



# La rénovation de la première Maternité de Suisse



Propos recueillis auprès du Professeur **Olivier Irion**,  
médecin-chef du département de gynécologie  
et d'obstétrique des HUG

## Le projet d'évolution de la Maternité des HUG...

**Olivier Irion** : Il s'agit d'un projet très complexe qui a débuté en 1995, avant que je ne prenne mes fonctions dans l'établissement. Le bâtiment historique de la maternité des HUG a été récemment classé puisqu'il s'agit de la première maternité du pays. C'est un bâtiment plutôt petit au regard de notre activité. C'est pour cette raison que nous avons dû initier un projet de construction-rénovation.

En 1995, la construction du premier bâtiment a débuté. Cette structure d'hospitalisation contenait essentiellement des chambres pour les patients et quelques bureaux. Par la suite, nous avons rénové 60% de l'ancienne maternité, sans toucher à l'enveloppe externe ni aux étages. Après, nous avons construit un nouveau bâtiment pour de nouvelles chambres, tout en continuant les transformations sur deux de ses étages réservés à l'activité de néonatalogie et aux chambres des patientes. Le cinquième étage dédié au bloc opératoire a nécessité la restructuration du bâtiment construit en 1995. En mars 2013, nous avons pu travailler dans les nouvelles salles d'accouchements et un nouveau bloc opératoire. Le prolongement du nouveau bâtiment débutant cette année va nous permettre de bénéficier de la totalité du plateau technique, de chambres de patientes, d'espaces de consultations et administratifs. Ce chantier aura duré plus de 20 ans et nous sommes toujours dans des espaces plus restreints que nous le voudrions.

### À quelles problématiques doit répondre cette évolution de la maternité ?

**O.I :** Cette évolution doit répondre à des problématiques d'ordres fonctionnels et techniques. La maternité accueille de nombreuses consultations, et dispose de salles d'accouchement et de blocs opératoires. Il fallait également que nous réhabilitions notre structure en termes de standards de qualité des soins et d'espace disponible. D'autre part, notre activité a beaucoup augmenté depuis les vingt dernières années ; nous sommes la maternité la plus importante de Suisse avec plus de 4000 accouchements par an et une grosse activité en gynécologie médicale et en chirurgie gynécologique.

### Cette restructuration a-t-elle donné lieu à la mise en place de nouvelles organisations ?

**O.I :** Ce chantier nous oblige à de nombreux déménagements, et à nous adapter aux contraintes architecturales. Il faut assurer une sécurité optimale même si les équipes de gynécologues, de soignants et d'anesthésistes travaillent sur plusieurs étages distants.

### Comment le personnel médical a-t-il accueilli ces projets de rénovation ?

**O.I :** Pour nous, cela reste un beau projet qui représente un progrès important en termes de conditions de travail. Cependant, aujourd'hui, nous sommes encore dans une étape transitoire. Les employés qui travailleront dans cette maternité dans cinq ans bénéficieront pleinement des fruits de ce projet. Cette opération reflète notre volonté d'offrir aux femmes de Genève un cadre agréable et des soins optimaux. Les conditions d'accueil dans les salles d'accouchement sont, entre autres, bien meilleures que ce que nous avons pu connaître jusqu'à présent au niveau de l'espace, de la luminosité, des installations sanitaires, etc.

### Quels sont les autres éléments qui vont contribuer à l'amélioration du confort des patients, les femmes comme les nouveau-nés ?

**O.I :** Tout le bâtiment d'hospitalisation représente en lui-même une amélioration car il nous permet d'offrir des chambres plus spacieuses. Les plateaux techniques et les salles d'accouchement beaucoup plus vastes participent également à cette amélioration car chaque salle est accompagnée d'installations sanitaires indivi-

duelles. Pour les nouveau-nés, un espace de réanimation est prévu dans chaque salle d'accouchement afin d'éviter une séparation précoce de la mère et de l'enfant en cas de besoin. Les prématurés et les nouveau-nés à risque, bénéficient de la proximité des salles d'accouchements et de la néonatalogie. Ces nombreux éléments contribuent donc à l'amélioration, non seulement du confort des patients, mais aussi de leur sécurité.

### Dans quelles mesures les conditions de travail du personnel vont-elles être améliorées ?

**O.I :** Ces améliorations apparaissent de manière évidente pour les blocs opératoires, avec des outils technologiques plus performants et des installations plus modernes. Au niveau des salles d'accouchement, nous avons créé deux salles à l'atmosphère moins médicalisée, plus conviviale tout en conservant une sécurité optimale, ce qui représente un progrès pour les femmes et les sages-femmes. Ces améliorations pourront être pleinement mesurées dans trois ans, lorsque nous aurons terminé la mise en place du plateau complet des salles d'accouchement. Aujourd'hui, nous subissons toujours les contraintes dues au nombre limité de salles d'accouchement. Dans les unités post-partum, nous avons également réintroduit les pouponnières, à la demande des mères qui parfois souhaitent se reposer. Ces espaces sont sécurisés par l'utilisation d'un badge. Il ne faut pas négliger le fait que les premiers jours avec un nouveau-né sont, pour la mère, une découverte mais souvent synonymes de stress et de grande fatigue. Il est donc important que nous accompagnions ces femmes dans cette étape et dans leur relation avec l'enfant.

### Quelles sont les prochaines étapes ?

**O.I :** Nous prévoyons la démolition des salles d'accouchement et blocs opératoires mis en service au début des années 70 afin de pouvoir prolonger le nouveau bâtiment de la maternité qui accueillera des salles d'accouchement et une salle d'opération supplémentaire. Par la suite, nous entamerons la rénovation du bâtiment historique. L'étape ultime sera la destruction du pavillon Ardin - un pavillon provisoire construit dans les années 60 dont la durée devait être de 2 à 3 ans, mais qui, finalement, est resté présent sur le site. Nous aménagerons enfin un parc qui reliera la maternité à l'hôpital des enfants.





# La construction et la rénovation de la Maternité

ssr\_3 architectes & urbanistes sa  
chantal scaler josé satorre philippe renaud



Présentation du projet autour de la nouvelle maternité des HUG avec le bureau mandataire, ssr3 architectes & urbanistes sa, **Chantal Scaler** architecte concepteur, **José Satorre**, architecte associé, et **Emmanuelle Crausaz**, responsable, chef de projet.

Depuis 1993, la Maternité est passée par 4 étapes d'extension/construction et rénovation, tout en maintenant l'activité hospitalière. La 1<sup>ère</sup> étape a consisté en 1997 à la mise en exploitation d'un bâtiment de 62 lits, la seconde, à la rénovation de l'ancienne maternité (bâtiment de 1905), menée par le bureau d'architectes Mauro Riva. La 3<sup>ème</sup> étape, décomposée en 3 phases, est en cours d'exécution. Actuellement, une phase intermédiaire vient d'être achevée, permettant la mise en service des urgences gynécologiques et obstétriques, des nouvelles salles d'accouchements et du bloc opératoire gynécologique. La dernière phase de construction qui débute cette année et qui se terminera en 2015, achèvera la construction du bâtiment dit de l'Aile Cluse.

La capacité de la Maternité (Etape 1 et 3), sera alors, de 134 lits d'hospitalisation obstétrique et gynécologie, 4 lits d'urgences, 6-12 lits de consultation gynécologie/obstétrique d'urgence, 4 salles d'opération, 6 lits en salle de réveil, 5-10 lits en soins intermédiaires, 12 salles d'accouchement, 2 salles de césariennes et 46 lits en néonatalogie.

La 4<sup>ème</sup> et ultime étape consistera à terminer la rénovation de l'ancienne maternité par le bureau Riva, finalisant ainsi l'ensemble des travaux, pour un montant total d'investissement d'environ 221 millions de francs.

### **Le projet de la maternité des HUG, historique...**

La consultation restreinte organisée par l'Etat de Genève, proposait un programme comprenant principalement un bâtiment de lits ainsi que la réalisation d'un bâtiment provisoire de desserte chiffré à près de 6 millions. Nous avons remporté cette consultation essentiellement par notre proposition d'un projet pouvant être réalisé par étapes tout en laissant en fonction l'ancienne maternité, ceci sans construire le bâtiment provisoire, ce qui permit de dégager des économies substantielles. La construction de toutes ces phases de chantier devait être terminée pour l'an 2000. Pour diverses raisons, dont la modification du programme et la difficulté de travailler dans un bâtiment en fonctionnement, la fin des travaux ne sera effective qu'environ 15 ans plus tard. Notre proposition architecturale a également favorisé l'insertion du projet dans le dense tissu urbain, tout en sauvegardant le parc existant qui reste l'un des rares espaces verts du site. Le bâtiment est positionné parallèlement au boulevard de la Cluse ; cette géométrie permet l'accès des patientes, du personnel soignant et du public au parc, au travers des espaces dilatés de l'accueil et de la cafétéria rendant ainsi ces espaces vivants et animés.

### **En quoi consistent les différentes étapes de la construction ?**

À l'origine, le bâtiment de la maternité était presque uniquement « hôtelier », chambres et pouponnières, ainsi que des laboratoires en sous-sol ; il s'articulait avec le bloc opératoire et des salles d'accouchement existants dans le bâtiment appelé « Aile Ouest ». Ces plateaux techniques devenus obsolètes (bâtiment des années 1950 ne convenant plus à l'activité opératoire) ainsi que de nouvelles contraintes programmatiques et hospitalières nous ont éloignés du programme original qui consistait initialement à préserver tous ces services. Le bâtiment « aile ouest » sera démoli incessamment, après la mise en services des nouveaux plateaux techniques. Le pavillon « provisoire » appelé « Ardin », implanté depuis environ 50 ans au centre du parc, devait également être démoli, mais il a été conservé pendant la durée des travaux pour servir de relais dans les rocades de fonctionnement et est amené à disparaître avant la fin du chantier.

### **Quels sont les différents acteurs ayant participé aux réflexions autour de la conception de cette maternité ?**

Une fois notre proposition initiale acceptée de construire la nouvelle maternité par étapes, nous avons consulté les responsables de l'hôpital ainsi que les services et les professionnels évoluant dans la maternité. Cette collaboration se poursuit encore et nous apportons des corrections régulièrement pour rendre cet outil le plus performant possible. Cette maternité sera la plus grande du pays avec environ 4000 naissances par an. Technologiquement parlant, cette maternité est extrêmement performante.

### **Quels sont les éléments qui concourent à l'amélioration des patients, aussi bien les mères que les nouveaux-nés ?**

Nous avons privilégié la création de chambres donnant sur le parc afin qu'elles soient ensoleillées et reposantes. La majorité dispose de balcons. Ce sont des chambres à 2 lits très spacieuses, avec des

installations sanitaires pour la mère et pour l'enfant, dans chacune d'elles. De ce point de vue, l'offre de notre structure est véritablement unique et la qualité du confort n'a rien à envier aux plus classieux des établissements privés.

### **Dans quelle mesure cette structure améliore-t-elle les conditions de travail du personnel ?**

L'organisation du plan permet la rationalisation des services, de plus la polyvalence des locaux favorise la flexibilité et permet ainsi de faire face à l'évolution des activités futures. Nous avons eu d'excellents retours de l'équipe soignante de la maternité qui semble ravie de ses nouveaux locaux.

### **Quelle a été la place de la lumière naturelle dans ce projet ?**

Nous lui avons accordé une place très importante, malgré le fait que certaines contraintes techniques nous aient obligés à abandonner quelques options. Néanmoins, nous avons toujours souhaité que tous les locaux y compris les dégagements soient éclairés naturellement. Le programme a été très densifié depuis nos premières ébauches, nous avons donc fait face à des contraintes spatiales qui nous ont notamment empêché d'amener la lumière naturelle aux extrémités des couloirs, mais les concessions sont moindres, en général l'objectif est atteint (par exemple par la création d'éclairage zénithal). L'utilisation de la lumière naturelle a également un impact sur la consommation d'énergie du bâtiment et donc sur son aspect écologique auquel nous étions très attachés dès le début du projet. Nous avons également pris soin d'étudier l'éclairage artificiel, de privilégier un éclairage agréable, indirect ou direct mais non éblouissant pour les patientes et le personnel soignant.

### **Avez-vous joué avec les couleurs pour la conception de ce nouveau bâtiment ?**

Les échanges que nous avons eus avec le personnel soignant nous ont orientés vers le choix de couleurs sobres pour les éléments fixes (sols, murs, etc.), qui permettent l'ajout ultérieur d'éléments décoratifs destinés à apporter des nuances de couleurs au bâtiment. Cela permet aux utilisateurs de laisser libre cours à leurs envies et de modifier la décoration s'ils le souhaitent.

### **Comment s'est fait le choix des matériaux ?**

Nous souhaitons des matériaux sobres et respectueux de l'environnement, cohérents avec notre volonté de privilégier la lumière naturelle et à l'intérieur répondant aux critères des hygiénistes de l'hôpital. Ces matériaux sont de grande qualité, mais nous n'avons pas souhaité donner une identité trop marquée au bâtiment, étant donné qu'il s'intègre à un groupement de bâtiments des HUG, aux architectures déjà très disparates dont les respectives constructions s'échelonnent dans les XX<sup>e</sup> et XXI<sup>e</sup> siècles.



### Comment avez-vous abordé la gestion des flux ?

Pour les flux techniques, cette question a été traitée avec le soutien des études approfondies de bureaux techniques. Cela nécessite un travail de longue haleine et l'appui de nombreux spécialistes dès le début du projet, car il faut réfléchir au moindre détail pour les différents types de flux. Pour les flux des personnes, dans le cadre de notre projet architectural, nous avons respecté les grands axes qui entourent le bâtiment (notamment le boulevard de la Cluse) afin que le public ne soit pas désorienté à son arrivée dans le bâtiment. Nous avons conçu un couloir très large, épine dorsale du plan, qui favorise les circulations nombreuses ainsi que des zones de retrait pour chaque chambre afin de pouvoir manœuvrer les lits et marquer une distinction entre les zones de circulation et les espaces privés.

### Comment ont été traités les espaces extérieurs ?

Nous sommes situés au cœur de la ville, nous avons donc collaboré étroitement avec la ville de Genève pour les liaisons avec la voirie. Le parc, que nous souhaitons conserver, a également fait l'objet d'études pour pouvoir être inséré le mieux possible à la structure. Nous avons également végétalisé certaines toitures du bâtiment (côté Parc).

### Quelles sont les difficultés rencontrées lors de cette opération ?

Le fait que nous devons raccorder notre structure en création à des bâtiments préexistants reste l'élément le plus exigeant. Nous avons également dû accorder une grande attention aux flux logistiques passants d'un bâtiment à l'autre. L'aspect architectural a bien évidemment été adapté en conséquence, prenant en compte les contraintes inhérentes à la construction sur le site occupé en permanence par des activités, mais également considérant les opérations de déconstruction, le contrôle des nuisances, le flux des personnes, etc.

### Quelle est la clé de la réussite d'une opération d'une telle ampleur ?

La pertinence avérée du concept initial permettant la réalisation de phasages de construction cohérents et réalistes, ainsi que l'adaptabilité dans le temps du projet à l'évolution hospitalière et réglementaire, ont permis, à notre point de vue, la réussite de cette opération. D'autre part, nous avons toujours privilégié, malgré toutes les contraintes techniques et sécuritaires, la recherche du bien-être des mères et des femmes qui y séjournent, ainsi que celui de tout le personnel soignant qui doit y travailler dans des conditions optimales. Par les échos qui nous reviennent, ce but semble atteint.

### Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

Notre expérience de ces 23 années de projet, construction et rocade pour la réalisation de la nouvelle maternité nous ont montré que les programmes et besoins des hôpitaux sont en continuelle évolution programmatique et technique et qu'il faut concevoir un projet assez souple et polyvalent pour s'adapter en permanence. Nous pensons que l'accueil des patient(e)s est également très important, la visibilité des services et la hiérarchie des espaces qui permettent les

rencontres mais aussi l'isolement. L'hôpital, que nous sommes tous amenés à fréquenter au courant de nos vies, dans des situations heureuses ou parfois difficiles, doit être une structure d'accueil sereine, claire et rassurante.





# Organisation et Politique médico-économique des HUG

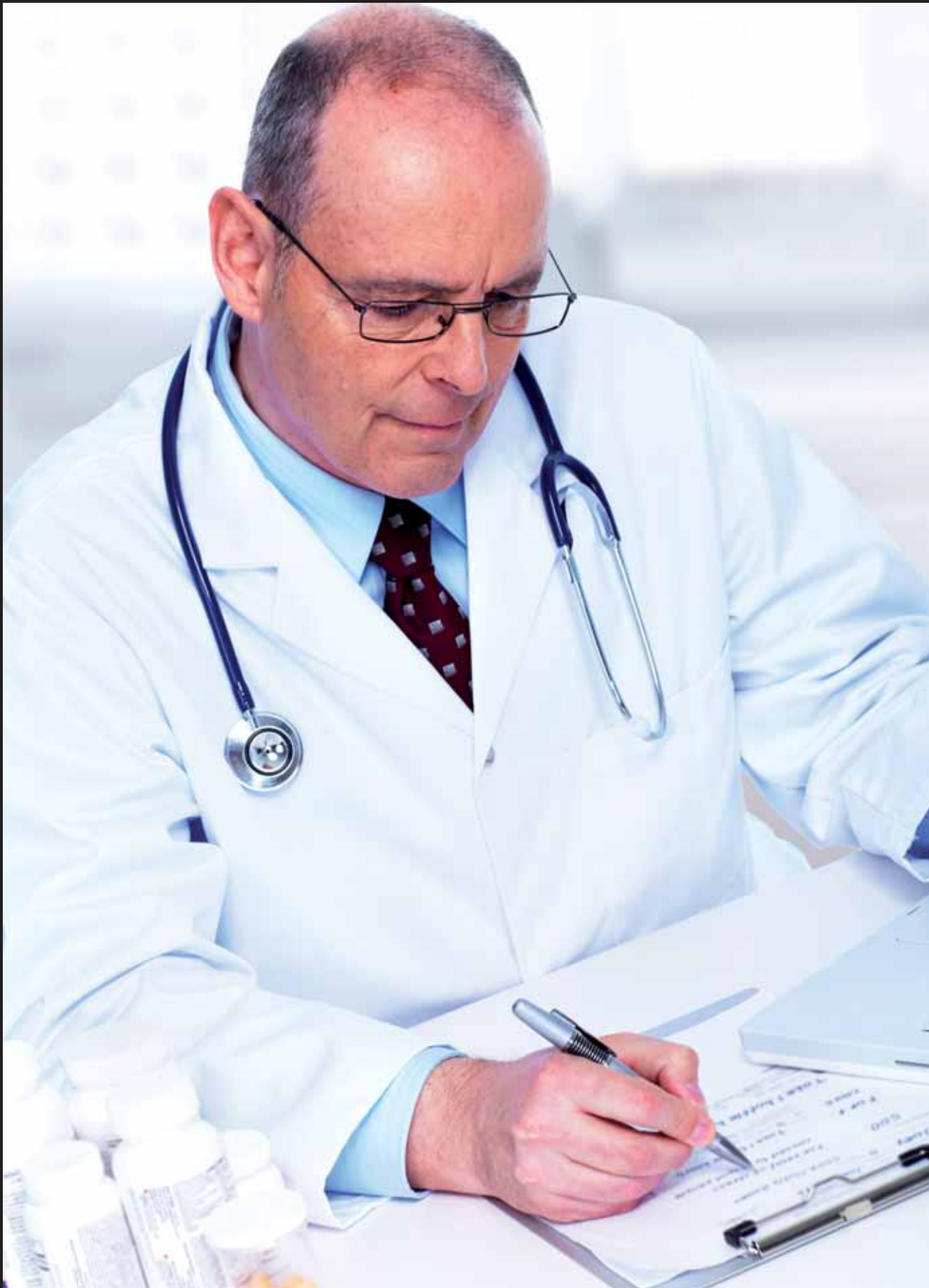


Entretien avec **Brigitte Rorive**, directrice de la DAME, direction de l'analyse médico-économique

**Brigitte Rorive :** La DAME (Direction de l'Analyse Médico-Economique) est organisée en deux grands services : un service « documentation médicale et codage » (DMC) et un service « système d'information décisionnelle » (SID). Toute l'activité autour du codage se fait au sein du DMC. C'est un élément primordial car une partie importante de nos ressources financières découle de la facturation des soins somatiques aigus hospitaliers et repose donc sur le codage. Quand les HUG sont passés au système DRG (Diagnosis Related Groups ou groupe de cas par diagnostic), ils ont décidé de mettre en place une équipe de codeurs professionnels centralisée et composée de personnes ayant un profil soignant, de personnes pluri professionnelles de santé et de secrétaires médicales. C'est souvent une évolution de carrière qui a amené ces personnes dans ces services. Ce sont par exemple, des soignants ayant rencontré des problèmes physiques et qui souhaitent rester à l'hôpital en valorisant leurs

compétences et leurs connaissances. Il s'agit d'une possibilité d'évolution professionnelle « oblique » : le personnel sort de son métier mais continue à évoluer dans l'institution. Dans ce service, nous retrouvons également trois informaticiens qui développent des outils de codage articulés avec notre propre DPI. Ils font également du « data mining » dans le dossier du patient pour remonter certaines alertes si, par exemple, un médecin oublie des éléments dans son résumé de sortie, entraînant une sous facturation. Le service DMC compte également des médecins experts en codage vers lesquels les codeurs peuvent se tourner en cas de difficultés d'interprétation. Enfin, le bureau de liaison assurantielle est composé d'une petite équipe faisant toute la liaison avec les assurances notamment en cas de demandes de renseignements médicaux liés à un séjour de soins aigus. De son côté, le service SID est composé d'informaticiens, d'économistes, de statisticiens et d'ingénieurs de flux. Ce sont des profils un peu hybrides puisque ce sont des personnes qui construisent les outils d'un point de vue informatique, récupèrent des données présentes dans les diverses applications informatiques, les organisent dans ce qu'on appelle un datawarehouse, un entrepôt de données, les traitent, etc. A partir de cette organisation, nous pouvons commencer à réaliser des tableaux de bord, des statistiques, des études médico-économiques, de la comptabilité de gestion comme les coûts par patient, par journée d'hospitalisation, par visite ambulatoire, etc.





### Quels sont les outils statistiques et d'aide à la décision que vous mettez à disposition de l'établissement ?

**B.R :** Nous avons plusieurs outils dont nous encourageons l'utilisation par le personnel, à commencer par une plate-forme de tableaux de bord à partir de laquelle les praticiens peuvent analyser leur activité, leurs processus, leurs résultats. Nous avons également un outil permettant d'examiner tous les flux pratiquement en temps réel et avec des niveaux très fins de granularité puisqu'on descend jusqu'à l'heure. Statoscope offre ainsi aux praticiens une analyse pluridimensionnelle des indicateurs d'activités. Il peut contribuer à faire baisser la durée moyenne de séjour par une compréhension plus fine des flux, par exemple en harmonisant mieux les heures d'entrée et les heures de sortie des unités. Nous avons également un outil, StatDRG, qui va donner toute une série d'informations autour des données médicales, DRG par DRG un outil qui fait le suivi de l'état de la documentation clinique pour le codage et une interface d'analyse des données de la comptabilité de gestion.

### Vos statistiques sont-elles mutualisées en dehors de l'établissement ?

**B.R :** Nos statistiques sont de plus en plus mutualisées dans des benchmark. Si nos outils sont uniquement mis à disposition en interne, nous diffusons sur l'extérieur des statistiques (médicales et administrative) et nous produisons aussi un modèle de données, ITAR-K, que nous envoyons également aux assureurs et qui sert de support aux négociations tarifaires. Il s'agit d'un modèle unique pour toute la Suisse, utilisé par tous les hôpitaux. En Suisse alémanique, une association existe depuis plusieurs années, le Spitalbenchmark, et essaye de s'implanter en Suisse romande. A partir des formulaires renvoyés par les hôpitaux et sur la base des statistiques médicales, cette association produit chaque année un benchmark assez détaillé qui est repris par tous les établissements participants. Par ailleurs, SwissDRG met en ligne depuis 2010 un « web feedback ». SwissDRG récupère les mêmes données puis publie les coûts moyens d'une hospitalisation en soins aigus, les coûts par jour, les coûts par cas et les coûts par point DRG. Nous recevons ainsi les résultats de notre propre établissement, nous sommes comparés à des hôpitaux de même nature et nous disposons des résultats moyens de tous les établissements participants. Le fait que tous les hôpitaux soient passés en DRG offre une transparence extraordinaire, toutes ces données permettant aux centres hospitaliers de se comparer entre eux et de s'améliorer.

### Comment définiriez-vous la politique médico-économique des HUG ?

**B.R :** Nous essayons de mettre en place une vision et un management de la performance qui soient pluridimensionnels. Pendant longtemps, nous examinions nos résultats financiers sans les lier à l'activité. Ils étaient déconnectés de la réalité. Ils sont maintenant liés à l'activité et à la qualité de nos processus. La politique médico-économique nous permet d'être proactifs plutôt que réactifs : les données produites permettent de fixer des objectifs quantitatifs et

qualitatifs et de les suivre. En agissant ainsi sur l'activité et sur nos objectifs, nous essayons d'être plus performants économiquement.

### Les patients peuvent choisir leur établissement de santé pour se faire soigner. Qu'est-ce que ce libre choix a changé au niveau de l'activité médico-économique ?

**B.R :** Ce libre choix nous demande d'analyser des éléments que nous ne regardions pas auparavant : les segments que nous avons intérêt à capter, nos différentes zones d'attraction, la promotion de notre activité, etc. Nous entrons dans un environnement davantage concurrentiel dans lequel nous devons être attractifs tout en continuant à surveiller notre santé économique. Cette situation nous oblige à avoir une réflexion plus « marketing ». Dans ce contexte, le médico-économique peut beaucoup apporter en rapprochant ces deux parties, le médical et l'économie. Aujourd'hui, nous manquons de données pour constater les réels effets du libre choix sur l'activité. Certes, nous constatons une baisse dans quelques domaines, mais, si nous connaissons nos flux entrants, nous ne connaissons pas le flux des patients qui vont ailleurs. Nous avons le sentiment que la concurrence s'installe dans certains domaines de médecine secondaire car, à qualité de prestations cliniques égale, le libre choix joue surtout en faveur d'établissements moins coûteux ou offrant une meilleure qualité d'accueil.

### Quelles sont vos priorités de développement pour les années à venir ?

**B.R :** La DAME est relativement jeune. Elle est née il y a deux ans du regroupement de plusieurs métiers auparavant éparpillés dans l'institution. En créant cette direction de l'analyse médico-économique, la volonté du comité de direction était de donner aux HUG des outils performants d'aide à la décision. Notre premier objectif est donc de continuer dans cette voie de l'outillage. Nous devons apporter aux cadres et au personnel un maximum de données pour démarrer des projets avec une vision objective de la situation. Nous souhaitons également rendre les utilisateurs encore plus autonomes. Nous faisons notamment une sorte de formation continue avec, une fois par mois, la mise en place de petits ateliers. Un autre défi important concernera la construction des structures tarifaires. Au niveau des SwissDRG, le principal enjeu sera d'être capable d'avoir toujours une longueur d'avance pour faire évoluer la structure tarifaire afin qu'elle permette de financer correctement nos prestations de soins aigus. Par ailleurs, la Suisse est en train de construire des nouvelles structures tarifaires pour les soins psychiatriques et pour les soins de réhabilitation et de rééducation. Nous devons fournir des données de bonne qualité, notamment au niveau des coûts par cas. C'est un enjeu important et nous travaillons avec les services cliniques, la direction administrative et financière, la direction des systèmes d'information (DSI), pour mettre en place les outils permettant de saisir et de traiter les données qui serviront de base, avec les données des autres hôpitaux, pour ces structures tarifaires.



### La création de la DAME a-t-elle occasionné l'émergence de nouveaux métiers ?

**B.R :** Un métier est en train d'émerger autour du médico-économique. Les suisses alémaniques l'appellent le « Medizin controlling » par analogie avec le contrôle financier ou de gestion. Je préfère le terme « médico-économie » car il allie les deux points de vue : l'efficacité clinique et la performance économique. Le domaine est en pleine évolution. Par exemple, à l'issue de discussions avec la Faculté de médecine et HEC, un programme de formation pour les cadres des HUG a été mis en place. Ce programme ouvert sur l'extérieur vise essentiellement les médecins et compte des modules médico-économiques. Nous sommes en discussion aussi pour intégrer dans la formation initiale, après un certain nombre d'années d'études, des séminaires médico-économiques. Pour la formation continue, nous sommes en train de travailler sur différents modules de deux ou trois jours. Aujourd'hui, les médecins doivent avoir un rôle plus important dans la gestion. Ils sont contents de cette situation et la nouvelle génération est demandeuse de ce genre de formation. Quand vous donnez aux médecins une visibilité fine sur leur activité, leurs processus, leurs résultats, les ressources qu'ils consomment, ils sont ravis. Après, il faut les aider à avoir une vision plus large et transversale et les intéresser aux autres activités de l'établissement.

### Dans quelle mesure vous êtes-vous rapprochés de la DSI pour développer le système d'information médico-économique ?

**B.R :** Jusqu'en 2010, les HUG avaient une informatique de gestion qui dépendait de la direction générale adjointe, une informatique clinique dans un département médical et une petite informatique médico-économique à la direction administrative économique et financière. Ces trois équipes ne communiquaient pas beaucoup et elles étaient même un peu en conflit. Lorsque nous avons créé la DAME, nous avons décidé également de réorganiser l'informatique et de regrouper les équipes. Nous avons ainsi mis en place une DSI avec l'informatique de gestion et l'informatique clinique alors que la DAME a récupéré l'informatique médico-économique. Aujourd'hui, le système d'information médico-économique comprend l'informatique décisionnelle (tableaux de bord, statistiques et indicateurs), la fonction évaluative des systèmes opérationnels, l'extraction de connaissances dans les bases opérationnelles et la gestion des référentiels.

### Vous avez participé à la mise en œuvre du plan Victoria pour équilibrer les comptes des HUG. Quelle a été la nature de ce plan ?

**B.R :** L'objectif du plan Victoria était d'anticiper un gel des subventions cantonales. Jusqu'en 2007, les HUG recevaient une subvention de comblement qui variait chaque année. La différence entre les recettes que nous attendions des assureurs et autres débiteurs et les coûts totaux était ainsi comblée par une subvention de l'État. En 2005-2006, avec les premiers plans d'économies, l'État a décidé de geler cette subvention en s'appuyant sur une moyenne des années précédentes. Dans ce contexte, nous devons réagir pour éviter les déficits. Sur 3 ans, le plan Victoria prévoyait des économies de 80 à 100MCHF. Nous avons effectué un travail préparatoire pour auditer

tous les départements avec des grilles communes. Sur la base de ces audits, tous les départements ont reçu des objectifs financiers à tenir et des pistes d'amélioration de leur efficacité. Les départements ont eu la possibilité de définir eux-mêmes les différentes mesures à prendre pour atteindre leur objectif d'économie.

### Quel bilan tirez-vous de ce plan Victoria aujourd'hui ?

**B.R :** Le plan Victoria a permis de réaliser des économies sans trop remettre en cause les modalités de fonctionnements. Nous avons pris conscience que l'efficacité devait être de plus en plus prise en compte, de façon pérenne. Pour la première fois, le personnel a entrevu la possibilité qu'il devait travailler autrement. Dans ce contexte, le plan Victoria a permis un début de changement de mentalité. Mais nous avons également connu quelques difficultés pour le mettre en place. Comme nous sommes dans une structure décentralisée, nous avons tout axé sur les départements. Nous les avons fortement responsabilisés, nous avons travaillé avec les administrateurs qui sont devenus des pivots dans le suivi mais, à mon sens, nous n'avons pas assez impliqué les services. Ces derniers sont pourtant les vraies unités opérationnelles d'un établissement. Dans beaucoup de cas, les chefs de service ont été très opposés au plan Victoria car ils l'ont vécu comme une contrainte. Ils n'avaient pas été assez impliqués en amont ! Enfin ce plan Victoria nous a permis de dresser un état des lieux de l'établissement et de mettre en place tous les outils dont nous nous servons aujourd'hui et, notamment, tout le système de reporting.

### En termes d'orientation et de pilotage stratégique, quelles sont les performances que vous espérez pour les HUG ?

**B.R :** Les HUG ont d'énormes compétences professionnelles car nous avons eu la possibilité de capter de très hauts niveaux de qualification. Nous sommes également très difficiles en matière de recrutement. Ainsi, dans tous les métiers des HUG, nous avons des experts, des personnes de très haut niveau. En revanche, nous devons nous améliorer sur la qualité des processus. L'enjeu majeur pour les années à venir repose sur une révision de nos processus et sur un changement du style de management. Nous avons aujourd'hui un style beaucoup trop calé sur du management politique alors que nous avons besoin d'un management plus relationnel, sur le terrain. En termes de pilotage stratégique, c'est très important. Nous avons les compétences, nous avons les technologies, nous devons arriver à garder nos patients et nous devons arriver à en capter de nouveaux, en réfléchissant davantage aux segments qui pourraient être intéressants pour les HUG. Nous devons également mieux articuler la politique de déploiement à l'international. Nous commençons donc à avoir les outils en termes de pilotage stratégique, nous devons maintenant accentuer l'évolution managériale et être beaucoup plus performants sur nos différents processus.