du lait maternel était à peu près équivalente à celle qui existe dans les biberons en plastique chez les mamans et femmes enceintes qui utilisent l'ensemble des produits qui sont actuellement à leur disposition (les bouteilles d'eau, les conserves, etc.). Comme vous le voyez, tout est relatif mais c'est une très bonne mesure qui a été prise. Je ne sais pas si le retour au biberon en verre pose problème dans les établissements mais c'est certainement une très bonne chose.

La notion importante qu'il faut retenir – et c'est une des conclusions essentielles de ce dossier – est qu'il faut protéger la femme enceinte et les jeunes enfants. Comment ? C'est là que se pose le problème. Interdire un produit est une chose, la question est de savoir par quoi le remplacer. Ce n'est parfois pas évident, introduire des nouvelles molécules dont la nocivité éventuelle n'a pas été testée pouvant avoir des effets sur le long terme.

Des expérimentations sont menées comme je l'ai dit sur l'animal (la souris, le poisson, etc.) et des observations sont faites en milieu naturel. On fait des expériences, on les renouvelle, on teste le même produit sur des milliers de souris et on arrive à en tirer

un certain nombre de conclusions. En revanche, ce qui est contesté et peut-être contestable – je n'en sais rien –, notamment par les industriels, est le fait que les expériences qui sont faites en laboratoire sur des souris et des poissons entraînent un certain nombre de perturbations mais qu'il n'est pas certain que ce soit transposable à l'homme. N'est-il pas un organisme supérieur en tout genre, les troubles n'étant pas forcément les mêmes ? Les scientifiques y travaillent.

Des études épidémiologiques nécessaires

Il faut reconnaître un point important : il existe des milliers de laboratoires, y compris en France, qui font des expérimentations, mais en revanche on manque encore sur le plan mondial de données épidémiologiques sûres. L'épidémiologie est un domaine qui demande beaucoup d'argent et qui en plus ne donne pas de résultats du jour au lendemain. On sait qu'en matière de troubles de la descendance, par exemple, il faut attendre dix, vingt ou trente ans pour pouvoir juger des effets d'un produit.

De même, l'Académie de médecine a travaillé plus particulièrement sur le risque cancérigène, ou cancérogène. On ne sait pas toujours comment employer certains termes. Faut-il dire cancérigène ou cancérogène ? Je n'ai pas encore trouvé la solution Monsieur le Secrétaire-adjoint. Bien entendu, on ne peut faire des observations que dix, vingt ou trente ans après. Par exemple, il faut attendre souvent très longtemps pour pouvoir dire que tel agent est un facteur de développement et d'accroissement du cancer de la prostate.

Je ne sais pas si certaines de vos maternités, si vous en comptez parmi vos établissements, participent à l'enquête intitulée Elfe, qui a été lancée par le gouvernement. Il s'agit d'une étude française longitudinale sur les enfants. 40 000 enfants ont été répertoriés depuis 2007 – le recensement se termine cette année –, qui seront suivis pendant vingt, trente ou quarante ans. C'est la première fois qu'une telle étude est réalisée en France. C'est une enquête épidémiologique extrêmement difficile et c'est aussi une des premières au monde.

La France n'est pas la seule à s'occuper de tous les produits chimiques que j'ai évoqués. Les Etats-Unis et l'Europe travaillent beaucoup sur ces derniers.

L'Europe a le Programme Reach, dans le cadre duquel toutes les molécules sont passées au peigne fin pour évaluer leur incidence, notamment celles nouvellement introduites. Ce programme a déjà abouti, y compris pour les Américains, à l'interdiction d'un grand nombre de produits, notamment le DDT, les pesticides, etc. Toutes ces molécules existent probablement encore dans le milieu naturel mais elles ne sont plus utilisées.

Des molécules voisines, notamment concernant les produits phytosanitaires, dont on sait qu'elles ont une incidence en matière de perturbation endocrinienne, sont-elles toujours utilisées notamment par les jardiniers amateurs, qui utilisent des produits manifestement extrêmement toxiques ?

Je voudrais vous rappeler avant de conclure que nous médecins (tout au moins les plus anciens d'entre nous) avons connu une expérimentation grandeur nature qui a été provoquée par nous avec l'utilisation du Distilbène dans les années 1950-1960. Il était administré aux femmes enceintes afin qu'elles puissent garder leur enfant. C'est une molécule extrêmement voisine du bisphénol A, or il a été à l'origine dans la descendance de ces femmes d'un pourcentage de malformations urogénitales en proportion beaucoup plus importante que la logique ne l'aurait voulu.

On retrouve non seulement dans la première descendance de ces femmes mais aussi dans la deuxième (c'est-à-dire parmi leurs petits-enfants) un pourcentage important de malformations (hypospadias ou ectopies testiculaires majeures) et de troubles génito-urinaires et surtout des aspermies, dans les deuxièmes descendances. Cela a été une expérimentation très douloureuse, avec bien entendu les conséquences juridiques que cela a pu entraîner.

Il y a aussi, par un mécanisme de perturbation endocrinienne, un autre médicament qui revient un peu sur la sellette pour d'autres indications : la thalidomide, que l'on a utilisée contre les nausées des femmes enceintes et qui a été à l'origine d'enfants sans bras, une perturbation étant probablement intervenue au moment de la croissance. Il ne s'agit bien entendu pas de dramatiser mais je pense qu'il faut absolument que nous puissions prendre des précautions.

Il faut absolument améliorer l'information du public sans l'angoisser. Vous avez un rôle majeur à jouer au moment des hospitalisations. Il faut lui dire que

Des recommandations sont relativement simples, comme ne pas chauffer directement les aliments dans les emballages en plastique au four à micro-ondes dans les cliniques, ne pas stocker longtemps à température élevée des eaux minérales dans des bouteilles plastiques.

.....
Gilbert BARBIER

ces matières sont présentes, un certain nombre de conseils d'utilisation étant à diffuser non seulement par les agences de santé mais aussi par nous tous qui sommes avertis de ces problèmes. Il faut notamment éviter un certain nombre de produits pour la femme enceinte et le jeune enfant.

Des recommandations sont relativement simples, comme ne pas chauffer directement les aliments dans les emballages en plastique au four à micro-ondes dans les cliniques, ne pas stocker longtemps à température élevée des eaux minérales dans des bouteilles plastiques -j'ai vu que vous avez prévu des bouteilles en verre : c'est très bien Monsieur le Secrétaire-adjoint !- et ne pas recycler les emballages contenant du bisphénol A ou des phtalates.

Il faut surtout pouvoir obtenir -c'est ce que personnellement j'essaie de faire, ce qui n'est pas toujours facile- le remplacement d'un certain nombre de produits, ce qui ne peut se faire que si l'on arrive à travailler en synergie avec les industriels et les chimistes. Il faut absolument ne pas cibler particulièrement les industriels et au contraire les amener à travailler ensemble. Cela se fait dans certains pays mais ce n'est pas toujours facile.

J'ai évoqué tout à l'heure, ce qui vous concerne notamment, les poches plastiques qui servent pour le sang et le sérum, ainsi que les tubulures. Il faut notamment dans les maternités, pour les prématurés, éviter d'utiliser des produits qui contiennent du bisphénol A. Cela concerne aussi les gants chirurgicaux et les produits contenus dans les lingettes, qui sont des conservateurs avec du parabène.

Il faut une saine collaboration avec les fabricants, les industriels et les utilisateurs, qui doivent demander le remplacement des produits toxiques par d'autres qui ne présentent pas de danger. C'est un travail de longue haleine. Je souhaite surtout, concernant les perturbateurs endocriniens, que plutôt que les environnementalistes et les industriels ne se renvoient la balle, avec les usagers au milieu, nous travaillions tous ensemble, y compris peut-être de façon interministérielle, pour aboutir à des solutions efficaces dans notre pays.

Je pense que ce problème doit surtout être abordé au niveau européen. Nous ne sommes bien entendu pas un pays fermé, beaucoup de produits que l'on trouve sur les marchés intérieurs n'étant malheureusement pas toujours fabriqués en France. C'est pour cela qu'il faut, au niveau de l'Europe, poursuivre l'élimination progressive et l'interdiction de certains produits, qui, pour beaucoup d'entre eux, devraient être ciblés sur la femme enceinte et le jeune enfant.

Marc WASILEWSKI. Merci Monsieur le Sénateur. Je crois que maintenant plus personne ne peut ignorer ce que sont les perturbateurs endocriniens. Vous avez parlé de l'actualité : je vais revenir sur deux sujets d'actualité et profiter de votre position d' élu pour refaire passer un message. Que fait-on quand on est directeur de clinique ? Vous l'avez compris : nous n'utilisons plus de tubulures contenant des phtalates ou du bisphénol, surtout pour la néo-natalité.

Le premier constat que l'on doit faire est que les cancers augmentent de 1 % dans la tranche de 0 à 20 tous les ans. On n'a plus le droit de générer aujourd'hui les maladies de demain. On connaît cette règle.

La question est toujours de savoir qui finance mais il existe des tubulures sans phtalates au même prix que les autres. Une centrale d'achat qui est un des partenaires du C2DS s'est particulièrement penchée sur le sujet. Vous pourrez donc tout à fait les imposer demain à vos services de néo-natalité, mais je rejoins complètement le Sénateur Barbier : il faut essayer d'aller encore plus loin.

J'aime citer l'exemple d'un grand champion cycliste – je ne vais pas citer son nom car il va finir par me faire un procès – qui a gagné plusieurs fois le Tour de France et a été contrôlé positif. Le dopage est en fait une auto-transfusion sanguine ; on récupère des

globules rouges. Retrouver du sang dans du sang est très compliqué mais en l'occurrence, on a retrouvé le contenant, c'est-à-dire ce qu'il y avait dans la poche de sang.

On a également retrouvé chez un bébé un perturbateur endocrinien fort dont l'origine est la pommade anti-vergetures que s'appliquait sa maman pendant sa grossesse. Cela franchit la plupart des barrières et les résultats peuvent être catastrophiques. C'est donc à mon avis le principe de précaution qui doit être appliqué en premier lieu.

Je me suis battu pendant vingt ans pour les tarifs en maternité : c'est un secteur d'activité passionnant, et l'éco-maternité doit exister. Une maternité à la pointe est votre chance pour demain. Cela vous permettra de « récupérer » de l'activité ; je ferai tout à l'heure le lien avec l'aspect économique. Cela commence par supprimer tout ce qui peut être supprimé, comme les biberons en plastique.

Vous avez parlé du Mediator. Deux sujets nous tiennent à cœur au C2DS en ce moment dont le dioxyde de titane, dont on commence tout juste à parler. Il a été classé cancérigène de catégorie B. Je ne sais pas trop ce que cela veut dire mais j'ai lu que c'est apparemment la première molécule qui arrive à franchir la barrière de la dure-mère. On n'en avait pas trouvée jusqu'à présent.

Où trouve-t-on du dioxyde de titane ?

En priorité dans les crèmes solaires. Quand vous interrogez les industriels, ils vous répondent gentiment qu'il est une barrière qui a une capacité à capter les ultra-violets phénoménale. Cela répond donc à leurs attentes mais en aucun cas ils n'ont mesuré les effets sur la santé. Des crèmes solaires sans nanoparticules de dioxyde de titane existent et en vertu du principe de précaution il ne sera pas compliqué d'en changer. Peut-être sont-elles un peu moins efficaces. En tout cas, l'AFSSAPS a recommandé de ne pas en mettre en cas de coup de soleil, ce qui paraît assez paradoxal.

On trouve aussi des nanoparticules de dioxyde de titane dans l'alimentation et en particulier dans les saucisses de Strasbourg, pour qu'elles gardent leur belle couleur sympathique ; c'est quand même un peu dommage.

On en trouve aussi dans tous les produits de beauté, le dentifrice, les enrobages de médicaments et, ce qui devient plus compliqué, dans le bâtiment. On commence à nous expliquer que ces nanoparticules peuvent avoir des avantages et qu'elles permettent de désinfecter les murs et les sols quasiment automatiquement. Vous imaginez bien que si c'est le cas, cela signifie qu'il s'agit de composés organiques volatils, donc qu'on les respire ce qui est très ennuyeux, et là non plus on ne fait pas de recherche, donc méfiez-vous. Nous nous battons pour qu'il existe demain un marquage systématique de tous les produits entrant dans la conception immobilière afin que vous puissiez être au courant.

Le deuxième produit que je souhaite évoquer a fait la une de l'actualité dernièrement. On en parle depuis trois ou quatre ans. Il s'agit de l'oxyde d'éthylène. On nous dit au sujet de la stérilisation des tétines à l'oxyde d'éthylène que ce sont des doses infinitésimales, etc. Bien sûr, ce sont toujours des petites doses, mais en fait on ne mesure jamais l'effet du cocktail, qui à la fin du compte peut être phénoménal. Je rejoins tout à fait le Sénateur : on n'a pas le droit de faire cela à nos enfants. Il faut savoir s'arrêter à un moment donné.

On a uniquement parlé des tétines pour l'oxyde d'éthylène, mais avec le C2DS nous dénonçons depuis très longtemps le fait qu'on le retrouve aussi dans la stérilisation des cathéters, des sondes et des dispositifs d'alimentation entérale, même si on sait que la première des règles, car c'est un poison violent, est de ne surtout pas l'absorber. On le retrouve aussi dans les prothèses mammaires qui font la une de l'actualité.

Ces questions ont le mérite d'être posées mais là aussi le principe de précaution s'applique. Nous avons des centrales d'achat et quand on est celui qui achète, on a une part de responsabilité non négligeable. On l'a vu avec l'amiante et on le verra demain avec le dioxyde de titane. Nous sommes persuadés que le scandale sera aussi important, surtout dans le bâtiment, si l'on ne fait rien aujourd'hui.

J'aimerais, Monsieur le Sénateur, que vous poursuiviez votre superbe mission et votre investissement et que demain vous nous fassiez un très beau rapport sur le dioxyde de titane et l'oxyde d'éthylène. Je n'ai pas bien compris si l'on avait interdit ou non les tétines. Globalement, que s'est-il passé réellement dans les maternités ? A-t-on envoyé des personnes vérifier sur

« On a uniquement parlé des tétines pour l'oxyde d'éthylène, mais avec le C2DS nous dénonçons depuis très longtemps le fait qu'on le retrouve aussi dans la stérilisation des cathéters, des sondes et des dispositifs d'alimentation entérale.

Marc WASILEWSKI

le terrain ? Je ne sais pas. Je repasserai dans une maternité et reprendrai quelques tétines pour vérifier. Les industriels ont dit que ce n'était pas dangereux, mais aujourd'hui on ne sait pas réellement où l'on en est. Tout cela fait partie de l'actualité. En tout cas, merci beaucoup. Nous allons passer la parole à la salle. Avez-vous des questions à poser à M. BARBIER ? Profitez-en.

Dominique LAGARDE. Je fais partie de Loïra, jeune société innovante dans le domaine de la purification et de l'assainissement des eaux. Je vais profiter de votre présence, Monsieur le Sénateur, pour vous expliquer l'aventure de Loïra qui justement -vous avez parlé des perturbateurs endocriniens- a beaucoup investi dans la recherche de l'élimination des xénobiotiques, ces substances persistantes bioactives toxiques, en particulier en milieu aqueux.

Il se trouve que Loïra, société créée en 2007, a trouvé un procédé pour l'élimination de ces xénobiotiques. Elle est à notre connaissance la seule au monde à savoir faire cela à l'heure actuelle. Nous avons déposé un brevet pour 60 pays et nous n'avons eu aucune remarque particulière de l'Organisme international des brevets.

Je vais peut-être être un peu provocateur mais nous rencontrons -c'est la raison pour laquelle je vous interpelle- beaucoup de difficultés à mobiliser les industries chimiques, laboratoires et établissements hospitaliers sur l'importance de ce procédé, qui permet en fait de résoudre un problème de santé publique.

Pourquoi avons-nous beaucoup de difficultés ? Tout d'abord parce qu'aucune réglementation n'est en vigueur pour les établissements qui rejettent leurs effluents dans la nature ; je pense en particulier à toutes les molécules que nous buvons dans l'eau traitée par les stations d'épuration. 56 millions de

substances ont été recensées en 2008 dans la nature et en particulier dans l'eau, une autre étude ayant montré que journallement, du fait des interactions dont vous avez parlé tout à l'heure, 11 000 molécules ou substances nouvelles se créent, dans les milieux aqueux ou d'autres.

Par ailleurs, nous dérangeons les lobbies industriels, en particulier médicamenteux et ceux qui tiennent le marché de l'eau dans notre beau pays. Mon message est le suivant : si vous pouvez faire quelque chose pour nous, le dialogue sera établi volontiers. Je ne suis pas venu pour faire « de la retape » mais puisque nous avons beaucoup de difficultés, en particulier dans le domaine public, avec les centres anti-cancéreux, qui sont persuadés du bienfait de notre solution mais ont des difficultés financières, je fais un appel aux établissements privés qui souhaitent être en avance de plusieurs années et sont mobilisés sur le développement durable et en particulier l'élimination de tous les perturbateurs endocriniens à la sortie de ces derniers : ils seront les bienvenus chez nous. En tout cas, il faut en parler. Merci.

Gilbert BARBIER. Je vous remercie. Nous pourrions si vous le souhaitez en parler et voir comment mieux faire connaître votre société. Il est certain que c'est un domaine qui est assez difficile à aborder. J'ai contacté les grandes sociétés qui exploitent les stations d'épuration sur le problème nouveau qui se pose : elles sont d'accord mais à condition de pouvoir être rémunérées pour le traiter. On entre en tout cas dans une aire où ce problème va être obligatoirement pris en compte. Comme je l'ai dit tout à l'heure, les établissements hospitaliers et notamment les centres cancéreux rejettent dans le milieu naturel des molécules qui manifestement ne sont pas très agréables.

Marc WASILEWSKI. J'aurais tendance à dire -mais il est vrai que cela mérite un débat plus approfondi- que la réponse est dans ce que vous avez dit. C'est avant tout un problème d'argent et d'absence de réglementation. Vous avez dit avoir à faire face aux lobbies des producteurs de médicaments, alors qu'ils devraient plutôt être vos alliés. C'est peut-être là qu'il faudra rechercher demain la solution à votre problème. Plus personne ne pourra demain polluer sans en mesurer les conséquences et les assumer.

Nous parlons au C2DS du fameux indice qui existe en Suède, où l'on aide les médecins dans leurs prescriptions en fonction des rejets de certaines molécules. Cela arrivera demain en France, c'est inéluctable. C'est compliqué parce que le corps médical n'est pas encore prêt mais cela se fera. En revanche, je peux comprendre l'impatience que peut avoir une jeune société. Le C2DS ne peut que s'associer à un tel mouvement. J'espère que nous aurons l'occasion d'en reparler ensemble.

Je vous remercie beaucoup, Monsieur le Sénateur, pour votre présentation et surtout votre engagement. Continuez ! Les établissements sont prêts, vous le voyez, et le C2DS d'autant plus. Nous avons commencé à travailler sur le dioxyde de titane. On ne parle plus du bisphénol car on a l'impression que c'est gagné mais cela risque d'être encore un peu compliqué.

Pour en revenir au lait maternel, je pense, moi qui ai beaucoup favorisé l'allaitement, qu'il faudrait peut-être supprimer le bisphénol A partout, parce que si le bisphénol est dans le lait de la maman, c'est probablement parce qu'il y en a dans son alimentation. Merci beaucoup en tout cas. *(Applaudissements)* ¶

Développement durable : un levier économique

Marc WASILEWSKI. Nous allons changer complètement de registre et parler de développement durable sous l'angle du levier économique. Je vais pour ce faire tout de suite appeler le Dr Paul GARASSUS, président du Conseil scientifique au sein du Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée.

Vous êtes docteur en médecine, neurologue de formation et d'exercice libéral. Vous êtes comme je l'ai dit président du Conseil scientifique du BAQIMEHP et membre de l'UEHP (Union européenne de l'hospitalisation privée). Vous intervenez à ce titre dans le cadre européen sur les évolutions récentes des systèmes de santé. Enfin, vous êtes au sein de la SFES (Société française en économie de la santé) vice-président aux affaires internationales, depuis 2008.

Le président du C2DS va nous dire quelques mots avant que vous interveniez. (*Projection d'une vidéo*)

Marc WASILEWSKI. Pour ceux qui ne s'en souviennent pas, ce discours a déjà trois ou quatre ans, et il est d'autant plus d'actualité.

Dr Paul GARASSUS, je vous passe la parole. Nous vous écoutons. Je sais que vous avez un planning très serré.

Dr Paul GARASSUS. Bonjour à tous. Il est fort commun de dire merci aux organisateurs pour leur invitation : je les remercie donc ; ce sont des amis proches. Cela étant, ils m'ont convié à un exercice particulièrement difficile avec vous, à savoir réfléchir à un modèle médico-économique prenant en compte les contraintes environnementales dans nos professions. Je vais vous décevoir d'emblée : je n'ai pas la réponse ; vous vous en doutiez peut-être un peu. Je



DR PAUL GARASSUS
PRÉSIDENT
DU CONSEIL SCIENTIFIQUE
AU SEIN
DU BAQIMEHP



MARC WASILEWSKI
SECRÉTAIRE-ADJOINT DU C2DS,
PRÉSIDENT DU SERVICE
DE MÉDECINE DU TRAVAIL
DE LA HAUTE-VIENNE

suis ému de parler après le Sénateur BARBIER. Il est très intéressant d'avoir des informations en direct des politiques. Peut-être aurons-nous le privilège de lui renvoyer par un jeu de miroirs les implications de la société civile. Cela le renforcera certainement dans sa motivation et son combat pour faire partager les importants bénéfices de santé publique que nous cherchons à valoriser.

J'ai une dette morale vis-à-vis d'Olivier TOMA. Vous le connaissez tous. Il a été un des premiers à nous sensibiliser à des enjeux majeurs alors qu'ils nous paraissaient presque « interstitiels ». C'est un mot que j'utilise volontiers car au départ on ne voit pas ces enjeux dans notre exercice au quotidien, mais on se rend compte qu'ils s'insinuent partout et qu'ils ont réellement une conséquence. Peut-être, en amont de tout ce qui est législatif, avec notre sensibilité et dans le cadre de notre devoir de soignants, devrions-nous les inclure dans nos pratiques et si possible les valoriser dans nos exercices économiques.

Je suis vice-président de la Société française d'économie de la santé. C'est plutôt cette casquette que je vais me permettre de revendiquer aujourd'hui pour vous présenter des réflexions, des pistes et quelques exemples, en les élargissant à l'espace européen. En effet, si nous avons aujourd'hui la volonté de bien faire, il faut aussi se servir d'expériences autres que les nôtres. Nous avons à peu près tous les mêmes problèmes. Peut-être des solutions intéressantes ont-elles été trouvées dans des pays voisins. Par exemple, sans vouloir avoir un discours politique, la convergence avec l'Allemagne m'intéresse beaucoup à titre personnel, à la fois sur le plan médico-économique et celui des pratiques. Je vais essayer de vous présenter quelques exemples particulièrement réussis par l'Allemagne qui a, à mon avis, un pas d'avance sur nous par rapport aux problèmes écologiques et à la recherche de modèles économiques adéquats.

Je ferai d'emblée deux remarques qu'il est indispensable que vous gardiez à l'esprit comme fil rouge tout au long de la discussion que nous allons avoir ensemble. Tout d'abord, quand vous achetez une voiture, vous pouvez éventuellement bénéficier d'un avantage économique en tant que payeur lié au bonus écologique : il ne faudrait pas que puisque vous avez une conscience environnementale, cela donne lieu pour vous à un malus économique en tant qu'organisateur de soins. C'est un danger, et en tout cas c'est une dérive qu'il faut absolument combattre, d'où le message que nous allons tout de suite partager entre nous sur les enjeux économiques liés au développement durable.

Nous allons revenir à des bases très anciennes, à savoir Adam SMITH, le philosophe. Il faut que nous fassions un effort de communication vis-à-vis des populations que nous avons à informer. Je suis convaincu que sécuriser la population dans un épisode de soins sera à terme un avantage attractif.

Une vision d'abord macro-économique

Concernant le contexte, nous sommes comme cela a été dit obligés de prendre en compte les contraintes macro-économiques qui pèsent sur nous, dont évidemment le déficit de l'assurance maladie. Je vais à cet égard vous parler un instant de macro-économie, pour me recentrer ensuite rapidement sur notre terrain.

Nous ne pouvons pas en tant qu'organisateur de soins de terrain négliger la pression écologique qui s'exerce sur nous. Elle est le fruit d'un passif et d'une longue histoire.

Le déficit de la sécurité sociale est difficile à combler, l'activité économique subit un important ralentissement à l'international et il ne faut pas s'attendre à des mannes demain. Je n'aime pas le mot restriction mais encore faut-il que les contraintes puissent être vécues comme positives, en orientant au mieux dans le cadre d'une régulation éclairée les ressources qui sont devenues rares vers un soin de qualité « productif ».

(Projection de diapositives)

L'hôpital représente dans tous les pays internationaux *grosso modo* un tiers des dépenses de santé. Nous sommes globalement dans cette enveloppe. Les contraintes s'exercent évidemment sur le secteur hospitalier. Néanmoins, c'est sur ses marges de manœuvre que nous allons chercher nous aussi à devenir économes.

Une pensée globale

Il faut que nous nous incluions dans une réflexion, et le deuxième message que je veux faire passer est que nous sommes non seulement un prestataire de soins pendant un temps donné centré sur l'épisode de soins mais aussi un des acteurs de la pensée globale. Il faut penser global aujourd'hui en santé et réfléchir à nouveau à l'amont et l'aval, avec une singularité franco-française mais qu'il est toujours bon de rappeler : nous sommes une exception par rapport à la plupart des pays de l'OCDE et européens avec la plus forte proportion d'établissements privés. C'est certes une singularité mais peut-être pouvons-nous aussi être un exemple dans le développement du modèle médico-économique hospitalier.

Je veux avoir un discours non pas militant -ce n'est pas mon style- mais prospectif, en disant que nous avons des réussites qu'il faut afficher, faire partager, faire connaître et accepter socialement. Ce n'est pas toujours évident quand on est en particulier en butte à des restrictions budgétaires, chaque organisation cherchant bien sûr à tirer la meilleure ressource possible de ses tutelles.

Je suis confus : mon seul talent est de voyager beaucoup en Europe. Je visite de 10 à 12 pays chaque

Nous devons nous tourner maintenant vers nos payeurs et leur dire que, dans le cadre d'une coresponsabilité et d'une volonté réelle de s'impliquer dans le développement durable, nous devons être accompagnés et non pénalisés. C'est un message fort.

Dr Paul GARASSUS

année par rapport à leur système de santé donc un certain nombre de diapositives seront en anglais. Rassurez-vous : c'est simplement pour marquer un peu les choses ; je traduirai les mots-clés. L'idée est qu'il existe maintenant -c'est nouveau, en tout cas pour moi- un référentiel des pistes autour du développement d'un établissement de santé avec une responsabilité environnementale. Il faut connaître les expériences internationales. C'est la raison pour laquelle je me suis permis de les citer en référence. Le diaporama sera diffusé aux participants.

L'idée est d'aller chercher l'information. Il faut bien sûr s'entraider -c'est le but d'une fédération et d'un colloque comme celui d'aujourd'hui-, mais aussi trouver des points d'appui. En effet, avoir un politique avec nous aujourd'hui est essentiel mais insuffisant. Le message que je veux faire passer est que nous devons nous tourner maintenant vers nos payeurs et leur dire que, dans le cadre d'une coresponsabilité et d'une volonté réelle de s'impliquer dans le développement durable, nous devons être accompagnés et non pénalisés. C'est un message fort. Il faut intégrer la contrainte économique qui pèse sur l'établissement de santé dans nos raisonnements, le bonus économique devant amener à flécher la bonne dépense vers le soin adéquat. Des références existent, et notamment un livre sur le développement de l'hôpital du futur qui intègre très clairement la composante environnementale dans les schémas de développement.

Nous sommes en Europe dans une bulle, qui est assez intéressante sur deux aspects. Tout d'abord, nous sommes un îlot dans le monde, et le groupe de pays

qui a le plus fort taux de prélèvements sociaux mais aussi la meilleure redistribution sociale. Cela choque un peu car on ne peut pas négliger les difficultés qui se posent, mais pour autant nous sommes dans un environnement un peu protégé par rapport au reste du monde.

La réunion de Durban a laissé des impressions très mitigées mais ça y est : les marchés s'intéressent à nouveau aux écotaxes européennes, considérant que l'Europe représente le groupe de pays qui va le plus se développer autour de l'économie de l'environnement durable. Deux contraintes s'exercent sur nous mais avec également deux intérêts économiques à travers les nouveaux modèles de développement participant aux réformes. La discussion porte actuellement sur la question de savoir quelle composante environnementale inclure dans un modèle économique fiable et durable. La difficulté est là. Nos collègues italiens y travaillent très volontiers au sein de l'Union européenne des hôpitaux privés : on est dans la complexité mais il faut aussi s'inscrire dans la durée. Eux aussi mènent des réflexions, des groupes s'investissant fortement dans cette responsabilité écologique.

Des patients de proximité

Une autre composante importante est qu'aujourd'hui, on ne parle plus du patient territorial ; nous avons évidemment tous un regard de proximité. Dieu merci, nos établissements sont implantés dans un écrin régional au sein duquel nous exerçons, mais demain, ce sera un peu plus compliqué. Cela n'impacte pas immédiatement mais une nouvelle directive européenne qui sera transposable en droit national à la fin de l'année prochaine va augmenter la possibilité de soins à l'étranger. Cela va être très partiel et progressif. Il ne faut pas imaginer que ce que l'on appelle parfois péjorativement le tourisme médical va envahir un pays ou en vider un autre de sa patientèle, mais la mobilité du patient qui est rappelée dans les textes va nous apporter de nouvelles contraintes, de nouveaux engagements et peut-être aussi de nouvelles chances. Le troisième mot-clé est « penser Europe », avec des perspectives environnementales et réglementaires qui nous dépassent et concernent l'espace européen.

Les limites et obstacles sont la crise, les restrictions économiques et les résistances au changement ; c'est

le médecin qui parle donc je m'autorise à dire du mal de mes confrères. L'exercice médical doit clairement être réévalué. Il y a non seulement le champ des compétences - nous y reviendrons tout à l'heure - mais aussi le sens de la responsabilité. Cela a été dit tout à l'heure sur les xénobiotiques et les effluents médicamenteux rejetés par les établissements de santé. On peut même complexifier à l'envi la situation, sachant qu'un médicament actif à des métabolites actifs au niveau urinaire qui peuvent se retrouver dans les eaux à retraiter, etc.

La situation est complexe mais je vais vous donner un exemple qui montre que le corps médical n'est pas responsable de tout. Il faut aussi réfléchir à l'observance médicamenteuse. Quand des catastrophes se sont produites à l'étranger, cela a donné lieu à des dons de médicaments absolument phénoménaux qui étaient, si j'ose dire, « de la vraie solidarité ». On a vidé les pharmacies des maisons pour pouvoir si possible envoyer ces médicaments à l'étranger. C'est génial et généreux mais cela veut dire qu'il existe des stocks de médicaments inutilisés majeurs. C'est sur la consommation et l'optimisation de l'observance thérapeutique qu'il faut s'ancrer. Le corps médical est aujourd'hui insuffisamment sensibilisé à cette problématique. Il faut être économe en prescriptions et exigeant dans l'observance. Ce sont des phénomènes anciens et c'est aussi une façon d'économiser la ressource et d'avoir un comportement responsable, en particulier par rapport à tout ce que l'on peut retrouver dans l'eau y compris celle du robinet, avec des traces de médicaments actifs. On a notamment parlé des centres anticancéreux pour les plus toxiques des molécules.

« L'hôpital au centre du système » : il faut tenir compte des diversités organisationnelles et ne pas stériliser l'initiative. C'est très difficile quand on a une vision macro-économique de nos organisations. L'essentiel pour nous quand nous organisons un soin est de nous positionner là où c'est le plus important et où nous serons les plus efficaces.

Une grande réflexion internationale est menée sur la réduction de la durée des séjours. Cela veut dire que le passage du patient dans l'établissement va être de plus en plus court et centré sur la technicité. Ce sera particulièrement vrai pour la chirurgie, mais ce le sera aussi pour le diagnostic et certaines conduites

Une grande réflexion internationale est menée sur la réduction de la durée des séjours. Cela veut dire que le passage du patient dans l'établissement va être de plus en plus court et centré sur la technicité.

.....
Dr Paul GARASSUS

thérapeutiques - centrées mais accompagnées en amont et en aval.

Le retour précoce du patient signifie qu'il fera l'objet d'un suivi coordonné à la maison, mais il faudra là aussi avoir un raisonnement éco-responsable dans le cadre de la suite du soin, y compris par rapport aux molécules toxiques, agressives, etc.

Vous avez tous développé dans vos établissements des politiques de collecte de déchets. C'est très difficile à faire, parce qu'il faut fidéliser et surtout former en permanence les personnels utilisateurs, et flécher le parcours. De plus, alors que vous devriez être récompensés pour votre comportement éco-responsable, vous payez des charges importantes pour vos déchets, les déchets souillés ou non contaminés ne coûtant pas le même prix, et les volumes ne sont pas les mêmes. Vous menez toujours une politique de communication pour optimiser les fléchages.

La durée des séjours est réduite dans le monde entier mais certains pays sont assez en avance, comme la France. Une réunion s'est tenue l'année passée à peu près à cette date sur l'ambulatoire, vers lequel on s'oriente de plus en plus. Le « meilleur système » selon l'OMS est celui des Pays-Bas, où 70 % des gestes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire. Même les centres de jour thérapeutiques qui appliquent des durées très courtes vont devoir inclure ces logiques hospitalières dans leur financement et leur comportement éco-responsable.

C'est donc un nouveau modèle économique, et si l'on va inclure le raisonnement environnemental, permettez-moi de dire également qu'il faut réfléchir à ce que sera l'hôpital de demain. C'est un travail que je fais avec l'Ecole des hautes études de santé publique, où nous avons la chance d'être invités, ce qui n'est pas rien. C'est un privilège qui nous honore

au sens de l'hospitalisation privée. Bien sûr, notre but est de rendre éco-responsable, mais il faut aussi penser de la sorte.

Le « smart hôpital »

Le mot phare que nous allons utiliser est « le smart hôpital », comme « le smartphone », c'est-à-dire un outil multimédia communicant qui met le patient au centre de nos préoccupations - c'est une expression qui n'est pas creuse - et surtout sur une trajectoire hospitalière qui est celle du soin.

Il faudra demain économiser les déplacements inutiles, travailler avec de nouveaux outils de communication avec les équipes soignantes à domicile en amont ou en aval, optimiser la surveillance et parvenir à améliorer le soin sans forcément augmenter l'hospitalisation, les transports, etc. L'idée est que ne sera hospitalisé que le patient qui sera obligatoirement dépendant d'un acte technique sur le plateau technique, en optimisant le plus possible le recours au soin technique en fonction de sa capacité de prise en charge en amont et en aval.

Sérendipité est un mot qui est aujourd'hui très répandu dans le monde anglo-saxon. L'idée était au départ que le hasard fait bien les choses et que nous allions trouver des solutions qui nous arrangeraient. Nous ne sommes sur le plan économique pas loin de toucher le fond de la crise et ce qui s'annonce va peut-être enfin nous permettre de rebondir économiquement mais ce sera très long. Comme cela a été dit tout à l'heure, cinq ans sont un délai minimum pour qu'économiquement les grands équilibres soient retrouvés, mais il existe également des marges de manœuvre en faveur de la réduction de la consommation de soins. A nous de nous les approprier pour être économes non pas de la qualité de la prestation mais des épisodes indispensables. Comme je l'ai dit tout à l'heure au sujet de la prescription médicamenteuse par les médecins, il faut aujourd'hui réfléchir au soin optimal, qui doit être de qualité et bien payé.

Des pistes existent, comme les nouveaux moyens technologiques et les nanotechnologies. J'ai participé à une table ronde avec la Commission européenne à ce sujet. Nous en avons tous peur mais elles représentent des gages d'amélioration absolument merveilleux. Il faut bien sûr les prendre en compte.

« Médecine prédictive personnalisée » : il est évident qu'identifier au mieux les facteurs de risque des pathologies des patients permettra demain d'optimiser la prise en charge et d'avoir les moyens nécessaires.

Performances environnementale et économique vont de pair

La performance environnementale et la performance économique sont les vrais enjeux. Peuvent-elles aller de pair ? Je ne veux surtout pas vous démotiver. La conviction et la motivation des organisateurs est que la réponse est oui mais que les étapes seront nombreuses. On parle de surcoûts de construction pour les bâtiments à faible consommation énergétique : il faut inverser le paradigme, c'est-à-dire récompenser ceux qui font des efforts. C'est facile à dire dans ma position mais beaucoup plus difficile au niveau du payeur. Néanmoins, il y a là me semble-t-il encore une piste. Il faut encourager les initiatives sur le plan régional et accepter de limiter les technologies et établissements obsolètes. On ne peut pas imaginer une amélioration, une optimisation et un fléchage positif dans une enveloppe contrainte sans remettre en cause un certain nombre d'éléments qui fonctionnent moins bien. Je ne disconviens pas que c'est facile à dire mais difficile à faire. Néanmoins, ce sera forcément du fait des contraintes économiques une des solutions possibles pour développer des éléments de sécurité et de santé publique, encourager les personnes dans leurs initiatives et avoir un comportement éco-responsable. Il faut un accompagnement : c'est le bonus que vous devez revendiquer et le malus lié aux surcoûts ne devrait pas vous être imposé.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, je voyage beaucoup et j'ai tissé des liens et une complicité intellectuelle avec quelques groupes allemands dont j'apprécie réellement la gestion. Leurs performances économiques sont assez exceptionnelles. J'ai pris l'exemple d'une clinique neurologique qui a des qualités architecturales éco-responsables. La diapositive suivante concerne le groupe de cliniques qui est devenu le plus important d'Allemagne. J'ouvre une petite parenthèse : je ne fais pas l'apologie des groupes -il y a d'excellents établissements individuels dans les regroupements régionaux-, mais les éléments d'information sur les variables économiques ou les objectifs de croissance

sont plus faciles à extraire de leurs bilans financiers.

Le nombre de cliniques (53) est en croissance. Le nombre de lits n'augmente pas trop, contrairement au nombre de patients. C'est un groupe qui comptabilise au total plus de 2 millions de séjours annuellement. La première ligne concerne l'énergie. Il est intéressant de comprendre la tendance et je suis ravi de montrer ces chiffres car ils font partie des rares qui sont disponibles. Ces établissements se sont clairement engagés dans un comportement éco-responsable et ont travaillé avec leurs équipes sur la réduction d'énergie, de la consommation d'eau et des émissions de CO².

Comme cela a été dit tout à l'heure en introduction, il est indispensable de prendre des mesures et il faut le faire, mais nous devons aussi optimiser notre performance et suivre cette tendance, qui je le répète est concurrentielle dans leur position. Vous devez travailler à l'amélioration de vos bâtiments, à la réduction de votre consommation en eau, etc. Vous voyez comment les indicateurs de consommation d'eau par patient évoluent. Ils sont structurants à mon sens parce qu'ils accompagnent une performance et sont incitatifs. La difficulté est de faire vivre les indicateurs. On motive un certain nombre d'équipes dans les étapes initiales mais ensuite il faut faire vivre tout cela, ce qui n'est pas toujours évident. Ce sont les chiffres observés et publiés, qui traduisent un réel engagement à toutes les étapes : le bâtiment, la formation des équipes, les consommables, etc.

Regards vers l'étranger

Si on entre dans un raisonnement stratégique éco-responsable, on peut inclure dans ce dernier une variable économique. Vous voyez l'évolution du chiffre d'affaires de trois grands groupes allemands qui se détachent ; il dépasse 2 Md€. La diapositive suivante reprend l'analyse de Standard & Poor's sur le positionnement stratégique de ce groupe.

Je me suis permis de faire figurer la répartition par critères géographiques des länder de l'Allemagne parce qu'aujourd'hui c'est l'investissement privé qui vient en complément du secteur public pour développer des nouveaux hôpitaux dans les anciens länder de l'Allemagne de l'Est, qui étaient insuffisamment dotés. Un CHU a même été privatisé. Vous imaginez, Monsieur le Sénateur, si cela se produisait dans votre

circonscription, vers quelles difficultés vous vous orienteriez.

Il faut inclure dans les réflexions à mener le respect de l'initiative éco-responsable. Ce groupe a privatisé un ancien hôpital universitaire de 1 500 lits dans un land de l'Allemagne de l'Est et pour autant il développe son chiffre d'affaires, dont il a investi en 2009 17 %. C'est une performance économique qui pourrait faire pâlir d'envie la plupart d'entre nous sachant qu'aujourd'hui la ressource est contrainte.

Cela ne se fait au détriment ni de la qualité ni des soins. Vous savez que l'on nous suspecte toujours dans le secteur privé de ne faire que ce qui est facile et rapporte beaucoup. Ce groupe non seulement ne donne pas dans le facile mais en plus il fait largement autant que tous et mieux, c'est-à-dire avec moins de frais de personnel en particulier. L'intelligence gestionnaire peut exister, avec toujours pour ce groupe -mais c'est vrai pour d'autres, je ne fais pas de publicité cachée, rassurez-vous- des engagements éco-responsables en termes de réduction de sa consommation de fluides et d'énergie.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, nous sommes une exception en France. Une particularité du capitalisme fait que dans notre hexagone ce sont les groupes d'assurances qui aujourd'hui achètent des parts de marché hospitalières. Ce n'est pour l'instant pas très éco-responsable mais cela fait réfléchir aux collaborations qui pourraient exister avec d'autres modes assurantiels que l'assurance maladie. Il existe des schémas sur le plan international, avec de fortes croissances et des groupes qui veulent des parts de marché, ce qui induit une offre de soins ciblée sur le plan international.

La slide suivante concerne en particulier le tourisme médical. Singapour et la Thaïlande, notamment, attirent beaucoup de patients. Ce n'est pas très éco-responsable mais cela existe. On ne peut pas ne pas le dire. C'est le secteur privé qui est en croissance aux Etats-Unis. On connaît très mal l'évolution des systèmes de santé des Pays de l'Est de l'Europe. Ils ont hélas un retard économique et méthodologique dans le domaine de la santé. Ils nous demandent -je suis souvent à Bruxelles- des partenariats mais il est intéressant de voir leur développement, sachant que l'innovation est supportée par des investisseurs privés. C'est très réglementé, toujours de façon très étatique.

Les normes de construction en France pour tous les bâtiments dont les hôpitaux, vont se durcir très rapidement, étant entendu que l'on construit un bâtiment pour qu'il dure.

Dr Paul GARASSUS

Néanmoins, penser l'hôpital de demain est aussi en matière d'éco-responsabilité connaître les acteurs économiques forts qui s'investissent sur ces marchés.

L'implication des fonds d'investissements est un point intéressant. Environ un tiers du secteur hospitalier français correspond à des activités de groupes dont la plupart –c'est une spécificité française ; cela n'existe pas en Allemagne– sont détenus par un certain nombre de *hedge funds*, c'est-à-dire des fonds d'investissements internationaux. En France, le développement capitalistique des groupes est dépendant de *hedge funds*.

Je suis aussi obligé de parler de l'immobilier. Un certain nombre d'établissements revendent ou délèguent leur immobilier, et il y a des investisseurs forts. Il va donc aussi falloir travailler avec les spécialistes de l'immobilier. Réfléchir à vos fonctionnements est une bonne chose, mais si vous avez un projet architectural, il va falloir l'éco-dimensionner, si j'ose dire, et travailler avec les investisseurs qui accompagnent le secteur de la santé, comme Icade ou hélas Dexia. Vous avez vu ce qu'il s'est passé en cinq ans, alors qu'elle était le premier partenaire de l'hospitalisation. Encore faut-il s'inscrire dans la durée, ce qui est loin d'être évident dans le secteur hospitalier.

Les normes de construction en France pour tous les bâtiments dont les hôpitaux, vont se durcir très rapidement, étant entendu que l'on construit un bâtiment pour qu'il dure. Nous avons avec l'Ecole de santé publique fait une petite évaluation : un bâtiment hospitalier correspond à une quarantaine d'années d'exploitation, or il y a des révolutions technologiques à peu près tous les cinq ans. Autrement dit, un bâtiment en subit de six à huit. Je pense notamment aux IRM et à la nouvelle robotique en salle opératoire, etc. On ne peut plus imaginer aujourd'hui un schéma

même éco-responsable qui soit stable et valide pour la totalité de la durée d'exploitation. Il faut donc imaginer obligatoirement à l'étape de la conception une évolutivité possible, ce qui est très compliqué.

Vous pouvez voir quelques exemples internationaux et notamment ce qui a été fait très récemment en Pologne avec des investissements privés, c'est-à-dire la création du premier hôpital privé.

Les bâtiments historiques sont un énorme problème pour l'hôpital au sens générique du terme, c'est-à-dire l'établissement de soins, le secteur public étant un peu plus concerné que le secteur privé. Comment reconditionner un bâtiment historique en plateau technique performant ? C'est diablement compliqué ! L'AP-HP a l'un des plus grands CHU d'Europe. Je n'aimerais pas avoir à gérer le site de la Salpêtrière. Ce n'est pas du tout une critique mais il est complexe de faire dans un bâtiment historique, avec ces contraintes, de la production de soins, et encore plus de faire des économies.

Je suis allé à Tokyo rencontrer des responsables hospitaliers pour comprendre comment ils avaient pu s'organiser après le tsunami et quelles en ont été les conséquences pratiques et organisationnelles.

Ma dernière diapositive est un petit clin d'œil, pour conclure. Il faut s'approprier les nouvelles technologies : elles vont nous servir. Dans nos pratiques médicales et dans le cadre de la responsabilité que nous pouvons avoir vis-à-vis de nos patients, il est essentiel d'être économes en ressources, en dépenses et en moyens. C'est en tout cas la nouvelle tendance que j'aimerais pouvoir impulser grâce à vous. Merci de votre attention.

(Applaudissements)

Marc WASILEWSKI. Merci beaucoup. Je suis rassuré, car je dis déjà depuis sept ou huit ans que le magnifique métier de directeur d'établissement de santé va complètement évoluer et qu'il va changer. Je retrouve dans ce que vous avez dit ce que j'essaie de prédire depuis des années. J'ai parfois eu l'impression de prêcher seul. Je me souviens même qu'un président de syndicat m'a dit que je voulais transformer les cliniques en épiceries. C'était probablement exagéré mais il n'empêche que l'évolution est inéluctable. Je vais, avant d'aborder d'autres sujets dans le volet économique, vous laisser poser des questions à Paul

GARASSUS si vous en avez car il doit malheureusement nous quitter. Il est très demandé et a d'autres obligations.

François MEILLIER. Peut-on imaginer vendre de l'environnemental comme on vend des chambres ?

Dr Paul GARASSUS. Oui. Comme je l'ai dit tout à l'heure en introduction, la jeune génération a raison. Je dis cela car j'ai des cheveux gris et que je me considère comme complètement *has been*. Elle ne veut pas rester à l'hôpital - je parle des patients, non des médecins - et un engagement qualitatif sur une durée courte, et elle a raison. On a tout à l'heure beaucoup parlé des maternités, qui sont vraiment un enjeu social. Elles sont un peu le nœud gordien de l'affaire car c'est là où le plus de choses se jouent. C'est un épisode de soins et de vie. Si l'on apporte de la toxicité ou du danger alors que l'on devrait être dans une position la plus optimale possible, on a tout faux.

Comme je l'ai dit, je ne suis pas un militant. Dire que l'on est sur un marché hyper concurrentiel vis-à-vis duquel il faut faire de la réclame et de la retape... Peut-être pas, mais nous devons afficher nos qualités de façon intelligente, forte et pédagogique. Au début, tout le monde vous a regardés un peu bizarrement par rapport à l'engagement éco-responsable, mais si demain vous pouviez avoir un label éco-responsable ce serait un très bon outil de communication, indépendamment des démarches qualité que vous développez dans vos établissements. J'espère en tout cas que cela pourra représenter une marge complémentaire de référencement.

Véronique MOLIERES. Tu nous as dit que tu nous expliquerais pourquoi cela se passe aussi bien en Allemagne, notamment pour le groupe privé dont tu nous as parlé. A-t-il transformé son approche du développement durable en argument concurrentiel proprement dit ?

Dr Paul GARASSUS. Oui. Ses performances économiques sont ce qu'elles sont parce qu'il pratique les mêmes tarifs que le public. On l'oublie un peu en France. Je ne connais pas la différence entre une appendicectomie sociale et une appendicectomie lucrative. L'idée est d'arriver à se mettre d'accord sur

ce que l'on fait, éventuellement avec des études de coûts. Je rappelle qu'en Allemagne, elles concernent tous les secteurs (avec une composante correctrice par régions et typologies de patients, d'âge, etc.) et plus de 240 établissements. Nous sommes très loin d'avoir un modèle économique aussi bien construit s'agissant de la description de nos coûts et donc de la fixation de nos tarifs.

Il faut être conscient du fait que les dépenses de santé ne sont pas plus importantes en Allemagne qu'en France. Grosso modo, un tiers d'entre elles concernent l'hôpital, à raison de 1 070 \$ en France et 1 090 \$ en Allemagne. Nous sommes au même niveau et pour autant les tarifs sont bien supérieurs en Allemagne. Cela signifie qu'optimiser le soin n'est pas forcément restreindre les tarifs et la ressource, sachant que ce développement en Allemagne est aussi dû à une pression environnementale supérieure ; il faut le dire. Le poids politique de l'environnement et les Verts... Je ne veux pas du tout faire de publicité pour un groupe de pensée mais je veux simplement dire que c'est inclus dans la problématique sociale. C'est dans leur bilan comptable annuel que les établissements présentent le document que je vous ai montré sur les restrictions en termes de consommation énergétique. Cela fait partie de leur éco-engagement. Je trouve qu'ils ont un temps d'avance et partager cette notion est une bonne chose. J'espère que cela aura une vraie valeur ajoutée en termes de clarté vis-à-vis des patients.

Joël CLICHE. Je suis président de la Clinique Saint-Roch de Cambrai. Je ne suis pas MCO mais j'appartiens au syndicat SSR.

Pourquoi demander des payeurs ? Nous avons la chance d'être dans le privé et nous pouvons décider du jour au lendemain ; c'est une question de philosophie. Nous avons aussi la chance qu'il existe en France une structure qui s'appelle l'ADEME, et il y a le fonds Feder et le fonds européen renouvelable. Nous montons des dossiers avec un retour sur investissements sur une durée de six à sept ans.

Vous n'avez pas du tout parlé - mais je pense qu'on le fera cet après-midi - des Composés organiques volatils (COV). Je suis un chasseur de COV. Il est évident que si le patient est dans une ambiance polluée... Un important travail est à faire en dehors des phtalates, etc.

Si demain vous pouviez avoir un label éco-responsable, ce serait un très bon outil de communication ; indépendamment des démarches de qualité.

Dr Paul GARASSUS

Nous avons la chance de pouvoir décider de construire des bâtiments éco-responsables sans aucun souci, à condition de le vouloir, et ce très vite par rapport au public, c'est-à-dire en quelques mois contre quelques années dans le public.

Dr Paul GARASSUS. Merci pour votre témoignage. Il est évident que vous avez raison. J'ai très peu parlé du bâtiment parce que l'intervention de Marc WASILEWSKI est très ciblée sur la technique alors que je voulais plutôt dépeindre un paysage économique évolutif en essayant de mettre l'hôpital au centre de ce futur.

Non seulement vous avez raison mais en plus il faut communiquer sur votre exemple le plus largement possible. Vous avez pris des initiatives, vous avez trouvé des financements, et à mon avis vous avez une stratégie de qualité sur le long terme, pour laquelle j'espère très sincèrement que vous serez plus que récompensé, à tous points de vue, pour la qualité de votre prise en charge et vos objectifs. Je n'ose pas dire que tout le monde n'a pas cette chance mais tout le monde n'a pas cette motivation. L'intérêt de ces journées est de resserrer le message autour des pistes et je crois que tout le monde sera heureux d'avoir votre expérience en ligne de mire, sachant qu'un bâtiment éco-responsable représente un coût supplémentaire qui se situe entre 6 et 12 %, mais Marc WASILEWSKI aura certainement d'autres chiffres qu'il vous présentera. Cela s'inscrit dans une réflexion globale, le surcoût initial n'étant en effet certainement pas majeur par rapport au bilan d'exploitation dans le cadre d'un amortissement sur 15 ans de l'immobilier. Ces pistes, qui sont passionnantes et utiles, sont insuffisamment connues et ont des limites. Elles ne sont pas reconnues sur le plan tarifaire, ce qui n'empêche pas certains d'avancer mais j'aimerais quand même qu'ils soient récompensés.

Joël CLICHE. Nous sommes en train de travailler sur l'expérimentation de la T2A. Je crois que nous sommes 12 ou 14 en France dans le privé. Il n'est pas du tout question de la partie éco-responsable. Nos syndicats pourront intervenir avec l'ATIH pour mettre le doigt sur cela, car il n'en est pas tenu compte dans la future tarification T2A par le SSR.

Dr Paul GARASSUS. Nous sommes ici dans un laboratoire d'idées. Vous êtes très en avance et j'ai du respect pour l'ATIH. Il faut rajouter cette composante qui me paraît très utile, comme le retour sur investissements, notion que l'on ne veut pas non plus comprendre. Ce sont deux idées simples à pousser ensemble.

Marc WASILEWSKI. Merci beaucoup Paul. Nous allons vous libérer car nous avons bien compris vos contraintes. Vous avez parfaitement raison cher Monsieur, mais même le public a réussi certains exploits. Des choix extrêmement volontaristes ont été faits. Nous allons vous montrer quelques images du centre hospitalier d'Alès, qui a été entièrement construit selon les normes HQE, avec un surcoût de 5 % – c'est clairement dit – mais cela permet des économies spectaculaires par rapport à la vie du bâtiment. C'est une approche remarquable.

(Projection d'un film)

Engager des investissements

Deux petites parenthèses. La TVA est à 5,5 % sur la biomasse et c'est le seul prix dont on soit à peu près certain de la stabilité dans les cinq à dix ans qui viennent. Pour tous ceux qui se chauffent au gaz ou au pétrole aujourd'hui, cette durée n'est même pas imaginable. Quel sera le coût de votre énergie demain ? On n'en sait absolument rien.

J'ai rendu visite à la société Dalkia : le CHU de Limoges est entièrement chauffé par biomasse et la Ville de Limoges vient de s'équiper d'un très gros centre qui dessert beaucoup d'établissements publics et qui a proposé à au moins une clinique du privé de se connecter sur ce système de chaleur. Comme vous le disiez Monsieur CLICHE, il faut avoir la volonté d'agir. Un retour sur investissements de six à sept ans est remarquable dans le domaine de l'énergie.

Pour en revenir au débat sur le levier économique, je vais vous parler des contraintes. On n'a pas envie de les voir mais elles existent. Il n'existe pas encore de réglementation pour le retraitement de l'eau. Je me suis amusé dans mon passé récent de directeur de clinique à faire faire des analyses sur ce que je rejetais, or quand on fait des analyses, on trouve. C'est ce que m'a répondu l'ingénieur en chef qui s'est occupé du dossier. Il m'a dit à peu près tout ce que je n'avais pas envie d'entendre. L'approche est extrêmement hypocrite : on cache le dossier parce que de toute façon on n'a pas d'argent pour le financer et on ne sait pas qui va payer, mais inéluctablement il va bien falloir le faire à un moment ou un autre.

Ce n'est pas compliqué : nous avons face à nous la Stratégie nationale de développement durable (SNDD). Je vous conseille d'aller faire un petit tour sur son site. Il existe même un ministère du développement durable. La SNDD propose une architecture commune à tous les acteurs de la nation (publics et privés) pour les aider à structurer leurs propres projets de développement durable autour de choix stratégiques et d'indicateurs qui ont fait l'objet d'un large consensus. Elle a notamment vocation à assurer la cohérence et la complémentarité des engagements internationaux et européens de la France et des politiques nationales, transversales ou sectorielles.

Cela vous parle peu mais je suis intervenu au Théâtre Mogador devant 400 chefs d'entreprise. Les plus grandes entreprises européennes étaient présentes. Elles ont toutes des directeurs du développement durable extrêmement compétents et la machine est en route ; c'est inéluctable. Ce qui est plus compliqué pour le monde de la santé est de trouver des personnes compétentes. C'est aussi pour cela que le C2DS a beaucoup insisté et mis en place – je le dis pour ceux qui l'ignorent encore – un DU à l'Université de Montpellier.

Le Plan Santé au Travail

Le Plan Santé au Travail fait aussi partie de vos contraintes ; il se décline en région. Le PNST devient le PRST. Le PST a sur la période 2010-2014 pour but d'assurer à chacun des conditions de travail qui ne mettent pas en danger sa santé. Vous savez qu'il est de notre responsabilité d'employeurs de tout faire pour ne pas mettre en danger celle de nos salariés.

Vous ne réduirez jamais vos émissions de 20 % en 2019 pour 2020, alors que si vous le faites à hauteur de 2 % tous les ans à partir d'aujourd'hui vous y arriverez sans difficulté.

Marc WASILEWSKI

C'est une exigence pour notre société. Ce plan fixe un objectif clair : réduire de 25 % le nombre d'accidents du travail. Vous avez bien compris que l'idée est d'utiliser les contraintes en force. 25 % de réduction du nombre d'accidents du travail représente aussi une baisse considérable du taux de cotisation.

L'objectif est aussi de stabiliser le nombre de maladies professionnelles. Il va falloir que nous en reparlions. M. CLICHE a parlé tout à l'heure des COV (Composés organiques volatils). A chaque fois que l'on intervient dans un établissement pour prendre des mesures, on en trouve un peu partout, alors que souvent avec un système de ventilation adapté, en ouvrant un peu les fenêtres, on arrive à les réguler de manière assez spectaculaire. C'est le bon sens mais on ne sait pas le faire, parce que l'on n'a pas le personnel qui sait le faire. Comme je le dis parfois en plaisantant, les plus mauvais résultats d'analyse correspondent souvent au bureau du directeur, probablement parce que l'atmosphère est chaude de temps à autre, et peut-être parce que la femme de ménage n'est-elle pas contente de son patron, raison pour laquelle elle n'ouvre pas trop la fenêtre ! En tout cas, cela mérite des mesures de temps à autre. Là aussi, cela fait partie des soucis de santé de demain.

Une autre contrainte est le Grenelle 2, dont vous avez tous entendu parler. Sans faire de politique politicienne, j'en veux vraiment beaucoup à Jean-Louis BORLOO d'avoir appelé cette manifestation « Le Grenelle de l'environnement ». S'il l'avait appelée « Le Grenelle du développement durable », on aurait fait passer dans le grand public la notion de développement durable. Il n'a fait passer qu'une notion environnementale, celle que nous retenons tous. Pour les personnes dans la rue, le développement durable, c'est la réduction des gaz à effet de serre. C'est automatiquement lié à l'environnement, or, quand on voit le poids du pilier économique -je crois que ce sera le thème de notre prochaine agora au C2DS- et du pilier social et sociétal,

qui est celui qui me passionne le plus, il aurait été nécessaire que Jean-Louis BORLOO transforme cela. Dont acte : il fallait frapper l'opinion publique.

Par rapport au Grenelle 2, 40 décrets concernent directement le monde de la santé et en particulier les bâtiments et l'urbanisme, avec l'amélioration de la performance énergétique des bâtiments. Vous n'aurez pas le choix sinon votre demande de permis de construire sera rejetée. Il va bien falloir s'y mettre aussi.

Il s'agit également de réduire la consommation énergétique et, de la prévention des émissions de gaz à effet de serre. Comment fait-on ? La démarche est simple : on commence par mesurer ce que l'on fait -un process très simple a été mis en œuvre-, puis on met en place un plan sur dix ans qui va éviter de payer dans dix ans la taxe carbone. D'après les estimations que nous avons pu faire, à raison de 8 à 16 € la tonne, la moyenne se situera autour de 800 000 € pour les établissements de santé dans dix ans. Si vous ne vous penchez pas sur la question aujourd'hui... Vous ne réduirez jamais vos émissions de 20 % en 2019 pour 2020, alors que si vous le faites à hauteur de 2 % tous les ans à partir d'aujourd'hui vous y arriverez sans difficulté. Cette prise de conscience et cette contrainte qui doit devenir une force s'imposeront de toute façon à nous tous.

Je suis allé récemment dans un hôpital -dont je ne citerai pas le nom- d'une principauté et j'ai demandé aux personnes que j'ai rencontrées si elles connaissaient la T2A. Elles m'ont dit que non. Cet hôpital a des ressources financières et un très beau projet de reconstruction -c'est l'une des raisons pour lesquelles je me suis rendu sur place-, avec entre 600 et 700 M€ mis à disposition, sachant que le m² est très cher à cet endroit ; cela semble assez compliqué.

Il est déjà dans une approche complète énergétique. Je vais ouvrir une petite parenthèse. Je pense que vous connaissez tous l'IDD, ce très bel outil mis en place par le C2DS qui vous permet de répondre à la première obligation de votre certification. Les experts visiteurs vous regardent avec un œil différent et comprennent que vous avez déjà fait un premier diagnostic. Il faut que l'IDD continue à vivre et se demander par exemple par rapport à la consommation de litres d'eau par journée d'hospitalisation, avec quoi faire du benchmarking.

L'IDD a été transformé en observatoire. Les adhérents du C2DS auront bientôt des chiffres qui vous

permettront de savoir dans quelle fourchette la consommation moyenne de votre établissement se situe et s'il est performant ou non. On parle beaucoup d'énergie mais l'eau aussi coûtera très cher demain. Qu'il s'agisse de construire un bâtiment ou d'en gérer un, il est très simple de mettre en place des sous-compteurs et cela s'impose si vous voulez faire des économies. Cela permet de savoir à quelle hauteur qui consomme de l'eau dans la clinique (les cuisines, la stérilisation et les services), prendre des mesures permettant la mise en place d'actions bénéfiques.

Un Plan national santé environnement 2

Les objectifs du Plan national santé environnement sont de réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé, d'améliorer la qualité des milieux et donc de réduire les émissions de substances toxiques prioritaires. Cher Monsieur, vous allez peut-être pouvoir trouver dans ce plan des éléments qui vont vous aider.

Il s'agit notamment de réduire les rejets de six substances toxiques dans l'air et dans l'eau, et aussi d'améliorer la qualité de l'air intérieur des bâtiments, d'accompagner les efforts d'amélioration de la performance énergétique, de limiter les sources de pollution à l'intérieur des bâtiments, de mieux gérer la qualité de l'air intérieur dans les lieux publics et de réduire l'exposition aux substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques en milieu de travail ; nous en avons beaucoup parlé ce matin.

Nous avons tous en tant que directeurs fait utiliser un jour à nos aides-soignantes du glutaraldéhyde pour désinfecter tout le matériel de gastroentérologie, dans des conditions - nous étions alors ignorants - qui en termes de ventilation n'étaient pas optimales. On est passé du glutaraldéhyde à l'acide peracétique, qui est une sorte de vinaigre blanc mais dont l'utilisation semble bien moins dangereuse. Les nouvelles machines permettent aujourd'hui une certaine protection des salariés mais elles rejettent directement l'acide dans les égouts. D'ailleurs, certaines villes commencent à mesurer le PH des eaux rejetées par les établissements de santé, et cela correspond à une taxe, or, l'une des principales sources de l'augmentation du PH de ce que vous rejetez est l'acide peracétique. Là aussi, dès la construction et la conception, il faut prévoir de

recupérer l'acide peracétique -vous serez obligés de le faire car la taxe est très élevée- et de le faire traiter ailleurs, ou trouver une autre formule.

Les autres objectifs de ce plan sont de réduire les inégalités environnementales, protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables (en particulier les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées), réduire l'exposition des enfants, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer aux produits cancérigènes neurotoxiques, reprotoxiques et aux perturbateurs endocriniens -cela devient de toute façon une obligation pour nous-, mieux gérer les risques liés aux reprotoxiques et aux perturbateurs endocriniens, prendre en compte la vulnérabilité des personnes atteintes de pathologies chroniques à certains déterminants environnementaux et développer la profession de conseiller habitat santé en lançant un appel à projets. Je me suis intéressé à cela et je crois que seule l'Université de Strasbourg le fait ; cela semble assez complexe.

L'Indice santé hospitalier, pilier économique

Ce sont vos contraintes d'aujourd'hui ou de demain. Il va falloir les intégrer dans votre gestion de tous les jours et essayer d'en faire des forces. On a parlé tout à l'heure de la communication et de la modification des métiers mais il y a aussi la réalité. Je vais revenir sur un dossier pour lequel nous nous sommes beaucoup battus : celui de l'ISH. Je vois que cela vous parle très peu. L'ISH est l'Indice de santé hospitalier. Il est toujours pour nous un des piliers économiques. L'idée était simple : nous ne pouvions pas accepter de voir nos charges évoluer tous les ans sans indice (comme il en existe un pour le bâtiment) permettant au moins aux établissements de couvrir leur évolution. Il est très simple de définir tous les ans quelle a été l'augmentation structurelle de nos charges, et la première décision du gouvernement aurait pu être d'attribuer une augmentation couvrant uniquement ce glissement.

Nous avons fait déposer un projet de loi : il a été approuvé par 62 députés mais il en faudrait encore autant. Cela vous appartient. Continuez, ne lâchez pas. Allez voir votre député demain. Demandez au C2DS : on vous fournira le texte. C'est Elie ABOUD qui porte le projet. Ce n'est qu'un texte de bon sens puisque ce

Voilà en quoi le développement durable peut être un levier économique : en imaginant comment vous ferez votre métier demain.

Marc WASILEWSKI

système existe même pour indexer les loyers. Vous vous rendez compte ! Et on ne pourrait pas indexer les charges de nos établissements ?! Trouvons 60 députés supplémentaires demain. Il est vrai cela va être compliqué dans la période à venir.

Nous avons établi ce projet avec toutes les fédérations, publiques et privées ; tout le monde était d'accord. Cela paraissait une mesure de bon sens, mais quand on en parle dans les ministères aujourd'hui... Mme BACHELOT avait répondu suite à l'intervention d'Elie ABOUD : « J'ai bien entendu l'appel à l'expérimentation lancé par Elie ABOUD. Tel est précisément l'objet de la création de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance hospitalière), qui apportera son soutien aux 50 établissements pilotes qui testeront des réorganisations. Ces dernières pourront ultérieurement être modélisées et les indicateurs souhaités par M. ABOUD trouveraient là toute leur place ». C'en est resté là. Il est dommage que ce qui aurait pu être passionnant et peu difficile à conduire n'ait pas trouvé d'écho au sein de la profession. Thierry pourrait peut-être nous en dire un mot.

Thierry BÉCHU. La problématique était simple : cela a été considéré dans le projet de loi de finances de la sécurité sociale comme engendrant des dépenses supplémentaires. L'indice n'existe pas mais la méthodologie oui. Toutes les fédérations hospitalières présentent tous les ans au gouvernement l'évolution naturelle des charges -sans que nous nous concertions, elle se situe toujours entre 3 et 3,5 %, et tous les ans, on nous dit que la nation n'a des moyens qu'à hauteur de 2,5 %, le différentiel étant composé des gains de productivité que l'on demande aux établissements de santé publics ou privés de faire. C'est la raison pour laquelle ce projet de loi a été vécu comme cavalier la dernière fois qu'il a été présenté, et il a été dit que l'on ne pouvait pas accepter un amendement générant des dépenses supplémentaires.

Voilà à peu près où cela en est. C'est compliqué, sachant que l'on nous répond qu'un indice c'est bien

mais qu'un indice indexé tel qu'on a pu en connaître dans les années 1970-1980 avec Raymond BARRE n'est plus possible. De toute façon, on ne peut plus générer de dépenses supplémentaires. On est dans la logique suivante : « Vous nous présentez l'évolution naturelle de vos charges, entre 3 et 3,5 % mais la nation ne peut plus financer à ce niveau, donc à vous de trouver des gains de productivité ».

Marc WASILEWSKI. C'est là que j'ai envie de retrouver mon esprit syndicaliste d'avant ; je ne supporte pas cette réponse. Le gouvernement dit qu'il va augmenter le gaz de 4,5 % mais qu'il ne peut pas augmenter nos recettes. Gaz de France et Suez sont des pauvres malheureux mais nous devons nous débrouiller. Il faut être combatif car ce texte, quoi qu'il arrive, est de bon sens.

60 députés étaient d'accord : le raisonnement aurait changé à mon avis s'ils avaient été 120 ou 150. Vous savez bien que quand une décision du gouvernement génère un peu de brouhaha à l'Assemblée, il se passe souvent quelque chose. Nous n'avons pas été assez performants, et même si la FHF a signé d'emblée avec nous, nous n'avons pas senti l'engouement nécessaire pour convaincre les députés, de quelque bord qu'ils soient. Je ne veux pas faire de politique politicienne. Quand c'est du bon sens, cela devrait toucher tout le monde. Quand un hôpital chauffé au gaz voit les tarifs du gaz augmenter de 4,5 %, il faudrait lui reverser sur la quote-part de ses charges l'année suivante l'indice de l'inflation ; cela me paraît tellement facile ! Dont acte ; j'entends ce qui est dit. Je ne sais pas si j'aurais le même raisonnement à la place du payeur mais j'entends qu'il dise qu'il n'a pas d'argent. Il continuera à le faire. Pourtant, Gaz de France doit bien avoir des ressources avec toutes les augmentations qu'il a pratiquées.

Thierry BÉCHU. Il faut faire sauter la notion de cavalier qui génère des dépenses supplémentaires. Quand il s'agit de 4,5 % d'augmentation pour Gaz de France, on touche à la dépense privée, non publique, or dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, on touche à la dépense publique. Il faut donc trouver un moyen de faire passer l'indice pour qu'il ne soit pas considéré comme un cavalier pouvant générer potentiellement plus de dépenses pour la collectivité.

Marc WASILEWSKI. Je suis prêt à signer pour une baisse des tarifs si les charges baissent. La règle du jeu est d'aller au bout de la démarche. Nous n'allons pas en débattre trop longtemps, mais cela fait partie du pilier économique.

Il faut essayer de transformer les contraintes en forces ; l'exemple de l'Allemagne est probant. Vous pouvez faire le choix stratégique de construire demain de véritables éco-maternités et ainsi de faire doubler le nombre d'accouchements, dans un monde non seulement concurrentiel mais aussi de qualité des soins. J'ai entendu parler de 48 heures d'hospitalisation pour les futures mamans mais je n'ai pas bien compris où serait l'économie. Probablement va-t-on faire baisser le tarif pour lequel je me suis tellement battu. Les obstétriciens auront certainement des problèmes puisque l'on sait qu'une hémorragie peut éventuellement survenir 48 heures après la délivrance. Il faut se demander à cet égard si leur métier ne sera pas demain d'accompagner les mamans jusque dans leur maison et de rechercher d'autres financements que ceux de la sécurité sociale.

Voilà en quoi le développement durable peut être un levier économique : en imaginant comment vous ferez votre métier demain. Comme je l'ai dit tout à l'heure, n'attendez pas de trouver auprès de la sécurité sociale les ressources qui vous permettront demain de dégager de la marge. Quand on voit qu'un établissement peut se permettre d'investir 17,9 % de son chiffre d'affaires, cela laisse rêveur. C'est remarquable. Je n'ai pas vécu de tels investissements dans ma carrière. Cela doit être un moment agréable pour le directeur quand il distribue des enveloppes importantes pour acheter du matériel, etc.

Transformer des contraintes en force

Comment transformer toutes ces contraintes en forces ? Vous l'avez compris : en changeant et en redonnant de la valeur à nos métiers. Il faut aussi travailler sur le bien-être du personnel, les coûts cachés, leur contrepartie et en particulier la désorganisation liée aux arrêts maladie. Je reprends ma vilaine casquette de président de Service de santé au travail : la santé est devenue le premier secteur d'activité en termes de stress au travail, et cela concerne non seulement les personnels mais aussi les médecins, avec

malheureusement dans les suicides une proportion de soignants de plus en plus importante. Peut-être les gains de productivité ont-ils atteint leur limite.

Le mal-être est dans vos cliniques -on le sait ; je l'ai vécu moi aussi- mais il est bien pire à l'hôpital. Il existe partout. Peut-être votre attractivité sera-t-elle aussi demain dans le bien-être. Cela veut dire repenser complètement la manière dont nous travaillons. Ce *reengineering* a été à la mode il y a une vingtaine d'années dans le monde de l'entreprise mais nous ne l'avons toujours pas fait. Nous avons continué à nous « bagarrer », même s'il y a eu la Haute autorité de santé. Nous en sommes restés à nos critères qualité et à une relation de prix, mais je ne vais pas revenir sur les études de coûts. Dieu sait que je me suis assez battu, ne serait-ce que pour faire tarifier l'IVG, au moins à la hauteur de ce qu'elle coûte, et non en fonction de ce qui était alors imposé par le ministère. En tout cas, notre échelle des coûts n'a rien à voir avec la réalité.

Je vais vous citer un exemple concernant les nouvelles technologies. J'ai la chance de compter parmi mes amis un des chirurgiens de l'obésité les plus remarquables de France. Il m'a dit un jour qu'il avait un problème car il n'arrivait pas à assurer le suivi de la perte de poids de ses patients. Il avait commencé par poser des anneaux, puis des bypass, et il été un des premiers en France à faire des *sleeve gastrectomies*. Il ne parvenait pas à établir une courbe de suivi sur les cinq ou six années suivantes car souvent le choc émotionnel est tel que les patients coupent complètement les relations avec l'établissement de santé et le chirurgien. Ils bâtissent une autre vie et veulent oublier ce passé.

Qu'avons-nous fait ? Nous sommes sortis de nos habitudes, qui sont que le patient revienne en consultation et se fasse peser. C'était aussi simple que cela. Aujourd'hui, le patient monte sur sa balance chez lui, et cette dernière envoie automatiquement à partir de son téléphone portable un SMS sur le fichier du médecin et sa courbe de poids est mise directement à jour. Il a suffi d'avoir un peu d'imagination et de changer nos habitudes, car nous n'avons pas du tout l'habitude d'imaginer, sachant que -je vais être provocateur- cela représente des consultations et une activité en moins pour les chirurgiens. Dont acte, mais on peut démontrer que l'on est capable de faire autrement. Cela surprend tout le monde. J'ai vu

Il faudra demain tout repenser sur le plan architectural et organisationnel. C'est aussi ce qui fera la différence, et c'est aussi cela le développement durable.

Marc WASILEWSKI

que cela a récemment fait l'objet d'une parution, et demain ce type d'idée simple pourrait être étendu à de nombreux autres sujets.

Je vais vous passer la parole et essayer de répondre à vos questions ; Thierry BÉCHU m'y aidera. L'idée est de transformer demain les contraintes en leviers et en forces -sachant que vos obligations seront là de toute façon et que vous n'y échapperez pas- en mettant l'imagination au pouvoir. C'est compliqué mais inéluctable. Je vais revenir sur l'idée des stations service : certaines ont disparu mais celles qui se sont mises à offrir de nombreux autres services sont devenues florissantes. En revanche, la vente de l'essence, qui était leur cœur de métier, n'est plus attractive. Elles font leur marge en vendant d'autres produits et tout ce qui est imaginable. Ce que je vous dis est brutal mais demain il en ira de même pour votre métier. Votre cœur de métier sera toujours de faire du soin et vous assurera la venue de vos patients mais vous ferez votre marge ailleurs. Cela signifie qu'il faudra avoir la capacité d'imaginer une stratégie complètement différente, ce qui passera évidemment par une approche environnementale.

Il faut aussi s'interroger sur les moyens séjours. Ne faudrait-il pas aider à l'éducation des enfants, et pourquoi pas réfléchir à la façon de les conduire à l'école ? De même, on laisse une grande part du transport sanitaire à des sociétés : ne faudrait-il pas s'y intéresser demain ? Faut-il pour les soins à domicile garder les infirmières dans les services ? Des séjours de plus en plus courts, oui, mais cela veut-il dire que l'on abandonne le malade ? Je n'en sais rien.

Je reviens au concept d'éco-maternité. Qui s'occupe aujourd'hui de la prise en charge du postpartum ? Très peu de personnes. Nous avons déposé le label d'éco-maternité. Vous serez dorénavant obligés de passer par

le C2DS si vous le voulez, et il faudra demain réaliser la prise en charge du postpartum.

Des mutuelles financent aujourd'hui par l'intermédiaire d'une prime la naissance. Peut-être le retour à un équilibre alimentaire nécessite-t-il un accompagnement en termes de santé, de remise en forme, etc. Il y a aussi, surtout pour les mamans qui accouchent pour une première fois, toutes les questions que l'on peut se poser sur le soin du cordon, l'allaitement, etc. Peut-être faudrait-il envisager une prise en charge personnalisée jusqu'au domicile, et par rapport à la volonté de ne pas rester à l'hôpital des *check-up* complets faits dans la matinée. Imaginez-vous ce que cela va signifier dans vos métiers ? Il faudra demain tout repenser sur le plan architectural et organisationnel. C'est aussi ce qui fera la différence, et c'est aussi cela le développement durable. Il faut prendre conscience que votre métier ne sera plus le même.

Haro sur les distributeurs

J'ai encore vu récemment des distributeurs de tickets pour des consultations. C'est effrayant ! J'ai retrouvé la sécurité sociale des années 1960 ! Quand votre numéro s'affiche, c'est votre tour. On se dit que les patients vont finir par craquer mais cela continue parce que l'on n'a pas envie de se remettre en cause. Vous allez inéluctablement devoir changer car sinon vous devrez vous contenter de la baisse ou du maintien de vos tarifs, avec une concurrence de plus en plus forte de l'hôpital.

Il a été dit qu'en Allemagne, les tarifs du public et du privé sont les mêmes. J'en ai un peu rêvé à une certaine époque mais cela n'a pas duré très longtemps. Effectivement, qu'est-ce que nous serions heureux si nous avions les mêmes tarifs que l'hôpital, mais nous avons compris très vite que s'il y a une harmonisation un jour, ce que je souhaite, elle se fera inévitablement par le bas, donc cela n'augmentera en rien vos recettes, même si cela remettra peut-être notre sécurité sociale à niveau et nous empêchera d'endetter nos enfants. Il faut en effet aussi se poser cette question aujourd'hui, car nous vivons sur leur dos. Vous devrez trouver demain grâce à votre imagination le pilier économique qui vous permettra de survivre et réfléchir à vos moyens et longs séjours, l'accompagnement ainsi que le patient en amont et en aval.

J'ai découvert récemment un système de surveillance de plaies et d'infections à domicile par téléphone que je trouve assez remarquable. Des initiatives sont prises, et si vous n'en prenez pas d'autres le feront. Par exemple, je commencerais par m'intéresser aux enfants si j'avais à gérer des moyens séjours. Une personne qui est hospitalisée pendant 30 jours et qui a des enfants a obligatoirement des problèmes à régler. Cela ne pourrait-il pas être demain la suite de notre activité ?

Opérer une personne, même si on a l'impression que l'opération est bénigne, et la renvoyer chez elle au bout de 48 ou 72 heures... N'aurait-on pas intérêt à lui rendre visite ensuite ? Bien sûr, il y a les infirmières libérales et le médecin généraliste. Celui qui ne veut rien faire trouve une excuse, et celui qui veut agir des moyens. Vous serez de toute façon obligés d'en trouver, et c'est parce que vous innoverez demain que vous serez différents, que vous attirerez des clients et que vous ferez du chiffre d'affaires. Il ne faut pas se leurrer : avec les tarifs que vous pratiquez, la seule chose qui pourra vous aider demain -ce sera encore plus vrai pour les maternités- sera le volume. C'est à moins de 1 000 accouchements très compliqué, c'est intéressant à 1 200, à 1 500 les obstétriciens et les anesthésistes ne sont pas contents parce qu'il faut dormir sur place, et à 1 789 on gagne de l'argent. Je m'en souviens car c'est le seuil que j'ai atteint. C'est un choix stratégique, et de toute façon votre métier change. Il faut donc redéfinir rapidement votre stratégie de demain.

(Projection d'un reportage)

Marc WASILEWSKI. Le ministre britannique de l'environnement, Caroline SPELMAN, a annoncé récemment un plan de 200 Md€, soit 228 Md€, sur cinq ans pour adapter les infrastructures au changement climatique. Ces investissements permettront de préparer le pays aussi bien aux vagues de chaleur qui entraîneront des coupures de courant et des ruptures de réseau qu'aux pluies torrentielles qui paralyseront les routes et le système ferroviaire.

On parle partout de l'énergie : je ne voudrais pas que cette matinée se termine sans qu'au moins une petite idée ait été lancée. Vous avez tous compris que demain l'énergie amputera votre budget de manière spectaculaire. Son coût est de moins en moins maîtrisable en

dehors des initiatives liées à la biomasse, avec une TVA à 5,5 %, ce qui n'est pas rien. J'ai envie qu'aujourd'hui vous essayiez de vous souvenir de trois lettres. On pourrait essayer de lancer l'idée -je vais le faire avec la FHP-MCO- d'un FRE (Fonds de restructuration énergétique). Si nous ne commençons pas à demander aujourd'hui, nous n'aurons rien demain. Pourquoi ne pas demander, dans le cadre de l'ADEME, du FEDER et à tous les partenaires, la création d'un fonds que tous les établissements pourraient abonder pour pouvoir revoir demain complètement leur système de chauffage, d'énergie et d'utilisation de l'eau et le rénover rapidement, sachant que la loi va faire diminuer comme je l'ai dit tout à l'heure la quantité de kilowattheures au m² ?

Le baromètre IDD

Je vous ai aussi parlé du baromètre qu'est l'IDD. Il donne quelques benchmarks, en particulier sur le management. « Le Directeur général et son équipe sont-ils formés au développement durable ? » : c'est le cas dans le privé à 50 % -c'est bien mais peut mieux faire- contre seulement 31 % pour la moyenne nationale toutes catégories confondues.

J'ai en revanche beaucoup insisté sur le levier économique qu'est le personnel. « Un baromètre social annuel est-il en place ? » : c'est le cas à 36 % pour le privé et 26 % pour tous les établissements confondus. Ce sera la première obligation pour demain. Mesurer la qualité et le bien-être au travail dans vos établissements s'impose. Cela va demander un investissement extrêmement faible qui pourra très vite devenir rentable.

« Une politique d'achat existe-t-elle dans l'établissement ? » : la réponse est oui à 75 %. Je pense que la HAS y est pour beaucoup. En revanche, je ne suis pas sûr que la plupart des acheteurs soient formés au développement durable et qu'ils connaissent bien le mot phalates.

« Si oui, cette politique est-elle évaluée chaque année ? ». Cela chute à 35 %, ce qui est très peu. On met en place mais on n'évalue pas ; on a donc peu de chances de progresser.

« Les acheteurs sont-ils informés de l'existence et de l'évolution des labels ? ». La réponse est oui à 10 %. Cela signifie que nos acheteurs ne savent même pas

de quoi il s'agit quand nous essayons de labelliser et de faire valider. Il est vrai que l'on voit de nombreux labels. Vous pourriez en créer un demain dans votre clinique sans que personne ne vous dise rien et sans le faire contrôler. C'est dommage et là aussi il y a beaucoup de travail à faire.

« L'établissement adhère-t-il à un réseau d'achat respectant l'approche développement durable ? ». La réponse est oui à 55 % pour le privé et à 38 % tout confondu. Il est vrai que les centrales d'achat, en particulier les plus importantes, se sont beaucoup investies dans le développement durable, et tant mieux.

Des mesures de satisfaction du patient sont faites à 95 %. Cela a été une des premières choses que nous avons essayé de mettre en œuvre, mais il y a aussi l'information du patient, qui est faite à 91 %, la communication avec les professionnels de santé, l'identification du personnel et l'information sur l'état de santé. Le taux le plus haut est à 94 %, le plus bas à 71 % et la moyenne à 81 %. Ce n'est pas aussi mal que cela.

L'attitude des professionnels, la commodité des chambres, etc. Tous ces éléments ont été mesurés parce qu'on savait le faire. En revanche, dès que l'on rentre dans des dossiers un peu plus développement durable, comme la nutrition... Le plan national nutrition santé est décliné sous la forme d'objectifs dans les établissements à hauteur de 35 %, ce qui correspond à un établissement sur trois. La prise de commande des repas est organisée dans les chambres à 60 %. Cela veut dire que dans 40 % des établissements elle n'a pas été mise en place. Des conseils nutritionnels sont prodigués aux patients en fonction de leur pathologie pendant leur séjour à 71 % mais pas pour la suite.

J'ai parlé tout à l'heure de l'éducation en matière de santé : c'est une porte énorme qui s'ouvre devant vous. Vous devrez modifier votre approche demain. Il y a un travail spectaculaire à faire. Par exemple, j'ai été surpris de ne pas trouver dans un établissement une aide aux diabétiques. Ce serait probablement simple à mettre en place. On voit à la télévision des chocolatiers qui se mettent à faire du chocolat pour les diabétiques mais dans des établissements de santé des personnes ne sont pas capables de répondre à des petites questions simples sur le diabète. C'est dommage. C'est une question non pas de connaissance mais d'organisation, et on n'a pas la volonté de donner l'information.

L'attitude des professionnels, la commodité des chambres, tous ces éléments ont été mesurés parce qu'on savait le faire.

Marc WASILEWSKI

La promotion de l'éducation à la santé est formalisée pour moins d'un patient sur deux. Des programmes d'action sont mis en place pour les patients, comme pour le sevrage tabagique, à hauteur de 28 %. Ce devrait être obligatoire en maternité. Ne pas avoir de programme d'aide au sevrage tabagique pour une future maman... Nous avons aussi une part de responsabilité non négligeable. Vous voyez qu'il reste beaucoup à faire.

Le taux est de 50 % pour la prévention des chutes et de 39 % pour celle des luxations. Des conseils de sortie sont donnés aux patients dans 67 % des cas mais la difficulté provient du fait que souvent ils ne sont pas assez formalisés et peuvent changer d'une personne à l'autre alors que partout des Intranet très sophistiqués donnent ce type d'information.

Concernant les indicateurs sociaux et sociétaux, qui sont très nombreux, le personnel dans son ensemble a été sensibilisé au développement durable à hauteur de 32 % mais simplement de 15 % tous établissements confondus. Cela veut dire que l'on a un peu d'avance dans le privé : il faudrait la garder et la conforter.

Des mesures de lutte contre le harcèlement moral ou sexuel sont en place dans seulement 26 % des cas. Vous savez par ailleurs que l'égalité salariale hommes-femmes fait partie du volet social et sociétal.

Un programme de prévention et d'éducation à l'intention des salariés est formalisé dans 32 % des cas. Calculez le temps et l'énergie perdus par toutes les infirmières qui vont au bout du couloir, avec derrière l'issue de secours une sorte de sceau dégoutant plein d'eau, de mégots et de sable, alors qu'il est extrêmement simple de mettre en place un plan d'aide au sevrage tabagique. Fournissez des patchs : cela ne coûte rien. Dès que vous aurez aidé une personne à arrêter de fumer, la dynamique sera en place. Mettez-la sur un piédestal et utilisez-la tous les ans lors de la réunion annuelle. Cela fait partie des dynamiques qu'il faudra mettre en œuvre demain.

La prévention des Troubles musculosquelettiques (TMS)... Qui utilise son service de santé au travail pour faire des mesures dynamométriques sur le poids des chariots que l'on fait pousser aux aides-soignantes ? Personne ! Vos services le feront gratuitement ; il suffit de le leur demander.

On a fichu en l'air une génération avec les troubles musculosquelettiques. On sera obligé d'indemniser les jeunes qui travaillent dans les supermarchés à 55 ans pour qu'ils restent chez eux parce que toutes leurs articulations et leurs tendons seront abimés. Ce n'est pas acceptable et vous non plus ne pouvez pas continuer de la même façon avec vos services de santé au travail.

Le dépistage des allergies professionnelles - nous nous souvenons tous de temps à autre qu'une infirmière est allergique au talc qui se trouve sur les gants - n'est effectué que dans 5 % des cas.

Un système de lutte contre le stress du personnel n'a été mis en place que dans 21 % des cas - je vous rappelle que c'est obligatoire dans le plan-, or cela concerne votre « rentabilité » et votre productivité. Vous n'y échapperez pas et il est peut-être mieux de faire des forces de vos contraintes et d'anticiper. Je vais conclure sur ce point en saluant l'arrivée d'Alain COULOMB puis nous irons déjeuner. ¶

LA SÉANCE
EST SUSPENDUE À 13 H 05.

Un code de déontologie des managers en santé : qu'est-ce que cela change pour le manager, le salarié, le patient ?

LA SÉANCE, SUSPENDUE À 13 H 05,
EST REPRISE À 14 H 20.

Marc WASILEWSKI. Nous reprenons, avec un peu de retard. Nous allons vous parler du code de déontologie des managers de santé. J'ai la chance d'avoir autour de moi des invités qui interviendront sur le sujet. Alain COULOMB sera ensuite en charge de conclure cette journée. Un code de déontologie des managers en santé : qu'est-ce que cela change pour le manager, le salarié, le patient ? L'idée est de rappeler qu'avant d'être un sujet technique le développement durable est un sujet d'éthique. C'est avant tout de l'éthique managériale. Il est difficile de croire qu'à l'heure de la transparence et de la prévention des conflits d'intérêts, dans un secteur sous tension, la profession de manager ne dispose pas d'un répertoire commun d'éthiques professionnelles revendiquant un socle de valeurs communes et une respectabilité légitime. Nous allons vous montrer un petit film.

(Projection d'une vidéo)

Marc WASILEWSKI. Vous venez d'avoir une présentation rapide d'un code clair, qui existe, et qui a déjà été signé par un certain nombre de directeurs d'établissement. Il m'a semblé apercevoir quelques-uns des signataires dans la salle. Il y en a beaucoup d'autres. C'est facile de le signer. Il suffit d'aller sur le site Internet. Nous allons maintenant débattre de ce code de déontologie.



NATHALIE CANIEUX
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE CFDT
SANTÉ SOCIAUX



FRÉDÉRIC GRIVOT
VICE-PRÉSIDENT
DE LA CGPME EN CHARGE
DES BRANCHES
PROFESSIONNELLES



JEAN-LUC PLAVIS
CHARGÉ DE MISSION
DU COLLECTIF INTER-
ASSOCIATIF SUR LA SANTÉ
D'ÎLE-DE-FRANCE

J'ai la chance d'avoir à côté de moi Mme Nathalie CANIEUX, secrétaire générale de la Fédération CFDT Santé Sociaux. A côté de ses activités syndicales, Nathalie CANIEUX est technicienne de laboratoire. C'est une femme de terrain, une femme de conviction, qui s'est toujours placée en première ligne du combat pour améliorer les conditions de travail des personnels de soins.

La CFDT a fait beaucoup pour alerter les médias et les autorités publiques sur la dégradation de ces conditions. L'enquête publiée en mai – pour ceux qui sont allés la voir sur le site Internet – sur le stress des personnels a révélé le malaise des soignants. Elle a également permis de replacer ces questions au centre du débat public.

A ses côtés, se trouve M. Frédéric GRIVOT, vice-président de la CGPME et président de l'UNPMI (Union Nationale de la Petite et Moyenne Industrie). M. GRIVOT, vous êtes à l'origine de la rédaction du code d'éthique de l'entrepreneur : une réflexion de la CGPME sur les valeurs de l'entrepreneur patrimonial qui liste 26 points et recommandations concernant les bonnes pratiques managériales, les responsabilités de l'entrepreneur envers l'entreprise, la société et l'environnement économique.

A ma gauche se trouve M. Jean-Luc PLAVIS, chargé de mission salarié dans un collectif d'associations sur la santé en Île-de-France, correspondant du CISS auprès du conseiller santé du Médiateur de la République, représentant des usagers à l'Hôpital Foch de Suresnes et au comité de protection des personnels, membre du comité stratégique qualité des risques de santé service.

M. PLAVIS, je vais simplement reprendre une de vos citations : « *La santé n'est donc plus qu'une affaire de médecin, mais bien un engagement de tous, tant pour les soins, que pour l'efficacité de la qualité, la gestion des risques et la gestion des conflits* ».

Je vais maintenant vous passer la parole et je vais commencer par vous, M. Frédéric GRIVOT, puisque vous êtes apparemment le plus directement concerné par ce qui a été le questionnement des directeurs d'établissement : « *Un code d'éthique, dans quel but ?* »

Frédéric GRIVOT. Merci de donner à la CGPME la possibilité de s'exprimer, en particulier au travers de son code d'éthique.

En France, vous avez 3 millions d'entreprises, dont 98 % ont moins de 250 salariés. Ce sont ces entreprises que la CGPME essaye de représenter. Sur ces 98 %, vous en avez 88 % qui ont de 0 à 20 salariés.

.....
Frédéric GRIVOT

Je vais vous donner trois chiffres pour présenter la CGPME : en France, vous avez 3 millions d'entreprises, dont 98 % ont moins de 250 salariés. Ce sont ces entreprises que la CGPME essaye de représenter. Sur ces 98 %, vous en avez 88 % qui ont de 0 à 20 salariés.

Nous sommes représentés sur le territoire dans tous les départements et dans 250 branches. Par conséquent, un certain nombre de branches de santé ont rejoint la CGPME au cours de ces dernières décennies.

Un code d'éthique

Pourquoi la CGPME s'est-elle intéressée à la mise en place d'un code d'éthique ? Dès la création de la CGPME, l'ensemble de ses présidents ont eu une démarche éthique.

Cela étant, les événements que nous avons tous connus dans les années 2007, 2008 et 2009, sur un certain nombre de dérives liées à la mondialisation, de salaires absolument extravagants et de comportements – et je reprends là les termes du Médiateur des relations interentreprises – “de voleur ou de brigand”, ont nécessité que nous nous posions à nouveau un certain nombre de questions au sein de la CGPME.

Ce code d'éthique a pratiquement nécessité deux ans de travail. L'ensemble des territoires ont pu y travailler. Nous avons réuni 23 principes et recommandations autour de cinq thématiques.

Ces cinq thématiques tournent autour de l'entrepreneur : l'entrepreneur face à son entreprise, l'entrepreneur face aux bonnes pratiques.

Avant de vous rejoindre, j'étais à la médiation des relations interentreprises avec, par exemple, le

représentant de la FIEV (équipementiers automobiles). Chacun sait qu'il y a d'énormes difficultés dans ses professions entre les constructeurs et l'ensemble des sous-traitants. Par conséquent, il fallait de nouveau mettre en place une relation humaine au travers de bonnes pratiques.

L'entrepreneur face à son écosystème marchand (fournisseurs ou clients) ; l'entrepreneur militant, parce que lorsque vous adhérez à la CGPME, vous êtes un militant ; l'entrepreneur dans son environnement sociétal, ce qui implique qu'il ait une démarche aussi bien environnementale que syndicale afin de favoriser l'ensemble au sein des entreprises.

J'ai relevé une remarque dans le petit film : « *Nous n'avons pas signé de serment* ». C'est exactement pareil chez les chefs de PME. Il faut savoir – et les chefs de PME présents dans cette salle le savent – que nous avons tous les matins, quand nous nous levons, « la tête dans le guidon ». Nous avons un comportement d'éthique à avoir dès cet instant.

Ce comportement d'éthique est à la fois social et environnemental, c'est-à-dire dans l'image patronale que l'on donne à ses salariés et à l'égard de ses tiers.

Je ne vais pas reprendre la totalité des 23 recommandations, mais je vais vous citer trois ou quatre exemples sur lesquels nous nous sommes efforcés de sensibiliser les chefs d'entreprise.

En sensibilisant ceux qui étaient adhérents de la CGPME, nous pensions tout d'abord faire venir d'autres personnes qui étaient dans une même logique intellectuelle. Nous pensions également avoir une facilité pour réintroduire une relation humaine avec ce que nous appelons les grands donneurs d'ordres. Nous avons totalement déshumanisé cette relation. Ce matin, l'exemple consistait à dire qu'à une époque vous aviez comme premier interlocuteur, dans une très grande entreprise, les services financiers. Or, depuis une dizaine d'années, c'est la fonction « achat » qui prime, parce que le premier critère d'un dirigeant est de réduire les coûts.

Certes, dans un premier temps, on réduit souvent les coûts par la suppression de personnels, ensuite, le second facteur sur lequel on intervient très rapidement est celui des achats. Lorsqu'il s'agit d'un grand groupe, c'est surtout « l'achat » par rapport aux sous-traitants. Il existe d'ailleurs une célèbre phrase : « *Le dirigeant dit – 15, celui qui est en-dessous dit – 20 et lorsque le*

service achat s'adresse à son sous-traitant, il lui dit que c'est – 30, sinon il peut prendre la porte et l'entreprise délocalisera ailleurs ».

Une réhumanisation nécessaire

Nous étions là dans le paroxysme de la déshumanisation de la relation. Par conséquent, il fallait revenir à des critères un peu plus établis, d'où la nécessité de mettre en place cette fameuse médiation interentreprises qui a permis d'établir une charte des bonnes pratiques.

Dans le film de tout à l'heure, nous avons vu un certain nombre de personnes signer cette charte. Bien évidemment, la médiation a eu pour rôle de dire aux donneurs d'ordres qui avaient signé cette magnifique charte de bien vouloir nous envoyer leurs clauses d'achats. Ô stupéfaction, nous avons alors constaté qu'un grand nombre de ces documents n'étaient absolument pas en conformité.

Il y avait donc bien eu une prise de conscience à la tête des entreprises, quelles qu'elles soient, mais la transmission de cette donnée n'avait pas été faite. Par conséquent, nous étions restés sur les bases initiales d'une relation particulièrement dégradée.

A partir de là, la CGPME s'efforce de communiquer sous cet angle. Comme je vous le disais il y a de cela quelques instants, la première des propositions est cette « réhumanisation ».

La deuxième proposition importante concerne les chefs d'entreprise de moins de 250 salariés. Nous avons pu constater que le salaire moyen était de 4 000 €. Bien évidemment, il y a également des avantages et, si vous le voulez bien, prenons-les. Cela étant, par rapport à ce que nous écoutons tous les matins à la radio et à la télévision sur des salaires où l'on parle en millions ou en centaine de milliers d'euros, nous ne sommes pas dans une norme raisonnable.

Nous avons donc demandé, au sein de la CGPME, à ce qu'il y ait un écart raisonnable et équitable entre le dirigeant et l'ensemble des employés.

Prenons un autre exemple sur l'engagement de ces chefs d'entreprise : nous sommes des chefs d'entreprise patrimoniaux. Notre responsabilité est donc engagée, y compris sur notre patrimoine. En conséquence, nous aimerions – à court ou moyen terme – que ces dirigeants soient un peu mieux

protégés. Il ne faut plus que les chefs d'entreprise qui se trouvent face à une difficulté passagère, soient engagés d'une façon patrimoniale.

Le troisième exemple peut être celui de la pluralité des modèles d'entreprise. Vous savez comme moi qu'il existe différentes tailles d'entreprise. A cet égard, nous aimerions que, dans les années à venir, ce choix soit beaucoup plus préhensible en matière de choix et de modèle syndical patronal. Actuellement, à peine 5 ou 6 % des patrons sont engagés dans une démarche de branche, CGPME, MEDEF, etc. Il est donc nécessaire que ces entreprises aient un axe beaucoup plus engagé, de telle manière à faire valoir l'ensemble des valeurs et des recommandations que nous mettons en avant.

Je viens donc de vous donner trois exemples parmi ceux que nous développons au sein de notre petit fascicule, que vous pouvez d'ailleurs retrouver sur notre site. Nous l'avons distribué à plusieurs milliers de chefs d'entreprise, dans une proportion de 80/20 (80 % adhérents à la CGPME et 20 % non-adhérents). Force est de constater que, pour un certain nombre, des questionnements ont surgit, ce qui les a amenés à se rapprocher de l'organisation. Je pense notamment à toute la réflexion sur le développement durable. Un certain nombre de chefs d'entreprise n'avaient pas perçu les engagements qu'avait notre Confédération à ce titre. Ils se sont donc retrouvés à travailler dans des commissions, aussi bien sur les territoires qu'au sein de leur propre branche professionnelle. C'est un point très important.

Le dernier point est également non négligeable. Au travers de ces valeurs que nous essayons de porter (patronat humain/patronat tempéré), il apparaît que nos élus se doivent de prendre en considération cette force. Lorsque l'on est à la tête d'une PME, on n'est pas dans une volonté de profits immédiats et d'enrichissement permanent. Non ! Lorsque l'on a une équipe de 10 ou 15 personnes au sein de son entreprise, on essaye d'aller de l'avant avec elle. Il y a toujours des canards boiteux, il ne faut pas se leurrer, mais il n'en reste pas moins vrai que le fait d'adhérer à la CGPME fait entrer dans ces valeurs, dans le respect de la personne humaine, dans le respect du travail et dans le respect des partages que l'on doit avoir.

A partir de là, on peut avoir une société un peu plus établie, plus souple et plus heureuse.

Marc WASILEWSKI. Merci beaucoup, M. GRIVOT. Félicitations pour votre initiative. J'ai entendu plein de mots qui m'ont passionné : valeurs, éthique, etc. J'ai également beaucoup entendu parler « d'humain » et cela me paraît prioritaire.

Je vais maintenant passer la parole à Nathalie CANIEUX. Pouvez-vous réagir à cela ?

Nathalie CANIEUX. Oui, cela fait du bien de parler autant « d'humain », sinon d'humanisme, dans un secteur essentiellement constitué d'êtres humains.

Comment nous situons-nous par rapport à ce type de sujet ? La CFDT Santé Sociaux, c'est 80 000 adhérents qui viennent du secteur public et du secteur privé, à 50/50. Je dis cela parce que les organisations syndicales du secteur de la santé sont souvent considérées comme ne s'occupant que du secteur public, ce qui est faux en ce qui nous concerne. Nous couvrons des salariés qui vont du maintien à domicile, jusqu'aux CHU, en passant par les cliniques et les maisons de retraite.

Une enquête sur les conditions de travail

Comme vous l'avez dit, il y a quelques mois, nous avons diligenté une enquête sur les conditions de travail. Cette enquête était en réalité issue de nos textes de congrès de 2009. Cette année-là, ces textes avaient eu pour fil rouge la responsabilité sociale de l'entreprise, ce qui était assez novateur dans le secteur. Il s'agissait d'abord de dénommer comme entreprise les établissements du secteur. Cette démarche n'était pas forcément facile à porter. C'était assez courageux.

Il s'agissait ensuite d'orienter la totalité de nos actions au travers du concept de responsabilité sociale d'entreprise. A ce titre, la situation des salariés du secteur imposait que l'on se penche sérieusement sur ce que l'on entendait dire des conditions de travail, mais dont on n'avait pas la preuve, sinon des choses orales et l'expression d'une souffrance.

Ce qui est saisissant dans les résultats de l'enquête sur les conditions de travail, que nous avons essentiellement réalisée dans la fonction publique hospitalière, c'est le nombre de réponses qui, de mémoire de Confédération CFDT, ne s'était jamais vu. Nous avons eu 56 400 réponses sur les conditions de travail, toutes filières confondues. Lorsque nos équipes se sont promenées dans les couloirs de

Cela fait du bien de parler autant « d'humain », sinon d'humanisme, dans un secteur essentiellement constitué d'êtres humains.

Nathalie CANIEUX

l'hôpital pour proposer le questionnaire aux soignants – puisque nous pensions que le problème était là –, l'administratif et la filière logistique sont venus leur demander des questionnaires.

Rien que le nombre absolument phénoménal de réponses à cette enquête nous a beaucoup interpellés. Il nous a du coup engagés dans une exigence de trouver des solutions et de discuter de ces affaires-là avec tous les acteurs du secteur. Il nous semble effectivement que ce qui s'exprime là n'est pas spécifique à la fonction publique. Nous sommes bien sur la question du métier du soignant, dans un secteur de la santé qui ne va pas très bien et qui se doit d'évoluer.

Comme je vous l'ai dit, c'est donc un texte de congrès qui nous a amenés à discuter de la responsabilité sociale de l'entreprise et, pour ce qui nous concerne, à dépasser le concept en trouvant des applications réelles et concrètes. C'est là où nous avons un certain nombre de difficultés, parce que nous ne sentons pas les acteurs du terrain suffisamment engagés. Ceci étant, nous avons nous-mêmes pris beaucoup de retard sur cette question. Nous devons le dire.

Nous avons fait un certain nombre de propositions et je ne vous cache pas que l'idée du code de déontologie des directeurs d'établissement nous est également venue à l'esprit. Vous l'avez cependant fait avant nous et nous avons donc regardé les choses arriver.

Il nous semble que la difficulté que l'on a dans le secteur, c'est cet espèce d'isolement du secteur par rapport au territoire sur lequel les directeurs d'établissement, les managers et les DRH exercent leur activité. Il nous semble donc que la responsabilité sociale ou le développement durable passe par une étape fondamentale d'ouverture des fenêtres vers l'extérieur.

Qu'est-ce que produit mon activité sur mon environnement, à l'intérieur et à l'extérieur de mon établissement ? Il s'agit là des trois volets de la responsabilité : social, économique et environnemental.

Lorsque l'on regarde l'activité que vous gérez sous cet angle, on s'aperçoit que ces trois tenants de la responsabilité sociale ont un rôle à jouer les uns par rapport aux autres. Il y a une espèce de posture à adopter pour regarder autrement l'activité que l'on gère. Cela peut amener des changements, voire des bouleversements, extrêmement conséquents sur l'intérieur de l'établissement et sur son environnement.

L'isolement dont est victime le secteur sanitaire ou médico-social sur le territoire, du fait d'une méthode de financement et du rôle de la protection sociale, pose ce secteur dans une situation difficile par rapport à la responsabilité.

Nous notons des difficultés de capacités d'engagement par rapport à cela. Comment suis-je libre lorsque je dirige un établissement de santé ? Comment suis-je libre d'y faire ce que je veux, avec les partenaires qui travaillent avec moi ? Vraisemblablement, les secteurs de la santé sont inégaux sur cette affaire-là.

Un secteur privé dynamique

Je pense, mais je peux me tromper, que les établissements de la FHP ont vraisemblablement plus de capacités d'engagement que d'autres secteurs, tels que la fonction publique, pour des raisons diverses et variées. Je ne suis pas étonnée que la FHP soit au premier rang de cette dynamique, de par la capacité d'engagement qu'ont vos établissements par rapport à d'autres. C'est là-dessus que nous devons travailler, à la fois en interne et en externe.

Vous imaginez bien que, pour nous, tout cela passe par une association des personnels sur la démarche. Il y a quelques semaines, nous avons engagé sur Internet une autre enquête pour savoir comment les équipes syndicales étaient sollicitées dans les établissements du secteur sur la question environnementale. Je peux d'ores et déjà vous dire que la marge de progrès est immense et que la grande aventure est devant nous !

Concernant l'éthique, j'ai envie de vous dire « Attention ! ». On est dans un pays où lorsque l'on commence à discuter de codes de déontologie, on voit très vite apparaître des ordres professionnels. Nous pensons que le signe de l'engagement d'un secteur dans une dynamique ne peut être que le début de

quelque chose. Pour autant, et comme vous l'avez très justement dit, ce n'est pas parce que l'on signe ce type de papier que les choses se voient et se confirment dans les actes.

Il faut cependant bien commencer par un bout et, peut-être, est-ce celui-là. En ce qui nous concerne, nous le considérerons de cette façon. Après, il faut voir comment nous sommes en mesure de mettre en application ce texte qui parle à la fois des usagers, des salariés et de la posture de responsabilité sociale. Ce sont bien des façons de faire qu'il faut trouver et, selon nous, dans un secteur de service comme le nôtre, on ne peut y arriver sans y associer les personnels. Certes, au départ, ils y trouveront des inconvénients, c'est humain. Nous pensons cependant qu'ils sont en capacité de le comprendre, même si les bénéfices sont à long terme. Il est nécessaire de les associer à la démarche.

Les initiatives subies par le personnel sont toujours considérées comme des contraintes supplémentaires. Le fait de proposer aux représentants du personnel d'y participer me semble être le début du travail que nous avons à faire en collaboration avec les employeurs.

Marc WASILEWSKI. Merci Nathalie. Tout à l'heure, j'ai retenu les mots « éthique » et « humain » et, dans votre discours, ce qui m'apparaît c'est le mot « transparence ». On a besoin d'une transparence totale. C'est vrai que le développement durable passe aussi par cela. La transparence est une composante de l'éthique et, sous l'œil du salarié, elle est absolument nécessaire. Certes, il y a la confiance derrière, parce que l'on ne peut pas diffuser tout et n'importe quoi, mais la transparence s'impose.

Cette transparence s'impose également pour le patient. On voit bien tous les conflits que l'on a. La plupart du temps, ils sont dus à une absence de dialogue.

M. PLAVIS, vous « représentez » les patients, à travers les associations d'usagers. Je vous passe la parole.

Jean-Luc PLAVIS. Bonjour. Je vous remercie pour votre invitation. J'ai dernièrement pris connaissance de ce code de déontologie. Je trouve que c'est un document important, mais encore un peu perfectible. J'y reviendrai à la fin de mon intervention pour vous en

Ce code de déontologie ne doit pas être pour vous un simple document de papier que l'on signe et que l'on accroche au-dessus de son bureau pour se donner bonne conscience.

Jean-Luc PLAVIS

expliquer les raisons.

Je suis désolé, mais j'ai préféré écrire une petite note pour échanger avec vous, dans un esprit constructif et pragmatique, bien au-delà de toutes idéologies et revendications que peut avoir à juste titre un représentant des usagers.

Comme je vous le disais, en tant que chargé de mission du CISS Île-de-France, représentant des usagers et correspondant du conseiller santé du défenseur des droits, j'attache beaucoup d'importance à ce document.

L'exemple vient d'en haut

Tout comme vous, j'ai été amené à diriger de nombreuses personnes, dans le milieu de l'hôtellerie restauration et dans le domaine associatif. De cet engagement du dirigeant, qui repose sur une éthique professionnelle de responsabilité, d'exemplarité et de respect envers toutes les parties prenantes, dépendra toute la crédibilité de l'image de la profession managériale. Vous ne pouvez pas demander à un patient, à un soignant ou à un fournisseur d'être exemplaire si vous ne portez pas vous-même un intérêt déterminant à la qualité, à la sécurité en général, à l'efficacité de la prise en charge et à l'accès aux soins pour tous.

Gardez en mémoire que l'exemple vient d'en haut. Si le dirigeant s'inscrit dans des valeurs et des responsabilités éthiques exemplaires, il engage automatiquement tous les autres acteurs de l'établissement vers une attitude d'exemplarité et de respect partagé.

J'ai toujours coutume de dire qu'un soignant sera nécessairement plus « bien traitant » et plus respectueux de l'intimité et de la dignité du patient s'il est bien dans sa peau et serein au travail. Ce sont des conditions rendues possibles par le comportement même du dirigeant qui a là une influence déterminante.

Bien entendu, il y a un certain nombre de contraintes financières, réglementaires et administratives. La certification des établissements, la gestion du personnel et l'agressivité des patients - souvent considérée comme injustifiée - font que, même si la volonté est là, il est parfois difficile d'être exemplaire dans ses actions.

Le dirigeant, tout comme les professionnels de santé ou le représentant des usagers, se doit d'écouter et d'entendre ce qu'on lui dit. Il se doit d'agir avec transparence dans un esprit collaboratif. Pour moi, il ne doit pas seulement être celui qui administre avec un grand « A », mais celui qui accompagne toutes les parties prenantes d'un établissement dans ce que je nomme une « *conduite du changement* ».

L'épreuve du terrain

J'entends par là que ce code de déontologie ne doit pas être pour vous un simple document de papier que l'on signe et que l'on accroche au-dessus de son bureau pour se donner bonne conscience. Il doit être la base d'une remise en question quotidienne, un outil d'accompagnement de vos salariés, de vos patients et de vos représentants des usagers et autres partenaires. Il doit également être un outil de revalorisation personnelle.

La confiance des autres acteurs à votre égard ne reposera pas sur une simple signature apposée sur un document, mais sur votre capacité à placer l'humain au cœur du fonctionnement de votre établissement. Vous êtes le garant des valeurs éthiques partagées au sein de votre établissement.

Vous pouvez signer tous les codes de déontologie et participer à tous les groupes d'éthique, mais vous ne serez crédibles qu'au travers de vos actes quotidiens. Comment peut-on d'ailleurs imaginer qu'un dirigeant puisse être considéré comme responsable, exemplaire et respectueux avec les salariés, quand certains services de son établissement dysfonctionnent quotidiennement ? Comment être responsable, exemplaire et respectueux avec les patients sans s'appuyer sur les représentants des usagers ?

La représentation des usagers évolue et va de plus en plus s'inscrire dans une responsabilité partagée avec les professionnels de santé, mais aussi avec les directions. Ces représentants des usagers

sont aujourd'hui dans une démarche éthique et pragmatique envers les dirigeants et les professionnels de santé, sans pour autant renier leurs idéaux sur la défense des droits individuels et collectifs des usagers.

Je défends d'ailleurs, à titre personnel, cette vision de représentants des usagers responsables, exemplaires et respectueux des autres. Je privilégie toujours la culture de l'erreur à celle de la faute.

La méthode AVAS

Cette vision de responsabilité partagée, je la pratique par exemple avec le commissaire des JIQHS (*Journées Internationales sur la qualité hospitalière et en santé*), puisque je suis membre du Comité scientifique. Le commissaire de ces journées travaille sur une nouvelle méthode dont le but est de faciliter le travail des soignants, en réduisant le risque et le stress auxquels ils sont quotidiennement confrontés. Cette méthode se nomme AVAS (*Amélioration de la valeur ajoutée soignante*).

Dernièrement, lors d'un retour d'expérience sur cette méthode, deux établissements – directions et professionnels de santé – sont venus expliquer comment ils avaient utilisé cette méthode en commun dans leur établissement, en ciblant plus spécifiquement deux services.

Au final, les équipes soignantes ont constaté entre 60 et 80 petits dysfonctionnements quotidiens qui perturbaient, non seulement l'accueil, la prise en charge des patients et la qualité de leurs soins, mais aussi l'organisation du service.

Ces dysfonctionnements pouvaient être, à terme, facteurs d'événements indésirables, voire d'événements indésirables graves. Le personnel soignant s'était habitué à composer quotidiennement avec ces dysfonctionnements, ce qui constituait une fatigue continue, un stress non négligeable et une perte de temps considérable pour eux-mêmes.

Par l'intermédiaire de cette méthode AVAS, complémentaire à la cartographie des risques, la direction a pu accompagner, responsabiliser et valoriser toutes les parties prenantes. Une directrice d'un tout petit établissement nous précisait qu'elle avait pu, collectivement, et grâce à cette méthode, traiter de nombreux dysfonctionnements, réorganiser le service et gagner pour elle-même une demi-journée

de temps libre par semaine qu'elle consacre aujourd'hui à travailler sur la qualité des soins en général.

C'est l'exemple même d'un accompagnement réussi et valorisant pour les dirigeants. Le souhait du commissaire des JIQHS est de pouvoir aujourd'hui intégrer des représentants des usagers dans la démarche.

Il est donc important, pour ne pas dire primordial, que le dirigeant soit le levier de l'efficacité de la qualité, de la sécurité, du bien-être, de la santé du personnel et, in fine, des patients.

Pour moi, ce code de déontologie des dirigeants d'établissement, s'il induit à juste titre une éthique professionnelle de responsabilité, d'exemplarité et de respect de toutes les parties prenantes, est avant tout un engagement fort, nécessaire et utile qui apportera de la transparence – donc de la confiance – envers toutes les parties prenantes.

Comme je le disais au début, ce code est malgré tout perfectible car il ne prend pas en compte la responsabilité managériale envers la représentation des usagers. Je vous inviterais presque, dès aujourd'hui, à réfléchir à une V2 de ce code, une V2 responsable et exemplaire envers les représentants des usagers. Nous avons tout intérêt à ce que cette défiance s'estompe, tant du côté des professionnels de santé que des représentants des usagers. Ce qui doit tous nous habiter, c'est l'esprit de responsabilité partagée dans le bien-être des soignants et la bonne prise en charge des usagers.

La crédibilité de l'image de votre profession passe aussi par là, tout comme celle des représentants des usagers.

Marc WASILEWSKI. Merci pour votre franc-parler. Moi aussi, je vous ai vu arriver dans mon établissement. Je parlais ce matin du fameux DU que nous avons mis en place à Montpellier sur le développement durable. La dernière fois, je suis intervenu pendant deux heures pour expliquer aux étudiants l'importance des parties prenantes. Vous les avez souvent citées. C'est la loi qui les a imposées. Des progrès ont été faits et le dialogue a été ouvert. Vous avez raison, ce code n'est pas fait pour être figé. Il faut probablement qu'il vive, mais pour ce faire, il faudrait déjà qu'il circule de plus en plus et que tout le monde puisse y trouver son compte.

Si nous revenons dans le contexte, tous les mots ont à peu près été dits. Je voudrais simplement rappeler que lorsque l'on est directeur d'un établissement de santé, on se retrouve seul dans son bureau. On est seul avec la pression des usagers, du malade, de sa famille, des partenaires sociaux, seul avec la pression économique. C'est vrai que ce métier, qui est un métier extraordinaire, est épuisant.

Nous avons globalement été convaincus par ce code. Je suis également convaincu de la nécessité de le faire vivre. Je voudrais simplement qu'il soit de plus en plus diffusé et que l'on ait quelques signataires de plus à la fin de cette réunion. Le mieux serait que vous nous disiez que vous allez encourager tous les salariés à demander à leurs patrons s'ils ont déjà signé le code de déontologie.

Nathalie CANIEUX. Nous le ferons dès demain matin.

Marc WASILEWSKI. Ce serait déjà une bonne chose. Nous allons maintenant vous passer la parole. Nous avons la chance d'avoir trois auditeurs de qualité, alors il serait bien qu'il y ait un petit échange.

Aviez-vous connaissance de ce code de déontologie ? Non ?

Nous avons développé cinq thèmes à l'intérieur de ce code :

- La responsabilité envers le patient ;
 - La responsabilité envers l'établissement ;
 - Lorsque l'on est dirigeant, on parle de durabilité.
 - La responsabilité envers le personnel ;
- Cela coule de source, mais comme tout ce qui coule de source, il était peut-être bien de l'écrire.*
- La responsabilité envers la profession ;

Nous sommes entourés de personnes qui ont un code (les kinés, les pharmaciens, les médecins) et nous, nous n'avons rien. Je ne sais pas si on vous l'a dit, mais au niveau mondial, nous n'avons pas trouvé de références. Il n'en existe pas. On a trouvé quelque chose d'un peu « bricolé » aux Etats-Unis, mais on n'a trouvé nulle part un code de déontologie des directeurs d'établissements de santé.

- La responsabilité environnementale envers la société. Le fait d'avoir signé ce code, de l'afficher et de le montrer à son Conseil d'administration est un point d'appui non négligeable.

Il ne faut effectivement pas oublier que la CGPME, c'est avant tout des chefs d'entreprise qui, comme vous le disiez tout à l'heure, sont dans la solitude la plus extrême.

Frédéric GRIVOT

Peut-être que les usagers vont y trouver leur place. Alors, est-ce que dans les usagers ce ne sont pas que les patients ? Le débat mérite d'être ouvert. Devons-nous le scinder en deux ? Vous représentez les patients. Ne faut-il pas simplement rajouter un article dans cette catégorie ? Je ne le sais pas. Nous n'allons pas ouvrir le débat aujourd'hui.

De toute façon, l'objectif est de le faire vivre, de le faire signer, de le faire « adopter » et de le mettre en place.

Véronique MOLIERES. J'aimerais savoir comment la CGPME s'y est prise pour faire la promotion de son code et quelles ont été les résistances qu'elle a rencontrées auprès des managers.

Frédéric GRIVOT. Il y a effectivement eu quelques résistances. Comme pour toute autre chose, lorsque l'on a une conviction, il faut essayer de la faire partager. Par conséquent, nous avons pris « 10 sages » (nous devons être deux « jeunes », moi compris) : des chefs d'entreprise ayant vécu la totalité de l'histoire entrepreneuriale, depuis l'après-guerre jusqu'à aujourd'hui. Ils sont passés par les Glorieuses, Mai 68, le premier choc pétrolier et la nouvelle crise. Ils ont donc pu analyser avec perspicacité l'ensemble des évolutions, que ce soit l'évolution auprès des chefs d'entreprise, l'évolution des fournisseurs, l'évolution des salariés et de leurs représentants, etc.

Tout ce travail a donc été fait. Il faut également reconnaître que nous avons au sein de ce groupe quelqu'un qui avait une réflexion excessivement poussée sur ce sujet : M. Philippe MOREAU, président de la CGPME de Loire-Atlantique. Il était déjà intervenu à de nombreuses reprises dans des colloques pour dire qu'il fallait que ce que nous avons statutairement - ou dans un règlement intérieur - sorte de cette connotation pour monter à l'éthique et à la déontologie.

Cela a ensuite été un long travail. Au tout début, nous avons écrit : « *Code d'éthique et de CGPME* ».

Or, avec le mot « code », un côté coercitif pouvait immédiatement apparaître. Nous avons donc écrit : « *Ethique et CGPME, essai* ».

A ce jour, lorsqu'un adhérent ou une entreprise vient pour adhérer à la CGPME, au même titre que nous nous faisons un plaisir de lui donner son bulletin d'adhésion, ainsi que le montant de sa cotisation, nous lui donnons en parallèle le code, qui n'est pas un code mais un essai. Nous lui demandons donc de lire cet essai, ce qui lui permet d'aller jusqu'à la fin du document, où là se trouve le code de déontologie. A partir de cet instant, il accepte un certain nombre de choses. S'il ne l'a pas lu, il faudra qu'il s'habitue à un certain nombre de règles qui sont celles du fonctionnement de la CGPME.

Ensuite, concernant la diffusion de ce document, nous avons commencé par le diffuser auprès des élus (l'ensemble des députés et sénateurs). Nous avons ensuite trouvé un système un peu plus pratique : nous avons donné une clé USB, en espérant qu'elle soit utilisée et que le texte soit lu.

Dans un deuxième temps, nous avons diffusé ce document à l'ensemble de nos adhérents. Nous l'avions tout d'abord édité à 1 000 exemplaires et, assez rapidement, nous avons vu des territoires – y compris des fédérations professionnelles – nous appeler pour nous en commander 50, 100, voire 200. Au moment où je vous parle, près de 10 000 documents ont été diffusés, ce qui est un franc succès. Si nous avons édité cet ouvrage, je pense qu'il aurait eu une diffusion encore beaucoup plus grande. D'ailleurs, nous n'excluons pas de le faire, parce que nous pensons que ce document comporte un certain nombre de valeurs qui, dans le cadre de la campagne électorale à venir, pourront être reprises par un certain nombre de candidats de manière à nous proposer un type de société que nous aurons, les uns et les autres, à choisir.

En ce terme, le côté libéral tempéré que propose la CGPME me paraît être une adéquation qui permet d'ouvrir le débat sous cet angle auprès de nos différents candidats à l'élection présidentielle et des futurs députés. Il ne faut effectivement pas oublier que la CGPME, c'est avant tout des chefs d'entreprise qui, comme vous le disiez tout à l'heure, sont dans la solitude la plus extrême. Ils le sont, dans un premier temps, avec des malades et, dans un deuxième temps, avec leurs obligations patronales du type des nôtres,

à savoir les fournisseurs, les salariés, etc. Il y a donc là une prise en compte nécessaire, de telle manière à savoir si demain matin, lorsque l'on est sur un bassin d'emplois, l'ensemble des dispositions de la législation et de la réglementation seront encore un élément favorisant le développement de nos entreprises ou encore une contrainte. De cela, nous en avons à regarder l'avenir avec beaucoup plus de volonté. Sinon, nous n'arriverons pas à favoriser le développement de ces entreprises.

Marc WASILEWSKI. Oui, vous avez raison, peut-être aurions-nous dû nous inspirer d'un socle commun. Dans notre rôle de directeur, nous sommes comme dans une entreprise. C'est effectivement l'humain qui est derrière, avec toute la pression qu'il peut y avoir autour de sa santé et des conséquences d'une simple décision. On a tous un jour été confronté à un témoin de Jéhovah qui ne veut pas de transfusion sanguine. Lorsque la femme arrive aux portes de la maternité, que faisons-nous ? En général, le docteur dégage très vite en touche en disant : « *Allez voir le directeur. Débrouillez-vous* ».

J'ai connu de telles situations. C'est aussi de l'éthique, de la déontologie et du choix. C'est quelque chose qu'il faut assumer et qui n'est pas toujours simple.

Je pense notamment à cette anecdote : un monsieur est venu me voir un jour en me demandant de lui remettre le placenta de la maman, parce que dans ses convictions fortes ; il fallait qu'il l'enterre et qu'il y plante un rosier dessus. La pousse du rosier favoriserait le développement de son enfant.

C'était à une époque où nous parlions déjà du Creutzfeldt-Jakob. Les plus anciens comme moi ont vendu les placentas 5 Frs pour faire des produits de beauté, mais à cette époque cela était complètement interdit. Je me suis donc retrouvé devant un cas de conscience. Cela peut paraître sans importance, mais pour cet homme c'était capital. Finalement, je n'ai pas pu lui donner ce qu'il souhaitait. Légalement, ce n'était pas possible. J'ai donc fini par lui donner un morceau du cordon et il était lui-même convaincu que cela serait suffisant.

Même si je tourne cette histoire à la plaisanterie, je peux vous assurer que pour ce monsieur – dont le fils qui venait de naître s'appelait Nathanaël – c'était un

L'usager a été mis au centre des préoccupations du secteur pendant très longtemps, ce qui n'empêche pas les situations que nous connaissons aujourd'hui de détériorations des conditions de travail dans un certain nombre d'endroits. Ces situations sont invisibles pour les patients, parce que les soignants ont cette force de continuer à faire bien dans n'importe quelle condition.

Nathalie CANIEUX

besoin. On sentait un mal-être total, parce que je ne pouvais pas lui apporter la réponse qu'il souhaitait. Cela fait partie de ces petites histoires que l'on devrait tous noter dans un coin pour écrire un livre.

En tout cas, nous aurions peut-être dû nous inspirer de ce que vous aviez fait.

Frédéric GRIVOT. Dans le cadre du chef d'entreprise que nous sommes, le moment le plus humain que nous puissions avoir à considérer est celui dans lequel nous avons un rapport avec nos salariés. Vous, vous avez un rapport avec les malades et je trouve qu'au sein de votre code de déontologie ce lien par rapport aux malades et à ce que vous portez en tant que médecins n'est pas suffisamment mis en avant. C'est tel que je le ressens, vu de l'extérieur. Vous êtes un humain qui traite avec de l'humain. Bien évidemment, j'ai également de l'humain. Le moment « humain » le plus intense pour un chef de PME, c'est lorsqu'il voit son compte d'exploitation qui se dégrade et qu'il doit prendre une décision fatidique : « *De combien de salariés vais-je devoir me séparer pour que, demain matin, l'entreprise continue de survivre ?* ».

Dans votre cas, vous avez de la vie entre vos mains.

Certes, j'ai également de la vie, mais elle est à un autre niveau. J'ai de la vie « matérielle ». Je suis désolé lorsque l'on est obligé de licencier quelqu'un, mais il faut savoir que l'on a tout fait pour le garder. En règle générale, dans une PME ou une PMI, on a le savoir-faire de l'individu et lorsqu'on le perd c'est assez difficile de le retrouver. Nous faisons donc le maximum pour le garder.

Si je me permets de tels propos, c'est parce que j'ai peut-être une sensibilité trop exacerbée.

Marc WASILEWSKI. Pour bien préciser les choses, ce code a été fait par des directeurs qui, pour la plupart, sont salariés de leurs établissements. Nous ne sommes pas des médecins, nous ne sommes que des directeurs salariés. La dimension médicale a effectivement une importance, mais elle n'est peut-être pas aussi prégnante que vous souhaiteriez qu'elle soit. Notre intervention porte sur les moyens que nous pouvons mettre en œuvre, et non sur le médical.

Nathalie, vous souhaitez réagir ?

Nathalie CANIEUX. Je pense qu'il faut faire très attention à cela, parce que jusqu'ici cela a été pervers. Sous prétexte que l'on s'occupe de soigner les personnes, il n'y a que cela qui compte. Or, je peux vous assurer qu'il y a dans nos établissements des patients extrêmement bien soignés par des personnes complètement épuisées.

Là, on est sur quelque chose de pervers qui cautionne et qui cache ce manque de postures responsables auquel il faut faire très attention. L'usager a été mis au centre des préoccupations du secteur pendant très longtemps, ce qui n'empêche pas les situations que nous connaissons aujourd'hui de détériorations des conditions de travail dans un certain nombre d'endroits. Ces situations sont invisibles pour les patients, parce que les soignants ont cette force de continuer à faire bien dans n'importe quelle condition.

Il faut être très vigilant parce que quand cette tension craque, elle craque fortement. Elle peut ternir d'une façon extrêmement générale et péjorative l'image du métier.

Il faut peut-être que l'on se dise que les usagers présents dans nos établissements sont en partie là parce qu'ils ont été victimes de l'irresponsabilité sociale des autres. Où échouent les salariés en

dépression de la métallurgie ou de la chimie ? Où échouent les enfants asthmatiques du fait de la pollution des usines ? Où échouent les problèmes sociaux dus au travail ? Où échouent les problèmes médicaux des mauvaises conditions de travail ?

Ils échouent tous dans nos établissements ! Notre particularité est que nous sommes à un carrefour qui nous permet de voir les conséquences de l'irresponsabilité sociale des autres, ce qui devrait justement nous faire réfléchir sur notre propre responsabilité sociale vis-à-vis de notre activité. Nous avons cette capacité de voir à quel point la dérive de la posture du monde du travail aboutit à des fléaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux. C'est à ce titre que l'on pourrait effectivement écrire que s'il y a bien un secteur qui devrait être exemplaire sur cette affaire-là, c'est le secteur qui voit tous les jours les conséquences de l'inverse.

Si l'on doit mettre l'usager en jeu dans cette affaire, c'est peut-être sous cet angle et non sur le seul fait que l'usager est « humain », etc.

Marc WASILEWSKI. Je vous rejoins tout à fait. Nous avons tous exagéré auprès de notre personnel - parce qu'il manquait une infirmière la nuit, parce que nous n'avions pas fait le nécessaire - en expliquant à celle qui avait déjà fait 12 heures de travail qu'il fallait qu'elle reste parce que nous ne pouvions pas faire autrement. Nous sommes les acteurs de quelque chose que nous nous devons impérativement de combattre.

A un moment, on est dans un système qui devient pervers. Lorsque le système de service public rappelle ses infirmières pendant leurs vacances... Lorsqu'il n'y a pas d'autres choix, on adapte les problèmes, les entrées, mais il y a des limites en-dessous desquelles il faut s'interdire de descendre.

On joue beaucoup trop sur l'humain. On soigne de l'humain, donc on lui doit tout. Oui, mais jusqu'à quel point ?

La dernière chose qui m'a fait réfléchir à cela, c'était au mois de janvier lorsque j'ai trouvé dans un établissement un gastroentérologue de 52 ans qui a lui-même rempli sa perfusion de son poison. Il s'est mis sur son lit et s'est posé le cathéter tellement il était au bout de tout. Cet homme a complètement craqué ! Vous rendez-vous compte ? A 52 ans, se foutre en l'air ! Ce n'est pas concevable !

Véronique MOLIERES. Mme CANIEUX, puisque vous aviez également envisagé de produire ce type de code de déontologie, par quel bout l'auriez-vous pris ? Qu'auriez-vous indiqué dans ce code ?

Nathalie CANIEUX. Cette réflexion a été issue du résultat de l'enquête sur les conditions de travail : « *N'avions-nous pas à discuter avec les employeurs d'un engagement de leur part sur une responsabilité autour des conditions de travail des salariés du secteur ?* ».

Nous ne sommes pas allés beaucoup plus loin que cela dans la réflexion, parce que nous savons qu'il est très difficile d'associer autour de la même table tous les employeurs du secteur. Or, pour nous, cela n'avait de signification que si c'était de cet ordre.

Au même moment, le code de déontologie du C2DS est arrivé. Nous nous sommes alors dit qu'il était intéressant de regarder de plus près cette initiative prise par les employeurs, notamment en s'en faisant l'écho dans les établissements et en les prenant au mot sur un engagement de ce type.

Marion Le ROUX. Je m'appelle Marion Le ROUX et je suis le DU Droit et gestion du développement durable en santé à Montpellier. J'aimerais vous demander si les établissements qui ont mis en place ce code de déontologie en ont depuis mesuré l'impact ? Y a-t-il moins d'absentéisme ? A-t-on mesuré le bien-être au travail ? Y a-t-il une comparaison d'établissement entre les établissements qui ont ce code et ceux qui ne l'ont pas ?

Marc WASILEWSKI. Non. Comme vous l'avez compris, ce code a moins d'un an. Il est tout neuf, tout beau. Notre premier souci a été la diffusion. Nous ne voulions pas faire une diffusion massive. J'ai retenu l'idée de la clé USB pour les adhérents du C2DS.

Nous continuons à travailler sur ce code et, vous avez raison, nous devons faire des mesures. Il est cependant encore beaucoup trop « jeune ». Je retiens également l'idée de M. PLAVIS de le faire vivre, de le faire découvrir et de le faire lire. L'idée d'inclure les usagers dans cette responsabilité envers les patients ne me choque pas du tout, bien au contraire. Ils sont devenus nos partenaires à part entière. Nous devons ensuite mettre en place ces indicateurs. C'est incontournable, mais pour ce faire, il va falloir 5 ou 10 ans.

J'ai une petite réflexion pour Nathalie : nous n'avons pas du tout l'intention de faire un Ordre professionnel des Directeurs. Rassurez-vous, je n'y tiens pas.

Le C2DS est la seule institution que je connaisse – où il y a du public, du privé, du PSPH. Nous avons une mission, c'est de soigner les personnes.

A l'intérieur du C2DS, on retrouve aussi bien des médecins que des ASH. Cette pluralité est aussi une richesse. Nous n'avons pas pensé à créer un ordre professionnel des directeurs, mais nous nous sommes dits qu'il serait bien que l'on se parle un peu. Finalement, les directeurs se parlent peu et ce code peut être le moyen d'échanger.

J'espère qu'il n'y a pas trop de médecins dans la salle, mais dans toutes les professions où l'on crée un ordre, c'est probablement parce qu'il y a du désordre.

Avez-vous d'autres questions ?

Aurélié DANILO. Je m'appelle Aurélié DANILO, je suis directrice d'un hôpital et j'aimerais savoir quelle est la visibilité et l'affichage de ce code pour donner valeur d'engagements aux personnes signataires. Avons-nous la liste des managers vertueux sur le site du C2DS ?

Marc WASILEWSKI. Je sais que le code et la procédure de signature sont sur le site. Je ne sais cependant pas ce qu'il en est pour la liste des signataires. Véronique, peux-tu nous le dire ?

Véronique MOLIERES. Oui, tout est sur le site Internet. Nous partons du principe que nous travaillons en toute transparence. La liste est donc consultable sur le site, même si elle est encore beaucoup trop courte à notre goût.

L'idée de départ était de produire ce texte et de faire en sorte que toute la profession puisse se l'approprier. Il est intéressant d'entendre parler de V2. Le C2DS n'a pas une légitimité à imposer quoi que ce soit. Nous sommes une force de propositions comme une autre.

Il fallait effectivement que quelqu'un dégage le premier. Cela aurait pu être la CFDT, mais cela a été le travail de cette dizaine de directeurs. Nous pouvons tout à fait imaginer de l'optimiser, de l'enrichir et de prendre en compte des choses qui ne le sont pas encore. Nous avons eu le sentiment d'avoir fait le tour

A l'intérieur du C2DS, on retrouve aussi bien des médecins que des ASH. Cette pluralité est aussi une richesse.

Marc WASILEWSKI

de toutes les parties prenantes, mais peut-être cela n'a-t-il pas été fait de façon suffisamment précise.

Tout est donc en ligne sur le site du C2DS. Il était également important pour nous que chaque directeur s'engage personnellement : « *Je prends un stylo, je signe, je m'engage personnellement, moi M. ou Mme Untel...* ».

Le C2DS a interviewé un certain nombre de directeurs et nous avons remarqué que certains d'entre eux, après avoir signé le code, n'avaient pas fait grand-chose. D'autres nous ont sollicités pour avoir des indicateurs, mais nous n'avons pas encore assez de recul par rapport à cela.

Certains ont affiché ce code, parce qu'ils ont bien compris l'intérêt d'un tel affichage. Après, est-ce que les actions ont été mises en place ? Nous constaterons sans doute la même chose que vous, M. GRIVOT : un certain nombre de directeurs se sont engagés sur la signature d'un code, mais ont assez peu changé dans leurs pratiques.

Marc WASILEWSKI. L'affichage de la liste permet aussi au personnel de rappeler à son directeur la signature qu'il a faite. Je conseille à ceux qui ne le connaissent pas encore de prendre le temps de le lire. Tous les mots ont été fortement pesés et, même si nous l'avons souhaité le plus simple et le plus pédagogique possible, la signature de ce code engage réellement. Après, bien sûr, ce n'est que de l'humain, mais personnellement, je serais très mal à l'aise de l'avoir signé, de ne pas le respecter et de voir arriver dans mon bureau le syndicat ou l'utilisateur pour me le rappeler. Cela doit être difficile à vivre, mais cela fait partie de cette transparence que nous souhaitons.

Nous sommes tous « partenaires ». L'objectif, c'est des meilleurs soins et une meilleure prise en charge. Nous avons donc tout intérêt à ce que ce code soit mieux appliqué.

J'espère d'ailleurs qu'il y aura encore quelques signataires supplémentaires à la fin de cette journée.

Xavier REBECHE. Je m'appelle Xavier REBECHE, je suis directeur d'un établissement dans la Loire, à Saint-Etienne, et signataire de ce code.

Qu'est-ce que ce code a changé pour moi ? L'exigence de transparence.

Nous en avons beaucoup parlé et j'aimerais la détailler sur un point qui me pose de plus en plus de soucis.

J'ai la chance de piloter un établissement à la fois gouverné par un actionnariat médical et un partenaire financier. Je cumule donc tous les avantages d'avoir des praticiens patrons et des financiers exigeants. C'est un avantage qui a concouru à faire que la clôture de cet exercice sera la première d'une stabilité notable sur la masse salariale, les charges continuant à croître étant celles relatives à nos achats.

Je reviens maintenant sur une discussion que nous avons à peine entrouverte sur l'écosystème des fournisseurs avec lesquels nous travaillons et qui ont accès, en toute transparence, à nos tarifs et à nos coûts. De ce fait, ils calculent les prix de leurs implants, DM et médicaments sur la rentabilité supposée de nos établissements, avec des pratiques qui parfois laissent un peu à désirer en matière d'éthique. Je fais bien évidemment allusion aux rapports que certains laboratoires entretiennent avec nos praticiens.

Il est évident, comme vous l'avez répété, que les gisements de performances ne seront dorénavant plus sur les thèmes « masses salariales » de nos structures, puisque nous avons d'une certaine façon concouru à accroître ce malaise. Malgré tout, je relativise lorsque je regarde mes indicateurs de la rotation du personnel et surtout les indicateurs de ceux qui reviennent après être passés dans d'autres établissements de santé concurrents.

Les gisements éventuels de performances que j'identifie sont sur la ligne « achats de médicaments, prothèses, DM ». Je me suis donc dit que nous pourrions imaginer la même éthique avec les fournisseurs avec lesquels nous travaillons. Pour mémoire, la plupart d'entre eux sont étrangers et ont beaucoup percé sur notre marché.

Ma question consiste donc à savoir comment faire pour s'ouvrir sur ce thème, avec des partenaires fournisseurs qui parfois nous rendent la vie bien difficile.

Marc WASILEWSKI. Oui, c'est compliqué. J'accompagne en ce moment un de vos gros fournisseurs (un laboratoire américain à qui vous laissez - si vous avez un bloc opératoire - une petite fortune en usage unique) en essayant d'avoir une approche de sortie de l'usage unique. Là aussi, nous avons un problème culturel. Il faut savoir qu'en Allemagne on restérilise quasiment tout.

Vanguard, qui est une société qui a essayé de s'installer en France, en particulier dans le cadre de la stérilisation, est le leader en Allemagne de la restérilisation. Ces personnes ont compris, de manière remarquable, l'intérêt du développement durable.

Je crois aux centrales d'achats. Nous avons aujourd'hui des centrales d'achats réellement investies dans le développement durable. Vous en mesurerez bientôt les conséquences. Nous allons bientôt aller voir les fournisseurs pour décerner des labellisations. C'est en route et cela fait partie de notre démarche. Je souhaite que vous puissiez demain en récolter les fruits. Tout cela ne peut cependant pas se bâtir du jour au lendemain. Nous aurons besoin de vous. C'est à vous d'être suffisamment persuasifs.

Franck PAULE. Je rejoins votre position concernant les centrales d'achats, à savoir que les adhérents doivent se manifester et faire pression sur elles pour que les fournisseurs agissent dans notre sens.

Marc WASILEWSKI. En termes d'éthique, nous n'avons pas toujours été très brillants, parce que même en ayant pris un engagement avec notre centrale d'achats, nous n'hésitions pas à renégocier en direct avec le « petit commercial du coin ». Nous pouvions ainsi gagner quelques francs ou quelques euros, mais en globalité et sur le moyen terme, nous étions perdants.

Nous devons maintenant respecter les engagements que nous prenons, en particulier avec ces centrales d'achats. Elles représentent vraiment une force. Nous avons une centrale d'achats qui représente 1 500 établissements et j'imagine que si elle « tape sur la table »... Le fait de déréférencer un fournisseur, c'est grave, surtout pour lui. Et, demain, je ne suis pas sûr que l'on n'aille pas jusque-là.

Nous sommes arrivés au terme de notre échange. Merci à vous trois. Merci d'être intervenus.

Les adhérents des centrales d'achat doivent se manifester et faire pression sur elles pour que les fournisseurs agissent dans notre sens.

.....
Franck PAUL

Nathalie, merci. Je souhaite que l'on se revoit, parce que je pense que l'on a beaucoup de choses à construire ensemble, notamment sur le bien-être des salariés. Cela restera mon *leitmotiv*.

M. PLAVIS, j'ai bien noté que l'on doit penser « Usagers ». Nous n'avons pas encore ce réflexe, mais plus les usagers seront présents, plus ils seront des aides et plus nous les intégrerons dans notre système.

Merci beaucoup. Merci d'avoir passé un peu de temps avec nous.

(Applaudissements)

Je vais maintenant passer la parole à Alain COULOMB pour qu'il nous fasse la conclusion de cette journée. ¶

Conclusion

Alain COULOMB. Merci Marc et merci à tous de m'avoir invité. Pourquoi faire tout cela ? Ne serions-nous pas plus tranquilles, à la maison, à faire en sorte que demain soit la reproduction à l'identique d'hier et la vie un long fleuve tranquille ?

Trois raisons : la première et la plus importante est que l'on est obligé. On pense tout de suite aux contraintes juridiques, mais au-delà de ces contraintes, il y a des contraintes qui naissent de l'état de l'opinion publique. Il est clair que ce mot est non seulement à la mode, mais il est aussi porteur de sens pour une société en crise. Cela veut donc dire que si nous voulons rester dans le « coup », nous devons écouter nos enfants. Nos enfants sont naturellement « développement durable », naturellement « écologie ». Certes, ils le sont parfois de manière un peu naïve (pourvu que cela dure !) ou un peu à « côté de la plaque », mais ils sont les porteurs du sens de notre avenir. Ils ont - et auront - raison et nous aurions tort de ne pas les entendre.

La seconde raison est un peu particulière à notre secteur d'activité. Le mot a été prononcé à plusieurs reprises et je l'ai repris : nous avons un devoir d'exemplarité. Notre travail est effectivement de soigner. Comme vous l'avez dit Mme CANIEUX, cela ne doit pas servir de prétexte à être les patrons qui font « *suer le burnou* » parce que l'on mobiliserait les vocations de nos salariés pour oublier leurs légitimes revendications, mais fondamentalement notre devoir est de soigner.

La non qualité

Or, la non-qualité, c'est le non-soin, le mauvais soin, le soin inadapté, la molécule mal utilisée, le dispositif médical inadapté, etc. C'est donc toute une série de



ALAIN COULOMB

CONSULTANT, ANCIEN
DIRECTEUR DE LA HAUTE
AUTORITÉ DE SANTÉ

dysfonctionnements de nos entreprises qui sont pour nous la non-qualité.

D'un point de vue économique, les conséquences en sont catastrophiques, non seulement pour le patient mais aussi pour l'entreprise. Pourquoi nos amis de la CGPME ont-ils développé des marges qualité plus tôt que nous ? Ce n'est pas parce qu'ils sont vertueux, ils le sont de surcroît. C'est parce qu'ils se sont rendus compte que la non-qualité avait un coût et que ce dernier grevait la protection sociale. Nous, nous avons la chance d'être dans une situation économique dans laquelle la non-qualité est prise en charge par un tiers. C'est la Sécu qui paye la non-qualité !

Si je rate une PTH, je n'ai qu'à convaincre la mamie que ses os étaient friables. Je peux d'ailleurs lui en faire deux à chaque jambe, cela fait quatre et cela équilibre mon chiffre d'affaires. Vous voyez que la non-qualité rapporte presque aux producteurs.

J'exagère un peu, mais ce n'est clairement pas un moteur naturel de la qualité. C'est probablement un peu difficile parce que l'on fait dans l'humain, mais c'est fondamentalement parce que nous avons un système qui ne nous pousse pas à faire naturellement de la qualité, sauf lorsque les consciences individuelles ou les Ordres nous y incitent.

Ce système est en train d'évoluer de manière tout à fait forte pour trois raisons : la première est une pression de l'utilisateur proportionnelle à l'importance

que revêt la santé aux yeux de nos concitoyens. Il faut bien voir que ce qui fait le moteur de notre business fait aussi sa contrainte. Nous savons aujourd'hui, y compris dans la conjoncture actuelle, que la santé, l'emploi et l'éducation des enfants sont, selon les sondages d'opinions, les numéros 1, 2 et 3 des attentes de nos concitoyens.

Cela veut donc dire que nous ne sommes pas dans la métallurgie ou dans le textile, nous avons, nous, un avenir radieux en termes de développement économique. La seule condition est que, lorsque la personne nous confie son bien le plus précieux, nous évitions de le saccager.

Ce devoir d'exemplarité est donc, me semble-t-il, assez spécifique et tout à fait déterminant.

La lutte contre les effets indésirables et la non-qualité s'inscrit dans ce mouvement de développement durable de manière tout à fait forte et répond à l'aspiration de nos concitoyens.

Le troisième aspect sur lequel je voudrais dire un mot est que le modèle de la santé, dans lequel nous sommes, évolue de manière extraordinairement rapide et forte en fonction de considérations environnementales qui ne peuvent nous laisser indifférents. Aujourd'hui, 66 % des dépenses sont générées par 15 à 17 % de la population qui souffre de pathologies chroniques.

De ce point de vue, notre modèle de santé – et donc la manière que nous avons d'exercer la médecine et de prendre en charge les patients – devra tenir compte de ce bouleversement considérable.

Des maladies sociétales

Hier, la maladie était un épisode fâcheux entre deux moments d'indicibles bonheurs qui précédaient et suivaient la visite chez le médecin et la prescription d'un médicament.

« *J'ai mal, je vais voir le médecin, il me guérit et c'est terminé* ». C'est fini ! Nous avons pour environ 15 millions de personnes, mais surtout pour 65 % des dépenses, des malades qui vont vivre toute leur vie avec leurs maladies, avec des maladies comme le diabète, comme le cœur, comme le cancer, etc.

Quatre ou cinq pathologies représentent 75 % des dépenses liées aux pathologies chroniques : cardio-vasculaire, cancer, diabète et pathologies mentales.

Qu'ont en commun ces pathologies ? Elles ont en commun d'être des pathologies sociétales, liées aux rapports que nous avons avec notre environnement.

Comment pourrions-nous exercer notre métier sans nous préoccuper de l'évolution de cette relation ?

Ce n'est pas un accident de ski. Ce n'est pas une maternité. Ce n'est pas cela qui « coûte ». Ce sont ces maladies de « société ». Cela veut donc dire que notre rôle, mais aussi notre business, est de nous préoccuper non plus seulement des épisodes aigus de nos pathologies, mais aussi des pathologies chroniques, de l'accompagnement du patient, de l'éducation thérapeutique, etc. Cela veut dire que ceci nous crée à la fois des devoirs et nous ouvre des horizons et des perspectives de développement tout à fait considérables, au-delà du médicament, du dispositif médical et de la relation très courte que nous avons dans nos structures de soins.

Des relations durables pour des maladies durables

La deuxième raison de nous occuper de cela est que nous avons une relation durable à créer avec des malades durables. C'est, me semble-t-il, autour de cette idée d'une prise en charge de la chronicité, de l'élargissement de la construction de santé, du rapport au temps qui va évoluer de manière tout à fait considérable, que nous allons accompagner toute une série de personnes pendant des dizaines d'années.

Nous avons à organiser ces va-et-vient entre la vie de l'hôpital, seule réponse adaptée à ce type de pathologies.

Nous sommes donc dans le développement durable, non seulement parce que l'acte que nous faisons aujourd'hui aura des conséquences demain – nous le voyons avec l'affaire hélas dramatique du MEDIATOR, avec celles qui ont précédé et avec celles qui suivront –, mais aussi parce que nous aurons à accompagner pendant de nombreuses années des malades qui aujourd'hui nous confient leur bien précieux qu'est la santé.

La troisième et dernière raison de nous préoccuper de ces affaires et que, tout simplement, nous y avons intérêt. Un système économique ne peut pas reposer sur la seule vertu. On peut croire à la vertu des hommes, mais un système économique qui ne repose

La lutte contre les effets indésirables et la non-qualité s'inscrit dans ce mouvement de développement durable de manière tout à fait forte et répond à l'aspiration de nos concitoyens.

Alain COULOMB

pas sur la vertu repose sur l'intérêt des acteurs. Ce n'est pas offensant. Ce n'est pas mal.

Le Bonheur intérieur brut

Quel est notre intérêt ? Notre intérêt en tant que chefs d'entreprise, en tant que participants à l'entreprise, est clairement d'augmenter le Bonheur Intérieur Brut qu'il y a à travailler dans l'entreprise. C'est un jeu de mots, mais il y a, à côté du PIB, le BIB. Il me semble que ce BIB est porteur de valeurs. C'est vrai que l'on trouve plus spontanément ce type de valeurs et d'attentions portées au bonheur de ceux que l'on côtoie quotidiennement dans une PME que dans une entreprise anonyme et froide dans laquelle le compte d'exploitation l'emporte sur toute autre considération.

Je voudrais vous dire pourquoi nous y avons intérêt. Il y a quelques années, nous nous sommes amusés à demander à un sociologue de regarder quels étaient les modèles que nous avons dans notre secteur d'activité.

Ce sociologue avait soulevé deux axes permettant de déterminer les mondes de l'entreprise : un axe horizontal de la reproduction et de la transformation ; un axe vertical du management par la culture et par la règle.

Imaginons ces 2 axes : l'entreprise bureaucratique. C'est une structure lourde et mécaniste. C'est une organisation rationnelle. Les ajustements sont hiérarchiques et les identités sont réglementaires. Pour caricaturer, nous sommes à l'hôpital public ou à l'armée (en temps de paix).

Bref, nous sommes de l'autre côté, issus dans les cliniques d'une histoire qui est souvent une histoire de paternalisme. Une entreprise communautaire où le chef à plumes parcourt les couloirs en distribuant des

sourires, des bons points, des caresses, des bonbons. On vient le voir de temps en temps quand on a un problème. Il vous écoute en disant : « *Ça va mon petit, alors, heureux ?* ».

Le chirurgien en est l'exemple type : « *Jeanne, le scalpel !* ». Elle s'appelle Magalie, mais peu importe, la première aide opératoire s'appelait Jeanne et il ne s'embête pas à se souvenir des prénoms.

On est dans des structures issues de structures de ce genre. Au fond, le défi qui est le nôtre, c'est de passer de ces entreprises bureaucratiques dans lesquelles la reproduction se fait à l'identique vers une structure qui se transforme, parce que la société se transforme.

Il s'agit pour nous de passer d'une entreprise dans laquelle la règle ne suffit pas à faire se mouvoir les personnes et où il faut les convaincre. Il faut leur expliquer qu'il faut évaluer.

Je me rappelle d'une jeune femme que j'ai eue comme étudiante dans le domaine de la qualité. Elle passait ses journées à évaluer et, à la fin de l'année, elle avait été notée sans évaluation. Elle avait alors dit assez naturellement à son directeur : « *Attendez, vous m'avez embauchée pour évaluer les protocoles, les process, ce qu'il se passe, les indicateurs, etc., et moi vous m'évaluez sans grille, sans méthode, sans garantie ?* ».

Qu'avons-nous à gagner là-dedans ? Je pensais à votre question, Monsieur. Nous avons sûrement à gagner sur les achats, mais l'élasticité de la nature humaine est telle qu'un homme ou une femme heureuse va produire deux fois plus qu'un type qui se traîne pour aller au travail.

Comment cela se mesure-t-il ? Vous l'avez d'ailleurs dit vous-même. Cela se mesure par le turnover, par l'absentéisme. Comment ne pas voir que dans notre secteur d'activité l'absentéisme varie de 1 à 2 ? Nous faisons le même métier ! Ce n'est même pas fonction du lieu géographique ou de la taille de l'entreprise. C'est fonction de la capacité que nous avons à manager, c'est-à-dire à faire vivre ensemble des personnes exerçant des métiers différents de manière à ce que de cette proximité naissent plus de mouvements que de chaleur.

Au fond, la définition du management pourrait être celle-là. Imaginons que nous sachions où nous allons – ce qui est déjà ambitieux –, que nous ayons un moteur et de l'essence sous forme d'énergie. Le manager est celui qui fait en sorte que les freins soient

desserrés, puisque vous savez que le rôle du frein est de transformer l'énergie en chaleur.

Or, nos entreprises ont de nombreux freins : des freins réglementaires (arrêtés, décrets, circulaires), des freins externes, des freins internes (les relations entre le médecin et l'infirmière, entre les administratifs et les soignants, etc.). Toutes ces affaires-là sont affaires de management.

Le management durable est celui qui desserre les freins et qui permet que tout ce petit monde avance plutôt que s'échauffe.

Nous savons que nous ne vivons pas dans un monde idéal et qu'il y aura toujours un peu d'échauffement, mais moins il y en a et mieux cela vaut. Nos marges de manœuvre sont là, parce qu'au passage, diminuer l'absentéisme de trois ou quatre points – ce qui n'est vraiment pas indécent – est en termes de chiffre d'affaires le 1,5 point qui nous manque pour boucler notre bilan à la fin de l'année, de manière aussi sûre que l'action que nous allons mener sur les molécules antimétaboliques ou les dispositifs médicaux. L'un n'empêche pas l'autre et les deux c'est mieux.

Au fond, ce que j'ai entendu aujourd'hui me pousse à conclure sur trois ou quatre réflexions très courtes.

La première est que le développement durable est un effort - indépendamment du fait qu'il soit économique, écologique, sociétal, social, etc. - qui tend à réconcilier le rationnel et l'intuitif dans l'humain. Il tend à réconcilier le Bonheur Intérieur Brut et le compte d'exploitation. Nous sommes responsables du compte d'exploitation, mais nous ne perdons pas à y accueillir l'humain puisqu'il détermine dans nos entreprises au moins une moitié de nos charges et, de manière absolument déterminante, son résultat.

J'avais coutume de me demander, lorsque je dirigeais la Haute Autorité de Santé - temple de la science, avec les tâches uniquement pures de la science pure -, à quoi l'on reconnaissait un salarié de l'HAS. C'était au fait qu'il marchait sur le côté, parce qu'il avait un hémisphère hyper développé par rapport à l'autre.

Qu'est-ce donc que le développement durable ? C'est faire en sorte que nos hémisphères, droit et gauche, soient réconciliés. Voilà pourquoi vous avez signé la charte d'engagements. Merci de votre attention.

(Applaudissements)

Marc WASILEWSKI. Merci beaucoup Alain pour cette conclusion. Merci à vous tous.

Pensez à remplir la petite fiche de satisfaction. J'espère que vous allez repartir convaincus. Il faut surtout que tout cela tourne maintenant un peu dans vos têtes. Donnez-vous un peu de temps pour repenser à tout cela.

Merci à tous ceux qui nous ont aidés à organiser cette journée. J'espère que la suivante sera encore mieux et que nous serons encore plus nombreux.

Merci. ¶

LA SÉANCE
EST LEVÉE À 16H00.

Lexique

ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire
AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Agent de service hospitalier
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVAS	Amélioration de la valeur ajoutée soignante
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CGPME	Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COV	Composés organiques volatils
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé / Directeur général de la santé
DJA	Dose journalière acceptable
DM	Dispositif médical
DMP	Dossier médical personnel
FEDER	Fonds européen de développement régional
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjour
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Loi hôpital patient santé territoires
HQE	Haute qualité environnementale
ICALIN	Indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales
IDD	Indicateurs en développement durable
ISH	Indice de santé hospitalier
JIQHS	Journées internationales sur la qualité hospitalière et en santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PME	Petite et moyenne entreprise
PMI	Petite et moyenne industrie
PNST	Plan national de santé au travail
SFES	Société française en économie de la santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
UNPMI	Union nationale de la petite et moyenne industrie



MARC WASILEWSKI
SECRÉTAIRE-ADJOINT DU C2DS,
PRÉSIDENT DU SERVICE
DE MÉDECINE DU TRAVAIL
DE LA HAUTE-VIENNE



THIERRY BÉCHU
DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL
DE LA FHP-MCO



GILBERT BARBIER
SÉNATEUR ET AUTEUR DU
RAPPORT EN JUILLET 2011
*PERTURBATEURS ENDOCRINIENS,
LE TEMPS DE LA PRÉCAUTION*



DR PAUL GARASSUS
PRÉSIDENT DU CONSEIL
SCIENTIFIQUE AU SEIN
DU BAQIMÉHP



NATHALIE CANIEUX
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE CFDT
SANTÉ SOCIAUX



FRÉDÉRIC GRIVOT
VICE-PRÉSIDENT DE LA CGPME
EN CHARGE DES BRANCHES
PROFESSIONNELLES



JEAN-LUC PLAVIS
CHARGÉ DE MISSION DU
COLLECTIF INTER ASSOCIATIF
SUR LA SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE



ALAIN COULOMB
CONSULTANT, ANCIEN
DIRECTEUR DE LA HAUTE
AUTORITÉ DE SANTÉ

3^e JOURNÉE THÉMATIQUE DÉVELOPPEMENT DURABLE

P R O G R A M M E

JOURNÉE DÉVELOPPEMENT DURABLE C2DS – FHP-MCO LUNDI 12 DÉCEMBRE 2011

Maison des Arts et Métiers – 9 bis, avenue d'Iéna 75016 PARIS (Métro Iéna)

09h30

Accueil des participants

10h00–10h15

ALLOCUTION D'OUVERTURE

Marc WASILEWSKI Secrétaire-adjoint du C2DS, président du service de médecine du travail de la Haute-Vienne

Thierry BECHU Délégué général de la FHP-MCO

10h15–11h15

LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS À L'HÔPITAL : ÉTAT DES LIEUX

Phtalates, parabènes, bisphénol A, depuis une année, des parlementaires se mobilisent, alertent et proposent de nouvelles réglementations. Tout récemment, le 12 octobre, l'Assemblée nationale votait l'interdiction du bisphénol A dans les contenants alimentaires à compter de 2014.

Gilbert BARBIER Sénateur et auteur du rapport en juillet 2011
« Perturbateurs endocriniens, le temps de la précaution »

11h15 – 13h00

DÉVELOPPEMENT DURABLE : UN LEVIER ÉCONOMIQUE

40 décrets du Grenelle 2 impactent directement le secteur hospitalier. Il faudra notamment diviser par 7 en moyenne la consommation énergétique de nos projets de construction à partir de 2012 et faire face à la taxe carbone à partir de 2013. Le coût d'application de ces nouvelles réglementations se chiffre en milliards pour notre secteur sur les 10 années à venir. Comment le secteur privé MCO peut-il anticiper ces contraintes et les transformer en force pour l'avenir ?

Dr Paul GARASSUS Président du conseil scientifique au sein du Bureau de l'assurance qualité de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP)

Marc WASILEWSKI Présentation en avant première des résultats de l'Observatoire en développement durable du C2DS, photographie de l'empreinte environnementale en 2010 du secteur autour de 30 indicateurs

13h00–14h00 DÉJEUNER

14h00 – 15h30

UN CODE DE DÉONTOLOGIE DES MANAGERS EN SANTÉ : QU'EST-CE QUE CELA CHANGE POUR LE MANAGER, LE SALARIÉ, LE PATIENT ?

Avant d'être un sujet technique, le développement durable est un sujet d'éthique managériale. Difficile de croire qu'à l'heure de la transparence et de la prévention des conflits d'intérêts dans un secteur sous tension, la profession des managers ne dispose pas d'un répertoire commun d'éthique professionnelle, revendiquant un socle de valeurs communes et une respectabilité légitime.

Nathalie CANIEUX Secrétaire générale CFDT Santé Sociaux

Frédéric GRIVOT Vice-président de la CGPME en charge des branches professionnelles

Jean-Luc PLAVIS Chargé de mission du Collectif inter-associatif sur la santé d'Île-de-France

Marc WASILEWSKI Secrétaire-adjoint du C2DS, président du service de médecine du travail de la Haute-Vienne

15h30 – 16h00

CONCLUSION

Alain COULOMB Consultant, ancien directeur de la Haute Autorité de Santé

3^e JOURNÉE THÉMATIQUE DÉVELOPPEMENT DURABLE



FHP-MCO
81, RUE DE MONCEAU – 75008 PARIS
TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69
fhp-mco@fhp.fr
www.fhpmco.fr



3, RUE DE L'ÎLE-D'OR
37400 AMBOISE
TEL : 02 47 30 60 34
www.c2ds.eu