

Projet HOPITAL 2007
Mission sur
« La modernisation des statuts de
l'hôpital public et de sa gestion
sociale »

Monsieur Denis DEBROSSE, Directeur du Centre Hospitalier d'Angoulême

*Docteur Antoine PERRIN, ORL - Chef du Département de Chirurgie tête et cou –
Président de la commission médicale d'établissement – Centre Hospitalier du Mans*

*Professeur Guy VALLANCIEN, Faculté de Médecine Broussais Hôtel Dieu et Chef du
Département d'Urologie et de Néphrologie à l'Institut Montsouris*

3 Avril 2003

SOMMAIRE

pages

- Lettre de mission du Ministre	1
- Organisation de la mission – remerciements	3
- Le constat général	5
- Le fil rouge du changement	6

I – L'ENVIRONNEMENT DE L'HOPITAL

A. L'Etat, garant de la cohérence et de l'équité	8
B. La région sanitaire, niveau pertinent de l'organisation sanitaire	10
C. Le territoire de santé, zone d'organisation de la prise en charge des patients	12

II – L'ORGANISATION INTERNE

A. La généralisation de « l'amendement liberté » pour restaurer l'initiative et la réactivité	15
B. L'organisation en centres de responsabilité en passant d'un découpage par service et des regroupements en pôle d'activité placés sous la responsabilité d'un médecin	16
C. Le pilotage de l'hôpital, restaurer l'autorité autour du conseil d'administration et du comité stratégique	17
D. La concertation, passer d'une vingtaine de commissions à trois instances	19

III – LES HOMMES

A. Les médecins, chirurgiens, odontologistes, pharmaciens des hôpitaux	22
B. Des directeurs aux managers	25
C. Un centre de gestion pour permettre les mobilités dans l'intérêt du service	28
D. L'encadrement, une fonction indispensable qui doit être reconnue et valorisée	28
E. Les personnels : des agents aux acteurs	29

IV – L'EVALUATION DE LA QUALITE ET UN REGIME FINANCIER SOUPLE ET MOTIVANT

A. L'évaluation de la qualité, passer des paroles aux actes	33
B. La tarification à l'activité et un nouveau mode de financement réactif et équitable	35
C. La révision du code des marchés publics : une nécessité pour mieux acheter	36
D. La suppression de la séparation ordonnateur-comptable	38

V – LA MISE EN ŒUVRE

VI – 16 + 1 PROPOSITIONS

ORGANISATION DE LA MISSION

Afin de proposer une organisation moderne des établissements hospitaliers publics qui corresponde aux demandes des malades, de leurs familles et des personnels des hôpitaux. Avant de rédiger son rapport, la mission a organisé entre le 10 Décembre 2002 et le 24 Mars 2003 trois types de réunions basées sur un questionnaire (voir annexe).

1° Tous les lundis après midi à Paris, la mission a consulté les membres des institutions, des associations et des syndicats ainsi que des personnalités (voir annexe). Les entretiens duraient en moyenne une heure et demie.

2° Les jeudis et vendredis, la mission a visité 8 régions, en demandant aux régions mitoyennes de se retrouver, permettant ainsi de faire un tour de France complet des agences régionales d'hospitalisation

- A) Chaque Jeudi de 15H à 17H, les directeurs d'agences régionales d'hospitalisation et leurs collaborateurs ont été auditionnés (voir annexes) ainsi que des responsables des DRASS et DDASS.
- B) de 17H à 19H00 des directeurs d'hôpital, des Présidents de Commission de CME, des doyens de faculté de médecine, des représentants de la FHF et de la FEHAP ont été auditionnés.
- C) Les Vendredis chacun des membres de la mission a visité un CHU, un hôpital régional et un hôpital de plus petite dimension. Les visites se sont toujours déroulées sur le même mode : rencontre avec le conseil d'administration, avec la direction, avec la commission médicale d'établissement, avec les syndicats et visite d'un service sous forme d'un entretien avec les personnels médicaux et para-médicaux .

Une assistante de mission notait sur ordinateur les diverses réflexions émises par les participants membres La liste des personnes interrogées dans chaque région se trouve en annexe.

Le site internet Medexact a accueilli la mission hôpital 2007 et mis en ligne le questionnaire, permettant de recevoir plusieurs centaines de réponses de Praticiens Hospitaliers et professeurs d'université, de chefs de clinique et internes.

Ce sont au total 1500 personnes qui ont participé à l'enquête que la mission a menée.

REMERCIEMENTS

La mission a tenu compte de très nombreux avis oraux et écrits, et nous remercions très sincèrement toutes les personnes qui nous ont conseillés.

La mission a en particulier tenu compte du rapport de la mission parlementaire rédigé sous la direction de monsieur René Couanau ,des rapports de l'Académie Nationale de Médecine sur la situation dans les CHU et la situation des praticiens et des chefs de service dans les Hôpitaux généraux, du rapport du professeur Jacques Domergue sur la chirurgie, de la plateforme de la Fédération Hospitalière de France, des propositions de la mission Enseignement et Recherche du projet Hôpital 2007 et d'autres rapports, livres et communications lors de congrès divers sur le thème de l'avenir de l'hôpital.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis à contribution son expertise pour aider la mission dans sa tâche et nous l'en remercions vivement.

Deux sous commissions ont été organisées : l'une sur les budgets pilotée par Monsieur Denis Debrosse et l'autre sur la tarification à l'activité pilotée par Madame le Docteur Valérie Carrat.

Nous remercions Messieurs Alain Missoffe et Thibault de la Taillade pour leur aide informatique sur le site Medexact.

Enfin nous tenons tout particulièrement à remercier pour leur professionnalisme et leur dévouement :

Mmes Nicole Lafitte (Paris), Armelle Caille (Angoulême) et Marie Odile Landais (Le Mans) qui nous ont permis de remplir cette mission dans le temps imparti ainsi que nos collaborateurs qui nous ont permis de réaliser cette mission en nous déchargeant d'une partie de notre travail.

Le constat général

L'enquête établie à partir du questionnaire délivré à tous les intervenants interrogés a permis de classer par ordre décroissant les cinq dysfonctionnements majeurs responsables de la crise morale, démographique, financière et managériale qui secoue les hôpitaux.

- Les directeurs ploient sous les textes, règlements et autres contraintes sécuritaires.
- Les médecins s'inquiètent de la bureaucratie, de l'augmentation des poursuites, du manque de personnel soignant, de l'insuffisance d'investissement en matériels et plus généralement d'une pénurie qu'ils n'ont pas créée et qu'ils doivent gérer.
- Les personnels hospitaliers qui se dévouent au quotidien ont pris de plein fouet la réglementation des trente cinq heures qui n'a fait qu'aggraver une situation déjà précaire.
- L'absence de prise en compte de la pénibilité et de la responsabilité dans les rémunérations est régulièrement évoquée.
- Les malades et leurs familles se plaignent d'une absence de prise en charge globale de leur cas, en insistant sur les difficultés d'information qu'ils rencontrent, sur les délais d'attente aux urgences et sur la pauvreté des établissements de soins de suite et de long séjour.

Nous sommes tous responsables d'un tel état de fait.

Les administrations administrent plus qu'elles ne gèrent ou dirigent, les médecins n'ont guère de culture du management et prescrivent sans prendre en compte le coût de leurs décisions, les usagers voudraient avoir le SAMU sur leur paillason sans déboursier un euro et les élus s'opposent presque toujours aux restructurations nécessaires par crainte du verdict populaire.

L'organisation interne des hôpitaux est conservatrice, obsolète, basée trop souvent sur son histoire, le dévouement des différents acteurs qui assurent les soins et l'énergie dépensée à parer au plus pressé.

Le manque de perspectives politiques à moyen terme a renforcé le sentiment d'un combat inutile des hospitaliers faute d'une lisibilité claire de leurs missions.

Ce constat sévère est partagé par tous ceux qui se sont penchés sur l'hôpital pour tenter de le sortir de cette spirale infernale. Elle risque d'aboutir à la fuite des meilleurs vers la pratique privée ou à des entorses aux réglementations publiques pour maintenir ou attirer les compétences et conduit à la démotivation ou à l'inertie. On ne peut parler de crise, signe de tension, mais d'un risque réel de déclin collectif.

Une telle situation n'est plus tolérable. Les membres de la mission, après avoir rencontré les médecins, administrateurs, directeurs et personnels de 25 hôpitaux, universitaires, généraux et de proximité, les syndicats, les institutions et des personnalités du monde de la santé, soit au total 1500 personnes (1000 en rencontres directes et 500 sur le site internet de Medexact), proposent une série de mesures concrètes dont le but est, avant tout, d'alléger le carcan administratif actuel et de **redonner la confiance aux acteurs en les laissant s'organiser librement et surtout rendre aux jeunes médecins, directeurs et personnel l'envie et la fierté d'exercer leurs métiers à l'hôpital.**

Le fil rouge du changement

Les propositions énoncées dans le rapport reposent sur une analyse des spécificités de la démarche et de la production de soins aux malades dans les établissements hospitaliers publics et non pas sur les concepts de fonctionnement des entreprises privées dont les buts sont distincts.

Une telle démarche impose au préalable de définir les différentes missions dont l'hôpital a la charge : prise en charge des malades pour les soins programmés, les urgences, les soins de suite et de long séjour, la psychiatrie, le recours pour les soins les plus lourds, auxquelles s'ajoutent la formation des personnels paramédicaux, l'enseignement universitaire et la recherche pour les Centres Hospitalo-Universitaires. Ces missions s'effectueront dans le cadre des filières de prise en charge des malades sur la base d'une politique de santé nationale, régulée au niveau régional à partir des besoins des différents territoires de santé.

La dépendance et la vieillesse, dont la prise en charge doit devenir une véritable cause nationale, relèvent du domaine médico-social qui nécessitera la reconversion de certains services hospitaliers en structures adaptées à l'âge et aux limites d'autonomie des personnes qu'elles accueilleront.

Quatre idées simples, véritables « **fil rouge** » de la mise en œuvre d'une organisation moderne de l'hôpital, ont servi de cadre à nos réflexions. Prises isolément, elles perdraient leur sens. Toute critique est possible, à la condition qu'elle ne soit sous-tendue ni par les corporatismes divers ni par la mise en avant des règlements innombrables et parfois inutiles qui ont entraîné l'hôpital dans une lente dégradation de son organisation et de sa capacité à réagir à temps dans un monde qui évolue vite.

Ce **fil rouge** a pour seul but de bâtir un système hospitalier qui offre aux malades les meilleurs soins et la plus grande écoute que leur situation de détresse physique et psychique réclame.

1° L'hôpital public est un établissement de soins où se rendent des malades pour y consulter ou y séjourner afin d'être pris en charge par des médecins jour et nuit sans discontinuité.

Les administrateurs, les directeurs, la totalité des personnels paramédicaux et techniques contribuent à leur mission de soins et participent à cette prise en charge selon **un schéma qui doit associer une autonomie d'organisation interne au respect du projet régional de santé.**

2° Les praticiens hospitaliers deviennent des « médecins des hôpitaux », les gestionnaires des « managers » et les agents des « acteurs » dont la responsabilité individuelle et collective est définie par une description de leur fonction et de leurs tâches propres à chaque établissement .

3° Une telle liberté d'agir et de s'organiser implique une évaluation régulière des pratiques à tous les niveaux afin d'offrir aux malades la qualité optimale de soins qu'ils attendent .

4° L'efficacité vers laquelle tout hôpital doit tendre dans le cadre de sa mission propre, universitaire, générale ou de proximité combine le rapport **qualité – coût du service rendu au malade.**

Si le découragement des hospitaliers est à son comble, tant les règlements, les contrôles a priori, les contraintes budgétaires et l'absence de projet à long terme les ont empêchés de faire sereinement leur métier, le sentiment et la fierté des personnels d'agir ensemble au service des malades et de leurs familles, dans le cadre d'une mission d'intérêt général, peuvent encore être ravivés et ont été fortement exprimés tout au long des visites effectuées par les membres de la mission.

La collaboration étroite entre les présidents des commissions médicales d'établissements et les directeurs que nous avons souvent constatée dans les hôpitaux visités est le signe fort d'une amorce de changement des comportements entre deux corps jusque là éloignés voire antagonistes.

Il faut **amplifier ce partage des responsabilités dans un cadre réglementaire souple**, laissant les hospitaliers s'organiser entre eux en tenant compte des particularités propres à chaque établissement. C'est à eux qu'il faut laisser la **liberté d'entreprendre** en leur donnant les moyens qu'ils méritent dans le cadre de contrats d'objectifs réalisables.

Ces moyens sont :

- **Humains**, en mobilisant le nombre de personnel requis pour assurer une prise en charge des malades optimale qui, au delà des actes techniques, prenne en compte la personne et sa détresse.
- **Administratifs**, en simplifiant voire en annulant nombre de procédures et de commissions inutiles obsolètes et redondantes, coûteuses en temps non consacré à la gestion et aux soins et le plus souvent inefficaces.
- **Financiers**, en remplaçant la dotation dite « budget global » par une « tarification à l'activité » à la condition impérative que la **qualité des actes soit évaluée** et en facilitant les décisions d'investissements par une autre voie que celle du code des marchés publics.
- **Managériaux**, on ne peut, en effet, prétendre **atteindre l'efficacité** sans un cadre de travail adapté qui privilégie la **responsabilité des personnels** et donc **la notion de contrat** sous toutes ses formes à l'intérieur de l'hôpital et entre l'hôpital et les divers organismes qui lui dictent ses missions et en contrôlent la réalisation.

Les médecins, managers et acteurs du système de soins public sauront répondre à ce défi si on les laisse s'organiser librement pour assurer au mieux la prise en charge des patients, sachant que l'objectif est de créer la mise en mouvement de la réforme.

Sans la confiance dans leur capacité à agir -qu'il faut leur donner- et sans leur participation directe aux décisions qui seront prises, les propositions contenues dans ce rapport resteront lettre morte.

I – L'ENVIRONNEMENT DE L'HOPITAL

Il peut paraître surprenant de débiter notre propos par « l'environnement » de l'hôpital alors que notre sujet est celui de la modernisation de son statut et de sa gestion sociale. C'est pourtant délibérément que nous le faisons, tant l'hôpital et ses acteurs sont liés à cet environnement et aux contraintes qu'il leur impose.

Par ailleurs, l'incrédulité souvent rencontrée devant la perspective nouvellement annoncée du plan « hôpital 2007 » nous amène à proposer de la part de l'Etat lui-même une évolution dans la nature de ses liens avec l'hôpital, qui serait susceptible de constituer un signal fort à même de rendre la confiance aux hospitaliers et la foi en cette réforme tant attendue.

Cette évolution concerne l'Etat, la Région et le territoire de santé.

A. L'Etat, garant de la cohérence et de l'équité

Dans le principe d'autonomisation et de responsabilisation que nous avons évoqué et que revendiquent tous les acteurs de santé en France, il apparaît indispensable de resituer l'Etat et son administration centrale. La mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation en 1996 avait constitué une première avancée fort appréciée et reconnue de tous les hospitaliers, mais qui paraît maintenant insuffisante.

Il faut aller plus loin vers la déconcentration de façon à permettre au système de santé dans son ensemble de trouver, dans une organisation générale dont le Ministère doit s'assurer de la cohérence et de l'équité, ses marges de manœuvre propres quel que soit son niveau de décision et de responsabilité.

1- La réglementation : Sortir du « tout normatif, tout réglementaire »

Il est bien sûr du rôle de l'Etat de légiférer et de réglementer. La cohérence et la qualité du système de santé en dépendent. On assiste cependant depuis quelques années à une évolution extrêmement préoccupante de cette réglementation. Elle aborde maintenant tous les sujets et impose dans les moindres détails des normes particulièrement précises sans que n'ait été soigneusement évaluée leur faisabilité humaine, technique et financière. Ces textes qui submergent les établissements sont vécus sur le terrain comme un parapluie pour l'Etat qui, instruit des affaires du sang contaminé et du nouveau variant de l'encéphalite spongiforme bovine, souhaite ainsi reporter sur les hospitaliers la responsabilité d'éventuels recours en les enfermant dans un carcan juridique.

Cette réglementation et son impossible application sont devenues la principale préoccupation des responsables hospitaliers. Elles mobilisent maintenant toute leur énergie aux dépens de la démarche managériale et donc de leur capacité à élaborer des projets et à faire évoluer les équipes et les structures.

Le découragement est d'autant plus fort que cette course incessante en vue de rattraper une réglementation toujours plus précise et toujours plus exigeante, n'est même pas assurée d'avoir un impact sur la qualité de la prise en charge des patients. De plus, les coûts vertigineux de ces mesures ont mis à mal la capacité à investir des hôpitaux.

Les textes existants devront être réexaminés avec pragmatisme et sélectionnés en fonction de leur pertinence, de leur cohérence et de leur faisabilité. **Le maintien, à l'identique ou modifié, des seuls règlements utiles devra être assorti d'un engagement de l'Etat de financer les conséquences en personnels et matériels qui en découlent.**

Les nouvelles dispositions prises devront servir plus à définir des objectifs à atteindre, guidés par des outils d'évaluation, des indicateurs et des échéances, qu'à rédiger des normes à respecter. Elles ne devront être publiées qu'après des études précises de leur impact financier, humain et plus généralement de leur faisabilité et être accompagnées des moyens nécessaires à leur mise en œuvre.

2 - Un statut spécifique pour l'Hôpital public : L'Etablissement Public de Santé

C'est au niveau de l'Etat que se définissent et se négocient les grandes règles de fonctionnement des établissements publics de santé, des statuts de ses personnels et des modalités d'intégration dans les corps.

Les établissements attendent impatiemment un cadre juridique spécifique qui, pour le moment, est celui d'un Etablissement Public Administratif (EPA). L'offre de soin hospitalière dans le secteur public a des impératifs qui ne trouvent pas leur traduction réglementaire dans le statut des E.P.A. en particulier si on met en place la tarification à l'activité. Les statuts, le code des marchés publics, la séparation ordonnateur-comptable entre autres sont autant d'éléments qui doivent être adaptés pour redonner de la souplesse et de la réactivité aux établissements. Ils permettront à chacun selon sa taille, sa mission et son histoire, de relever les défis du plan « Hôpital 2007 » .

3 - La déconcentration, une nécessité dans la déclinaison de la politique de santé :

S'il est du rôle de l'Etat et du Parlement de définir la politique générale de santé, les grandes priorités nationales et leur financement, il faut que les régions sanitaires acquièrent une plus grande autonomie dans la définition de leur projet et dans leur organisation.

La perspective annoncée de l'allègement du régime des autorisations et de la suppression la carte sanitaire a été fort bien reçue par les hospitaliers. La souplesse et la marge de manœuvre que cette mesure apporte aux directeurs d'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) et aux hospitaliers dans leurs négociations de Contrats d'Objectifs et de Moyens (C.O.M) ouvre des perspectives intéressantes de responsabilisation des acteurs de soins.

Il faut aller plus loin. Par exemple : les circulaires budgétaires qui précisent dans le détail les innombrables crédits fléchés déclinés à partir du niveau national font perdre tous les espaces de libertés que sont en droit d'attendre les acteurs et leur tutelle. Ils suppriment tout simplement la possibilité de contractualiser sur des objectifs spécifiques ou contraignent les A.R.H., si elles veulent malgré tout s'engager dans cette démarche, à amputer d'autant la base budgétaire des établissements.

La tarification à l'activité ne pourra de toutes façons plus se satisfaire d'une telle rigidité.

L'Etat ne doit donc garder qu'un rôle d'arbitre et de garant de la cohérence générale du dispositif, de sa qualité et de son équité.

B. La région sanitaire, niveau pertinent de l'organisation sanitaire

S'il est un sujet qui a dégagé un quasi-consensus lors des entretiens que nous avons menés, c'est bien celui de la région administrative comme niveau optimum de l'organisation sanitaire. La création des Agences a été saluée et leur nécessaire évolution pour aller plus loin dans le dispositif largement souhaitée.

La région sanitaire constitue, pour tous, le niveau reconnu ou doivent se dessiner et se coordonner les projets et se définir les organisations qui en découlent. Les A.R.H. et leurs Directeurs, plus proches du terrain que le niveau central sont mieux à même de prendre les bonnes décisions en matière de planification et la taille du territoire qu'ils ont à orchestrer est suffisamment grande pour envisager des projets cohérents et complets, sans empêcher bien évidemment le développement des projets inter-régionaux, voire nationaux, notamment pour les CHU.

1 - Passer des Agences Régionales de l'Hospitalisation aux Agences Régionales de Santé

Néanmoins, le champ limité à l'hospitalisation des Agences Régionales apparaît maintenant comme un frein à l'évolution du dispositif de santé. L'hôpital sort de ses murs et travaille de plus en plus avec la médecine de ville. Il s'implique avec le médico-social, se retrouve engagé dans une démarche de santé publique par le biais entre autres du développement de la prévention auquel il est associé.

Les A.R.H. se voient ainsi freinées dans leurs initiatives du fait de l'étranglement de leur champ de compétence et du morcellement des responsabilités dans le domaine général de l'organisation de la santé.

Les liens qu'elles peuvent instaurer avec les Unions Régionales de Caisses d'Assurances Maladies (URCAM) ont toute leur utilité mais ne permettent pas d'aller au bout de la logique. **La séparation des deux secteurs hospitalier et ambulatoire est en tous cas un frein aux initiatives et à la réalisation des projets.**

L'évolution des A.R.H. vers les A.R.S. est largement souhaitée même si tout le monde ne s'accorde pas sur l'objectif à atteindre.

Nous considérons que cette extension doit aller le plus loin possible. Elle doit bien sûr concerner la médecine ambulatoire mais aussi la prise en charge médicale des personnes âgées, la sécurité sanitaire, la santé publique de manière à regrouper tous les services sous une seule autorité. Par contre, les établissements de personnes âgées valides et dépendantes devraient être autonomes par rapport aux hôpitaux publics et être dans le champ de compétences des collectivités territoriales.

Il s'agit d'une évolution importante qui doit être menée de façon progressive et prudente car elle impliquera également une révision de l'organisation interne des Agences. Cela nécessitera de nombreux débats, des expérimentations et des ajustements pour permettre à chacun, élus comme professionnels, de trouver de nouveaux repères.

Ces nécessaires précautions ne doivent pas pour autant retarder la programmation de cette mutation.

2 - Les Agences, guichet unique de l'hôpital

Les hospitaliers sont unanimes à reconnaître le rôle des agences. Par contre, ils vivent difficilement les interventions multiples et non coordonnées qui continuent à s'exercer autour de l'hôpital : D.D.A.S.S., D.R.A.S.S., l'Assurance Maladie et en particulier ses médecins qui dépendent directement du service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (C.N.A.M.), Inspection Générale des Affaires Sanitaires (I.G.A.S), Préfecture, Ministère de la Santé, Agences et Etablissements Nationaux.

Sans contester la nécessité des enquêtes, des contrôles et des sollicitations dont ils sont l'objet, **les établissements demandent instamment la mise en place d'un guichet unique pour l'hôpital et d'une charte de gestion précisant le type d'informations à produire.**

Les Chambres Régionales des Comptes, même si elles n'ont en aucun cas à solliciter l'accord des Agences pour contrôler un établissement gagneraient à effectuer ce contrôle en lien et en cohérence avec celles-ci. Les établissements y verraient ainsi certainement plus clair et leur participation n'en serait que plus active.

En effet, seules les Agences sont susceptibles de donner de la cohérence et de la coordination à ces différentes interventions et d'en rendre les établissements acteurs. Un tel schéma donnerait plus de sens à l'action des personnels de l'Etat dont la qualité n'est pas en cause, mais qui souffrent aussi de ces dispersions.

C'est dans une démarche partagée avec l'Agence qu'un hôpital engagé et responsable doit participer activement à sa construction, son évaluation et son évolution.

3 - Le Conseil Régional de Santé, une instance consultative sur la politique de santé

La reconnaissance dont disposent maintenant les Agences Régionales de l'Hospitalisation et l'extension prochaine de leur champ de compétence posent cependant question. Il peut en effet paraître inquiétant voire dangereux que soient concentrés dans une seule instance et sous l'autorité d'une seule personne tant de pouvoirs.

Il est également essentiel, si l'on veut responsabiliser les professionnels et les élus au sein d'une région, qu'ils puissent s'exprimer et peser dans les décisions ayant trait au choix des priorités régionales, à l'organisation sanitaire et au suivi des différents chantiers engagés.

Les Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale (C.R.O.S.S.) ont fait la preuve de leur intérêt mais également de leurs limites dans ce domaine et la suppression prochaine des cartes sanitaires et de l'allègement régime des autorisations les condamnent inévitablement.

Les conférences régionales de santé n'ont pas démontré leur utilité. Il s'agit d'assemblées trop importantes, aux règles du jeu vécues comme faussement démocratiques et totalement déconnectées de la politique régionale définie par les A.R.H. et les D.R.A.S.S.

Il est donc nécessaire de **constituer, à côté de l'agence, une instance régionale qui aurait une véritable mission dans la validation de la politique de santé, l'établissement des priorités régionales, l'agrément des Projets d'établissements et des Contrats d'objectifs et de moyens ainsi que dans le suivi des S.R.O.S.** Cette instance se substituerait au C.R.O.S.S. et à la conférence régionale de santé qui seraient supprimés.

Spécifique à la santé, cette instance indépendante, devrait associer des élus, des personnalités qualifiées et des professionnels.

Le Conseil serait consulté par l'A.R.H sur le S.R.O.S, les autorisations, les objectifs de santé et l'aménagement du territoire. Il serait régulièrement informé de l'évaluation de la politique de l'A.R.H.. Par ailleurs, dans son champ de compétences, il aura une capacité d'auto-saisine.

La mise en place de cette forme de contre-pouvoir nous semble conditionner la pérennisation et l'extension du champ d'action des agences.

C. Le territoire de santé, zone d'organisation de la prise en charge des patients

L'ouverture de l'hôpital sur la ville, le développement de l'hospitalisation à domicile, la mutualisation des équipements, des plateaux techniques et la répartition d'activités qu'elle sous-tend nécessitent de poser la problématique de l'organisation des territoires de santé. Le développement de liens entre les différents territoires doit permettre de mieux appréhender les divers besoins en santé et d'y apporter la réponse adaptée : c'est à dire favoriser la mise en place d'une graduation des soins permettant d'assurer une permanence de soins de qualité et l'organisation de filières de prise en charge des patients.

Cette architecture territoriale reposerait sur la création d'un nouvel espace inspiré du secteur sanitaire, à la fois lieu d'élaboration de la stratégie médicale et de pilotage des coopérations et des partenariats en cohérence avec les choix régionaux et les S.R.O.S.

1 - Un concept nouveau, variable mais incontournable

Les équipes médicales des établissements prises individuellement au sein d'un territoire de santé sont souvent fragiles. Les petites structures et en particulier les plus isolées ont de plus en plus de difficultés à recruter les compétences médicales et ne peuvent les obtenir que si elles s'accordent avec les établissements plus gros et plus attractifs pour des temps médicaux partagés.

On note par ailleurs fréquemment une absence de cohérence au sein d'un même secteur sanitaire sur l'organisation des soins programmés et non programmés, ces derniers étant souvent laissés à la charge de l'hôpital public, parfois même dans les spécialités où les compétences sont majoritairement dans le secteur privé. Les cloisonnements et l'absence de coordination entre les structures publiques et privées exposent au risque de rupture dans la continuité de l'offre de soins y compris dans des zones où la démographie médicale considérée dans sa globalité n'est pas déficitaire.

Enfin, la gestion du parcours des patients, admission – séjour – soins de suite et retour à domicile -est souvent inadaptée et les personnes âgées souffrent le plus de ces dysfonctionnements inadmissibles.

Il est aujourd'hui indispensable de coordonner l'action des différents acteurs et institutions de santé et d'assurer leur participation à la permanence des soins et ce à la hauteur des compétences dont ils disposent.

2 - Des outils juridiques à valoriser

Des outils juridiques existent : la communauté d'établissements, les conventions, le groupement de coopération sanitaire, le syndicat inter-hospitalier, la fusion des établissements publics de santé... Ils offrent de nombreuses perspectives mais nécessitent pourtant certains assouplissements si l'on veut permettre à des initiatives locales actuellement bridées de se concrétiser.

Deux outils principaux nous semblent devoir être développés : le groupement de coopération sanitaire (G.C.S) et la fusion.

a) La communauté d'établissements et les conventions :

Les communautés d'établissements ont été définies. Elles ont fondé leurs relations sur des modes conventionnels multiples. Ce premier pas a permis d'engager des coopérations, mais cette forme d'organisation n'est plus à la hauteur des enjeux, car elle reste parcellaire, aléatoire, complexe et souvent annexe dans les stratégies autonomes de chaque hôpital.

b) Le Groupement de Coopération Sanitaire :

Peu utilisé jusqu'alors, il s'est rapidement développé ces derniers temps et l'annonce de son assouplissement futur et de son ouverture plus large en particulier aux médecins libéraux a été fort bien accueillie. Il doit devenir l'outil privilégié de coopération entre les établissements de statuts différents dans les années qui viennent. Sa réussite passe par une définition précise du cadre juridique qui assurera une réelle opérabilité.

Les syndicats inter-hospitaliers, quant à eux, apparaissent beaucoup trop lourds et dissuasifs. L'assouplissement des G.C.S. constitue très certainement pour eux l'annonce de leur disparition.

c) La fusion :

Elle concerne les établissements publics de santé et ne peut être que volontaire, donc valorisée. Son intérêt majeur est d'unifier sous la même autorité (un seul conseil d'administration, une seule direction) les équipes et l'organisation des soins. Elle est néanmoins trop souvent crainte, en particulier par les petits établissements qui y voient la menace de perdre leur identité et leurs propres projets. Il est essentiel de rendre la fusion attractive par des incitations organisationnelles et financières : nos préconisations sur l'organisation interne de l'hôpital pourront y contribuer par la souplesse qu'elles engendrent.

Les petits établissements devront toutefois comprendre que leur sort dépend totalement de leur adhésion à des projets menés avec les établissements pivots et que la fusion peut constituer un moyen de maintenir des compétences médicales au sein de leurs murs, y compris pour des missions de proximité.

d) Le transfert de compétences, une voie à expérimenter :

En se référant aux dispositions en matière d'intercommunalité, on pourrait imaginer le transfert de la compétence de la gestion du personnel médical avec l'affectation de tous les praticiens à **l'établissement de bassin** (nouvel établissement qui disposerait de la personnalité juridique).

Les hôpitaux resteraient autonomes, tout en bénéficiant des équipes médicales de cet établissement de bassin. Dans ce cadre, on évite les relations contractuelles et le formalisme des structures de coopération.

Bien entendu, les hôpitaux pourraient transférer d'autres activités, mais le transfert de compétences pour la gestion du corps médical nous paraît être la réponse la plus adaptée à l'organisation des soins et des filières de prise en charge.

Si le secteur privé se réorganise rapidement, il n'en va pas de même pour le secteur public. Il est clair que la tarification à l'activité va stimuler les coopérations entre les acteurs. Cependant, instruits par l'expérience, nous mesurons la capacité d'immobilisme des hospitaliers publics. Le statut très protecteur amène les agents à considérer que leur fonction ne saurait être remise en cause et par là même compromet (ou retarde) toute redéfinition des missions de leur hôpital.

Nous considérons donc que **l'agence, aura également pour rôle de stimuler ces nouvelles formes d'organisation.**

Elle en fera un bilan annuel devant le Conseil Régional de Santé, elle proposera, après évaluation, des objectifs de coopération pour améliorer la prise en charge des patients et le bon usage des ressources.

LES PROPOSITIONS

- 1 ➤ Redéfinir les missions et rôles des services de l'Etat et du Parlement dans un cadre légal et réglementaire simplifié et moins normatif.**
- 2 ➤ Renforcer le niveau régional grâce à une agence aux compétences élargies et des projets débattus au sein du Conseil Régional de Santé.**
- 3 ➤ Assurer dans le cadre du territoire de santé la mise en œuvre de l'offre et la permanence des soins dans une prise en charge coordonnée des patients, de l'urgence jusqu'au retour à domicile en passant par les soins de suite.**

II – L'ORGANISATION INTERNE

Afin d'améliorer l'efficience médicale, l'organisation interne de l'hôpital doit être entièrement revue.

Ce chantier long et difficile s'appuie sur quatre priorités :

- 1) développer les initiatives locales en généralisant « l'amendement liberté » L 6.146-8 du Code de la Santé Publique ;
- 2) restaurer l'autorité autour du Conseil d'Administration et d'un Comité stratégique médico-administratif, véritables organes de pilotage ;
- 3) déléguer la responsabilité au médecin, chef de pôle ;
- 4) passer de 21 commissions à 3 instances réelles de concertation et de proposition.

A - La généralisation de « l'amendement liberté » pour restaurer l'initiative et la réactivité :

Tous nos interlocuteurs au sommet de l'Etat et en dehors du champ hospitalier nous interpellent. Comment se fait-il que l'hôpital qui a la liberté de s'organiser ne profite pas pleinement de cette opportunité?

Les hospitaliers, malgré le désenchantement présent ont sû s'organiser au quotidien quels que soit les défis à relever tels que l'afflux aux urgences, la difficulté à transférer les malades dans des structures de soins de suite adaptées, les soins de recours et de réanimation, la transplantation d'organes, l'évolution technologiques, les traitements innovants. ...

Plan Orsec, cas sociaux, violences : en temps réel et 24Hsur24H, du directeur, au médecin, aux soignants, à l'administration, aux services techniques, tout le monde est sur le pont, sans compter son temps, son engagement et sa bonne volonté.

A contrario, innover dans le domaine de l'organisation, relève du défi permanent. L'usage de l'article liberté devient acte de courage, voire esprit d'aventure avec tout ce que cela comporte en terme de prise de risque dans un système public, lorsque chaque jour les règlements, et les normes tombent sur la tête des hospitaliers.

Un cadre légal rénové doit inciter à l'innovation et le **règlement intérieur, voté par les instances, doit être le référentiel d'action de chaque hôpital**, sachant que ce dernier sera évalué demain sur des résultats en terme de performance médicale et économique.

Ainsi, les hospitaliers qui démontrent au quotidien leur capacité d'adaptation sauront trouver l'organisation optimale pour chaque établissement autour d'un cadre rénové :

- une délégation de responsabilités,
- de véritables organes de décision,
- des lieux de concertation moins nombreux mais efficaces.

B - L'organisation en centres de responsabilité en passant du découpage par services à des regroupements en pôle d'activité placés sous la responsabilité d'un médecin

« Le centre de responsabilité est un ensemble coordonné de moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en œuvre sous une autorité unique, au bénéfice d'une mission, d'une fonction, d'une ou plusieurs activités.

Il recouvre des entités médicales, médico-techniques, administratives, logistiques ou mixtes. »

Ce dispositif est donc obligatoire depuis le 1/08/1983 et s'inscrivait dans le cadre de la grande réforme du budget global. Force est de constater qu'à part quelques « tentatives » le dispositif n'a pas fonctionné.

Le financement à l'activité remet les acteurs dans le sens de la marche en fournissant un paradigme compréhensible par tous : les moyens suivent l'activité, alors qu'aujourd'hui le développement de l'activité met les équipes en difficultés faute d'ajustement rapide des moyens. Dès lors, une organisation en pôles et la délégation de gestion trouvent leurs sens. Par ailleurs, la prise en charge coordonnée des patients, l'activité ambulatoire ou programmée favorisent les regroupements de moyens pour une meilleure organisation.

1 – Les pôles d'activité

Nous ne décrivons pas de modèle car chaque établissement trouvera l'organisation qui lui convient compte tenu de sa dimension, de son histoire, de sa culture, de son territoire de santé, de son architecture et de ses compétences. Vouloir organiser dans le détail les instances d'un hôpital serait un contre-sens à la liberté d'initiative.

Nous donnerons néanmoins quelques orientations de façon à clarifier notre proposition et éviter l'inquiétude provoquée par le vide réglementaire :

Les services et les départements seront supprimés en tant qu'entité juridique et territoriale. Les unités fonctionnelles seront maintenues en tant qu'unité de gestion dans le cadre du projet de pôle.

Si le mot « pôle » correspond à la notion de centre de responsabilité, chaque établissement sera susceptible de choisir l'appellation qui lui convient le mieux.

Toutes les expériences étrangères et les premières initiatives françaises montrent que le nombre de centres de responsabilité doit être réduit. A terme, les hôpitaux devront descendre en dessous de 10 pour atteindre une gestion optimale.

Les hôpitaux de proximité pourront s'organiser en interne, ou s'associer aux sites de référence pour constituer un pôle dans le cadre de l'organisation du territoire de santé.

2 – Les chefs de pôles

Les responsables de pôles feront partie du Comité stratégique. Ce lien est essentiel pour assurer la cohérence entre la stratégie et la gestion et éviter la balkanisation entre pôles.

Les responsables de pôles seront membres de droit de la CME.

Le responsable d'un pôle médical ou médico-technique sera un médecin des hôpitaux. Sa fonction managériale devra lui permettre de continuer à exercer pour partie une activité médicale sachant que son temps sera compensé. La gestion économique et administrative du pôle sera assurée par un attaché d'administration (poste et temps à définir par règlement intérieur) et la gestion des soins para-médicaux par un cadre soignant tous deux placés sous l'autorité du responsable du pôle.

Le chef de pôle sera recruté sur **profil de poste** définissant :

- le projet du pôle
- le périmètre de ses responsabilités
- les moyens mis à sa disposition
- la rémunération complémentaire
- les modalités d'évaluation

Il sera proposé par les médecins du pôle à partir de candidatures internes ou externes à l'établissement. Il sera nommé par le Directeur avec lequel il passera, après délibération du Conseil d'Administration, un contrat cosigné par le Président de la CME. Ce contrat précisera les objectifs et le niveau de délégation de gestion. Cette nouvelle fonction nécessitera par une formation managériale adaptée.

Le mandat est de 5 ans renouvelable après évaluation. Il peut être mis fin prématurément au contrat si les engagements ne sont manifestement pas tenus.

C – Le pilotage de l'hôpital, restaurer l'autorité autour du Conseil d'administration et du Comité stratégique

Les freins au bon fonctionnement des établissements sont connus :

- le renforcement de la tutelle dans la gestion (textes, contrôles, commissions, crédits fléchés etc...) ;
- un conseil d'administration le plus souvent déresponsabilisé, simple conseil de surveillance sans moyens financiers ni expertise médicale suffisante;
- un cloisonnement et une lutte des pouvoirs entre les médecins, les soignants et l'administration.

Deux signes encourageants :

- **tous les administrateurs que nous avons rencontrés souhaiteraient jouer un vrai rôle et les élus sont attachés à leur hôpital ;**
- **les directeurs et les présidents de CME coopèrent pour conduire leur hôpital malgré toutes les vicissitudes.**

L'autonomie de l'hôpital devra donc se construire autour de l'articulation d'un conseil d'administration restauré dans sa légitimité et d'un comité stratégique à l'autorité reconnue.

1) Le Conseil d'Administration :

Le Conseil d'Administration doit retrouver son rôle : il valide les choix stratégiques et financiers, notamment avec la tarification à l'activité qui tourne le dos à la logique de demande de crédits, est garant de l'organisation et de l'exécution des contrats. Ceci passera par une formation des administrateurs.

Ce renouveau est la condition du retour à une réelle autonomie.

- a. ➤ **Attributions** : Sur proposition du Comité Stratégique, le Conseil d'Administration délibère sur :
- le plan stratégique, les programmes de santé publique et évalue annuellement leur mise en œuvre ;
 - le projet financier et affecte les résultats;
 - les règlements intérieurs ;
 - l'organisation en pôles, centres de responsabilité ;
 - les modalités d'intéressement ;
 - les contrats entre le directeur et le chef de pôle ;
 - les modalités contractuelles de recrutement des médecins ;
 - il se prononce sur les indicateurs de résultats en terme de qualité et de gestion.
- b. ➤ **Composition** : l'évolution devra garantir un engagement, une ouverture sur l'extérieur et un meilleur équilibre avec trois collèges :
- les élus avec une meilleure prise en compte de l'intercommunalité et pour certains de leur dimension régionale;
 - les professionnels, médecins émanant de la CME et les personnels issus du CTE ;
 - la société civile avec les représentants des usagers et des personnalités qualifiées.
- c. ➤ **Présidence** : le Président sera élu parmi les membres du Conseil, à l'exception des salariés de l'hôpital
- d. ➤ **Fonctionnement** : défini par règlement intérieur.

2) Le Comité Stratégique :

La conduite de l'hôpital sera assurée par un exécutif fort associant l'administration et le corps médical au sein d'un comité stratégique.

Les changements proposés seront d'une telle ampleur qu'il faudra qu'une direction forte et reconnue tienne « le gouvernail » et travaille en symbiose avec les responsables de pôle afin d'assurer la cohérence entre la stratégie et sa mise en œuvre sur le terrain. C'est à cette instance, après accord du Conseil d'Administration, de rendre compréhensible le changement , faire comprendre les enjeux et mettre en phase les responsables et les personnels pour atteindre les objectifs tournés vers la satisfaction des patients.

- a. ➤ **Attributions** : Le Comité stratégique :
- Elabore le projet stratégique, les programmes de santé publique et leur mise en œuvre ;
 - Gère les ressources dans le cadre du projet financier ;
 - Gère les risques et analyse la qualité du service rendu aux malades;
 - Met en place et coordonne les pôles (centres de responsabilité) : leur découpage, le choix des responsables et la contractualisation interne.

Ses propositions sont soumises au vote du Conseil d'Administration, après avis des instances.

b. ➤ **Composition :**

Le Directeur Général, le Président de la CME et leurs principaux collaborateurs, le doyen pour les CHU, ainsi que les responsables de pôles.

En pratique, l'importance de ce Comité, nécessite l'existence d'un bureau composé du Directeur Général, du Président de la CME et de leurs proches collaborateurs.

c. ➤ **Présidence :** le Directeur Général, représentant légal de l'institution

d. ➤ **Fonctionnement :** défini par règlement intérieur.

D – La concertation, passer d'une vingtaine de commissions à trois instances :

Imaginons que dans un hôpital, chaque commission se réunisse 2 fois par an et émettent 10 propositions.

Cela fait environ 200 avis que les directeurs, déjà submergés par les tâches administratives, sont bien souvent dans l'incapacité d'assurer le suivi.

Avec 1000 établissements, cela se chiffre en centaines de milliers d'heures de réunion.

Nous proposons la suppression de ces commissions sachant que chaque hôpital aura la possibilité d'en maintenir certaines ou en créer d'autres en fonction des besoins propres à l'établissement.

Par contre, cette libération de temps va redonner de l'air à trois instances : la Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement et un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ayant compétence sur la gestion des risques et de la qualité.

1 – La Commission Médicale d'Etablissement, un vrai rôle institutionnel : le projet médical, l'évaluation et la formation

Sa place n'est plus à prouver. Elle a montré son importance dans la construction de l'hôpital.

La nouvelle organisation avec le Comité Stratégique et les pôles, fera évoluer son rôle. Les nominations de médecins seront gérées par le Comité Stratégique après propositions des pôles. Il faut donc recentrer la C.M.E. sur la politique médicale.

Dans l'esprit qui anime nos propositions, nous considérons que la composition, les attributions et l'organisation de la Commission Médicale d'Etablissement relèveront du règlement intérieur.

Le tronc juridique commun, comportera les dispositions suivantes :

- Les responsables des pôles sont membres de droit de la Commission Médicale d'Etablissement.
- La Commission Médicale d'Etablissement :
 - participe à l'élaboration du Plan Stratégique (projet médical, projet d'établissement)
 - organise la Formation Médicale Continue et son évaluation

- émet un avis sur :
 - le projet financier
 - le choix des chefs de pôles
 - le projet des pôles, leur fonctionnement et leur suivi
 - les dispositions contractuelles de recrutement des médecins
 - les modalités d'intéressement individuels ou collectifs

Le Président de C.M.E. du fait de l'importance qu'a pris sa fonction doit être reconnu. Son temps médical doit être aménagé et compensé. Des moyens matériels et administratifs doivent lui être attribués.

Sa signature doit posséder une assise réglementaire.

Il doit ainsi signer avec le Directeur :

- le Contrat d'Objectifs et de Moyens
- les contrats des chefs de pôles
- les contrats des médecins

Dans les C.H.U., il doit signer avec le directeur Général et le doyen la demande de révision des effectifs hospitalo-universitaires.

2 – Le Comité Technique d'Etablissement une instance à responsabiliser

Le Comité Technique d'Etablissement, au delà de ses attributions actuelles, sera informé annuellement de la mise en œuvre du plan stratégique, des indicateurs de résultats (qualité – coût) et émettra des avis et des propositions. Celles-ci seront étudiées par le Comité stratégique qui apportera des réponses motivées.

L'évolution du pilotage de l'hôpital nous amène à proposer que le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et deux médecins assistent aux réunions de cette instance. En effet, il est nécessaire que le lien entre l'organisation du corps médical et celle des autres catégories de personnel puisse être abordé. Cela se justifie plus encore avec la mise en œuvre de la RTT et la démarche qualité.

Il serait souhaitable que les personnels soient désignés par collègues afin d'assurer au-delà du fait syndical, une vraie représentation de tous les professionnels que l'on retrouvera au Conseil d'Administration.

3 – Le Comité de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Conditions de Travail

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.), dans sa forme actuelle, est à bout de souffle.

Les séances sont longues, les questions redondantes, les syndicats se plaignent que les problèmes ne soient pas réglés, soit par inertie, soit par renvoi à d'autres commissions.

Le contrôle à posteriori des responsables des vigilances ne nécessitent plus les commissions ad hoc (CLIN, hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance etc...). Ces domaines relèveront de chaque praticien responsable. Par contre ces problématiques transversales concernent tous les acteurs. La sécurité des patients est aussi celle des personnels et inversement. Dans un but d'efficacité et d'appropriation de la gestion des risques, il nous paraît judicieux de regrouper les représentants des personnels, les vigilants et le responsable qualité.

Cette instance verra donc ses attributions étendues aux questions suivantes :

- avis sur les procédures de gestion des risques et de la qualité ;
- suivi des avis de l'ANAES dans son domaine de compétence ;
- analyse et avis sur les indicateurs de résultats et propositions d'actions.

LES PROPOSITIONS

- 4 ➤ Permettre à chaque établissement de définir par règlement intérieur sa propre organisation ;**
- 5 ➤ Rendre l'initiative aux équipes et responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin ;**
- 6 ➤ Articuler le pilotage de l'hôpital entre un Conseil d'Administration garant de la politique institutionnelle et un Comité Stratégique assurant la direction ;**
- 7 ➤ Organiser la concertation au niveau des trois instances pluri-professionnelles pour recentrer l'action sur le soin.**

III. LES HOMMES

Les médecins à qui se confient les malades doivent retrouver un cadre d'exercice de leur métier qui privilégie l'attention aux patients au-delà de leurs tâches de soignants, de chercheurs ou d'enseignants. Le désengagement de leurs responsabilités administratives en dit long sur le climat ambiant.

Ensuite, le management passe par une direction reconnue pour ses attributions, légitime par ses compétences et son savoir-faire, valorisée en fonction de son niveau de responsabilités et la qualité de sa gestion.

Pour les personnels, le constat est inquiétant, mise en place précipitée de l'A.R.T.T., absentéisme en hausse régulière, démotivation, dégradation des conditions de travail et manque de reconnaissance. La négociation nécessaire avec les syndicats ne réglera pas ce problème. Il en va ici de reconnaître, valoriser et tirer vers le haut les compétences du terrain, organiser le travail médical en prenant en compte les personnels, en les respectant et en prévoyant un intéressement collectif.

A. Les médecins, chirurgiens, odontologistes, pharmaciens des hôpitaux.

Il n'y a pas de solution unique au recrutement des médecins. Les situations des établissements, les attentes des candidats sont très diverses. Dans l'esprit du projet « hôpital 2007 », nous devons offrir le maximum de possibilités dans le respect du droit et des règles de transparence. En raison de la pénurie actuelle, on est loin de la situation idéale alors que les sociétés d'intérim, les mercenaires et autres itinérants du cumul des fonctions profitent de la décadence du système.

Nous proposons **deux voies de recrutement** :

- **Le statut public** dans sa forme modernisée, c'est à dire, réactive, garantissant la situation du médecin (nomination ministérielle) et les intérêts de l'hôpital (contrat interne).
- **Le contrat** de type droit privé, validé par le Conseil d'Administration et signé par le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

1 – Le Recrutement statutaire

a) L'entrée dans le corps :

La voie principale reste le concours national avec entrée dans le corps validé par le Ministre.

b) Le recrutement :

Tout poste vacant dans un hôpital devra faire l'objet d'un profil de fonction arrêté par le responsable du pôle de la discipline médicale et validé par le comité stratégique. Il est surréaliste que pour cet acte de recrutement cela soit rarement réalisé alors qu'on le fait, judicieusement d'ailleurs, pour les agents de l'hôpital.

Le poste sera publié sur un site internet national, dans les journaux médicaux (deux insertions). La publication au journal officile est virtuelle, car les recrutements sont le plus souvent joués d'avance par le réseau relationnel. Ainsi on supprime la galère des recensements, attentes de publication et arrêtés de nomination.

Le recrutement est effectué par le responsable de pôle, le Président de la CME et le Directeur avec lequel le candidat signe un contrat. Ces signatures acquises, un arrêté ministériel confirme la nomination du médecin dans l'hôpital après un délai de 3 mois permettant à un éventuel recours de s'exercer. Il pourra être recruté comme contractuel durant cette période, sauf s'il s'agit d'une mutation pour laquelle un préavis de 3 mois est nécessaire.

Tout candidat considérant qu'il y a des vices de procédures sur la forme et sur le fond pourra saisir le Ministre par recours gracieux avec avis de la Commission nationale statutaire qui sera réunie en tant que de besoin.

Il existe enfin une voie de recours pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif.

c) Le contrat : « Le Conseil d'Etat propose d'étudier l'opportunité des contrats individuels d'affectation sur emploi ; il s'agirait d'une voie nouvelle explorée, d'admettre que le régime juridique applicable à un fonctionnaire en position d'activité puisse découler à la fois de son statut et d'un contrat qu'il a lui-même négocié et conclu avec son autorité gestionnaire » (rapport public 2003 du Conseil d'Etat : perspectives pour la fonction publique, - document en annexe).

Le contrat est le document qui engage mutuellement les quatre signataires :

- le médecin sur son profil de fonction et son évaluation
- le responsable de pôle sur son choix
- le directeur sur le respect du statut, les conditions de travail et de rémunération
- le Président de la CME, garant de la communauté médicale

Ce contrat comporterait cinq parties :

- **le statut** : temps plein, temps partiel, échelon...
- **les fonctions** : pôle de rattachement, spécialité, activité mono ou multisites, responsabilité, activités d'intérêt général, régime d'astreinte ou de garde ...
- **la rémunération** : référence à la grille salariale, mode de gestion de la R.T.T, indemnité de fonction, intéressement, activité libérale ...
- **l'évaluation** : par rapport au profil de poste, pratiques professionnelles, indicateurs de suivi de l'activité ...
- **les clauses de sauvegarde et voies de recours.**

2 – Le recrutement par contrat

Face à des difficultés de recrutement, l'hôpital doit pouvoir passer directement un contrat avec un médecin. Cela sera attractif dans des spécialités sinistrées et évitera des pratiques douteuses de rémunération.

Le contrat, voté par le Conseil d'Administration, sera sur le même modèle que le contrat statutaire. La variante portera sur les modalités de rémunération qui pourront être négociées sur la base des honoraires (avec reversement pour les frais) et au forfait pour les services continus.

La crainte d'une flambée des tarifs est improbable dès l'instant où ils sont liés au volume d'acte, ce qui est en cohérence avec le financement à l'activité. En clair, on voit mal un hôpital payé à prix d'or un médecin qui n'aura qu'une activité virtuelle. Ce système permettra donc un assainissement de la situation.

3 – Les Modalités de rémunération et d'intéressement

Nombreux sont les médecins qui pensent qu'à pénibilité et responsabilité différentes devraient correspondre des salaires différents, notion incompatible avec la rigidité des grilles salariales et de la seule progression à l'ancienneté.

Les directeurs d'établissement public sont confrontés aux lois du marché, lorsqu'ils veulent recruter un chirurgien, un radiologue, un anesthésiste, un psychiatre et bien d'autres spécialistes.

Sans une modification de la rémunération des responsables médicaux, l'hôpital n'atteindra jamais le niveau d'excellence recherché (il en va de même pour d'autres métiers administratifs et techniques). Le maintien du statut public comme base de traitement associé à un contrat spécifique lié à la compétence particulière est donc bien une piste à explorer.

4 – L'insuffisance professionnelle

La procédure actuelle ne donne pas satisfaction. Elle est lourde, dissuasive, longue et trop souvent sans effet.

Même si elle aborde bien le problème de la maladie et de l'incompétence professionnelle, elle fait l'impasse sur un sujet particulièrement délicat mais incontournable qui est celui de « **l'inaptitude à l'intégration** ».

Cette notion qui existe en droit privé est par essence délicate et sujet à interprétation mais il serait vain de l'occulter car la majeure partie des problèmes non résolus relève de ce concept.

Elle devra à notre sens être rajoutée au cadre défini pour l'insuffisance professionnelle.

Il faut de toutes façons contribuer par tous les moyens à prévenir les difficultés. (la médecine du travail, la formation médicale continue et son évaluation, la formation aux management et aux relations humaines...)

Lorsqu'un problème n'a pas pu être prévenu et ne peut être résolu au sein d'un pôle, il appartiendra au chef de pôle d'en saisir le comité stratégique. Celui-ci, soit directement soit par l'intermédiaire d'une instance ad-hoc interne à l'établissement, s'efforcera de trouver une solution.

En l'absence de solution interne, le chef de pôle, le Président de la C.M.E. et le Directeur, par une démarche conjointe saisiront le centre de gestion.

5 - Les problèmes disciplinaires

Ce sujet également difficile ne bénéficie pas d'une procédure satisfaisante si l'on en croit les représentants hospitaliers que nous avons rencontrés.

Le dispositif devra être maintenu au niveau national. Les cas à traiter sont fort heureusement peu nombreux et ne nécessitent pas une démultiplication régionale.

L'avis local sollicité devra relever du chef de pôle et du comité stratégique et non plus de la C.M.E. Cette nouvelle instance est plus à même de se prononcer qu'une C.M.E., il faut bien le reconnaître, souvent troublée à l'idée de se prononcer sur un membre de sa communauté.

Quant aux sanctions elles même et à leur application, elles devront très certainement être réétudiées de manière à ce que la procédure, obsolète, retrouve une opérabilité qu'elle a perdue ou n'a jamais eue.

B. Des directeurs aux managers

Les directeurs trouvent leur identité commune dans un corps. L'identification de la fonction est beaucoup moins évidente : acceptation ambiguë par le corps médical à travers l'appellation « l'administration », mise sous tutelle protéiforme signe d'un manque de confiance, la conviction et l'énergie comme viatique faute de ligne hiérarchique claire, mais responsable et souvent seul sur le pont face aux situations de crise.

Le projet « Hôpital 2007 » ne pourra réussir sans une direction forte et légitime avec une équipe diversifiée.

Une distinction s'impose entre les cadres de direction et le directeur général.

Les premiers doivent disposer de fortes compétences techniques et managériales pour diriger les services nécessaires à la bonne administration d'un hôpital : finances, achat, ressources humaines, hôtellerie, qualité des soins.

Les seconds, notamment pour les 200 établissements qui structurent l'offre de soins relèvent d'une autre dimension : connaissance, expérience et maîtrise du domaine hospitalier, capacité stratégique et d'animation, leadership. Les meilleurs ont vocation à piloter les structures les plus importantes et complexes que sont les CHR-U.

Comment organiser le recrutement et la gestion.

1 - Les Directeurs généraux et Directeurs des hôpitaux de référence :

- Ils dirigent les C.H.R-U. et les hôpitaux référents du territoire de santé (SAU-réa-USIC-néonatal- plateau technique lourd) soit 200 emplois, classés en plusieurs niveaux de responsabilité.

- Ces postes en détachement seront ouverts à la mutation et à la promotion pour les cadres de direction, aux médecins ou aux fonctionnaires d'Etat ou de collectivités territoriales ainsi qu'à des cadres du secteur privé sous réserve d'évaluation des compétences et d'une formation.
- Pour leur nomination, un profil de poste sera élaboré conjointement par le directeur de l'ARH et le Président du Conseil d'Administration après audition du Président de la C.M.E. Après sélection des candidats au niveau national, ils seront nommés par le Ministre sur avis conforme du Président du Conseil d'Administration et avis du directeur de l'A.R.H.
- Ils seront nommés pour des mandats de 4 ans renouvelables sur la base d'un contrat signé avec le Directeur de l'A.R.H. et le Président du Conseil d'Administration.

2 - Les Directeurs des autres établissements :

Il est équitable que ces postes soient aussi en détachement car les fonctions et les responsabilités sont par nature identiques.

Le processus de recrutement (accessibilité, profil de postes, avis) sera le même que pour les structures les plus importantes. En revanche, dans un but de responsabilisation dans ce choix essentiel, la nomination pourra être faite par le Directeur de l'A.R.H. sur délégation de signature du Ministre et engagera clairement chacun dans l'organisation du territoire de santé.

3 – Evaluation - Rémunération - Formation :

L'évaluation des directeurs d'établissements devra se situer au niveau de l'ARH et au niveau du Directeur de l'Agence en personne pour les postes les plus importants. Il ne s'agit pas ici des modalités actuelles de la notation qui ne sont pas à la hauteur de l'enjeu. Cet entretien annuel ou plus fréquent dans les situations difficiles, doit être mené dans un cadre très professionnel, d'échanges mutuels, de prises de décision. La mise en œuvre passera par une formation commune d'apprentissage de ce type de relations. L'expérience montre que nous sommes très loin de cette situation par manque de formation, d'intérêt ou de réelle volonté, dans une organisation des systèmes publics basée sur des principes hiérarchiques désuets et inopérants. Le relevé d'évaluation sera soumis pour visa et avis complémentaire du Président du Conseil d'Administration.

La rémunération statutaire ne caractérise ni le niveau des responsabilités, ni la performance des directeurs. La motivation, la reconnaissance, l'attractivité, devront se traduire par une nette différence des indemnités de fonction liées à l'importance de l'établissement, ainsi que par la mise en œuvre d'un intéressement significatif en fonction des résultats.

La formation continue est le parent pauvre. Les perspectives d'une plus grande mobilité, la recherche permanente de professionnalisme passeront par une formation continue de haut niveau (type « hôpital plus » réalisé par l'E.N.S.P) avec les moyens financiers afférents. Ce cursus devra être capitalisé et fera partie intégrante du dossier du Directeur pour permettre un réel plan de carrière.

4 - Les Directeurs - Adjoints :

Les Directeurs Adjointes relèveront du cadre statutaire, à condition que celui-ci soit rénové pour permettre une réelle ouverture sur des expertises variées. Dans le cas contraire on fera appel, comme actuellement au recours à des contractuels.

Le recrutement, après publicité de la vacance du poste (site internet et journaux professionnels) sera effectué par le chef d'établissement, sur un profil de poste et un véritable contrat d'engagement. La nomination sera confirmée par le Ministre. En cas de difficultés, il y aura donc toujours une possibilité de recours avec les garanties statutaires actuelles.

5 – Le recrutement et la formation initiale

Le recrutement et la formation débouchent non seulement sur l'unicité d'un corps, mais aussi sur une prévalence complète des Institut d'Etudes Politiques alors que les équipes de direction devraient regrouper un panel de compétences et de savoir-faire variés issues de métiers et formations divers. Cette proposition de changement, nous avons pu le mesurer lors de notre mission, déclenche critique et méfiance.

Nos propositions seront donc très simples :

Le recrutement se fera par concours externe et interne. Pour le premier, le concours, ouvert à tous diplômés de l'enseignement supérieur (dont les écoles), se fera sur titres et entretien conduit par des spécialistes. La démarche sera identique pour la promotion interne avec les aménagements statutaires nécessaires.

La formation initiale se déroulera sur le mode de l'apprentissage. Vu le niveau des candidats, on s'interroge sur l'intérêt pour eux de repartir sur les bancs de l'école. Il nous paraît plus logique que le candidat soit mis en situation dans les établissements (apprentissage du terrain – compagnonnage) avec des modules de formation complémentaires (management – santé publique – expertise). Un cycle court de 12 à 24 mois sera sanctionné par un diplôme ou un titre bénéficiant d'une reconnaissance européenne et c'est à l'issue de cette période probatoire que le stagiaire entrera dans le corps.

L'Ecole Nationale de la Santé Publique, ouverte sur son environnement, a tous les atouts pour répondre à ce besoin, à condition que d'une part, elle dispose d'une grande souplesse d'adaptation et que d'autre part, elle puisse être mise en concurrence et attirer de nouvelles compétences.

6 – La gestion du corps

Ce nouveau dispositif nous paraît favorable à l'évolution de l'hôpital mais aussi à celle des Directeurs.

Il favorisera la mobilité et permettra à de jeunes directeurs motivés, grâce au détachement, d'accéder à des fonctions de chef d'établissement.

Il assurera, dès le début par la formation en alternance, une réelle intégration des Directeurs, non pas dans un corps, mais dans l'hôpital et ceci avec pragmatisme, présence sur le terrain à côté des professionnels de métiers qui assurent quotidiennement les missions de soins.

Ce dispositif ne pourra fonctionner qu'à plusieurs conditions :

- **Une gestion active et positive du sommet des emplois**, avec la mise en place du Conseil Général des Hôpitaux et l'accessibilité à la Haute Fonction Publique ;
- **Une réelle gestion prévisionnelle des emplois et des compétences** au niveau central et non un simple suivi de la carrière hospitalière. Cette gestion pourra s'appuyer sur les évaluations réalisées par les A.R.H et les Directeurs et le Conseil Général des Hôpitaux pourrait avoir un rôle majeur dans cette gestion ;
- **Une possibilité réelle de mobilité** des directeurs vers d'autres fonctions ;

C. Un centre de gestion pour permettre les mobilités dans l'intérêt du service :

Les difficultés posées par certains praticiens hospitaliers ou directeurs (inadaptation aux fonctions, relations conflictuelles, situation de crise) posent un réel problème et ne relèvent pas forcément d'une procédure disciplinaire.

La pratique consiste à se passer « le mistigri » entre hôpitaux en masquant les difficultés. Ceci empoisonne à la fois les établissements, le ministère et les personnes concernées qui font l'objet de pressions en tous genres.

Le centre de gestion sera un établissement public national autonome financé par cotisation des hôpitaux, sachant qu'il s'agira d'une structure très légère car elle gèrera en fait un nombre limité de personnes et sur des périodes courtes.

La saisine du centre de gestion se fera par le directeur après avis du C.A. et accord du responsable de pôle et du Président de la CME pour les praticiens. La décision doit être validée par le ministère, ce qui permet un recours gracieux, car il ne s'agit pas d'une procédure disciplinaire. L'établissement demandeur assurera le salaire de l'agent concerné, en position hors cadre, jusqu'à sa nouvelle affectation.

Le centre sera chargé d'établir un bilan de situation et de compétence de la personne, de proposer une formation et d'offrir des possibilités de reclassement dans un autre hôpital ou une autre administration.

D. L'encadrement, une fonction indispensable qui doit être reconnue et valorisée

L'encadrement connaît des jours difficiles. Il se trouve au cœur des tensions et constitue la clé de voûte de la continuité du service public.

Dans les services, le cadre jongle avec la mise en place de la RTT, il subit la pression des médecins qui souhaitent travailler selon leurs souhaits, celle des personnels revendiquant leurs droits à la RTT, avec un mécontentement relayé par les syndicats. A cela s'ajoutent, l'absentéisme, la réduction du temps de communication, le manque de secrétaires, l'exigence des patients, etc...

Du côté de l'administration et des services techniques, les journées s'allongent car les moyens ont diminué et il faut boucler les dossiers.

Ces problèmes ne seront pas résolus par la création d'une nouvelle commission. Ils passent par quelques mesures de bon sens :

- Une formation des Cadres de santé qui privilégiera la collaboration avec les médecins au lieu de tenter d'imposer une séparation nuisible dans la responsabilité de la prise en charge des soins;
- La mise en place des pôles avec une réelle capacité d'initiative à côté du médecin responsable;
- Une organisation des unités en concertation avec les médecins et respectée par eux;
- Un dossier du patient unique et informatisé;
- Un recrutement direct par les établissements à la place de la procédure lourde et aléatoire des concours régionaux et départementaux, voire des possibilités contractuelles attractives pour des nouveaux métiers;
- Une formation continue validée avec des unités capitalisables permettant de vraies perspectives de promotion professionnelle jusqu'aux fonctions de direction;
- Un suivi individuel avec l'élaboration d'un plan de carrière;
- Une rencontre semestrielle avec le comité stratégique.

E. Les personnels : des agents aux acteurs

La gestion des personnels est traditionnellement abordée sur le thème du volet social. Nous n'ignorons pas l'importance des différents dispositifs et pourtant, malgré les multiples protocoles et la mise en place de la RTT, les signaux passent de l'orange au rouge : absentéisme en hausse, détérioration des conditions de travail, tension dans les équipes par manque de communication, sentiment de non-reconnaissance, manque de respect, démotivation et demain désintérêt.

1) Des métiers en évolution

L'hôpital est un lieu de production de soins qui réclame la présence de personnels exerçant des dizaines de métiers différents, des moins qualifiés aux plus techniques. Les personnels y travaillent en pratiquant, en fonction des besoins, des tâches variées.

A la condition d'une formation tout au long de la vie active, l'hôpital peut devenir un lieu de promotion pour celles et ceux qui veulent se donner la peine d'apprendre et de se remettre en question régulièrement. Pour ce faire des filières variées devront être encouragées pour permettre aux personnels ayant une expérience de terrain ou voulant en acquérir une, de postuler sur une fonction différente. Cette mobilité au sens de la valorisation est une des clés de la réussite du changement, alors que le statut favorise l'immobilisme. Nous traiterons ici du corps infirmier et des secrétaires médicales car ils sont au plus près de l'exercice médical, mais bien sûr ces réflexions doivent concerner tous les corps de métier.

a) Le personnel infirmier

La pratique du métier d'infirmier(e) comprend des gestes techniques et un temps de dialogue avec le malade et sa famille. Aujourd'hui la relation humaine entre l'infirmière et les malades dont elle a la charge est de plus en plus réduite, remplacée par des tâches administratives pesantes et une course aux soins techniques les plus pressés. Les infirmier(e)s croulent souvent sous le travail, par défaut de nombre mais aussi par défaut d'organisation des tâches.

Cette organisation devra se faire dans le cadre de protocoles de soins adaptés, correspondant à l'activité propre de l'unité dans lequel elles exercent. Ces protocoles de soins devront être élaborés en lien avec le responsable médical. Il ne peut exister de soins médicaux et infirmiers séparés.

La carrière doit évoluer et les infirmier(e)s accepter la mobilité au sein d'une équipe, d'un pôle ou de l'établissement de soins. La formation continue devra être encore plus qu'aujourd'hui favorisée (on ne conçoit pas qu'une infirmière puisse pratiquer plus de cinq ans le même métier sans recyclage théorique et pratique, tout comme les médecins et les autres catégories de personnels).

L'infirmier(e) qui en a le talent et la volonté, pourrait orienter sa carrière vers deux voies de responsabilités accrues :

L'encadrement : par une formation au sein des instituts dont on connaît la qualité mais qui devront favoriser plus qu'aujourd'hui la collaboration avec l'encadrement médical.

L'expertise : en complément des spécialisations actuelles d'infirmier(e) anesthésiste, de bloc opératoire, SMUR, de puéricultrice..., il faut développer les « infirmier(e)s clinicien(ne)s ». Ils/Elles devront pouvoir, sous la responsabilité des médecins, prendre en charge des malades, établir des prescriptions par délégation, réaliser des actes thérapeutiques comme des endoscopies de contrôle, des échographies, des gestes opératoires programmés, etc.

La formation de durée variable selon la spécialité envisagée, alternant pratique et théorique, permettra à l'infirmier(e) de devenir experte en urologie, cardiologie, gastro-entérologie...et pourquoi pas après quelques années et une autre formation, de changer de spécialité.

Nous manquons cruellement de ces personnels assistants qui pourraient remplir des tâches responsables permettant aux médecins de se concentrer sur leur propre expertise.

Cela devrait d'ailleurs concerner d'autres professionnels que les infirmiers comme par exemple les optométristes pour les ophtalmologistes.

b) Les secrétaires :

Leur métier change et leur rôle d'assistante médicale dans la prise de contact des malades et leur suivi en consultation est de plus en plus important. L'informatisation de leurs tâches se développe vite mais souvent les formations ne suivent pas les progrès technologiques. Le temps passé au téléphone, la gestion des dossiers pour lesquels un avis est demandé sans consultation des malades déstabilisent leur travail sans qu'il n'y ait de reconnaissance de leur aide. Des filières de formation entre secrétaires et infirmières devront faciliter les transferts de compétence et permettre à chacune d'évoluer dans sa carrière à l'hôpital.

c) Les autres métiers :

Tous les personnels doivent se former aux nouvelles techniques de leur métier. Ils pourront en fonction de leurs capacités évoluer vers d'autres fonctions selon l'expérience et les savoirs faire qu'ils auront acquis.

Enfin, il faut permettre de recruter dans les nouveaux métiers, logisticiens, informaticiens, statisticiens et épidémiologistes avec des conditions attractives.

2) La formation et la promotion professionnelle :

La formation continue s'est largement développée dans les hôpitaux publics sous l'impulsion de l'Association Nationale de la Formation Hospitalière (A.N.F.H).

Il est nécessaire de relancer le dispositif dans plusieurs directions :

- Les formations transversales, qualité, gestion des risques, entretien d'évaluation, démarche de projets etc... devront être partagées avec le corps médical. Il ne s'agit pas d'une règle, mais d'une possibilité qui doit être développée sachant que la formation médicale doit garder aussi sa spécificité ;
- Les formations devront être capitalisables par unité avec une validation des acquis débouchant sur un diplôme ;
- La promotion professionnelle devra être activée pour relancer l'ambition et l'émulation ;
- Le bilan de compétence devra être valorisé. Il ne s'agit pas de remettre en cause un agent, mais au contraire, de lui permettre de faire le point pour progresser vers d'autres métiers.

3) L'évaluation et la reconnaissance : facteurs de motivation

a) L'évaluation individuelle

Elle n'existe pour ainsi dire pas hormis la notation qui, au dire de la plupart des personnes interrogées, n'est pas reconnue comme une réelle évaluation.

Les outils d'une évaluation individuelle sont à mettre en place : L'évaluation de la charge de travail, de sa pénibilité et de la responsabilité de la personne dans sa fonction deviendra un élément important du management de l'hôpital. Pour de nombreux personnels, en particulier les infirmières, la charge de travail est indépendante de l'acte médical pratiqué, mais en rapport étroit avec la dépendance du malade, alors que nous continuons à doter les services en personnel en fonction de l'histoire même de la structure de soins, du poids politique dans l'établissement de son chef de service et de soi disant ratios personnel/lit de malade qui n'ont guère de sens.

b) La reconnaissance des personnels

La question de la reconnaissance des personnels toutes catégories confondues a été posée à toutes celles et ceux que nous avons rencontrés. La plus grande majorité adhère à la notion d'une valorisation pour la tâche accomplie et le contrat d'objectif rempli. Tous refusent de lier la réduction des coûts à un intéressement considérant avec raison que des dérives sont possibles et qu'une fois le moindre coût obtenu cet intéressement disparaît même si les personnels maintiennent leurs efforts. Une reconnaissance individuelle a été majoritairement rejetée, dans la crainte d'être jugé par un supérieur partial et de rompre la solidarité au travail, objections valables aujourd'hui puisqu'il n'existe pas de critères fiables de l'évaluation au mérite.

Un intéressement collectif, qui pourrait se traduire par des formes variées (primes, matériel, personnels supplémentaires, etc...), semble bien acceptée par les personnels et certaines organisations syndicales sous réserve d'une négociation.

LES PROPOSITIONS

- 8 ➤ Revaloriser la fonction médicale par un contrat dynamisant un statut lourd et peu motivant ;**
- 9 ➤ Elargir le recrutement et les compétences des directeurs et reconnaître la fonction de directeur d'établissement à hauteur de ses responsabilités ;**
- 10 ➤ Reconsidérer l'encadrement intermédiaire, clarifier ses missions, faciliter son recrutement et proposer un plan de carrière ;**
- 11 ➤ Eclaircir l'horizon professionnel des personnels au-delà des dispositifs statutaires : évolution des métiers, formation, promotion et intéressement.**

IV – L’EVALUATION DE LA QUALITE **ET UN REGIME FINANCIER SOUPLE ET MOTIVANT**

Manque de lits, attente aux urgences, infections nosocomiales, stress au travail, risque médico-légal, accumulation des procédures inappliquées et inapplicables... Le chapelet est interminable, signe de non qualité à tous les niveaux.

Budget global avec quelques retouches au titre du PMSI, affolement des dépenses médico-pharmaceutiques, report de charges, procédures budgétaires cloisonnées, comment parler de gestion ?

C'est donc bien deux moteurs nécessairement liés qu'il faut lancer en même temps pour remettre un hôpital rénové dans le sens de la marche : **l'évaluation de la qualité et la tarification à l'activité.**

Il s'agit ici d'une condition nécessaire pour que nos propositions prennent vie.

C'est là que se trouvent les leviers du changement d'autant plus qu'ils stimuleront les professionnels et offriront un meilleur service aux patients. Bien entendu, ces nouveaux dispositifs concernent le secteur privé au même titre que le secteur public.

A – L'évaluation de la qualité, passer des paroles aux actes

L'exigence de qualité est le pilier de la rénovation de l'hôpital.

Cette qualité doit se décliner à tous les niveaux :

- 1) Gestion, organisation, communication
- 2 Pratiques professionnelles

1- La gestion, l'organisation et la communication :

Ces questions sont très bien traitées dans le manuel d'accréditation comme base de départ à un projet institutionnel.

La gestion pourra être optimisée par les multiples bases de données à disposition des hospitaliers et qui sont rarement utilisées, car chaque hôpital ou service a tendance à se considérer comme incomparable. En effet, il existe de nombreux éléments de comparaison sur la productivité, le coût des unités d'oeuvre, la part relative des grandes fonctions (administration, logistique, plateaux techniques ...) L'activité de chaque établissement et son évolution est également accessible pour ceux qui veulent se mesurer à d'autres. Or, le plus souvent, c'est le cimetière des informations car il n'a y ni intérêt, ni capacité à agir.

L'organisation interne sera inscrite dans le règlement intérieur et pourra faire l'objet d'une évaluation régulière. Il ne faudra pas en rester là. Chaque pôle, chaque unité fonctionnelle devra définir ses règles de fonctionnement et les protocoles utiles devront être élaborés et validés avec les personnels avec pragmatisme et réalisme. Chacun devra ensuite s'y tenir. Il n'est plus possible que la visite se fasse à toute heure, que les consultations soient toujours retardées, que les blocs opératoires ne démarrent qu'en fonction de l'heure d'arrivée des chirurgiens ou des anesthésistes. Tout ceci est une non qualité mal vécue par les personnels et les patients et enlève toute respectabilité aux fauteurs.

La communication reste le point faible des établissements malgré de nombreux efforts. En fait elle ne se résume pas aux outils. Il s'agit là de mettre en œuvre un véritable management qui assure l'échange d'information, la participation des acteurs afin que chacun puisse situer son rôle dans l'unité, le pôle et l'établissement.

2 - L'évaluation des pratiques professionnelles :

La démarche de qualité dans laquelle se sont déjà engagés de nombreux hôpitaux devra s'accélérer. Au delà de l'accréditation des procédures, il importe de lancer une évaluation des pratiques médicales tant dans leurs indications que dans leurs résultats. On ne saurait en effet continuer à financer les établissements de soins sur la seule notion d'activité qui prêterait à de multiples dérives (examens inutiles mais rentables, indications thérapeutiques abusives, soins bâclés) sous le seul prétexte du financement de la structure.

Les associations savantes devront être saisies afin de définir les critères d'indication et de traitement des grandes pathologies. Ces associations soumettront à l'Agence Nationale d'Evaluation en Santé (ANAES) leurs conclusions qui seront diffusées à tous les établissements.

Un corps d'évaluateurs, formé à ces techniques de contrôle, sera chargé d'évaluer la totalité des hôpitaux à partir de dossiers de malades tirés au sort. Ces évaluateurs viendront des spécialités même afin d'être crédibles devant leur pairs. Des médecins ou chirurgiens reconnus pour leur expertise réaliseront ces évaluations et remettront leurs conclusions au Comité Stratégique.

Si une grande liberté doit être donnée aux établissements pour mener au mieux leurs activités, il apparaît indispensable de mettre en place une évaluation indépendante et reconnue.

En ce sens, l'évaluation de la compétence des professionnels de santé aujourd'hui en cours de définition (Cf. Mission interministérielle d'Evaluation des Compétences Professionnelles des Métiers de la Santé), constituera un outil essentiel à la réussite de l'évolution sociale de l'hôpital dans le cadre d'une nouvelle politique hospitalière.

Il va de soi que si la pratique médicale doit être au cœur des préoccupations, tous les métiers doivent faire l'objet d'évaluation par des auditeurs internes ou externes. Il en va de même pour le management qui pourrait relever de l'expertise du Conseil Général des Hôpitaux, du fait du niveau d'expérience de ses membres.

B – La tarification à l'activité et un nouveau mode de financement réactif et équitable

La tarification à l'activité est attendue par tous les responsables hospitaliers, avec néanmoins certaines craintes, la dérive d'une course aux actes (sachant que le PMSI a aujourd'hui les mêmes effets pervers), la sous-évaluation des missions de service public.

Sur ce point, nos propos visent à renforcer le travail difficile, mais nécessaire, engagé par la mission nationale avec les établissements expérimentateurs. Nos préconisations doivent donc être perçue comme quelques modestes contributions mises au point avec deux groupes de professionnels qui nous ont consacré plusieurs jours de travail.

1) Une tarification à l'activité :

Les établissements déjà engagés dans le coût par activité médicale, et qui sont dans l'expérience nationale depuis plusieurs années, pourront sur appel à projet, développer ce mode de rémunération au-delà du simple séjour hospitalier.

Cette recherche aura de grands avantages :

- responsabiliser l'ensemble des acteurs
- favoriser leur collaboration
- étendre le champ de l'innovation dans la gestion et l'organisation des soins
- favoriser la prise en charge de la santé (prévention et continuité des soins) et non plus les seuls actes de soins.

Deux approches pourront être testées rapidement en complément de la tarification à l'activité :

- a) Financement d'un groupe d'acteurs (hospitaliers, libéraux ...) pour la prise en charge d'un épisode de soins spécifique sur une période prédéfinie**
Exemple : prise en charge chirurgicale avec allocation de ressources couvrant le pré- le per- et le post-hospitalier ;
- b) Financement d'un groupe d'acteurs (hospitaliers, libéraux ...) pour la prise en charge de l'ensemble des pathologies d'une population donnée sur une période prédéfinie**
Exemples : insuffisance rénale chronique, diabète, asthme...

Le financement est fondé sur un forfait qui rémunère une structure ou un groupe de professionnels dans le cadre d'un G.C.S.

Dans ces deux cas, une expérimentation régionalisée devra être organisée dans la logique des réformes en cours et en complément de celles-ci.

L' expérimentation des scénarios proposés ici, aura l'avantage de donner une finalité claire à l'organisation en réseau d'acteurs de tous statuts et favoriserait le développement d'un système qui nous paraît adapté à l'attente des patients et au futur dispositif du G.C.S

Pour revenir sur la mise en application de la tarification à l'activité au 1^{er} janvier 2004, nous proposons quelques idées simples pour éviter des ruptures :

- Mettre en place un fonds de convergence sur cinq ans pour permettre les redéploiements d'activité et une meilleure organisation ;
- Auditer les établissements en difficultés et élaborer des plans de redressement ;
- Redéfinir les modalités de reporting à l'ARH, sachant que l'on sort du schéma budgétaire traditionnel pour arriver au compte d'exploitation et de résultats.

Cette réforme est essentielle pour passer d'une gestion comptable à de vrais comptes d'exploitation des différents pôles et de l'hôpital.

2) Un nouveau mode de financement :

Les missions de service public, la formation, la recherche feront l'objet de forfaits sur objectifs.

Pour moderniser ce dispositif, nous retenons quatre préconisations :

- Ces budgets devraient être notifiés le 1^{er} décembre précédant l'exercice considéré ;
- L'élaboration devrait se faire à partir d'indicateurs mis au point par l'ARH en partenariat avec les hospitaliers ;
- Le financement des nouvelles molécules devrait être intégré dans les tarifs, dès la délivrance de l'A.M.M pour éviter des risques de dérives ;
- Les décisions modificatives seraient arrêtées par le Conseil d'Administration.

C – La révision du code des marchés publics : Une nécessité pour mieux acheter

Bien acheter est une préoccupation essentielle des hospitaliers. Au-delà d'une compétence individuelle de chaque acheteur, les EPS ont la volonté depuis quelques années de mettre en place une organisation des achats plus efficace qui participe au décloisonnement progressif de l'hôpital.

Le développement des procédures d'assurance qualité, avec des indicateurs de mesure et d'évaluation, la création de cellules marchés, le souci de l'efficacité économique et du service rendu, constituent aujourd'hui la réalité des achats.

Cependant, si les acheteurs sont aujourd'hui des professionnels reconnus, leur efficacité est sérieusement limitée par les contraintes d'application du Code des Marchés Publics.

Le Code des Marchés Publics issu du Décret n° 2001-210 du 7 mars 2001, présenté comme plus moderne, plus simple et plus conforme au Droit Communautaire, est unanimement reconnu par ses utilisateurs, après 18 mois de pratique, comme plus complexe, incomplet et largement inefficace, plaçant les acheteurs dans une insécurité juridique permanente.

Ils se trouvent confrontés à une situation telle que le respect et la compréhension des seules procédures à mettre en œuvre, constituent la préoccupation essentielle, sinon exclusive, au risque de masquer l'objet même de l'achat.

La relance de l'investissement hospitalier, la recherche de l'efficacité économique, l'accélération des délais de réalisation des achats, nécessitent de donner aux EPS les moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Ces moyens passent nécessairement par un allègement considérable des procédures actuelles et un contrôle a posteriori fondé sur la confiance et une plus grande responsabilisation des EPS.

1^{ère} solution :

Il est proposé de ne plus soumettre les EPS au Code des Marchés Publics, mais aux seules Directives Européennes et prochainement à la Directive unique.

Bien entendu, la prévalence du Droit Communautaire (Directives), confirmée régulièrement par la jurisprudence nationale et européenne (CJCE), impose pour la passation des marchés publics, le respect de grands principes fondamentaux :

- liberté d'accès à la commande publique ;
- égalité de traitement des candidatures ;
- transparence des procédures ;
- efficacité de la commande publique.

Ces grands principes rappelés supposent nécessairement :

- la définition préalable des besoins ;
- le respect des obligations de publicité et de mise en concurrence.

Il appartiendra à chaque EPS de mettre en place, en interne, une charte de l'organisation des achats rappelant le respect des règles décrites ci-dessus et définissant les procédures à appliquer.

2^{ème} solution

Si cette recommandation ne pouvait être suivie, de très nombreuses modifications du Code des Marchés actuel sont indispensables :

- Supprimer, modifier ou remplacer par une nomenclature adaptée à l'activité hospitalière, la nomenclature actuelle ;
- Diminuer le nombre de seuils et les remplacer par les deux seuils des Directives Communautaires ;
- Faciliter la mise en place des groupements de commande pour rendre possible des achats groupés ;
- Accepter des offres variables par lot, pour une meilleure efficacité économique ;
- Autoriser, sous contrôle, une forme de négociation dans le cas des appels d'offres, dès lors qu'une réelle concurrence existe ;
- Prendre en compte les cas particuliers de la recherche et de l'innovation ;
- Favoriser la maîtrise d'ouvrage déléguée.

La loi Maîtrise d’Ouvrage Public (M.O.P) a aussi considérablement alourdi les procédures de travaux. Les différentes phases (esquisse, avant-projet sommaire, avant-projet détaillé, projet, appel d’offres) allongent considérablement les délais. On propose que ce processus soit allégé.

L’autre solution consiste à recourir au bail emphytéotique avec un opérateur privé qui réalise l’opération pour le compte du maître d’ouvrage. Ce type de marché qui intègre le délai et le coût nécessite à la fois une définition précise du programme des besoins et un cadre juridique sécurisé pour protéger le maître d’ouvrage.

Le détail de ces propositions est précisé dans l’annexe jointe.

D – La suppression de la séparation ordonnateur-comptable

A ce jour, les relations comptables – ordonnateur ne sont pas perçues comme un atout de performance par les hospitaliers. Demain, avec la tarification à l’activité et la nécessité d’éviter les créances irrécouvrables, la situation ne peut que s’aggraver.

L’objectif est de disposer à l’intérieur de l’E.P.S. des compétences à la fois financières et comptables parfaitement intégrées pour la gestion efficace des ressources. La logique de cette proposition impliquera la **suppression de la séparation de l’ordonnateur et du comptable** selon les règles traditionnelles de la comptabilité publique.

En attendant, les équipes hospitalières et les services du Trésor doivent passer d’une relation d’administration à une relation de tâches partagées autour d’un projet commun.

Les services du Trésor souhaite développer le partenariat autour de trois axes majeurs :

- l’unité de lieu pour les équipes du Trésor et des services financiers de l’hôpital pour mieux travailler ensemble, organiser le service (par exemple, heures d’ouverture rapidité d’encaissement et de paiement), partager les informations ;
- mettre en place une chaîne continue du traitement de la dépense et de la recette ;
- développer en synergie les systèmes d’information et la comptabilité (compte administratif et de gestion), ainsi que la comptabilité analytique.

Pour engager cette évolution majeure de nos organisations, il est nécessaire que les services du Trésor participent à l’expérimentation sur la tarification, apportent leurs compétences en matière d’analyse et d’audit. Enfin il serait judicieux que le receveur soit associé aux réunions stratégiques qui vont impacter sur les budgets.

Ainsi, sans remettre en cause le contrôle nécessaire de la dépense publique, les compétences seront mutualisées autour du projet de réforme du financement.

LES PROPOSITIONS

- 12 ➤ Affirmer L'ANAES et les sociétés savantes dans leur rôle d'évaluation de la qualité avec les conséquences positives ou négatives pour les établissements publics et privés ;**
- 13 ➤ Mettre en place dès le 1er janvier 2004 la tarification à l'activité, outil indispensable de la dynamisation du dispositif ;**
- 14 ➤ Maintenir les missions de service public sous régime forfaitaire régulièrement évalué et assoupli dans sa mise en œuvre ;**
- 15 ➤ Mettre un terme à la séparation de l'ordonnateur et du comptable ;**
- 16 ➤ Assouplir le code des marchés publics dans son application aux E.P.S.**

V. LA MISE EN OEUVRE

Les propositions exposées dans ce rapport ont suscité partout l'intérêt, le débat, la contradiction, mais le doute reste profond.

« Un rapport de plus ... »

« Les textes continuent à nous tomber dessus... »

« La énième réforme qui ne règlera pas nos problèmes... »

« C'est un rêve ? »

La réussite du projet « Hôpital 2007 » tiendra avant toute autre considération aux modalités de mise en œuvre.

Si le projet prend les contours d'une grande réforme législative et administrative avec sa batterie juridique et sa déclinaison hiérarchique, l'échec est assuré et les hospitaliers s'enfermeront dans leur désenchantement.

En revanche dans la mesure ou une véritable volonté de s'en sortir dans le cadre d'un vrai projet s'est manifestée à tous les échelons de la hiérarchie hospitalière nous pensons que le changement est possible si le projet est piloté de près.

Ce pilotage professionnel avec une équipe-projet de taille réduite au côtés du Ministre aura pour rôle d'impulser la réforme, de travailler en coordination avec les différentes missions et d'animer l'expérimentation autour d'une ou deux régions pilotes et plusieurs dizaines d'établissements prêts pour une mise en œuvre rapide.

La forte implication du Ministre dans cette mise en oeuvre, la mobilisation des moyens seront gage de réussite et facteur d'entraînement pour l'ensemble des hôpitaux. Les dispositifs juridiques et statutaires devront être rénovés et l'expérimentation aura pour objectif d'enclencher le changement et d'ajuster les réformes avec pragmatisme.

Nous mesurons l'ampleur du chantier :

- La bonne volonté ne suffira pas, il faudra acquérir de nouvelles méthodes de travail ;
- L'esprit d'équipe et de résultats, à tous les niveaux, devra prévaloir sur la relation administrative et hiérarchique ;
- L'autorité devra être restaurée et par là-même, la concertation renforcée ;
- Des moyens importants d'accompagnement et de communication seront mobilisés (audits – consultants – investissements) ;
- La valorisation rapide des résultats par le Ministre sera la meilleure réponse à l'incrédulité.

Il en va de notre responsabilité collective. Retrouver l'harmonie entre le progrès médical et le fonctionnement quotidien au lit du malade est un pari que nous pouvons gagner. De très nombreux hospitaliers sont prêts à relever le défi pour bâtir un hôpital qui ne fasse plus la Une avec ses difficultés, ses conflits et ses insuffisances mais avec la qualité de ses professionnels et de ses techniques au service des malades qui se confient à lui.

VI. 16 + 1 PROPOSITIONS

- 1 ➤ Redéfinir les missions et rôles des services de l'Etat et du Parlement dans un cadre légal et réglementaire simplifié et moins normatif ;**
 - 2 ➤ Renforcer le niveau régional grâce à une Agence aux compétences élargies et des projets débattus au sein du Conseil Régional de Santé ;**
 - 3 ➤ Assurer dans le cadre du territoire de santé la mise en œuvre de l'offre et la permanence des soins dans une prise en charge coordonnée des patients, de l'urgence jusqu'au retour à domicile en passant par les soins de suite ;**
 - 4 ➤ Permettre à chaque établissement de définir par règlement intérieur sa propre organisation ;**
 - 5 ➤ Rendre l'initiative aux équipes et responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin ;**
 - 6 ➤ Articuler le pilotage de l'hôpital entre un Conseil d'Administration garant de la politique institutionnelle et un Comité Stratégique assurant la direction ;**
 - 7 ➤ Organiser la concertation au niveau des trois instances pluri-professionnelles pour recentrer l'action sur le soin ;**
 - 8 ➤ Revaloriser la fonction médicale par un vrai contrat dynamisant un statut lourd et peu motivant ;**
 - 9 ➤ Elargir le recrutement et les compétences des directeurs et reconnaître la fonction de chef d'établissement à hauteur de ses responsabilités ;**
 - 10 ➤ Reconsidérer l'encadrement intermédiaire, clarifier ses missions et proposer un plan de carrière ;**
 - 11 ➤ Eclaircir l'horizon professionnel des personnels au-delà des dispositifs statutaires : évolution des métiers, formation, promotion et intéressement ;**
 - 12 ➤ Affirmer L'ANAES et les sociétés savantes dans leur rôle d'évaluation de la qualité avec les conséquences positives ou négatives pour les établissements publics et privés ;**
 - 13 ➤ Mettre en place dès le 1er janvier 2004 la tarification à l'activité, outil indispensable de la dynamisation du dispositif ;**
 - 14 ➤ Maintenir les missions de service public sous régime forfaitaire régulièrement évalué et assoupli dans sa mise en œuvre ;**
 - 15 ➤ Mettre un terme à la séparation de l'ordonnateur et du comptable ;**
 - 16 ➤ Assouplir le code des marchés publics dans son application aux E.P.S.**
- **Engager la démarche de modernisation avec un groupe projet réunissant des professionnels (niveau central et local) sous l'autorité directe du Ministre.**
-