

# PACTE DE CONFIANCE POUR L'HÔPITAL MÉTHODE, PROPOSITIONS ET ANNONCES DE LA MINISTRE

CEGORIF 6 avril 2013

*Claire Scotton, rapporteur général, IGAS*

# Commande de la ministre : lettre de mission à Edouard Couty

2

- Demande de pistes de réformes :
  - Contre l'approche marchande de la santé et la dérive inflationniste de l'activité
  - Pour renforcer la dimension humaine et globale de la prise en charge des patients et des personnes accueillies
  - Pour restaurer des relations loyales et confiantes entre les institutionnels, les professionnels et l'Etat

# Méthode

3

- Calendrier
  - Une concertation des acteurs hospitaliers lancée le 7 septembre 2012, sous l'égide d'Edouard Couty, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes et ancien DHOS
  - Rapport remis à la ministre le 4 mars 2013
- Près de 150 participants
  - FHF, FHP, Fehap, Conférences de présidents de CME, conférences de directeurs, conf des doyens des facultés, syndicats de la FPH, syndicats de praticiens, DGARS, usagers, PQ
- Participation de l'Igas
  - 3 rapporteurs de groupe (Paul Castel, François Maury, Bernard Verrier), 1 rapporteur général (Claire Scotton)
  - élaboration de questionnaires
- Soutien technique et logistique de la DGOS

# Déroulé

4

- 3 groupes de travail sur des thèmes spécifiques:
  - Le service public hospitalier (missions, liens avec autres acteurs du système de soins, financement)
    - Présidé par Bernardette Devictor, présidente de la conférence nationale de santé
  - Le dialogue social à l'hôpital public
    - Présidé par Danielle Toupillier, DG du CNG
  - L'organisation et le fonctionnement de l'hôpital public
    - Présidé par Monique Cavalier, DGARS Bourgogne puis Midi-Pyrénées
- Des réunions hebdomadaires de 4 à 6h pour chaque groupe
- En parallèle, des entretiens bilatéraux menés par Edouard Couty avec le rapporteur général
- L'envoi de questionnaires

# Les grands axes du rapport de synthèse

5

1. Réaffirmer et reconstruire le service public hospitalier centré sur le parcours du patient ou de la personne prise en charge, ouvert sur son environnement, intégré dans un dispositif plus large sur un territoire.
2. Ajuster le mode de financement des établissements de santé.
3. Adapter au service public la gouvernance, l'organisation interne, le management, le dialogue social et les ressources humaines.
4. Établir avec les autorités de régulation, État (administrations centrales et agences régionales de santé), et assurance maladie, des relations de confiance.

# Axe 1 : réaffirmer et reconstruire le service public hospitalier

6

- Réaffirmer le service public hospitalier supprimé par la loi HPST:
  - En le confiant à l'hôpital public, sans monopole exclusif mais en réaffirmant que l'activité de soin, d'enseignement et de recherche qui est réalisée dans l'hôpital public est une activité du service public hospitalier ;
  - les établissements privés non lucratifs (ESPIC) peuvent être associés ou peuvent participer au SPH ;
  - tout ou partie de ce SPH peut être attribué dans certaines conditions aux établissements privés commerciaux ;
  - en rappelant les obligations classiques du service public : égalité d'accès, continuité, adaptabilité.

# Axe 1 : réaffirmer et reconstruire le service public hospitalier

7

- Reconnaître un service public territorial de santé qui se définisse par des missions de service public :
  - actions de santé publique (prévention, vaccination, éducation sanitaire, information...) ; permanence des soins sur le territoire de proximité ; enseignement et recherche.
- Créer des outils adaptés : Projet de territoire et contrat de territoire
- Concernant la santé mentale : réaffirmation du secteur.

# Axe 2 : ajuster le mode de financement des établissements

8

- Constat : La T2A doit être conservée dans son principe, mais adaptée pour contrer ses effets pervers
  - ▣ inflationniste, concurrentielle, incitant à la segmentation de la prise en charge, ne permet pas de financer correctement la prise en charge des polyopathologies complexes ou des maladies chroniques.
- Propositions :
  - ▣ construire un modèle de financement mixte mieux adapté à certains modes de soins ou de prises en charge,
  - ▣ donner aux responsables d'établissements une meilleure visibilité budgétaire,
  - ▣ fixer un nouveau cadre pour la politique des investissements hospitaliers,
  - ▣ rappeler la responsabilité sociale et environnementale du service public hospitalier.

# Axe 3 : adapter la gouvernance, le management et le dialogue social

9

Attentes générales des participants :

- une plus forte **capacité d'expression** et de **prise en compte des avis** des personnels, des cadres et des médecins
- une meilleure **lisibilité et transparence** des processus de décision et des décisions elles-mêmes
- une **clarification** des missions et fonctions des différentes structures de l'hôpital permettant une meilleure cohérence du fonctionnement
- un **ajustement** des règles de fonctionnement à la diversité des situation des établissements ( leur taille notamment)

# Axe 3 : Impliquer les hospitaliers autour de la place de l'utilisateur et des parcours de soin sur le territoire

10

- Les démarches de coopérations doivent être basées sur des PROJETS MEDICAUX et d'ETABLISSEMENT, cohérents avec le projet régional de soin
- Elles doivent impliquer tous les acteurs et tous les partenaires concernés, en amont des réflexions sur d'éventuelles restructurations au sein du territoire
- une CONCERTATION institutionnelle systématique des personnels des différentes institutions concernées et des usagers
- une évaluation des outils de coopération est nécessaire
- Le développement de systèmes d'informations partagés est indispensable et urgent pour permettre l'organisation efficace des coordinations.

# Axe 3 : Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME

11

Les instances, y compris le conseil de surveillance, doivent être consultées sur :

- le projet d'établissement qui contient notamment un projet de prise en charge qui associe le volet médical et le volet soignant
- le CPOM
- Les documents budgétaires : EPRD, PGFP, compte financier
- Les projets de coopération (GCS, CHT), fusion,...
- Le programme d'investissement (travaux, équipements lourds)
- L'organisation interne de l'établissement (dont l'organisation en pôles), le règlement intérieur, le bilan social

Remarque : les dénominations : « conseil de surveillance », « directoire » sont inappropriées et doivent être changées

# Axe 3 : Elargir le champ de compétence des instances et du président de la CME

12

Avis écrit du président de la CME, sur :

- CPOM
- contrats de pôle
- conventions inter établissements dès lors qu'elles concernent une coopération médicale
- nomination des chefs de pôle,

## Axe 3 : Associer plus fortement les professionnels de l'hôpital et les partenaires externes aux décisions structurelles concernant l'hôpital

13

### □ **Mettre en œuvre une politique d'encadrement**

Chaque établissement affiche obligatoirement une politique de l'encadrement Cette politique de l'encadrement, par son importance dans le fonctionnement de l'hôpital, est intégrée au Projet d'Établissement.

### □ **Conforter la place et le rôle des usagers**

Le renforcement suggéré par les représentants des usagers de leur rôle dans la définition des objectifs de l'hôpital public, dans son organisation et son fonctionnement a fait l'objet de débats, plutôt favorables.

# Axe 3 : Accueillir le personnel médical au sein du CHSCT

14

- Le CHSCT de l'établissement doit s'ouvrir réellement aux médecins, pour y voir traiter tout ce qui se rapporte à leurs conditions de travail et mode d'exercice.
- Une commission spécifique de la CME pourrait être destinée à cette mission, ou une sous commission spécialisée du CHSCT, ou, enfin l'intégration de représentants médecins, élus/désignés sur liste syndicale, dans le CHSCT actuel.

## Axe 3 : Prendre en compte les spécificités des CHU, des ex hôpitaux locaux et de la Psychiatrie

15

- **Pour les CHU;** organiser des activités hospitalo-universitaires dans les Centres hospitaliers, les Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les Centres de Lutte Contre le Cancer, dans un cadre dans un cadre structurant intégrant les CHU
- ***Pour les ex hôpitaux locaux;*** les caractéristiques des anciens hôpitaux locaux justifient une simplification des règles s'y appliquant, Par contre, leur statut de centre hospitalier doit être confirmé, dans les missions de soins primaires, ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux
- ***Pour les hôpitaux psychiatriques ;*** l'organisation en secteur représente un acquis essentiel de l'organisation psychiatrique même si celui-ci ne recouvre pas la totalité de la psychiatrie, et peut laisser place à d'autres structurations

## Axe 3 : Relancer l'expression des personnels au sein des unités ou des pôles

16

- Les conseils d'unité et/ou de pôle constituent un lieu d'expression et de concertation obligatoire et nécessaire à la régulation des organisations et à l'anticipation des conflits.
- Le projet structurel du pôle, notamment sous ses aspects, médicaux, de prise en charge des patients et de gestion, en précède et motive la création.
- A partir d'un cadre national et dans chaque établissement, une charte et un règlement intérieur définissent les modalités de fonctionnement des structures internes et d'élaboration, de validation et de mise en œuvre des contrats de pôle

## Axe 3 : donner de la cohérence à l'organisation de l'hôpital en pôles

17

- Les établissements peuvent créer au sein de chaque pôle des structures dénommées « service » (ou « unités », « discipline » ...) autour de chaque spécialité médicale ou médico-technique qui le compose.
- Elles regroupent les personnels médicaux qui relèvent de cette discipline.
- Dans le cadre du projet médical, elles assurent la poursuite des objectifs cliniques et universitaires de la spécialité, en utilisant les moyens techniques et d'hébergement convenus avec les responsables du pôle.

# Axe 3 : Renforcer les fondations du dialogue social

- ▣ Engager une concertation sur la question de la représentativité syndicale des praticiens hospitaliers
- ▣ Élaborer une charte du dialogue social, à tous ses niveaux d'expression, pour l'ensemble des acteurs du secteur public sanitaire, social et médico-social
- ▣ Revivifier les instances de concertation : CME, CTE, CHSCT, CSIRMT, Commissions Régionales Paritaires, CAP, Conseils supérieurs, Comités Nationaux Consultatifs...

# Axe 3: Négocier des accords

- Avant l'engagement d'une négociation, se préoccuper des conditions de sa réussite
- Faire porter d'abord le dialogue social local et en particulier la négociation sur les sujets déclarés prioritaires par les praticiens hospitaliers et les personnels de la FPH
- Conférer à la commission régionale une mission de conciliation et de prévention des conflits dans le champ des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

# Axe 3 : Former, accompagner et outiller les acteurs du dialogue social

- L'accompagnement par la formation
  - Développer des modules de formation continue pour les professionnels et les syndicalistes actuellement en responsabilité
  - Définir un référentiel de formation initiale sur les bases du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans la gestion d'un établissement sanitaire, social et médico-social

# Axe 3: Vivre et progresser ensemble par le dialogue social

- Observer, suivre et évaluer le dialogue social
  - Mettre en place des dispositifs de veille sociale et un observatoire national du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux
  - Construire dans la concertation un référentiel d'évaluation du dialogue social commun à toutes les catégories professionnelles exerçant dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux

# Axe 4 : établir avec les autorités de régulation des relations de confiance

22

- Le constat : un déficit de confiance
- Cinq propositions :
  - ▣ recentrer l'Etat central sur son rôle de stratège,
  - ▣ clarifier les modes de relations entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements,
  - ▣ mieux définir au plan méthodologique l'élaboration des contrats entre les ARS et les établissements,
  - ▣ mieux équilibrer le rôle des acteurs dans la mise en place des coopérations entre établissements,
  - ▣ développer une vision prospective au sein des ARS
  - ▣ revoir les procédures de contrôle du codage par l'assurance maladie.

# Les suites annoncées par la ministre le 4 mars (1/5)

23

- Intention de mettre en œuvre une partie des propositions dans le cadre de la stratégie nationale de santé
  - ▣ Trois objectifs de la SNS: Réduire les inégalités, Préparer les défis de l'avenir, Préserver l'équilibre et la solidarité du système.
- 10 engagements autour de 4 axes pour organiser une médecine de parcours autour du patient, tourner la page de la loi HPST et ouvrir le chantier d'une nouvelle loi.
  
- **Axe 1: Construire le service public de territoire**
- Inscrire la notion de Service public territorial de santé et celle de service public hospitalier dans la loi de santé publique prévue pour 2014
  - ▣ Objectif : coopération de tous les professionnels et structures sur la prise en charge.

# Annonces de la ministre (2/5)

24

- **Axe 2: Moderniser le financement de l'hôpital**
  
- Réformer la T2A :
  - *Dès LFSS 2013 : fin de la mise en réserve sur les 8,6 mds de MIGAC + Fin de la convergence tarifaire*
  - Objectifs de la réforme : Orienter le financement pour répondre à des objectifs de qualité et d'efficacité, et pour développer la logique de parcours.
  - *Comité de réforme piloté par le DGOS devra proposer des pistes avant l'été pour le PLFSS.*

# Annonces de la ministre (3/5)

25

- **Axe 3 : Renforcer la démocratie à l'hôpital**
- 
- Mobiliser les instances de gouvernance existantes, développer le rôle de la CME et de son président.
  - *Travail sur un contrat de gouvernance entre le pdt de CME et le DH.*
  - Décret annoncé avant l'été.
- Renforcer le comité technique d'établissement sur les professionnels non médicaux, et la commission des soins infirmiers.
- Réaliser un bilan de l'organisation en Pôle
  - *confié aux présidents de CME et DH d'ici fin 2013.*
- Renforcer la place des usagers : création d'un comité technique des usagers dans les grands établissements.
  - Mission donnée à une personnalité issue du monde associatif.

# Annonces de la ministre (4/5)

26

## □ **Axe 4 : Rénover le dialogue social**

- Revoir la répartition des sujets de négociation entre les niveaux locaux ou nationaux (pas de niveau régional)
  - d'ici la fin de l'année.
- Renforcer les missions des commissions régionales paritaires pour donner aux ARS une connaissance des ressources humaines
- Ouvrir un chantier sur l'attractivité médicale des établissements
- Relancer les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
- Mettre en place une section médicale au CHSCT
  - décret avant fin d'année.
- Créer un observatoire national du dialogue social
  - cette année.

# Annonces de la ministre (4/5)

27

- ***Annonces spécifiques pour l'APHP***
  - *travailler sur le territoire,*
  - *revoir sa gouvernance pour associer les personnels,*
  - *mettre en place un pôle spécifique de financement à l'ARS.*

- Merci pour votre attention