



# PLATEFORME POUR UNE NOUVELLE POLITIQUE DE SANTE

La **C**onférence **N**ationale des **D**irecteurs de **C**entre **H**ospitalier propose une refonte et une évolution globale de notre système de santé en ne confinant pas le débat à la seule logique du soin et au fonctionnement interne de l'hôpital, pour promouvoir, au-delà d'un projet de réforme supplémentaire, une politique de santé globale, ouverte, porteuse de sens, conduite par un nouveau projet managérial.

# SOMMAIRE

<u>PREAMBULE</u> .....	4
------------------------	---

<u>INTRODUCTION GENERALE</u> .....	5
------------------------------------	---

## **POUR UN ESPACE GLOBAL ET OUVERT**

<u>UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTE</u> .....	9
---	---

<u>DES ACTEURS DE SANTE RECONNUS</u> .....	11
--	----

<u>I - LA PLACE DE LA POPULATION, OBJET, SUJET ET PRINCIPAL ACTEUR DE SA PROPRE SANTE</u> .....	11
---	----

<u>II - LES PROFESSIONNELS DE SANTE, CŒUR ET BRAS DU SYSTEME SANITAIRE</u> .....	12
--	----

<u>III - LES DECIDEURS</u> .....	13
----------------------------------	----

<u>LES TERRITOIRES</u> .....	14
------------------------------	----

<u>I - QUELLE CARTOGRAPHIE ? DU SECTEUR SANITAIRE AU BASSIN DE SANTÉ</u> .....	14
--	----

<u>II - QUELLE RÉGIONALISATION ? LA RÉGION, LIEU DE RÉGULATION ET D'INITIATIVE</u> .....	15
--	----

## **POUR UNE ORGANISATION COHERENTE ET EFFICACE**

<u>UNE REGULATION EXTERNE</u> .....	18
-------------------------------------	----

<u>I - UN NOUVEAU REFERENTIEL</u> .....	18
---	----

<u>II – UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE REGULEE ET EQUITABLEMENT REPARTIE</u> ..	19
---	----

<u>III - UNE PLANIFICATION HARMONISEE</u> .....	20
---	----

<u>UNE ORGANISATION INTERNE DECLOISONNEE</u> .....	22
--	----

<u>I - L'ORGANISATION INTERNE DE L'HOPITAL</u> .....	22
--	----

<u>II – UN SYSTEME DE CONCERTATION ET DE REGULATION</u> .....	24
---	----

<u>III – LE SYSTEME DE PRISE DE DECISION</u> .....	26
--	----

<u>PROJET SOCIAL ... CONTRAT SOCIAL ?</u> .....	27
---	----

<u>FINANCEMENT</u> .....	30
--------------------------	----

<u>I - GARANTIR LES MOYENS REQUIS PAR LE NIVEAU DE QUALITÉ DE LA SANTÉ SOUHAITÉ</u> .....	30
---	----

<u>II - TARIFICATION À L'ACTIVITÉ : UN NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT POUR PLUS D'ÉQUITÉ ET D'EFFICIENCE...</u> .....	30
--	----

<u>III – A CONDITION DE PRÉVENIR LES DÉRIVES POTENTIELLES</u> .....	31
<u>IV - UNE RELANCE VIGOUREUSE DES INVESTISSEMENTS</u> .....	32
<u>UNE POLITIQUE CONTROLÉE ET ÉVALUÉE</u> .....	33
<u>I – LES OUTILS ET LE PILOTAGE</u> .....	33
<u>II - LES SYSTÈMES D'INFORMATION</u> .....	34
<u>III - L'ACCREDITATION</u> .....	36
<u>IV - UNE AMBITION MANAGÉRIALE</u> .....	36

# PREAMBULE

---

Ce texte, et toutes ses orientations, ont été approuvés, à l'unanimité, par l'Assemblée Générale de la Conférence des Directeurs de Centre Hospitalier, le 2 juillet 2003.

Il constitue une plateforme, trace des perspectives pour une nouvelle politique de santé, et n'a pas pour vocation, à cette étape, de décliner l'ensemble des mesures qui devront l'accompagner et qui, compte tenu de leurs nombreuses implications juridiques et statutaires devront être ensuite débattues dans le cadre des Instances concernées.

Ce document, en la forme actuelle, est rédigé quand le dernier bulletin épidémiologique hebdomadaire indique qu'un tiers des décès survenant avant 65 ans sont évitables et que s'annonce un déficit de l'assurance maladie qui s'élèvera à près de 8 milliards d'euros.

Pour la Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier, cette situation, paradoxale, est la marque d'une impasse qui, plus que d'une réforme supplémentaire toilettant l'existant, et cherchant à résoudre des tensions souvent corporatistes, secondaires, exige, de manière très réaliste, un nouveau regard sur la santé et ses acteurs, une politique, globale, ouverte, animée par le bon sens ... mais aussi le courage pour la défense de valeurs qui fondent ce grand service public.

# INTRODUCTION GENERALE

---

Dire que le système de santé est en crise est dorénavant une banalité, à savoir une vérité éprouvée...

Le mathématicien René THOM définissait l'état de crise comme le moment de la disparition d'un système quand aucun autre n'existe pour le remplacer.

Le système hospitalier Français demeure fondé sur les Ordonnances de 1958 du Professeur DEBRE et n'a jamais connu depuis de véritable refonte de son sens et de sa mission.

Le poids des réformes et adaptations a été par contre particulièrement important à travers les lois de 70 de 91 et plus récemment les ordonnances de 1995.

C'est dans cette lignée « réformiste » que semble se diriger le plan Hôpital 2007 en épousant les orientations de politique publique d'essence anglo-saxonne.

La question est toujours d'envisager un changement radical avec toutes ses conséquences politiques, et le courage qu'il nécessite dans tous les domaines (financement, aménagement du territoire, modification des statuts etc.....) ou de sacrifier à des aménagements « managérialistes » aux effets plus cosmétiques que structurels.

## **En changer les outils n'a jamais constitué une politique de santé.**

« Il n'est pas de bon vent pour celui qui ne sait où il va. » (Sénèque). Il en va ainsi des réformes.

On peut également dire que repenser la politique de santé publique à partir de l'hôpital revient à poursuivre la recherche sur la bougie pour améliorer l'éclairage.

Notre système depuis plus de vingt ans maintenant est pourtant confronté à d'énormes contradictions à commencer par un niveau important de dépenses (actuellement quatrième pays au titre du PIB), pour des résultats moyens en terme d'épidémiologie et une surmortalité évitable toujours importante.

Il fait apparaître plusieurs caractéristiques d'une évolution mal accompagnée gérant des interrogations et des dysfonctionnements :

- ✓ De graves pénuries médicales dans de nombreuses zones géographiques du Nord de la Loire pour une densité par habitant nous situant parmi les premiers au monde.
- ✓ Une confusion entretenue entre la qualité des soins et la proximité du plateau technique.
- ✓ Un environnement économique ayant profondément muté avec l'instauration de règles du marché, marque de l'abandon de la santé comme fonction régaliennne.
- ✓ Le poids grandissant des usagers (devenus des citoyens consommateurs) sur un fond de judiciarisation).
- ✓ Une quête identitaire forte de professionnels désabusés et démotivés.
- ✓ Enfin, une prise de conscience croissante du rôle de la prévention et de la réinsertion qui milite pour une réorientation des dépenses dans le champ de l'éducation et du médico social.

**L'hôpital public n'est qu'une partie de ce tout, et ses professionnels doivent se confronter et s'adapter à ce nouvel environnement, sauf à se condamner à des joutes intestines et corporatistes dont s'abreuvent les crises qui ont toujours pour caractéristique d'empêcher de penser et de se ruer à la recherche du bouc émissaire.**

### ***Tensions budgétaires – tensions sociales***

Elles constituent un double paradoxe.

En 1979, pour la première fois, les dépenses hospitalières étaient assujetties à un taux directeur calculé sur le taux de l'inflation (11.4 %...)

Cette mesure succédait au numerus clausus médical visant également à limiter les dépenses de santé.

Il s'agissait là de la marque que la gestion publique de la santé n'était plus une activité « régaliennne » et que sa légitimité était mesurée à l'aune de l'efficacité que pourrait produire une régulation par le marché.

Depuis cette période, progressivement, les professionnels de santé ont éprouvé le sentiment d'un garrot budgétaire malgré le niveau important des dépenses par rapport au Produit Intérieur Brut qui situe toujours notre pays à la quatrième position dans le monde.

L'antienne « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût », rappelée de manière aussi incantatoire que la maîtrise médicalisée des dépenses, est toujours mal entendue par un service public peinant à justifier sa productivité et à rendre des comptes à la Nation.

Culturellement les valeurs du libéralisme médical et de l'indépendance de la prescription, conjuguées à une vocation des autres catégories de professionnels teintée de charité, confortée par l'état providence, sont rentrées en contradiction avec une exigence professionnelle demandant également performance et évaluation.

Les 35 heures ont constitué une fracture dans un système déjà très fragilisé: l'absence de compensation des temps libérés a entraîné un accroissement de l'intensité de la charge de travail dans une durée d'exercice certes plus limitée mais annihilant l'effet recherché.

Un sentiment de dévalorisation est également apparu du fait de percevoir, a posteriori, que cette baisse des effectifs apparaissait comme possible du fait d'une organisation perfectible et d'une charge de travail pouvant être optimisée alors que les ressources étaient déjà tendues.

D'une manière générale, la rupture avec « l'Etat Providence » ne s'est pas encore opérée et toutes les réformes accumulées, même les plus positives au plan social, génèrent toujours un sentiment d'insatisfaction comme étant instrumentées pour faire passer la rigueur.

**Aucun vecteur de progrès** n'a été tracé pour permettre de reconfigurer la politique publique de santé avec l'évolution très rapide de l'environnement économique, aucune association véritable des professionnels pour penser un système de santé adapté à cette contrainte n'a été réalisée.

**Une réforme institutionnelle** doit toujours être au service d'un sens et d'un vecteur d'évolution fort et affiché : un nouveau « programme institutionnel » selon la définition de François DUBET, la définition d'un nouveau référentiel sont nécessaires.

L'enjeu est politique, celui d'une politique nationale et doit être porté à ce niveau à la veille d'une nécessaire restructuration du paysage hospitalier qui se percutera avec l'aménagement du territoire et des enjeux électoraux.

L'hôpital public vit par à coups qu'il s'agisse de grandes causes de santé publique (SIDA, cancer ...) de crises sociales, (mouvements infirmiers, 35 heures...), et de réformes diverses dont le poids réglementaire constitue un véritable « harcèlement textuel » d'autant plus insupportable que les mesures décidées ne sont jamais accompagnées de moyens correspondants.

Depuis les ordonnances de 1996, les Etablissements hospitaliers ont du ainsi s'adapter à la mise en place des ARH, participer au SROSS et élaborer de nouveaux projets d'établissement, accentuer leurs efforts en matière de comptabilité analytique et vivre avec le point ISA, établir des contrats d'objectifs et de moyens, mettre en place les 35 heures, s'inscrire dans les démarches d'accréditation... et s'atteler maintenant à la Réduction du Temps de Travail du Corps Médical, à la tarification à l'activité, et penser à une nouvelle gouvernance.

Comme nous l'avons dit ci-dessus, toutes ces réformes, stratifiant leurs effets, mobilisant des énergies sans réelle continuité, sont d'importation Anglo-saxonne, ce qui n'est pas forcément péjoratif, mais n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation.

De plus, leurs pays promoteurs, USA, Grande Bretagne, n'apportent pas d'exemple de leur succès qu'il s'agisse du poids des dépenses de santé dans le PNB (12,9 % aux USA) ou de la réponse à la demande de soins.

L'enjeu véritable est pourtant de redéfinir notre politique de santé et d'y associer ses acteurs autour d'objectifs vecteurs de progrès au service d'une nouvelle ambition managériale.

**Pour la Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier, la profonde crise économique et sociale que vit depuis de nombreuses années le service public de santé, et la politique de santé en général, est la marque d'une impasse qui nécessite de l'engager de manière urgente et volontaire dans une autre perspective.**

A un système cloisonné et coûteux, ne prenant pas en considération l'ensemble des problèmes de santé de la population, dans une vision globale de la prévention, du soin, et des besoins médico sociaux, pour ne se limiter qu'aux seules actions curatives, dans une logique privilégiant l'hospitalo centrisme et les comportements médicaux, il convient de substituer une politique de santé globale, décloisonnée et résolument organisée en pôles de compétence et réseaux au sein d'un bassin de population.

**Les Directeurs d'hôpitaux, par leur conférence, revendiquent une capacité à conduire et gérer cette politique globale de santé publique, qui nécessite un espace d'action dépassant la seule gestion hospitalière pour diriger, animer et évaluer de manière dynamique et responsabilisée une politique de santé, non confinée aux soins, plus réactive et plus efficace appréhendée par bassins de populations.**

\* \* \* \* \*

**– POUR UN ESPACE GLOBAL  
ET OUVERT**

# UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTE

---

Notre système de santé a toujours privilégié, c'est un euphémisme, le curatif à une politique de santé globale incluant l'éducation, la prévention et la réinsertion.

Il demeure en effet fondé par les Ordonnances du 30 décembre 1958, qui ont bâti l'hôpital public comme « temple » du système, cette approche étant confortée par la Loi du 31 décembre 1970.

La politique de santé de notre pays apparaît ainsi animée par deux préoccupations principales : l'accès aux plateaux techniques de soins et la maîtrise de ses dépenses. Or, une politique publique doit intégrer dans son processus de décision l'ensemble des conduites permettant de modifier un état insatisfaisant.

En l'occurrence, la connaissance des causes d'une maladie, sa distribution au sein de la population doivent être des données qui la distinguent d'un seul système curatif, qui, lui, ne s'intéresse qu'à la seule maladie.

Certes l'exercice est difficile car si la santé est muette, la maladie est bruyante.

Plusieurs considérations conduisent à cette nouvelle orientation:

Tout d'abord la nécessité d'une approche globale de la santé.

L'anthropologie de la santé renseigne bien sur le considérable besoin d'évolution d'une médecine qui, pour scientifique qu'elle se présente, n'offre pas les garanties de rationalité attendues et doit nécessairement se conjuguer avec des problèmes psychologiques et sociaux, qui doivent faire l'objet d'une place plus importante dans une réelle politique de santé.

Compte tenu de son poids économique, social et culturel, il apparaît de plus en plus inadapté, pour ne pas dire incongru, que la volonté politique continue à réduire la gestion de la santé à celle de la seule maladie vécue comme une fatalité coûteuse et dans une approche exclusivement somatique pour ne pas dire réduite aux seuls comportements et pratiques médicaux.

**Une économie de santé doit intégrer la lutte sur la surmortalité, les comportements alimentaires, la réinsertion qui, nous le savons, ne bénéficient pas des moyens budgétaires nécessaires pour une efficacité pourtant évidente.**

A la prise en compte globale du sujet souffrant s'oppose une hyperspécialisation des pratiques médicales et des séquences de soins, sans relation entre elles : santé / médico social, ou encore trop cloisonnées : spécialités médicales / Gériatrie / Soins de Suite.

Il convient donc d'organiser un dispositif global et de mettre en œuvre un processus qui permettra d'inscrire les différents partenaires et leur domaine d'action de manière à soigner mais également préserver un état de santé : l'organisation de pôles de compétence embrassant l'ensemble d'une problématique de santé publique, de l'éducation à la réinsertion, dans une vision épidémiologique, prenant en compte le préventif autant que le curatif.

Les contraintes économiques, et le poids croissant des dépenses de santé, conduisent également à remettre en cause la multiplicité et la dispersion des plateaux techniques compte tenu du coût des équipements mais aussi surtout de ceux de ressources humaines spécialisées et rares dont l'expertise repose sur une pratique fréquente. Ainsi faut-il, sur un bassin de santé donné, effectuer une gradation du dispositif, mieux articuler les équipements, de l'accès au plateau technique aux possibilités de maintien à domicile.

Une articulation spécifique doit être dessinée pour la mission des CHU au sein de la région. Au titre du plateau technique et des équipements lourds d'une part, par la systématisation de protocole de fonctionnement avec les pôles de référence hospitaliers et les réseaux, mais également au titre de l'enseignement et de la recherche par la mise en œuvre de conventions permettant l'affectation de PUPH dans les hôpitaux de la région ce qui favoriserait également le développement de la recherche clinique.

Si l'« hôpital à tout faire » ne correspond plus à cette évolution, l'atomisation des structures est un autre risque qui doit être pallié par un système articulant au mieux, en fonction de la maladie et de ses états cliniques, la mise en jeu des différentes modalités de prises en charge ou de suivi des patients.

Un dispositif centré sur le patient, à partir de pôles de compétence fonctionnant en réseau sur un bassin de population.

La question n'est donc plus de réformer ou de chercher à améliorer une organisation inefficace mais de penser pour le service public une nouvelle politique et une nouvelle organisation qui conduit à la recherche d'un nouvel espace et d'une organisation cohérente.

La cohérence milite également pour la poursuite d'une organisation Régionale à partir d'agences régionales de la santé dotées de l'ensemble des leviers de décision sur l'organisation sanitaire publique et privée mais également médico sociale.

Sur la forme juridique, un nouvel établissement public de santé doit naître déclinant par bassin de santé la politique régionale déterminée par un SROSS nourri d'une politique préventive, éducative et médico sociale, évaluant son action à partir de données épidémiologiques tout autant que financières.

Les groupements de coopération sanitaire, ainsi que le statut d'établissement intercommunal, offrent des solutions tout à fait appropriées pour une mise en œuvre graduée et adaptée à tel ou tel bassin de santé en fonction de ses besoins et de son niveau d'équipement.

**A un système basé sur le soin et l'hospitalo-centrisme doit succéder une organisation de santé globale, ouverte, orchestrant les dispositifs de prise en charge sur un bassin de population appréhendé dans sa dynamique socio géographique, et évaluant ses résultats sur les gains en terme de morbidité plutôt que sur la simple maîtrise budgétaire.**

\* \* \* \* \*

# DES ACTEURS DE SANTE RECONNUS

---

Utilisée depuis plusieurs années, cette expression identifie le rôle « agissant » de tous ceux qui participent ou doivent participer à la chaîne du soin et, au-delà du soin, au maintien en santé d'une population. Ce but, d'ordre général, doit être décliné en objectifs et en actions.

La place et le rôle de chacun des acteurs de santé doivent être définis de façon cohérente. Leurs actions sont nécessairement imbriquées et solidaires.

## I - LA PLACE DE LA POPULATION, OBJET, SUJET ET PRINCIPAL ACTEUR DE SA PROPRE SANTE

Il est difficile de trouver à son propos un qualificatif pertinent, évoquant de façon précise les actions à mener concernant son maintien en santé. Si les membres qui la composent sont généralement reconnus comme devant occuper une place prépondérante dans la définition et la mise en œuvre d'une politique de santé, les termes dont on les identifie sont généralement peu satisfaisants.

Ils ont été et sont encore, tour à tour, appelés:

« Malades », bien que beaucoup d'entre eux ne le soient pas, alors même qu'ils entrent dans la chaîne du soin (femmes enceintes, actions de dépistage, consultations, explorations ou bilans aboutissant à un bilan négatif, personnes âgées dépendantes...). Ce terme même, ancre notre système de santé dans une approche curative alors que chacun s'entend à reconnaître qu'il est impératif de développer les aspects de la prévention.

« Patients », terme à double sens qui ne les reconnaît que dans un rôle passif, dont l'attente est la première composante.

« Clients », ou « consommateurs de soins », ce qui tend à inscrire la santé dans le champ du consumérisme et des rapports de marché.

« Usagers », ce qui suggère qu'ils sont, avant tout, les utilisateurs d'un service et notamment du Service Public Hospitalier.

Il est vrai que si aucun de ces termes n'illustre, de façon globale, ce que devrait être une politique de santé cohérente et des actions de santé adaptées aux besoins réels de la population que cette politique entend servir, aucun de ces vocables n'est réellement tout à fait inadapté.

Les patients, (dans les deux sens du terme !) sont actuellement perçus comme les usagers ou les clients d'un système de santé qui s'analyse davantage comme un système de soins. Qu'ils soient malades ou non, ils ont fréquemment tendance à consommer ce soin comme s'il s'agissait d'un produit ordinaire. Leur participation, que l'on voudrait active et éclairée, se résume encore, dans bien des cas, en une simple participation financière.

Il ne suffit évidemment pas d'énoncer avec force que chacun doit être l'acteur de sa propre santé pour que ceci rentre réellement dans les faits. La population de ce pays est extrêmement hétérogène, sur le plan culturel, socio-professionnel, économique. Son attente et ses facultés de compréhension dans le domaine de l'information sont extrêmement inégales. Sa possibilité même de recourir au système de soins demeure encore, dans certains cas, précaire et aléatoire.

**Pourtant, l'objectif d'offrir à tous un égal accès aux soins, une égalité de chances et un égal droit à la santé demeure un principe que nul ne peut contester. Au-delà des textes rappelant ces droits, au-delà de l'organisation d'une participation des usagers à la définition d'une politique de santé, il convient donc de bâtir un dispositif favorisant ces droits et cet accès.**

**Celui-ci ne peut s'organiser qu'autour des acteurs de terrain, les plus proches possibles de la population, organisés en réseaux et servant de relais pour une bonne efficacité des actions entreprises.**

C'est au travers de ses représentants légitimes, élus locaux, régionaux ou nationaux, au sein de comités de bassins ou des conseils régionaux de santé, au sein du Parlement, qu'une population exprime ses choix, valide des priorités et impulse les actions de santé qui la concerne. **Cette participation ne saurait être remise en cause et pourrait être sensiblement améliorée au plan local, par la mise en œuvre de comités de bassins de vie où se discuteraient, en commun, avec les professionnels de santé, les priorités d'une population spécifique, clairement identifiée.** De nombreuses municipalités ont inscrit l'amélioration des actions de santé dans leur programme et leur action, et il semble légitime de leur donner, sur ce point, de meilleurs moyens d'expression. Là encore, l'articulation avec le terrain, les travailleurs sociaux au contact des populations en difficulté, les représentants légitimes des villes sont de nature à permettre l'amélioration du dispositif, dans un souci de pragmatisme et d'efficacité.

L'entrée des représentants des usagers, au sein des Conseils d'Administration des établissements publics, a constitué, dans bien des cas, une source de dialogue complémentaire et une réelle richesse dans les débats. Le fait qu'ils puissent accéder, en tant qu'Administrateurs, aux comités stratégiques organisés dans les établissements, aux Commissions d'Appel d'Offres, ou à toute autre instance de travail, a permis, dans bien des cas, d'améliorer le lien entre les projets d'établissements et les besoins de la population. Il semble souhaitable de poursuivre sur cette voie, bien qu'il soit difficile de trouver les « bons représentants » !

**Ces deux formes traditionnelles de représentation ne sauraient cependant suffire. Pour être des acteurs éclairés de leur propre santé, les citoyens doivent être sensibilisés, plus qu'à l'heure actuelle, à la prévention, à l'éducation sanitaire, et à l'impact de leur consommation de produits de santé. Cela s'apprend, ou doit s'apprendre dès l'école, et l'efficacité des actions de lutte contre la Sida qui y ont été entreprises prouve la pertinence d'un tel apprentissage.**

## **II - LES PROFESSIONNELS DE SANTE, CŒUR ET BRAS DU SYSTEME SANITAIRE**

Nous visons là aussi bien les établissements de santé que les différents professionnels qui oeuvrent au sein ou en dehors de ces établissements.

Qu'ils exercent au sein d'établissements publics ou privés, dans le champ sanitaire ou le champ médico-social, qu'ils pratiquent en cabinets de ville ou au sein d'associations, que leurs missions ou leurs compétences les conduisent à exercer un travail de proximité ou des actions hautement spécialisées, les professionnels de santé, dans toute leur diversité, ne sauraient être réduits à être des fabricants d'actes, principalement identifiés, reconnus et rémunérés comme tels.

Il est encore aujourd'hui, en règle générale, plus valorisant et plus rémunérateur, de pratiquer un acte chirurgical plutôt que de mettre un patient sous surveillance, de prescrire plutôt que d'éduquer, de faire « tourner » rapidement les patients plutôt que de faire tourner à leur chevet les différents professionnels que requiert leur état.

**Favoriser et développer les actions de prévention et d'éducation passe nécessairement par la reconnaissance et la valorisation de ces actions.** La dissociation entre le champ sanitaire et le champ médico-social, principalement argumentée par la dissociation des financeurs, est, pour une large part, purement artificielle et n'aboutit, le plus souvent, qu'à rendre plus complexes encore des situations et des prises en charge qui ne sont déjà pas si simples.

**La coopération, la mise en commun de moyens, la circulation de l'information, le développement de la formation sont des piliers fondamentaux d'actions cohérentes et efficaces.**

Le développement des formations aux exigences et aux enjeux de santé publique doit être assuré, dès la formation initiale des différents professionnels qui seront chargés d'impulser et de mettre en œuvre les politiques décidées. Pour ce qui concerne les médecins, cette sensibilisation devrait être réalisée tout au long de leurs études médicales.

Depuis plusieurs années, la plupart des acteurs de santé, qu'il s'agisse d'établissements ou de professionnels, tous statuts et modes d'exercice confondus, ont impulsé et développé ces actions de partenariat, notamment sous forme de réseaux plus ou moins constitués. Dans un bon nombre de cas, les pratiques professionnelles ont profondément changé.

Dans le domaine de la cancérologie, des soins palliatifs, de la prise en charge des personnes âgées, de la prise en charge des populations les plus démunies, ces actions collectives sont devenues, sinon la règle, du moins une pratique courante.

**Bien que d'importants développements soient encore à réaliser, ces évolutions doivent être connues et reconnues. Le financement des actions collectives, des pratiques en réseaux, des partenariats divers, dont on peut mesurer, dans bien des endroits, la richesse et l'efficacité, reste encore hypothétique et embryonnaire. Il doit être renforcé. C'est dans ce maillage des établissements et des professionnels entre eux que résident probablement l'amélioration du dispositif, l'efficacité des actions, l'efficience des réponses.**

**Lorsqu'il s'agit de professionnels à forte revendication de reconnaissance et d'autonomie, l'incitation et l'accompagnement sont souvent de meilleurs moteurs que la contrainte. Il convient donc de maintenir, et même d'élargir, les champs d'autonomie et d'initiative des établissements dans ces domaines, de reconnaître et de valoriser les actions entreprises, de diffuser les expériences réussies après leur évaluation. Ceci n'est nullement incompatible avec le cadre clair et rigoureux, mais à mailles larges, que doivent constituer les SROS.**

### III - LES DECIDEURS

Du niveau de l'Etat, jusqu'à celui de chaque établissement, la chaîne des décideurs en matière de santé est longue.

**S'il appartient à l'Etat de décider des grandes orientations et de déterminer les grands axes de la politique de santé, ainsi que les moyens nécessaires à leur application, chaque établissement doit disposer d'un volant de liberté, au travers de son projet d'établissement, pour adapter la politique de santé aux besoins de la population qu'il dessert, et choisir ses propres axes de développement, en regard de ceux qui sont développés par les établissements qui l'entourent.**

Etant donné l'hétérogénéité du territoire français et des populations qui le composent, le niveau de l'Etat est trop large pour définir autre chose que des grands axes. Le niveau de l'Etablissement est évidemment trop étroit.

**C'est, comme à l'heure actuelle, le niveau régional qui paraît le plus adapté pour définir avec pertinence les besoins d'une population, décider des priorités à mettre en œuvre, définir la place de chacun, tout en maintenant l'indispensable niveau d'autonomie de chaque structure de soins.**

La mise en œuvre de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire a constitué un très réel progrès que l'on ne saurait remettre en cause. Cependant, limiter la compétence des Agences Régionales à la seule hospitalisation, alors même que le partenariat entre acteurs de santé, publics ou privés, institutionnels ou libéraux, et le maillage de professionnels entre eux, constituent, de toute évidence, la clé du progrès, est un frein que beaucoup dénoncent depuis longtemps.

**Il est donc impératif de faire évoluer les ARH vers des ARS et de leur confier, avec l'appui des Conseils Régionaux de Santé où s'exprimeront les représentants de la population et les professionnels, un pouvoir de décision élargi, tant dans le domaine sanitaire incluant le système libéral que dans le domaine médico-social, tant dans le choix d'une politique que dans l'affectation des ressources nécessaires pour la mener à bien. A cette fin, l'Agence Régionale contractualise d'une part avec l'Etat qui lui donne un cadre et, d'autre part, avec les établissements qui mettent en œuvre, sur le terrain, la politique de santé reconnue nécessaire.**

Notons que les acteurs libéraux ont, eux aussi, des obligations auxquelles ils ne sauraient se soustraire, dans le domaine de la permanence des soins par exemple.

\* \* \* \* \*

# LES TERRITOIRES

---

Dès lors que le champ de la politique de santé est défini et les acteurs identifiés, il convient de déterminer le niveau territorial de décision et de mise en œuvre le plus pertinent. Le territoire n'est pas une fin en soi. Il peut être un simple "contenant", entité d'exécution d'une politique "descendante". C'est la logique de la carte sanitaire, version 1970, instaurant les deux territoires normatifs que sont la région et le secteur sanitaire.

Une approche plus dynamique de l'organisation sanitaire et de l'aménagement du territoire conduit à remettre en cause ces notions quelque peu dogmatiques.

Émerge alors une approche plus "ascendante" du territoire, constitué à partir de l'initiative locale, sur l'exemple de l'intercommunalité, privilégiant le "contenu" à savoir la réponse à des besoins de santé définis dans un cadre géographique spécifique.

## I - QUELLE CARTOGRAPHIE ? DU SECTEUR SANITAIRE AU BASSIN DE SANTE.

Dans une approche plus fonctionnelle qu'administrative, une cartographie formalisée obéissant à des règles uniformes de découpage n'est plus adaptée. Il est donc nécessaire de définir de nouveaux outils de découpage, permettant de traduire au plus juste les spécificités de santé locales. A ce titre, le territoire de santé ne recouvre pas nécessairement la notion de "pays" telle qu'elle apparaît dans la loi portant aménagement du territoire, même si une telle cohérence doit être recherchée. **Il est proposé de retenir l'appellation de "bassin de santé", déjà utilisée officiellement depuis la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle.**

Il convient néanmoins d'éviter une conception trop "hospitalo-centrique" du bassin. En effet, les quelques SROS de 2<sup>ème</sup> génération ayant mis en œuvre cette notion l'ont principalement définie comme une zone d'attraction hospitalière, dessinée par les flux du domicile vers un ou plusieurs établissements de soins. Ce découpage a en outre l'inconvénient d'entériner l'existant.

La réflexion à mener pour définir la méthodologie de construction des territoires pourra utilement s'inspirer du rapport d'un groupe de travail du CREDES, intitulé "territoires et accès aux soins" et publié en janvier 2003. Il apparaît que cette construction passe par une analyse technique, combinant besoins et flux mais aussi par une implication des acteurs : professionnels (pas seulement hospitaliers), élus et usagers. **Le bassin constitue le lieu légitime de rencontre entre une population identifiée et des professionnels organisés.**

La question de l'accès effectif aux services de soins reste centrale. Elle implique une approche graduée entre niveau de proximité et niveau de référence. Le niveau de proximité est le plus difficile à définir face aux exigences de qualité et de sécurité. Il pose la question du rôle de l'hôpital local. Le niveau de référence, quant à lui, pose la question du rôle du CHU dont la fonction d'enseignement et de recherche doit demain être partagée à l'échelle du territoire régional.

Le choix du bassin de santé comme unité de base de l'organisation sanitaire ne se limite pas à une simple substitution à la notion de secteur.

Il conduit à une réorganisation institutionnelle. La conférence de secteur sanitaire, aujourd'hui cantonnée dans un rôle consultatif en matière de planification, disparaît.

Émerge un comité de bassin composé, à l'instar du conseil régional de santé, de professionnels, d'élus et d'usagers, qui disposerait d'attributions plus opérationnelles.

Ainsi, il pourrait être le lieu où s'organise la permanence des soins, hospitaliers et ambulatoires, de manière plus pertinente que l'actuel CODAMU.

Si le bassin ne doit pas être érigé en mode uniforme de construction des territoires, il va néanmoins conduire à s'interroger sur d'autres logiques existantes : celle du secteur psychiatrique mais aussi celle du département pour les politiques médico-sociales. La recherche d'une harmonisation des découpages doit être posée en tant qu'objectif, pouvant aller jusqu'à se concrétiser autour d'un projet médical et médico-social du bassin.

Ceci permettra de renforcer la dimension transversale du bassin, en rapprochant des activités aujourd'hui trop segmentées.

Au bout de cette démarche on passe **du découpage territorial au maillage des services**. A chaque niveau de territoire correspond un niveau de service et donc un "emboîtement" des périmètres. Pour répondre aux besoins de santé dans un équilibre proximité/qualité il faut raisonner par type de besoins à convenir. Certains le sont nationalement, d'autres régionalement mais aussi inter et infra-régionalement. Le recours aux compétences neuro-chirurgicales ne s'organise pas dans les mêmes contours que la périnatalité ou la traumatologie.

Cette approche pose la question des infrastructures de transports, routières et hélicoptées, afin que l'usager puisse accéder commodément aux compétences utiles ou qu'inversement le professionnel compétent puisse se déplacer vers l'usager.

De plus, la construction de l'organisation sanitaire s'effectuant au niveau de complémentarité et de réseau, la dimension hiérarchique s'efface. Le territoire prend alors toute sa dimension fédérative.

## **II - QUELLE REGIONALISATION ? LA REGION, LIEU DE REGULATION ET D'INITIATIVE.**

La région s'impose comme lieu privilégié de la planification.

Pour autant la régionalisation reste un objectif à atteindre. En effet, le débat ne porte pas sur le découpage territorial lui-même mais sur le degré d'autonomie de chaque entité en résultant. Dès lors on se trouve face à un choix apparemment binaire : déconcentration ou décentralisation ?

L'affirmation du rôle de l'Etat comme garant de l'égalité d'accès à des soins de qualité dans un système de protection sociale fondé sur l'universalité et la solidarité conduit à ne pas retenir le principe d'une décentralisation intégrale. A l'inverse la simple déconcentration a montré ses limites : éloignement décideurs/usagers, faible prise en compte de la réalité des besoins sanitaires.

Il faut donc inventer **une approche pragmatique (la déconcentration ?)** à partir de quelques repères :

- ✓ les ordonnances de 1996 définissent une logique de co-pilotage Etat-Assurance Maladie qui doit se décliner régionalement (aujourd'hui à travers l'ARH). Le renforcement de la logique territoriale régionale impose une simplification de l'organisation à ce niveau de l'Etat et de l'Assurance Maladie, autour de services et d'instances régionales uniques pour chacune. Ceci constitue un préalable à la cohérence du système de prise de décision.
- ✓ l'implication des collectivités territoriales et notamment de la Région ne doit pas se traduire par l'introduction d'un niveau décisionnel supplémentaire qui trouverait sa justification dans une participation financière "complémentaire". Si le principe d'une aide complémentaire sous forme de subvention d'investissement n'est pas à proscrire, il faut rappeler que séparer le financement des infrastructures de celui du fonctionnement de l'offre de soins conduit à des arbitrages impossibles et limite en réalité l'autonomie des établissements. Ceux-ci doivent rester maîtres de leurs politiques d'investissement.
- ✓ **la pertinence de l'échelon régional doit s'affirmer davantage en terme de territoire qu'en terme de structure.**  
**L'avènement de l'ARS est indispensable en tant qu'outil de décloisonnement et de rééquilibrage entre les différentes formes de soins, entre prévention et soins, entre secteur sanitaire et médico-social (notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées).**

Le tout dans une logique de fongibilité des enveloppes allouées à ces diverses activités.

En l'état actuel de la législation, l'inclusion du secteur médico-social dans le champ de compétence de l'ARS pose le problème de la participation à cette instance, aux côtés de l'Etat et de l'Assurance Maladie, de la collectivité départementale.

- ✓ **il faut trouver un point d'équilibre entre deux exigences : la prééminence du rôle de l'Etat, la nécessaire mobilisation des acteurs au niveau de la région.**

La loi du 4 mars 2002, dans son chapitre consacré à la politique de santé publique, essaie de fixer le cadre d'une démarche itérative entre politique nationale et politique régionale, notamment autour du conseil régional de santé. Ce CRS, aujourd'hui remis en cause par le projet de loi de santé publique, doit être le lieu d'expression des élus, des professionnels et des usagers. Une représentation spécifique du conseil économique et social régional ainsi que de l'Université serait pertinente.

A partir de là, l'exécutif régional déconcentré, avec l'avis des conseils économiques et sociaux régionaux, prendra ses décisions au vu des orientations de la politique nationale mais aussi des besoins régionaux. C'est là qu'il faudra dégager une marge de manœuvre financière pour mener à bien l'exécution des programmes régionaux de santé.

Dans ce cadre, la régionalisation doit aussi se traduire par l'ouverture de la politique de santé sur le rôle des facteurs environnementaux exogènes, premiers facteurs d'inégalité.

- ✓ reste à se prononcer sur ce qui pourrait être une compétence spécifique de la Région dans le domaine de la santé.

Aujourd'hui déjà le code général des collectivités territoriales indique que le Conseil Régional "a compétence pour promouvoir le développement économique social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement du territoire", ce qui montre que son champ d'intervention est ouvert.

La formation professionnelle initiale et continue en fait indiscutablement partie et pourrait en constituer une première concrétisation.

Par ailleurs, l'engagement des collectivités territoriales dans l'aménagement des accès aux soins

(infrastructures routières, voire aériennes) doit être clairement affirmé.

-----

Une récente circulaire interministérielle (affaires sociales, travail et solidarité/santé, famille et personnes handicapées/fonction publique, réforme de l'Etat et aménagement du territoire) vient illustrer ce qui pourrait constituer une politique "territorialisée" de santé.

Cette circulaire encourage l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement. Il s'agit, avec l'aide financière de la DATAR, de promouvoir des projets de réseaux d'acteurs professionnels appuyés sur des territoires. Seraient notamment concernées des actions de prise en charge, préventives et curatives, de personnes âgées dépendantes et de personnes handicapées. Ce texte, isolé, doit s'inscrire dans une politique plus affirmée compte tenu de l'enjeu.

Enfin la réflexion sur les territoires de santé ne saurait être limitée au cadre hexagonal. Les collaborations transfrontalières seront amenées à se développer tant à l'échelle d'un bassin de santé qu'au niveau régional.

\* \* \* \* \*

## **II – POUR UNE ORGANISATION**

### **COHERENTE ET EFFICACE**

# UNE REGULATION EXTERNE

La santé n'échappe pas à la question du mode d'élaboration des politiques publiques et du fonctionnement d'un « Etat-Providence » moderne, régulateur, producteur de droits, de statuts et de normes » (Norbert ELIAS, *La société des individus*, Fayard, 1991).

Dans ce cadre, trois domaines différents mais essentiels de la politique publique, nécessitent un maintien de l'intervention, une régulation de l'Etat comme garant de l'égalité des citoyens devant les soins, de l'efficacité de son organisation et de la performance de ses acteurs.

## I - UN NOUVEAU REFERENTIEL

Son rôle, son intervention sont eux-mêmes fonction du « référentiel global » (selon Pierre MULLER et Bruno JOBERT) qui définit l'ensemble des normes prescriptives qui donnent un sens à un programme politique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs.

En matière de santé, les propositions qui seront faites dépendront de la représentation donnée du statut de la maladie dans la société et du statut des personnels chargés de mettre en œuvre les systèmes correspondant dans l'éventail de la santé publique.

Une politique essentiellement curative repose sur une représentation de la santé comme uniquement en relation avec le soin...ce que dément l'évolution de l'anthropologie médicale, et une économie de santé plus efficiente, qui nécessite un référentiel prenant également en compte la prévention et le médico-social. Un tiers des décès survenant avant 65 ans sont évitables (bulletin épidémiologique hebdomadaire du 8 juillet 2003)

A cet autre élément du référentiel de notre système de santé s'est greffée une prédominance du « référentiel marché » sur le « référentiel social » qui a existé jusqu'à la fin des années 70. Issu de la crise économique, il se représente dans les limitations des dépenses publiques, la modernisation de l'Etat, la primauté du marché, l'intégration européenne, etc..... Et entraîne un changement des normes (une ré articulation du social et de l'économique, redéfinition de la frontière publique / privée avec une moindre implication de l'Etat, alignement sur les politiques libérales).

Le statut « régalién » du service public hospitalier, qui dans les faits n'a jamais existé compte tenu de l'existence acquise d'une pratique libérale, est remis en cause de manière externe par la concurrence avec le secteur privé et, en son sein, par des notions de type « cœur de métier » qui visent à externaliser des secteurs hôteliers et industriels.

**A une logique d'Etat-providence faisant de la santé une valeur d'intégration sociale forte, et soutenant un hôpital à forte dimension d'assistance et aux ressources illimitées a succédé un « référentiel de marché » mettant pour tous les secteurs d'activité où une concurrence est possible une primauté au moindre coût quitte à abandonner des normes professionnelles.**

Une des raisons de la crise se trouve ici : celle de professionnels de santé issus d'une culture sociale et projetés dans une culture de marché qui, aussi respectable soit-elle, ne correspond pas à l'objectif de régulation sociale que porte le service public.

Les professionnels de santé sont ainsi en concurrence avec des secteurs d'activité privés plus compétitifs par des règles de fonctionnement plus souples, plus réactives et surtout une capacité à choisir les niches d'activité de soins en fonction de leur rentabilité.

**Sans que soient suffisamment évalués, mis en valeur, les facteurs sociaux, éducatifs et préventifs qui précisément constituent des perspectives faisant sens professionnel dans la culture de service public et qui constituent également une source d'efficience en terme d'économie de santé.**

Se pose dès lors la question du « désenchantement » que Max WEBER définit « comme la perte du sens qu'accompagne une rationalisation »... mal vécue.

**C'est dans cette clarification que l'Etat régulateur doit intervenir pour fixer une politique de santé prenant en compte dans son référentiel deux démarches pouvant être distinguées, l'une reposant sur une activité réglée, rationnelle, en concurrence avec le secteur libéral, l'autre prenant en compte le facteur social et éducatif, difficilement objectivable en terme de marché, qui incombe à une fonction publique.**

## II – UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE REGULEE ET EQUITABLEMENT REPARTIE

La question de la démographie médicale et de sa répartition sur l'hexagone nécessite également une politique volontariste. La baisse des effectifs décidée par la mise en œuvre du *numerus clausus* en 1971, sur la base de la norme OMS de 2,9 médecins pour 1 000 habitants, a porté à 197 000 le nombre de médecins actuellement en exercice pour une cible de 175 000, mais la mise en œuvre de la Réduction du Temps de Travail, et du repos de sécurité, le changement des comportements, la féminisation et surtout les courbes démographiques nécessitent un redressement rapide du nombre de médecins à former.

Inférieur à 4000 étudiants en 2<sup>ème</sup> année en 1999, il doit impérativement remonter à un nombre de 6 000 au simple titre du vieillissement et du départ en retraite des praticiens.

Cette situation est diverse selon les disciplines et particulièrement grave en santé mentale où plus de 67% des psychiatres auront plus de 50 ans en 2010 et que leur effectif risque de chuter de 13 980 actuellement à 7800 en 2020 si rien n'est fait.

Une régulation entre disciplines s'avère à cet égard nécessaire et doit faire l'objet d'un meilleur ajustement que celui opéré actuellement, depuis la dernière réforme de l'internat, à partir d'un choix en fonction du rang de classement. Modalité bien peu adaptée pour un exercice professionnel qui suppose une haute exigence de vocation et de motivation.

Outre le relèvement du *numerus clausus* et une meilleure régulation du choix des disciplines, la répartition géographique est assurément le problème le plus urgent qu'il convient de régler.

**Le pays de l'égalité affiche ici de criantes inégalités lorsque l'on observe que la densité médicale est de 7,7 à Paris pour 1,8 dans l'Eure. Certains secteurs sanitaires en matière de pédiatrie, d'ophtalmologie, d'anesthésie et de psychiatrie sont en totale rupture, durable, d'offre de soins.**

Le rapport « Descours » offre plusieurs pistes pour favoriser un nécessaire rééquilibrage au sein d'un pays qui, rappelons le quand même, présente une des meilleures densités médicales au monde. Cette question, par ailleurs, concernant tout autant le secteur privé que le secteur public.

Un *numerus clausus* à l'installation, ou à la création de postes, s'avère nécessaire accompagné d'un encouragement à l'exercice professionnel dans les zones difficiles. La récente prime à l'installation va en ce sens mais s'avère très insuffisante. Son montant doit être augmenté mais surtout convient-il d'envisager un régime salarial ou de carrière différencié en fonction des difficultés de recrutement et des densités médicales.

Le décret du 19 juin 2003 portant création de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, et la création de comités régionaux témoignent de cette préoccupation d'une meilleure régulation et d'une meilleure répartition géographique. Souhaitons que les renseignements et les observations recueillis par cet observatoire forgent le courage nécessaire pour mettre en œuvre une politique incitative, mais également coercitive visant à rétablir le principe fondamental de l'égalité des citoyens devant les soins.

### III - UNE PLANIFICATION HARMONISEE

Le rôle fondamental imparti à l'état en qualité de régulateur du système de santé, tant dans sa dimension territoriale que dans l'élaboration des règles d'exercice de la santé publique, ne doit souffrir d'aucune ambiguïté.

En ce sens, Il est, comme on l'a déjà indiqué, du rôle de l'état de définir les grands axes de la politique de santé qu'il entend poursuivre et de déterminer les moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Une fonction régaliennne ne doit cependant pas être synonyme d'hypertrophie réglementaire. Imposer sans cesse de nouvelles contraintes, de nouvelles règles et de nouveaux objectifs, sans mesurer précisément et dégager en totalité les ressources financières qui permettraient leur mise en œuvre, ne peut que désespérer ceux qui sont chargés de leur application.

Il semble nécessaire de rappeler qu'il est du simple bon sens de limiter ses ambitions aux financements dont on dispose. Les réglementations, dans le champ sécuritaire ou dans d'autres domaines, inapplicables pour ces raisons, et d'ailleurs inappliquées, sont actuellement légion.

Il faut séparer ce qui appartient à l'Etat et/ou à la représentation nationale, de ce qui peut être laissé à la régulation du marché. La logique de marché doit cependant être encadrée par un cahier des charges minimal. Il appartient en effet à l'Etat de contribuer à la résorption des inégalités entre les différentes parties du territoire. Pour la bonne atteinte de ses objectifs il contractualise avec l'Agence Régionale de même que celle-ci contractualise avec les établissements de santé.

Pour reprendre le débat engagé par le Ministère de la Santé en 2003 autour de projets visant à modifier la planification sanitaire, il convient de réaffirmer la nécessité de simplifier les procédures, de procéder à une instruction régionalisée et que **des incitations réelles à des formes renforcées de complémentarités encouragent tous les acteurs, tant praticiens hospitaliers que directeurs des institutions concernées.**

De manière concrète, la Conférence :

- ✓ relève que si le champ des Schémas Régionaux est élargi à la prévention (et embrasse par là même, une politique globale de santé), par contre, le champ d'application ne porte obligation qu'aux seuls établissements de santé publics ou privés et qu'aucune contrainte n'est faite aux médecins ou professionnels libéraux.

Il y a lieu de s'assurer que chaque acteur sanitaire sera astreint au minimum à une véritable continuité des soins afin de ne pas réserver de fait aux seuls établissements publics, la défaillance de l'organisation sanitaire.

- ✓ souhaite depuis plusieurs années que l'Etat et les autorités Sanitaires assument pleinement leur rôle dans la nécessaire **régulation de l'installation de la médecine libérale** et, qu'au delà d'une simple régulation quantitative, s'organise aussi une gestion déclinée par disciplines médicochirurgicales.
- ✓ souligne que la mission des Etablissements de Santé et plus précisément **la mission des Etablissements Publics de Santé ne peut être définie ou conçue de manière résiduelle**. Elle s'oppose à ce que les autres acteurs de santé puissent librement choisir des champs de prestations segmentées qui seraient économiquement intéressants ou commodes et faciles à mettre en œuvre, laissant par contre aux seuls établissements publics le soin de s'investir sur des champs sanitaires peu rentables ou particulièrement contraignants.

- ✓ se prononce pour un maintien d'un régime d'autorisations d'activités ou d'équipements, autorisations contractualisées en référence aux **Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire**. Elle rejette l'idée d'une suppression des autorisations avec le maintien d'une simple contractualisation liée à la mise en place de la tarification à l'activité qui serait seul élément régulateur.

Le régime réformé d'autorisation, d'installation ou de fonctionnement sanitaire, doit rester soucieux du respect des engagements pris par les promoteurs pendant toute la durée des périodes contractualisées portant autorisation.

- ✓ n'est pas opposée à la suppression des taux de change pour transformer des lits; elle estime cependant que des priorités locales et régionales doivent être discutées à l'occasion des SROS pour couvrir au mieux, les besoins de santé et médico-sociaux.

La régionalisation des autorisations constitue une mesure souhaitée et les compétences nationales d'autorisations seraient réservées aux activités de greffes de transplantation ou de services de grands brûlés.

La Conférence estime également que le développement de l'Organisation Sanitaire soit de privilégier toutes formes alternatives à l'hospitalisation classique ou en urgence, et que parallèlement soit facilitée, la mobilité des équipes hospitalières à domicile ou en institution médico-sociale notamment pour surveiller et accompagner les suites d'hospitalisation en service aigu.

- ✓ Il convient d'insister particulièrement sur le **volontarisme** nécessaire à la pratique de la planification dans l'ordre des compétences des autorités sanitaires. Elle souhaite parallèlement que tous les acteurs, dans leur diversité, soient incités à pratiquer une nécessaire complémentarité. Elle considère dans ce cadre, que l'organisation d'une chaîne de complémentarité ne peut se concevoir dans l'ordre d'une hiérarchie imposée car, chacun des acteurs, maillon de cette chaîne, restera essentiel dans l'organisation globale proposée.

\* \* \* \* \*

# UNE ORGANISATION INTERNE DECLOISONNEE

---

La réforme de l'organisation interne de l'hôpital doit permettre l'émergence d'un nouveau management global.

Ce dernier aura pour objectif de développer l'efficacité du système par le renforcement de la cohérence des acteurs.

Il privilégiera donc les concepts de contractualisation et d'évaluation, seuls garants d'une réelle responsabilisation.

## I - L'ORGANISATION INTERNE DE L'HOPITAL

Dans la suite logique de ce qui a été évoqué concernant la mise en place de la politique de santé, la réforme de l'organisation interne de l'hôpital doit permettre de créer de nouveaux espaces pour renforcer la cohérence de l'institution.

### L'organisation des activités

L'organisation traditionnelle de l'hôpital n'a pas su éviter les pièges de la segmentation des activités et de la segmentation professionnelle. Il s'agira par conséquent de favoriser l'émergence d'une organisation véritablement décroisée, délibérément centrée sur les besoins de la prise en charge du patient.

**De plus, nous soulignerons fortement la nécessité de préserver le levier stratégique que constitue le Projet d'Etablissement et les divers volets qui le composent ; en effet, il doit toujours constituer le référentiel d'action de l'ensemble du corps social de l'hôpital et représenter à ce titre le cadre institutionnel garant de la cohérence de l'organisation interne.**

La généralisation de l'Amendement-Liberté doit permettre une organisation libre regroupant les compétences et les ressources autour du patient. La prise en charge du patient au cours de ces dernières années a nettement évolué dans le sens du besoin d'une plus grande pluridisciplinarité ; la réponse à ce qui relève d'une urgence ne peut plus être trouvée dans le cadre traditionnel des services mais plutôt dans un espace plus large.

L'organisation de ces espaces doit permettre la création de pôles d'activité regroupant des disciplines concourant à la prise en charge d'organes communs ou de pathologies liées, unités de référence d'une politique de santé globale devant orchestrer, en relation avec les réseaux, la prévention et la réinsertion.

Elle doit également favoriser la création de filières plus transversales destinées à conjuguer des ressources complémentaires autour du patient (périnatalité – cancérologie ...).

Toutefois, pour assurer l'efficacité du système il conviendra d'être vigilant à deux risques:

- ✓ Le premier réside dans la possible pérennisation des anciens services à l'intérieur des pôles; il sera donc préférable de les structurer en secteur permettant d'identifier les modes d'hospitalisation des patients (secteur d'hospitalisation complète, d'hospitalisation de semaine, d'hospitalisation de jour ...). Ce système présente l'avantage d'un partage des ressources beaucoup plus affirmé.
- ✓ Le second réside dans la dilution des compétences professionnelles ; les anciens services par la spécialisation ont permis le développement approfondi de compétences très spécifiques ; l'organisation en pôle doit s'appuyer sur la recherche d'une pluri-compétence en particulier pour les acteurs soignants.

L'organisation en pôle ne pourra être effective que dans le moyen terme ; il conviendra donc de laisser le temps aux établissements pour modifier efficacement leur organisation

La nécessité de l'expérimentation doit être réaffirmée ; cela pourrait être facilité par l'élaboration d'un guide méthodologique. De plus, l'accompagnement des établissements dans leur recherche d'organisation adéquate pourrait être réalisé par des missions d'appuis composées de professionnels expérimentés.

L'organisation choisie par chaque établissement devra figurer dans son Projet et fera donc l'objet d'un engagement de mise en place opérationnelle dans le cadre du CPOM.

Enfin, les schémas régionaux d'organisation sanitaire devraient comporter des volets fixant les orientations dans le domaine de l'organisation des activités

### **Une déconcentration des centres de décision**

L'évolution du système de gestion de l'hôpital doit pouvoir conduire à une plus forte responsabilisation des acteurs autour de deux concepts fondamentaux : l'engagement par la contractualisation et l'évaluation des résultats.

Si le pôle ou la filière deviennent les modes de structuration de l'hôpital, ils doivent également représenter la base même du système de gestion.

Ainsi, une responsabilité particulière doit être confiée aux "chefs de pôle" ; le chef de pôle est désigné par le Conseil d'Administration après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et du Directeur.

Son champ d'actions est défini dans un contrat signé avec le Directeur et le Président de la CME dont il est responsable de l'exécution devant le Conseil d'Administration qui pourra mettre fin à son mandat en fonction des évaluations effectuées.

Le chef de pôle devra bénéficier d'un temps spécifique pour l'exercice de sa mission ; un système d'indemnisation devra être également étudié.

Son mandat doit d'appuyer sur le contrat (comprenant bien également le règlement intérieur de fonctionnement du pôle) , validé par le Conseil d'Administration et permettant de définir :

- Le projet et les objectifs du pôle,
- Les ressources affectées,
- Le système et les critères d'évaluation,
- Le périmètre de sa mission.

Les chefs de pôle devront bénéficier d'une formation d'adaptation à la fonction permettant d'acquérir les bases méthodologiques du management des organisations.

Il paraît essentiel d'insister sur deux éléments extrêmement importants :

- ✓ Le caractère négocié du contrat de sorte que ce dernier soit en cohérence avec la politique institutionnelle (projet médical et projet d'établissement),
- ✓ L'évaluation minutieuse et régulière de la réalisation du contrat qui constituera la base de la responsabilité du chef de pôle.

Le système de participation et de concertation au sein du pôle s'appuiera sur la structure des conseils de pôle ; ceux-ci constitueront le lieu d'expression des équipes tant médicales que soignantes, portant sur le projet, les modes d'organisation et l'évaluation des prestations ; l'avis du conseil de pôle aura un caractère obligatoire en particulier pour tout ce qui concernera les domaines de l'organisation.

L'organisation actuelle est marquée par des parcours de concertation extrêmement complexes qui ne garantissent pas une application homogène de toutes les décisions prises.

Le nouveau système devra donc viser une cohérence beaucoup plus forte et donc atteindre un niveau d'efficacité très sensiblement plus élevé.

### La CME

La Commission Médicale d'Établissement, dans le cadre de l'Amendement-Liberté, doit pouvoir être organisée de façon souple par les Conseils d'Administration ; elle pourrait être composée à parité de chefs de pôle et de PH, dans le souci d'un formatage plus resserré.

Son rôle doit être réorienté vers la stratégie ainsi que sur la définition du système d'évaluation de la mission de santé de l'établissement et des pratiques professionnelles. Il devra de plus intégrer l'élaboration de la politique de formation médicale continue.

Si la CME doit naturellement participer à l'élaboration de la politique médicale, il semblerait important qu'elle dispose en son sein d'une commission spécifique de la politique de soins, constituée de praticiens et de personnels soignants ; il ne semble pas concevable en effet que la politique de soins soit appréhendée de manière cloisonnée par la CME et la CSSI (cette dernière, dans ce cadre, étant appelée à disparaître).

Deux autres commissions mériteraient d'être prévues réglementairement : celle sur l'organisation de la permanence des soins ainsi que celle sur l'évaluation.

Par contre, la CME ne serait plus appelée à donner un avis sur la nomination des médecins ; son avis serait sollicité exclusivement pour les nominations de chefs de pôle.

Par ailleurs, la représentation élue de la CME doit pouvoir bénéficier d'une légitimité plus forte ; cela pourrait se traduire par les éléments suivants :

- ✓ Reconnaissance réglementaire du Bureau de la CME,
- ✓ Définition et officialisation d'un temps spécifique pour les membres du Bureau avec remplacement du temps clinique perdu,
- ✓ Système d'indemnisation spécifique,
- ✓ Parcours de formation systématique.

Enfin, la composition de la CME intégrera la participation à titre consultatif d'un membre du Bureau de la CME des autres établissements publics du Territoire.

### Les cadres

Le système de pilotage de l'hôpital doit permettre une participation accrue de l'encadrement à la prise de décisions stratégiques.

En effet, il est fréquemment noté que les cadres sont appelés à mettre en pratique des décisions pour lesquelles leur contribution n'a pas été réellement sollicitée ; il en ressort de fréquents décalages présentant des risques incontestables sur la réalité opérationnelle des décisions prises et donc sur la cohérence institutionnelle.

Le règlement intérieur des établissements pourra donc prévoir la mise en place d'un conseil de coordination de l'encadrement.

### Les instances de consultations spécifiques

La création au sein de la CME de la commission de la politique de soins devrait permettre de supprimer toutes les instances chargées d'élaborer des politiques spécifiques (CLIN – CLUD ...). Cette segmentation ne favorisant pas non plus la cohérence des réflexions et des pratiques.

Toutefois, compte tenu de l'importance des thèmes, il semble opportun d'institutionnaliser un Conseil des Vigilances et des Risques ; de la sorte, le CHSCT, par dérogation pourrait disparaître, la partie condition de travail ressortant désormais du CTE et la partie sécurité pouvant relever des missions du Conseil des Vigilances et des Risques.

### **La régulation interne : Un comité de Pilotage d'Etablissement**

La réforme de l'hôpital doit incontestablement viser un développement plus déterminé de la cohérence.

Si la contractualisation et l'évaluation constituent des leviers essentiels, il semble important de confier à une structure spécifique le soin d'organiser et de faire vivre ce principe de régulation.

Ainsi sera créé un Comité (ou Conseil) de Pilotage d'Etablissement composé d'une partie de l'Equipe de Direction et du Bureau de la CME auxquels il sera possible d'inclure, avec voix consultative, une représentation ponctuelle de l'encadrement.

Ce Comité aura pour tâche de préparer :

- ✓ Les orientations stratégiques et donc le projet d'établissement,
- ✓ Les contrats de pôle et les contrats de recrutement des praticiens,
- ✓ La politique d'évaluation et sa mise en œuvre,
- ✓ La répartition d'enveloppes budgétaires,
- ✓ Le programme pluriannuel d'investissement,

Par l'élaboration des contrats et du système d'évaluation, il aura donc pour but de s'assurer que les acteurs de l'établissement assument les engagements pris contractuellement.

Ce Comité constitue donc un véritable espace de travail commun symbolique de la relation étroite entre la Direction et la représentation médicale ; ses productions, ses réflexions feront ensuite l'objet d'une prise de décisions par le Directeur ; certaines feront l'objet d'une co-signature Directeur – Président de la CME.

## **II – LE SYSTEME DE PRISE DE DECISION**

L'organisation hospitalière ne peut tolérer une dispersion des vecteurs de prise de décisions et l'équation indispensable décision = responsabilité doit être réaffirmée.

### **Le Conseil d'Administration**

Si le Conseil d'Administration doit conserver son pouvoir de fixation des orientations stratégiques de l'établissement, il doit les diversifier en se portant garant de la mise en place réelle de la politique d'évaluation : évaluation des contrats de pôle, des contrats de recrutement des praticiens ; sur ces bases, il aura donc un pouvoir de suspension.

Sa composition méritera d'être davantage marquée par la représentation des usagers et de personnes qualifiées.

La représentation des personnels médicaux et non médicaux ne devra pas excéder un tiers de sa composition.

### **La fonction de direction**

Cette fonction ne peut être segmentée et dispersée ; son exercice ne peut absolument pas reposer sur les seuls leviers que peuvent représenter la recherche du consensus, la recherche de l'adhésion et la négociation ; elle doit donc être affirmée en tant que telle.

Elle est représentée par le Directeur en tant que chef d'établissement.

Condition de nomination : le Directeur doit être nommé par le Ministre de la Santé (après avis du Président du CA), en tant que responsable de la mise en application d'une politique de santé définie par l'Etat et déclinée régionalement par les ARS.

Il doit être nommé sur la base d'une lettre de mission élaborée dès l'annonce de la vacance du poste par le Directeur de l'ARS, après consultation du Président du CA ; cette lettre de mission comportant une évaluation de la situation de l'établissement doit définir clairement les enjeux de l'établissement, les objectifs attendus du Directeur, elle doit être complétée par un profil du poste précisant les compétences et les aptitudes majeures attendues.

L'avis émis par le Président du CA pourra toujours porter sur une liste de candidats élaborée après avis de la Commission des Carrières en laissant la liberté au Président pour retenir les modalités de cette sélection, y compris en faisant appel à un cabinet de recrutement.

L'évaluation du Directeur méritera d'être plus approfondie et plus formalisée ; elle sera opérée par le Président du CA et le Directeur de l'ARS ; cette évaluation s'appuiera sur un rapport annuel du Directeur portant sur l'exécution de la lettre de mission et les objectifs négociés.

## **L'Equipe de Direction**

Les équipes de direction méritent probablement d'être davantage resserrées pour les concentrer sur la mise en œuvre de la politique institutionnelle.

Ainsi la fonction de direction doit se distinguer plus nettement de la fonction administrative ; l'organisation de cette dernière sera davantage placée sous la responsabilité d'Attachés d'Administration Hospitalière pour l'adapter aux modalités de mise en œuvre de la contractualisation interne.

Les Cadres de Direction seront toujours nommés par le Ministre (après avis du Directeur) mais sur la base d'un système plus souple permettant davantage de réactivité et des temps d'intérim beaucoup plus réduits.

Les rapports entre le Chef d'établissement et chaque cadre seront eux aussi contractualisés sur la base d'une lettre de mission définissant clairement les objectifs et les moyens ainsi que le système d'évaluation mis en œuvre.

## **Le Président de la CME**

Si la fonction de direction ne peut être dispersée, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle doit associer fortement la représentation élue de la Communauté Médicale, et en particulier le Président de la CME.

Le Président de la CME formulera un avis spécifique, complété par celui du Directeur sur la nomination des Chefs de pôle et sur le recrutement des praticiens.

Pour certains actes (projet d'établissement, CPOM, contrats de pôle, contrats d'engagement des praticiens, profils des postes médicaux, évaluation des contrats, ...) la signature du Directeur sera assortie de celle du Président de la CME.

## **Gestion des Praticiens**

Les concepts de concours national et de nomination par le Ministère doivent être maintenus.

Toutefois, la décision de recrutement sera prise par le CA sur la base des avis du chef de pôle, du Président de la CME et du Directeur.

Ils seront recrutés sur la base d'un contrat et d'un profil de poste conformes aux orientations du projet d'établissement et du contrat de pôle : le contrat déterminera notamment les objectifs du pôle, les conditions d'exercice du praticien, les moyens mis à sa disposition, ses obligations, les conditions d'évaluation du contrat, ainsi que les modes d'intéressement positifs et négatifs liés à l'évaluation...

\* \* \* \* \*

# PROJET SOCIAL ... CONTRAT SOCIAL ?

---

Les établissements publics de santé sont des entreprises de main d'œuvre et présentent beaucoup de caractéristiques communes aux autres organisations en matière de gestion des personnels.

**Il n'existe pas d'institutions, d'entreprises, ou d'organisations comportant un tel éventail de métiers, répartis dans des domaines aussi différents que ceux du soin, de la logistique ou de l'administration et distribués selon des échelles de qualification aussi ouvertes, d'emplois non qualifiés, ou plutôt sans diplôme de base, à des professions de longues années d'études, de grande expertise et de forte sélection, appartenant à l'élite intellectuelle du pays.**

La santé constitue par ailleurs un secteur d'activité où la robotisation, et la performance des technologies, n'ont pas conduit à une baisse de l'emploi mais au contraire ont nécessité de nouveaux métiers pour accroître les capacités diagnostiques et thérapeutiques que demande la population d'un pays développé.

Les exigences professionnelles se sont en outre accrues dans tous les domaines en raison de l'accroissement des règles de sécurité, d'hygiène, du respect de normes répondant à des « bonnes pratiques professionnelles », mais également à une judiciarisation accrue des pratiques, une pression de plus en plus importante des usagers pour être acteurs du système de soins.

Cette formidable évolution de l'offre et de la demande se trouve par ailleurs contrainte par un contexte économique exigeant de plus en plus de rigueur et de performance dans un processus de rationalisation de l'activité économique et des pratiques professionnelles.

Plus que dans toute autre organisation, l'hôpital est ainsi interrogé sur l'évolution de ses métiers, et sur son cœur de métier, dans le droit fil de l'interrogation des politiques publiques sur leurs limites et leurs conditions d'exercice entre l'emprise d'une économie de marché et la tradition de la fonction publique.

Si une large partie de la problématique n'échappe pas au demeurant à celle que connaissent toutes les organisations, publiques ou privées, en terme de management, l'enjeu de la gestion de ce que l'on appelle dorénavant les « ressources humaines » est ici considérable et prioritaire.

La complexité croissante des tâches, les contraintes de plus en plus fortes de l'environnement ont nécessité, au nom de l'efficacité avant tout, à rechercher une capacité d'évolution rapide et d'adaptabilité qui ont rapidement rendu nécessaire d'abandonner des approches tayloriennes ou d'intégration des pratiques par des normes bureaucratiques.

Mais le soin, est la raison d'être et le cœur de métier de l'hôpital. La personne souffrante est le point de convergence incontestable et irréductible de l'activité hospitalière, forge sa culture et celle de toutes les catégories professionnelles.

Elle est faite d'un rapport singulier à autrui, d'une relation duelle, autonome, qui se conjugue mal avec un fonctionnement de plus en plus collectif, rationnel, obéissant à des règles « hétéronomes »

Toutes les techniques managériales depuis plusieurs décennies ont ainsi été mises en œuvre pour répondre à cette contradiction fondamentale que connaît toute entreprise, qui est toujours un « construit humain », qui a besoin des hommes pour réaliser ses objectifs mais que ces derniers ont d'autres buts qu'elle ne maîtrise pas et dont elle doit tenir compte.

**Le management se présente ainsi comme un processus permanent d'arbitrage aussi bien avec l'environnement qu'entre les acteurs au sein de l'organisation. Il doit admettre que la pluralité des acteurs qui la constituent et la diversité de leurs enjeux font de l'organisation le lieu d'une participation « conflictuelle ».**

Du management participatif aux cercles de qualité, de la culture d'entreprise à la recherche de motivation et d'implication, la problématique est toujours de faire adhérer volontairement à un objectif finalement « imposé », selon l'injonction paradoxale que caricature WATZLAWICK : « Je veux que vous fassiez volontairement ce que je vous ordonne de faire. »

Il en est donc toujours appelé à la négociation, à une ouverture effective à la parole des uns et des autres, à la recherche d'un compromis permanent entre l'exigence d'efficacité d'une organisation et, d'autre part, l'exigence des travailleurs – quels qu'ils soient - au titre de leurs conditions de travail et de leur devenir propre : rendre possible l'identité singulière dans une activité collective.

L'expression des salariés, la communication, constituant dorénavant des outils de management reconnus, même s'il demeure acquis que l'expression met en cause nécessairement le langage d'autorité et que tout management préférera, a priori, la sécurité de l'information dont il a la maîtrise à l'aventure de la communication.

**Le projet social tente de répondre à ce problème permanent.**

L'article L 6143-2 de la Loi de 1991 le définit de manière conjointe au projet d'établissement comme instrument de la modernisation sociale.

Le Protocole d'accord du 14 mars 2000 poursuit cette démarche par la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail.

La loi de modernisation sociale de 2001 confirme cette orientation et rend obligatoire l'existence d'un projet social négocié qui doit se traduire par un foyer social obligatoire dans le contrat d'objectifs et de moyens ou par un protocole d'accord spécifique.

La mise en œuvre d'une réflexion à partir de groupes de travail sur les métiers de la santé traduit bien l'enjeu de l'organisation du travail et de la qualité du dialogue social.

Quels sont les éléments ?

### ***Renforcer la participation***

La loi du 31 juillet 1991 a voulu promouvoir la participation en ajoutant aux instances représentatives traditionnelles des structures nouvelles comme la CSSI ou le conseil de service. Après plus de dix ans, force est de constater la timidité des résultats. La démarche participative est néanmoins indispensable en tant que :

- ✓ Facteur de changement dans l'organisation du travail
- ✓ Facteur de compromis entre des logiques différentes
- ✓ Facteur de régulation sociale

Il est donc essentiel de formuler des propositions concrètes permettant d'aller plus avant

- ✓ Renforcement du rôle du CTE par l'élargissement de ses compétences et par l'institution d'une meilleure représentation catégorielle. Si la fusion avec la CME n'est pas d'actualité, des passerelles sont néanmoins nécessaires ne serait-ce que sous forme de groupes de travail communs.
- ✓ Le conseil de service amené à se transformer en conseil de pôle doit être considéré comme la structure de base du fonctionnement institutionnel interne. Seul lieu de rencontre de toutes les catégories professionnelles, sa saisine doit être rendue obligatoire sur plusieurs points : projet de pôle, plan de formation, organisation du travail particulièrement dans l'articulation médecins/soignants.

Le conseil de pôle contribuera à l'élaboration et au suivi du contrat interne d'objectifs et de moyens. Une formation à la maîtrise de réunions des conseils doit être mise en place.

### ***Négocier le projet social***

Le dialogue social doit être mené dans une logique de négociation locale introduite par le protocole du 14 mars 2000. Le projet d'établissement doit comporter un projet social couvrant un large champ :

- ✓ GPEC
- ✓ valorisation des acquis professionnels
- ✓ politique de recrutement et de formation (y compris dans des perspectives de redéploiement)
- ✓ amélioration des conditions de travail

Il doit faire l'objet d'une évaluation régulière.

### ***Imaginer l'intéressement***

Le sujet est délicat et complexe.

L'intéressement individuel est en contradiction avec le fonctionnement en équipe, élément fondamental de la qualité de la prise en charge du patient. L'intéressement collectif se heurte à la difficulté de définition de critères pertinents : activité, durée de séjour, "économies" de fonctionnement ? Des critères plus qualitatifs peuvent être envisagés autour de la dispensation des soins, mais ne règlent pas le problème de la nature même de l'intéressement.

Si des accords peuvent intervenir, ils devront tenir compte de notions telles le besoin de reconnaissance professionnelle ou de participation réelle au fonctionnement du service.

### ***Mieux reconnaître la place de l'encadrement***

La nouvelle "gouvernance", fondée sur la responsabilisation des acteurs, ne fait que renforcer la place centrale du cadre, notamment dans son positionnement par rapport à l'autorité médicale dans le futur pôle.

L'encadrement devra non seulement être associé à l'élaboration des projets de pôle et d'établissement, mais surtout y voir ses missions clairement définies.

D'une manière générale, **le projet social doit toujours avoir pour objectif de fédérer l'ensemble des personnels autour du projet d'établissement, à partir d'objectifs négociés selon un sens des valeurs partagé.**

Aux nécessités d'une organisation collective, doit répondre la mise en valeur des parcours individuels et le développement des compétences.

Faire de personnels – ressources, des personnels – acteurs.

Cet objectif nécessite une politique d'ensemble car il est illusoire d'escompter une quelconque efficacité d'un projet social, aussi performant soit-il au niveau de la base que constitue un établissement de santé, s'il ne s'inscrit pas dans une chaîne managériale impliquant le Ministère lui-même dans cette élaboration.

L'intérêt de la définition d'une politique globale trouve là également tout son sens.

La logique du projet d'Etablissement se poursuit par celle du contrat d'objectifs et de moyens et sa déclinaison en contractualisation interne.

**Dans ce droit fil, ayons l'ambition de passer d'un projet social à un contrat social.**

\* \* \* \* \*

# FINANCEMENT

Les techniques de financement doivent, avant tout, rester des outils au service d'une politique de santé. Celle-ci doit, entre autres, offrir les meilleurs soins au meilleur coût, garantir à la population que le niveau qualitatif de santé qu'elle souhaite, dispose des moyens requis et qu'ils soient utilisés au mieux.

En liant le financement des établissements à leur activité réelle tout en assurant la juste reconnaissance des missions d'« intérêt général », la tarification à l'activité peut constituer une réponse satisfaisante, à condition toutefois, de prévenir certaines dérives potentielles.

Enfin, la diversification des possibilités de financement des investissements en favorisera certainement la relance dès lors qu'elles répondront aux attentes des maîtres d'ouvrage et reposeront sur un réel accroissement des moyens qui y seront consacrés.

## I - GARANTIR LES MOYENS REQUIS PAR LE NIVEAU DE QUALITE DE LA SANTE SOUHAITE

C'est l'objectif vers lequel devront tendre les outils de financement, en favorisant :

- ✓ ***une régulation de l'offre de soins selon les besoins de la population***  
et non pas en fonction d'une « loi du marché » uniquement basée sur la comparaison « brute » de coûts de production. Elle doit ainsi concilier solidarité et efficacité économique afin d'éviter de favoriser une « médecine à deux vitesses ».
- ✓ ***la connaissance du coût réel du niveau de qualité de la santé souhaité***  
pour en informer la population et ses élus. Ils pourront ainsi décider, en connaissance de cause, des moyens qu'ils veulent consacrer à la santé, selon les objectifs qu'ils souhaitent.
- ✓ ***l'efficacité des moyens accordés***  
Elle repose sur un système garantissant l'équité pour les citoyens et donc entre les secteurs public et privé, les régions, les établissements, selon leurs missions et les priorités de santé publique.  
Seul un système de financement adapté à ses missions, clair et équitable, préservera la motivation et encouragera l'efficacité des acteurs de santé.

**Or, le système actuel de financement a atteint ses limites. Sans lien avec l'activité, il est inéquitable, peu réactif, freine les possibilités d'évolution et très démotivant. Son évolution est donc inéluctable**

## II – LA TARIFICATION A L'ACTIVITE : UN NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT POUR PLUS D'EQUITE ET D'EFFICIENCE...

- ✓ ***lié à l'activité***  
reposant sur les descripteurs d'activité que sont le PMSI et la CCAM, le système financera l'activité constatée, sur la base de tarifs devant être réalistes et correspondre aux coûts de production réels.  
Cette nouvelle tarification ne devrait pas être basée sur une concurrence financière pure, mais selon des tarifs déterminés par l'autorité de régulation, afin de constituer une incitation à plus d'efficacité, dans le cadre des missions assignées à chaque établissement.
- ✓ ***mixte, ne reposant pas sur la seule T2A***  
Celle-ci ne portera, dans un premier temps, que sur les activités MCO, auxquelles il serait souhaitable d'ajouter, pour l'encourager, l'activité ambulatoire.  
Les autres activités ainsi que les « missions d'intérêt général » (urgences, enseignement, recherche, innovations thérapeutiques etc ..) et particulièrement l'accueil des plus démunis,

continueront à être financées, à leur juste coût, par dotation globale, pour leur garantir le meilleur niveau de qualité, de sécurité et d'efficacité.

Le couplage de ce système avec le financement des réseaux de soins garantira une prise en charge cohérente du patient.

✓ ***réparti entre deux enveloppes MCO séparées (publique, privée)***

Ce principe est indispensable, au moins dans un premier temps, afin de tester puis de stabiliser le nouveau système et les conséquences des flux d'activité qu'il engendrera certainement. Il pourra cependant évoluer vers une « fongibilité encadrée » des deux enveloppes, pour tenir compte des enjeux locaux.

✓ ***selon une régulation « prix-volume » régionale***

Si la gestion générale du dispositif et en particulier l'échelle des tarifs de base, sera nécessairement nationale pour en garantir la cohérence, il est fondamental que la régulation soit régionale pour lier politique régionale, stratégie et responsabilité des acteurs, dans le cadre de leur autonomie. L'ARH pourrait ainsi moduler les tarifs en fonction du volume d'activité constatée et des secteurs ou activités à soutenir éventuellement.

✓ ***des choix complexes, restant à expérimenter avec rigueur et transparence***

Les diverses options possibles en matière d'échelle tarifaire, unique ou différenciée, sur coûts complets ou partiels, compensés ou pas etc..., et l'importance des enjeux, rendent les choix trop complexes pour être effectués sans une réelle expérimentation. Celle-ci doit pouvoir se faire sur une durée raisonnable et prévoir d'emblée la possibilité de modifier, voire de reporter la mise en œuvre du dispositif, en fonction des résultats qui seront constatés.

### III - ... A CONDITION DE PREVENIR LES DERIVES POTENTIELLES

Un tel système, mal contrôlé, pourrait entraîner des dérives dangereuses, comme :

- ✓ la tentation des coûts de production les plus bas, au détriment de la qualité des soins
- ✓ l'« effet case-mix » : la coexistence d'établissements de santé lucratifs et performants, sélectionnant et se spécialisant dans les activités rentables, pour des usagers solvables, avec des établissements publics, jouant le rôle de « voiture balai » et assurant le reste de l'activité, « non rentable »

A tarif égal, les contraintes devront être les mêmes : éviter l'exclusion dans l'accès aux soins tout en assurant des soins correspondant aux normes de qualité, continuer à jouer un rôle essentiel dans l'innovation et la mise en œuvre des techniques de pointe, etc..

Divers mécanismes, et indicateurs, devront être élaborés afin d'éviter ces dérives potentielles. Enfin,

il ne pourra y avoir d'harmonisation de tarification sans harmonisation des modes de fonctionnement et donc une modernisation préalable et un assouplissement de la gestion des EPS. Ils devront, en particulier, permettre aux EPS de recruter des praticiens de qualité, en leur offrant des conditions de travail et un statut attractifs. Le problème de l'« ajustement » des effectifs au niveau de recettes permettant de les financer reste entier et semble difficilement compatible avec le statut de la fonction publique hospitalière.

L'intérêt d'une période de convergence :

Une « période de convergence » semble s'imposer :

- ✓ elle donnerait le temps d'affiner le modèle de régulation et, soutenue par une politique contractuelle dynamisante, de moderniser la gestion des EPS, de les doter des divers outils et « pré-requis » indispensables à la mise en œuvre efficace d'une telle réforme.
- ✓ elle devrait, enfin, être mise à profit pour traiter définitivement le problème des reports de charge et effectuer l'impérieuse remise à niveau des budgets des EPS, avant d'aborder la tarification à l'activité.

**Qu'il s'agisse du maintien de l'accès de tous à des soins de qualité, de la motivation des acteurs de santé ou encore de la situation budgétaire des EPS, l'importance des enjeux du financement des établissements est telle, que cette réforme est condamnée à réussir ! Aussi, la Conférence souhaite que, contrairement à ce qui a trop souvent été constaté, cette réforme soit mise en œuvre avec courage et détermination, jusqu'au bout de sa logique et permette d'atteindre des résultats significatifs dans des délais raisonnables.**

#### **IV - UNE RELANCE VIGOUREUSE DES INVESTISSEMENTS**

L'état de vétusté du patrimoine hospitalier et le retard pris dans nombre d'opérations immobilières mais aussi d'équipements, comme les supports du Système d'Information Hospitalier, le matériel biomédical, les installations techniques et en particulier celles directement liées à la sécurité, nécessitent de toute évidence une puissante relance des investissements.

La problématique des investissements ne se limite pas à la seule «section d'investissement» : elle concerne également la section d'exploitation et sa capacité à absorber les surcoûts, qu'il s'agisse des frais financiers ou des dépenses de groupe 2 et 3.

Diverses actions pourraient soutenir cette relance :

✓ ***un élargissement de la palette d'outils de financement :***

délégation de la maîtrise d'ouvrage à des sociétés privées, portages financiers par des SEML, etc en permettant aux EPS de s'affranchir de certaines contraintes réglementaires, pourraient réduire les coûts et délais de réalisation. Dans une telle hypothèse, il conviendra, toutefois, de prévenir la tentation des coûts de construction bas : ils se traduisent par une moindre qualité, qui génère des frais d'exploitation plus lourds et une adaptabilité faible des locaux.

Enfin, d'autres leviers pourraient améliorer la réactivité et l'efficacité des EPS en matière d'investissements et en particulier :

✓ ***une réelle simplification des procédures***

✓ ***la pleine maîtrise de leurs projets par les hospitaliers*** et impérativement du Programme Technique Détaillé, afin d'en garantir la pertinence et la meilleure adéquation aux besoins.

✓ ***une véritable augmentation des moyens financiers consacrés aux investissements***

\* \* \* \* \*

# UNE POLITIQUE CONTROLEE ET EVALUEE

---

**La question de fond est ainsi toujours régulièrement posée de savoir ce que le service public hospitalier peut demander comme coût de sa prestation à la Nation et ce que cette dernière entend lui définir comme mission, la fonction régaliennne se confrontant à une logique de marché dans un débat politique cyclique conjuguant des intérêts économiques à des principes plus idéologiques.**

Par ailleurs, comme le dit Gabriel MIGNOT, Président de la 6ème Chambre de la Cour des Comptes « le management public est le management de l'ambiguïté. Les organisations publiques sont au confluent de la rationalité politique et de la rationalité de gestion ».

Compte tenu de la forte évolution des coûts, du poids de la demande et du déficit de financement de l'assurance maladie, il a été conduit depuis plus d'une décennie, et c'est au demeurant une exigence démocratique, à mettre en œuvre une gestion plus transparente et rigoureuse. La manière très contrainte des mesures de rigueur successives vécues comme autant de « garrots budgétaires » se conjuguant à des remises en cause de leur mission a été vécue de façon souvent blessante par des professionnels condamnés à s'adapter, par des calendriers trop resserrés, pour ne pas dire en situation de crise, sans véritable stratégie de changement et « vecteur de progrès » mobilisateur,

En outre, force est de reconnaître que le système de santé, et son système hospitalier, n'est pas équipé, ou tout du moins pas de manière suffisante et homogène, d'outils de connaissance des coûts et d'évaluation des performances tant en interne qu'en externe.

## I – LES OUTILS ET LE PILOTAGE

La culture d'autonomie, et même d'opacité, rend les comparaisons impossibles ou très imparfaites, aucune volonté forte ne s'étant manifestée de la part de la puissance publique au plus haut niveau pour faire évoluer cette situation. La BDSF est une initiative de la Fédération Hospitalière de France, renseignée par des hôpitaux volontaires, tout comme la Base d'Angers.

La SAE, malgré sa dimension nationale, agrège des données administratives souvent mal consolidées et dont la ventilation rend souvent les comparaisons difficiles ou très frustrées... avec deux ans de décalage.

Le PMSI est le premier instrument médicalisé introduisant une notion de productivité permettant d'envisager une régulation et une redistribution des ressources.

Il demeure toutefois imparfait en ce qu'il ne concerne tout d'abord que la MCO et exclut de son champ les deux grandes disciplines qui concourent très directement à la productivité des services aigus : la Psychiatrie et les Soins de Suite.

Son utilisation comme « outil unique » de redistribution des moyens sur une représentation de la performance par le point ISA conduit toutefois aux perversités de la « pensée unique » : la Haute Normandie, dernière région de France pour l'équipement hospitalier, la densité médicale, la densité infirmière, et parmi les 5 premières en terme de morbidité et de mortalité, se retrouve ainsi la troisième « plus riche » au titre de son point ISA... et donc exposée à la réduction de ressources déjà maigres.

Comme le dit Jean RUFFAT (Mitchell Madison Group) : « Tout ce qui apparaît comme un système de gestion à mailles trop lâches constitue une forme d'imposture managériale même s'il procure un plus grand confort de vie interne. »

Une organisation plus rigoureuse au plan local et national constitue un impératif prioritaire.

## **1 - La comptabilité analytique**

L'utilisation de paramètres strictement administratifs (budget, entrées, lits, ressources, etc...) donne souvent de cet outil l'image d'une gestion technocratique et peu dynamique.

Il est vrai que les chiffres sont rudes, les indicateurs peu nuancés, et les unités d'œuvre souvent débattues voire contestées. Le découpage par structures ne répond pas non plus à une logique médicale plus transversale, la prise en charge du patient dépassant les frontières du service ou de l'unité.

On peut également regretter un effet normatif à partir de coûts ne neutralisant pas des situations particulières ou n'émulant pas la performance dès lors que la moyenne est atteinte... mais après tout cela vaut également pour le PMSI, et le croisement des indicateurs qui en découlent permet d'améliorer la connaissance d'une production hospitalière quelle qu'elle soit et de guider ainsi son action.

Aussi est-il nécessaire de renforcer résolument son utilisation en affinant la méthode et surtout la bonne manipulation des imputations de charges en fonction des unités d'œuvre données.

Cette préoccupation doit être également la marque d'une politique nationale associant les établissements hospitaliers et leurs partenaires. L'initiative récente de tableaux de bord financiers nationaux élaborés par les Trésors Publics et croisés avec les données hospitalières constitue à cet égard une excellente initiative qui conduira à une meilleure compréhension de l'utilisation des ressources budgétaires.

## **2 - Le contrôle de gestion**

Si la gestion, ce n'est pas le contrôle, il constitue dorénavant un outil guidant la gestion, son action.

Le contrôle de gestion, tourné vers la performance et l'évaluation d'un objectif donné, le contrôle interne sur le respect des normes et des procédures, constituent des outils au service de la stratégie générale de l'établissement.

Son importance nécessite de créer dans l'organigramme un véritable « pôle de compétence », associant au contrôle de gestion l'information médicale et les systèmes d'information, mettant en synergie l'ensemble de ces différentes compétences pour bâtir une cohérence d'établissement s'imposant à tous les centres de responsabilité médicaux ou administratifs à partir de tableaux de bord reconnus, fiables constituant un outil de dialogue permanent au sein de l'institution

Il s'agit d'une fonction jeune dans le service public hospitalier qui pose la question de sa culture cloisonnée, comptable, très défensive et qui nécessite la formation de cadres à ses techniques et à sa pédagogie.

## **II - LES SYSTEMES D'INFORMATION**

Il n'y a pas de pilotage possible sans saisie et remontée des informations... ce qui suppose leur organisation au sein de leur système d'information.

La santé est entrée dans un mouvement macroéconomique accéléré à l'instar du reste de la société. Elle doit rapidement faire évoluer son organisation, le système d'information étant une des principales composantes de la stratégie de l'hôpital.

Depuis 1989, soucieux d'une plus forte autonomie devant permettre une meilleure adaptation des systèmes d'information, les Etablissements hospitaliers ont eu l'occasion, par le libre choix, de stimuler le marché par des solutions concurrentielles. Après les programmes nationaux, et ceux des CRIH, sont intervenus des producteurs privés et une floraison de solutions très diverses, parfois même aventureuses.

Plus de 10 ans après, les effets de cette politique sont particulièrement mitigés au plan de l'enrichissement de l'offre et de la fiabilité des produits proposés. Plus grave sans doute, le marché est resté prioritairement orienté vers les applications administratives pour laisser très en retard les unités de soins.

Ainsi l'identifiant permanent et unique du patient, figure de proue de tous les projets demeure encore très peu opérationnel et, à la veille de la tarification à l'activité, se mesurent les difficultés de mise en œuvre faute de système d'information adapté.

La mise en œuvre du GMSIH a permis de promouvoir une réflexion plus homogène des hospitaliers afin de mieux guider le marché et d'élaborer une politique stratégique d'ensemble.

Les réformes en cours ou annoncées (CCAM, T2A, dossier du patient partagé prévu dans la loi du 4 mars 2002 et dont la mise en œuvre est annoncée par le ministre dans sa réforme sur la santé publique, etc....), l'évolution de l'organisation de l'hôpital et de son environnement (le système d'information est l'un des trois thèmes du projet « Hôpital 2007 » avec les bâtiments et l'équipement biomédical, le développement des réseaux de santé et la continuité des soins ne peuvent se faire sans système d'information, plan cancérologie, etc...) contribuent à faire du système d'information une préoccupation stratégique que les responsables d'établissement devront de plus en plus intégrer dans leurs réflexions.

Une telle évolution ne pourra pas être pleinement assumée sans la mise en œuvre des pré requis suivants :

- ✓ Mise en place dans les établissements de santé les plus importants d'une aide à la maîtrise d'ouvrage qui puisse, par son approche méthodologique et son expertise, aider les directions de ces établissements à traduire en projets et en plans d'action tous les objectifs stratégiques du projet d'établissement nécessitant un recours au système d'information. Pour les établissements de taille moyenne ou plus petits cette aide sera mutualisée soit au niveau d'un groupe d'établissements voisins, soit au niveau régional. Chaque établissement doit en revanche disposer d'au moins une compétence informatique (pour les plus petits établissements elle peut elle aussi être mutualisée au sein d'un groupe d'établissements).
- ✓ Dotation significative dans les budgets des établissements de crédits spécifiques pour le développement et la mise en œuvre des systèmes d'information. Cette dotation doit non seulement couvrir les investissements (équipement et logiciels) mais elle doit surtout permettre le recrutement de compétences méthodologiques (conduite de projet, gestion du changement, organisation, etc....) et d'expertise (qualité, pilotage) indispensables pour une bonne maîtrise des systèmes d'information.  
Ces compétences s'ajouteraient aux compétences techniques dont beaucoup d'établissements sont déjà dotés pour gérer leur informatique. Sans elles l'accroissement des investissements informatiques (matériel et logiciel) risque d'avoir des effets plus négatifs que positifs.
- ✓ Coordination régionale indispensable dans une démarche de continuité des soins et d'ouverture à la médecine libérale. Cette coordination régionale est aussi une condition à l'apparition d'offres industrielles plus adaptées aux besoins des établissements de santé grâce à la mutualisation des besoins.  
Cette mutualisation va aussi conduire à une coordination dans la passation des marchés avec des appels d'offre aux contenus plus homogènes et aux montants plus attractifs ce qui peut conduire les industriels à être plus motivés pour faire évoluer leurs produits et à investir dans des solutions plus conformes aux attentes des hospitaliers.

*L'effort à faire pour y parvenir rapidement et pour transformer l'évolution actuellement lente des systèmes d'information hospitaliers vers cette dimension stratégique nécessite une action volontariste des pouvoirs publics. Cette action passe notamment par une contractualisation régionale dans laquelle une aide financière significative serait fournie en l'échange d'atteinte d'objectifs définis en commun notamment pour répondre aux enjeux des réformes citées précédemment.*

*Sans cela il paraît difficile de faire passer en trois ans (ce qui est souhaitable) la part du budget de l'établissement consacrée aux systèmes d'information et à l'informatique d'une moyenne actuelle de 1,5% à une moyenne de 3%.*

### III - L'ACCREDITATION

Les ordonnances de 1995 ont permis, enfin, de mettre en oeuvre une démarche d'évaluation dans les Etablissements hospitaliers Français.

Cette procédure fait dorénavant indéniablement partie de notre culture d'évaluation, même si le nombre d'hôpitaux accrédités à ce jour permet de mesurer la taille de ce chantier.

Outre la réponse à une exigence légale, l'ensemble des Etablissements hospitaliers ayant mis en oeuvre une démarche d'accréditation s'accorde à louer les effets très positifs dans l'amélioration du fonctionnement de l'institution par son approche transversale et pluriprofessionnelle.

Deux bémols toutefois :

Tout d'abord la lourdeur d'une procédure qui peut enliser parfois une démarche de mobilisation professionnelle par un excès de formalisme et la longueur des délais entre la démarche d'accréditation et le rendu final.

Ceci expliquant qu'à ce jour seuls 795 Etablissements ont bénéficié d'une visite d'accréditation, pour seulement 398 en possession de leur compte rendu dans un paysage qui compte 3000 Etablissements de santé.

L'autre bémol est celui d'une appréciation encore insuffisante de la qualité du service médical rendu et de l'absence de référentiel pour les grands types de prise en charge, mais la récente réorientation en ce sens de la démarche, vers plus de simplification, et une meilleure évaluation médicale vont corriger cet effet... au prix certainement d'une prolongation au-delà de 2006 de la démarche nationale.

Enfin, et comme beaucoup d'Etablissements hospitaliers l'ont constaté, l'insuffisant soutien et prise en compte de la démarche d'accréditation par les Agences Régionales de l'Hospitalisation, pénalise la nécessaire motivation d'une démarche qui s'inscrit pourtant dans une réelle stratégie d'Etablissement et, partant, de l'efficacité du dispositif hospitalier de toute une région.

**La Conférence préconise une promotion plus volontariste de la démarche qualité dans les établissements de santé qui devra davantage s'attacher à l'évaluation des pratiques professionnelles et médicales en fixant cet objectif comme prioritaire dans le rôle et les missions de la Commission Médicale d'Etablissement et du comité de pilotage.**

La démarche d'accréditation comportant, comme il est dit ci-dessus, un volet mieux identifié et priorisé de l'évaluation des pratiques médicales, devra faire l'objet d'un soutien réaffirmé au niveau national en l'intégrant pleinement dans les contrats d'objectifs et de moyens, au besoin de mesures incitatives et correctrices au vu des comptes rendus, réserves, observations de l'ANAES.

### IV - UNE AMBITION MANAGERIALE

En synthèse, il convient de définir une « ambition managériale » qui, au-delà de la comptabilité, doit reposer sur une méthodologie associant au système d'information, la notion de « bouclage des opérations », de logique de reddition des comptes et de contrôle de gestion.

Cette ambition managériale doit être une priorité de politique publique, définissant des objectifs lisibles et réalistes constituant des « vecteurs de progrès ».

Au niveau national doit être constitué, au côté de la DHOS et de la DGS, une Direction de l'Evaluation reprenant les différentes missions confiées à des services trop hétérogènes et situés à un niveau de hiérarchie insuffisant, même s'il convient de saluer ici le remarquable travail effectué par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques qui doit constituer le socle de cette nouvelle dynamique.

Cette organisation doit être déclinée au plan régional, par la fusion des ORS et des COTRIM.

Elle devra contribuer à la cohérence des systèmes d'information, à la production de tableaux de bord standardisés des activités médicales, hospitalières ou de ville, complétées de données épidémiologiques, de morbidité et sociales.

La politique de santé publique disposera enfin ainsi de son contrôle de gestion qui permettra de cibler les priorités de santé publique et évaluer les actions entreprises au service des priorités nationales et des SROSS.

**La culture du service public hospitalier reste celle de la réglementation, de la comptabilité, de l'annualité, du contrôle... de l'exécution normée. Il convient de lui substituer pour sa performance les termes de management, de financement, d'évaluation, de projet et de contractualisation.**

\* \* \* \* \*