



N° 714
(1^{ère} partie)

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES

sur

l'organisation interne de l'hôpital

ET PRÉSENTÉ
PAR M. RENE COUANAU,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LA CRISE HOSPITALIÈRE	11
A. LES SYMPTOMES, LES REVELATEURS ET LES ACCELERATEURS DE LA CRISE	12
1. Le symptôme le plus préoccupant : le malaise des personnels	12
<i>a) Une série d'indicateurs objectifs prouve ce malaise</i>	12
<i>b) Le moral des personnels médicaux est au plus bas</i>	12
<i>c) Ce « syndrome de lassitude » atteint aussi les personnels soignants et administratifs</i>	13
2. La qualité du service rendu risque de se dégrader	13
<i>a) La création de files d'attente dégrade le service rendu aux usagers et viole le principe d'égalité devant le service public de santé</i>	14
<i>b) Les personnels hospitaliers, et en particulier les personnels soignants, ont moins de temps à consacrer à chaque patient</i>	14
<i>c) La qualité des soins pourra-t-elle rester toujours aussi élevée?</i>	15
3. La réalité vécue s'éloigne de plus en plus des dispositions législatives et réglementaires	15
<i>a) Le projet d'établissement</i>	15
<i>b) La comptabilité analytique et l'évaluation des pratiques professionnelles</i>	15
<i>c) Des dispositions d'application facultative</i>	15
4. De récents facteurs, aggravants et simultanés, ont mis en évidence la fragilité structurelle de l'organisation interne de l'hôpital	16
<i>a) Des chocs externes majeurs ont affecté l'organisation du temps de travail à l'hôpital</i>	16
<i>b) Les nouvelles normes sanitaires édictées depuis 1994 obligent à l'excellence sans moyens supplémentaires</i>	17
B. LA CRISE HOSPITALIERE EST MORALE, DEMOGRAPHIQUE ET FINANCIERE	18
1. Une crise morale profonde qui touche tous les acteurs de l'hôpital public.....	19
<i>a) Le malaise touche les personnels, les usagers et les élus</i>	19
<i>b) Les logiques corporatistes ont conduit au repli dans un « hôpital-forteresse »</i>	22

2. L'hôpital public affronte une crise financière de plus en plus préoccupante	22
a) <i>Le dynamisme des dépenses</i>	22
b) <i>Le poids des obligations non financées</i>	23
c) <i>Les contrats d'objectifs et de moyens contraignent à « remettre les compteurs à zéro »</i>	23
d) <i>Les investissements sacrifiés</i>	24
3. Une crise démographique	24
a) <i>L'offre de soins nécessite toujours plus de main d'œuvre</i>	24
b) <i>La demande en soins va s'accroître en quantité et en qualité</i>	24
c) <i>La crise des vocations, très préoccupante, est liée à l'attractivité moindre des métiers de l'hôpital</i>	25
C. LES CAUSES DE LA CRISE : UNE DEMANDE ACCRUE ADRESSEE A L'HOPITAL ET DES FACTEURS DE DESORGANISATION INTERNES ET EXTERNES	25
1. L'hôpital est victime de son succès et de sa nécessité	25
a) <i>L'hôpital public a assumé des missions à la complexité croissante dans un contexte budgétaire tendu</i>	25
b) <i>Les changements quantitatifs et qualitatifs de la demande adressée à l'hôpital ont été mal pris en compte par l'organisation interne des établissements</i>	27
2. Les facteurs externes : absence de vision stratégique, carcan administratif et mode de financement sclérosant	28
a) <i>La tutelle, accaparée elle aussi par l'urgence et la gestion, n'a pas assez développé une vision stratégique</i>	28
b) <i>Les logiques statutaires de la gestion du personnel et le code des marchés publics constituent de véritables carcans administratifs</i>	30
c) <i>Le mode de financement a rempli son objectif de maîtrise des dépenses au prix de déséquilibres grandissants</i>	32
3. Les facteurs internes : bureaucratisation croissante et absence d'autorité et d'évaluation	32
a) <i>« Mais qui est le responsable ici ? »</i>	33
b) <i>La « bureaucratisation de l'hôpital » : l'administration hospitalière face à des services balkanisés</i>	35
c) <i>L'absence de la formalisation de la culture d'évaluation</i>	37
D. QUATRE PRONOSTICS POUR L'AVENIR DE L'HOPITAL	38
II.- RENDRE AUX HOPITAUX LEUR AUTONOMIE ET LEUR RESPONSABILITE ET A L'ADMINISTRATION CENTRALE SES FONCTIONS DE PILOTAGE DU SYSTEME ...	43
A. LIBERER LES ENERGIES ET LES TALENTS DANS LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DE L'ETABLISSEMENT	43
1. Un conseil d'administration aux compétences élargies et à la composition renouvelée	44
a) <i>Un « conseil d'administration qui administre »</i>	44
b) <i>La composition du conseil d'administration</i>	47

2. La procédure budgétaire et le mode de financement doivent contribuer à mieux identifier les responsabilités	48
a) <i>La procédure budgétaire</i>	48
b) <i>La tarification à l'activité doit conduire à promouvoir la responsabilisation de chacun</i>	48
3. La gestion des ressources humaines à l'hôpital : motiver et qualifier	50
a) <i>Adapter le statut des praticiens hospitaliers</i>	50
b) <i>Ouvrir plus de perspectives aux personnels soignants</i>	51
c) <i>Promouvoir le recours à de nouvelles compétences</i>	52
4. Assouplir les conditions de fonctionnement de l'hôpital public	53
a) <i>Simplifier les procédures de consultation et le fonctionnement des instances</i>	53
b) <i>Assouplir les règles de droit public relatives aux achats et aux investissements</i>	53
c) <i>Reconsidérer les modalités de la gestion du forfait hospitalier journalier et du ticket modérateur</i>	54
5. L'organisation médicale de l'hôpital public : laisser le pragmatisme s'exprimer	54
a) <i>Dans les grands établissements, mettre fin à la balkanisation</i>	54
b) <i>Appliquer l'amendement "liberté"</i>	55
6. L'hôpital doit « sortir de ses murs »	56
a) <i>La coopération institutionnelle</i>	56
b) <i>Attirer et garder les talents à l'hôpital</i>	56
c) <i>L'hôpital « dématérialisé »</i>	57
B. LE PILOTAGE GLOBAL DU SYSTEME HOSPITALIER : TRACER LES ORIENTATIONS, DECONCENTRER, ÉVALUER ET QUALIFIER	57
1. Stopper l'hyperconcentration	57
a) <i>L'établissement de listes nationales d'aptitude et la nomination relèveraient toujours de l'autorité ministérielle, l'affectation du conseil d'administration de l'établissement</i>	58
b) <i>Une gestion régionalisée et individualisée de la carrière des praticiens hospitaliers</i>	58
c) <i>Créer des possibilités de reclassement pour les praticiens hospitaliers et les directeurs d'hôpitaux</i>	59
2. Plus de transparence dans le pilotage et la production de normes	59
a) <i>Créer une instance de concertation transversale relative à l'hôpital public auprès du ministre en charge de la santé</i>	59
b) <i>Réaliser une étude d'impact et une évaluation médico-économique des mesures de sécurité sanitaire projetées</i>	60
3. L'évaluation à l'hôpital : un impératif majeur	60
a) <i>L'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens hospitaliers</i>	60
b) <i>L'évaluation des équipes</i>	61
c) <i>L'évaluation managériale des gestionnaires</i>	61

4. Poursuivre le processus de restructuration mais en le rendant plus transparent.....	61
a) <i>L'organisation interne de l'hôpital ne doit pas être l'otage d'une répartition inefficace des ressources dans un territoire donné.....</i>	61
b) <i>Les modalités de ces restructurations doivent être revues : plus de transparence, plus de pédagogie et plus de démocratie.....</i>	63
c) <i>Intégrer l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) au processus de restructuration.....</i>	63
CONCLUSION	65
PRINCIPALES PROPOSITIONS DE LA MISSION	66
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE PAR LES MEMBRES DE LA MISSION APPARTENANT AU GROUPE SOCIALISTE.....	69
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	75
ANNEXES	
INFORMATIONS RELATIVES A LA MISSION	
<i>Composition de la mission</i>	
<i>Personnes auditionnées par la mission</i>	
<i>Déplacements effectués par la mission</i>	
<i>Compte rendu de la table ronde du 17 septembre 2003 : « L'organisation interne de l'hôpital public est-elle au service du malade ?</i>	
ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE	
<i>Principaux textes portant organisation interne de l'hôpital</i>	
<i>Ouvrages et rapports portant sur l'organisation interne de l'hôpital</i>	
<i>Statuts des personnels médicaux, soignants et administratifs travaillant à l'hôpital</i>	
<i>Planning général type d'une opération immobilière</i>	
ORGANISATION INTERNE DE L'HÔPITAL A L'ÉTRANGER	
<i>Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse, Etats-Unis et Québec</i>	

INTRODUCTION

« Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple ».
Tenon, in « Mémoire sur les hôpitaux de Paris » (1760).

Après la tenue d'une table ronde consacrée à l'organisation interne de l'hôpital le 17 septembre 2002, le bureau de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a décidé de créer une mission d'information sur le même sujet¹. La mission a conduit ses travaux de novembre 2002 à mars 2003.

Le périmètre de la mission comprenait les établissements publics de santé (principalement les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux) et les « établissements participant au service public hospitalier ». Cela représente 1 031 établissements publics de santé et 472 participants au service public hospitalier (données issues du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2002). Selon le ministère en charge de la santé (statistiques annuelles des établissements de santé) les effectifs hospitaliers atteignent environ 750 000 personnes, dont 100 000 médecins et près de 200 000 personnels infirmiers. Le budget 2003 de ces établissements représente un montant total de 47,8 milliards d'euros.

La mission a procédé à l'audition de plus de cinquante personnalités. Dans un laps de temps relativement court, elle a programmé des déplacements dans des établissements de statut et de taille différents, situés dans des régions diverses, afin de disposer d'une vision la plus large possible du service public hospitalier².

La mission ne s'est pas fixée comme objectif de rendre un rapport de spécialistes du secteur hospitalier. Elle n'a pas non plus abordé la problématique plus large de la place de l'hôpital dans l'organisation de notre système de soins. Elle a voulu entendre le plus grand nombre d'avis possible afin d'établir un diagnostic de la situation et d'avancer des propositions.

*

Y a-t-il une crise de l'hôpital public ?

Quelles que soient les nuances à apporter, les différences de situation observées, les niveaux de gravité atteints, la réponse ne fait pas de doute : oui, l'hôpital public est en crise.

« L'hôpital va mal », « la situation est grave », « la situation est préoccupante » : telles sont les appréciations le plus souvent entendues au cours des auditions réalisées par la mission.

¹ Le compte rendu de la table ronde et la composition de la mission se trouvent en annexe.

² La liste des personnes entendues et des déplacements effectués se trouvent en annexe.

Des rapports, des publications, des dossiers de presse récents décrivent les tensions de plus en plus vives qui affectent le monde de la santé dans son ensemble et l'hôpital en particulier : difficultés d'application des 35 heures, manque d'effectifs, judiciarisation accrue, retards dans l'accueil des patients, restructurations contestées...

Les observations de la mission confirment l'acuité de cette situation : se cumulent à l'hôpital une réelle perte de moral chez tous les hospitaliers, des difficultés de fonctionnement, des défauts d'organisation, une moindre réactivité face aux évolutions des besoins sanitaires et des techniques, une montée des griefs faits aux « tutelles » et une baisse de confiance dans l'avenir.

Cette crise est structurelle. Elle a été amplifiée par des contraintes récentes. Si elle se poursuit, elle s'aggravera et mettra en cause, sinon en péril, les missions mêmes de l'hôpital public.

Le paradoxe hospitalier

Parce qu'elle est récurrente, la crise a été banalisée. Parce que, aussi, et heureusement, les personnels hospitaliers, dans leur grande majorité, continuent à faire face à des obligations et à des sollicitations de plus en plus lourdes, faisant dire à certains des interlocuteurs de la mission « qu'on n'a jamais été aussi bien soigné en France qu'en 2003 ».

C'est le paradoxe, certains diront le miracle hospitalier.

Car jamais une organisation n'a aussi peu favorisé les adaptations, la réactivité, disons même... l'intelligence, et pourtant les compétences, les initiatives, les dévouements foisonnent, inventent, surmontent les obstacles et les difficultés pour que, tant bien que mal, les missions soient accomplies. Le sens du service public dont ont fait preuve la plupart des hospitaliers a retardé ou compensé les effets de la crise d'organisation et de pilotage ; mais il ne l'a pas réglée.

Oui, l'hôpital marche... mais pour combien de temps encore ?

L'organisation de l'hôpital et le pilotage du système hospitalier au cœur de la politique de la santé

La mission considère qu'il est urgent de prendre des dispositions et surtout de susciter une forte mobilisation pour une nouvelle organisation de l'hôpital.

Comme l'a souligné à l'occasion de la table ronde M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles familiales et sociales, la crise de l'hôpital, généralement attribuée au manque de moyens, est due aussi aux défauts de l'organisation interne de l'hôpital et du système hospitalier dans son ensemble. Une meilleure organisation optimiserait les ressources disponibles et motiverait les personnels hospitaliers.

La problématique de l'organisation est cruciale parce que l'hôpital public est à la veille d'une croissance considérable – une explosion, diraient certains – de la demande adressée à l'hôpital. Il y aura en 2020 plus de deux millions de personnes âgées de plus de 85 ans. Au moment où les nombreuses générations du « *baby boom* »

entreront dans des classes d'âges fortement consommatrices de soins hospitaliers, l'hôpital verra ses effectifs diminuer brusquement en raison des départs à la retraite ! Comment faire, sachant que les ressources ne suivront probablement pas une croissance similaire ?

Les modalités actuelles du fonctionnement des établissements et celui du pilotage du système hospitalier (les deux étant liés) ne permettent ni de valoriser l'engagement individuel ou collectif, ni de reconnaître l'effort et la performance.

Si un redressement rapide n'est pas opéré, l'organisation interne des hôpitaux et celle du système hospitalier seront devenues à brève échéance, si elles ne le sont déjà, de véritables « machines à déresponsabiliser ».

C'est pourquoi les propositions de la mission se réfèrent à deux principes : l'autonomie des établissements et l'affirmation des responsabilités, et s'articulent autour de quatre axes :

- Contre l'étatisation, redonner aux hôpitaux publics, dans le cadre d'une politique de santé nationale et régionale et d'un financement bien entendu encadré, des marges de manœuvre et de liberté.
- Contre la complexité et l'inflation normative, simplifier les organisations et les fonctionnements.
- Contre le découragement et le laisser-aller, retrouver le chemin de la responsabilité à tous les niveaux de l'hôpital, du conseil d'administration aux personnels soignants.
- Contre l'épuisement et le gaspillage des talents, « qualifier, évaluer et motiver ».

Ces propositions visent à redonner à l'hôpital son efficacité et son excellence, et aux hospitaliers la fierté d'y contribuer.

I.- LA CRISE HOSPITALIÈRE

La loi du 21 décembre 1941¹, complétée par le règlement d'administration publique du 17 avril 1943, jette les bases de l'organisation interne de l'hôpital. L'hôpital public moderne naît lorsque les ordonnances du 30 décembre 1958 créent le statut de praticien à temps plein et les centres hospitaliers universitaires. C'est le début de l'essor de la médecine hospitalière française.

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 introduit les notions de service public hospitalier et de planification sanitaire, consacrant l'hospitalocentrisme du système français, accompagné de dépenses hospitalières toujours plus élevées. Le décret du 11 août 1983 fixe le principe du financement par la dotation globale, cherchant à contenir les dépenses au prix du maintien de rentes de situation, de restructurations douloureuses mais insuffisantes et de tensions budgétaires croissantes. Les années suivantes voient le développement du programme de la médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La loi n° 91-748 du 30 juillet 1991 portant réforme hospitalière vise à accroître l'autonomie des établissements et à encourager le dialogue social au sein des établissements. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée crée des agences régionales de l'hospitalisation, affirme les droits des patients et met en place la procédure d'accréditation. Les agences régionales commencent à mettre en place les restructurations indispensables de l'offre hospitalière, et la conclusion de protocoles salariaux revalorise de manière très significative les rémunérations. Entre 1978 et 1994, le nombre de praticiens hospitaliers a doublé.

Enfin, la loi n° 303-2002 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé parachève l'édifice normatif en formalisant les droits des patients et en créant l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

En vingt ans, l'hôpital public a donc connu dans les textes et dans la pratique des évolutions profondes qui ont fortement sollicité les capacités d'adaptation de ses personnels. Le décalage est d'autant plus frappant avec le sentiment d'immobilisme exprimé depuis plusieurs années par les mêmes personnels hospitaliers. Ainsi, ces novations semblent avoir exaspéré les frustrations.

Ce rapport tente d'analyser les symptômes, les révélateurs et les accélérateurs de la crise (A), ses dimensions morale, financière et démographique (B), et les causes de la désorganisation (C). Il esquisse ce que pourraient être les scénarios de l'avenir de l'hôpital public (D).

¹ En annexe se trouve une liste des principaux textes législatifs relatifs à l'organisation interne de l'hôpital.

A. LES SYMPTOMES, LES REVELATEURS ET LES ACCELERATEURS DE LA CRISE

Trois symptômes sont très significatifs : le mal-être des personnels travaillant à l'hôpital, la dégradation des conditions d'accueil des patients et des usagers, et enfin l'application très partielle et très limitée de textes législatifs et réglementaires.

Ces symptômes s'inscrivent dans des tendances de long terme. Deux facteurs externes sont venus récemment aggraver la crise et ont agi comme des révélateurs : l'application de la réduction du temps de travail et la sévérité accrue des normes relatives à la sécurité sanitaire.

1. Le symptôme le plus préoccupant : le malaise des personnels

A l'écoute des personnes entendues dans le cadre des auditions et dans ses déplacements, la mission a fait le constat de ce malaise. Le mal-être généralisé prend des expressions différentes selon les régions (il existe des problématiques spécifiques, comme le cas de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris), les catégories et l'âge des personnels concernés, puisque de véritables « conflits de génération » surgissent, particulièrement chez les médecins.

a) Une série d'indicateurs objectifs prouve ce malaise

Le document élaboré par le ministère chargé de la santé « *Données sociales hospitalières* » (2002) fait état d'une croissance ininterrompue des absences pour motifs médicaux depuis 1996, ce qui peut être interprété comme l'un des indicateurs du reflet d'une ambiance dégradée. Il montre que le nombre de départs ayant pour cause une démission augmente : en valeur absolue, il a doublé depuis 1998. Le nombre total annuel de jours de conflits, un des indicateurs de la conflictualité sociale, après avoir diminué de 1995 à 1998, a considérablement augmenté en 1999 et 2000.

b) Le moral des personnels médicaux est au plus bas

Un des interlocuteurs de la mission a évoqué « *l'épuisement* » des médecins hospitaliers. Une enquête menée par l'Académie nationale de médecine auprès de 956 chefs de service des hôpitaux généraux¹ (sur 1300 questionnaires envoyés) montre que 87 % des personnes interrogées estiment que les conditions d'exercice « *se sont nettement détériorées* ».

Les symptômes les plus significatifs sont, outre les arrêts de travail et les grèves de médecins hospitaliers (dont les internes), les démissions (ou les menaces de démission) de postes de chefs de service. Les retraites anticipées se multiplient : s'agissant des médecins, les deux premières causes de départs sont les démissions (39 %) et les départs de non titulaires (22 %). Il semble qu'un grand nombre d'internes manifestent le souhait d'abandonner leur carrière à l'hôpital, alors même qu'elle présente des avantages certains (activité salariée, multidisciplinarité, haute technicité ...). Le nombre de postes vacants devient très préoccupant dans certaines

¹ En annexe se trouvent une sélection de rapports portant sur l'organisation interne de l'hôpital ainsi qu'une description des situations à l'étranger.

disciplines (notamment l'anesthésie-réanimation) pour lesquelles, à l'ouverture des postes, le taux postes pourvus/postes vacants atteint 40 %.

Les propos recueillis auprès d'une cadre sage-femme illustrent ce constat :

« J'ai un sentiment d'impuissance grandissant. Je passe mes journées à courir pour essayer de colmater des brèches de plus en plus grandes, et je n'ai plus de solutions à apporter ».

c) Ce « syndrome de lassitude » atteint aussi les personnels soignants et administratifs

Les autres catégories de personnel vivent également un malaise profond, qui est resté jusqu'à aujourd'hui relativement silencieux. Les crises éclatent au grand jour lors des opérations de restructurations.

– Les personnels soignants

Les personnels soignants dénoncent la montée inexorable de la charge en soins, le manque d'effectifs, les cadences élevées et la déshumanisation de leur travail. Madame Josiane Pheulpin, infirmière, l'un des « grands témoins » invités à faire part de leur expérience lors de la table ronde du 17 septembre 2002, rend ainsi compte de son travail quotidien :

« Dans mon établissement, les soignants travaillent trente-sept heures et demie par semaine, avec des jours de récupération, d'où des effectifs de plus en plus réduits. Je travaille dans un service de gériatrie. Sur un couloir de 110 mètres, nous avons trente-huit personnes âgées, nous sommes deux infirmières, une du matin, une du soir et une qui travaille un peu le matin, un peu l'après-midi. Les soins sont réalisés à la chaîne, sans prise en compte des besoins des patients. Nos conditions de travail se sont nettement dégradées, il faut tout faire très vite ».

– Les personnels administratifs

La contribution écrite du syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH) évoque le « syndrome d'épuisement » des personnels hospitaliers. Les directeurs d'hôpitaux, « désabusés » (selon les termes de la contribution écrite du SNCH), souffrent du malaise ambiant et ont l'impression d'être devenus des boucs émissaires.

2. La qualité du service rendu risque de se dégrader

Compte tenu du malaise des personnels, les conditions de la prise en charge des patients, et plus généralement des usagers, se sont-elles dégradées ?

Il a semblé au rapporteur que la dégradation est patente s'agissant de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs familles, notamment au service des urgences. Des efforts restent à faire en ce qui concerne les conditions de l'accueil des proches des patients et la prise en charge globale, cohérente et continue des malades.

En revanche, une éventuelle dégradation de la qualité des soins est difficile à mettre en évidence, notamment parce que des indicateurs de qualité restent à élaborer. En outre, la confiance des Français dans l'hôpital public reste élevée.

a) La création de files d'attente dégrade le service rendu aux usagers et viole le principe d'égalité devant le service public de santé

Les modalités d'application de la réduction du temps de travail, en l'absence d'embauches supplémentaires suffisantes et de réorganisations plus efficaces, ont dégradé les conditions d'accueil. En effet, la réduction du temps de travail se traduit souvent par la réduction des plages d'ouverture des secrétariats médicaux. Cela diminue la qualité du service rendu, allonge les délais de consultation et renforce le phénomène de files d'attente, particulièrement pendant les périodes de congés. Or, la multiplication des files d'attente dégrade aussi les conditions de travail des personnels et l'image de l'hôpital public.

En outre, elle porte préjudice aux principes constitutionnels du respect de la protection de la santé et de l'égalité devant le service public de santé. La pénurie de professionnels de santé qualifiés est annoncée, les files d'attente se forment et s'allongent : chacun a-t-il accès aux soins hospitaliers dans des conditions identiques ?

Les refus et les reports d'hospitalisation, le recours à des réseaux sociaux informels pour obtenir rapidement un rendez-vous, l'utilisation accrue de la formule de la consultation privée en hôpital public, voire l'hospitalisation dans des structures privées, plus coûteuses, sont des symptômes préoccupants de la crise actuelle.

b) Les personnels hospitaliers, et en particulier les personnels soignants, ont moins de temps à consacrer à chaque patient

Les personnels soignants rencontrés par les membres de la mission ont presque unanimement rapporté qu'ils avaient de moins en moins de temps à donner à chaque patient. Cette disponibilité moindre conduit nécessairement à réduire le temps consacré par les soignants et aides-soignants à l'écoute des malades et au dialogue, les personnels accordant légitimement la priorité aux gestes de soin.

Sur ce sujet, le témoignage d'un médecin d'un service de soins de suite à l'hôpital intercommunal Jean Rostand de Sèvres (92) est éclairant :

« Mais que faire quand dans un service de vingt-sept patients, vingt à vingt-cinq nécessitent une aide à la toilette ou une toilette complète et que nous avons deux aides-soignantes ? Et l'infirmière pendant ce temps se partage entre les soins (prises de sang, médicaments, perfusions, pansements, ECG), visites, relevés de visite, commandes diverses. On comprend qu'elle ne puisse pas toujours répondre immédiatement quand une sonnette retentit ».

Faute d'effectifs suffisants ou de modes d'organisation plus efficaces, le « *soin* » prend de plus en plus de place au détriment du « *prendre soin* », selon une distinction effectuée par les personnels soignants. La crise hospitalière provoque une déshumanisation accrue de l'hôpital, contraire aux orientations fixées par l'ordonnance

hospitalière de 1996 et la loi n° 303-2002 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

c) La qualité des soins pourra-t-elle rester toujours aussi élevée?

La bonne réputation du système de santé français repose en grande partie sur l'excellence de son système de soins, l'aspect préventif ayant été délaissé. Si l'hôpital, cœur de notre système de soins, est affecté par une diminution de la qualité des soins, c'est l'ensemble de l'architecture sanitaire nationale qui est mis en cause.

Cependant, il est apparu très difficile de porter un jugement global et définitif sur une éventuelle dégradation de la qualité des soins. Cette appréciation ne pourrait être portée qu'après la mise en place d'une véritable évaluation de la qualité des soins, ce que le rapporteur considère comme un impératif urgent et prioritaire.

3. La réalité vécue s'éloigne de plus en plus des dispositions législatives et réglementaires

Un symptôme de la crise est l'absence d'application de certaines dispositions législatives et réglementaires. Quelques exemples :

a) Le projet d'établissement

Ce texte, arrêté par le conseil d'administration et établi pour une durée de cinq ans, définit les objectifs généraux de l'hôpital. Conformément à l'article premier de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, il inclut un volet social.

Selon l'enquête publiée dans le dernier rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de sécurité sociale, de très nombreux établissements ne disposent pas d'un tel document : « *Selon une enquête effectuée auprès des ARH, moins de la moitié (45 %) des établissements financés par la dotation globale étaient dotés d'un projet approuvé au 1^{er} janvier 2002* ».

La Cour précise que cette absence concerne aussi des CHU.

b) La comptabilité analytique et l'évaluation des pratiques professionnelles

L'obligation de tenir une comptabilité analytique, posée par le décret n° 92-776 du 31 juillet 1992 relatif au régime budgétaire, financier et comptable des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, ne semble pas respectée. De même, l'évaluation des pratiques professionnelles, imposée par la loi n°91-748 du 30 juillet 1991 portant réforme hospitalière, n'est pas encore formalisée.

c) Des dispositions d'application facultative

On peut encore souligner l'absence d'application à grande échelle des dispositions ouvrant la possibilité d'une contractualisation interne et de la création de pôles de responsabilité.

4. De récents facteurs, aggravants et simultanés, ont mis en évidence la fragilité structurelle de l'organisation interne de l'hôpital

La réduction du temps de travail et la sévérité des normes sanitaires n'ont pas provoqué la crise. Elles l'ont déclenchée et exacerbée. Les causes de la crise sont en effet plus profondes et tiennent à une demande accrue adressée à l'hôpital et à des facteurs de désorganisation internes et externes.

a) Des chocs externes majeurs ont affecté l'organisation du temps de travail à l'hôpital

Comme l'ont confirmé les interlocuteurs de la mission, si la crise ne peut être imputée à la seule réduction du temps de travail, la mise en place des 35 heures à l'hôpital a constitué une sorte de paroxysme de l'inorganisation. Ses modalités auraient dû être mieux programmées et être accompagnées, pour aboutir à un réel succès, d'embauches plus nombreuses, de réorganisations profondes et de restructurations plus vigoureuses.

En fait, s'agissant de l'organisation du temps de travail des personnels hospitaliers, trois chocs externes ont eu des conséquences sans précédent sur l'organisation des équipes :

- l'application aux personnels des lois portant réduction du temps de travail, d'abord pour les personnels soignants puis pour les personnels médicaux (protocole signé le 22 octobre 2001 et applicable au 1^{er} janvier 2002) ;

- l'application d'un repos de sécurité pour les médecins hospitaliers et pour les internes ;

- pour les mêmes personnels, la limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures et l'intégration des gardes dans le temps de travail.

La Cour de justice des communautés européennes, saisie par le « Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana » (Espagne), a rendu une décision le 3 octobre 2000, dite « arrêt SIMAP », qui a interprété les directives 89/391/CEE et 93/104/CE comme s'appliquant aux médecins. Cela conduit d'une part à plafonner la durée de leur temps de travail hebdomadaire à 48 heures et d'autre part à intégrer dans ce temps de travail la durée des permanences.

Ces nouvelles modalités d'organisation du travail satisfont un grand nombre de médecins et de soignants, qui y voient, outre un puissant moteur de restructuration, une qualité de vie améliorée et une diminution du risque médico-légal.

Mais, alors qu'elle aurait pu être une bonne opportunité de réorganisation complète, l'application de ces dispositions – qui n'est d'ailleurs pas totale sur le terrain – a été et sera extrêmement longue, complexe et coûteuse à organiser (en temps et en investissements) pour les directeurs d'hôpitaux, les chefs de service et les cadres infirmiers.

Le rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé en a pointé les dysfonctionnements. Au sein de chaque service, ces dispositions réduisent les effectifs présents dans le service et diminuent considérablement les marges de manœuvre en cas d'imprévu (par exemple en cas d'arrêt maladie). Selon beaucoup de médecins, elles ont un impact négatif sur l'exercice de la collégialité, l'encadrement médical, l'enseignement et la recherche. Elles pourraient nuire à une prise en charge continue du malade en raison de la rotation rapide des équipes.

Elles marquent le début d'un fossé entre les personnels médicaux « postés » (notamment les anesthésistes et urgentistes) et les médecins ayant une prise en charge plus globale du patient. Elles signent enfin un fossé entre deux générations, celle qui n'a jamais compté son temps et la suivante.

b) Les nouvelles normes sanitaires édictées depuis 1994 obligent à l'excellence sans moyens supplémentaires

– Les normes sanitaires représentent un progrès majeur

La sévérité accrue des normes sanitaires à l'hôpital signe des avancées majeures en matière de sécurité et d'hygiène. Indispensable, sa nécessité avait été soulignée par le rapport de la mission interministérielle sur les hôpitaux de 1994. Depuis quinze ans, souvent sur la base des recommandations-réflexions des sociétés savantes (c'est-à-dire des professionnels de santé concernés), des mesures législatives, mais principalement de nature réglementaire, ont créé des standards sanitaires ambitieux, comme le montre cette liste non exhaustive :

– sécurité anesthésique : décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique ;

– urgences : décrets n° 95-647 et n° 95-648 du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences et aux conditions de fonctionnement, modifiés par les décrets n° 97-615 et 97-616 du 30 mai 1997 ;

– sécurité périnatale : décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale ;

– lutte contre les infections nosocomiales : décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique ;

– stérilisation des dispositifs médicaux : décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique ;

– réanimation : décrets n°2002-465- et n°2002-466 du 5 avril 2002 relatifs aux établissements de santé pratiquant la réanimation et aux conditions techniques de fonctionnement.

Ces décrets font l'objet d'arrêtés d'application et de nombreuses circulaires de précision. On peut citer à titre illustratif la circulaire DGS/5C/DHOS/E2/2001 n° 138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels et la circulaire DGS/DHOS/DGAS/DSS/2001 n° 139 du 14 mars 2001 relative à la prise en charge des personnes atteintes d'encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles.

Le respect intégral de ces prescriptions suppose des investissements très importants : d'une part en matériel et en infrastructures immobilières biomédicales, d'autre part en effectifs supplémentaires de soignants et de médicaux. Il est à noter que les structures privées sont parvenues en général à respecter ces normes sans augmenter leurs coûts de manière excessive.

– Les moyens n'ont pas suivi et les textes font l'objet d'une application très différenciée

Ayant pour objectif de renforcer la sécurité sanitaire, ces normes ont été implicitement conçues comme des incitations fortes à motiver des restructurations de l'hospitalisation publique autour de plateaux techniques très médicalisés. Or, compte tenu de la lenteur des restructurations, l'application de ces normes devient soit extrêmement coûteuse (en dépenses en personnel et en investissements) soit impossible.

Les moyens correspondants n'ayant pas été engagés et les restructurations indispensables n'ayant pas été opérées, ces normes constituent un facteur de désorganisation pour l'hôpital et, surtout, un facteur d'insécurité juridique. L'absence d'application est de nature à entraîner la responsabilité des soignants, des médicaux, des directeurs d'hôpitaux et, le cas échéant, des préfets. Or, selon de nombreux témoignages recueillis par la mission, ces textes ne sont pas appliqués dans de nombreux établissements.

L'accumulation de ces textes très sévères en provenance de la tutelle, motivée par l'application du principe de précaution, provoque un certain découragement chez les personnels hospitaliers. La contribution écrite du SNCH note ainsi que ces textes privent le métier de directeur d'hôpital de toute « *créativité* ».

Que faire ? Le respect intégral et immédiat de ces normes entraînerait des fermetures de service et une diminution transitoire mais très brutale de l'offre hospitalière publique, diminution qui serait ressentie comme insupportable dans les bassins de santé concernés. A l'hôpital, des fonctionnaires et des médecins travaillent donc dans l'illégalité. La tutelle perd en crédibilité, les personnels sont découragés, sans que les patients soient nécessairement mieux soignés.

B. LA CRISE HOSPITALIERE EST MORALE, DEMOGRAPHIQUE ET FINANCIERE

La crise hospitalière française présente trois dimensions principales : le moral des personnels hospitaliers, et en général des acteurs de l'hôpital public, est au plus bas, les établissements traversent une crise financière aiguë et les établissements ont des difficultés à recruter.

1. Une crise morale profonde qui touche tous les acteurs de l'hôpital public

La crise se traduit non seulement par le malaise des personnels travaillant à l'hôpital mais aussi par un malaise généralisé des acteurs de l'hôpital public.

Les membres de la mission ont pu mesurer l'acuité du malaise des personnels. Il se caractérise notamment par le repli des équipes sur elles-mêmes.

a) Le malaise touche les personnels, les usagers et les élus

– Le malaise des personnels médicaux hospitaliers doit être rapproché de la crise globale de la profession médicale

Il concerne d'abord les conditions d'exercice professionnel et l'absence de reconnaissance de la performance et de la qualité. Les médecins performants ne sont pas assez récompensés, alors que les médiocres, voire les mauvais et les dangereux, ne sont pas sanctionnés. La montée en charge de la prise en charge des urgences au détriment des opérations programmées décourage les personnels. Enfin, l'accroissement du risque médico-légal, réel ou ressenti, accroît les tensions. D'un point de vue professionnel, l'hôpital est beaucoup moins attractif. Il ne fait plus rêver. Le recours aux praticiens à diplôme étranger, notamment comme « faisant fonction d'internes », suscite des réactions contradictoires. Ces praticiens représentent une main d'œuvre parfois moins qualifiée ou diplômée que les praticiens à diplôme français, leur maîtrise de la langue française est parfois déficiente. Mais, taillables et corvéables à merci, ils permettent à l'hôpital public de fonctionner correctement la nuit ou les fins de semaine. Le recours accru à ces praticiens, lorsqu'il est rapproché du brutal resserrement du *numerus clausus* intervenu ces dernières années, suscite l'incompréhension.

La lenteur des procédures d'investissement est également décourageante pour des médecins dynamiques participant activement à la préparation des projets immobiliers. Les lourdeurs administratives, liées notamment au respect du code des marchés publics, leur paraissent retarder inutilement les projets d'investissement et de modernisation des établissements. Beaucoup de médecins dénoncent la « bureaucratisation » croissante des processus de décision. Un grand malentendu est survenu. Depuis 1991, de nombreux dispositifs ont associé aux décisions les personnels hospitaliers et notamment médicaux ; or, les médecins se sentent de plus en plus exclus de la gestion de l'hôpital. Au contraire, ils pointent le temps passé dans des réunions, dont ils affirment ne pas identifier les résultats pratiques.

Une autre source du malaise, de nature plus sociologique, concerne plus généralement la place et le statut du médecin au sein de l'hôpital. La montée en charge du « pouvoir soignant » a été parfois mal ressentie, comme le montrent les réactions des représentants des médecins hospitaliers à la création du corps des directeurs du service de soins infirmiers.

Une troisième source du malaise se rattache à la place du médecin dans la société, et les analyser ne relève donc pas directement de la compétence de la mission. La dissémination d'une certaine culture médicale dans la société a mis à bas le monopole de certaines connaissances, autrefois détenues par les seuls médecins.

– *Les personnels soignants : vers l'épuisement des bonnes volontés ?*

Lors des déplacements, les membres de la mission ont particulièrement cherché à entendre les témoignages des personnels soignants. Le constat d'ensemble tient en quelques phrases : « *nous sommes à bout* », « *nous avons épuisé toutes les solutions* », « *comment faire mieux avec moins ?* ».

Si la situation en termes de temps de travail s'est améliorée, le manque d'effectifs, particulièrement la nuit, est de plus en plus problématique. Un arrêt-maladie inopiné remet en cause des organisations du travail patiemment négociées par les cadres infirmiers. Des cadres d'un établissement visité par la mission indiquent ainsi que les cumuls de fonctions se multiplient, de même que les glissements de tâche : par exemple, des auxiliaires de puéricultrice assument des fonctions d'aides-soignants.

En corollaire à ces nouvelles organisations, la charge de travail augmente. Les personnels soignants se sentent contraints de faire des « soins à la chaîne », dans une profession qui doit désormais « compter son temps ». Le manque de disponibilité pour chaque patient réduit la possibilité d'effectuer les tâches les plus valorisantes, comme la prévention ou l'éducation à la santé. Aux yeux des personnels soignants, le travail semble moins bien fait, des prestations dites « de confort » (par exemple, les cours de préparation à l'accouchement) sont supprimées, provoquant une profonde frustration. Il reste de moins en moins de temps disponible pour la formation, les actions qualifiantes ou la réflexion sur le métier.

L'augmentation de la charge de soin multiplie les risques d'erreur, alors même que les soignant sont en première ligne pour affronter les exigences croissantes des patients et de leurs proches. L'insécurité devient un problème central.

Si les soignants ont l'impression de passer de moins en moins de temps au « lit du patient » et de plus en plus de temps à remplir des imprimés ou à téléphoner, certains reconnaissent qu'il s'agit là néanmoins de « soins indirects ».

Les personnels mettent en avant l'absence de reconnaissance des efforts réalisés. Ils dénoncent la mauvaise organisation dans la programmation des consultations et des interventions au bloc opératoire.

Le malaise trouve aussi ses sources dans des considérations de nature plus globale. Les restructurations hospitalières, source de rumeurs permanentes, souvent évoquées, préparées dans l'opacité ou annoncées dans la précipitation constituent des facteurs d'angoisse supplémentaire. Les incertitudes concernant l'avenir du service, de l'établissement ou, d'un point de vue plus global, de la profession (pénurie de personnels, postes vacants) confortent cette anxiété. L'annonce d'une réforme des conditions de départ à la retraite semble, au moins dans un des établissements visités, provoquer des départs anticipés.

Les cadres administratifs et les directeurs d'hôpitaux doivent aussi faire face à une réglementation envahissante.

Les directeurs d'hôpitaux rencontrés par la mission manifestent un attachement marqué à leur fonction, malgré les responsabilités croissantes qui s'y attachent. S'agissant de la « bureaucratisation » dénoncée par certains, ils indiquent qu'ils s'efforcent d'appliquer l'impressionnante masse de textes qui leur parvient chaque année en provenance de la tutelle, comme l'a noté M. Alain Gaillard, directeur de l'hôpital de Brive (Corrèze), lors de la table ronde du 17 septembre 2002 :

« Si vous saviez le nombre de textes réglementaires qui nous tombent régulièrement sur la tête ! On ne peut pas mettre en place le premier, qu'il y en a un deuxième qui arrive. Il faudrait déjà essayer de mettre en place la réglementation existante avant d'aller plus loin. Pour moi, cela fait partie d'une première autonomie des établissements. De plus, il y a parfois des contradictions entre un règlement et l'autre, mais on ne va pas attendre le contrordre pour appliquer l'ordre. »

Certains représentants des directeurs d'hôpitaux déclarent « ne pas avoir une approche pessimiste du système hospitalier » et mettent surtout en avant les rigidités externes : la « myopie » des pouvoirs publics, « le tout normatif », « l'absence de réponse à la crise du budget global ». Ils consentent cependant à dénoncer « les corporatismes, les cloisonnements et les archaïsmes » à l'intérieur de l'hôpital. Ils mettent en évidence un pouvoir de décision affaibli et considèrent la responsabilisation comme l'une des clefs de la réforme.

– Les élus : dessaisis et réduits à l'impuissance ?

Le maire est généralement président du conseil d'administration de l'hôpital. S'il est difficile de faire une enquête d'envergure nationale sur ce sujet, il semble au rapporteur que les élus se sentent à la fois dessaisis et impuissants face aux problèmes de leurs hôpitaux. Ils essaient de relayer les impatiences de leurs électeurs. Il s'agit d'attentes fluctuantes et parfois contradictoires, comme le montrent le débat et les interrogations sur les arbitrages entre la proximité et la sécurité.

Le conseil d'administration apparaît davantage comme une chambre d'enregistrement à laquelle on fait cependant appel pour appuyer telle demande de crédits supplémentaires, tel investissement lourd ou telle résistance à des projets de restructuration, de fermeture, de reconversion ou de redéploiement de lits.

– Les usagers

Les membres de la mission ont entendu un représentant d'une association de patients et rencontré des usagers de l'hôpital public.

De manière générale, on peut noter que le jugement sur l'hôpital public est nuancé : si la prise en charge proprement médicale est jugée bonne, l'accueil et la prise en charge globale sont mal notés. L'information fournie aux patients et à leurs proches semble insuffisante. L'anonymat de plus en plus répandu du corps médical, les changements de service, les attentes pour les examens, par exemple, sont mal ressentis.

b) Les logiques corporatistes ont conduit au repli dans un « hôpital-forteresse »

Une des personnalités entendues par la mission a utilisé pour décrire l'hôpital la métaphore de la « forteresse », à la fois solide et protectrice, mais dont les occupants, qui devraient œuvrer ensemble pour réaliser des objectifs communs, se réfugient de plus en plus dans des « bastions » ou des « tours d'ivoire ».

Ce renfermement et cette tendance autarcique sont des handicaps dans la recherche de solutions de coopération avec d'autres acteurs, publics ou privés. La situation en [Ile-de-France](#) en est une caricature : les hôpitaux non membres de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris peuvent-ils se développer sans nouer des coopérations étroites avec cet énorme ensemble ?

A l'intérieur de l'hôpital, les « bastions » nuisent à toute gestion transversale. Le fossé entre les médecins et les administratifs et les soignants s'est creusé. La montée des inquiétudes, du stress et des frustrations conduit au repli sur soi. Ce repli a été bien analysé dans le rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la [réduction du temps de travail](#) dans les établissements de santé remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées en octobre 2002. Ce rapport déplore notamment un excessif cloisonnement des métiers et un « *repliement sur elles-mêmes des équipes* », mettant en évidence les difficultés des cadres hospitaliers chargés justement des missions [transversales](#) de coordination. Les modalités d'application de la réduction du temps de travail ont pu contribuer à creuser les différences entre les équipes, par exemple en réduisant le temps de transmission entre deux équipes de soignants se succédant au sein d'un même service.

La contribution écrite du syndicat CFDT évoque, s'agissant de l'hôpital, une « *sorte de compromis social constellé de " républiques autonomes " - CA - CTE – CHS /CT - CME - aux frontières hermétiques et aux pouvoirs bien différenciés* ». Cette remarque relative à la situation de l'hôpital avant la loi de 1991 reste bien représentative des conflits qui traversent l'hôpital [marqués par](#) une « *dimension clanique* » suivant la contribution écrite du [syndicat national des cadres hospitaliers](#), et qui nuisent à son bon fonctionnement.

2. L'hôpital public affronte une crise financière de plus en plus préoccupante

Il ne s'agit pas d'une crise financière généralisée de tous les établissements. Cependant, dans de nombreux hôpitaux, le fort dynamisme des dépenses a rendu inévitables les reports de charge. Les marges de manœuvre sont devenues presque nulles.

a) Le dynamisme des dépenses

Certains établissements hospitaliers publics voient leur équilibre financier de plus en plus menacé. Ce déséquilibre, d'abord conjoncturel, prend des proportions préoccupantes depuis quelques années.

Deux postes de dépenses ont particulièrement augmenté : d'une part les dépenses de personnel (les dépenses du groupe I, qui représentent 70 % du budget total) et d'autre part les dépenses médicales, particulièrement les médicaments contre le cancer et le SIDA. A cela s'ajoutent les dépenses engagées pour respecter les normes (incendie, sécurité sanitaire...).

Les reports de déficit apparaissent comme autant de fuites en avant, dans un contexte administratif où un directeur d'hôpital faisant preuve de rigueur dans sa gestion crée très rapidement de multiples mécontentements. La direction financière fait donc parfois usage d'expédients, tels que des reports du paiement de la taxe sur les salaires, de factures extérieures et de primes annuelles des personnels. Parfois, des dotations providentiellles préservent *in fine* des équilibres financiers compromis. Beaucoup d'établissements ne disposent plus d'une visibilité budgétaire suffisante.

b) Le poids des obligations non financées

En ce qui concerne les dépenses de personnel, les protocoles revalorisant les carrières des personnels médicaux et non médicaux, décidés souvent au coup par coup par la tutelle, n'ont pas toujours été compensés complètement par les dotations allouées par les agences régionales de l'hospitalisation.

Les revalorisations ont malheureusement été décidées de manière trop ponctuelle, sans mener une réflexion d'ensemble et à caractère prospectif sur les carrières et les rôles de chaque catégorie de personnel. En réaction aux difficultés posées par l'aménagement de la réduction du temps de travail, un recours accru à l'intérim médical et infirmier se développe. Or, il s'agit d'un intérim particulièrement coûteux.

La tutelle – c'est-à-dire le ministère en charge de la santé – est taxée de schizophrénie par beaucoup d'interlocuteurs de la mission. Elle a exigé le respect de normes de plus en plus rigoureuses (sécurité sanitaire, temps de travail des soignants et des médicaux), tout en augmentant très peu les moyens disponibles.

Sauf à procéder à des restructurations drastiques, ou à réduire significativement l'activité en fermant temporairement ou complètement des services, la montée des difficultés financières était donc prévisible. La restructuration a manqué de vigueur et conduit à subventionner des établissements très coûteux sans attribuer des moyens supplémentaires aux établissements qui en avaient besoin.

c) Les contrats d'objectifs et de moyens contraignent à « remettre les compteurs à zéro »

La discussion et la signature des contrats d'objectifs et de moyens (ils ne sont pas encore généralisés) entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les établissements a contraint ceux-ci, pour ainsi dire, à arrêter les comptes et à procéder à des clarifications qui viennent les sortir quelque peu du relatif confort de la dotation globale et mettent en évidence des reports annuels trop massifs.

Mais ces contrats d'objectifs et de moyens sont apparus souvent comme trop partiels et comme une occasion pour les ARH de « reprendre la main » dans la gestion

financière des hôpitaux, limitant en cela encore davantage les marges de manœuvre dont disposent les directeurs et les conseils d'administration.

d) Les investissements sacrifiés

La priorité donnée d'une part aux dépenses de personnel et aux dépenses médicales, d'autre part à d'importants travaux de sécurité immobilière demandés par les commissions spécialisées, a conduit la plupart des hôpitaux à sacrifier ou à retarder considérablement le renouvellement des plateaux techniques, des matériels médicaux et des investissements immobiliers indispensables dans un parc hospitalier vieillissant. Les provisions n'ont pas été constituées, encore moins les amortissements. La reconstitution d'une capacité suffisante de financement dans ces domaines demandera du temps. A ce sujet, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, M. Jean-François Mattei, a annoncé que le plan « Hôpital 2007 » comprendrait un important plan quinquennal d'investissement.

3. Une crise démographique

Les besoins en matière de personnels médicaux et soignants ne vont pas diminuer dans les prochaines années. Or, la crise hospitalière se manifeste aussi par des difficultés croissantes de recrutement, la politique de resserrement du *numerus clausus* ayant joué un rôle moteur dans cette désaffectation.

a) L'offre de soins nécessite toujours plus de main d'œuvre

En ce qui concerne l'offre de soins, il apparaît d'abord que l'introduction et l'application effective des progrès médicaux exigent de plus en plus de personnels. Ainsi, les nouvelles techniques d'imagerie et d'exploration s'ajoutent aux anciennes et augmentent l'offre disponible. Le risque médico-légal accroît les « prescriptions-parapluie » et les traitements médicamenteux ont un impact discuté sur la durée moyenne d'hospitalisation, qui a certes beaucoup diminué en trente ans.

La féminisation croissante des professions de santé, particulièrement des professions médicales, entraînera une diminution de la « production de soins et de diagnostics » à effectifs constants : il apparaît que les femmes, souhaitant sans doute se consacrer davantage à leur vie privée, sont moins enclines à effectuer des heures supplémentaires.

b) La demande en soins va s'accroître en quantité et en qualité

Le nombre de séjours (tous secteurs et disciplines) a atteint en 2000 22,6 millions, soit 1,2 % de plus par rapport à 1999 (+ 5,5 % pour l'hospitalisation partielle).

La demande en soins ne montre pas de fléchissement et croîtra de manière importante au moment de l'afflux des générations du « baby-boom » dans des âges de la vie où la demande de soins augmente. L'âge moyen des patients augmentera fortement et l'hôpital devra traiter des pathologies chroniques ou des polyopathologies très consommatrices en soins hospitaliers.

c) La crise des vocations, très préoccupante, est liée à l'attractivité moindre des métiers de l'hôpital

Pour embaucher des professionnels de santé à l'hôpital, il faut non seulement pouvoir engager les moyens correspondants mais aussi trouver des candidats.

On constate l'apparition d'une crise des vocations, différenciée suivant les spécialités, les secteurs et les régions. En effet, si le taux global de vacance des postes de praticiens à temps plein atteint 18 %, la crise des vocations est particulièrement marquée – en ce qui concerne le recrutement de médecins – dans les régions Picardie, Champagne-Ardenne, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie et Lorraine.

La crise des vocations est remarquable dans certaines disciplines dont l'exercice est particulièrement difficile. Il s'agit notamment de l'obstétrique, de l'anesthésie et de la chirurgie. De plus en plus, les externes réussissant le concours de l'internat délaissent la chirurgie et choisissent en priorité des spécialités médicales, jugées plus rémunératrices et moins exigeantes à bien des égards. Il existera à court terme des manques criants et urgents dans certaines spécialités et dans certaines régions, particulièrement en neurochirurgie et en chirurgie infantile et cardiaque.

En ce qui concerne les personnels infirmiers, la pénurie devient préoccupante en Ile-de-France, chaque établissement pratiquant une surenchère pour les attirer dans leurs services.

C. LES CAUSES DE LA CRISE : UNE DEMANDE ACCRUE ADRESSEE A L'HOPITAL ET DES FACTEURS DE DESORGANISATION INTERNES ET EXTERNES

Si l'hôpital est victime de son succès, des facteurs de désorganisation internes et externes n'ont été maîtrisés ni par les établissements ni par la tutelle.

1. L'hôpital est victime de son succès et de sa nécessité

L'hôpital public moderne a connu sa consécration avec la création du « temps plein » en 1958, dans un contexte particulier. Ces dix dernières années, la demande adressée à l'hôpital public a profondément changé, en quantité et en qualité. On demande de plus en plus à l'hôpital : les techniques comme les demandes évoluent.

a) L'hôpital public a assumé des missions à la complexité croissante dans un contexte budgétaire tendu

L'article L. 6111-1 du code de la santé publique définit ainsi les missions des établissements de santé :

« Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Ils participent à la mise en oeuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L. 5311-1, et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.

Les établissements de santé mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire. »

L'article L. 6112-1 du code de la santé publique précise les missions du service public hospitalier :

« Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L. 6111-1 et, de plus, concourt :

1° A l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;

2° A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

3° A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;

4° A la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;

5° Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;

6° Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ;

7° A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.

Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ainsi qu'aux personnes retenues en application de l'article 35 bis de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »

La rédaction de ces dispositions rend compte de l'étendue et de la complexité des missions du service public hospitalier. Ces dernières années, l'exercice de ces missions a été rendu plus difficile par les changements des attentes de la population vis-à-vis de l'hôpital.

b) Les changements quantitatifs et qualitatifs de la demande adressée à l'hôpital ont été mal pris en compte par l'organisation interne des établissements

La demande accrue adressée à l'hôpital public est une des causes de la crise de l'hôpital, dont l'organisation s'est révélée de moins en moins apte à prendre en compte ces nouveaux besoins.

Cette demande accrue s'explique par la concentration des moyens à l'hôpital, la disponibilité de ces moyens, les facteurs démographiques, le désengagement de certains acteurs privés et l'impact des progrès techniques.

– La concentration des moyens

La concentration des moyens humains et techniques polarise la demande en soins sur l'hôpital. Ce que d'aucuns appellent « l'hospitalocentrisme » du système français et sa concentration sur le curatif plutôt que le préventif ont abouti à rassembler dans les établissements publics – et particulièrement dans les CHU – un exceptionnel potentiel humain et technique.

Cette concentration de compétences comme l'assurance procurée par la présence de tous les équipements nécessaires sur un lieu unique conduit la population, sensibilisée à la sécurité sanitaire, à s'adresser de plus en plus à l'hôpital, notamment en cas d'urgence pressentie. L'élévation continue du niveau d'éducation, une certaine démocratisation de la connaissance médicale, le consumérisme ambiant et l'amélioration des réseaux de transport se traduisent par le recours accru à la solution de l'hôpital.

– Un service public ouvert 24 heures sur 24

La concentration des moyens se conjugue à une disponibilité totale, 365 jours sur 365 jours et 24 heures sur 24 heures via l'admission aux urgences, qui accroît encore plus l'attrait de l'hôpital. A cela s'ajoute l'absence de sélection des malades. Cela contribue à ce que l'hôpital draine vers lui un véritable bassin de santé, puisqu'il constitue à la fois un centre de soins de proximité, un centre d'aide médicale urgente, l'accueil de toutes les précarités par le biais des urgences (notamment psychiatriques) et enfin, s'agissant des CHU, l'établissement de référence avec les praticiens réputés et les équipements adéquats.

– Les évolutions démographiques

Le contexte démographique renforce cette tendance. Les effets cumulatifs du vieillissement de la population et du niveau élevé du nombre des naissances à l'hôpital public alimentent un besoin de soins toujours plus élevé. Le vieillissement de la population mettra en évidence les manques en matière d'établissements de soins de suite

et de réadaptation : le nombre annuel de séjours en soins de suite et de réadaptation a augmenté de 23 % en cinq ans.

– L’hôpital et son environnement

Le désengagement de la médecine de ville (pour l’aide médicale urgente) et de l’hospitalisation privée joue un rôle important. La disparition des acteurs privés sur une zone donnée accroît la pression sur l’hôpital. Les restructurations de cliniques et la fermeture d’établissements augmentent brusquement la demande en soins adressée à l’hôpital, particulièrement en ce qui concerne les services de maternité.

– Le progrès des techniques de soins et de diagnostic

Le progrès médical, et en particulier le développement des techniques d’investigation (imagerie et analyses biologiques, par exemple) constituent une chance supplémentaire pour le patient et accroissent de deux manières la demande adressée à l’hôpital.

D’une part, ces progrès conduisent à multiplier les examens complémentaires et à prolonger l’hospitalisation. Comme l’ont rapporté plusieurs interlocuteurs de la mission, l’établissement d’un diagnostic demande plus de « temps médical » et plus de « temps infirmier » qu’auparavant.

D’autre part, le progrès médical s’étendant avec une vitesse accélérée grâce aux moyens de communication modernes et à l’élévation du niveau moyen des connaissances médicales du grand public, les exigences grandissent : l’innovation doit être implantée la plus rapidement possible dans l’établissement le plus proche, les meilleures procédures doivent être appliquées presque immédiatement. Ce « droit à l’innovation » émane à la fois des usagers, des élus et des sociétés savantes, soucieuses de la diffusion des bonnes pratiques. Il accroît la technicité de la demande adressée à l’hôpital.

2. Les facteurs externes : absence de vision stratégique, carcan administratif et mode de financement sclérosant

Outre les facteurs déclenchants identifiés plus haut, l’hôpital public souffre de maux structurels. Certains sont liés à des facteurs externes.

a) La tutelle, accaparée elle aussi par l’urgence et la gestion, n’a pas assez développé une vision stratégique

La concentration excessive des décisions s’est conjuguée avec le manque de prospective. Les restructurations ont manqué de vigueur et la procédure d’accréditation est restée trop formelle.

– La concentration excessive des décisions

Le système hospitalier souffre d’une trop grande concentration des décisions, ce qui nuit à l’autonomie des établissements. Cette concentration se marque à deux niveaux : l’administration centrale (la direction de l’hospitalisation et de l’organisation

des soins, la DHOS, qui relève de l'autorité du ministre en charge de la santé), et l'[agence régionale de l'hospitalisation \(ARH\)](#).

A titre d'exemple, [des](#) directeurs d'hôpitaux ont rapporté combien l'ARH s'imisce dans la gestion quotidienne de l'établissement, par exemple en accordant des crédits à l'utilisation très ciblée, ce qui semble incompatible avec le respect de l'autonomie de l'hôpital.

A l'inverse, l'ARH manque des outils nécessaires pour gérer les personnels à un échelon régional. En effet, la gestion des carrières des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux est centralisée à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, qui prend ainsi chaque année 8 000 décisions individuelles (chiffre donné par le dernier rapport de la Cour des comptes [sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale](#)) concernant 26 000 praticiens hospitaliers temps plein et 6 000 temps partiel.

La gestion presque totalement concentrée à Paris des corps des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux, destinée en théorie à favoriser en partie les mobilités professionnelles et à « reconnaître » le caractère national des différents corps, a trouvé ses limites.

A cette concentration de la gestion s'ajoute un manque de vision stratégique et prospectiviste de la part de la tutelle. La concentration du pouvoir, peu efficace dans la gestion « au jour le jour », n'a pas servi la réflexion stratégique.

Cette carence est notamment illustrée par le manque d'[études](#) et les résultats insuffisants en matière de prospective relative à la démographie médicale. Ce manque tire sa source d'une part dans l'actuelle division des tâches entre la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction générale de la santé, chargée des questions de formation [et](#) de démographie des professions médicales, et d'autre part dans la relative sous-administration du ministère en charge de la santé. Compte tenu des moyens dont [ces](#) deux administrations disposent, se pose la question de savoir si ces directions ont les capacités de mener une réflexion de fond à caractère prospectif et stratégique.

[De plus](#), comme la Cour des comptes le souligne dans son [dernier](#) rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, les données concernant le nombre de médecins hospitaliers, [les statistiques](#) de lits installés ou l'impact final des restructurations déjà intervenues ne sont pas connues avec précision par les service du ministère chargé de la santé, ce qui ne saurait faciliter le pilotage global du système.

– Les restructurations indispensables supposent certes du courage et de l'autorité, mais aussi une vision stratégique expliquée et partagée

En effet, le manque de vision stratégique se retrouve également dans l'organisation des restructurations. « *Il y a trop d'hôpitaux en France* » : cette remarque a été très souvent entendue lors des auditions menées par la mission.

Cette situation, si elle est avérée, a des conséquences sur l'organisation interne. En effet, elle a un impact sur la répartition des ressources, les effectifs et les

organisations. Deux établissements proches et offrant des prestations de soins identiques pourraient être judicieusement réorganisés pour augmenter leur productivité.

Mais cette action, liée étroitement à la conception que peuvent avoir les élus territoriaux de l'aménagement du territoire, demande à être expliquée, justifiée et partagée par tous.

Le contraire s'est passé : chaque ARH s'est donnée en fait les objectifs et les méthodes qu'elle a pu ou cru pouvoir se donner. La politique d'ensemble n'a pas été perçue, parce qu'elle n'a été ni élaborée avec précision et transparence, ni dirigée par une administration centrale elle-même soumise à toutes les pressions et interventions que suscitent les actions au coup par coup, non programmées et non préparées.

– *L'accréditation, trop formelle, n'intègre pas l'évaluation de la qualité des soins*

« *Trop de contrôles, trop peu d'évaluation* » a noté un interlocuteur de la mission. Les contrôles sont partiels, épisodiques, non coordonnés et peu suivis d'effets.

En matière hospitalière, l'évaluation reste à bâtir.

L'accréditation menée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) oblige chaque établissement à pratiquer une autoévaluation selon un cahier des charges défini nationalement et de nature à mutualiser les bonnes pratiques. Ce [processus qui mobilise les équipes hospitalières pendant des semaines porte plus sur le respect de référentiels et de procédures administratives que sur les résultats médicaux observables. La lecture d'un compte rendu d'accréditation sur le site Internet de l'ANAES ne permet pas de se faire une idée des performances des équipes.](#)

Les textes permettant une évaluation et le cas échéant, une sanction, sont rarement utilisés, comme l'illustre l'inutilité pratique de la période probatoire d'un an intervenant après le recrutement d'un praticien hospitalier temps plein (article 18 du décret n°84-131 du 24 février 1984). Il semble au contraire que cette durée devrait être véritablement utilisée pour tester l'aptitude du praticien.

b) Les logiques statutaires de la gestion du personnel et le code des marchés publics constituent de véritables carcans administratifs

– *Une gestion des ressources humaines sous fortes contraintes*

Le service public hospitalier est soumis :

- d'une part, aux dispositions réglementaires portant statut des personnels enseignants et hospitaliers, des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers et des personnels en formation (en particulier le décret modifié n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers) ;

- d'autre part, aux statuts particuliers des personnels de la fonction publique hospitalière (24 décrets statutaires)¹.

¹ [Une annexe à ce rapport reproduit la liste des statuts.](#)

Si elles présentent des avantages notables, ces règles enserrent la gestion des ressources humaines à l'hôpital dans un étroit carcan, notamment en ce qui concerne les métiers, les rémunérations ou les modalités d'avancement.

L'hôpital public souffre de fortes rigidités en matière de gestion de personnel. La direction ne peut différencier les rémunérations suivant les spécialités médicales ou les performances, promouvoir plus facilement un praticien hospitalier ou un cadre infirmier faisant preuve d'un engagement particulier ou sanctionner rapidement une insuffisance professionnelle avérée. Les lourdeurs de gestion deviennent énormes. En ce qui concerne les praticiens hospitaliers, un délai de dix-huit mois s'écoule entre la décision de la création du poste et la date où le poste est effectivement pourvu. La mobilité géographique des praticiens hospitaliers est très réduite.

En outre, l'hôpital public a besoin de nouvelles compétences, qui sont mal prises en compte par les statuts actuels. Il a besoin, par exemple, de logisticiens, d'informaticiens de réseaux, de chargés de communication interne et externe. Les statuts actuels rendent difficile l'embauche de ces personnels et leur rémunération au taux du marché.

– Les achats et les investissements

Tous les interlocuteurs de la mission ont mis en évidence les lourdeurs administratives liées au respect des dispositions du nouveau code des marchés publics et à ses textes d'application (décrets n° 2001-210 du 7 mars 2001 et n° 2001-806 du 7 septembre 2001), que ce soit en matière d'achats publics ou de réalisation d'investissements, notamment immobiliers.

L'application de ces dispositions handicape considérablement l'investissement des hôpitaux publics, dans l'absolu mais également en comparaison avec la réactivité des organismes de droit privé.

Elle conduit d'abord à retarder l'exécution des opérations. Une annexe reproduit le schéma-type d'une opération d'investissement dans un centre hospitalier universitaire (CHU). En raison du calendrier fixé par le code (les périodes prévues ne pouvant se chevaucher), la durée minimale se monte à cinq années ! Cette durée incompressible est mal vécue par les directeurs d'hôpitaux et par les médecins, qui la comparent avec la souplesse des structures de droit privé ou des établissements non soumis au code des marchés comme les établissements participants au service public hospitalier (par exemple, les centres de lutte contre le cancer). La longueur de ces délais décourage les personnels et fait courir à l'établissement le risque de disposer au bout de cinq ans d'une installation non adaptée aux besoins de la population, ne respectant plus les nouvelles normes sanitaires ou techniquement dépassée.

Faut-il citer, en l'espèce, l'hôpital européen Georges Pompidou (Paris) dont certaines installations, à peine réalisées après de très longs délais, doivent être aujourd'hui remises aux nouvelles normes de sécurité édictées par les commissions de sécurité ?

Enfin, les gestionnaires ont été conduits à privilégier le respect des procédures juridiques et administratives et à moins prendre en compte l'efficacité économique (le « bon achat »).

c) Le mode de financement a rempli son objectif de maîtrise des dépenses au prix de déséquilibres grandissants

Depuis près de vingt ans, les établissements du service public hospitalier sont financés par le système de dotation globale, qui consiste à fixer à chaque établissement, chaque année, à partir de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) et de la dotation hospitalière nationale, un taux de croissance de son budget. Ce taux donné *a priori* ne tient pas compte de l'activité sauf modulations opérées par les ARH en fonction du coût du point ISA¹ (qui portent sur des sommes peu importantes).

Les deux mérites principaux de la dotation globale ont été de sortir du mécanisme inflationniste et aveugle du prix de journée et de maîtriser relativement la croissance des dépenses hospitalières jusqu'à une époque récente, si on la compare avec la dynamique des dépenses de soins de ville.

Cependant, les inconvénients de ce système l'emportent sur les avantages. Il n'encourage ni à l'activité ni à la qualité. Il a figé des situations historiques datant de 1984, sans pouvoir tenir compte des différentiels d'évolution d'activité. Il a laissé subsister deux modes de financement (dotation globale et forfaits), ce qui handicape les possibilités de coopération entre le secteur public et le secteur privé.

La dotation globale a été dévoyée et n'est plus appliquée de manière intégrale. La conclusion de protocoles salariaux non financés, la pratique des « crédits fléchés », les abondements ou les réductions intervenant en cours d'année budgétaire ont dénaturé l'action du directeur de l'ARH et du directeur d'hôpital.

3. Les facteurs internes : bureaucratisation croissante et, absence d'autorité et d'évaluation

L'hôpital est défini par certains comme une entreprise de main d'œuvre ayant une mission de service public ; il est vrai que l'hôpital, c'est d'abord une communauté d'hommes et des femmes. Ce qui peut apparaître comme une évidence définit l'ampleur des changements à effectuer pour améliorer l'organisation interne de l'hôpital : il faut faire évoluer les esprits et les mentalités.

La culture hospitalière publique a permis à l'hôpital public de signer d'indéniables succès au cours des trente dernières années. L'hôpital remplit toujours ses missions, mais de plus en plus difficilement, notamment en raison de facteurs culturels forts : une absence d'autorité, un fonctionnement de plus en plus bureaucratique et l'absence d'évaluation formalisée des pratiques professionnelles.

¹ La valeur du point ISA (indice synthétique d'activité) d'un hôpital représente le prix unitaire de l'activité hospitalière ou le coût effectif de l'offre de soins. Il est calculé de la façon suivante : valeur du point ISA de l'année x = dépenses MCO de l'année x / activité MCO en point ISA de l'année x.

a) « Mais qui est le responsable ici ? »

– « *Il n'y a pas d'autorité à l'hôpital.* »

Comme l'a fait remarquer une personne entendue par la mission, « *il n'y a pas d'autorité à l'hôpital* ». Cette organisation complexe - faisant intervenir une multitude d'acteurs différents en vue de produire du service, des soins et des diagnostics - a enchevêtré toutes les autorités pour que personne n'en subisse vraiment aucune. C'est une des causes principales des problèmes graves que traverse l'hôpital public, comme l'a souligné lors de la table ronde du 17 septembre 2002 le Dr Rachel Bocher, psychiatre des hôpitaux, chef de service, présidente de l'Intersyndicale nationale des praticiens hospitaliers :

« *Aujourd'hui, nous sommes confrontés à un problème de « patate chaude » : à qui doit-on s'adresser ? Au directeur, à l'ARH, au président de la CME, au directeur de pôle ? Qui détient la responsabilité, le pouvoir de décision ? La confusion des rôles est source d'une grande démotivation.* »

– *Le conseil d'administration, cet « incapable majeur », est placé sous une tutelle étroite*

Conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, et donc en théorie, le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement : il délibère sur le projet d'établissement, sur les modifications de structures médicales et donne un avis sur les nominations de praticiens hospitaliers et sur les nominations de chefs de service. Pourtant, le conseil d'administration a été qualifié assez justement par les représentants de la conférence nationale des directeurs d'hôpitaux d'« incapable majeur ». En effet, sa dénomination de conseil d'« administration » semble en quelque sorte usurpée.

Que peut « administrer » ce conseil, puisqu'il ne dispose pas du pouvoir de faire exécuter un budget qu'il a voté au début de l'année, de choisir son équipe de direction administrative et de nommer ses principaux chefs de département ?

Ce conseil d'administration mériterait plus la dénomination de *conseil d'orientation*. L'absence des financeurs au conseil d'administration, si elle se justifie par le fait qu'ils siègent au sein de la commission exécutive de l'ARH, contribue à diminuer encore son rôle. Le conseil d'administration, devenu le siège de débats convenus et formels, n'est pas le lieu où se préparent les décisions. Il les légitime à la fin du processus de décision. Il est davantage une instance d'enregistrement et d'interpellation.

Les pouvoirs du conseil d'administration, étendus dans les textes, sont dans les faits très limités par les règles de la fonction publique hospitalière et les statut des praticiens hospitaliers, la comptabilité publique et l'action de l'ARH. Ce n'est d'ailleurs pas complètement évitable dans un service public national soumis à la règle des crédits limitatifs.

– *Les directeurs d'hôpitaux sont tiraillés entre différentes autorités*

Le directeur d'hôpital est en fait « responsable mais pas patron ». Recruté par la voie d'un concours administratif, il n'a ni les moyens ni les outils pour travailler comme un véritable *manager*.

Il lui faut en effet composer avec de multiples autorités et centres de décision, reflets d'autant de légitimités différentes : l'administration centrale (DHOS, dont ils relèvent, Direction générale de la santé – DGS), le cas échéant le cabinet du ministre chargé de la santé, le préfet, les DASS/DRASS, éventuellement les caisses, le directeur de l'ARH, éventuellement le doyen et, enfin, le conseil d'administration dominé par les élus locaux. Sans compter naturellement la concertation avec les syndicats, dont la centralisation n'est plus à démontrer en la matière.

En ce qui concerne l'organisation interne de l'hôpital, son autorité est limitée. Il doit composer et négocier avec le président de la CME, le maire président du conseil d'administration, et, le cas échéant, avec le doyen (voire *les* doyens quand le CHU doit négocier avec plusieurs facultés).

Sur les personnels, son autorité est aussi relative : conformément à la rédaction de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur d'hôpital, assurant « *la gestion et la conduite générale de l'établissement* », « *exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* ».

– *La commission médicale d'établissement a un rôle variable et ambigu*

La commission médicale d'établissement (CME) rassemble les médecins de l'établissement, qui élisent un bureau. Son président joue un rôle important au sein de l'hôpital.

La CME, dont l'action peut être paralysée en raison du grand nombre de membres, a un rôle ambigu. Elle fonctionne d'abord comme un « parlement médical ». Elle contribue aussi à élaborer la stratégie médicale de l'établissement. Elle donne également un avis sur les nominations médicales, notamment sur celles des chefs de service et sur les situations individuelles des médecins.

Il semble que dans beaucoup d'établissements, la CME peine à synthétiser les avis et les opinions des médecins, et on peut se demander si toutes les CME ont les moyens de mener une réflexion stratégique à caractère prospectif sur l'établissement et sa stratégie. En particulier, il manque parfois à la réflexion menée dans cette instance l'aspect de l'intégration territoriale.

– *Les textes ne ménagent qu'une autorité limitée aux chefs de service*

Si, dans les faits, il est essentiel au bon fonctionnement du service, le chef de service n'a en fait guère de pouvoirs formels sur son équipe médicale et encore moins

sur l'équipe soignante. Les règles déontologiques ou professionnelles limitent son autorité. Il a davantage une légitimité « technique » et charismatique que managériale.

– *Les conséquences néfastes du déficit d'autorité.*

Ce déficit d'autorité nuit au fonctionnement efficace de l'hôpital. Il rend difficile l'élaboration des décisions, ralentit leur exécution et décourage les personnels hospitaliers.

A titre d'exemple, de nombreux interlocuteurs de la mission ont relevé la sous-utilisation des blocs opératoires et des équipements lourds à l'hôpital public. A l'hôpital, le planning de l'occupation des plateaux techniques serait « *un défi à l'efficacité* » selon l'expression d'un des interlocuteurs de la mission. Contrairement à la situation qui prévaut dans les cliniques, où une planification minutée optimise le temps des personnels médicaux et soignants, ainsi que l'équipement concerné, l'organisation de l'occupation du bloc et du plateau technique est très insuffisante dans certains établissements. Aucune autorité reconnue par tous les personnels (médicaux, soignants, administratifs) ne s'est encore imposée pour éviter que le retard d'une demi-heure d'un acteur-clef n'immobilise une équipe de dix personnes très qualifiées et un équipement très coûteux.

De même, en cas d'insuffisance professionnelle ou de problèmes disciplinaires, les sanctions éventuelles sont très difficiles à mettre en œuvre, en raison de l'absence d'une autorité que personne ne peut dès lors exercer.

b) La « bureaucratisation de l'hôpital » : l'administration hospitalière face à des services balkanisés

– *Le mauvais remède à l'absence d'autorité*

La plupart des médecins entendus par la mission ont relevé que le fonctionnement de l'hôpital était de plus en plus marqué par une lourde bureaucratisation, selon eux néfaste à son bon fonctionnement.

Cette bureaucratisation, imputable à des causes externes à l'hôpital, se traduit concrètement par une inflation des textes et des circulaires, des formulaires à remplir et des réunions.

Le volume des directives, instructions et normes provenant des directions du ministère requerrait à lui seul plusieurs fonctionnaires pour les analyser, les traduire, les diffuser et veiller à leur respect. En conséquence, sous cette pluie diluvienne de circulaires, l'hôpital public s'est forgé une attitude de résignation. Le tout fait penser irrésistiblement à l'eau de la pluie ruisselant sur les plumes du canard. Combien de circulaires atteignent leurs but et pénètrent vraiment l'intérieur des établissements ?

Le nombre de commissions ou de réunions a cru aussi de manière démesurée. Les représentants du syndicat national des cadres hospitaliers ont ainsi indiqué à la mission qu'ils avaient comptabilisé pas moins de vingt et une commissions.

Il faut recenser les commissions créées par la loi, les commissions imposées par les normes réglementaires et celles organisées par la hiérarchie médicale, soignante ou

administrative. Cela conduit à répéter souvent devant des instances différentes des procédures identiques, par exemple la présentation du projet d'établissement par le directeur.

Certaines instances, créées en vue de résoudre un malaise touchant une catégorie particulière, ne démontrent pas encore leur utilité et ne sont pas parvenues à formaliser efficacement le dialogue social à l'intérieur de l'hôpital.

C'est par exemple le cas de la commission du service de soins infirmiers. Cette commission, comme l'indique le syndicat CFDT dans sa contribution écrite, « *n'a pas permis de répondre à la crise d'identité des personnels soignants. Elle demeure toujours une « curiosité de la loi hospitalière » qui, selon les équipes CFDT, ne mérite pas le détour.* » Il préconise de la transformer en « *commission de services de soins, incluant les personnels médico-techniques et de rééducation* ».

Deux autres exemples sont éclairants :

- En ce qui concerne le programme de la médicalisation des systèmes d'information (PMSI), il semble que les investissements dans la formation des personnels, médicaux et non médicaux, aient été insuffisants.

- En outre, la procédure du contrat d'objectifs et de moyens (COM) conclu entre l'établissement et l'Agence régionale de l'hospitalisation peut mobiliser les énergies pendant plusieurs années, pour parvenir à un document portant sur des montants assez réduits en proportion du budget total de l'hôpital, l'ARH n'ayant pas la possibilité de prendre des engagements pluriannuels. La procédure se révèle longue, lourde à organiser et d'un rapport efforts engagés/bénéfices réduit. La solution ne réside pas dans la suppression de cet outil : à l'inverse, il faudrait lui donner plus d'importance afin que le contrat porte sur des masses financières significatives.

– *L'organisation médicale est marquée par une balkanisation croissante*

Le service est une donnée essentielle de l'organisation de l'hôpital. Il est essentiel de constituer au sein de l'hôpital des équipes sous la direction d'un chef et spécialisées sur une base médicale ou médico-technique. Signe de cette importance, le code de la santé publique dispose que le chef de service est nommé par le ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans renouvelable. Ce renouvellement est dans les faits quasi-automatique et la procédure d'évaluation prévue par le code de la santé publique (rapport d'activité et d'évaluation remis au directeur et au président de la CME) est en fait très formelle.

Le code de la santé publique organise l'hôpital en services, composés d'unités fonctionnelles. Avec l'accord des chefs de service, les services et les départements peuvent être regroupés en fédérations placées sous la responsabilité d'un coordinateur médecin, assisté par des cadres infirmier et administratif.

Le fait que ce coordinateur ne soit pas nommé par le ministre n'encourage pas les vocations et la mise en place de ces fédérations ne rencontre pas un franc succès. La mission a pu néanmoins voir un bon exemple à l'hôpital européen Georges Pompidou (Paris), où l'organisation s'articule autour de « pôles » (fédérations). Cette organisation

serait particulièrement efficace pour les pôles médico-techniques. La mission a noté que la mise en place des centres de responsabilités et de la contractualisation interne, dont les règles ont été fixées par l'ordonnance hospitalière de 1996, n'a pas connu un grand succès. Cet insuccès est en partie imputable à la situation financière dégradée : qui pourrait avoir un intérêt à contractualiser lorsqu'il s'agit de gérer la pénurie et le manque de ressources ?

L'organisation interne de l'hôpital public souffre d'une balkanisation excessive, marquée par la multiplication des services. Cette remarque vaut surtout pour les grands établissements. Il y aurait ainsi près de 750 services à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. La multiplication des services permet la nomination de chefs de service (ce qui représente un facteur de motivation non négligeable pour les praticiens hospitaliers) et la spécialisation des départements sur des bases médicales très fines, notamment en chirurgie.

La division en services trop petits a cependant pour inconvénient de multiplier les centres de décisions. A l'intérieur de l'hôpital, elle favorise plus la concurrence que la complémentarité. De plus, elle empêche la synthèse de grandes orientations, la création d'économies d'échelles (via la mutualisation des lits et des plateaux techniques) et les coopérations internes et externes à l'établissement. L'hyperspécialisation est enfin inadaptée à une prise en charge plus globale de cas lourds.

Une des illustrations de ces cloisonnements est le lent développement de la chirurgie ambulatoire. En réponse à une enquête de la Cour des comptes, les ARH expliquent ainsi cette insuffisance :

« Le cloisonnement des services et la difficulté de réduire le nombre de lits dans tel ou tel service compliquent la mise en commun des moyens postulée par l'hospitalisation ambulatoire, la difficulté à faire évoluer les mentalités se doublant d'une difficulté pratique à faire évoluer l'organisation interne dans des locaux souvent inadaptés ».

c) L'absence de la formalisation de la culture d'évaluation

Le système hospitalier manque d'un système d'évaluation externe, ce qui est de nature à démotiver les personnels les plus motivés et les meilleurs. En matière hospitalière, l'évaluation est encore à bâtir.

– L'évaluation des pratiques professionnelles est à construire

Si le médecin ou le soignant est évalué par ses collègues, confrères et par le chef de service, il n'existe pas de procédures formelles permettant d'évaluer les performances des équipes et des médecins, et particulièrement les pratiques professionnelles. On peut noter en revanche que l'évaluation des pratiques des praticiens libéraux relève des unions régionales des médecins libéraux.

L'évaluation des personnels hospitaliers, actuellement au point mort malgré une obligation déontologique (article 11 du code de déontologie) et une disposition légale (article L. 6113-2 du code de la santé publique), est indispensable. En effet,

conjuguée à la tarification à l'activité et, le cas échéant, à l'instauration de formules d'intéressement, elle saura mettre en place la reconnaissance du mérite que les personnels attendent, lassés de constater que leurs efforts personnels ne sont pas assez reconnus.

La recherche de la transparence

La carence en évaluation hospitalière pose aussi le problème de la transparence de l'hôpital vis-à-vis d'une part des assurés sociaux, qui financent le système de soins, et d'autre part des usagers du service public hospitalier. Pourquoi l'appréciation des performances des hôpitaux et les comparaisons correspondantes seraient-elles réservées au classement annuel des hôpitaux réalisé par un hebdomadaire ? Peut-on se satisfaire de ce type de « palmarès » annuel établi sur des bases non validées ?

Aux Etats-Unis, des sociétés privées ont développé des méthodes de classement d'hôpitaux et ont mis en ligne le résultat de ces classements. La méthodologie utilisée (qui est détaillée) peut être discutée mais elle fournit à tous de premiers éléments d'appréciation. On peut se reporter à titre d'illustration au site Internet de l'une de ces sociétés (par exemple, www.healthgrades.com).

*

* *

D. QUATRE PRONOSTICS POUR L'AVENIR DE L'HOPITAL

Le diagnostic étant posé, il est intéressant de tenter un pronostic sur l'avenir de l'hôpital public. Cet essai de prospective détaillera donc l'éventail des possibles.

S'agissant de l'avenir de l'hôpital, intimement lié au mode d'organisation finalement adopté, il existe à moyen terme une alternative fondamentale.

En effet, la poursuite de la tendance actuelle pourrait conduire à trois scénarios différents : l'approfondissement de la crise, l'évolution vers le statut de PSPSH (« participant au service public hospitalier ») ou l'application d'un pilotage hospitalier direct et hiérarchique qui nierait la particularité de la communauté hospitalière.

A notre sens, de profonds changements dans l'organisation interne des hôpitaux et une forte volonté politique privilégiant la responsabilisation des personnes et l'autonomie de l'établissement pourront préserver l'hôpital public d'un déclin annoncé.

Le scénario du pire :

L'inaction et une politique « au fil de l'eau » conduiraient à une dégradation continue des conditions de travail des personnels hospitaliers et de la qualité de la prise en charge des malades.

La voie du « laisser aller », préservant les intérêts de chacun à court terme par des ajustements « cosmétiques », aurait de graves inconvénients dès 2005, lorsque des changements démographiques majeurs se produiront. Cette date pourrait marquer la fin du « miracle hospitalier » : les bonnes volontés des personnels s'épuiseront irrémédiablement.

Dans ce scénario, la tarification à l'activité n'étant pas appliquée, les crédits d'investissements et les dotations annuelles conduiraient à préserver les rentes dont bénéficient certains établissements ou services dont l'activité ne justifie pas le montant des ressources.

L'hôpital deviendrait en peu de temps une organisation centrée sur les urgences, où la principale problématique serait d'assurer la permanence des soins. En matière de soins programmés et de consultations publiques, les files d'attente s'allongeraient au détriment des personnes défavorisées ou dont les relations ne pourraient assurer un accès rapide aux meilleurs praticiens.

La part croissante des ressources dédiées à l'accueil et au traitement des urgences réduirait encore le temps consacré à des soins programmés à la portion congrue. Dans cette perspective, l'hôpital verrait ses équipes les plus brillantes partir pour l'hospitalisation privée ou à l'étranger.

En outre, le transfert de malades vers le secteur privé poserait la question de ses capacités à assurer une prise en charge de qualité, notamment dans les cas les plus lourds (polypathologies).

En forçant le trait, mais à peine, se dessinerait ainsi le retour à « l'hôpital-hospice », où l'hôpital public assurerait seul la permanence des soins et les urgences et prendrait en charge principalement des personnes très âgées, les pathologies chroniques et les personnes en situation précaire n'ayant d'autre choix que le traitement à l'hôpital.

Le mauvais scénario :

L'étatisation et la centralisation : les hôpitaux deviendraient des « services régionaux de santé ».

Ce scénario qualifié d'évolution « à l'anglaise » interviendrait en réaction au premier. La dérive continue des dépenses des régimes de l'assurance maladie conduirait à la fin du paritarisme et à la reprise en main du système de santé par l'Etat, avec une verticalisation croissante du processus de décision. L'hypercentralisation se conjuguerait de plus en plus avec l'hypermécanisation. Des agences régionales de santé constitueraient des « assistances publiques » régionales. Les compétences du

directeur de l'hôpital seraient réduites à la portion congrue, l'agence dirigeant presque directement chaque établissement, sous le contrôle étroit de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Les membres des conseils d'administration des hôpitaux, las de faire de la représentation, se désintéresseraient du sort des établissements gérés par d'autres...

L'autonomie de l'hôpital serait alors profondément remise en cause. Il n'existerait plus de communauté hospitalière, les initiatives seraient bridées par l'empilement des pouvoirs hiérarchiques.

Scénario improbable ? Voire ! Un important corps d'inspection n'a-t-il pas indiqué à la mission que certains services du ministère considéraient déjà que les hôpitaux disposaient de trop d'autonomie... ?

Le scénario de la tentation :

L'évolution vers un statut d'établissement à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH).

Les lourdeurs administratives sont si pesantes que le « modèle » des établissements régis par le statut de participant au service public hospitalier (dit PSPH), établissements de droit privé financés par dotation globale, est quelquefois évoqué pour résoudre la crise de l'hôpital public.

Il est vrai que la mission a pu vérifier, dans les centres anti-cancéreux ou à l'Institut mutualiste Montsouris par exemple, que ces établissements sont épargnés par les contraintes lourdes de gestion qui pèsent sur l'hôpital public. Le conseil d'administration recrute librement les cadres, les praticiens, le personnel. Chaque grande unité de soins gère contractuellement ses rapports avec l'établissement. Les responsabilités sont établies, reconnues et ... sanctionnées.

Mais ces établissements sont aussi à l'abri des contraintes qui pèsent sur l'hôpital public, du fait de leur mono-activité (les centres de lutte contre le cancer) ou de la très grande part d'actions programmées dans leurs missions. Les missions, précisément, ne sont pas comparables.

Enfin, faut-il souligner qu'une évolution des statuts publics (personnels, gestion, marchés) vers un statut d'établissement associé ou semi-public suppose de telles modifications de comportement et de culture que la mission ne peut l'envisager qu'avec de très grandes réserves... ?

Le scénario de la volonté politique :

La promotion des responsabilités et de l'autonomie des établissements.

C'est pourquoi la mission retient de préférence un scénario rendant aux hôpitaux leur caractère spécifique.

Les performances du système de soins français tiennent en grande partie ou système hospitalier public qui allie les soins de proximité, les différents niveaux de prise en charge, l'enseignement, la formation et la recherche de l'excellence. L'éventail large des missions dévolues à l'hôpital doit se conjuguer avec la préservation de l'hôpital comme une entité indépendante, dans le respect de la « communauté hospitalière ». Cependant, cette autonomie ne doit pas devenir un slogan vide de sens ou une fiction juridique.

« Le scénario de la responsabilité » privilégie et renforce l'autonomie de l'établissement, lui ménage des espaces de liberté, lui laissant décider de son organisation interne, des formules d'intéressement de ses personnels ou de coopération avec les autres acteurs de santé. C'est celui qui est présenté ci-après.

II.- RENDRE AUX HOPITAUX LEUR AUTONOMIE ET LEUR RESPONSABILITE ET A L'ADMINISTRATION CENTRALE SES FONCTIONS DE PILOTAGE DU SYSTEME

La mission développe ses propositions autour de quatre axes complémentaires :

- contre la perspective de la concentration des pouvoirs et de l'étatisation, redonner à l'hôpital une véritable autonomie ;
- contre la complexité administrative, la « réunionnisme » et la surenchère normative, simplifier le fonctionnement de l'hôpital ;
- pour pallier les carences constatées en matière d'évaluation, retrouver le chemin de la responsabilité à tous les niveaux de l'hôpital ;
- contre l'épuisement des personnels et la tentation du laisser-aller, qualifier, évaluer et motiver.

L'organisation interne de l'hôpital est très contrainte par l'organisation globale du système de soins et plus particulièrement du système hospitalier : toutes les solutions à la crise hospitalière actuelle ne se trouvent pas dans les établissements.

C'est la raison pour laquelle, outre des changements visant spécifiquement les modalités de l'organisation interne de l'hôpital, les membres de la mission ont proposé de modifier des éléments du pilotage global du système. Il s'agit notamment de déconcentrer les décisions, de mieux évaluer et de motiver les personnels hospitaliers.

A. LIBERER LES ENERGIES ET LES TALENTS DANS LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DE L'ETABLISSEMENT

Ayant fait le constat que l'organisation de l'hôpital était devenue trop rigide, les membres de la mission proposent que les établissements retrouvent une capacité d'action et d'initiative. Ils proposent qu'on ménage à l'hôpital plus d'« espaces de liberté » dans sa gestion.

Deux remarques viennent préciser ce souhait d'une autonomie accrue de l'hôpital. D'une part, la responsabilisation doit s'accompagner de l'accroissement relatif de la liberté de l'hôpital dans les domaines budgétaire et de gestion du personnel, ce qui sera examiné plus loin. On ne peut en effet être responsable que dans la limite de sa propre liberté. D'autre part, l'hôpital, financé par des crédits limitatifs attribués par l'Etat, est chargé par la loi d'assurer des missions de service public. Cette notion emporte l'application des caractéristiques du service public (égalité, continuité...) et attribue à la tutelle nationale un rôle essentiel. Les propositions des membres de la mission s'inscrivent dans ce cadre, qui n'a pas été remis en cause.

Les membres de la mission font six propositions principales :

- retrouver l'autonomie de l'établissement public de santé grâce à un conseil d'administration aux compétences élargies et à la composition renouvelée ;
- une procédure budgétaire rénovée et un mode de financement modernisé ;
- une gestion des ressources humaines plus souple, qui cherche notamment à motiver les personnels de l'hôpital ;
- un assouplissement du statut de l'hôpital ;
- une organisation médicale pragmatique mais qui tend à regrouper les services trop petits ;
- une ouverture plus grande de l'hôpital.

1. Un conseil d'administration aux compétences élargies et à la composition renouvelée

Compte tenu des multiples contraintes qui pèsent sur l'hôpital et de l'organisation actuelle des compétences, le conseil d'administration tend à devenir une instance de surveillance qui réunit périodiquement les acteurs de la communauté hospitalière pour des délibérations trop formelles. Cette évolution transforme le conseil d'administration en une instance de nature consultative, qui prend acte des décisions prises dans d'autres cercles. Il devient au mieux un conseil d'orientation de l'hôpital, ouvert aux usagers ou aux professionnels de santé exerçant en ville, sous la présidence honorifique du maire. Par exemple, la gestion financière relève de la compétence du directeur d'hôpital, sous l'étroite tutelle de l'ARH, voire de l'administration centrale.

Concernant les compétences du conseil d'administration (qui déterminent en partie les réponses aux questions relatives à sa composition et à sa présidence), les membres de la mission estiment que la revalorisation du rôle du conseil renforcera l'autonomie de l'hôpital. Elle constitue une des clefs d'une éventuelle réforme hospitalière. Les mots « *conseil d'administration* » doivent retrouver leur sens.

a) Un « conseil d'administration qui administre »

– *Le président du conseil d'administration doit recruter le directeur de l'hôpital sur un « emploi fonctionnel ».*

- Le recrutement

La réglementation en vigueur permet au président du conseil d'administration d'émettre un avis sur l'affectation du directeur de l'hôpital. Cet avis a aujourd'hui un poids variable. Si l'on veut accroître les pouvoirs du conseil d'administration, il serait opportun que son président recrute directement le directeur d'hôpital. Nommé sur un emploi fonctionnel, le directeur serait lié par contrat au conseil d'administration.

- Les caractéristiques du contrat

Ce contrat d'objectifs s'inscrirait dans le « contrat-cadre » signé entre le président du conseil d'administration et l'ARH (lire plus bas). Le conseil d'administration définirait une stratégie pour l'hôpital, sur la base du projet d'établissement, et le président du conseil d'administration demanderait au directeur de l'hôpital de l'appliquer. Le conseil d'administration serait chargé d'agréer le contrat.

Les directeurs d'hôpitaux seraient choisis sur une liste nationale d'aptitude établie par la tutelle. Compte tenu de la charge représentée par ce type de poste, particulièrement lorsqu'il s'agit de gros établissements, ils ne pourraient pas solliciter dans le même établissement plus de deux mandats consécutifs de quatre ans chacun, soit une période maximale de huit ans. Leurs rémunérations seraient accrues afin de tenir compte du surcroît de responsabilité, le conseil d'administration pouvant décider de moduler ces rémunérations.

- Évaluation

Dans le système actuel, la DHOS fournit des lettres de mission détaillées aux directeurs d'hôpitaux lors de leur affectation. Ces lettres de mission servent de base à leur notation par le préfet. L'ARH ne note pas les directeurs d'hôpitaux : en effet, ARH et directeur sont supposés contractualiser *via* le contrat d'objectifs et de moyens. Cette solution paraît insatisfaisante en raison de la spécificité de l'activité hospitalière.

Dans le système proposé, la gestion des directeurs serait soumise à une évaluation de nature managériale, réalisée par le président du conseil d'administration, éventuellement assistée par des intervenants extérieurs : quels moyens ont été engagés, quels résultats ont été obtenus ? La mise en place de la tarification à l'activité (lire plus bas) aidera le président à réaliser cette évaluation dans une transparence accrue.

Un « *comité de direction* » entourerait le directeur, qui resterait l'unique responsable devant le conseil d'administration. Il serait composé de trois membres de la commission médicale d'établissement (dont le président), de membres de la direction administrative et du cadre supérieur infirmier. Ce comité de direction préparerait les propositions stratégiques, les orientations budgétaires et les contrats pluriannuels avec l'ARH.

Par ailleurs, la pratique de la formation d'un « *comité stratégique* » associant le directeur d'hôpital, le président du conseil d'administration, le président de la commission médicale d'établissement et le doyen de la faculté de médecine (dans les CHU), gagnerait à être répandue.

- Élargissement du recrutement des directeurs

Conformément à un souhait qui a été formulé par beaucoup d'interlocuteurs de la mission, le recrutement des directeurs d'hôpitaux devrait être élargi. Cette évolution est d'ailleurs souhaitée par le syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH), qui dans sa contribution écrite, évoque la nécessité de « *rompre avec la monoculture actuellement constatée* » ; les membres de la mission soutiennent la proposition de créer « *une troisième voie d'accès à l'École nationale de la santé publique [qui] permettrait*

de recruter des médecins (hospitaliers ou libéraux), des cadres supérieurs du secteur privé (économistes, ingénieurs, managers etc.) ou associatif et notamment des responsables d'établissements privés de santé. »

L'hôpital a de plus en plus besoin, outre des compétences en matière de gestion publique, de *managers* et de compétences techniques spécialisées. Il faut dès lors multiplier les passerelles et les processus de reconversions afin d'amener des fonctionnaires, des médecins ou des personnes issues du secteur privé à occuper des postes de directeurs d'hôpitaux et de cadres. La composition et le fonctionnement des équipes rapprochées des directeurs des établissements participant au service public hospitalier sont à cet égard riches d'enseignement.

Dans le même esprit, il serait opportun de réexaminer les modalités des concours de recrutement et de la formation des futurs directeurs d'hôpitaux. En effet, dans le système actuel, la réussite au concours prédispose pratiquement les candidats reçus à l'exercice des fonctions de directeur de troisième classe. En fait, on est directeur au moment même où l'on rentre en formation. Le parcours de formation s'effectue durant 27 mois (dont 13 mois de stage) et débouche sur un poste de directeur sans que ces stages permettent de valider réellement les aptitudes à la fonction avant que ne soient confiées des responsabilités aux intéressés.

En outre, afin de faciliter la diversification des recrutements des directeurs d'établissement, il est suggéré de permettre la dérogation au recrutement sur liste d'aptitude et donc le recrutement direct d'un directeur par la voie contractuelle, cela au titre du droit à l'expérimentation. Ces expériences dérogatoires se dérouleraient évidemment sous contrôle administratif et en toute transparence.

– Le conseil d'administration recruterait les praticiens hospitaliers de son établissement

Par symétrie avec la procédure proposée pour les directeurs d'hôpitaux, pour renforcer l'autonomie de l'hôpital et afin de responsabiliser chaque membre de la communauté hospitalière, le conseil d'administration pourrait également recruter les praticiens hospitaliers.

Cette décision serait assortie de l'avis de la commission médicale d'établissement (CME) et des chefs de service ou de pôle, qui pourraient eux-mêmes proposer des candidats.

– Le conseil d'administration recruterait les chefs de service ou de pôle

Ils seraient nommés par le ministre sur la proposition du président du conseil d'administration. Les chefs de service (ou de pôle) concluraient avec le président du conseil d'administration des contrats d'objectif et de moyens. Ils verraient de surcroît réaffirmé leur pouvoir hiérarchique sur les personnels médicaux du service. En outre, cette autorité serait reconnue sur les personnels soignants d'encadrement : ils donneraient leur avis sur l'affectation de ces personnels dans leur service. Les incitations au regroupement des services en unités plus larges doivent être renforcées.

Le renouvellement quasiment automatique de la chefferie de service n'aurait plus lieu d'être : à la fin de chaque mandat aurait lieu une évaluation externe des performances du chef de service. Une possibilité de recours auprès de la CME ou du ministre serait mise en place. La fonction de chef de service ou de pôle ferait l'objet d'une rémunération et d'une formation spécifique.

– Le conseil d'administration assumerait toute la responsabilité budgétaire

Conformément à ce qui sera exposé plus bas, la procédure budgétaire doit être renouvelée afin que le conseil d'administration exerce pleinement ses responsabilités.

b) La composition du conseil d'administration

– Le « retour » des financeurs dans la composition du conseil d'administration n'est pas souhaitable

L'ordonnance hospitalière de 1996 a exclu de la composition du conseil d'administration les financeurs (l'Etat et les caisses des régimes d'assurance-maladie). Cette cohérence s'imposera encore davantage si l'on rend au conseil d'administration ses pouvoirs et si les rapports de l'établissement avec la tutelle sont fondés sur le contrat et la programmation pluriannuelle. Le « retour » des financeurs dans les conseils d'administration ne serait donc pas une bonne solution.

Dans ce cas, il convient, sans doute, de rééquilibrer la composition des conseils d'administration, en élargissant la représentation des médecins, des personnels de soins infirmiers et des usagers ainsi que le recours à des personnalités qualifiées, venues non seulement du monde de la santé mais aussi du monde économique et social.

– La présidence du conseil d'administration ne doit pas nécessairement revenir à un élu local

La question de la présidence du conseil d'administration est centrale, eu égard aux compétences nouvelles que l'instance pourrait gagner.

D'une façon générale, la présidence ne doit pas nécessairement revenir à un élu local. Certes, les élus ont toute leur place dans les conseils d'administration, compte tenu de l'importance du service public hospitalier. Mais il convient de développer les cas où le président du conseil d'administration est une personnalité qualifiée proposée par le maire (possibilité déjà aménagée par le code de la santé publique mais très peu utilisée) et élue par le conseil d'administration lui-même.

La question de la présidence doit s'apprécier en fonction des caractéristiques de l'établissement. Ainsi, il semble légitime que le président du conseil régional, son représentant ou une personnalité qualifiée proposée par lui puisse présider le conseil d'administration d'un CHU ou d'un CHR.

Afin de reconnaître la fonction de président du conseil d'administration, il paraît juste et incitatif de prévoir une indemnisation, au même titre que les présidences d'instances intercommunales.

2. La procédure budgétaire et le mode de financement doivent contribuer à mieux identifier les responsabilités

Le renforcement de l'autonomie de l'hôpital suppose d'une part le retour à une procédure budgétaire plus conforme à la notion d'établissement public et d'autre part l'adoption d'un mode de financement plus moderne.

a) La procédure budgétaire

Accroître l'autonomie de l'hôpital repose aussi sur l'établissement d'un budget initial et son exécution sans que se multiplient des modifications substantielles au cours de l'année budgétaire. Ainsi, les membres de la mission proposent de limiter le nombre de décisions modificatives annuelles. Les ressources étant connues dès l'établissement du budget primitif, le budget doit être établi sur ces bases et dans l'enveloppe notifiée.

Par ailleurs, il faut mettre en place les conditions d'une véritable pluriannualité dans le financement de l'hôpital, suggestion souvent évoquée dans les auditions menées par la mission. Dans le schéma proposé, le président du conseil d'administration conclurait un contrat avec l'agence régionale de l'hospitalisation, ce contrat donnant lieu à l'attribution de dotations annuelles et pluriannuelles. Cela accroîtrait la visibilité budgétaire de l'établissement.

Le président du conseil d'administration pourrait enfin déclencher tout contrôle ou évaluation. Il aurait le pouvoir de rendre publics leurs résultats.

b) La tarification à l'activité doit conduire à promouvoir la responsabilisation de chacun

Le financement par la dotation globale a de tels effets pervers qu'il est projeté de passer à une tarification, qui permettra, en isolant les coûts de revient et la production de chaque établissement, de financer les hôpitaux en raison de leur activité.

Conformément à l'article 55 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle qui dispose que *" le Gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie "*, M. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées, a annoncé¹ qu' *« en 2003, des expérimentations se dérouleront dans une quarantaine d'établissements volontaires après appel d'offre. En parallèle, des simulations seront réalisées au niveau central sur tous les établissements de cinq régions. »* La généralisation du système est prévue pour l'année 2004.

– Les objectifs et les avantages de la tarification à l'activité

Ce mode de tarification constituera un mécanisme de financement incitatif, qui prendra en compte l'activité médicale et le service rendu. De manière progressive, le nombre de points ISA (indice synthétique d'activité) produits par l'établissement deviendrait une partie de son budget, le point ISA étant « tarifé » à un coût moyen dont

¹ Discours de présentation du plan « Hôpital 2007 » en novembre 2002.

le mode de fixation reste à déterminer (une des options envisageables étant la moyenne des coûts des hôpitaux publics de la région considérée).

Il pourrait mettre en valeur le bas niveau de production et l'éventuel surcoût - ou, à l'inverse, la forte efficacité - d'un établissement, à la condition qu'une comptabilité isolant surcoûts et services peu productifs ait été mise en place.

Les membres de la mission soutiennent la mise en place de cette réforme, qui permettra de privilégier les établissements produisant relativement plus d'activité et, à terme, de promouvoir la coopération entre le secteur public et le secteur privé. En outre, dans le schéma proposé par la mission, elle servira le pilotage de l'hôpital par le conseil d'administration, dont le président connaîtra exactement l'activité du chef de pôle ou du chef de service dont le contrat est soumis à reconduction.

Si les conditions du succès du projet sont nombreuses, elles ne doivent pas être considérées comme des préalables absolus. Il y a une priorité politique à rénover le mode de financement et à l'utiliser comme un levier de réforme.

— Les nombreuses limites du système rendent cependant son application délicate

La tarification à l'activité n'est pas synonyme de « guichets ouverts ». Elle s'inscrit dans une enveloppe fermée déterminée par l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie adopté annuellement par le Parlement. L'enjeu sera de tirer les conclusions des résultats de ce nouveau mode de tarification, c'est-à-dire de procéder aux redéploiements qui s'imposeraient.

Il faut noter que ce système n'est pas appliqué complètement à l'étranger, notamment en raison des problèmes posés par l'évaluation des polyopathologies. Il n'est pas adapté à toutes les activités hospitalières. Il ne prend pas en compte la qualité, ce qui indique qu'il doit absolument être conjugué avec l'évaluation des pratiques professionnelles. Il faudra étudier les moyens de mieux prendre en compte l'activité des personnels soignants.

La tarification à l'activité doit absolument ménager le financement direct des activités de service public définies par le code de la santé publique. En outre, il faudra sans doute isoler les dépenses de médicament, qui croissent à une vitesse très forte.

La mise en place de la tarification à l'activité exige une comptabilité analytique et des équipements informatiques adéquats, ce qui est encore loin d'être le cas dans les établissements de petite taille. Les membres de la mission ont pu apprécier la qualité de sa mise en place à l'Institut mutualiste Montsouris (Paris). La tarification à l'activité aura un coût administratif élevé. Elle doit aller de pair avec un renforcement des investissements dans la formation des médecins en ce qui concerne le PMSI. Une meilleure organisation pourrait permettre aux médecins de coder leurs actes sans une perte de temps excessive.

Mais l'impact de l'impréparation des établissements ne doit pas être surestimé. Dès lors qu'une partie significative des ressources de l'établissement sera déterminée

par le rapprochement entre sa production et un coût moyen, « la fonction créera l'organe » et l'hôpital se dotera des instruments comptables adéquats.

La tarification à l'activité, d'application progressive, ne devrait d'abord concerner qu'une partie du budget total de l'établissement. Elle pose le problème de la tarification harmonisée entre le secteur public et le secteur privé. Une double échelle des coûts sera, du moins au début, indispensable. Le rapporteur espère que des gains de productivité et des réorganisations pourront rapprocher ces deux échelles, sous la réserve du financement direct et global des activités de service public.

3. La gestion des ressources humaines à l'hôpital : motiver et qualifier

Ce sont la qualité, les compétences et le dévouement de la communauté hospitalière et des équipes qui font la richesse d'un hôpital. Il faut donc délimiter les compétences et les missions, et mieux reconnaître les mérites de chacun : à chaque mission doit correspondre l'engagement d'une équipe, sous la responsabilité d'une personne.

a) Adapter le statut des praticiens hospitaliers

Comme l'indique le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales consacré à la gestion des praticiens hospitaliers, le statut du praticien hospitalier (PH) est assez proche du statut de fonctionnaire. S'agissant de l'hôpital, son uniformité et sa complexité, qui nuisent à la motivation et à la mobilité des personnels concernés, interdisent une gestion souple de la ressource en personnels médicaux.

– Les rémunérations : une différenciation indispensable

Il faut mettre fin à la non-différenciation des émoluments des praticiens hospitaliers. Quatre possibilités sont ouvertes.

1.- Compte tenu des évolutions prévisibles en matière de démographie médicale, la différenciation des rémunérations suivant les spécialités exercées est envisageable. La nécessité de cet aménagement revêt un caractère urgent : attirer à nouveau les étudiants vers la chirurgie est une œuvre de longue haleine. Il faut commencer aujourd'hui pour que la mesure prenne effet dans dix ans.

2.- Ensuite, le volume et la complexité des actes pratiqués pourraient être mieux pris en compte par l'application de la tarification à l'activité. La comptabilité analytique permettra d'identifier la « production » en soins et en diagnostics de chaque praticien.

3.- Il est indispensable d'imaginer de nouvelles formules de rémunérations capables de mieux reconnaître les postes à responsabilité, les postes à risque ou les activités transversales à l'intérieur de l'hôpital.

Ces activités pourraient être : président de CME, chef de service, coordinateur de fédération/pôle, participation à la lutte contre les infections nosocomiales ou engagement en matière de soins palliatifs ...

Certains interlocuteurs de la mission ont proposé d'élaborer un statut unique du praticien hospitalier reposant sur un socle commun, auquel s'ajouteraient différentes « valences » correspondant à des engagements supplémentaires souscrits par le praticien. A titre illustratif, un praticien peut souhaiter s'engager dans l'enseignement, la formation, mais pas dans la recherche (ou inversement). Ses souhaits peuvent en outre évoluer au cours de sa carrière. A chaque valence correspondraient à la fois un contrat et une rémunération supplémentaire identifiée. Ce système permettrait une rémunération différenciée de chaque valence et une meilleure identification des missions de chacun. Il serait néanmoins lourd à mettre en place.

4.- De même, il deviendra utile de rémunérer les médecins ayant effectué un effort particulier en matière de formation ou, dès lors que des indicateurs d'évaluation auront été mis en place, de mieux rémunérer les praticiens dont la qualité aura été objectivement reconnue.

– *Promouvoir les qualifications*

Les techniques de soins et de diagnostic évoluant très rapidement, le savoir-faire acquis lors des études peut connaître une obsolescence accélérée, nuisible à la qualité des soins. Il importe donc de développer les processus de labellisation et de recertification des médecins hospitaliers. Quelques années après la formation initiale, la recertification permet à chaque médecin d'évaluer son niveau et d'identifier les points méritant des efforts supplémentaires. On peut envisager que l'accroissement du risque médico-légal et le consumérisme accru des patients/usagers seront les moteurs de cette évolution. Pourquoi ne pas l'anticiper et l'encadrer ?

Quant aux chefs de service, il serait indispensable de rendre obligatoire, à l'image de la procédure en cours à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, la formation à la gestion au management et à l'encadrement préalablement à leur prise de fonction. La même recommandation vaut pour les postes de coordinateurs de fédérations ou de pôles.

b) Ouvrir plus de perspectives aux personnels soignants

– *L'intéressement collectif est à développer*

Le conseil d'administration, s'il le souhaite, pourrait développer à l'attention des personnels soignants des mécanismes d'intéressement à la fois équitables mais suffisamment importants pour jouer un rôle stimulant et contribuer à reconnaître leur engagement.

Un système d'intéressement existe déjà, sous la forme d'une prime de service. Dans les faits, selon les témoignages recueillis par la mission, celle-ci est peu opérante. Les mérites de chacun ne sont pas réellement distingués. Il faudrait dégager des marges de manœuvre budgétaires supplémentaires pour les mettre en place.

Les techniques d'intéressement doivent être collectives et concerner l'équipe du service ou du pôle, en particulier le personnel d'encadrement, qui doit montrer l'exemple. Il est nécessaire de définir des indicateurs objectifs, validés et reconnus par tous.

Il est aussi envisageable que les services les plus performants bénéficient d'une « prime à l'investissement » leur permettant, par exemple, d'acquérir des appareils médicaux innovants ou du matériel de bureau (ordinateurs ...).

– La qualification doit être encouragée

Le malaise actuel des personnels infirmiers pose le problème de la définition des trajectoires professionnelles des soignants. Il faut leur donner plus de perspectives, gage d'une motivation accrue et donc d'un meilleur fonctionnement des hôpitaux.

Une étape significative serait de permettre aux personnels soignants, après une formation préalable qualifiante et diplômante, de réaliser des actes médico-techniques actuellement réalisés uniquement par des personnels médicaux. Le rapport de la mission « Démographie des professions de santé » (rapport Berland de 2002) donne les exemples suivants :

« Les radiologues pourraient confier certains examens standardisés aux manipulateurs radio. Les ophtalmologistes pourraient être déchargés de la prise en charge de la correction de la vue par des orthoptistes dont la formation serait adaptée et complétée. Les cardiologues pourraient déléguer certains actes techniques : holter, échographie, etc., à des infirmières techniciennes en cardiologie. L'interprétation des examens resterait de la responsabilité du spécialiste. »

Cette solution présente le double avantage :

- de donner aux soignants une nouvelle perspective professionnelle, en leur reconnaissant la capacité d'assumer des gestes plus techniques et donc plus valorisants, après une formation adaptée et en échange d'une rémunération accrue ;

- de recentrer sur la réalisation de tâches complexes un personnel médical qui, compte tenu des évolutions démographiques prévisibles, deviendra une ressource plus rare.

Un nombre minimum d'années de pratique soignante serait exigé avant qu'un infirmier ne soit formé et autorisé à effectuer un acte à caractère médico-technique.

Les membres de la mission soutiennent cette évolution et souhaitent que ce processus de qualification des personnels soignants fasse rapidement l'objet d'études préalables puis d'un encadrement adéquat. Ce surcroît de responsabilité doit en effet faire l'objet d'une négociation avec les représentants des professions concernées.

c) Promouvoir le recours à de nouvelles compétences

La venue de nouveaux métiers à l'hôpital doit être encouragée : acheteurs, logisticiens, professionnels de l'hôtellerie, ingénieurs informaticiens, chargés de communication interne ou externe... Il faut ouvrir l'hôpital à ces nouvelles compétences, en autorisant et encourageant l'embauche de personnels sur une base contractuelle.

Une nouvelle fonction est à développer et à reconnaître : le poste de coordinateur de bloc opératoire. Compte tenu de la pénurie de temps médical et du coût

des équipements hospitalier, il est indispensable de « rentabiliser » au maximum les infrastructures existantes. Il est démotivant qu'une équipe attende trop longtemps, soit le patient qui doit être brancardé, soit un médecin senior ou un anesthésiste. Si les cliniques parviennent à organiser rationnellement les plages d'occupation du bloc, l'hôpital peut également réaliser cet objectif.

4. Assouplir les conditions de fonctionnement de l'hôpital public

Le renforcement de l'autonomie de l'hôpital et la responsabilisation du conseil d'administration doivent s'accompagner de l'aménagement d'« espaces de liberté » supplémentaires pour la gestion des hôpitaux.

a) Simplifier les procédures de consultation et le fonctionnement des instances

Beaucoup d'interlocuteurs de la mission, en particulier les médecins, dénoncent une « réunionnite » et le nombre excessif de commissions réclamant la participation de personnels médicaux et soignants. Le souhait d'associer les personnels au processus de gestion est ressenti *in fine* par certains comme une bureaucratisation de l'hôpital. La gestion de la complexité est-elle à ce prix ?

Il serait opportun de permettre aux hôpitaux de supprimer ou de fusionner certaines instances, ou du moins d'en simplifier le fonctionnement.

On pourrait ainsi rendre facultative la constitution de la commission du service de soins infirmiers.

La composition de la commission médicale d'établissement pourrait être différenciée en fonction de son activité. Une formation plus resserrée s'impose pour la définition de la stratégie médicale. En revanche, une formation plus élargie se justifie lorsqu'il s'agit de rendre un avis sur les nominations médicales.

D'une manière générale, il serait utile de rechercher les possibilités d'autoriser la différenciation de l'application de certaines dispositions relatives à l'administration de l'établissement en fonction de sa taille, à l'image de certains articles du code du travail dont certaines dispositions sont applicables à partir d'un certain nombre de salariés.

b) Assouplir les règles de droit public relatives aux achats et aux investissements

En matière d'achats publics et d'investissements, la législation et la réglementation sont allés trop loin dans l'uniformisation des procédures, niant les spécificités de l'hôpital.

– Les investissements

Il faut soit réaménager les dispositions correspondantes du code des marchés publics en prenant en compte les spécificités du service public hospitalier, soit rendre plus souples les conditions du recours à des structures privées.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, dans son discours de présentation du projet « Hôpital 2007 », a souhaité « *faciliter l'implication des personnes privées, des collectivités territoriales et des sociétés d'économie mixte dans les opérations de construction et d'aménagement immobilier à l'hôpital* ».

Il faut aller plus loin et élaborer, le cas échéant, des procédures dérogatoires permettant de préserver les spécificités de l'investissement hospitalier, marquées par un coût élevé, un très haut degré de technicité et l'application de normes draconiennes.

– *Les achats*

Le même problème est relevé s'agissant de la réforme des procédures d'achat de médicaments, qui n'a pas pris en compte le fonctionnement des groupements d'achat, pourtant bien nécessaires face à une offre de plus en plus concentrée. En particulier, il est temps de donner une marge de manœuvre plus grande au pharmacien hospitalier.

c) Reconsidérer les modalités de la gestion du forfait hospitalier journalier et du ticket modérateur

La Cour des comptes a noté dans son dernier rapport sur la sécurité sociale l'énorme travail administratif que représente la gestion du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier et des multiples exonérations et dérogations afférentes. En particulier, l'hôpital est confronté à une multitude de débiteurs.

Or, l'objectif premier de l'administration hospitalière est de faciliter la production de services (diagnostic, soin, information, orientation), non de gérer la complexité des dispositifs du remboursement par les régimes de l'assurance-maladie. Il serait utile, soit de faire un bilan coûts/avantages de ces dérogations et exonérations, comme le conseille la Cour des comptes, soit d'externaliser le traitement de cette complexité administrative, afin qu'elle ne repose plus sur l'administration de l'hôpital. La ressource en personnels administratifs ainsi dégagée permettrait de créer des postes de secrétaire administratif de services, afin de soulager les soignants de tâches administratives qui les éloignent du lit du patient.

5. L'organisation médicale de l'hôpital public : laisser le pragmatisme s'exprimer

Concernant l'organisation médicale de l'hôpital, il convient de faire preuve de pragmatisme, tant les différences sont grandes entre les établissements et entre les spécialités. L'arsenal normatif est là, il reste à libérer et mobiliser les énergies.

a) Dans les grands établissements, mettre fin à la balkanisation

Dans les grands établissements du type centre hospitalier universitaire (dont l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris), s'est développée ou amplifiée une tendance à multiplier les services. Cette balkanisation, si elle permet de nommer un grand nombre de chefs de service et de répondre à la spécialisation médicale croissante, multiplie les centres de décision, les logiques territoriales et empêche la mutualisation des ressources, notamment des plateaux techniques.

L'objectif recherché doit être plutôt d'aboutir à la taille critique et à la mutualisation des équipements lourds.

L'absence de création des centres de responsabilité, possibilité aménagée par l'ordonnance hospitalière de 1996 montre *a contrario* l'attachement des personnels au mode d'organisation par service. Dans la plupart des établissements, le service doit être maintenu comme unité administrative et surtout comme unité de soins. Cependant, dans certains hôpitaux, il est cohérent et efficient d'encourager à supprimer des services et de les regrouper dans des services plus grands, placés sous l'autorité d'un médecin, éventuellement assisté d'un membre du corps des directeurs en raison des tâches de gestion liées à la taille du service.

Par ailleurs, des pôles de responsabilité rassemblant des activités médicalement cohérentes (du type « mère-enfant » par exemple) permettraient par leur taille des économies d'échelle et une meilleure organisation, notamment en ce qui concerne l'utilisation des équipements lourds. La contractualisation entre les chefs de pôle et le conseil d'administration devrait encourager la formation des ces pôles ou fédérations.

Le cas échéant, l'ARH devrait inciter les établissements à mener ces restructurations en créant un « intérêt à agir » de nature financière, en accord avec le conseil d'administration.

b) Appliquer l'amendement "liberté"

Chaque hôpital devrait pouvoir organiser son activité de soins comme il le souhaite, tant l'organisation d'un CHU diffère de celle d'un hôpital général. C'est ce qu'avait prévu le législateur en adoptant « l'amendement liberté » lors des débats relatifs à la loi du 30 juillet 1991 portant réforme hospitalière, amendement devenu l'article L. 6146-8 du code de la santé publique :

« Par dérogation aux dispositions des articles L. 6146-1 à L. 6146-6, le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé.

Cette décision est prise à l'initiative du président du conseil d'administration, du président de la commission médicale d'établissement ou du directeur de l'établissement, après avis conforme de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires. Le comité technique d'établissement est consulté.

Dans ce cas, le conseil d'administration nomme les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées après avis de la commission médicale d'établissement qui siège en formation restreinte aux praticiens titulaires. Il prévoit, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures. La mise en place de celles-ci ne peut intervenir qu'à l'occasion des renouvellements des chefs de service en fonction au 31 juillet 1991.

Les dispositions du troisième alinéa ne font pas obstacle à l'application des dispositions relatives aux sanctions prises en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle et aux décisions prises dans l'intérêt du service. »

Ainsi la loi ouvre elle-même des « espaces de liberté » qui n'ont pas été investis par les établissements. La mission conclut qu'il y a là une carence à laquelle il faut remédier au plus vite. L'amendement « liberté » doit être utilisé pour promouvoir les évolutions nécessaires

La combinaison de l'application de l'amendement « liberté » et de la réforme de la tarification doit inciter les hôpitaux à développer des prises en charge innovantes de la maladie, que ce soit l'hospitalisation ambulatoire, l'hospitalisation à domicile ou le travail en réseau.

En particulier, la chirurgie ambulatoire, qui présente un intérêt économique et sanitaire incontestable, pourrait être développée grâce à la motivation des médecins et des équipes soignantes.

6. L'hôpital doit « sortir de ses murs »

Un grand nombre d'interlocuteurs de la mission ont répété la nécessité d'ouvrir les portes de « l'hôpital - forteresse » sur le territoire qui l'entoure.

En effet, rendre plus autonome l'hôpital ne doit pas signifier que l'établissement se replie sur soi. Au contraire, il doit développer une approche territoriale qui privilégie les stratégies de complémentarité.

a) La coopération institutionnelle

Il convient de promouvoir une approche territoriale et de multiplier les coopérations, objectif déjà inscrit dans le plan « Hôpital 2007 » grâce à la promotion de la formule du statut du groupement de collaboration sanitaire, qui doit être assouplie afin de mieux répondre à l'impératif de la coopération entre le secteur public et les acteurs privés, notamment les professionnels libéraux de santé. Toutes les possibilités doivent être utilisées, en particulier les réseaux de soins. Les formules d'association doivent concerner d'autres hôpitaux publics, des établissements participant au service public hospitalier et les cliniques. Ces coopérations sont particulièrement adaptées pour certaines situations et certaines pathologies (soins palliatifs, maladie mentale, douleurs chroniques...) et pour l'organisation de la permanence des soins dans un territoire donné.

Il faut encourager le décloisonnement entre le secteur public et le privé, ce qui sera encouragée par la perspective d'une tarification harmonisée entre les deux secteurs. L'accessibilité du plateau technique à la médecine de ville doit être renforcée.

b) Attirer et garder les talents à l'hôpital

Il faudrait trouver les moyens d'attirer des praticiens libéraux à l'hôpital. La modification des statuts évoquée plus haut devrait faciliter ces coopérations. On peut également envisager de promouvoir davantage l'activité médicale « multisite ».

c) L'hôpital « dématérialisé »

« Sortir l'hôpital de ses murs », c'est aussi expérimenter des mode de prise en charge innovants. On peut citer la télémédecine ou l'hospitalisation à domicile.

Par exemple, après l'accouchement, si la santé de la mère et de l'enfant le permettent, il est possible et peu coûteux « d'échanger » une durée d'hospitalisation plus courte contre des visites à domicile de puéricultrices ou de sages-femmes. Des expériences très intéressantes ont été conduites en ce sens.

B. LE PILOTAGE GLOBAL DU SYSTEME HOSPITALIER : TRACER LES ORIENTATIONS, DECONCENTRER, ÉVALUER ET QUALIFIER

Se pencher sur l'organisation interne de l'hôpital, c'est aussi souligner les défauts du pilotage global du système. Toutes les solutions à la crise hospitalière ne se trouvent pas dans l'hôpital.

En particulier, il faut aboutir à une nouvelle division du travail. Au ministère et à ses services déconcentrés doivent revenir les tâches de stratégie, d'animation, de pilotage, de contrôle et d'organisation de l'évaluation. La gestion doit être faite au plus près du terrain.

Le rapporteur préconise quatre orientations :

- remédier à l'excessive concentration des décisions ;
- mettre fin à l'excès de réglementation ;
- promouvoir l'évaluation à l'hôpital ;
- approfondir et rendre plus transparent le processus de restructuration.

1. Stopper l'hyperconcentration

La gestion de la ressource humaine hospitalière réalisée à coup de décrets ou d'arrêtés doit faire place à une gestion plus fine et plus individuelle des carrières. Il faut une gestion plus proche du terrain. Ces principes ont notamment été utilisés dans l'administration de l'Éducation nationale lors de la réforme portant déconcentration du « mouvement » intra-académique des enseignants du second degré, désormais assuré par le rectorat.

Il faut soulager la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) de la gestion de milliers de décisions individuelles et la recentrer sur des tâches d'évaluation, d'analyse, de stratégie et de prospection. En particulier, les questions relatives à la formation médicale et à la démographie médicale devraient relever de sa compétence, en coopération étroite avec la direction générale de la santé. La gestion individuelle des praticiens hospitaliers doit ressortir à des centres régionaux de gestion.

a) L'établissement de listes nationales d'aptitude et la nomination relèveraient toujours de l'autorité ministérielle, l'affectation du conseil d'administration de l'établissement

S'agissant du service public hospitalier, il est important d'assurer un niveau de formation relativement homogène sur tout le territoire : l'administration centrale doit organiser les concours nationaux et fixer des listes nationales d'aptitude à partir des résultats obtenus. Cette gestion concerne aussi bien les directeurs d'hôpitaux que les praticiens hospitaliers, qui seraient nommés dans ces corps par le ministre en charge de la santé. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins tiendrait les statuts de ces corps nationaux.

Après nomination ministérielle et conformément aux orientations exposées plus haut, le praticien hospitalier comme le directeur d'hôpital seraient recrutés par le conseil d'administration. Des fiches de postes détaillées indiqueraient les objectifs à atteindre et les moyens dégagés par l'établissement.

b) Une gestion régionalisée et individualisée de la carrière des praticiens hospitaliers

Comme le note le rapport de l'IGAS sur la gestion des praticiens hospitaliers, ceux-ci ne bénéficient pas d'un suivi individuel des carrières et en particulier, d'aucun suivi médical.

Comme le propose l'IGAS, il serait donc opportun de créer des centres de gestion régionaux des praticiens hospitaliers. Ces centres seraient rapprochés de l'ARH, qui dispose d'une connaissance exhaustive de la carte sanitaire, ou dans une perspective plus cohérente avec le renforcement souhaité de l'autonomie de l'hôpital, deviendraient des syndicats interhospitaliers.

Ces centres seraient chargés de la gestion individuelle des carrières des praticiens hospitaliers, et notamment de réaliser un suivi individuel, d'organiser leur mobilité, de promouvoir la formation continue, de conduire les éventuelles sanctions disciplinaires et le cas échéant de constater l'insuffisance professionnelle.

S'agissant de la procédure disciplinaire, il faut en effet mettre fin à des situations qui, bien que concernant un nombre réduit de praticiens, ont des effets marqués sur la gestion quotidienne de certains établissements et le moral de tous les personnels. Or, les moyens d'action sont limités et les procédures aussi longues qu'aléatoires.

Il faut donc les rendre plus applicables, ce qui était déjà une préconisation des auteurs du rapport de la mission interministérielle sur les hôpitaux de 1994. Le centre régional, en liaison avec l'ARH, pourrait assurer une gestion régionale des contentieux, sur la demande des directeurs d'hôpitaux ou du conseil d'administration, avec deux avis : l'un émis par la CME, l'autre par un collège d'experts d'une région autre que la région concernée. Une procédure d'appel national (commission nationale statutaire, ministre chargé de la santé) serait aménagée.

La procédure précise reste à déterminer.

c) Créer des possibilités de reclassement pour les praticiens hospitaliers et les directeurs d'hôpitaux

Beaucoup d'interlocuteurs de la mission ont suggéré la création de possibilités de reclassement pour les personnels médicaux et les directeurs d'hôpitaux. Cette possibilité se justifie par le fait que l'organisation proposée exigerait des performances accrues des directeurs d'hôpitaux et des médecins, en les évaluant plus souvent. Le recrutement direct par le conseil d'administration et la possibilité de ne pas voir son contrat reconduit impliquent la création simultanée de possibilités de reclassement.

Il serait donc intéressant d'instituer, comme le propose l'IGAS dans son rapport sur la gestion des praticiens hospitaliers, une position « hors cadre » pour les praticiens hospitaliers.

Il est aussi indispensable d'imaginer des « portes de sortie » pour les personnels, qui, au cours de leur carrière, peuvent souhaiter cesser d'occuper des fonctions parfois très astreignantes et physiquement éprouvantes, engager une formation ou une reconversion, voire exercer un métier totalement différent.

S'agissant des membres du corps des directeurs d'hôpitaux, on pourrait envisager soit le rattachement temporaire ou permanent à un corps de contrôle et d'inspection existant comme l'IGAS, soit la réactivation du « conseil général des hôpitaux » créé par la loi n° 84-575 du 9 juillet 1984 mais jamais constitué. Cette instance de conseil, d'inspection et d'expertise, placée auprès du ministre chargé de la santé, rassemblerait également, le cas échéant, les anciens directeurs d'agences régionales d'hospitalisation. Ses missions devraient être bien délimitées afin d'éviter des doublons avec l'IGAS.

2. Plus de transparence dans le pilotage et la production de normes

L'hôpital étant un établissement public de santé assurant des missions de service public, il est légitime que la tutelle édicte des normes (lois, règlements, circulaires ...) et que les établissements les appliquent. Cependant, il faut remédier à l'inflation normative qui sévit à l'hôpital : moins de circulaires, mais des circulaires appliquées.

a) Créer une instance de concertation transversale relative à l'hôpital public auprès du ministre en charge de la santé

Les interlocuteurs de la mission ont souligné qu'il n'existait pas d'instance nationale de concertation réunissant les représentants de tous les acteurs de l'hôpital public. Il existe aujourd'hui deux instances nationales : le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (à la composition paritaire) et le conseil supérieur des hôpitaux (constitué de deux sections, il donne des avis sur les questions intéressant les personnels médicaux et le fonctionnement de l'hôpital). Ces instances sont cloisonnées.

Il faudrait créer une instance de concertation de nature plus transversale, rassemblant tous les acteurs de l'hôpital, les personnels médicaux, soignants et administratifs, les représentants des patients et des usagers, les caisses et les élus.

Si ces partenaires acceptaient de renforcer leur coopération en vue de la réalisation d'objectifs communs, cet organisme consultatif deviendrait une force reconnue d'analyse. Il permettrait de disposer d'une force de proposition, de contre-proposition et de synthèse sur les projets relatifs à l'hôpital public. Il donnerait un avis sur l'opportunité et la faisabilité des nouvelles normes réglementaires.

b) Réaliser une étude d'impact et une évaluation médico économique des mesures de sécurité sanitaire projetées

Chaque nouvelle réglementation en matière de sécurité sanitaire devrait faire l'objet d'une étude d'impact. Cette étude devrait notamment comporter les conditions financières de la réalisation de la mise aux normes, ainsi qu'une simulation micro-économique (sur la base de la situation d'un « établissement-type » par exemple). L'étude ferait le point sur la faisabilité globale de la mesure, son coût prévisible à court et moyen terme. Elle vérifierait notamment si les normes destinées à être renforcées sont appliquées, et dans la négative, à en tirer des conclusions et des recommandations.

L'évaluation médico économique des décisions de sécurité sanitaire permettra d'éviter que des normes trop rigoureuses et donc inapplicables ne soient édictées sans l'appréciation des enjeux organisationnels et financiers en cause.

Compte tenu des coûts en jeu et de la limitation des moyens, un débat d'envergure impliquant les médecins, les soignants, les scientifiques, les usagers et les élus, s'impose. Il faut faire œuvre de pédagogie : chacun doit connaître le rapport coûts/avantages du « principe de précaution » et des contraintes qu'il impose au budget et à l'organisation interne de chaque hôpital.

3. L'évaluation à l'hôpital : un impératif majeur

Selon leur objet, il y a lieu de distinguer au moins trois types d'évaluation à l'hôpital : les pratiques professionnelles des praticiens, la gestion et les performances des équipes. La nécessité de l'évaluation de la qualité augmentera dès lors que la tarification à l'activité se développera : la quantité pourrait alors se développer au détriment de la qualité.

a) L'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens hospitaliers

S'agissant des médecins hospitaliers, il faut mettre en place une évaluation des pratiques sur la base des recommandations positives des sociétés savantes, validées dans un cadre national grâce à l'ANAES, voire sur la base de consensus internationaux.

Cette évaluation serait menée par des équipes d'évaluateurs externes à l'établissement, provenant d'une région autre que celle de l'établissement concerné. L'équipe d'évaluateurs comprendrait des experts reconnus dans la spécialité retenue et pourrait être, le cas échéant, multidisciplinaire. Ces évaluations ne seraient pas précédées d'avertissement ou de préavis, elles procéderaient de manière aléatoire et par sondages. Enfin, le résultat des évaluations serait rendu public, en utilisant notamment les nouvelles techniques de communication comme le réseau Internet.

Une expérimentation pourrait être rapidement mise en place, sur un territoire donné et sur quelques pathologies se prêtant bien à une évaluation.

On peut noter qu'un partenariat entre l'INSERM, le ministère chargé de la santé et l'Observatoire des sciences et techniques commence actuellement à évaluer la qualité de la recherche menée dans les CHU. C'est un exemple encourageant qui, s'il était mené à son terme, prouve que la qualité de l'activité scientifique peut être évaluée grâce à des indicateurs. Cette démarche reste à entreprendre s'agissant de la qualité des soins.

b) L'évaluation des équipes

Une autre proposition permettrait d'associer l'évaluation des pratiques et la nécessité de motiver les personnels hospitaliers autour de projets clairs et porteurs. Il faut développer et encourager l'accréditation par service.

Une accréditation par service, réalisée après étude de la performance globale de l'équipe et des pratiques professionnelles soignantes et médicales, serait opportune et peut-être plus transparente qu'une apparition dans le « palmarès des hôpitaux » réalisé par la presse. Elle serait de nature à motiver les équipes, surtout si l'accréditation donne lieu à une gratification supplémentaire : augmentations de rémunérations, accroissement d'effectifs et subventions d'investissement supplémentaires.

c) L'évaluation managériale des gestionnaires

Elle concernera par exemple les directeurs d'hôpitaux et les chefs de pôle recrutés sur une base contractuelle. Là encore, l'évaluation devra mettre en œuvre des indicateurs de performance reconnus par tous les acteurs.

4. Poursuivre le processus de restructuration mais en le rendant plus transparent

Souligner la mauvaise organisation interne d'un hôpital donné, c'est aussi, souvent, prendre acte de la mauvaise répartition des ressources en personnels hospitaliers et en matériel dans le bassin de santé correspondant. C'est la raison pour laquelle l'amélioration de l'organisation interne des hôpitaux exige aussi la poursuite de la réorganisation de l'offre hospitalière.

a) L'organisation interne de l'hôpital ne doit pas être l'otage d'une répartition inefficace des ressources dans un territoire donné

Comme le souligne le dernier rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la restructuration hospitalière, trop lente, n'a pas encore atteint ses objectifs. Cela nuit au fonctionnement de beaucoup d'hôpitaux, dont les moyens sont insuffisants par rapport à leur activité ou aux besoins en soins hospitaliers de la zone considérée.

La Cour des comptes, après avoir souligné la difficulté à obtenir des chiffres fiables en raison de la distinction entre les indicateurs « nombre de lits autorisés » et « nombre de lits installés », évalue dans son dernier rapport l'excédent de lits à 28 600.

Cette estimation devrait être validée à la lumière des objectifs sanitaires et non de seules considérations techniques ou comptables...

Certes, la réorganisation interhospitalière devient un impératif urgent. Motivée de plus en plus par les nécessités de la démographie médicale et du respect des normes sanitaires, elle ne doit pas être masquée par un recours accru à des praticiens à diplôme étranger. Elle doit conduire, s'il le faut, à fermer, à regrouper ou à transformer certains services ou certains hôpitaux dont l'activité, très réduite, ne garantit pas toujours la sécurité des soins et entraîne d'onéreux sous-emplois.

Ceci doit être précédé d'une analyse par bassin de santé et de l'identification des complémentarités qui pourraient être exploitées grâce à une logistique sanitaire adaptée (transports de malades) ou le développement de la télémédecine (en particulier du télédiagnostic). Il faut rassembler les activités et les services assurant des soins très techniques 24 heures sur 24: obstétrique, urgences lourdes, chirurgie cardiaque...

De nombreux établissements d'aigus doivent être transformés en établissements de soins de suite : actuellement, dans chaque hôpital, des lits d'aigus sont occupés par des patients qui relèvent d'une unité de soins de suite. Cela représente des gaspillages significatifs. Des services ou des établissements libérés pourraient être affectés à l'hébergement de personnes âgées dépendantes.

Il faut également raisonner par service. A titre d'exemple, au sein d'un établissement récemment fusionné comportant deux services d'orthopédie, doit-on attendre le départ à la retraite de l'un des deux chefs de service pour enfin fusionner les deux structures ? Dans les circonstances actuelles, peut-on se permettre ce luxe ?

Dans le cadre d'une stratégie clairement établie par le pouvoir politique, chaque ARH doit élaborer ces restructurations et les faire appliquer. En effet, maintenir des services inutiles ou peu performants, c'est d'une part priver les autres de moyens qui leur font défaut, alors même que le système hospitalier français reste globalement bien doté et d'autre part c'est mettre en jeu la sécurité sanitaire, quelquefois au nom du souci de proximité.

A cet égard, le débat sécurité/proximité est un débat national, qu'il importe de conduire au plus tôt, au même titre que celui qui a été organisé sur la décentralisation. Les spécialistes de la santé, les médecins, les gestionnaires mais aussi les élus locaux ont des points de vue pertinents à faire connaître. Rien n'est plus important que d'entreprendre une discussion large et lucide sur ce sujet. Faute de quoi, le système hospitalier risque d'être confronté à des critiques et à des affrontements nuisibles à son évolution.

Enfin, la réorganisation devrait également concerner les facultés de médecine. Le nombre trop élevé d'unités de formation et de recherche (UFR) – onze à Paris, par exemple – handicape la mutualisation des moyens et entraîne plus à la concurrence qu'à la complémentarité. Certaines sont loin d'avoir la « masse critique » suffisante pour peser dans un environnement européen de plus en plus compétitif.

b) Les modalités de ces restructurations doivent être revues : plus de transparence, plus de pédagogie et plus de démocratie

Comme il est écrit plus haut, il s'agit d'un grand débat que personne ne peut régler en se limitant à une vision partielle et trop localisée.

Les agences régionales de l'hospitalisation, qui connaissent intimement la carte sanitaire, sont les acteurs privilégiés de ces restructurations : d'abord comme organe de réflexion et d'analyse, puis comme moteur.

Il revient aux responsables des agences régionales de l'hospitalisation, et en s'appuyant naturellement sur les élus et les collectivités territoriales, de faire preuve de pédagogie vis-à-vis des populations concernées par les restructurations. Il leur faudrait plus et mieux expliquer les raisons et, outre les considérations financières en jeu, poser précisément les termes de l'arbitrage entre la proximité et la sécurité. Les objectifs de santé, les recommandations des scientifiques et des médecins, les nécessités d'une cohérence de l'offre de soins doivent être mis en avant, et non les seules préoccupations de financement. A ce propos, on peut regretter le faible engagement des praticiens hospitaliers au moins dans ce nécessaire travail de réflexion et d'explication...

On pourrait envisager la création d'un « conseil régional de l'hospitalisation », composé à parité d'élus et de représentants des personnels médicaux, soignants et administratifs des hôpitaux de la région. Ce conseil régional serait systématiquement consulté avant l'engagement des processus de redéploiement et pourrait constituer une force de proposition. La réforme issue de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé devrait être aménagée en ce sens afin d'éviter un empilement des structures.

Les ARH gagneraient ainsi à développer des incitations fortes à la restructuration des établissements. Dans la mesure du possible, les établissements doivent avoir un « intérêt à agir », notamment en ce qui concerne l'aspect financier d'une opération de fusion ou de coopération. On pourrait s'inspirer de l'exemple du développement de l'intercommunalité, fortement suscité par des incitations financières.

Comme le note le dernier rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, les fonds destinés à la prise en charge d'une partie du coût des restructurations ont été détournés de leur vocation initiale : il convient donc de les recentrer sur leur objet.

Un autre levier à utiliser serait de subordonner les actions de planification sanitaire aux résultats de la procédure d'accréditation (dans sa version rénovée et liée à l'évaluation), comme le recommande la Cour des comptes.

c) Intégrer l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) au processus de restructuration

Chaque établissement de l'AP-HP ne dispose pas d'une personnalité morale propre : l'AP-HP est un gigantesque CHU. Elle représente 10 % de la dotation globale hospitalière nationale (environ 5 milliards d'euros). Sa place, son statut et sa structure doivent être examinés à l'aune de l'urgence de la restructuration hospitalière.

Les remarques faites par les auteurs du rapport de la mission interministérielle de 1994 : « *gigantisme* », « *opacité* » et tutelle impuissante, restent d'actualité dix ans après.

Comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la tutelle de l'AP-HP est assurée directement (sauf en ce qui concerne la planification sanitaire) par l'administration centrale.

Si l'objectif est d'aboutir à une organisation sanitaire régionale cohérente et efficace, l'AP-HP devrait relever complètement de l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France, seule à même de disposer de la connaissance suffisante du terrain pour agir de manière efficace et, le cas échéant, supprimer, regrouper ou créer des établissements.

Compte tenu du poids de l'AP-HP dans la dépense hospitalière, de sa taille, de ses particularismes de gestion et son statut spécifique, il serait utile qu'une mission d'expertise – ministérielle, interministérielle ou parlementaire – fasse un bilan de ce régime dérogatoire. Quels sont les avantages effectifs pour les patients (quelle qualité de la prise en charge ?), la tutelle (quel contrôle ?) et l'intérêt général (quel rapport coût/efficacité ?) ? Quel est le coût véritable de la recherche de pôles d'excellence en matière de recherche, d'enseignement et de formation ?

CONCLUSION

Contrairement à un propos entendu lors de la table ronde du 17 septembre 2002, il appartenait bien à la représentation nationale de se saisir du problème de la gestion interne de l'hôpital. Les aspects sanitaires, financiers et administratifs de l'organisation hospitalière sont éminemment politiques.

L'un des membres de la mission a noté, lors de cette même table ronde, qu'en matière hospitalière il n'y avait que de lentes évolutions. En effet, les facteurs culturels sont d'une pesanteur extrême. Or, le changement des mentalités est le plus long et le plus difficile à mettre en œuvre et les effets attendus de la réforme des études médicales constitueront un premier pas dans cette direction.

Après avoir auditionné des dizaines de personnalités et visité des établissements de tous types et de toute taille, le rapporteur ajoutera qu'il faut donc engager cette évolution au plus tôt et la conduire résolument pour qu'elle réussisse !

En effet, s'en remettre au temps ne répondrait pas à la gravité et à l'urgence des problèmes que traverse l'hôpital, et dont l'ampleur menace à moyen terme tout l'équilibre du système de santé français.

L'organisation interne de l'hôpital ne pourra être améliorée qu'avec l'adhésion et le concours de tous les professionnels travaillant à l'hôpital, qui ont déjà démontré leur capacité d'adaptation. Il faut aménager les conditions d'une organisation qui libère les énergies et les talents, aménage une véritable évaluation et reconnaît les compétences et les dévouements.

L'engagement du Plan « Hôpital 2007 » pourrait tenir compte de ces propositions et notamment réserver en priorité l'octroi de subventions d'investissements aux établissements procédant aux restructurations nécessaires, développant des modes de prise en charge innovants et s'engageant dans la voie de la contractualisation externe et interne, de l'évaluation et de la tarification à l'activité.

Il est grand temps de redonner à l'hôpital public une ambition et des perspectives, de rendre aux « hospitaliers » toute la fierté d'y servir et de conforter auprès de nos concitoyens la confiance qu'ils lui portent.

PRINCIPALES PROPOSITIONS DE LA MISSION

I.- Accroître l'autonomie de l'établissement pour mieux identifier les responsabilités et récompenser les engagements

- 1.- Recrutement du directeur par le président du conseil d'administration.
- 2.- Diversifier le recrutement des directeurs d'hôpitaux.
- 3.- Modifier la composition du conseil d'administration. Election du président par le conseil d'administration.
- 4.- Associer le corps médical, par la CME, aux décisions et aux orientations. Création d'un comité de direction intégrant des représentants de la CME.
- 5.- Recrutement des praticiens et nomination des chefs de service et des responsables de pôles ou de départements par le conseil d'administration.
- 6.- Renforcer la notion de service comme unité d'organisation de soins : renforcer l'autorité des chefs de service, fusionner les services trop petits et optimiser l'utilisation des équipements lourds. Evaluation des chefs de service par le conseil d'administration, sur la base d'un contrat interne.
- 7.- Inciter davantage à l'organisation des services en centres ou en pôles de responsabilité et à la déconcentration interne appuyée sur une contractualisation.
- 8.- Appliquer la tarification à l'activité, sous les réserves d'une double échelle de coûts et du financement direct des missions de service public.
- 9.- Assouplir le statut de l'hôpital, notamment en ce qui concerne l'application du code des marchés publics et le fonctionnement des différentes instances internes.
- 10.- Mettre en place les mécanismes d'évaluation et publication de ces résultats : évaluation des pratiques, évaluation des équipes, évaluation managériale.
- 11.- Développer à l'hôpital des dispositifs d'intéressement pour les personnels, dont la différenciation des rémunérations des praticiens hospitaliers. Encourager les prises de responsabilités. Former les personnels infirmiers à la réalisation d'actes à caractère médico-technique.
- 12.- Engager des stratégies de complémentarité avec les autres acteurs de santé du territoire considéré.

II.- Déconcentrer et moderniser le pilotage du système hospitalier

13.- Réserver à l'administration centrale la stratégie, la prospective, le contrôle et la définition des mécanismes d'évaluation. Déconcentrer les gestions individuelles au plus près du terrain, par exemple par des centres de gestion régionaux.

14.- Déconcentrer le pilotage du système hospitalier au niveau régional (ARH) et créer un conseil régional de l'hospitalisation.

15.- Faire précéder l'édiction de toute nouvelle norme de sécurité sanitaire d'une étude d'impact à caractère médico - économique.

16.- Poursuivre les restructurations hospitalières, les accompagner d'incitations financière et d'un débat plus large sur l'arbitrage entre la sécurité et la proximité. Impliquer davantage les praticiens et les élus dans ce débat.

17.- Attribuer à l'ARH d'Ile-de-France la tutelle complète de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Lancer une mission d'évaluation destinée à analyser les avantages et les inconvénients de sa taille, de son statut dérogatoire et de son mode de fonctionnement.

18.- Appliquer le Plan « Hôpital 2007 » en fonction de ces propositions et réserver en priorité l'octroi de subventions d'investissements aux établissements procédant aux restructurations nécessaires, développant des modes de prise en charge innovants et s'engageant dans la voie de la contractualisation externe et interne, de l'évaluation et de la tarification à l'activité.

CONTRIBUTION PRESENTÉE PAR LES MEMBRES DE LA MISSION APPARTENANT AU GROUPE SOCIALISTE

Force emblématique d'une politique de santé efficace et juste, l'hôpital public demeure le principal pilier de l'offre de soins de qualité de notre pays. Ses 670 000 agents et un budget de 40 milliards d'euros témoignent de l'importance que cette structure revêt dans la société française.

Pourtant, on s'inquiète aujourd'hui de l'avenir de l'hôpital public. Des difficultés surgissent dans l'organisation des soins et celle des urgences, les différents mouvements de ses acteurs témoignent souvent du malaise des personnels hospitaliers. On s'interroge aussi sur la compatibilité de ses missions qui doivent concilier l'excellence, l'accessibilité aux soins pour tous, le rôle social de cette structure. A l'évidence, l'hôpital public est confronté de plein fouet à l'évolution considérable des techniques comme au bouleversement de la demande de nos concitoyens.

Son adaptation s'est faite de façon empirique dans une « succession d'urgence », sa place dans notre système de santé n'ayant pas été clairement redéfinie.

Les difficultés dues à l'organisation des soins de ville et notamment en terme de permanence des soins ont accentué la demande que l'hôpital a dû prendre en charge. Il faut aussi évoquer l'importance prise par une certaine médicalisation des problèmes sociaux et l'hospitalo-centrisme de notre culture médicale.

A ces défis propres sont venus s'ajouter les difficultés nées de démographies professionnelles insuffisantes pour répondre à l'application attendue par tous les personnels de la RTT, les contraintes du repos hebdomadaire ainsi que des règles de sécurité ou de sécurité sanitaire nouvelles prises notamment au plan européen.

On ne peut aucunement dénier la situation de crise de l'hôpital public, mais il faut lui reconnaître (le mérite n'en est que plus grand) ses succès scientifiques et médicaux mais aussi sa réactivité et sa créativité face à une activité toujours croissante.

Ces cinq dernières années, l'Hôpital public a souvent bénéficié d'un renforcement important de ses moyens. Un effort particulier a ainsi été réalisé en direction des régions les plus insuffisamment dotées de moyens et de personnels. Pourtant aujourd'hui, il convient d'agir pour poursuivre l'adaptation de l'offre de soins et la libération des contraintes qui pèsent inévitablement sur sa structure et sur ses personnels. Il faut aussi réfléchir à mieux valoriser les efforts de ceux qui les mettent en œuvre et redonner à l'activité de soins la place et l'écoute qu'elle mérite dans le fonctionnement de l'hôpital, conforter la confiance des malades et les usagers en donnant plus de transparence à son fonctionnement et à ses performances.

C'est dans cet esprit que les députés socialistes ont participé au travail de cette mission et qu'ils souhaitent en complément faire un certain nombre de remarques.

Nous souhaitons en premier lieu rappeler certains éléments qui concernent la politique hospitalière au-delà de l'objet de ce rapport.

1/ Les problèmes de la démographie médicale et le rôle des soignants

Tout d'abord et sans doute cela fait-il a priori consensus, il faut considérer la résolution des problèmes de démographie des personnels soignants comme un enjeu prioritaire. D'ailleurs, cette question n'est pas spécifique à l'hôpital mais en renforce la demande.

Ces questions sont à la fois d'ordre quantitatif (numerus clausus médical, nombre de postes dans les écoles d'infirmiers, recrutement de personnels, etc....) mais aussi qualitatif (répartition géographique par spécialité, problème des évolutions de qualification des actes et des personnels etc....).

Il faudra aussi mener une réflexion sur les cadres de compétence des personnels de l'hôpital. Des efforts ont été entrepris ces dernières années, il faut non seulement les poursuivre mais aussi les amplifier. Nous souhaitons que notre Assemblée se penche sur cette question ; nous demandons qu'une mission soit créée à cet effet ou bien qu'un rapport soit demandé au nouvel Office parlementaire d'évaluation des Politiques de Santé.

Nous souhaitons le développement d'espaces éthiques afin de faciliter la réflexion commune des personnels hospitaliers et le dialogue avec les patients.

La nécessité de la maîtrise financière pour légitime qu'elle soit a pris une dimension parfois paralysante : il faut aujourd'hui accorder une plus grande confiance aux acteurs de l'hôpital en réaffirmant la prééminence de sa mission soignante et en diffusant plus largement une culture de responsabilité.

Il faut aussi sortir des logiques de métier qui parfois se caricaturent dans le corporatisme pour mettre en avant des logiques de projet de soins qui rassemblent les différents acteurs.

2/ Le programme d'investissement du plan Hôpital 2007.

Nous partageons les objectifs de ce plan qui vise à impulser un élan particulier sur les 5 ans à venir en direction de l'investissement hospitalier tant pour les infrastructures immobilières que pour le mobilier et les équipements technologiques. Or, ce plan ne doit pas être uniquement financé par la Sécurité Sociale, que ce soit directement ou par le biais de remboursements d'emprunt qui pèseront sur les coûts de l'hospitalisation de demain. Cette facilité, qui ne renforcera pas les capitaux propres de l'hôpital public (qui n'est d'ailleurs pas le seul concerné puisque ce plan concerne aussi les cliniques privées), risque d'une part d'être limitée et, d'autre part, de peser sur les moyens de fonctionnement de l'hôpital comme sur l'avenir de notre assurance maladie.

3/ La poursuite de la restructuration de notre offre hospitalière

Notre troisième remarque consiste à rappeler qu'au-delà des mesures d'amélioration de gestion, il faut poursuivre la restructuration de notre offre hospitalière.

Bien des aspects stratégiques de notre appareil de soin sont concernés : urgences, maternité, chirurgie, traitement du cancer, prise en charge de la gérontologie et plus généralement les conséquences du vieillissement de la population. De chacun de ces aspects dépend la qualité et la sécurité des soins. Seules ces réformes permettront l'allocation optimale des ressources de notre assurance maladie et notre capacité à faire face aux défis démographiques des professions de santé.

Cette restructuration devra tenir compte des contraintes techniques liées à la sécurité des soins mais aussi des aspirations de nos concitoyens qui souhaitent une dispense de soins de qualité sur l'ensemble du territoire car les inégalités territoriales demeurent. Il faut donc poursuivre le renforcement de l'offre hospitalière en faveur des zones défavorisées de notre territoire national.

Concernant plus précisément les CHU, il faudra, en liaison avec les autorités universitaires, en revoir la carte. Dans le même esprit, nous souhaitons que soit étudiée l'évolution des carrières et de fonctions des praticiens ayant à assumer dans le même temps les quadruples fonctions d'enseignants, chercheurs, soignants et gestionnaires de services. Des évolutions dans le respect des statuts et des revenus peuvent être trouvées favorisant l'épanouissement de chacun et l'évolution des responsabilités.

Quelle que soit la nature de l'hôpital, il faut privilégier la mise en œuvre de réseaux entre hôpitaux mais aussi au niveau ville-hôpital. Les COM signés avec l'ARH intégrant mieux ces dimensions, il faudra trouver les ressources financières adéquates pour renforcer cette dynamique.

Ayant rappelé ces éléments fondamentaux du contexte qui fonde une politique hospitalière au service des Français, nous tenons en second lieu à apporter un certain nombre d'éclairages sur le travail de la Mission.

1/ Simplifier le fonctionnement administratif des établissements

Nous partageons la volonté exprimée par la Mission de simplifier le fonctionnement des établissements dont les acteurs aspirent unanimement à davantage d'autonomie. Celle-ci doit demeurer dans le cadre du financement par la sécurité sociale. Nous concevons que cette autonomie entraîne une plus grande responsabilité des acteurs eux-mêmes.

En tout état de cause, nous approuvons l'idée d'assouplir de nombreuses contraintes administratives et particulièrement celles qui tendent aux procédures de marchés publics et des achats d'une façon générale ainsi qu'à la mise en œuvre de travaux. Il est souhaitable que l'hôpital public puisse bénéficier de missions d'appui technique et de conseils extérieurs.

Le contrôle de légalité *a posteriori* doit être la règle.

Il doit être possible dans le cadre par exemple de groupements d'intérêt ou de sociétés d'économie mixte de rapprocher quand cela est nécessaire des investissements publics et privés. Néanmoins, ces procédures ne doivent pas servir de prétexte à une privatisation rampante de l'hôpital public. ***Il est possible d'associer structures publiques et privées mais pas de substituer l'une à l'autre.***

2/ Optimiser les réglementations de sécurité et de sécurité sanitaire

En matière de réglementation de sécurité et de sécurité sanitaire, à l'évidence, les textes et les règlements de toutes origines et de toutes natures se sont multipliés ces dernières années sans que ne soient vraiment donnés les moyens de leur application et de la vérification de leur mise en œuvre.

Cette distorsion entre les textes et la réalité qu'elle entraîne, outre un surcroît de travail et une déstabilisation des personnels, aboutit au risque paradoxal et contraire de l'indifférence et de l'inaction face au risque. Cette question qui dépasse d'ailleurs le cadre de l'hôpital public, pose des questions si importantes que nous pensons urgent et souhaitable qu'une réflexion globale soit menée rapidement sur ce sujet.

3/ Simplifier et clarifier les structures du fonctionnement de l'hôpital

Concernant les contraintes multiples existant au plan des tâches administratives, nous pensons utile de mener une concertation avec les partenaires sociaux de l'hôpital pour aboutir à des simplifications de fonctionnement des établissements. Cette concertation pourrait en grande partie être menée au sein de l'établissement.

La réduction du nombre de comités et d'instances participerait de la transparence du mode de gestion. Le CA, la CME, le CTE doivent permettre de traiter l'essentiel des questions abordées dans d'autres instances (CHSCT, CLIN, comité ARTT etc...).

4/ Préciser le rôle et le fonctionnement des structures de planification

Ces contraintes administratives allégées, il faut clarifier le niveau et le fonctionnement de la structure planificatrice. Nous partageons l'idée de la prééminence de l'échelon régional notamment dans l'évolution des besoins.

Il convient de s'appuyer sur l'existence des ARH. Sans doute celles-ci pourraient évoluer pour prendre en compte d'autres secteurs de la politique de santé et notamment le médico-social. Il faut aussi viser à rendre plus démocratique, plus prospectif et plus transparent le fonctionnement de ces instances régionales. C'est pourquoi, comme cela a été prévu dans la loi du 4 mars 2002, nous approuvons l'idée d'un comité d'orientation stratégique régional rassemblant élus, professionnels et usagers pour traiter des choix stratégiques de l'ARH et notamment du SROSS dont les contenus devront être modernisés.

Les missions de cette nouvelle agence régionale devront être mieux précisées : structure planificatrice et de mission, l'ARH doit respecter l'autonomie des établissements une fois effectuée la contractualisation. C'est bien au travers des conventions d'objectifs et de moyens entre l'ARH et les conseils d'administration des établissements que s'effectuent les missions de l'ARH à l'exclusion de liens de subordination administratives.

L'échelon national aura notamment pour mission première la coordination, la prospective et la mise en œuvre des plans nationaux qui justifient des coordinations

inter- régionales (par exemple les maladies rares , le réseau génétique médicale, le réseau canceropole etc...).

5/ Moderniser le financement de l'hôpital public

Le gouvernement, lors du dernier PLFSS 2003, a prévu d'instaurer en 2004 la tarification par activité en remplacement du budget global pour les hôpitaux publics et du forfait pour les cliniques privées. Si le principe de cette réforme nous paraît utile (elle est d'ailleurs déjà inscrite dans la loi), on peut s'interroger sur le sens de la substitution de terme entre pathologie et activité comme l'on peut douter du réalisme du calendrier proposé par le gouvernement.

Par contre, le groupe socialiste est particulièrement opposé à l'idée irréaliste et dangereuse de vouloir imposer une tarification et donc des modes de financement identiques aux secteurs public et privé. ***Il souhaite donc que cette tarification soit mise en œuvre de façon spécifique pour le secteur public.***

6/ Davantage d'autonomie et de responsabilité

Dans le même sens, afin de parvenir à une évolution des indicateurs de qualité et d'évaluation, nous souhaitons que soit donné un nouvel élan aux différentes procédures d'accréditation et d'évaluation. Les procédures d'accréditations programmées pour être mises en place pour les hôpitaux dans leur ensemble devraient pouvoir se développer dorénavant au niveau des pôles et fédérations avec le souci de privilégier l'approche qualitative.

Dans cette même logique, il faudrait promouvoir les procédures d'autoévaluation dans la dynamique de gestion des établissements et des professionnels.

Concernant les établissements et leur statut, le groupe socialiste souhaite que l'on puisse tenir compte de la diversité des établissements notamment entre CHU, CHG, hôpitaux locaux ou ruraux.

Dans tous les cas, plus d'autonomie implique plus de responsabilités. Nous avons la conviction que c'est dans cette direction qu'il faut résolument engager l'hôpital en faisant évoluer les responsabilités du conseil d'administration et de son président, du directeur, des médecins hospitaliers qui assurent la responsabilité des soins.

Des propositions sont contenues dans le rapport de notre Mission. Nous souhaitons qu'elles soient discutées dans le respect des statuts de tous les personnels. D'une façon plus générale, nous approuvons le mouvement déjà engagé de la création de pôles d'activités qui permettent une certaine déconcentration interne de la gestion de chaque hôpital, notamment sur la base d'une contractualisation dans le cadre du projet d'établissement et des budgets annuels.

Pour ce qui concerne les primes d'intéressement, qu'il faut bien sûr distinguer des compléments de rémunération divers qui peuvent intervenir pour des sujétions particulières au titre de certaines spécialités, nous nous opposons à toute forme d'intéressement individuel incompatible avec l'esprit d'équipe qui doit animer tout service hospitalier. Par contre, on peut envisager certaines primes de valorisation

collective des efforts permettant d'attribuer au service performant des moyens renforcés de développement.

*

L'hôpital public est à un moment crucial de son évolution. L'immobilisme serait la pire des attitudes. Si beaucoup de difficultés apparaissent aujourd'hui, l'amélioration des statuts des personnels et la mise en place de l'ARTT peuvent aussi contribuer à nourrir la dynamique qui permettra de franchir les étapes qualitatives indispensables.

Les remarques que nous présentons à l'issue de la mission menée par l'Assemblée n'ont pas l'ambition d'être exhaustives ; elles ne sont que des invitations au dialogue et à la concertation. En effet, nous sommes convaincus que l'évolution de l'hôpital, enjeu décisif pour l'avenir de notre système de santé, n'est possible que dans le respect des deux grands principes que sont la concertation et la solidarité.

L'hôpital est d'abord un regroupement de femmes et d'hommes au service de l'Homme comme aucun autre. La qualité de son action dépend de la capacité d'entraîner chacun de ses acteurs dans une démarche d'efficacité et d'humanité qui répondent à l'attente forte des Français. C'est donc sur la concertation que se fonde une politique hospitalière.

La seconde condition est la solidarité. L'hôpital public est à la fois le premier acteur et le premier bénéficiaire d'une politique de solidarité. L'avenir de notre sécurité sociale et celui de l'hôpital public sont intimement liés.

Ce sont ces valeurs que nous voulons renforcer. Les Français et les personnels hospitaliers peuvent compter sur l'action et la vigilance du groupe socialiste pour les défendre.

*

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le présent rapport d'information au cours de sa réunion du mercredi 19 mars 2003.

Un débat a suivi l'exposé de M. René Couanau, président de la mission d'information.

Le président Jean-Michel Dubernard a d'abord salué la qualité du rapport ainsi que l'état d'esprit qui a présidé aux travaux de la mission d'information. Concernant l'organisation interne de l'hôpital, la question fondamentale est la suivante : qui est le responsable ? Il est urgent de redéfinir la place de chaque acteur de l'hôpital, en partant d'abord du malade qui doit rester au cœur de l'activité de hospitalière. Il faut ensuite aller de l'aide-soignante jusqu'à l'autorité de management, sans oublier les médecins. En effet, si le rapport a été, à juste titre, centré sur l'administration de l'hôpital et le pilotage global du système, il faut penser aussi à l'organisation médicale et aux médecins, dont les plus brillants et les plus motivés fuient aujourd'hui l'hôpital alors qu'ils s'y précipitaient il y a vingt ans. Il est donc essentiel de les responsabiliser davantage et de les motiver. A cet effet, au sein des structures du type « pôle » ou « centre de responsabilité », l'autorité du coordinateur, qui est désigné par ses pairs, doit être réaffirmée et précisée.

En outre, la tarification à l'activité doit enfin être mise en œuvre. A cet égard, comme le préconise le président de la mission, il faut créer un choc. Il n'est pas acceptable, que, au bout de vingt ans, le PMSI n'ait toujours pas permis d'aboutir à l'établissement de la comptabilité analytique attendue par tous. Sa bonne application exige la formation et l'embauche de personnels supplémentaires. De nouveaux métiers sont apparus à l'hôpital, il faut les prendre en compte. De même, certaines professions, comme le secrétariat médical, ont tellement évolué que la rémunération versée est devenue sans rapport avec le travail accompli.

Il est impérieux de retrouver l'élan qui fut donné à l'hôpital public par les ordonnances de 1958 sous l'impulsion du Pr Jean Hamburger et de Michel Debré. En quelques années, elles ont permis de hisser le système hospitalier français au premier rang mondial et augmenté considérablement la qualité des soins. Cette impulsion produit encore ses effets aujourd'hui. Le rapport de la mission et l'application du plan Hôpital 2007 devraient contribuer à retrouver cet élan fondateur.

Après avoir fait part de la satisfaction des membres du groupe socialiste ayant participé aux travaux de la mission, quant à la forme et au contenu du rapport, **M. Jean-Marie Le Guen** a expliqué que la gravité du sujet comme l'ampleur des besoins, avaient conduit la mission à rendre un rapport de qualité après un travail très sérieux écartant les polémiques inutiles. Les membres de la mission ont entendu de nombreux interlocuteurs et effectué des déplacements qui leur ont permis de disposer d'une vue synthétique du monde hospitalier, ce qui est très appréciable.

Cependant, le contexte global en matière de santé et d'assurance maladie est différent. Le groupe socialiste demeurera vigilant et attentif à l'avenir lorsque le gouvernement appliquera son programme législatif en matière de santé. Il fera alors des propositions.

Les membres du groupe socialiste sont d'accord avec le constat équilibré de la mission d'information, même s'il est nécessaire de clarifier ce constat en distinguant les causes endogènes et les facteurs exogènes, en particulier ceux relatifs à démographie médicale, à l'évolution de la demande ou à l'organisation globale des soins. Les propositions font l'objet également d'un accord, même si ce travail parlementaire ne constitue pas à lui seul un programme d'action. Il faudra un passage à l'acte.

Les problèmes de démographie des professions de santé deviennent un enjeu majeur. Or, on ne tire pas les conclusions pratiques des constats opérés par des organismes aussi divers que l'Académie de médecine ou le Haut comité de santé publique. Ainsi, d'un point de vue quantitatif, le nombre de postes mis aux concours pour les médecins est très bas. D'un point de vue qualitatif, il est nécessaire de prendre en compte les nouveaux métiers et les nouvelles qualifications liés à l'évolution des besoins techniques et à la diversité des actes pratiqués. Il faut anticiper la venue prochaine à l'hôpital d'ingénieurs ou de techniciens de la santé, par exemple des coordinateurs de plateau technique. L'Etat ne dispose pas d'une vision stratégique sur ces questions, qui pourraient utilement être examinées par l'Observatoire de la démographie des professionnels de santé. De plus, il conviendra d'être très vigilant quant à la réalisation des investissements inscrits dans le plan Hôpital 2007. Il est nécessaire de poursuivre la restructuration de l'offre hospitalière, tout en y associant plus étroitement, comme le recommande d'ailleurs le rapport, les élus locaux ainsi que les usagers. Le « plan maternité » récemment présenté paraît à cet égard trop brutal. Il y a bien une problématique de la gouvernance des restructurations.

Les travaux de la mission permettent de faire les observations suivantes :

– Un assouplissement des conditions du fonctionnement administratif des établissements est souhaitable, notamment en ce qui concerne les achats et les investissements.

– La possibilité d'associer les organismes publics et privés est bienvenue, sauf si elle conduit à substituer des acteurs privés à des acteurs publics.

– La prolifération des règles de sécurité sanitaire, véritable dérive de notre système de santé, rend impossible l'application effective de chaque règlement. Cela est d'abord source d'insécurité juridique, donc de contentieux. Mais, cette prolifération est aussi contre-productive d'un point de vue sanitaire : décider de ne pas respecter des normes en raison de leur sévérité jugée excessive peut être très dangereux. Les nouvelles réglementations doivent donc faire l'objet d'une étude d'impact préalable à leur édicton. Il faut arrêter cette machine à produire des textes « sécuritaires ».

– Si la multiplication des contraintes administratives appelle une simplification des structures internes de l'hôpital, il faut mener cette clarification dans la concertation.

– Une fois les contrats conclus, l'ARH doit respecter l'autonomie des établissements. Il faut éviter de les transformer en autant d'assistances publiques

régionales. L'échelon régional ne peut pas être autosuffisant et certaines missions relèvent de l'échelon national, notamment celles liées au travail en réseau.

– S'agissant de la tarification à la pathologie, les avancées du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 doivent être poursuivies, tout en évitant de procéder à des comparaisons systématiques entre les secteurs public et privé : il ne peut y avoir de logique de convergence.

– Dans la mesure où un surcroît d'autonomie appelle davantage de responsabilité, un nouvel élan doit être donné aux différentes procédures d'accréditation et d'évaluation.

Toutes les recommandations du rapport devront être discutées afin de faire éventuellement l'objet d'une négociation, dans le respect des statuts. Les différents acteurs de la politique hospitalière doivent réagir aux propositions du rapport. En particulier, le gouvernement doit indiquer s'il entend y donner suite. Les élus doivent également réagir : si le principe de la présidence du conseil d'administration par le maire doit être conservé, c'est au prix d'une meilleure appréhension par les élus de l'hôpital et de ses enjeux. Les personnels soignants, qui réserveront sans doute un bon accueil au rapport, doivent prendre leurs responsabilités et rompre avec la culture d'opposition systématique à l'encontre du pouvoir administratif.

Si le gouvernement applique les propositions du rapport, il sera possible de retrouver une politique hospitalière ambitieuse, ce qui n'exclut pas d'autres débats.

Après s'être déclaré en accord complet avec les conclusions et les propositions du rapport, **M. Yves Bur** a présenté les observations suivantes :

– Le vague à l'âme que connaissent les personnels hospitaliers est paradoxal, au regard de la somme d'énergies et de compétences que l'hôpital recèle : la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail n'a fait que renforcer ce malaise.

– La dérive consumériste accrue, la promotion des droits des malades, les exigences en matière de sécurité ainsi que l'aspiration générale à plus de transparence sont autant de défis posés aujourd'hui à l'hôpital.

– L'hôpital doit s'ouvrir pour mieux travailler avec les autres acteurs de santé, notamment les cliniques, les professionnels libéraux et les établissements médico-sociaux.

– Le travail de la mission a mis en évidence de profondes résistances culturelles au changement. Il faut faire évoluer cette culture hospitalière et éviter que des moyens supplémentaires ne retardent des échéances inévitables.

– Il faut effectivement renforcer l'autonomie de l'hôpital et faire souffler un esprit de responsabilité à tous les niveaux de l'établissement.

– Les personnels médicaux doivent être plus associés aux enjeux de management.

– L'autonomisation de l'hôpital doit s'accompagner d'un effort pour combler les retards accumulés en matière d'hospitalisation ambulatoire, d'hospitalisation à domicile et de travail en réseau.

– Le temps d'oser est arrivé : il faut tourner le dos à tous les conservatismes pour que l'hôpital reste le cœur du service public de la santé.

M. Jean-Luc Prével a indiqué que l'UDF partage l'essentiel du diagnostic et des propositions de la mission, dont les travaux ont confirmé la gravité de la crise et l'urgence des réformes. Il faut donc espérer que ses propositions ne resteront pas lettre morte. Cette mission a déjà eu un effet positif, puisque toutes les personnes auditionnées ou rencontrées ont demandé davantage d'autonomie et plus de responsabilité. Il existe effectivement un « miracle hospitalier » car, malgré la crise, et grâce au dévouement des personnels, les Français se considèrent toujours comme bien soignés et continuent à faire confiance à notre système de soins.

Le rapport ne porte que sur l'hôpital, lequel n'est qu'un élément, certes important, du système de soins. Toute réflexion sur une éventuelle réforme hospitalière doit également prendre en compte les évolutions des autres secteurs (cliniques privées, médecine de ville et secteur médico-social). Par ailleurs, les propositions ne peuvent être isolées de la réforme de la gouvernance du système de santé annoncée par le gouvernement. Il convient de clarifier les responsabilités des différents acteurs, et notamment de préciser les contours de la régionalisation ainsi que la répartition des rôles entre le législatif et l'exécutif.

L'hôpital traverse aujourd'hui une triple crise : une crise de la responsabilité provoquée par une bureaucratisation excessive, une crise morale chez des personnels motivés mais inquiets et désabusés, une crise financière née d'une part du non-financement des mesures de revalorisation des rémunérations des personnels et d'autre part des mesures de sécurité sanitaire.

Par ailleurs, les ARH ont pour ainsi dire vassalisé les hôpitaux, dont les directeurs et les présidents de conseil d'administration s'autocensurent en permanence pour éviter de déplaire aux directeurs d'ARH. L'hôpital subit ainsi, dans une ambiance de défiance permanente, une tutelle très pesante. Il faut donc s'engager dans la création d'agences régionales de santé (ARS) et renforcer la responsabilité et l'autonomie des hôpitaux. Les CHR et les CHU devraient ainsi relever de la région. L'hôpital de référence d'un secteur sanitaire devrait dépendre du département et jouer un rôle de tête de réseau tout en laissant les complémentarités se développer à l'intérieur du secteur considéré.

Enfin, les propositions de la mission concernant l'accroissement des pouvoirs des conseils d'administration (notamment pour recruter le directeur et les praticiens), la création d'un comité de direction, l'organisation par pôles d'activité et l'approche volontariste de l'application de la tarification à l'activité sont très pertinentes. Il reste à les appliquer.

Après avoir considéré que le mot à retenir dans le rapport est celui de responsabilité, **M. Jacques Domergue** a rappelé que l'hôpital a trop longtemps été une zone de conflits en raison d'une lutte des pouvoirs médical et administratif, ce qui a pu conduire à des situations ubuesques. Il faut se féliciter que la situation actuelle est plus

équilibrée. Par ailleurs, le rapport aurait pu insister plus fortement sur le rôle très important des centres de responsabilité, qui permettent, par analogie entre le fonctionnement des services et des communes, de faire entrer de « l'intercommunalité » dans l'hôpital. L'autre notion importante est l'intéressement des personnels. Développer des incitations fortes sera la seule réponse adaptée au désenchantement pointé par le rapport, qui a bien mis en évidence une néfaste dilution des responsabilités et la nécessité de donner aux personnels hospitaliers des motifs d'action. Ce rapport ne doit pas rester lettre morte mais être à l'origine d'une véritable réforme du système hospitalier.

M. Paul-Henri Cugnenc s'est félicité que les travaux de la mission aient permis à l'ensemble de ses membres de mieux connaître la réalité hospitalière. Aujourd'hui, et contrairement à certaines réactions entendues lors de la table ronde du 17 septembre dernier, tout le monde est d'accord pour dire que l'hôpital public ne fonctionne pas bien. Un grand nombre de propositions ont pu être formulés en commun par l'ensemble des membres de la mission.

L'essentiel d'une réforme de l'hôpital peut se résumer en quelques mots : retrouver la cohérence, la simplicité et le bon sens. Lorsqu'un patient va à l'hôpital, il souhaite rencontrer des personnels soignants. C'est la qualité de ces personnels qui fait la bonne ou la mauvaise réputation de l'établissement. Tout le monde dit qu'il faut replacer le malade au cœur du système, et c'est une évidence ; mais en réalité, combien sont ceux qui le pensent vraiment ? Nombreux sont ceux qui sont encore convaincus que l'hôpital n'est pas fait pour les malades mais pour ceux qui le font fonctionner !

Aujourd'hui, si l'hôpital fonctionne malgré tous ses problèmes, c'est grâce aux personnels. Il faut plus motiver les soignants. S'ils travaillent plus de trente-cinq heures, il ne faut pas les sanctionner mais au contraire reconnaître leur engagement. Le principal défi est donc de mieux motiver ces personnels, non pas en les associant à des activités administratives ou de gestion, mais bien en revalorisant leurs activités de soignants au plus près du malade. Il faut en effet toujours garder à l'esprit que ces personnels, qui ne travaillent pas à l'hôpital par hasard, exercent un métier par vocation, contrairement à d'autres qui n'ont pas toujours délibérément choisi de travailler auprès des malades et exercent des fonctions à l'hôpital par les hasards de la vie.

Autrefois, les responsabilités étaient clairement identifiées et bien exercées par les soignants. Ce n'est plus le cas aujourd'hui : le pouvoir a été tellement balkanisé que l'on ne sait plus qui fait quoi. Les responsabilités d'un chef de service sont en pratique réduites à néant et personne n'a voulu donner aux chefs de pôles les moyens d'une véritable autorité. Or, pour les Français, le véritable pouvoir appartient à ceux qui ont un pouvoir – potentiel – sur la maladie.

Enfin, l'hôpital public, et particulièrement le CHU, reste l'institution qui dispose de la meilleure capacité de formation en matière médicale. Or, depuis plusieurs années, pour des raisons liées au niveau du *numerus clausus*, de nombreuses responsabilités ont été confiées à des médecins formés à l'étranger. Les compétences des ces praticiens ne sont pas en cause et il faut se féliciter de leur présence car la situation serait bien pire sans eux. Pourtant, il serait souhaitable que ce gaspillage ne se reproduise pas pour les prochaines générations de médecins.

Le président Jean-Michel Dubernard a d'abord nuancé l'affirmation selon laquelle les personnels administratifs travailleraient à l'hôpital « par hasard ». En effet, ce n'est pas un choix professionnel à faire si l'on n'a pas envie d'être au service des autres ! Il a ensuite rappelé son attachement à l'idée que le malade doit être au cœur de l'hôpital, comme il a rappelé l'avoir exposé dans son ouvrage « *L'hôpital a oublié l'homme* ». Lorsque ce sera véritablement le cas, les enjeux de pouvoir passeront au second plan.

Après avoir félicité les membres de la mission pour la qualité du travail accompli, **M. Pierre Hellier** a relevé que si l'hôpital continue aujourd'hui de fonctionner, si l'acte technique est fait, cela n'exclut pas pour les personnels le stress et la dépression. De ce point de vue, le rapport sera particulièrement utile car les élus n'ont pas véritablement pris la mesure de la gravité de la situation. Il faut développer les coopérations entre les secteurs public et privé. Quant aux restructurations, elles sont bien évidemment nécessaires mais les mécanismes actuels ne sont pas satisfaisants car le pouvoir des ARH est trop absolu. Ces agences pourraient à l'avenir travailler avec des conseils régionaux de l'hospitalisation.

Après avoir souligné que les différentes interventions complétaient utilement la présentation du rapport, **M. René Couanau** a formulé plusieurs observations :

– Pour la santé comme pour les autres domaines, il n'y aura pas de déconcentration sans le développement correspondant de la démocratie locale. Si les ARH sont tellement critiquées, c'est essentiellement parce qu'elles ne pratiquent pas la concertation.

– L'appel au bon sens et au pragmatisme a été entendu par la mission ; elle recommande donc de commencer par appliquer les textes existants, notamment en ce qui concerne les centres de responsabilité.

– On ne peut pas affirmer que les personnels administratifs travaillent à l'hôpital « par hasard ». Compte tenu des lourdes responsabilités et du niveau des rémunérations, on ne devient pas directeur d'hôpital sans raison.

– La mission a considéré que le service doit demeurer l'unité de base car il constitue le cercle soignant le plus proche du malade. Les services ont cependant vocation, dans les établissements les plus importants, à s'intégrer dans des centres de responsabilité.

– Il faut effectivement savoir qui pilote le système de l'assurance-maladie pour pouvoir organiser un financement optimal des établissements de santé.

– Le rapport de la mission n'est pas un rapport rédigé par des experts à la demande du ministre, mais un rapport d'information parlementaire, qui doit susciter une réelle volonté politique de modifier l'organisation du système hospitalier public. Ce rapport n'a pas vocation à déboucher sur une « *grande œuvre* » législative. En revanche, il devra être suivi d'effets afin que l'hôpital se réorganise dans l'intérêt du malade.

– Comme M. Yves Bur l'a rappelé, l'hospitalisation à domicile doit être développée. Il convient de souligner le travail en réseau effectué par des médecins

désireux de prendre des responsabilités à l'extérieur d'un monde hospitalier considéré comme trop institutionnalisé et rigide.

– La contribution du groupe socialiste est intéressante sur de nombreux points, notamment en ce qui concerne la démographie médicale. Elle sera intégrée au rapport.

– Comme l'a souligné le président Jean-Michel Dubernard, il faut tout construire à partir du premier cercle autour du malade, ce qui évite des cloisonnements et une balkanisation.

– S'agissant de la tarification à l'activité, même si les conditions ne sont pas encore toutes remplies, il faut un choc, qui doit être accompagné.

En guise de conclusion, **M. René Couanau** a expliqué que le plan Hôpital 2007 est sans conteste une chance pour amorcer la réforme. Les dotations financières importantes du plan doivent être assorties d'engagement allant dans le sens de la réforme, qu'il s'agisse de l'organisation des responsabilités ou de la contractualisation des objectifs avec les ARH. Ces crédits doivent être distribués de manière à susciter les évolutions indispensables de l'hôpital public.

*

La commission a décidé, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

Suite du rapport

N° 714 – Rapport d'information de M. René Couanau sur l'organisation interne de l'hôpital