

Présentation synthétique des travaux de la Mission Hôpital Public

La mission hôpital public (MHP) a été mise en place par M. Xavier BERTRAND, Ministre du travail, de l'emploi et de la santé à l'été 2011 (lettre de mission du 17/06/11). La coordination a été confiée conjointement au **Dr. Francis FELLINGER**, alors président de la conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers, président de la CME du CH d'Haguenu, et à **Frédéric BOIRON**, président de l'Association des directeurs d'hôpital (ADH), directeur général du CHU de St Etienne. Cette double désignation donnait un signal, dans le sens des pratiques actuelles de co-pilotage des établissements de santé qui a été apprécié. Les autres membres de la mission permettaient de rassembler les compétences médicales, managériales et soignantes, exerçant tous à titre principal dans les hôpitaux publics : **Pr. Béatrice CRICKX (présidente de CCM à l'APHP), Nelly DELLE VERGINI (directrice des soins de CH), Christophe GAUTIER (directeur de centre hospitalier), Geneviève LEFEVRE (directrice générale adjointe de CHU), Marie-Claude LEFORT (directrice des soins de CHU), Dr. Pierre MARDEGAN (chef de pôle de centre hospitalier), Dr. Marie-Noelle PETIT (chef de pôle de centre hospitalier spécialisé).**

La mission a organisé son travail et son calendrier lors d'un séminaire en juillet 2011, associant le Cabinet, la DGOS, et l'ANAP. Elle a reçu l'appui logistique de l'ANAP, du Ministère, des ARS et des relais régionaux de la FHF, de la CNPCME et de l'ADH.

45 réunions territoriales ont été organisées, permettant de se rendre dans toutes les régions de métropole et d'outre-mer. Plus de 2000 professionnels hospitaliers ont, au total, participé aux rencontres, dans deux formats :

- Réunion en amphithéâtre avec intervenants, tables rondes, et débat avec la salle
- Réunion en plus petit groupe, dans un établissement, avec les responsables de proximité.

La tonalité générale a été positive et l'accueil de la mission a été bon, une fois mises à part les objections relatives au calendrier très serré de la démarche et à la proximité, d'une part, avec les travaux du Comité Fourcade et, d'autre part, avec les élections professionnelles et élections de renouvellement des CME ainsi que les élections nationales.

L'accueil favorable de la mission et le nombre important de participants et de contributions témoignent, selon nous, d'une demande importante de dialogue et de concertation « hors cadre hiérarchique » de la part des équipes hospitalières publiques.

LES POINTS MAJEURS RECUEILLIS PEUVENT ÊTRE RÉSUMÉS COMME SUIT :

- **Un attachement puissant à la notion de service public :** les hospitaliers regrettent l'image parfois défavorable et souvent critique qui semble dominer le débat public sur le fonctionnement de l'hôpital (lourdeur, coût excessif, délais de prise en charge, etc.). Ils ont mal vécu la disparition de l'expression « service public hospitalier » dans la nouvelle réglementation. Ils évoquent un sentiment de mise en cause et de

critique injuste. En contrepartie, ils sont souvent très investis et attachés aux valeurs particulières de l'hôpital public ainsi qu'à son rôle à la fois médical, scientifique, social et régulateur dans la société française. Aptes au débat, capables de critique mais aussi légalistes, ils attendent une juste reconnaissance des efforts importants qu'ils pensent accomplir.

- **Une capacité réelle de mouvement et de modernisation** : les hôpitaux publics et leurs équipes de pilotage ont absorbé sans rupture des réformes répétées et profondes, de leur fonctionnement interne, de leurs relations avec les patients et l'environnement, de leurs règles de gouvernance, de financement, de responsabilité, d'assurance qualité. Au-delà des débats nationaux, les directions, les responsables médicaux et soignants, les cadres, sont réellement investis dans la mise en œuvre de ces réformes au sein de leurs établissements. Malgré les contraintes qu'il assume au nom de la société, l'hôpital public présente un visage dynamique, un goût pour le succès et la recherche de la performance médicale ou managériale.
- **Une gouvernance interne désormais installée** : en dehors de situations localisées et parfois trop médiatisées, la gouvernance interne fonctionne et la mission n'a pas reçu de demande générale de bouleversement des équilibres actuels de la gouvernance ou du rôle des instances. Les équipes rencontrées dans les régions indiquent généralement que « chez [elles], ça fonctionne ». Même lorsqu'on a critiqué la réforme, voire qu'on la critique encore, « on fait avec » et les choses semblent se passer correctement. Il faudra naturellement rester attentifs à ce point.
- **Une demande très forte d'accalmie réglementaire** : c'est sans doute le corollaire du point précédent. Le mouvement continu de réformes législatives de ces dernières années, accompagnées d'un flot de décrets, directives, circulaires, normes et enquêtes, suscite clairement aujourd'hui une réaction de saturation et de rejet. Beaucoup de changements, souvent complexes à mettre en œuvre, consomment beaucoup de ressources, à l'heure où l'activité de soins conditionne le niveau des recettes. En outre cela provoque un sentiment d'instabilité, donc d'incertitude, pouvant aller jusqu'à l'effet inverse à celui recherché : les acteurs se plaçant en position d'attente jusqu'à la « prochaine norme ».
- **Un besoin de concertation, de dialogue, de formations partagées** : les hospitaliers présentent une forte demande de concertation et de dialogue, d'échange d'expériences, de formations en inter-professions et en inter-pôles. Les réunions de la Mission en témoignent : elles ont souvent fourni un cadre de débat permettant de partager la connaissance ou la réflexion. Il sera utile d'accompagner cette attente.
- **Un besoin de souplesse et de confiance** : corollaire aux remarques précédentes, les équipes hospitalières souhaitent disposer de plus grandes marges locales d'adaptation de leurs structures et de leurs règles de coopération ou de gouvernance. La réglementation est parfois trop rigide, trop univoque ou prévoit des modèles trop limités d'organisation, alors que les établissements sont engagés dans des mouvements de coopération et de modernisation. Assouplir les règles, c'est aussi faire confiance aux acteurs.
- **Une demande de relations apaisées avec les Agences** : les établissements ont un vécu qui reste majoritairement complexe, voire difficile, avec les ARS, institutions jeunes qui sont encore en train de positionner leur action dans les régions. L'image d'une nouvelle administration centralisée domine. Des situations localement plus tendues sont en outre évoquées. Des maladresses existent sans doute de part et

d'autre mais la situation doit susciter des réactions. En réponse, la mission pense que des démarches simples peuvent permettre de réduire les malentendus et de mieux partager les contraintes car hôpitaux et agences doivent bâtir des relations partenariales.

- **Un besoin d'instruments de juste valorisation des acteurs, et de correction des effets pervers de la T2A :** tant pour les établissements que pour les individus, les outils actuels ne permettent que très peu de valorisation de ceux qui s'engagent dans les coopérations, dans les réorganisations, dans la modernisation de l'offre de soins ou de services médico-sociaux. Ce constat est vrai pour les cadres dirigeants comme pour les médecins ou les soignants. Il est également vrai pour les établissements qui perdent souvent des recettes T2A lorsqu'ils agissent de concert et plus encore en cas de fusion d'activités. Par ailleurs, l'écart entre les coûts et les tarifs, la diminution des enveloppes de type MIGAC ou MERRI, l'inadaptation des tarifs aux prises en charge coordonnées, constituent des difficultés majeures pour les établissements. Là encore, la mission pense que des moyens simples permettraient d'atténuer ces effets et d'encourager ceux qui mènent des projets.

AU TERME DE CES CONSTATS GÉNÉRAUX,

LA MISSION HÔPITAL PUBLIC FORMULE DIX PROPOSITIONS :

- 1 Corriger les effets négatifs du dispositif de financement à l'activité
- 2 Valoriser la notion de service public hospitalier
- 3 Stabiliser le cadre législatif et réglementaire actuel
- 4 Introduire une plus grande souplesse des règles juridiques
- 5 Organiser un appui régionalisé et territorialisé
- 6 Rénover les relations entre ARS et établissements.
- 7 Soutenir la dimension managériale
- 8 Valoriser les réussites et les acteurs qui les animent
- 9 Achever et clarifier lorsque c'est nécessaire le positionnement des instances
- 10 Soutenir le rôle spécifique des centres hospitaliers régionaux et universitaires



*Pour l'équipe de la Mission Hôpital Public,
Frédéric BOIRON et Francis FELLINGER*