



ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL
ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES ENSP/EHESP

Election présidentielle 2017
Association des Directeurs d'Hôpital - Mars 2017
Nos propositions pour un système de
santé efficient, moderne et solidaire

Contacts :

Frédéric BOIRON, Président de l'ADH et Directeur Général du CHU de Saint-Etienne

Morgane LE GALL, Responsable communication et affaires générales

Permanence ADH

Centre hospitalier Sainte-Anne

1 rue Cabanis PARIS 14

T/ 01 45 65 76 92 - F/ 01 45 65 88 60

E-mail/ permanence@adh-asso.org

www.adh-asso.org

Dossier ADH – Election présidentielle 2017

Nos propositions pour un système de santé efficient, moderne et solidaire

Edito

Notre association se félicite d'être la première organisation professionnelle de directeurs d'hôpital en France. C'est une chance autant qu'une **responsabilité**. L'ADH est représentative de la profession dans toute sa diversité : femmes, hommes, chefs d'établissement, adjoints, tranches d'âge, régions, modes d'exercice. Elle associe des collègues de toutes les familles de pensée, d'opinions et d'orientations syndicales. Elle compte **1300 adhérents**, soit 1 directeur sur 2 parmi les actifs. Elle fait entendre une voix professionnelle forte et structurée, aux côtés des autres représentants du monde de la santé. Partenaire naturel de la FHF, des Syndicats de directeurs, des Conférences nationales, des pouvoirs publics, **elle constitue un laboratoire d'idées et porte la vision responsable des dirigeants hospitaliers sur le management des établissements de Santé.**

À l'approche d'échéances électorales majeures dont chacun mesure l'enjeu renouvelé, l'Association souhaite **partager ses propositions** pour conforter et développer un système de santé moderne, efficient, accessible, apte à assurer ses missions de soins, d'enseignement et de recherche dans un souci de qualité et une vision territoriale. **Vous les trouverez ci-joint. Il s'agit de propositions concrètes fondées sur les attentes et l'expérience des dirigeants hospitaliers.**

Depuis 20 ans, le système de santé est soumis à de constantes réformes. En parallèle, les pouvoirs publics demandent aux dirigeants hospitaliers comme aux responsables médicaux et soignants ou administratifs, un effort considérable d'efficience.

Les directrices et les directeurs d'hôpital l'ont compris car ils sont conscients des enjeux : vieillissement de la population, maladies chroniques, innovations médicales, révolution numérique, restructurations territoriales, contrainte économique, développement du médico-social... Ils s'y investissent en cultivant **des valeurs de solidarité, d'humanisme et de professionnalisme**. Ils sont attachés à leur mission de Service Public, fondement de leur engagement professionnel. Ils agissent **dans l'intérêt des patients**. Aucune réforme ne peut sérieusement se déployer à l'hôpital sans leur engagement.

On ne peut donc oublier que **les dirigeants ont eux aussi besoin de conditions et de garanties d'exercice** pour piloter utilement l'adaptation du système hospitalier. **C'est le cas pour la mise en place des GHT** : cette réforme structurante peut donner corps à la stratégie de groupe que l'ADH soutient depuis des années. Mais elle pourrait aussi trébucher si certaines conditions n'étaient pas réunies. Nous continuerons donc de plaider pour un accompagnement incitatif, pour des **méthodes modernes de management** fondées sur le dialogue et sur la détermination d'objectifs partagés. Nous pensons qu'un **cadre juridique lisible et stabilisé** doit être fourni aux dirigeants et à leurs équipes. Nous demandons une **valorisation équitable** de l'exercice territorial et des nouvelles responsabilités assumées par les directeurs d'hôpital, ainsi que par les directeurs des soins, D3S, cadres assurant des fonctions territoriales, comme cela est engagé pour les médecins et en partie pour les soignants. Nous réclamons aussi **une pause immédiate dans les réformes de structure**, et un vaste effort de simplification des procédures existantes.

L'Association demande solennellement aux candidats à l'élection présidentielle de ne pas engager une nouvelle et Nième « grande réforme » du système hospitalier. Elle les invite à faire confiance, à tenir compte de l'expertise des acteurs de terrain pour consolider un système de santé performant, répondant aux besoins de tous, valorisant pour les femmes et les hommes qui le font vivre et accueillant pour les patients qui s'y adressent.

*Frédéric Boiron, Président de l'ADH
Directeur Général du CHU de St Etienne*

Les propositions de l'ADH se déclinent en **4 chantiers prioritaires** :

Priorité n°1 : Renforcer l'attractivité de l'Hôpital Public au service des patients

- ▶ Offrir aux hospitaliers des perspectives de carrière, de rémunération et d'exercice plus attractives, qui tiennent compte de l'investissement professionnel individuel
- ▶ Lutter fermement contre l'intérim médical
- ▶ Rétablir les règles de concurrence équilibrée entre secteurs publics et privés, pour ne pas défavoriser l'Hôpital Public
- ▶ Lutter activement contre les déserts médicaux, tout en assumant un discours clair et responsable sur la gradation de l'offre de soins dans les territoires

Priorité n°2 : Soutenir un Hôpital Public performant et moderne

- ▶ Stopper une fois pour toute l'inflation normative et déployer un véritable « choc de simplification »
- ▶ Développer une politique d'investissement mieux ciblée et plus ambitieuse
- ▶ Poursuivre l'adaptation du système de tarification à l'activité (T2A) et introduire une vision pluriannuelle
- ▶ Améliorer encore la formation managériale des dirigeants et des médecins

Priorité n°3 : Soutenir les acteurs du pilotage hospitalier, prendre soin de l'humain

- ▶ Maintenir une gouvernance hospitalière équilibrée, ne pas réformer par principe
- ▶ Donner aux acteurs de terrain les moyens et le temps nécessaires à la mise en place d'une réforme territoriale de grande ampleur
- ▶ Accompagner les acteurs et anticiper les situations individuelles
- ▶ Favoriser l'intégration de la QVT dans les politiques RH des établissements

Priorité n°4 : Favoriser l'ouverture et l'innovation du système hospitalier, pour être au rendez-vous des enjeux d'avenir

- ▶ Renforcer l'excellence française en matière d'innovation et de recherche en santé
- ▶ Développer les coopérations à la carte, laisser les acteurs mener leurs analyses stratégiques, simplifier les règles applicables
- ▶ Accélérer la révolution numérique à l'hôpital
- ▶ Poursuivre le développement de l'ambulatoire grâce aux nouvelles techniques et organisations médicales, sans fragiliser à l'excès les financements

Ces propositions ont pour objectif de nourrir le débat et de donner à l'hôpital public la chance de répondre aux nombreux enjeux qui l'attendent.

*Dossier préparé par le **Bureau national** et les membres du **Conseil d'Administration** de l'ADH, en particulier : Florence Arnoux, Frédéric Boiron, Olivier Bossard, Caroline Chassin, Guillaume Fagnou, Florent Foucard, Doris Gillig, Christophe Got, Patrick Lambert, Thierry Lugbull, Delphine Lux, Marie Catherine Pham, Vincent PrévotEAU, Nathalie Seigneurin.*

Priorité n°1 : Renforcer l'attractivité de l'Hôpital Public au service des patients

La position de l'ADH

Si l'hôpital est le service public préféré des Français, il peine parfois à attirer et à fidéliser les professionnels, notamment les médecins, mais aussi les dirigeants ou les cadres dans certaines régions ou catégories d'établissements. Le manque de souplesse du système actuel nourrit un certain malaise, voire une désaffection, et entrave le management.

L'Hôpital supporte l'essentiel des missions du Service Public Hospitalier – permanence et continuité des soins, devoir d'accueil de tous 24h/24, 7j/7, partout sur le territoire... Ce n'est pas une structure commerciale qui peut se concentrer sur certaines activités, obtenir de meilleures marges financières et offrir des modalités de rémunération plus favorables sans références statutaires. La pluralité de l'offre de soins est une chance pour le système de santé mais les établissements publics sont soumis à des contraintes parfois inéquitables. Renforcer l'attractivité de l'Hôpital suppose de simplifier de nombreuses règles et de favoriser un fonctionnement coopératif entre acteurs de santé.

On peut aussi souligner que le secteur hospitalier public respecte l'ONDAM et les objectifs de maîtrise des dépenses qui lui sont assignés.

Sans entretenir une vision passéiste de « confrontation entre secteurs » (public-privé), l'ADH affirme que le secteur public est capable de modernisme et de performance médico-économique. Il constitue **une chance** pour les Français et mérite d'être soutenu dans une logique de **dialogue, de qualité et de garantie de la continuité des soins**.

Nos propositions :

1. Offrir aux hospitaliers des perspectives de carrières, de rémunération et des conditions d'exercice plus attractives, qui tiennent aussi compte de l'investissement professionnel individuel

- **Revaloriser la rémunération des PH en début de carrière, rendre le statut de praticien hospitalier plus attractif, introduire une part d'intéressement, rénover l'environnement des jeunes professionnels.** Les stratégies conjointes entre CH et CHU doivent être résolument renforcées en matière de postes d'assistants spécialistes partagés ou pour développer la formation médicale en CH. Une rénovation des statuts, permettant un lien activité/rémunération, est à envisager.
- **Mieux valoriser les postes considérés difficiles, ainsi que les PH prenant des responsabilités spécifiques** (ex. : chefs de service, de pôle, président de CME).
- **Reconnaître et valoriser le travail accompli « hors T2A »** : la prévention, la recherche, l'éducation, l'investissement institutionnel constituent, par exemple, des missions méritant rétribution.
- **Pour le personnel non médical, réviser profondément le système de notation chiffrée, devenu inefficace et artificiel**, pour lui substituer un système d'évaluation annuelle par objectifs. L'évaluation annuelle doit être étendue à l'ensemble des responsables, comme c'est le cas pour les directeurs : médecins chefs de service ou de pôle, praticiens. L'évaluation permet un lien avec la rémunération (« part résultat »).

⇒ **Par exemple** : Le statut de praticien peut constituer une base, avec des échelons raccourcis en début de carrière pour ceux qui s'engagent sur une durée minimale dans leur établissement. En parallèle, un contrat individuel d'activité pourrait être discuté entre le praticien, le pôle et la direction, fixant des objectifs (qualité, partenariat interne ou territorial, activité, etc.) et associant à ceux-ci un intéressement individuel.

⇒ **Objectif** : Un complément de rémunération raisonnable fondé non sur une « règle générale » mais sur une approche personnalisée.

2. Lutter fermement contre l'intérim médical

- **L'intérim médical atteint des dimensions inacceptables et délétères. Ce marché doit être régulé plus fermement, dans l'intérêt de tous.** En particulier, les autorités doivent contrôler les agences d'intérim, les tarifs pratiqués, ainsi que la situation professionnelle des intérimaires. Ces contrôles doivent être menés à l'échelle régionale, inter-régionale, nationale. Les résultats doivent être consultables par les établissements lorsqu'un intérimaire leur est proposé.
- **Redonner son sens à l'organisation de la permanence des soins (PDS).** La PDS ne doit pas être une variable d'ajustement des rémunérations mais un système garantissant la sécurité et la continuité, en lien avec les besoins réels, en indemnisant correctement les contraintes pour ceux qui les assument : moins de sites de garde, des gardes mieux indemnisées, auxquelles tous les praticiens compétents d'un même bassin pourraient participer (mutualisation). Cela suppose de revoir l'organisation et la répartition des gardes dans le cadre des projets médicaux de GHT notamment. En parallèle, des pools de praticiens hospitaliers remplaçants pourraient être créés au niveau régional ou auprès des établissements supports de GHT de taille suffisante, pour mieux gérer les situations locales. Un contrat individuel d'activité, limité dans le temps, serait alors proposé aux praticiens assumant pour un temps ces missions.
- **Simplifier la réglementation des recrutements :** rénover les dispositions d'accueil de médecins libéraux souhaitant achever leur carrière à l'Hôpital ; assouplir les règles de publication des postes reconnus « prioritaires » pour un arbitrage plus réactif, notamment entre temps plein et temps partiel ; simplifier les règles de mouvement au sein d'un même GHT.

⇒ **Réflexion** : Il n'y a aujourd'hui aucun lien entre la difficulté d'une garde et la rémunération associée. On peut donc trouver, sur un même territoire, des sites surchargés et des structures peu actives. Pour compenser cette situation, l'indemnisation de la PDS pourrait être constituée d'un forfait de base et d'un complément par tranche d'activité (nombre de cas traités, difficulté des cas traités, horaires en nuit profonde...).

⇒ **Objectifs** : Reconnaître la contrainte pesant sur les gardes les plus lourdes, favoriser une répartition territoriale plus efficiente.

3. Rétablir des règles de concurrence équilibrée entre les secteurs publics et privés, pour ne pas défavoriser l'Hôpital Public

Les principes de financement s'appliquent de façon comparable entre établissements publics et privés mais les leviers d'action à leur disposition sont sensiblement différents. Les règles actuelles défavorisent les structures publiques et ne permettent pas de limiter les effets les plus délétères de la concurrence. L'émulation entre secteurs est souhaitable mais dans un cadre équitable.

- **Rétablir l'obligation de permanence des soins pour tous les acteurs de santé.** Cette obligation ne pèse réellement que sur les praticiens du secteur public aujourd'hui. Il en découle des situations individuelles parfois très inéquitables entre praticiens de la même spécialité exerçant en public ou en privé. L'obligation pour tout praticien pourrait être accomplie en participant soit à un tour de garde hospitalier, soit à une garde libérale sur un secteur territorial déterminé, en partenariat avec les Centres 15.
- **Proscrire la concurrence déloyale dans un même territoire.** L'article L.6152-5-1 du Code de la santé publique, introduit en janvier 2010, n'a toujours pas reçu son décret d'application. A ce jour, les établissements privés peuvent donc débaucher des praticiens dans le même territoire, voire dans la même commune, alors que ces mouvements sont le plus souvent interdits par contrat entre structures privées. L'équité demande que ces dispositions inégales soient corrigées par des règles simples, par exemple : non concurrence directe pendant 2 ans et dans une distance de 60 km.

- **Initier un « programme PHARE » des ressources humaines** associant établissements et ministère, piloté en mode « gestion de projet » avec des groupes de travail, pour que les bonnes idées émanent du terrain et puissent être enrichies d'expériences extérieures. Le régime statutaire souffre en effet de grandes lourdeurs qui pourraient être corrigées pour rendre de l'agilité aux emplois publics : évaluation renouvelée permettant d'encourager les efforts personnels, rémunération mieux calées sur les nouvelles compétences disponibles sur le marché du travail, meilleure reconnaissance de l'expérience professionnelle (et non seulement des diplômes), ouverture élargie des possibilités de recrutement contractuel et des passerelles d'intégration statutaire fondées sur la validation des acquis de l'expérience (VAE).
- **Simplifier encore les règles de gestion, notamment dans le développement des leviers de l'achat** : simplification administrative accrue pour les fournisseurs mais aussi pour les acheteurs, ouverture des possibilités de négociation en cours de procédure, encouragement vigoureux des plateformes dématérialisées... Les règles d'achat public sont **trop rigides**, malgré les efforts d'assouplissement enregistrés ces dernières années. Ces contraintes, venant d'une volonté légitime de transparence de l'achat public, ont parfois des effets contraires au but recherché. Dans une société très mobile, la rapidité de décision autant que la possibilité de négocier jusqu'au dernier moment sont également des critères de positionnement concurrentiel entre établissements de santé.

⇒ **Réflexion** : Dans beaucoup de territoires, la permanence en imagerie médicale est assurée par les seuls praticiens hospitaliers, souvent moins nombreux, alors que l'exercice libéral en radiologie est nettement plus rémunérateur. Cette réalité contribue à une fuite des praticiens et à un grand déficit démographique en imagerie. Un juste partage des contraintes consiste à faire participer les praticiens libéraux au tour de garde d'imagerie médicale organisé à l'hôpital. Ce n'est pas une obligation excessive, c'est une aide réelle pour les hospitaliers et c'est une modalité simple à mettre en œuvre.

⇒ **Objectif** : Réduire l'écart de contrainte entre praticiens du privé et du public, améliorer la permanence des soins en imagerie.

⇒ **Réflexion** : Aujourd'hui, une clinique privée commerciale peut débaucher plusieurs praticiens spécialistes d'un même service de l'hôpital voisin, avec des conditions salariales très avantageuses, pour ouvrir une activité concurrente. La conséquence est la fragilisation brutale du service public, le transfert de l'expérience et de la « clientèle », le déséquilibre de l'offre. Une règle simple permet d'éviter ces situations : non-concurrence pendant 2 ans dans un rayon de 60 km.

⇒ **Objectif** : Eviter les situations les plus contestables sans empêcher les choix individuels de carrière.

4. Lutter activement contre les déserts médicaux, tout en assumant un discours clair et responsable sur la gradation de l'offre de soins dans les territoires

L'aménagement des territoires de la République est une responsabilité des pouvoirs publics qui suppose un soutien particulier fondé sur des décisions politiques claires : si l'on considère qu'il faut lutter contre un « désert médical » dans un territoire, alors des moyens spécifiques doivent être mobilisés, au-delà de la T2A. Dans le même temps, on ne peut laisser penser que tous les niveaux de soin sont disponibles partout. La nécessaire gradation des soins, avec une coordination active entre acteurs, est un message majeur que les autorités politiques doivent porter sans ambiguïté au niveau national.

- **Mettre un terme à la vision dépassée d'une régulation de l'offre par le numerus clausus**. La France a trop fortement limité l'accès aux études médicales, écartant des candidats pour des écarts infimes de résultats, tout en développant un recrutement

important de médecins formés dans d'autres pays... Le numerus clausus a ensuite été élargi, mais sans aller au bout de la logique : il faut élargir encore significativement le nombre d'étudiants admis en formation médicale, tout en finançant réellement les coûts assumés par les établissements, en particulier les CHU. C'est le seul moyen réel, à terme, de réduire significativement les déserts médicaux.

- **Assumer la responsabilité politique d'une juste répartition des praticiens sur le territoire national.** Le conventionnement des médecins devrait être adapté aux territoires d'exercice choisis. Par exemple, une installation libérale en secteur sur-dense ne devrait être acceptée qu'en secteur 1 et de manière limitative. A l'inverse, une installation en zone défavorisée devrait être fortement encouragée, de même que l'engagement d'un praticien de donner quelques années au territoire qui l'a formé, impérativement dans le cadre d'un GHT. En parallèle, il faut oser dire que l'on ne peut tout soutenir partout : l'identification des territoires en difficulté faisant l'objet d'un soutien collectif doit être claire et publiée.
- **Mieux distinguer, dans l'allocation des ressources, le financement « ordinaire » par l'activité et le soutien aux territoires en difficulté.** Dans un territoire en difficulté, ayant fait l'objet d'une décision de soutien, l'allocation des ressources devra être adaptée en tenant compte notamment de la démographie médicale de l'hôpital concerné. **Le but est d'éviter un cercle vicieux** (peu de ressource médicale = baisse d'activité = baisse de recettes et impact négatif sur les praticiens restants). Le système devra naturellement être régulièrement évalué pour éviter les rentes de situation.
- **Assurer un financement adapté des investissements.** Les établissements hospitaliers doivent investir pour donner accès à l'innovation et maintenir la qualité. La T2A couvre très mal cette nécessité. Des moyens spécifiques d'investissement, ciblés, doivent être mobilisés pour éviter la désertification hospitalière lorsque c'est justifié.
- Au-delà de la seule politique de santé publique, lutter contre la désertification suppose de définir en parallèle, et pour les mêmes territoires, **une véritable politique d'aménagement en conservant des services de proximité** (transports, écoles, commerces, poste, internet, banques...). C'est indispensable pour améliorer les conditions de vie et assurer l'attractivité pour les professionnels de santé également. Cela suppose, là encore, une politique nationale courageuse sur les priorités retenues et des choix assumés de localisation des efforts collectifs.

⇒ **Réflexion** : Pour un territoire donné, ayant fait l'objet d'une décision explicite de soutien contre la désertification, l'hôpital concerné et les autorités sanitaires et politiques (ARS, préfecture, collectivités) souscriraient un « contrat de soutien territorial » regroupant un ensemble de mesures. Dans ce cadre, l'hôpital pourrait proposer au praticien un contrat individuel d'activité de trois ans permettant de valoriser son exercice. Les contraintes de permanence des soins bénéficieraient d'une indemnisation renforcée, tant que l'effectif médical n'est pas suffisant. L'établissement recevrait une dotation spécifique « soutien territorial », contractualisée également sur 3 ans, décroissante en fonction de l'évolution de l'activité T2A. Les collectivités apporteraient un soutien, par exemple pour les transports, le logement, la scolarité des enfants...

⇒ **Objectifs** : Cibler les soutiens sur les territoires définis comme prioritaires. Regrouper les nombreux dispositifs d'aide actuels, souvent désordonnés voire contradictoires. Donner une meilleure visibilité aux acteurs et une perspective temporelle.

- ▶ **Pour aller plus loin** : Note ADH « renforcer l'attractivité médicale à l'hôpital public » - Janvier 2015

Priorité n°2 : Soutenir un Hôpital Public performant et moderne

La position de l'ADH

Souvent annoncée, rarement mise en œuvre, la simplification est souhaitée par tous. A l'heure de l'Internet 3.0 et du « village planétaire », cette demande est puissante chez les hospitaliers : tout en comprenant les réalités administratives et les contraintes économiques, **ils expriment un sentiment de saturation totale devant le formalisme et le poids des règles qu'ils ont à appliquer.**

Souvent redondantes et chronophages, parfois inutiles voire inefficaces ou contreproductives, la multitude de tâches administratives, de reporting, d'enquêtes, de normes, de sollicitations des administrations régionales et centrales, pèse fortement sur le quotidien et éloigne des missions premières : le soin, le pilotage, le management. L'efficacité du système hospitalier en souffre.

On ne pourrait se satisfaire d'une bureaucratisation croissante des hôpitaux. L'ADH demande, à nouveau, un changement de modèle relationnel : il faut se fonder sur la confiance aux acteurs. C'est un gage d'efficacité, c'est aussi le moyen de réaliser des économies structurelles importantes. Nos propositions s'inscrivent dans le respect des **valeurs** auxquelles nos membres sont attachés : **un service public hospitalier moderne et adaptatif, apte à assurer ses missions pour tous, dans la qualité, l'accès territorial et l'efficacité économique.** Elles découlent d'une **volonté réelle de simplification** : identifier des actions simples, concrètes, viables rapidement, pour réaliser des économies structurelles tout en conservant la qualité des soins.

Les GHT permettront de réaliser des économies et des gains d'efficacité conséquents, notamment grâce aux mutualisations inscrites dans la loi. Mais il est essentiel de **veiller à ce que l'organisation des Groupements n'ajoute pas de la complexité à la complexité...** L'ADH appelle donc les pouvoirs publics à **faire confiance**, en fixant un cadre mais sans vouloir gérer à la place des acteurs, laissés libres de définir les moyens d'atteindre les objectifs déterminés.

Nos propositions :

1. Stopper une fois pour toute l'inflation normative et déployer un véritable « choc de simplification »

- **Définir l'auto-contrôle comme règle de principe** après une autorisation d'activités ou d'équipements. Abandonner toutes les visites de conformité, sauf cas particuliers. Créer un **système d'auto-déclaration par l'établissement** qui modifie ou qui met en œuvre une activité autorisée.
- **Simplifier les réponses des hôpitaux aux enquêtes, appels à projets, évaluations ponctuelles, etc.** Les pièces administratives requises dans les appels à projets et autres dossiers échangés avec les ARS ou le Ministère ne seraient transmis qu'une seule fois par an, et sous forme dématérialisée. Créer un site internet sécurisé réservé au dépôt des projets et offres dématérialisés.
- **Limiter pour chaque trimestre le nombre et la fréquence des enquêtes** adressées par les ARS ou le Ministère, à charge pour les services centraux de se coordonner. Fusionner d'office les parties communes des différents questionnaires : informations générales, activité, renseignements administratifs... Limiter également, chaque année, le nombre de nouveaux textes applicables aux hôpitaux. Poser le principe qu'une nouvelle règle doit être accompagnée de la suppression d'une règle ancienne ou caduque.
- **Supprimer toute limite au paiement des factures hospitalières par internet** : des gains considérables sont possibles sur la rapidité et les montants recouvrés, avec une efficacité administrative, une réduction des doublons, des gains en personnel à l'hôpital comme au Trésor Public.
- **Développer les outils de paiement dématérialisé pour l'Hôpital.** Aujourd'hui un hôpital n'accède généralement pas au paiement de ses dépenses par internet, ni au

paiement par carte bancaire. Toutes ces modalités de paiement doivent être ouvertes en modernisant le contrôle a posteriori (certification des comptes et réforme profonde du fonctionnement des trésoreries publiques).

- **Engager un plan de simplification concerté ordonnateur/comptable sur le modèle des établissements d'intérêt collectif.** Pour les établissements gérant plus de 100 M€ de recettes, supprimer le doublon ordonnateur/comptable dès lors que l'établissement a mis en œuvre la certification de ses comptes par un commissaire aux comptes.
- **Dématérialiser réellement et totalement la gestion des achats,** numériser les factures, les mandats, les pièces justificatives entre l'hôpital et le comptable, en menant à terme les projets de dématérialisation engagés depuis quelques années.
- **Rénover la réglementation des emprunts** devenue excessivement lourde, peu réactive, inadaptée au fonctionnement des marchés et à l'intérêt des finances publiques. Un système d'autorisation pluriannuelle, ciblée sur des projets validés, avec bornage et compte-rendu régulier doit être mis en œuvre.
- **Redonner son sens au principe d'autonomie des établissements dans le cadre nouveau des GHT.** Les établissements hospitaliers ont été progressivement soumis à un renouvellement des contrôles et dans certains cas à une intrusion excessive dans leur gestion interne. Les principes d'autocontrôle et d'autonomie de gestion doivent être renouvelés dans le cadre des GHT.

⇒ **Proposition** : Pour ouvrir une activité, un établissement (un GHT) dépose son projet sur une plate-forme dématérialisée. Le dossier suit la procédure réglementaire. L'autorisation, si elle est accordée, est notifiée par voie dématérialisée. L'établissement est alors libre de mettre en œuvre dans le cadre du dossier d'autorisation, y compris pour la mobilisation des ressources éventuelles d'investissement. Il renvoie une déclaration d'auto-contrôle lors de l'ouverture de l'activité. Il peut être contrôlé sur ce fondement, a posteriori.

⇒ **Objectifs** : Simplifier le circuit d'échange et de décision. Faciliter la mise en œuvre rapide des projets.

2. Développer une politique d'investissement mieux ciblée et plus ambitieuse

- La T2A finance très mal l'investissement, en particulier l'innovation et les opérations lourdes en patrimoine. Les tarifs ne tiennent compte que des coûts d'exploitation. Or l'évolution des charges et la baisse continue des tarifs ne permettent souvent pas de dégager les marges nécessaires aux investissements courants, malgré les plans nationaux. La dette des hôpitaux s'est accrue pendant la vague de modernisation engagée durant la dernière décennie, à l'initiative des pouvoirs publics, qui ont financé des charges d'intérêts plutôt que de doter les établissements de capitaux propres. Pour mener une politique responsable et ciblée d'investissement hospitalier il faut **en revoir intégralement les critères et les règles de financement**. Ces règles doivent tenir compte des taux de vétusté des immobilisations, de la place de l'établissement dans l'offre de soins définie par les projets médicaux partagés des GHT, en privilégiant strictement les **apports en capital** (subventions directes) pour le financement des investissements structurants.
- **Renforcer les aides à la contractualisation pour les parcours de soin.** La promotion des parcours doit permettre, outre l'amélioration des prises en charge, d'optimiser la dépense de soins. Mais elle n'est pas prise en compte dans les financements actuels : ces projets doivent donc être amorcés par des MIGAC. Il ne s'agit pas de soutenir artificiellement des établissements mal positionnés stratégiquement mais de **permettre** aux établissements d'être sur un pied d'égalité dans le cadre d'une logique concurrentielle.
- **Améliorer la gestion annuelle et le calendrier.** Donner une **lisibilité en début d'année** sur les financements éventuels répondant aux grandes orientations nationales, par

exemple : chirurgie ambulatoire, hôpital numérique... C'est indispensable pour que ces réorganisations puissent entrer dans le calendrier de l'exercice budgétaire.

- Réviser la **réglementation sur les emprunts** (D.6145-70 à 72 du CSP), devenue lourde et peu réactive aux marchés, par un système d'autorisation pluriannuelle avec bornage et compte-rendu. Développer les capacités réelles et concrètes de **conseil et d'analyse** sur les instruments financiers, au niveau régional ou par territoire de santé, dans une approche professionnelle et partenariale.
- Rendre possible, de façon simple, soit par convention directe entre eux, soit par la responsabilisation de l'établissement support, le statut de **co-emprunteurs** de plusieurs établissements d'un même territoire. Ils pourront ainsi grouper leur appel au marché bancaire sans passer par la création trop complexe d'un GCS spécialisé.
- Autoriser, favoriser et élargir le recours accru à des **financements alternatifs** dans les établissements publics de santé : mécénat, création de fondations et de filiales (en supprimant les limites actuelles). Mieux valoriser le patrimoine immatériel des établissements, notamment l'utilisation accrue des données qu'ils recueillent ou qu'ils produisent.
- Inscrire le financement des investissements hospitaliers **dans les plans de relance européen** et faire le lien entre l'investissement hospitalier et l'investissement local.
- **Définir des règles de « contrat de soutien territorial »** pour les territoires en désertification ayant été classés prioritaires (cf. points précédents).
- **Réformer le COPERMO**, dont le fonctionnement est devenu très lourd et dont les délais sont excessifs. Les projets ne peuvent être efficaces s'ils font l'objet de plusieurs mois de discussion, après de longues périodes d'étude voire de longs délais d'inscription à l'ordre du jour du comité. Une partie des projets doivent être régionalisés sous la compétence des ARS.

⇒ **Réflexion** : Si l'on valide le ratio habituel de 3% des produits d'exploitation nécessaires pour assurer un renouvellement satisfaisant des investissements courants, alors en toute logique il faudrait que les tarifs d'activités incluent ces 3%, ou soient revalorisés à due concurrence... Par ailleurs, pour les restructurations lourdes, il resterait aux établissements à développer leur capacité à convaincre le COPERMO (ou autre autorité équivalente de validation). Mais si un plan national de soutien à l'investissement hospitalier était engagé, on pourrait définir une enveloppe de soutien par GHT, l'établissement support ayant la charge d'organiser la concertation pour que les priorités soient validées en Comité stratégique. Elle serait abondée par l'enveloppe régionale, complétée de contributions éventuelles des établissements (dans le cas d'un GHT voulant renforcer la mutualisation des investissements). La répartition des crédits proposée ferait l'objet d'une validation avec l'ARS au moment de la présentation du PGFP des établissements

⇒ **Objectifs** : Favoriser les effets de mutualisation qui permettent de soutenir réellement les investissements, rapprocher la décision du terrain, éviter les investissements non coordonnés au sein d'un même territoire.

3. Poursuivre l'adaptation du système de la tarification à l'activité (T2A) et introduire une vision pluriannuelle

Le système de la T2A, intégré en 2004, a apporté de nombreuses avancées (médicalisation du financement, responsabilisation des acteurs, aspect restructurant de l'offre de soins) **mais a aussi entraîné une évidente course à l'activité**, centrée sur l'acte technique et laissant de côté la dimension humaine du soin. Le système tout entier pousse à cela : la diminution annuelle systématique des tarifs conduit les établissements, s'ils veulent conserver les mêmes recettes, à faire plus de volume...

Il y a aujourd'hui une **dé-corrélation** croissante entre les coûts de production de certains actes et les tarifs de ces mêmes actes. C'est le problème principal des « prix administrés ». On

ne peut maintenir durablement un système dans lequel la rémunération de l'activité est parfois inférieure au coût de revient. C'est le cas en particulier dans certaines spécialités particulièrement mal tarifées, par exemple le secteur de la pédiatrie, ou certains actes techniques, ou les activités de réanimation lourde.

- **Stabiliser les règles de financement et donner une portée pluriannuelle aux principaux tarifs.** Les changements incessants de règles de financement, parfois en cours d'année, rendent illusoire un pilotage financier fiable et efficient.
- **Développer progressivement le financement des actes de prévention** (ex. : éducation thérapeutique), en contrepartie d'une maîtrise du volume des actes curatifs du même domaine. Cette démarche pourrait faire l'objet d'une contractualisation spéciale entre une ARS et un GHT. Notre système est rémunéré presque exclusivement au curatif technique, les tarifs étant établis à partir d'une échelle nationale de coûts constatés alors que la dimension préventive est insuffisamment développée.
- **Etudier un financement par tarif de certains actes paramédicaux.** Cette mesure réduirait la dépendance de la seule ressource médicale, valoriserait les actes paramédicaux et de prévention, et pourrait atténuer les effets de la désertification de certaines zones. Cela pourrait également faire l'objet d'une contractualisation par GHT, associée à un projet de **délégation d'actes** entre professionnels.
- **Pour certaines activités caractéristiques du service public, étudier un système de financement à 3 composantes**, calqué sur le système des urgences :
 - o Une dotation socle (type MIG) ;
 - o Une dotation forfaitaire calculée en fonction d'un effet de structure (type FAU) ;
 - o Une rémunération à l'activité (type ATU ou GHS), sous réserve de mesurer le poids des cas traités pour éviter les effets de « course au volume ».
 Ce système pourrait s'adapter aux activités indispensables et coûteuses car utilisant un plateau technique sophistiqué (par exemple : réanimation lourde).
- **Développer la valorisation modulable des tarifs en fonction de certains indicateurs de qualité** à définir : tenue du dossier patient / infections nosocomiales / taux de retour ou de reprise / lutte contre la douleur / durée du séjour...

4. Améliorer encore la formation managériale des dirigeants hospitaliers et des médecins

- **Former systématiquement les futurs médecins au management relationnel et au management d'équipe.** Le responsable médical organise le bon fonctionnement du service, il est garant du fonctionnement harmonieux de son équipe, évalue ses collaborateurs médicaux dans le respect de la déontologie... Il organise également l'expression des personnels. Ces missions relèvent du management, qui ne s'apprend pas dans les facultés de médecine. **Le rôle majeur et croissant des médecins dans ce domaine exige qu'ils soient formés aux bonnes pratiques managériales**, dès le début de leur cursus. C'est également un gage de progrès pour la relation soignant-soigné.
- **Former les médecins responsables à la gestion de projet.** Afin de soutenir les chefs de pôles ou de services dans la mise en place du projet médical d'établissement, un module de formation pourrait être développé en collaboration avec les directeurs. Par exemple, si ce n'est déjà fait, les principes de base en gestion de projet, management d'équipe et autre **kit de survie du responsable hospitalier** pourraient être dispensés via l'EHESP (en association avec la faculté de médecine de Rennes).
- **Développer les formations croisées.** Le dialogue entre futurs médecins / futurs dirigeants dès la formation initiale est indispensable pour décloisonner les cultures professionnelles. Des partenariats pourraient être élaborés, avec les facultés de médecine, pour organiser des sessions systématiques entre jeunes directeurs et jeunes praticiens en fin de formation initiale par exemple. Dans le même esprit, l'ADH propose depuis des années de **renforcer la formation à la culture médicale** et aux connaissances générales de l'actualité médicale pour les membres du corps des directeurs. Dans les GHT, installer des « clubs management hospitalier » associant

cadres dirigeants et responsables médicaux dans une démarche de co-développement.

- **Conforter la mission historique d'école de service public de l'EHESP**, grand établissement d'enseignement supérieur et de recherche, marqué par un fort ancrage professionnel. Stabiliser le financement des missions de cette école, dont plus de la moitié des ressources provient des contributions des établissements.
- **Anticiper les évolutions des métiers et adapter les formations** des élèves directeurs, pour leur permettre de faire aux grands enjeux de santé publique.

⇒ **Un exemple** : Créer, dans chaque GHT, un « club management » composé de membres des équipes de direction (cadres dirigeants hors chefs) et de membres de la gouvernance médicale des établissements membres. Ce groupe engagerait une démarche de formation de type co-développement à partir de cas concrets apportés par les participants, mis en commun et discutés librement dans une logique de recherche de solution et de partage d'expérience. Une offre ANFH existe dans ce domaine, ainsi qu'une proposition du CNG pour les chefs d'établissements).

⇒ **Objectifs** : Favoriser la culture commune, répondre à des préoccupations de positionnement managérial au sein du GHT, rapprocher les gouvernances.

- ▶ **Pour aller plus loin** : Vademecum ADH « Pour un effort de simplification et de modernisation à l'hôpital » - Juillet 2014

Priorité n°3 : Soutenir les acteurs du pilotage hospitalier et prendre soin des personnels

La position de l'ADH

La mise en œuvre des GHT, réforme structurante fondée sur une stratégie de groupe public à laquelle l'ADH croit profondément, risque de ne pas être pleinement effective si trois conditions ne sont pas réunies.

Elle doit tout d'abord **s'appuyer sur une perception positive de ceux qui la portent**. Dans ce but, un accompagnement compréhensif et incitatif doit être assuré. On ne manage plus les réformes à coups d'instructions administratives : il faut investir dans le dialogue, la définition d'objectifs stratégiques et opérationnels partagés, le soutien individuel lorsque c'est nécessaire. Les ARS doivent aussi être mobilisées en ce sens, en modifiant les modèles relationnels anciens et la notion peu réaliste de « tutelle ». Le soutien et la sécurisation des parcours des acteurs a pour objectif **d'assurer un l'engagement complet et dynamique des réformes**. C'est aussi un moyen de prévenir les risques psychosociaux et de contribuer à la qualité de vie au travail des décideurs.

La réforme doit aussi se fonder sur un **cadre juridique simple, lisible et stabilisé**. C'est la condition minimale pour ne pas freiner l'opérationnalité des GHT car la responsabilité personnelle des dirigeants est engagée. La réforme doit enfin s'accompagner d'une **reconnaissance explicite et d'une valorisation de l'accroissement des responsabilités** : qu'il s'agisse des Directeurs d'Hôpital, chefs ou adjoints, des Praticiens embrassant de nouvelles responsabilités, des Directeurs des Soins, des Directeurs d'Etablissements sociaux et médicosociaux ou des cadres assurant des fonctions territoriales, **les adaptations statutaires** doivent soutenir les **nouvelles responsabilités professionnelles** assumées par ces professionnels.

Évoquer la qualité de vie au travail des dirigeants aussi, veiller à leurs conditions d'exercice ne doit plus être un tabou. Ce sont des leviers de réussite autant que des impératifs de management modernisé.

En cherchant à soutenir le mieux possible les dirigeants hospitaliers et à donner un cadre satisfaisant à leur implication dans la création des GHT, l'ADH souhaite contribuer à la valorisation des métiers de direction, mais aussi **à la reconnaissance des responsabilités exercées en commun par les cadres dirigeants et les médecins dans les établissements de santé.**

Nos propositions :

1. Maintenir une gouvernance hospitalière équilibrée, ne pas réformer par principe

L'ADH a toujours soutenu une vision équilibrée de la gouvernance, fruit d'une coopération confiante et étroite entre la direction et les responsables médicaux et soignants, sans négliger la responsabilité médicale des praticiens ni le rôle d'arbitre du chef d'établissement. Les directeurs d'hôpital mettent en pratique, dans leurs établissements, des modalités de co-pilotage éclairé avec leurs partenaires naturels, le président de CME, la communauté médicale et soignante.

Quoi qu'en disent les partisans d'une vision caricaturale du pilotage hospitalier, dans leur immense majorité **les hôpitaux ont trouvé leur équilibre managérial.** Les directeurs et les médecins, mus par un sens commun des responsabilités et dotés de compétences complémentaires, co-pilotent leurs établissements avec intelligence et dans la confiance mutuelle. Au besoin ils ajustent la réglementation en fonction des cultures d'établissement, avec pragmatisme. **Les exceptions conflictuelles**, rares, généralement provisoires et liées à un contexte local, **ne justifient évidemment pas de remettre en cause l'édifice** bâti progressivement par de multiples réformes successives.

2. Donner aux acteurs de terrain les moyens et le temps nécessaires à la mise en place d'une réforme territoriale de grande ampleur

- **Mettre en place les GHT de manière progressive, en respectant le niveau de maturité de chaque territoire.** La constitution des GHT doit évidemment respecter les spécificités de chaque territoire, sans vouloir absolument calquer un modèle type ni précipiter le calendrier.
- **Développer une identité commune et une répartition claire des compétences.** La répartition des compétences entre les sites et l'établissement support doit être bâtie dans le **respect du principe de subsidiarité.** L'ADH recommande de conserver un fort degré de proximité entre les directeurs et les établissements du GHT, de maintenir les instances nécessaires sur chaque site et de ne pas complexifier l'organisation interne des établissements.
- **Mettre en œuvre un plan de formation commun et développer une approche pédagogique et didactique autour du dispositif ;** les délégations ou les transferts de compétences doivent être compris et intégrés par les communautés hospitalières concernées.
- **Elaborer un projet commun de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences,** permettant d'identifier les métiers au service du projet commun et les métiers en tension et de définir les modalités de recrutement et de formation. Créer, dans chaque GHT, un « club management » associant les cadres dirigeants, les responsables médicaux...
- **Renforcer la fonction communication,** pour fédérer les équipes autour du projet médical, pour expliquer le fonctionnement du GHT et pour assurer une information continue et coordonnée avec la communauté hospitalière, les partenaires institutionnels et les ARS.
- **Homogénéiser les pratiques en développant des outils de management sur le pilotage par projet,** des tableaux de bords homogènes, communs et comparables, partagés entre médecins et directeurs.
- Développer avec volontarisme **les systèmes d'information communs,** la mise en place de territoires de santé numériques et la télémédecine. Des moyens d'investissement sont indispensables dans ce but.
- **Adopter une charte de gouvernance,** préservant l'autonomie de chaque établissement dans certains domaines et précisant les domaines pilotés au niveau territorial.

- **Développer résolument les outils techniques favorisant le travail à distance**, systèmes de visio-conférence, de télé médecine performante. Limiter strictement les réunions régionales centralisées à l'ARS, et privilégier les téléconférences.
- **Évaluer** les dispositifs de coopération. Après un temps de mise en place, les coopérations issues de la réforme GHT devront être évaluées. L'ADH propose que dans une même région, chaque GHT soit invité à participer à l'évaluation d'un autre groupement, pour favoriser le partage d'expérience.

3. Accompagner les acteurs et anticiper les situations individuelles

- **Garantir un accompagnement bienveillant et individualisé tant par le CNG que par les ARS**, et s'appuyant sur l'anticipation des situations individuelles. Il pourrait être créé **une cellule d'écoute anonymisée et des groupes d'appui**. Le CNG dispose de l'expérience et de la légitimité nécessaire pour mettre en place une structure d'écoute à laquelle chacun pourrait faire appel en toute confiance. Pour les situations de tension plus importantes, l'ADH suggère de mettre en place des groupes d'appui, voire de médiation, constitués de collègues n'exerçant pas dans la région et pouvant mener des missions ponctuelles « entre pairs ».
- **Mettre en place un dispositif de coaching ou d'accompagnement d'équipes, avec l'appui du CNG et de l'ANFH**. Des modules simples de formation peuvent être développés pour accompagner la création des équipes territoriales de gouvernance, en privilégiant une approche adaptée à la réalité de chaque région et fondée sur l'implication des équipes locales.
- **Réviser une bonne fois pour toutes les conditions d'attribution des emplois fonctionnels**, en élargissant ou en supprimant les quotas, en prenant en compte la dimension GHT, en s'affranchissant de la notion d'établissement juridique, en introduisant les notions de direction déléguée et de direction fonctionnelle territoriale.
- **Réviser les profils d'emplois afin de mieux valoriser les exercices multisites et favoriser un système d'intéressement positif pour accompagner les restructurations**. A ce jour, il n'existe aucune reconnaissance réelle de l'implication des équipes de direction dans les intérim prolongés, dans les directions communes, dans la mise en place éventuelles de futures directions fonctionnelles territoriales.
- **Faire évoluer les modèles relationnels et le management entre hôpitaux et autorités sanitaires**. Les responsables des GHT, directeurs et médecins devront rendre compte régulièrement, mais sur les résultats obtenus et non sur la mise en œuvre quotidienne.

4. Favoriser l'intégration de la QVT dans les politiques RH des établissements

- **Renforcer la communication sur la prévention des risques psycho-sociaux (RPS)** auprès des dirigeants, encadrants, et agents : donner aux dirigeants et encadrants les clés pour détecter les signaux faibles de RPS.
- **Faire de l'évaluation annuelle un réel outil d'identification des RPS**, en intégrant dans les grilles d'évaluation des items sur les RPS et en favorisant la libre parole de l'agent, permettre une discussion fondée sur l'auto-évaluation et les attentes vis-à-vis de la hiérarchie.
- **Elaborer des dispositifs d'alerte RPS** (comme cela peut exister pour les discriminations dans le cadre du Label diversité par exemple), permettant aux personnels hospitaliers de signaler des difficultés et de trouver un soutien ; mise en place d'actions correctives, en veillant à protéger l'individu concerné.
 - o Mise à disposition des salariés d'une **consultation de psychologue du travail** ;
 - o **Missions de régulation ou de supervision par un professionnel extérieur** dans les situations de collectifs de travail en difficulté ;
 - o **Ateliers d'analyse des pratiques managériales** pour les cadres ;
 - o **Dispositifs de médiation**, structuré en concertation et avec l'appui des partenaires sociaux et du service de santé au travail, composée de professionnels volontaires.
- **Renforcer les leviers d'intéressement et de reconnaissance individuelle des agents de la fonction publique**, qui restent actuellement très limités. Les règles appliquées ne favorisent pas la prise d'initiative, pouvant créer une perte de motivation et être considérées comme une absence de reconnaissance.

- Intégrer des modules de formation sur les **modes de management positif** et sur la qualité de vie au travail **dans les Grandes Ecoles de management (EHESP), mais aussi dans les cursus médicaux, techniques et soignants** et lors de l'accès à des fonctions managériales.
 - Promouvoir des organisations et des aménagements du temps de travail pour **favoriser l'équilibre vie personnelle / vie professionnelle** :
 - o Installation de **chartes de « gestion du temps »** : établissement des plannings à l'avance, anticipation des formations et des déplacements, aménagement d'horaires en fonction des contraintes familiales ou de transport, développement du télétravail ;
 - o Développer dans les GHT le **« droit à la déconnexion »**, dès lors qu'une permanence est organisée par la direction pour les imprévus et les urgences, visant à limiter l'envoi de courriels en dehors du temps de travail, ou les sollicitations les week-ends et pendant les congés, dès lors que la permanence est organisée par ailleurs ;
 - **Développer des outils et des applications permettant de fluidifier le travail des équipes dans le cadre de l'obligation de continuité à l'hôpital** :
 - o Application Whoog, permettant de solliciter les agents, sur la base du volontariat, dans le cadre de remplacements urgents ou prévus à court terme.
 - o Applications de planification pour les équipes territoriales.
 - **Reconnaître les efforts de maintien dans l'emploi dans les hôpitaux publics** : dans le contexte de maîtrise de la masse salariale imposé dans les hôpitaux, les dirigeants hospitaliers sont aussi amenés à maintenir dans l'emploi de nombreux fonctionnaires qui ne sont plus aptes à exercer leurs métiers initiaux et à trouver des solutions alternatives qui ne correspondent pas toujours aux objectifs d'efficacité, tout en maîtrisant strictement par ailleurs leurs effectifs généraux en charge des patients. L'allongement des carrières, malgré les efforts de prévention, concourt à l'accroissement de cette problématique, avec un impact financier très important pour les établissements. La T2A n'inclut naturellement pas ces problématiques. Une reconnaissance financière spécifique de l'effort fourni par les hôpitaux en matière de maintien dans l'emploi est nécessaire, en simplifiant la déclaration de travailleur handicapé auprès du FIPHFP ou la reconnaissance d'inaptitude, lorsqu'elle est justifiée, par les instances de l'établissement ou du GHT (médecine du travail)
- ▶ **Pour aller plus loin :**
- o *Contribution ADH « Propositions pour renforcer la qualité de vie au travail » - Novembre 2016*
 - o *Contribution ADH « GHT : accompagnement des dirigeants et des responsables hospitaliers » - Juin 2015*
 - o *Communiqué ADH « Réformes hospitalières et GHT : sortir des mauvais réflexes, moderniser le management, soutenir les responsables et faire – enfin – confiance aux acteurs ! » - Mars 2016*

Priorité n°4 : Favoriser l'ouverture et l'innovation du système hospitalier, pour qu'il soit capable de répondre aux enjeux d'avenir

La position de l'ADH

Le système hospitalier français est l'un des plus performants au monde et son excellence est reconnue internationalement. **Conforter ce positionnement suppose d'investir toujours plus le terrain de l'innovation y compris managériale, de la recherche et de renforcer l'ouverture, la coopération inter-établissement ainsi qu'avec les autres acteurs de santé.**

L'hôpital en soi est un investissement d'avenir : c'est un générateur de richesses. Producteur de santé, d'enseignement, d'innovation, de qualité de vie, il constitue aussi un acteur économique majeur du bassin dans lequel il est implanté. Il joue un rôle majeur dans la prévention des coûts de santé futurs de la population, permet le développement d'innovations médicales et participe au rayonnement de la France. **L'impact des établissements publics de santé sur les territoires est souvent très important et soutient directement l'économie locale** en bénéficiant notamment aux salariés ainsi qu'aux entreprises. Créateur de valeur ajoutée, l'hôpital contribue aussi aux richesses non matérielles.

Les GHT sont une belle opportunité pour renforcer la coopération et l'ouverture, avec en socle la mutualisation des plateaux techniques. **Le partage des moyens à disposition dans les GHT constitue un moyen de supprimer les doublons en privilégiant la co-utilisation.** Cela pourrait permettre à terme de dégager des financements pour l'acquisition de matériels en commun.

Nos propositions :

- **Renforcer l'excellence française en matière d'innovation et de recherche** en préservant attentivement les modalités spécifiques de financement de la recherche hospitalo-universitaire (PHRC, enveloppes ciblées, crédits MERRI, etc.)
- **Développer les coopérations à la carte sans marche forcée**, mais en partenariat territorial, basées sur une analyse stratégique et favorisant les projets innovants. Déployer au sein des GHT, en lien avec un CHU, une politique de recherche clinique dans les grands établissements du groupement, en stimulant les initiatives locales, en apportant du soutien méthodologique, en exploitant les données rassemblées par le DIM de Territoire...
- **Veiller à éviter les « effets mille-feuille »**, conduisant à la mise en place de niveaux d'actions et de décisions illisibles pour les usagers et les acteurs. Par exemple, la mise en place simultanée des GHT et de la politique territoriale en santé mentale (art 69. de la loi de Santé 2016) a accumulé des réorganisations à des niveaux distincts, faisant perdre en lisibilité, avec des niveaux de gouvernance différents, des risques de concurrence et de redondance et un essoufflement des acteurs qui portent ces réformes.
- **Accélérer la révolution numérique à l'hôpital** (cf. voir priorité n°2, proposition 2). Le déploiement d'envergure de la **télé médecine**, et en particulier de la **téléconsultation** et de la **téléexpertise**, est non seulement une priorité, mais surtout une nécessité accrue à l'heure des GHT et de la réorganisation territoriale de l'offre de soins. C'est également un enjeu majeur en termes d'égalité d'accès aux soins. C'est enfin un levier économique de rationalisation, puisqu'elle peut venir se substituer à certaines consultations qui consomment aujourd'hui beaucoup de transports sanitaires (véhicules sanitaires légers voire ambulances). L'ADH se réjouit que la LFSS pour 2017 ouvre enfin, à titre expérimental, les portes d'un financement adéquat (tarifs et forfaits) de la télé médecine à l'hôpital (pour les patients externes) comme en ville et qu'elle facilite son déploiement en allégeant considérablement les modalités de déclaration. Il s'agit d'un premier vrai modèle économique, malheureusement circonscrit aux patients en affectation longue durée (ALD) et limitant le nombre d'actes. Il sera essentiel d'évaluer la viabilité du dispositif.
- **Moderniser la conception française de la télé médecine**, qui accuse un certain retard alors que les projets sont nombreux. Elle ne doit pas être conçue comme un dispositif suppléant la carence de ressources médicales mais comme une **modalité à part entière de « prise en charge »** au plus proche des patients, avec une valorisation supplémentaire

du rôle du médecin traitant, mais aussi comme un **élément structurant du projet médical de territoire**. Il est indispensable d'inciter plus fortement les établissements d'un GHT à coordonner et densifier leur offre de télémédecine. Cela suppose aussi que la **formation initiale et continue des médecins** soit renforcée dans le domaine.

- **Donner aux établissements de santé les véritables moyens d'une politique de décloisonnement territorial**, en dépassant les logiques en « tuyau d'orgue » qui nuisent à la continuité des parcours. Les appels à projets en région sont encore trop soumis aux logiques d'enveloppes par domaines d'activités (sanitaire / médico-social / social...).
- **Renforcer l'association des médecins et soignants de ville à la mise en œuvre des politiques de parcours, reposant en partie sur les acteurs de premiers recours**. La difficulté de consacrer du temps – non rémunéré – à des réunions institutionnelles, pourtant importantes, est très souvent exprimée. Des dispositifs incitatifs ou de contractualisation d'objectifs pourraient être travaillés de manière expérimentale, sur le ressort d'un GHT, en complément des maisons de santé disciplinaire qui commencent à permettre ce dialogue. On pourrait aussi créer la notion de « **professionnel paramédical référent** » sur le modèle du médecin référent, pour élargir les possibilités de surveillance générale des situations de santé et améliorer la prévention. Un patient à domicile peut en effet recevoir la visite d'infirmières, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, etc., qui ont leur place dans la gestion des parcours.



Nos propositions ne visent pas à bouleverser le système. Elles sont pragmatiques, parfois de portée localisée mais fondées sur la pratique et le vécu des professionnels.

Dans tous les cas, l'Association nationale des directrices et directeurs d'hôpital demande solennellement aux candidats à l'élection présidentielle de ne pas engager une nouvelle et Nième « grande réforme » du système hospitalier. Les hôpitaux et les professionnels de santé ont besoin d'une pause dans la restructuration institutionnelle, constamment modifiée depuis plus de dix ans. Les réformes n'ont aucun sens si elles se succèdent par à-coups alors que, dans le même temps, les efforts de maîtrise économique sont considérables.

L'ADH invite les candidats à observer, à faire confiance, à prendre le temps, à tenir compte de l'expertise des acteurs de terrain pour consolider un système de santé performant, répondant aux besoins de tous, valorisant pour les femmes et les hommes qui le font vivre et accueillant pour les patients qui s'y adressent.