

Propositions de l'Association des Directeurs d'Hôpital sur les missions de l'Hôpital public

- Commission Larcher -

PROPOSITIONS POUR UNE PLATEFORME SYNTHETIQUE DE L'ADH Commission Larcher

1/ Améliorer la pertinence des recours à l'hôpital

L'enjeu majeur est le désengorgement des services d'urgences et l'amélioration de la chaîne de prise en charge ; pour cela :

Proposition n°1

Créer ou pérenniser l'existence des « **centres médicaux de garde** »

- Lieu : au sein (ou à proximité) de l'hôpital ;
- Fonctionnement : idéalement 24 heures sur 24, sinon au moins le week-end et de nuit en semaine ; avec médecine de ville et/ou médecine hospitalière (publique ou privée) ;
- Activités annexes : prévention / éducation / maison des usagers ;
- Financement : dans le cadre des MIGAC, idéalement par le biais d'un GCS (sinon par le biais d'une dotation gérée par l'hôpital de référence) ; avec participation des collectivités territoriales concernées.

Commentaires

- Le financement des centres médicaux de garde serait assuré via les MIGAC en ce qui concerne les hôpitaux et via un conventionnement avec le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville en ce qui concerne la médecine de ville. Le cadre de gestion serait un GCS territorial public-privé.
- Cette initiative peut entrer dans les attributions des ARS.

2/ Renforcer le pilotage de l'hôpital

Deux enjeux majeurs sur ce point : conforter l'évolution engagée vers un pilotage clair et homogène de l'hôpital et doter ce dernier d'un statut spécifique.

Proposition n°2

Confirmer et clarifier le rôle d'une **autorité unique** (directeur général) qui recrute l'ensemble des personnels **-médecins et directeurs adjoints compris-** et décide en liaison avec un Conseil exécutif conforté. La relation privilégiée Directeur/Président de CME élu est maintenue.



Un corollaire indispensable : **élargir les compétences et diversifier le corps des chefs d'établissements** avec passage obligatoire pour tous à l'EHESP qui délivrerait, sur titres, un diplôme spécifique de management (type MBA) pour pouvoir postuler sur les fonctions de directeur général. Le DG est nommé par le Ministre après avis du Président du Conseil d'Administration remanié, des Commissions statutaires et du directeur de l'ARS.

Commentaires

- Le Directeur général détient une capacité ultime d'arbitrage mais il est obligatoirement assisté d'un conseil exécutif de nature paritaire. L'ADH est attachée à l'expérience apportée par les conseils exécutifs dans leur configuration actuelle. De même, l'ADH souhaite poursuivre la dynamique mise en place par les pôles médicaux.
- Le conseil d'administration, dont la responsabilisation doit être renforcée sur le plan financier (cf fiches suivantes), doit impérativement évoluer dans sa composition pour lui permettre de demander des comptes à la direction sans introduire d'ambiguïté dans le pilotage de l'établissement.
- La formation spécifique au profil de Directeur général d'établissement public de santé de territoire délivrée par l'EHESP, distincte de la formation initiale, sera obligatoire et prendra en compte le parcours qualifiant des postulants. L'enseignement prodigué sera axé sur la politique nationale de santé publique, le management, l'efficacité, la qualité. L'accès à ce second niveau de responsabilité se ferait par concours sur titres.

2/ Renforcer le pilotage de l'hôpital (suite)

Proposition n° 3

Doter l'hôpital d'un nouveau statut, modernisé, qui permette :

- d'alléger les contraintes inutiles ou inefficaces du code des marchés publics en obtenant l'adaptation de celui-ci ;
- de soustraire l'hôpital à l'application de la loi MOP, qui renchérit le coût de ses opérations de travaux et d'achats;
- d'abroger la règle de séparation ordonnateur/comptable ;
- de définir, au niveau local, des domaines plus larges d'autonomie de gestion des personnels afin d'enrichir le dialogue social.

Commentaires

- Dans le cadre des règles européennes le CMP doit être adapté et fortement assoupli afin de raccourcir les délais d'achat, gage de qualité et de sécurité, et d'élargir les possibilités de négociation, gage d'économie.
- Pour les mêmes raisons, les constructions hospitalières doivent être libérées du carcan de la loi « Maitrise d'ouvrage publique ». Ces règles MOP spécifiques renchérisent les opérations, rallongent leurs délais de réalisation, diminuent les capacités d'adaptation des établissements.
- La séparation ordonnateur/comptable est une survivance absolument dépassée qui n'apporte aucune valeur ajoutée dans la gestion budgétaire des hôpitaux. Par contre, l'expertise acquise par les agents des trésoreries, d'ailleurs parfois payés par l'hôpital, est précieuse : en supprimant la séparation on créerait un poste comptable intégré à l'hôpital avec ses personnels.
- Les domaines d'autonomie de gestion visent à créer, dans le cadre d'un statut national modernisé, des conditions favorables à un dialogue social à dimension locale dans les négociations relevant des primes, de l'évaluation, et de la carrière.

3/ Structurer les services hospitaliers de territoire

Le constat est unanime : trop de freins à la réorganisation territoriale et aux relations ville/hôpital ; pour remédier à cela deux propositions :

Proposition n°4

Un seul établissement public de santé par territoire ou par sous-territoire (secteur géographique et sanitaire homogène) :

- avec des instances dirigeantes adaptées au territoire de santé ;
- en adaptant les contours de cet établissement public de santé de territoire aux réalités locales, à la taille du territoire, à la taille et au nombre des établissements ;
- avec une période transitoire : dans un premier temps, création obligatoire d'une GCS pour une durée maximale de 24 mois permettant d'ajuster les contours et l'organisation en concertation entre les acteurs.

Commentaires

- Cette structuration unique est le seul garant d'un recrutement médical cohérent, d'une stratégie homogène et d'une politique médicale commune qui favorisent une prise en charge de qualité. Il ne s'agit pas d'un nouvel échelon interrégional.
- L'unité géographique entendue par « territoire » doit être adaptée aux réalités locales de types socio-économiques, démographiques, sanitaires, et intégrer le secteur médico-social.
- L'établissement public de santé de territoire ainsi découpé constitue un « assembleur d'offre de soins publique », établissement de référence qui coordonne les structures de l'unité géographique via un CA, un CE et une CME uniques.
- Cet établissement est appuyé sur le Centre Hospitalier pivot du territoire concerné, autour duquel doivent s'organiser les autres structures dans un projet médical concerté et commun.
- Le CA de l'établissement public de santé de territoire n'est pas une strate supplémentaire mais un nouvel établissement *sui generis* en lieu et place des établissements existants. Il ne peut pas être celui du CH pivot qui en constitue le point de départ. Ce CA est impérativement adapté à cette nouvelle organisation et son président est élu.

3/ Structurer les services hospitaliers de territoire (suite)

Proposition n°5

Création d'Agences Régionales de Santé pour une meilleure cohérence ville/hôpital/sanitaire/social.

Commentaires

- L'ARS constitue une autorité régionale transversale (public, privé, médecine générale, secteur sanitaire et médico-social).
- Il s'agit d'une administration de mission, relevant du seul Ministère de la Santé et dotée d'une structure souple.
- Sauf à opérer un très important retour en arrière, l'ARS ne peut et ne doit pas se transformer en administration de gestion relevant des services extérieurs de l'Etat dans la région (préfet).
- Dans le même ordre d'idées, la création de l'ARS doit impérativement s'accompagner d'une simplification du droit et d'une simplification des niveaux de concertation, de contrôle, et de décision de son champ d'action au niveau local, départemental, régional.
- Ainsi, les ARS doivent disposer de marges de gestion étendues au niveau régional, dans le cadre de règles générales nationales moins détaillées qu'aujourd'hui. Les ARS passent un contrat véritable avec les établissements publics de santé de territoire, dont la durée d'au moins 3 ans est adaptée au contexte local.
- Le profil des directeurs d'ARS – véritables professionnels de santé – doit impérativement prévoir des compétences en matière de management et de connaissance du monde sanitaire.

4/ Améliorer l'attractivité pour les professionnels

Les tensions sur les démographies professionnelles et la concurrence des structures privées imposent de simplifier et de dynamiser les règles d'emplois et de reconnaissance des personnels ; pour cela :

Proposition n°6

- **Adapter les règles statutaires aux nécessités de la négociation locale en créant la possibilité d'adaptations négociées ;**
- **Introduire la possibilité d'opter pour un statut contractuel lors du recrutement dans certains emplois**, dans un cadre strict et encadré par une convention collective gérée par la FHF et négociée par celle-ci avec les partenaires sociaux ;
- Un assouplissement spécifique pour les médecins est à prévoir, comme c'est le cas pour les directeurs, afin d'améliorer leur rémunération par un intéressement individuel à l'activité ou à la réalisation des projets. Il conviendra également d'introduire une clause stricte de non-concurrence.

Commentaires

- Si l'introduction d'un principe de double statut (public/privé) est trop complexe à mettre en oeuvre, il faut en tous les cas assouplir très largement les règles statutaires actuelles, aujourd'hui particulièrement rigides et dont l'unicité de principe au niveau national pose d'ores et déjà de très nombreux problèmes et entraîne des adaptations locales « sauvages » qui fragilisent les établissements et les individus.
- Les règles statutaires doivent par conséquent évoluer, en prévoyant un socle intangible sur le plan national, une adaptation régionale éventuelle, et en permettant une autonomie locale beaucoup plus forte. Par exemple : autoriser un pourcentage de contractuels par postes de titulaires (cf proposition n°3 sur le dialogue social local).

5/ Dynamiser la recherche et l'enseignement

Cinquante ans après 1958, le système hospitalo-universitaire français a fait la preuve de son efficacité ; il convient néanmoins de le faire évoluer en remettant en cause le quasi monopole des CHU et pour cela :

Proposition n°7

- Possibilité de créer des « pôles universitaires » dans les futurs établissements publics de santé de territoire, en fonction des spécificités de chacun.
- Mettre en place, pour l'ensemble des services universitaires, une procédure de renouvellement obligatoire basée sur une véritable évaluation de la recherche et de l'enseignement (évaluation qualitative et quantitative).

Commentaires

Se référer à la définition de l'établissement public de santé de territoire précisée dans la 4^{ème} proposition.