

Dans ce numéro :

Plan «Hôpital 2007»

Edito

Présentation des mesures et commentaires.

Le fonctionnement interne de l'hôpital public.

Questionnaire «Hôpital 2007».

Ce BF a pour objectif d'informer et de mettre au débat des pistes de réflexions (certaines en sont à l'état d'ébauche), toutes les contributions en matière de politique de santé sont à intégrer dans la réflexion.

Sup. 2003/05
Du 6 février 2003

Hôpital 2007

Vers une nouvelle réforme de l'hôpital

Il ne faut pas se méprendre, le « Plan hôpital 2007 » est bien une nouvelle réforme hospitalière, il est la finalisation des réformes de 1991 et de 1996.

Ce projet est à mettre en cohérence avec l'ensemble des réformes en cours :

- ☞ Projet de loi sur la décentralisation ;
- ☞ Projet de nouvelle gouvernance de la sécurité sociale ;
- ☞ Réforme de l'Etat ;
- ☞ Remise en cause des services publics ; (annonce récente d'une réduction des dépenses publiques de 3.7 milliards d'euros pour 2003 sur les dépenses prévues)
- ☞ Projet de loi permettant de légiférer par ordonnance les réformes hospitalières.

Si les propositions ne sont pas nouvelles, car régulièrement avancées depuis plus de 10 ans, il serait dangereux de les banaliser.

L'objectif premier est le changement de la logique de politique sanitaire pour aller d'une logique de droit à la santé et de service public à une logique sanitaire libérale, type assurancielle, d'accès aux soins en fonction de ses revenus.

Le marché de la santé et de la protection sociale est considérable, les prélèvements de l'Etat pour la Sécurité Sociale sont de 21,5% du PIB.

Le capital n'a de cesse de récupérer ces parts de marché. Aujourd'hui les liens entre l'Etat et le MEDEF s'affichent au grand jour. Annoncé dans la

campagne présidentielle, inscrit dans le discours de politique général du 1^{er} ministre, le « Plan hôpital 2007 » est un enjeu politique majeur pour le gouvernement RAFFARIN-CHIRAC.

Le paysage hospitalier s'est considérablement modifié depuis 1991 (fermeture de lits et de services) et depuis 1996 avec un transfert d'activités vers le champ médico-social et vers la santé commerciale. Mais « la recomposition hospitalière se fait trop lentement » indique Monsieur Jean-François MATTEI dans la présentation de son plan.

Des « Assises locales des libertés » organisées par le gouvernement pour lancer le débat sur la décentralisation, il ressort que dans l'état actuel, la santé ne peut pas être régionalisée si nous voulons maintenir une égalité d'accès aux soins sur le territoire. La culture hospitalière, l'état du patrimoine hospitalier, l'opinion publique sont des obstacles que le « Plan hôpital 2007 » propose de faire sauter d'ici cinq ans.

Si la réforme hospitalière de 1991 avait introduit une logique d'entreprise dans l'hôpital public, aujourd'hui «le plan hôpital 2007 » est une rupture totale avec la culture de service public.

On retrouve cette logique de pure culture d'entreprise libérale dans les propositions :

- ☞ Instaurer une culture de résultat par des primes d'intéressement ;
 - ☞ Nomination des responsables hospitaliers au profil, au choix du Conseil d'Administration donc des élus politiques du cru;
 - ☞ Une gestion des hommes sur le mode managérial ;
- Des nouvelles concessions au secteur privé lucratif ...

Plan « Hôpital 2007 »

Présentation des mesures et commentaires CGT

Texte	Commentaires CGT
PREMIER VOLET DE MESURES	
<i>L'allègement des contraintes extérieures aux établissements</i>	
<i>La modernisation des établissements par une relance sans précédent de l'investissement.</i>	
<i>Un soutien massif de l'Etat s'impose</i>	
<p>Jusqu'au milieu des années 80, l'Etat avait mis en œuvre des financements importants pour accompagner la rénovation du patrimoine hospitalier. Son désengagement, à partir de 1985, a incité les établissements à privilégier les équipements médicaux, puis, sous la contrainte budgétaire persistante, à reporter, dans le temps, une partie de leurs investissements.</p> <p>A titre d'exemple, le taux de vétusté des équipements (68,6% en 2000) a augmenté de 3% entre 1997 et 2000</p> <p>Plus récemment, de nouvelles contraintes (mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire et nouvelles normes de sécurité et de fonctionnement - sécurité incendie, sécurité sanitaire, urgences, périnatalité, réanimation, ...) ont encore accentué le besoin en investissement.</p> <p>Entre la rénovation du patrimoine et la réponse à ces nouvelles contraintes, la mise à niveau nécessaire est telle qu'elle ne peut être menée par les établissements seuls.</p>	
<i>Avec trois contraintes : cohérence, globalité et rapidité</i>	
<p>Conformément aux engagements du Président de la République, l'objectif du plan est de permettre une mise à niveau accélérée des investissements des hôpitaux en aidant les établissements à réaliser des opérations qui ne se seraient pas réalisées dans les cinq ans pour des raisons de contraintes budgétaires.</p> <p>? Cohérence avec la politique des ARH</p> <p>Le plan d'investissement exceptionnel vient en accompagnement de la recomposition du paysage hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none">- Il ne crée pas d'effet d'aubaine pour la rénovation de structures ou l'acquisition d'équipements dont le maintien ou l'installation ne sont pas conformes aux objectifs des SROS.- Il ne vient pas en substitution d'investissements qui auraient été réalisés dans les cinq ans, mais accélère la réalisation de projets cohérents, conceptualisés mais non financés à ce jour ou permet la réalisation d'opérations non prévues. <p>GLOBALITÉ DU CHAMP COUVERT</p> <p>Les investissements éligibles concernent tous les types d'investissements</p>	

Texte	Commentaires CGT
<p>- le patrimoine immobilier, - les équipements lourds, - les systèmes d'information.</p> <p>Tous les établissements (publics et privés - PSPH et à but lucratif) peuvent être concernés.</p> <p>? Rapidité de réalisation Pour rompre avec les habitudes du passé, les opérations devront se réaliser dans des délais très courts. Un début notable d'exécution dans les cinq ans seront une condition nécessaire à l'éligibilité.</p> <p>Trois éléments permettront d'atteindre cet objectif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un appui financier considérable 2. Une régionalisation de la procédure 3. Un dispositif d'accompagnement national <p>1. Un appui financier considérable</p>	<p>Ce plan renforce la complémentarité du public et du privé, il ne redonne pas à l'hôpital public son rôle pivot dans le système de soins.</p> <p>Instauration d'une concurrence inter-établissements pour les financements de projets nouveaux, il risque d'avoir les bons et mauvais élèves.</p> <p>Projet fortement lié au projet de loi sur la décentralisation de RAFFARIN.</p>
<p>Chaque année les établissements investissent, actuellement environ 2,7 Md€. Ces investissements se répartissent ainsi :</p> <p>⇒ à 1,6 Md€ pour le simple maintien du patrimoine ⇒ à 1,1 Md€ pour des investissements nouveaux.</p> <p>Au rythme actuel, la mise à niveau de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information s'effectuerait en plus de 13 ans. Ce délai n'est pas compatible avec la légitime attente de nos concitoyens. Pour réduire ce délai à 5 ans, il convient donc d'effectuer un effort supplémentaire de 1,2 Md€ d'investissements par an pendant 5 ans, soit 6 Md€ au total.</p> <p>Sur les 5 prochaines années, l'investissement moyen annuel s'élèvera donc à 3,9 Md€</p> <p>⇒ à 1,6 Md€ de maintien du patrimoine ⇒ à 1,1 Md€ d'investissements nouveaux qui se seraient réalisés sans le plan « hôpital 2007 » ⇒ à 1,2 Md€ d'investissements nouveaux soutenus par le plan « hôpital 2007 »</p> <p>Le plan permettra donc une augmentation de 32% du total des investissements (de 2,7 Md€ à 3,9 Md€) par un doublement des nouveaux investissements (de 1,1 Md€ à 2,3 Md€).</p> <p>Pour 2003, l'appui à l'investissement atteindra 1 milliard d'euros. Ce financement comprendra, à la fois, des apports en capital à hauteur de 300 millions d'euros et des apports en exploitation à hauteur de 70 millions d'euros. Ces derniers sont acquis aux établissements pour une durée de 20 ans et permettront à ceux-ci d'emprunter jusqu'à 700 millions d'euros.</p>	<p>Dans ce plan, il n'y a pas le chiffrage de l'effort national réalisé, il ne parle que de 1,2 milliard d'euros supplémentaires par an pour l'investissement.</p> <p>Artifice budgétaire, abondement du fonds de roulement des établissements, ce qui leur permet d'augmenter leur encours, c'est-à-dire d'emprunter plus.</p> <p>En détail, 300 millions en financement supplémentaire et 70 millions en exploitation pour permettre aux établissements d'emprunter 700 millions.</p>
<p>2. Une mise en œuvre régionale (ARH)</p> <p>La mise en œuvre repose essentiellement sur l'échelon régional, selon la répartition suivante:</p> <p>? <i>au plan national</i> : définition des orientations générales et du cadrage financier, répartition des crédits entre régions, appui méthodologique et évaluation périodique de la mise en œuvre.</p> <p>? <i>Au plan régional</i> : les crédits sont répartis entre les établissements par les ARH.</p> <p>Le montant des investissements supplémentaires est contrôlé l'année n+1 sur la base des investissements réalisés inscrits dans les comptes de gestion. Les enveloppes sous-utilisées seront redéployées entre les régions.</p>	<p>Aucun changement des procédures d'attribution budgétaire, l'ARH garde la main et comme rien ne change dans le fonctionnement des ARH, nous restons sous un autoritarisme budgétaire fort et non démocratique.</p> <p>Il y a création d'une obligation de résultats, elle augmente le caractère restructurant de ce plan.</p>

Texte	Commentaires CGT
<p>3. Un dispositif d'accompagnement national</p> <p>Afin d'assurer une montée en charge rapide et effective du plan, deux mesures d'accompagnements sont nécessaires.</p> <p>? Une mission nationale (la « MAIN », <i>Mission d'Appui à l'Investissement</i>)</p> <p>Il s'agit, en premier lieu, d'apporter un appui technique et méthodologique aux établissements et aux ARH. Cet appui ponctuel d'ingénierie sera financé sur le FMES avec la création d'une <i>Mission d'Appui à l'Investissement</i> forte d'une quarantaine de professionnels et d'experts de haut niveau (ingénieurs, ingénieurs en organisation, juristes, financiers, directeurs d'établissements,...). Ils seront spécialement recrutés, et s'ajouteront aux compétences déjà présentes dans les services de l'Etat (en services centraux et déconcentrés).</p> <p>Placée auprès du Ministre, cette mission se déploiera en région afin d'assister établissements et ARH dans la mise au point des projets. Elle sera placée sous l'autorité de Monsieur Vincent Le Taillandier (directeur d'hôpital, ancien DARH de Martinique et actuellement DARH de Basse Normandie) qui apportera au dispositif sa connaissance des établissements et de la tutelle.</p> <p>? Des modalités innovantes de réalisations</p> <p>Le Gouvernement inscrira dans un son programme législatif des mesures propres à favoriser :</p> <p>Le recours à des marchés globaux (conception réalisation) pour les constructions immobilières.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La possibilité pour les Sociétés d'Economie Mixte de participer aux investissements hospitaliers. - L'utilisation des baux emphytéotiques pour toutes les constructions hospitalières en permettant à des entreprises privées de construire en lieu et place des établissements. <p><u>La tarification à l'Activité</u></p> <p>Aujourd'hui, il existe deux systèmes de financement pour les structures de soins. D'une part, le système de la dotation globale qui concerne les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public et, d'autre part, un système de tarification à la journée et forfait lié aux actes réalisés, pour les cliniques privées.</p> <p>Ces deux systèmes ont généré des effets pervers</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ La dotation globale de financement, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives. ⊗ Le niveau des forfaits pour le secteur privé varie sur l'ensemble du territoire et peut aboutir de ce fait, aussi, à la constitution de rentes ou à des sous financements pour certaines activités. <p>Les deux systèmes ne sont ni comparables ni compatibles et freinent, en conséquence, les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier.</p> <p>En s'appuyant sur le recueil de l'information du PMSI, le Gouvernement s'engage résolument dans l'harmonisation des modes de financement dont le début de la généralisation interviendra en 2004.</p> <p>Les bénéfices attendus de ce changement du mode de financement pour les structures de soins sont de trois ordres</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Une dynamisation des structures de soins en particulier publiques, car en devenant plus simple le mode de financement permet une meilleure responsabilisation des acteurs et crée une incitation à s'adapter 	<p>Les contraintes budgétaires imposées à l'hôpital public ont contraint les établissements à délaisser l'entretien de leur patrimoine immobilier. La situation aujourd'hui est telle qu'un grand chantier de remise en état est nécessaire. Les élus régionaux ont mis en avant cette situation pour refuser la régionalisation de la santé. Il s'agit donc d'une exigence avant de transférer la santé aux collectivités locales ou au secteur Privé. On peut prendre l'exemple des cantines scolaires qui ont été modernisées avant leur concession au secteur privé.</p> <p>Toujours dans un souci de transfert vers les collectivités locales et le secteur privé, il est proposé de séparer l'activité de l'investissement. Les équipements pourront être confiés à des Sociétés Commerciales Immobilières (S.C.I.). Les financeurs privés seront garantis de l'entrée des recettes afférentes</p> <p>Mise en place d'une privatisation partielle de l'hôpital public, l'établissement hôpital devra rentrer dans une logique de rentabilité et de dividendes. De plus, il pourra être désaisi de l'immobilier et devenir locataire de ses locaux auprès de sociétés privées.</p> <p>Le projet initial était un financement à la pathologie mais c'est l'option de la tarification qui a été retenue. L'objectif affiché est d'avoir un financement unique hôpital public/clinique privée. Ainsi, on glisse sur les services d'utilité publique avec un traitement identique du service public et du privé commercial. La mise sur le même niveau des deux secteurs vise à masquer les différences de finalités, occultant l'aspect commercial des cliniques privées, exigeant de la rentabilité du service public avec le risque que les missions d'assistance publique soient transférées sur l'associatif charismatique. Risque de financement uniquement des activités jugées rentables ou utiles.</p> <p>La responsabilisation peut se transformer en culpabilisation des acteurs.</p>

Texte	Commentaires CGT
<p> <i>✍</i> Une équité de traitement entre les secteurs. <i>✍</i> Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés. </p> <p> Pour atteindre ces objectifs, le Gouvernement a choisi la voie du pragmatisme. Il s'agit d'utiliser toute la connaissance capitalisée par les hôpitaux et les cliniques depuis la mise en œuvre du PMSI et non de bouleverser l'ensemble du secteur hospitalier. </p> <p> C'est pour cette raison que plusieurs principes de bon sens sont retenus : </p> <ul style="list-style-type: none"> <i>✍</i> Il n'y aura pas de modification dans la part respective des différents financeurs (sécurité sociale, mutuelles, patients) des hôpitaux et cliniques. <i>✍</i> Les activités dites d'intérêt général ainsi que celles d'enseignement et de recherche seront financées selon un mode de dotation plus compatible avec la réalité de leur exercice. <i>✍</i> Certaines activités ou molécules très coûteuses continueront à bénéficier d'un soutien financier spécifique. <p> La volonté d'accompagnement des structures se concrétise, en 2003, par le lancement d'un appel à candidature en direction des établissements afin qu'ils expérimentent ce nouveau mode de financement (40 d'entre eux seront retenus) et par la mise en place d'une mission opérationnelle sur la tarification à l'activité (15 personnes) dont les objectifs sont les suivants : </p> <ul style="list-style-type: none"> <i>✍</i> Construire et simuler les différents scénarii de mise en œuvre d'une tarification à l'activité. <i>✍</i> Accompagner les établissements expérimentateurs. <i>✍</i> Présenter aux professionnels les résultats des simulations et des expérimentations. <i>✍</i> Proposer les différentes mesures d'aménagement réglementaires et d'accompagnement nécessaires pour réussir la généralisation progressive. <p> Cette mission, placée sous mon autorité, informera régulièrement les organismes représentatifs des établissements par le biais d'un comité de suivi installé auprès d'elle. </p> <p> Afin de répondre, au souci d'information préalable du Parlement, le rapport sur les simulations de la tarification à l'activité sera présenté aux commissions sociales du sénat et de l'assemblée nationale. </p> <p> <u>La rénovation des modes d'achat des hôpitaux publics.</u> </p> <p> Les hôpitaux publics sont soumis, en raison de leur statut, à l'application du Code des Marchés Publics. Ce dernier est bâti sur la volonté de transparence de l'achat public. Cette volonté s'exprime à travers les trois principes fondateurs du code : </p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Egalité d'accès des fournisseurs à l'achat public 2. Mise en concurrence 3. Transparence des procédures et des décisions. <p> Le respect de cette volonté a conduit la puissance publique à renforcer de manière continue les contrôles et obligations du responsable public afin de se garantir contre toute dérive. Dès lors, ce sont plus le respect des aspects juridiques qui conduisent aujourd'hui les acheteurs publics que l'efficacité économique. C'est d'ailleurs cet aspect que les collectivités locales privilégient le plus (66% ont renforcé le pôle juridique de leur fonction achat)*. De même l'IGAS (1999) relève que la « préoccupation majeure des gestionnaires hospitaliers est de mener à bien les procédures administratives » et non de faire un bon achat (rapport prix/ qualité/ maintenance). Enfin, des données concernant les coûts d'achat de certaines molécules </p>	<p> «L'égalité de traitement» vise à faire disparaître la notion de service public. </p> <p> L'objectif permanent de ce plan est de ne plus différencier l'hôpital public, le PSPH (Participant au Service Public Hospitalier) et le Privé lucratif, ceci dans tous les domaines ; budget, autorisation, investissement, ... </p> <p> La part du financement solidaire n'augmente pas, les assurances et les mutuelles conservent leur champ ; quel est l'intérêt, en dehors de la maîtrise comptable, de sortir l'enseignement et la recherche des financements actuels ? En ce qui concerne les produits coûteux, qui décidera des financements ? Pour rappel la Loi de Finance de la Sécurité Sociale 2003 prévoit une libéralisation des prix de certaines molécules. </p>

Texte

Commentaires CGT

les pharmaceutiques onéreuses démontrent que l'écart entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés peut, dans certains cas, atteindre jusqu'à 20%.

Il apparaît que les procédures d'achat des hôpitaux publics ne sont plus adaptées à une fonction d'achat moderne.

Ce constat incite le Gouvernement à rechercher à assouplir l'application de ces règles. **Dans un premier temps, un alignement de la réglementation nationale sur la réglementation européenne** devrait permettre aux établissements de retrouver quelques marges de manœuvre. **Dans un second temps**, il appartiendra au groupe de travail de réfléchir aux voies et moyens permettant aux hôpitaux **de bâtir des procédures d'achat modernisées et adaptées.**

** Enquête conduite en 1999 auprès de 2800 établissements et collectivités locales de Desmazes et Kalika (université Paris-Dauphine).*

Planification

Renforcement du rôle central du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire)

Suppression des indices et de la carte sanitaire

Le dispositif de planification repose aujourd'hui sur la combinaison de trois instruments principaux, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), la carte sanitaire et les autorisations, qui rendent la planification de l'offre hospitalière complexe et peu lisible.

? Aujourd'hui, les autorisations sont délivrées pour des durées différentes selon leur nature : les activités de soins (obstétrique, médecine, chirurgie, soins de suite, psychiatrie, ...) pour 5 ans, les équipements lourds (scanner, IRM) pour 7 ans, et les installations (lits de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique) pour 10 ans.

Le SROS et la carte sanitaire sont établis pour une durée maximale de 5 ans.

? Par ailleurs, l'élaboration de la carte sanitaire est encadrée par des indices nationaux à l'intérieur desquels sont arrêtés les indices régionaux, qui tiennent peu compte des spécificités régionales. Ces indices limitent le nombre de lits ou d'équipements qui peuvent être autorisés.

Les conséquences néfastes de ce dispositif complexe et rigide ont souvent été dénoncées. Le retard encore important de la France en matière d'équipements d'imagerie médicale en est un exemple frappant. Il en est de même pour l'incapacité à répondre dans de nombreuses régions à des besoins de santé compte tenu de la saturation des indices.

Quatre mesures générales

1. Simplifier le régime des autorisations.

La notion d'installation disparaît, pour être intégrée aux activités de soins.

Les calendriers sont harmonisés : toutes les autorisations sont ramenées à 5 ans, conformément à la durée d'un SROS.

2. Déconcentrer aux ARH toutes les autorisations.

La compétence du ministre chargé de la santé pour statuer sur les demandes d'autorisation disparaît.

Désormais, seule l'agence régionale de l'hospitalisation a compétence pour délivrer ou refuser les autorisations.

3. Supprimer la carte sanitaire et les indices. Ils sont remplacés par une nouvelle annexe du SROS.

Le SROS, renforcé et rénové, devient désormais l'outil central de la planification.

C'est dans une nouvelle annexe du SROS que figurera la répartition quantitative souhaitable des activités et des équipements par bassin

Supprimer les derniers interventions de l'Etat avant la régionalisation. Les autorisations d'activités de niveau national sont : les équipements lourds type IRM, la réanimation, la chirurgie cardiaque, les centres anti-poison et les centres de grands brûlés à vocation inter-régionale ... Supprimer les indices de lits et de places sans rien prévoir à la place risque de renforcer les inégalités. Ces indices ne prenaient pas en compte la réalité des besoins de la population et encore moins leur nécessaire répartition géographique sur les terrains régionaux (indices régionaux et non pas par bassin de vie). Les autorisations étaient accordées aux premiers à présenter leur dossier, le privé souvent plus réactif et bénéficiant d'avance de trésorerie savait se positionner et obtenait très souvent les autorisations en premier. Si nous avons dénoncé cette notion de quotas pour leur aspect minimaliste, les faire disparaître n'obligerait plus à un équipement minimum pour une population donnée.

Texte	Commentaires CGT
<p>de santé. Cette répartition est arrêtée par l'ARH indépendamment d'un encadrement national.</p> <p>A moyen terme, une meilleure connaissance épidémiologique permettra de déterminer l'offre en fonction des besoins de la population et non plus en fonction de l'existant.</p> <p>4. Donner aux ARH une plus grande liberté lors des reconstitutions.</p> <p>Le niveau de la réduction de capacité en lits à appliquer lors d'un regroupement ou d'une conversion d'activité sera désormais négocié dans le cadre du contrat d'objectif et de moyens.</p> <p>Trois mesures particulières</p> <p>Trois mesures permettent de réaffirmer la volonté politique de rénovation ou de développement de la santé mentale, des soins palliatifs et des alternatives à l'hospitalisation complète, tout en simplifiant leur planification.</p> <p>❶ Les structures d'alternatives à l'hospitalisation doivent être développées pour permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge adaptée et de qualité, et pour favoriser le décloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, et entre le sanitaire et le social.</p> <p>Actuellement, les structures d'alternatives ne peuvent être créées qu'en substitution de l'hospitalisation traditionnelle, et selon des conditions de réduction de moyens pénalisantes.</p> <p>Désormais, les taux de change (nombre de lits à fermer pour créer des places d'alternatives) seront supprimés pour l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ? les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, ? les structures d'hospitalisation à temps partiel, ? les structures d'hospitalisation à domicile. <p><i>L'ARH pourra donc autoriser la création ex nihilo de places d'alternatives à l'hospitalisation, si cela est conforme aux besoins de santé et au SROS.</i></p> <p>❷ Il n'y aura plus deux SROS séparés (un somatique et un psychiatrique). Le schéma régional de psychiatrie sera intégré comme volet obligatoire des SROS, afin d'améliorer l'articulation entre les soins somatiques et psychiatriques notamment pour la réponse aux urgences, l'intervention des équipes de psychiatrie dans les autres services et la couverture des besoins somatiques des malades mentaux.</p> <p>Le secteur psychiatrique sera désormais déterminé par l'annexe du SROS et non plus par la carte sanitaire.</p> <p>❸ Comme la santé mentale, les soins palliatifs deviendront une thématique obligatoire du SROS, pour lequel l'objectif sera désormais de prévoir et susciter les évolutions de l'offre de soins dans une triple dimension préventive, curative et palliative.</p> <p style="text-align: right;"><i>Coopération sanitaire</i> <i>Simplification et assouplissement du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)</i> <i>Extension de la communauté d'établissement</i></p>	
	<p>Généralisation des Groupements de Coopération Sanitaire et installation de cabinets médicaux libéraux sur les sites hospitaliers (voir rapport Berland sur la démographie médicale et paramédicale) pour la prise en charge des consultations externes et des urgences non vitales. Poursuite des transferts de compétence sanitaire sur le médico-social pour les personnes âgées, la psychiatrie et les soins de suites et de réadaptation.</p>

Texte	Commentaires CGT
<p>1. Un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) élargi, souple et polyvalent.</p> <p>Dans le dispositif de modernisation envisagé, le GCS peut désormais être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé et des professionnels libéraux de santé. Il n'est plus limité aux établissements.</p> <p>L'objectif est d'ouvrir le GCS aux professionnels libéraux de santé et favoriser ainsi la coopération entre établissements publics de santé, établissements privés, PSPH et médecins de ville.</p> <p>Cette mesure est susceptible de répondre aux difficultés que connaissent les établissements hospitaliers publics pour le recrutement de médecins dans certaines disciplines.</p> <p>Le GCS peut constituer le cadre d'une organisation commune des personnels médicaux pouvant dispenser des actes au bénéfice des patients des établissements membres du GCS et participer aux permanences médicales organisées dans le cadre du groupement.</p> <p>Il peut aussi être un cadre juridique ad hoc pour un réseau de santé.</p> <p>Une expérimentation sera proposée à certains GCS.</p> <p>Pour créer un groupement commun des moyens médicaux des établissements membres.</p> <p>Il s'agit, par exemple, du regroupement sur un site unique d'une activité de chirurgie cardiologique d'un établissement public de santé et d'un établissement privé à but lucratif, chacun d'eux cherchant dans cette alliance à trouver chez l'autre le complément qui lui fait défaut en matière de personnel médical.</p> <p>L'expérimentation portera principalement sur la rémunération des praticiens du public et des médecins libéraux de la clinique, qui serait alors identique.</p> <p>2. UNE COMMUNAUTÉ D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ÉTENDUE AUX CLINIQUES PRIVÉES</p> <p>Les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier pourront être admis à la communauté d'établissements de santé d'un secteur sanitaire. En effet, les établissements de santé situés au sein d'un secteur sanitaire, qu'ils participent ou non au service public hospitalier, contribuent tous à l'offre de soins dans le secteur considéré.</p> <p>Il est donc intéressant que tous ces établissements puissent échanger au sein de la communauté d'établissements, ces échanges étant de nature à favoriser, voire à susciter des coopérations en vue d'une optimisation des moyens, ou tout simplement pour une meilleure connaissance de ce que fait chacun et de la façon dont il le fait.</p>	
<p>DEUXIÈME VOLET DE MESURES</p> <p>Le constat préoccupant du rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT, appelle la mise en œuvre rapide d'un véritable plan de sauvetage de l'hôpital public, visant à rénover en profondeur sa gestion interne, afin de lui donner la souplesse, la</p>	<p>Dans l'introduction du plan «Hôpital 2007», le Ministre parle «d'assouplir et moderniser le fonctionnement des hôpitaux publics. Desserrer le carcan des contraintes».</p> <p>Les carcans sont en fait les règles spécifiques à la fonction publique qui obligent à un minimum de transparence et d'égalité de traitement.</p>

Texte	Commentaires CGT
<p>réactivité, et l'efficacité qui lui font défaut, et font souffrir l'ensemble des professionnels qui y travaillent.</p> <p>Il convient d'aller vite, mais sans précipitation. Et surtout en impliquant totalement dans l'implication de ce plan l'ensemble des acteurs concernés.</p> <p>J'ai donc décidé d'ouvrir trois grands chantiers dans les semaines qui viennent.</p> <p>Chaque « groupe projet » sera confié à un professionnel de santé s'entourant d'hommes et de femmes de terrain pour mener pendant trois mois des réflexions accélérées mais approfondies sur des thèmes précis. Les trois « groupes projet » élaboreront des propositions pour la fin du premier trimestre 2003.</p> <p>Pour ce faire, ils se déplaceront en régions, afin de dialoguer avec tous les acteurs concernés.</p> <p>A partir de ces propositions, s'ouvrira une période de concertation nationale avec les représentants des professionnels devant conduire à des textes réglementaires et législatifs avant l'été 2003.</p> <p>Le premier « groupe projet » s'attachera au décloisonnement de l'hôpital en révisant les règles qui régissent son organisation.</p> <p>Quatre orientations au moins sont à étudier, sans que le champ d'investigation soit fermé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'assouplissement du régime budgétaire et financier. 2. Le décloisonnement des organisations médicales en généralisant les pôles d'activité et en instituant une contractualisation interne étendue avec le conseil d'administration. 3. La rénovation de la composition et des compétences du Conseil d'Administration et des CME (en augmentant la responsabilité des conseils d'administration, et en recherchant une représentation plus fonctionnelle des CME). 4. La révision des modalités d'achats. <p>Le second « groupe projet » s'attellera à la rénovation des relations entre les acteurs au sein de l'hôpital.</p> <p><u>Quatre champs de réflexions sont ouverts :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accroître la responsabilisation des acteurs. 2. Fixer de nouvelles dispositions pour intéresser individuellement l'ensemble du personnel aux résultats de gestion des pôles d'activité, intéresser les médecins aux postes de responsabilités (pôles de responsabilité, CME), expérimenter de nouveaux modes de rémunération pour les médecins, prévoir une contractualisation du chef d'établissement et de l'ARH sur des objectifs. 3. Moderniser le dialogue social dans les EPS. 4. Déconcentrer la gestion des PH et directeurs, mettre en place des centres de gestion régionaux, et créer une position hors cadre. <p>Le troisième « groupe projet » s'intéressera aux spécificités des CHU, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Le recrutement des chercheurs-professeurs. ? Le développement de l'innovation, en tant que point commun aux trois missions des CHU – soins, enseignement, recherche. ? Le renforcement de la dimension régionale et inter-régionale des CHU. ? La recherche d'une nouvelle dimension aux inter-relations CHU/ Faculté. <p>L'avenir des trois grands groupes hospitaliers publics français : l'AP-HP, l'AP-HM, les HCL</p>	<p>A mettre en parallèle avec le projet de la Fédération Hospitalière de France de mise sous Conventions Collectives des salariés de la Fonction Publique Hospitalière.</p> <p>Voir le questionnaire de la mission «Hôpital 2007» avec nos commentaires page 13 à 16.</p>

LE FONCTIONNEMENT INTERNE DE L'HOPITAL PUBLIC

Les négociations filières, la négociation sur rôle et mission des cadres et l'impérieuse nécessité de renforcer notre système de santé ont fait émerger des questions nouvelles sur l'organisation de l'hôpital public, les besoins de démocratie et de transparence tant pour les usagers que pour les cadres et les salariés.

Comment penser l'élaboration d'une politique de santé publique ? Quelle place de l'hôpital public et quelles mises en réseaux et complémentarités ? Quelle organisation de l'hôpital public pour lui permettre d'assurer ses missions ?

Une réflexion collective a été menée, afin d'approfondir ces questions. Nous relatons ci-dessous les premières réflexions autour de la dernière question : LE FONCTIONNEMENT INTERNE DE L'HOPITAL PUBLIC.

Le système actuel, notamment le système hospitalo-universitaire, atteint ses limites et semble se scléroser. Chacun est conscient des nombreux dysfonctionnements du système : des décisions sont prises, non pour répondre mieux aux besoins des malades mais pour satisfaire tel ou tel lobby ou telle injonction technocratique ou tel diktat financier.

Chacun fait son travail dans son coin mais il manque beaucoup de liens entre les multiples professionnels qui interviennent, ce qui donne souvent l'impression d'un manque de cohérence à l'usager.

La réalité du travail, les contenus professionnels, les responsabilités sont peu pris en compte dans les décisions stratégiques.

Il y a trop de réunions institutionnelles, de nombreux cadres parlent de «réunionnisme» et pourtant les salariés manquent de lieux et de temps pour échanger à partir des besoins des malades.

De nombreuses instances représentatives existent,

et pourtant, certains parlent «d'amusement démocratique». Les avis sont recueillis pour le principe, mais de moins en moins suivis, même des délibérations de Conseil d'Administration sont parfois ignorées, notamment par l'A.R.H

De nombreux cadres voient leur travail sans cesse remis en cause : travaux restés dans les tiroirs, projets ayant mobilisés des heures de travail traînant des années au point de devenir obsolètes au moment de leur prise en compte, manque chronique de moyens tant matériels qu'humains... Entre découragement et révolte les cadres hospitaliers se mobilisent pour tenter «d'être reconnus».

Les cadres de direction voient l'emprise du secteur privé grandir, un patronat du privé offensif et arrogant défendant ses intérêts avec efficacité pendant que l'on affaiblit le secteur public, le plaçant en situation de dépendance accrue vis-à-vis du privé. Soumis à toutes les pressions, les cadres de direction expriment un fort mécontentement.

Nombre de médecins hospitaliers estimant ne plus pouvoir progresser dans leur spécialité au sein de l'hôpital public partent dans le privé ou à l'étranger. Les restructurations au nom de «pôles d'excellences» se soldent par un affaiblissement de l'offre de soins publique. Petit à petit, tout ce qui peut être rentable est transféré.

Certes, la question des financements reste centrale, mais le mode d'organisation interne de l'hôpital est aussi en cause: «peu transparent», «technocratique», «trop hiérarchisé», «inefficace» sont les termes qui reviennent le plus.

DEUX AXES DE TRAVAIL SONT PROPOSÉS :

L'organisation des départements et les instances consultatives.

La loi hospitalière de 1991 et les ordonnances de 1996 parlent de départements, fédérations, centres de responsabilité (le Ministère parle le plus souvent de pôles d'activité... qui rapidement se dénomment pôles d'excellence, heureux les malades relevant de pôles d'excellence et tant pis pour les autres !).

Dans d'autres établissements, les regroupements de services se nomment «cliniques» ... La diversité est grande, mais ce qui reste dominant c'est le service. Les conseils de services, de département prévus par la loi fonctionnent souvent mal. Les luttes de pouvoirs et la mise en concurrence dominant sur l'intérêt des usagers et les missions de santé publique.

Le regroupement de services au sein de départements (ou fédérations, ou pôles...) semble une bonne chose. Comment regrouper reste une question. Prendre en compte les missions comme base serait nous semble-t-il positif, par exemple : urgences - chirurgie - médecine - plateau médico-techniques - rééducation - logistique - administration - etc..

Un conseil de département élu pourrait assurer une gestion de proximité et élaborer le projet de département. Deux responsables élus pour 5 ans sur un projet précis, pourraient assurer l'animation de ces travaux.

Pour les services de soins, il pourrait y avoir un responsable médecin élu par les médecins et un responsable non médical élu par les personnels non médicaux parmi les cadres, voire même parmi les agents du département. Ils pourraient être déchargés de tout ou partie de leur activité pour assurer leur mandat.

Il faut redonner sens et raison d'être au conseil de département, un contrôle devant s'exercer à posteriori sur sa gestion.

Les instances consultatives :

La revendication avancée par les cadres lors des dernières mobilisations relance le débat autour des instances consultatives : « la mise en place d'une commission consultative des cadres regroupant cadres soignants, techniques et administratifs ».

Nous n'avons pas été favorables à une telle construction car une telle commission peut certes, ouvrir un lieu d'échange pour les cadres mais cet échange risque de devenir un débat sans objet précis ou de rester lettre morte. Etant transversal, entre cadres de tous les secteurs, il peut n'avoir pour objet commun que le projet d'établissement. Or, le projet d'établissement concerne tous les salariés et notamment l'encadrement au sens large : paramédicaux, psychologues et bien d'autres ... La voix de chacun doit être entendue. Il faut donc réfléchir à une représentativité dans une commission au sein d'un CTE rénové ou Comité d'Etablissement. Le besoin des cadres, c'est de travailler ensemble, donner son point de vue ; ils participent à l'élaboration du Projet d'Etablissement à partir de leur rôle de cadre de proximité : cette dimension doit être réellement intégrée dans les instances hospitalières.

D'autre part, la définition des cadres fournie par le décret faisant suite à la RTT ne nous satisfait pas totalement car il ne parle pas du rôle et missions des cadres, ceux-ci vont du contremaître au cadre supérieur de santé en passant par l'ingénieur et l'attaché

d'administration. Le statut lui, classe en catégorie A - B et C.

La question de la place des cadres en position hiérarchique dans les instances consultatives est posée par certains cadres mais sans intégrer cette problématique dans une réflexion plus large visant à améliorer la démocratie à l'hôpital. Il y a une aspiration légitime mais il reste des débats à mener pour trouver les solutions les plus adaptées.

Les discussions en cours concernant les cadres soulèvent d'autres problématiques : évolution de la Commission de Soins Infirmiers vers une commission des paramédicaux ou une commission de soin. Là encore, le débat se fait de façon étriquée. La Direction des Soins Infirmiers, ayant pour mission d'élaborer le projet de soins infirmier, d'amener son expertise professionnelle au sein de l'équipe de direction et de permettre ainsi des décisions stratégiques intégrant les réflexions et besoins des professionnels concernés, cette Direction est remise en cause.

Toutefois, l'évolution de la Commission de Soins Infirmier vers une commission ouverte à tous les acteurs du soin peut être une bonne chose et déboucher sur un vrai projet de soin qui, avec le projet médical pourrait rendre visible une cohérence autour de l'usager et de la réponse à ses besoins.

Enfin, certains pensent qu'il y a trop d'instances consultatives, que cela devient ingérable, voire que cela affaiblit la vie démocratique. Il semble nécessaire de construire une organisation hospitalière conciliant vie démocratique et responsabilité.

Certaines instances consultatives ne sont pas élues, de ce fait leur rôle s'en trouve affaibli. Beaucoup se plaignent du fonctionnement de ces instances et, petit à petit, un désintérêt du plus grand nombre, voire une certaine suspicion, s'installe.

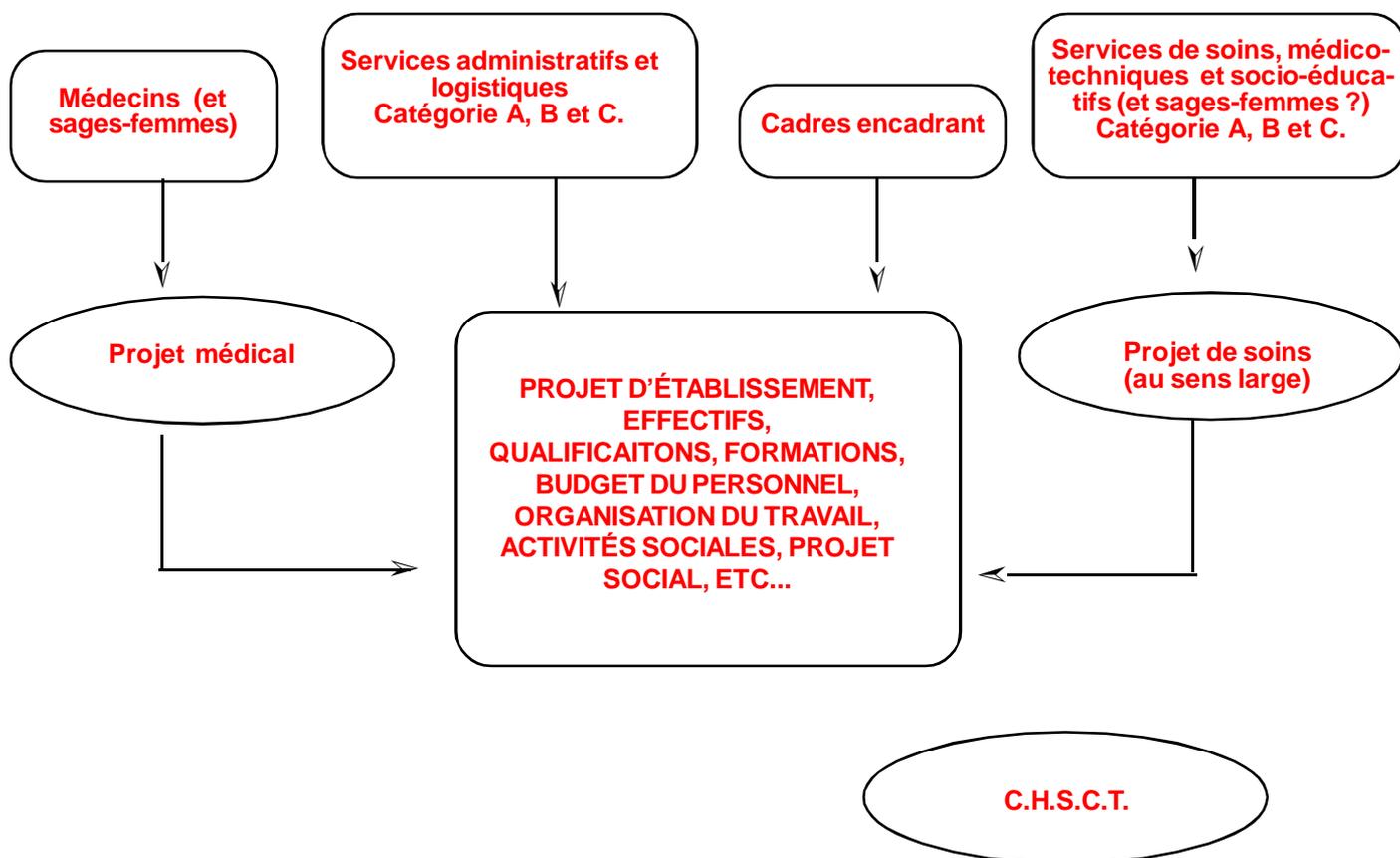
Redonner souffle à la représentation démocratique et sens à la consultation des salariés semblent nécessaires si l'on veut éviter une gestion technocratique, un désintérêt des salariés pour la vie de l'établissement, un mécontentement grandissant puisque les décisions prises ne permettent pas de travailler correctement, de pouvoir être porteurs de projets et d'être acteur des évolutions nécessaires pour un service public de qualité.

La question de la citoyenneté à l'entreprise est posée en grand dans les hôpitaux.

Pour plus d'efficacité, pourquoi ne pas envisager de regrouper tous les organismes consultatifs au sein d'un C.T.E. rénové ou Comité d'Etablissement et ayant de réelles prérogatives sur toutes les questions liées au projet d'établissement, aux effectifs et qualifications, à l'organisation collective du travail et aux activités sociales

Il serait peut-être bon d'examiner l'argument souvent entendu : que le CTE retrouve un domaine délimitatif et que l'on définisse son articulation avec le Conseil d'Administration.

Ce C.T.E. rénové ou Comité d'Etablissement pourrait être constitué avec divers collèges élus sur liste syndicale :



D'autre part, chaque sous-commission peut se réunir séparément et avoir des prérogatives spécifiques par exemple pour les médecins la gestion du personnel médical, etc...

C'est à ce niveau que pourraient être examinées les questions liées à l'organisation des concours et aux jurys d'examens...

Un animateur ou président pourrait être élu par sous-commission et déchargé de tout ou partie de son activité pour assurer son mandat.

Bien sur, ce ne sont là que des pistes de réflexion liées au besoin de démocratie, de transparence et de cohérence du système hospitalier et liées aussi aux enjeux soulevés par les dernières luttes et les

négociations qui en ont fait suite.

Ce système de représentation horizontal (les conseils de département) et vertical (le C.T.E. rénové ou Comité d'Etablissement) permet un réel travail et l'élaboration d'avis obligatoirement pris en compte par le Conseil d'Administration (d'ailleurs lui-même est à rénover).

Des initiatives de débats restent à prendre afin de construire ensemble les solutions les plus adaptées, ces propositions prenant tout leur sens dans les échanges qu'elles peuvent susciter.

Le CTE rénové pourrait aussi s'appeler Comité d'Etablissement

QUESTIONNAIRE HOPITAL 2007

I - Pouvez vous classer par ordre décroissant de gravité les dysfonctionnements que vous constatez dans votre travail à l'hôpital ?

1. Absence d'organigramme des fonctions diverses des personnels
2. Absence de transmission des décisions
3. Absence de cohérence dans le fonctionnement de l'hôpital, son activité, sa politique médicale et de projet commun avec la direction.
4. Absence de régulation des urgences.
5. Difficultés d'organisation des gardes selon la nouvelle loi.
6. Manque de personnel et difficultés liées au passage aux 35H.
7. Difficulté de recrutement des personnels.
8. Identité des salaires quelle que soit la pénibilité du travail et sa responsabilité.
9. Absence d'intéressement financier ou autre au travail.
10. Tarification sous côtée de certains actes médicaux et paramédicaux.
11. Lourdeur des tâches administratives.
12. Lenteur et complexité des appels d'offres.
13. Accroissement des normes sécuritaires sans contrepartie financière pour y répondre.
14. Manque de formation des personnels aux nouvelles technologies (informatique, connectique, vidéo-transmission, etc)
15. Autres dysfonctionnements constatés

Commentaire CGT

Nous ne voulons pas nous attarder sur les dysfonctionnements mais plutôt sur les causes de ceux-ci. La mise en concurrence et la complémentarité du public et du privé ne sont pas au service des usagers ; les budgets hospita-

liers doivent être adaptés aux besoins des établissements pour faire face à leur mission. L'absence de débat démocratique et de transparence dans la gestion répondent qu'au seul objectif de la maîtrise comptable des dépenses de santé.

II - Quel Bilan faites-vous des cinq dernières années : (classement par ordre décroissant d'importance)

1. Les évolutions positives
2. Les évolutions négatives
3. Quelles seraient vos préconisations pour répondre aux objectifs du projet HOPITAL 2007 ?
4. Quels sont les points de blocage que vous percevez dans la mise en oeuvre de la future réforme ?

Commentaire CGT

Les quelques évolutions positives que nous constatons sont celles acquises par la lutte des hospitaliers. Les différents protocoles (13 mars 2000, 14 mars 2000, 14 mars 2001, 27 septembre 2001, 9 janvier 2003,) sont aujourd'hui appliqués dans les établissements. La RTT a été un point d'appui pour les restructurations. Il ne peut pas y avoir une nouvelle réforme de l'hôpital sans un véritable débat démocratique et le projet de légiférer par ordonnance est inacceptable (le gouvernement prévoit de passer par ordonnances les futurs textes régissant le secteur hospitalier)

La question de la santé et de l'hôpital concerne l'ensemble des citoyens et des salariés.

Nous devons être ambitieux en matière de politique de santé, ce secteur est créateur de richesses, il faut le développer et non le considérer comme une charge pour la société.

Nous avons de nombreuses idées pour améliorer l'hôpital, mais ce ne sont pas celles d'hôpital 2007 (cf campagne « Agissons pour la santé » Octobre 2002.

Questionnaire HOPITAL 2007

LE FONCTIONNEMENT INTERNE DE L'HOPITAL

A/ LES HOMMES

QUESTION N°1

Les organisations internes de l'hôpital même si les lois hospitalières donnent une certaine liberté, celle-ci n'a pas été utilisée en pratique par les acteurs. Les activités au sein d'une même spécialité sont aujourd'hui multipolaires. L'unité géographique du service ou du département a ses limites et dans chaque spécialité, on peut être amené à travailler sur les consultations, les unités de jour, de semaine, d'hospitalisation classique, de réanimation, d'hospitalisation pédiatrique...
Comment concilier la nécessaire unité des équipes autour d'un projet médical de spécialité, et la nécessaire organisation décloisonnée en fonction des besoins du malade ?

Commentaire CGT

Il est plus que nécessaire que l'ensemble des personnels participent à l'élaboration du projet de service. Il faut instituer des temps de rencontre et d'échange entre les

différentes équipes pour fédérer l'ensemble des projets. Voir aussi propositions faites dans l'article sur « le fonctionnement interne de l'hôpital ».

QUESTION N°2

Les instances (C.A. - C.M.E. - C.T.E. - Commission des Soins infirmiers - C.H.S.C.T ... elles sont incontournables, mais travaillent de façon cloisonnée, alors que les liens entre les acteurs apparaissent de plus en plus essentiels.

- Quelle réforme de leur composition proposer ?
- Quelle réforme de leur mission peut-on proposer ?

Commentaire CGT

Voir aussi propositions faites dans l'article sur « le fonctionnement interne de l'hôpital ».

Toutes les instances doivent être composées de membres élus par des élections professionnelles. Un Comité d'Établissement remplaçant le CTE ou CTP, CME et CSSI, avec mandat délibératif, réunirait l'ensemble de ces instances.

Pour le CA nous pouvons envisager la composition suivante :

- 1/4 élus politiques et représentants des assurés sociaux et usagers,

- 1/2 représentants du personnel médical et non médical,
- 1/4 administration et financeurs (ARH, Organismes de Sécurité Sociale CPAM et CRAM, ...).

Pour les CHU une présence des universités et des chercheurs.

La présidence est confiée à un représentant politique l'échelon politique, concerné dépendra de la compétence géographique de l'établissement sanitaire (CHR et CHU – Région, CHG et CHS – Conseil Général ou communauté de communes, CHL et MDR – municipalité, ...).

Dans la perspective du renforcement de l'autonomie des établissements, quels seront la place et le rôle de la tutelle ?

- En terme d'organisation ?
- En terme de procédures de contrôle d'inspection et d'évaluation ?

Commentaire CGT

Une tutelle doit avoir un rôle en amont et en aval. En amont, elle doit recenser les besoins et déterminer les moyens nécessaires et en aval vérifier la bonne utilisation des moyens alloués. Elle doit porter auprès de l'Etat, les besoins de sa région ou de son département.

L'hôpital a des comptes à rendre car il est financé par la

solidarité, il a des missions à remplir et des besoins à couvrir. L'autonomie des établissements est de définir comment il y répond. Nous souhaiterions que les instances de tutelles jouent pleinement leur rôle en terme de conseil et de contrôle sans pour autant imposer des modèles pré-conçus. Les professionnels de terrain sont les plus à même de construire les réponses adaptées.

B/ LES FINANCES

QUESTION N°3

Le régime budgétaire et financier actuel est lourd, rigide et cloisonné, peu réactif, la tarification à l'activité peut être un outil de dynamisation et de simplification

- Que peut-on espérer ?
- Quelles sont les conséquences ?
- Quelles en sont les limites ?
- Quelles évolutions envisagées pour les achats ?

Commentaire CGT

La priorité est de sortir du PMSI, il faut prendre en charge la totalité des soins dans toutes leur dimension (technique, relationnel, accompagnement, administration, ...)

Les procédures budgétaires des établissements ne sont pas cohérentes, aujourd'hui les budgets prévisionnels (juin n-1) et les demandes budgétaires (octobre n-1) ne sont pas compilés et mises au débat public. Cette démarche pourrait être effectuée car les demandes ont lieu avant le débat parlementaire. De plus, les décisions

modificatives prennent de plus en plus de poids dans les budgets hospitaliers.

Les Contrats d'Objectifs et de Moyens ne sont plus toujours respectés de la part des financeurs (A.R.H.). Même s'il serait normal que les établissements connaissent de façon pluriannuelle leur budget, cela doit répondre à des objectifs d'amélioration de la réponse aux besoins de santé.

QUESTION N°4

Tarifification à l'activité : on peut y voir un outil de simplification et de dynamisation du régime budgétaire et financier des établissements.

a) *Que peut-on en espérer ?*

b) *Quelles en sont les conséquences ?*

c) *Quelles en sont les limites ?...*

Commentaire CGT

L'autonomie et la responsabilité des établissements publics de santé, nous pensons que les budgets attribués à terme échu simplifieraient le fonctionnement des hôpitaux

et diminueraient la pression budgétaire sur les établissements. Si l'on harmonise le public et le privé lucratif cela remet en cause le pourquoi de leur existence.

LA GESTION DES ACTEURS ET LEUR RESPONSABILISATION

QUESTION N°5

Gestion et nomination des P.H. : le système actuel qui est géré au niveau du Ministère ne permet qu'un seul tour de nomination par an et peut aboutir dans certains cas à des délais dépassant l'année. Sa gestion est par ailleurs très éloignée des établissements et aboutit fréquemment à des erreurs, des imprécisions, des retards subis par le terrain.

a) *Comment l'améliorer ?*

b) *Quel garde-fou lui donner ?*

c) *Qui doit choisir et nommer les responsables médicaux ?*

Commentaire CGT

Il est certain qu'avec une équipe restreinte (une dizaine d'agents) au niveau du Ministère pour gérer les nominations et les carrières des médecins, le fonctionnement

actuel peut être critiqué. Nous pensons qu'en donnant les moyens humains pour répondre aux missions du service actuel, le fonctionnement central peut être maintenu.

QUESTION°6

Gestion du corps des directeurs

a) *Doit-on faire évoluer et comment, les modes de recrutement ?*

b) *La formation initiale de l'ENSP est-elle adaptée ?*

c) *Que peut-on dire de la formation continue ?*

d) *Qui doit choisir, nommer et évaluer les chefs d'établissements ?*

e) *Qui doit choisir, nommer et évaluer les directeurs-adjoints ?*

Commentaire CGT

La gestion du corps doit rester nationale, la confier aux A.R.H. pourrait être dangereux car ils auraient les financements des établissements et la gestion de ces directeurs d'établissements.

Nous sommes favorables au maintien de l'E.N.S.P. en faisant évoluer ses contenus. Pour le recrutement des directeurs, il faut encourager la promotion interne et diversifier les origines professionnelles.

CONTRACTUALISATION INTERNE

La contractualisation interne définie dans l'ordonnance de 1996 est prévue autour des pôles d'activités.

QUESTION N°7

Quelles conséquences cela donne-t-il sur l'organisation de l'hôpital, sur les relations de travail, l'évaluation, l'exercice des responsabilités ? Le médecin coordonnateur de pôle : avec qui passe-t-il le contrat de gestion ? Quelle assistance doit-il avoir ? Quelles limites à ses pouvoirs ?

a) *Faut-il une assistance de gestion au niveau du coordonnateur ?*

b) *Quelles seraient les limites à la délégation de pouvoir ?*

Commentaire CGT

Voir propositions faites dans l'article sur « le fonctionnement interne de l'hôpital ».

QUESTION N°8

Intéressement aux résultats collectifs et individuels Cet intéressement peut être collectif dans le cadre d'un pôle d'activités par exemple, mais également individuel, que ce soit au sein d'un pôle d'activités ou pour une prise de responsabilités spécifiques (Président de C.M.E., responsable de pôle, de projet ...) ou pour les résultats des directeurs. Cela doit passer par une démarche contractuelle individuelle ou collective.

a) Comment les développer ?

b) Quelles en seraient les limites au sein d'un établissement public de santé ?...

Commentaire CGT

L'intéressement ne peut pas être compatible avec les missions de service public qui appartiennent à l'hôpital public. De plus, nous pensons que cela peut

entraîner certaines dérives dans la gestion des établissements publics de santé.

QUESTION N°9

L'insuffisance professionnelle des P.H. et des Directeurs : les problèmes disciplinaires, relationnels, quantitatifs et qualitatifs ne sont actuellement pas gérés Il s'agit d'un sujet difficile qui concerne fort heureusement peu de professionnels. Toutefois ce type de situation est un frein au bon fonctionnement d'un hôpital.

Comment, dans le respect de chacun, proposer un nouveau mode de gestion de ces difficultés ?

Commentaire CGT

Avec la question précédente (n°8), nous entrons dans la politique du « BATON ET DE LA CAROTTE ».

LE TERRITOIRE DE SANTE

QUESTION N° 10

Le projet de santé : l'accumulation des différents projets des établissements publics de santé sur un territoire semble avoir des limites et être source de redondances.

a) Comment unifier autour d'un même projet les établissements de santé dans un territoire ?

b) Qui doit en prendre l'initiative ?

c) Qui doit coordonner le projet ?

Commentaire CGT

Voir les dix propositions de la CGT en matière de santé (BF n° 37/2002 du 17 octobre 02)

QUESTION N°11

La permanence des soins

a) Comment organiser dans un territoire de santé la permanence des soins dans une même spécialité, entre les différents acteurs des différents sites, y compris aux statuts différents ?

b) Peut-on faire coexister, plusieurs sites d'accueil et plusieurs modes de rémunération pour une même spécialité ?

c) Qui prendrait l'initiative du projet ? / d) Qui l'arbitrerait ?...

QUESTION°12

L'équipe médicale du territoire : il apparaît nécessaire de réunir dans un territoire les professionnels de même spécialité autour d'un projet coordonné. Comment l'envisager en tenant compte des différents statuts juridiques des établissements, des modes d'exercices et de rémunération des professionnels ?

QUESTION°13

La fusion des établissements publics de santé au sein d'un territoire de santé

a) Quel est l'intérêt d'une telle fusion ?

b) Comment la promouvoir ?

c) Quelles en sont ses limites ?...

Commentaire CGT

Ne faut-il pas travailler à ce que sur un même territoire de santé les différents établissements de santé public aient

des projets d'établissements et médicaux cohérents et complémentaires ?

Quelles questions auriez-vous souhaité évoquer ?

Commentaire CGT

Les questions sont trop orientées dans le sens du projet «hôpital 2007». La prise en compte des décisions de C.A.. La décentralisation en matière de santé. L'autoritarisme budgétaire. La démocratie sanitaire et les schémas sanitaires, sur la méthode nous voulons en préalable un débat

public concernant l'hôpital et son avenir, de plus la méthodologie pour le rapport sur le projet hôpital 2007 reste la concertation. Le rôle et la place des usagers et assurés sociaux (CPAM, ...).