

Préambule

Dans le monde économique et la société civile, beaucoup d'acteurs réclament une simplification radicale des règles de droit. La demande de simplification est aussi puissante chez les hospitaliers qui, tout en comprenant les réalités administratives et la situation économique du pays, expriment un sentiment de saturation devant le poids des multiples règles qu'ils ont à appliquer.

C'est un flot continu, jamais démenti à travers les alternances politiques, de textes, décrets, arrêtés, circulaires, recommandations, instructions, enquêtes, indicateurs, qui se déverse à tous les niveaux de notre système, national et local. On sait que le Code de la santé publique compte plus de 10.000 articles, on dénombre facilement des centaines d'instructions nouvelles chaque année...

Le risque est connu : trop de droit tue le droit, la complexité crée le désordre et coûte cher... Les « directives multiples » deviennent difficiles à suivre voire à mettre en œuvre dans les délais prescrits ou dans les budgets prévus ; les « réglementations instables » perdent de leur force et certains acteurs sont tentés d'attendre la « nouvelle réforme » avant d'agir... Le risque est aussi de s'accoutumer à ce flot continu, qui perd ainsi l'essentiel de son effet. Le constitutionnaliste Guy Carcassonne résumait ainsi la situation : « La France a 11 grammes de normes dans le sang ! ».

Tout le monde voudrait tout simplifier... mais le plus souvent chez les autres ! Nous sommes tous un peu responsables de la complexité et des excès de droit, on ne peut se contenter de renvoyer un reproche univoque au « système ». Certes, la technocratie manifeste un goût prononcé pour la production de normes, c'est d'ailleurs son rôle. Mais elle répond aussi en cela à la demande des usagers : les utilisateurs du droit revendiquent de nouvelles réglementations pour préserver une situation ou un particularisme ; les producteurs du droit craignent que leur responsabilité soit recherchée devant les juges s'ils ne réglementent pas assez ; les citoyens acceptent de moins en moins le risque et demandent des textes qui fixent des responsabilités... Reste que **les Politiques ont pris conscience des excès de complexité** qui en découlent. Les mesures annoncées par le Gouvernement en faveur d'une simplification administrative sont à cet égard salutaires.

Pour ce qui concerne la santé, c'est la réponse à une attente forte du milieu hospitalier, et des directeurs d'hôpital en particulier, dont les positions ont été relayées par l'ADH à plusieurs reprises¹ ainsi que par d'autres organismes. Mais nous n'oublions pas que, comme le rappelait la ministre de la santé à l'occasion des Salons santé-autonomie de la FHF : **pour simplifier il faut renoncer**, renoncer à certaines de ses prérogatives, de ses mandats dans des instances, de ses pouvoirs d'avis ou d'intervention, accepter de céder certaines compétences. Les directeurs d'hôpital y sont prêts, dans l'intérêt d'une meilleure efficacité du système et sous réserve de fixer clairement les responsabilités.

Dans ce contexte, pour relayer les suggestions de nos collègues, pour répondre à la demande des pouvoirs publics de recevoir des propositions concrètes, et pour contribuer au débat, l'Association a rassemblé des idées d'aménagements pragmatiques en faveur d'un vaste effort de simplification pour l'Hôpital.

Le bureau national et le conseil d'administration de l'ADH

¹ Dans le dossier « Directeur d'hôpital : un métier hors normes ? » – revue JADH n°46 –, dans l'article « Directeur d'Hôpital aux ordres des normes ? » – Chroniques hospitalières été 2013 – et lors d'une rencontre avec le cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé dans le cadre de la préparation de la prochaine loi de Santé Publique.

Les propositions de l'ADH s'inscrivent dans le respect des **valeurs** auxquelles ses membres sont attachés : ***un service public hospitalier moderne et adaptatif, apte à assurer ses missions de soins, d'enseignement et de recherche pour toutes les populations, dans un souci de qualité, d'accès territorial et d'efficacité économique.***

Nos réflexions s'articulent autour de plusieurs champs d'actions :

- 1/ Lever les freins aux **coopérations**
- 2/ Simplifier les **relations administratives et les procédures budgétaires** entre les hôpitaux et les ARS
- 3/ Alléger les **circuits administratifs** à l'hôpital
- 4/ Simplifier la **gestion des ressources humaines** à l'hôpital

Ils découlent d'une **volonté réelle** de simplification : identifier des actions simples, concrètes, viables rapidement, pour réaliser des économies structurelles tout en conservant la qualité des soins.

Ils se traduisent en **principes clairs et fermes** : les pouvoirs publics demandent au système de santé un considérable effort d'efficacité. Les directeurs d'hôpital, de même que les responsables médicaux et soignants, doivent pouvoir s'y consacrer en étant garantis dans leur action par un cadre clair qui se fonde notamment sur :

- **L'affirmation réglementaire de la place du service public hospitalier**, notamment dans le cadre du Service Territorial de Santé
- **La Transparence et la cohérence** dans la redistribution des cartes **entre acteurs** d'un territoire. La critique facile de « l'hospitalocentrisme » n'apporte pas de solution opérationnelle et démobilise un acteur majeur du système, l'hôpital, dans le parcours de soins et l'élaboration de projets médicaux de territoires. L'hôpital doit aussi être reconnu pour son expertise, sa connaissance des besoins locaux, ses moyens d'agir, ses résultats remarquables à travers toutes les réformes depuis des décennies.
- **La stabilisation de la gouvernance hospitalière** dans tous ses aspects structurels (instances, place des médecins, place des usagers, dialogue social). Réformer trop souvent la gouvernance n'apporte aucune amélioration médico-économique, au contraire. Si l'on gâche l'énergie des responsables à modifier constamment le fonctionnement interne, on perd des capacités majeures d'action. C'est vrai pour les directeurs comme pour les médecins, et c'est une différence majeure avec le secteur privé qui n'est pas soumis à ces réformes – alors que la concurrence est réelle.
- **Le respect de l'autonomie des établissements**, en particulier dans la gestion quotidienne qui ne doit pas faire l'objet « d'intrusions » injustifiées, qui brisent la légitimité locale, n'apportent que de la lourdeur et font perdre des marges d'action. En parallèle, dans les coopérations et les restructurations d'activités, les établissements ont besoin d'assouplissement des règles et d'outils de simplification.
- **La confiance et le partenariat**. La relation entre les établissements et les services de l'Etat, nous le croyons depuis toujours, doit se fonder sur la confiance, non sur l'esprit de contrôle ou de « tutelle ». Les établissements de santé ne sont pas des « mineurs » mais des partenaires, qui ne doivent pas être transformés en services extérieurs relevant d'une gestion administrative centralisée. Les acteurs ne se mobilisent pas efficacement s'ils n'agissent pas dans un environnement d'autonomie responsable et de confiance mutuelle. Ils y sont prêts.

1-LEVER LES FREINS AUX COOPÉRATIONS :

Les règles de coopération entre établissements sont aujourd'hui éclatées, complexes, juridiquement incertaines, et particulièrement lourdes à gérer. Quelques exemples :

➔ **Les directions communes :**

Outil très intéressant pour favoriser le rapprochement d'établissements voisins ou complémentaires, consolider un partenariat, voire « sauver » une structure en difficulté sans effacer son existence juridique, la direction commune a par contre l'inconvénient de contraindre à tenir de nombreuses instances différentes même sur des sujets par définition communs. Elle devrait pouvoir s'affranchir mieux de certaines règles juridiques fondées sur l'existence de personnes morales distinctes.

➔ **Les GCS, GIP, GIE, etc. :**

Ces structures apportent des solutions utiles pour l'organisation de coopérations. Mais leurs caractéristiques juridiques ont souvent des contraintes inutiles. La création de personnes morales supplémentaires multiples, aux normes parfois très différentes et contraignantes, oblige à recourir à une administration supplémentaire coûteuse voire dissuasive (EPRD obligatoire même pour un petit budget, commissaire aux comptes, comptable public selon les cas, formalisme des instances...), parfois pour des budgets très modestes et des structures très spécialisées.

➔ **Les responsabilités mal reconnues :**

Les nouvelles structures « externes » aux EPS exposent leurs responsables à des risques juridiques personnels importants (responsabilité administrative et pénale) et à des contentieux sociaux du fait de la multiplicité des règles applicables. Ces responsabilités ne sont plus reconnues et ne donnent lieu à aucune indemnisation.

➔ **Le management humain des responsables eux-mêmes** n'est pas correctement pris en compte : dans les coopérations et les restructurations, on demande à des responsables médicaux et managériaux, aujourd'hui autonomes, de mener des projets de restructuration dans lesquels leur propre situation n'est pas prise en compte ni gérée par avance. C'est une source majeure de complexité, de lourdeurs, de résistances liées aux inévitables inquiétudes et aux positionnements personnels.

Des simplifications sont indispensables pour accompagner le processus de recomposition de l'offre sanitaire sur les territoires. Elles portent à la fois sur les domaines juridiques et financiers. Quelques idées rassemblées par les correspondants ADH :

- Créer la possibilité de **détenir des autorisations en commun**, pour des établissements de même statut. Cette possibilité devrait être « de droit » et accordée sur simple demande pour les établissements en direction commune, sous réserve de respecter les normes applicables et la volumétrie de l'autorisation.
- **Simplifier radicalement les transferts d'activités** entre sites d'un même établissement ou d'un même groupement d'établissements. Sous réserve **d'auto-certification** de la conformité aux normes et règles applicables, un établissement ou un groupement devrait pouvoir transférer librement des activités d'un site à un autre, sans en modifier la volumétrie.
- **Simplifier les modifications du SROS-PRS** et des régimes d'autorisation, pour adapter de manière plus réactive l'offre aux besoins. Pour ce faire, simplifier et raccourcir le processus de concertation, devenu lourd et artificiel. Fixer également une taille maximale aux documents SROS-PRS, dont certains dépassent 1000 pages. Le projet de santé se décrit de manière détaillée par territoire, seuls les axes stratégiques régionaux figurent dans un projet régional.

- **Simplifier les territoires administratifs** : un seul découpage, sauf exceptions ! Coller les « territoires sanitaires et médico-sociaux » au plus près des intercommunalités, en choisissant la plus étendue et la plus dense en population lorsque plusieurs intercommunalités se font localement concurrence ; définir les bassins de santé sur ce fondement ; supprimer les découpages administratifs spécifiques supplémentaires créés par les agences de santé, les zonages spécifiques pour les réseaux de spécialité et les filières, et regrouper chaque fois que possible tous ces découpages dans les territoires calqués sur les intercommunalités ; les établissements, selon leur taille, auraient compétence sur un ou plusieurs de ces territoires et sans introduire de nouveau découpage.
- **Inciter plus fortement à la coopération institutionnelle** : dans chacun de ces nouveaux « territoires locaux », désigner un établissement pivot serait chargé d'organiser la mise en place d'une **CHT fédérative** associant les établissements de statut public exerçant dans le ressort de cette intercommunalité, tout en respectant leur culture et leur personnalité juridique. Prévoir une liste de thématiques minimales pour une CHT, par exemple : règles de recrutement médical ; services logistiques et groupement d'achats ; politiques de système d'information ; dématérialisation des échanges administratifs et financiers... Instaurer un délai d'action : tout établissement dispose d'un délai de deux ans pour s'engager dans un projet de CHT ou de structure de coopération territoriale ; en cas d'inaction à l'issue du délai, l'ARS prononce son association à la CHT la plus indiquée (exemple des intercommunalités).
- **Associer les élus en amont**, sans mélanger les rôles : placer les réflexions publiques territoriales sous le parrainage **d'un ou plusieurs élus** ayant des responsabilités importantes dans l'intercommunalité, aux côtés de l'ARS et des établissements. Ne pas masquer les objectifs de rapprochement, voire de regroupement envisagés par l'ARS, mais permettre un débat public en amont afin d'éviter les interprétations et les inquiétudes qui compliquent et prolongent la conduite des projets si elles ne sont pas prises en compte.
- **Dans les établissements en direction commune**, regrouper les instances lorsqu'elles délibèrent sur les dossiers communs : un « conseil des établissements » formé de délégations des instances des différents établissements ayant la même direction, serait compétent pour les délibérations relatives à des dossiers communs (dossiers budgétaires communs, d'organisation des soins, de qualité/sécurité, de restructuration...), en substitution des instances spécialisées de chaque établissement (=délégation de compétence).
- **Dans un même établissement**, grouper les dossiers votés conjointement et sur le même rapport de présentation par le CS, la CME, le CTE, la CSIRMT, dans un « conseil d'établissement » regroupant une délégation de chacune de ces instances pour délibérer en une seule fois. Exemple : restructurations internes ; adhésion à une coopération territoriale ; etc.
- Simplifier la création des **groupements de coopération sanitaire (GCS)** : la convention constitutive d'un GCS doit avoir force exécutoire dès sa transmission à l'ARS, après passage aux instances.
- **Simplifier l'organisation interne des GCS** pour les établissements qui les créent : statut, durée des mandats, composition des instances de gouvernance etc., doivent rester du domaine de l'arbitrage local. Globalement sur les GCS, le Code de la santé publique devrait s'en tenir à des propositions de modalités d'organisation, sans les rendre obligatoires.
- **Simplifier la gestion comptable des GCS de droit public, actuellement lourde et complexe**. Si nécessaire, le GCS désigne lui-même le comptable d'un des établissements membres, a priori l'établissement pivot s'il existe. Rétablir l'attribution

d'une indemnité de gestion pour l'administrateur du groupement, ou l'exonérer de responsabilité personnelle.

- **Supprimer l'obligation de transformer en « Établissement de santé » un GCS** qui exploite des autorisations de soins, car un GCS-Etablissement doit appliquer toutes les règles d'un hôpital public : directoire, instances, organisation en pôles, etc. Ce statut serait facultatif, à l'appréciation des établissements fondateurs. Un GCS exploitant des autorisations mises à disposition par les fondateurs devrait pouvoir être constitué en **filiale commune** de ses établissements fondateurs.
- Supprimer l'obligation de constituer un CHSCT pour un GCS employeur, le ou les CHSCT des établissements fondateurs pouvant conserver cette compétence.
- En cas de groupement de 2 établissements auxquels s'appliquent 2 échelles tarifaires distinctes (publique et privée) et qui se regroupent dans un GCS-établissement de santé, supprimer l'obligation d'avoir à choisir une seule des 2 échelles.
- Sous réserve de délibération de la CME, **simplifier l'intervention des libéraux** dans un établissement ou un groupement, en laissant le taux de redevance à l'appréciation des instances internes, et en laissant la liberté contractuelle avec information à l'ARS mais sans autorisation préalable.
- **Alléger profondément la réglementation des pharmacies à usage intérieur (PUI)** : introduire la possibilité pour une PUI d'établissement de devenir la PUI d'un autre, par convention, sans passer par un GCS. Possibilité pour une PUI d'établissement de rétrocéder des médicaments à un centre de santé ou toute structure non établissement de santé indépendante de l'établissement de rattachement. Possibilité pour les PUI situées dans des établissements voisins de ne pas exercer l'ensemble des missions obligatoires des PUI et de se confier mutuellement les missions restantes (répartition par convention). Possibilité de créer une PUI de territoire ; de créer une PUI unique dans un groupement associant des établissements de statuts différents.
- Ouvrir très largement les **possibilités d'expérimentation** sur l'organisation, les statuts, les règles internes de fonctionnement, en confirmant et confortant le principe de « l'amendement liberté » : un établissement ou un groupement peut engager une expérimentation sur proposition de son directoire, après délibération de ses instances. L'expérimentation serait confirmée après 1 à 2 ans de fonctionnement, en concertation avec l'ARS.
- Dans cet esprit d'expérimentation, proposer à un **groupement territorial** qui serait volontaire, **d'allouer un montant global financier** reprenant les dotations ou les financements de l'ensemble des membres en une seule allocation, confiée au groupement ou à l'établissement pivot, pour prendre en charge collectivement la santé d'un territoire et sortir de la T2A individuelle sur un espace géographique et une période limitée. Confirmer l'expérimentation après 2 ans de fonctionnement.

2-SIMPLIFIER LES RELATIONS ADMINISTRATIVES ET LES PROCÉDURES BUDGÉTAIRES ENTRE HÔPITAUX ET ARS :

- **Procédures budgétaires avec l'ARS :** centrer la procédure sur des sujets essentiels.
 - o Supprimer la procédure d'approbation des EPRD, sauf pour les établissements en difficulté financière ou soumis à un contrat de retour à l'équilibre (CREF).
 - o le budget serait exécutoire dès transmission à l'ARS, au 31/12 de l'année N-1, avec approbation tacite sauf en cas de CREF. Cette procédure nécessite une communication plus rapide des dotations y compris FIR, afin de sécuriser la prévision budgétaire. Elle nécessite une vision pluriannuelle des financements.
 - o Pour conforter cette évolution, supprimer les comptes à crédits limitatifs afin d'éviter la multiplication des procédures en cours d'année, type budgets modificatifs ou DM.

 - o **Privilégier une approche financière** plutôt que budgétaire : étudier l'abandon de la présentation budgétaire actuelle par titre, prévisionnelle et de clôture, pour l'EPRD et le PGFP, au profit d'une approche par « *soldes intermédiaires de gestion* » qui rend mieux compte de la construction du résultat.

 - o Instaurer une *lisibilité tarifaire et budgétaire sur plusieurs années* en phase avec les plans d'investissement : un ONDAM pluriannuel, au moins pour deux ans, une gestion des marges de manœuvre au plus près des projets validés dans les CPOM ou les CREF lorsqu'ils existent.

- **Procédures administratives avec les ARS :**
 - o **Procédures d'appels à projets/d'appels d'offres**
 - Pour les appels à projets ou à offres sur les missions de service public, les actions de santé publique, les projets régionaux ou thématiques, les opérations financées nationalement, les projets d'éducation thérapeutique, etc., appliquer aux hôpitaux les *simplifications proposées pour les entreprises* dans les appels d'offres de type « marchés publics »
 - Tous les documents administratifs requis ne seraient *transmis qu'une seule fois* par an et sous forme dématérialisée. Ex : « engagements à respecter la réglementation » sur chaque projet soumis, demandes répétées de tableaux de données déjà transmis pour d'autres projets, données générales de présentation de l'établissement etc.
 - Créer un *site internet sécurisé réservé*, dans chaque ARS, au dépôt des projets et offres dématérialisés des établissements, ainsi que pour les questionnaires d'évaluation et tous les rapports d'activité. Supprimer tous les envois papier de dossiers en multiples exemplaires, qui sont actuellement demandés.

 - o **Questionnaires et enquêtes diffusés par les ARS ou le Ministère :**
 - limiter le *nombre* et la *fréquence* des enquêtes adressées aux établissements, en accordant un délai minimal de réponse, par exemple deux mois, sauf urgence avérée (ex. crise sanitaire). Annoncer un *calendrier annuel* et un nombre maximal d'enquêtes, et s'y tenir quoi qu'il advienne sauf politique nationale nouvelle ou spécifique.
 - *fusionner* d'emblée les parties communes de ces questionnaires émanant de services différents de l'ARS ou d'autres autorités : les données générales sur l'établissement, données d'activité, renseignements institutionnels et administratifs, etc., ne seraient fournis qu'une fois sur le site internet sécurisé.
 - Avant toute enquête régionale ou nationale, *évaluer le temps-homme* que l'enquête représente afin d'apprécier la pertinence de la démarche en regard

du résultat attendu, au besoin en établissant une fiche médico-économique décrivant les gains espérés (gains économiques ou fonctionnels).

o **Autorisations d'activités et d'équipements :**

- Définir *l'auto-contrôle comme règle de principe* (associée à la responsabilité locale que cela implique) et généraliser les checklists internes pour alléger les contrôles dans les hôpitaux et décharger les ARS de ces missions consommatrices en temps et en personnels sans bénéfice avéré.
- Abandonner par principe les *visites de conformité*, les limiter aux cas particuliers (et éventuellement aux visites aléatoires). Créer un système *d'auto-déclaration* par l'établissement qui modifie ou qui met en œuvre une activité autorisée.

o **Prévenir le cumul des contraintes :**

- Un établissement qui est en cours de *restructuration* majeure, ou en cours de négociation d'un CREF, ne doit pas être en même temps sollicité pour élaborer un CPOM. Dans cette situation, le CPOM devrait être suspendu (ou prolongé en l'état), puisqu'il sera fortement impacté par le CREF ou la restructuration en cours.
- Un établissement en restructuration majeure ou en cours de négociation d'un CREF devrait « de droit » pouvoir obtenir, s'il le juge nécessaire, une modification de son *calendrier de certification* HAS, sans dégradation de sa cotation.
- Lorsqu'un CREF est engagé, il tient lieu en pratique de « feuille de route unique » pour les relations entre l'établissement et l'agence, parfois même avec le Ministère : pendant la durée du CREF, poser comme principe que l'ensemble des autres modalités contractuelles sont suspendues (ou fusionnées au CREF).

o **Faciliter l'organisation des relations de travail :**

- Privilégier systématiquement la *téléconférence* ou la *visioconférence* lors des réunions régionales convoquées par l'ARS avec un ou plusieurs établissements distants du centre de la région. Étendre pour ce faire aux agences les systèmes techniques de visio-conférence existant dans les CHU ou les principaux hôpitaux, si nécessaire.
- Hors téléconférence, lors d'une réunion relative à un territoire associant plusieurs établissements de ce même territoire, privilégier systématiquement l'organisation de cette réunion *au plus près du territoire concerné* et non au siège de l'ARS, afin de limiter le plus possible les déplacements multiples des responsables médicaux et managériaux des établissements.
- Limiter strictement *le nombre, la fréquence, la durée des réunions*, qui sollicitent fortement les responsables hospitaliers et pèsent sur l'activité clinique des praticiens.
- Regrouper, dans la mesure du possible, les réunions stratégiques relatives à un établissement ou un groupement, en instaurant par exemple une *conférence stratégique* annuelle d'établissement/de groupement.

o **Pertinence des actes et des prescriptions :**

- Développer une pédagogie explicite relative à la *pertinence des actes* et des prescriptions, non punitive et professionnalisée. Un groupe de pairs régional (associant ars et responsables de terrain, directeurs et médecins et DIM) pourrait être chargé de mener des *expériences d'évaluation in concreto de la pertinence* des actes : à partir des données d'activité des établissements d'un même territoire sur un même segment d'activité, il établirait territoire par territoire les comparatifs, la vision régionale, et les recommandations. Le mécanisme de dégressivité tarifaire serait calé sur les conclusions de ces travaux (actes de chirurgie, actes interventionnels et exploratoires).

3-ALLÉGER LES CIRCUITS ADMINISTRATIFS AU SEIN DE L'HÔPITAL :

- **Recettes et trésorerie : supprimer toute limite au paiement des factures hospitalières par internet :**
 - 1.000.000 de titres sont émis chaque année dans un grand CHU. Des gains considérables sont possibles sur la rapidité et les montants recouverts, avec une efficacité administrative et une réduction des doublons, des gains en personnel à l'hôpital comme au Trésor Public, une diminution de la consommation de papier et de divers matériels associés à ces éditions.
 - Les outils de paiement dématérialisés ont en outre une bonne image auprès des patients désormais. Ils sont couramment utilisés pour les impôts, les achats sur internet, la gestion des comptes bancaires, etc. Pas de difficulté technique particulière pour la mise en œuvre.
 - La dématérialisation totale doit naturellement s'étendre aux échanges entre établissements de santé, ainsi qu'entre la direction et les pôles au sein d'un même établissement ou d'un même groupement.
 - Il semble que cette évolution nécessite une autorisation nationale Ministère des Finances/Ministère de la Santé, au-delà des expérimentations.

- **Gestion des dépenses de l'hôpital : Dématérialiser totalement la gestion des achats.**
 - « Numériser » toutes les factures fournisseurs, les mandats administratifs, les pièces justificatives entre l'hôpital et le comptable ;
 - Il n'y a pas d'obstacle technique réel à ces évolutions, mais peu d'avancées concrètes en l'absence d'un calendrier national, et en raison d'une volonté louable mais sans doute excessive de disposer d'un outil informatique centralisé répondant à l'ensemble des besoins malgré des objectifs parfois contradictoires (l'informatisation vue par l'ordonnateur n'est pas nécessairement la même que celle vue par le Trésor Public). Car du point de vue de l'utilisateur *lambda*, la dématérialisation des documents de gestion pourrait même se faire, localement entre un hôpital et un poste comptable, en utilisant les instruments informatiques courants.
 - Choisir un support technique familier aux établissements de santé (type EDI) pour ne pas multiplier les dépenses et allonger les délais. Investir sur le développement d'interfaces simples et efficaces, plutôt que dans la création d'un nouveau système.
 - Fixer une échéance claire : 2016 ou 2017 est acceptable pour les grands et moyens établissements et pour la grande majorité des fournisseurs.
 - Étendre cette dématérialisation aux relations internes entre les services cliniques et médico-techniques et les directions de l'établissement.

- **Facturation des actes médicaux (consultations et actes externes) :**
 - Les règles de facturation des actes médicaux (consultations et actes externes) sont extrêmement **complexes** (combinaison d'actes, modificateurs, exonérations...) et **inadaptées** à l'hôpital car directement calquées de ce qui se pratique en ville.
 - La tarification importée de la ville est sans rapport avec les coûts afférents à l'hôpital (point souligné par un rapport récent de l'IGAS sur la T2A). Les produits correspondants ne représentent qu'environ 12% des recettes d'activité de l'hôpital.
 - La bonne application de ces règles complexes nécessite de très nombreux emplois administratifs (plusieurs centaines dans un grand CHU). Elle en mobilise autant dans les services de l'assurance-maladie et des organismes complémentaires. L'intérêt de l'ensemble, pour la qualité du système de santé, reste à démontrer.

- La simplification de ces règles de facturation sera d'autant plus urgente, sinon vitale, lors de la mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau (FIDES) si elle devait effectivement être mise en œuvre. A ce sujet, une source majeure de non-complexification supplémentaire consisterait à abandonner le projet FIDES qui ne semble pas apporter de valeur ajoutée significative à la qualité du système de santé.
- Proposition : **prise en charge à 100% par l'assurance-maladie des actes médicaux réalisés à l'hôpital, comme le recommande le Conseil d'Analyse Economique (avril 2014).**
- **Gains** : grande simplification des circuits administratifs pour les patients à l'hôpital et pour les professionnels ; redéploiement de certaines d'emplois hospitaliers vers les services médicaux ; efficience de gestion dans les caisses d'assurance-maladie et les organismes complémentaires. L'équilibre financier entre financeurs peut être assuré par un transfert entre organismes complémentaires et régime obligatoire.
- **Gestion comptable : engager un plan de simplification concerté ordonnateur/comptable sur le modèle des établissements d'intérêt collectif.**
 - Pour les établissements gérant plus de 100 M€ de recettes, supprimer le doublon ordonnateur/comptable à partir de la mise en œuvre de la certification de leurs comptes par un commissaire aux comptes (échéance fixée par décret à 2017) ; mise en œuvre d'un contrôle interne en s'inspirant par exemple du contrôle interne existant dans les grands ESPIC.
 - Afin de manager cette *transition* en bonne coordination entre ministère de la Santé et ministère des Finances, et de gérer la situation des personnes, intégrer, dans un premier temps, les équipes des postes comptables dans les directions financières des hôpitaux, avec les dotations budgétaires correspondantes, pour renforcer les contrôles internes et parvenir à des comptes certifiés.
 - Organiser de façon progressive la diminution des effectifs administratifs lorsque le plan de contrôle interne et la dématérialisation auront permis de garantir la qualité comptable (sur 2 à 4 ans par exemple).
 - La révision de la séparation ordonnateur/comptable permet par ricochet de nombreuses simplifications internes pour l'hôpital comme pour les patients : suppression des « régies d'avances et de recettes » par exemple.
 - Pour les établissements de taille moyenne ou petite, la séparation ordonnateur/comptable pourrait être conservée, en révisant profondément son rôle : le comptable aurait pour principale sinon unique mission d'organiser le contrôle interne des services de l'ordonnateur, et le cas échéant de le conseiller sur la gestion financière sous réserve de disposer de l'expertise nécessaire (analyse des instruments financiers, de la structure de la dette, etc.). Les fonctions de payeur-receveur seraient fusionnées avec les services de l'hôpital.
 - Dans tous les cas, s'il s'avère impossible, pour des raisons de politique nationale, de supprimer la séparation ordonnateur/comptable, il faudra *a minima réviser fondamentalement le rôle du comptable* comme indiqué au point précédent, et ce dans tous les établissements.
- **Investissement, emprunts et financements :**
 - Alléger ou réviser la procédure nationale COPERMO pour les projets d'investissements des hôpitaux, sauf analyse stratégique des investissements majeurs et restructurants et le cas particulier des CREF. En effet, le décret n°2013-1211 a créé une réglementation semblable, sous l'égide du commissariat général à l'investissement, prévoyant la production de dossiers d'évaluation socio-économique, la réalisation de contre-expertises, etc.
 - Donner une *lisibilité en début d'année* sur les financements éventuels qui seraient rendus disponibles pour répondre aux grandes orientations nationales (ex. : développement de la chirurgie ambulatoire, hôpital numérique) afin d'être en cohérence avec le calendrier de l'exercice budgétaire.

- Réviser la **réglementation sur les emprunts** (D.6145-70 à 72 du CSP), devenue lourde et peu réactive aux marchés, par un système d'autorisation pluriannuelle avec bornage et compte-rendu. Développer les capacités réelles et concrètes de **conseil et d'analyse** sur les instruments financiers, au niveau régional ou par territoire de santé, dans une approche professionnelle et partenariale.
- Rendre possible, de façon simple et par convention directe entre eux, le statut de **co-emprunteurs** de plusieurs établissements d'un même territoire, pouvant ainsi grouper leur appel au marché bancaire sans passer par la création complexe d'un GCS spécialisé.
- Autoriser un recours accru à des **financements alternatifs** dans les établissements publics de santé (mécénat, fondation, partenariats publics privés revisités, valorisation du patrimoine immatériel des établissements).
- **Organisation interne des établissements publics :**
 - Le principe de la **délégation de gestion** constitue une source majeure de simplification potentielle, dans les établissements de taille suffisante, sous trois **conditions** fondamentales : appliquer la politique d'établissement ; respecter les bornes budgétaires de l'établissement ; maintenir la solidarité d'établissement. Par exemple : un pôle excédentaire bénéficie de l'appui des autres et ne peut prétendre à conserver pour lui seul son excédent ; un pôle déficitaire n'est pas « fautif » par principe et doit pouvoir compter sur la solidarité des autres ; dans tous les cas les pôles bénéficiant de délégations ne peuvent s'autoriser à aggraver le déficit de l'établissement, ni à faire intervenir des fournisseurs autres que ceux retenus sur les marchés de l'établissement.
 - Dans ce cadre, introduire de **larges délégations confiées au niveau des pôles**, sous la responsabilité d'un bureau associant chefs de service, praticiens, cadres, gestionnaires. Ces délégations s'étendraient aux procédures de **recrutement** (dans le cadre des règles institutionnelles définies par la DRH et la DAM, en relation avec la CME pour les médecins) ; aux relations avec les **fournisseurs** de maintenance et d'approvisionnements courants (dans le cadre des marchés passés par l'établissement) ; aux priorités **d'investissement** courant et de **travaux** courants (dans le cadre d'un programme pluriannuel approuvé par les instances) ; à la gestion et l'affectation des **locaux** dédiés aux services du pôle ; à la coordination des **secrétariats** médicaux du pôle ; à la gestion du **temps médical** et à l'attribution du **temps additionnel** des médecins du pôle ; à la gestion des obligations de **permanence des soins** fixées aux services du pôle ; à la gestion de l'activité libérale, dont les contrats seraient signés exclusivement au niveau de l'hôpital sans passer par l'ARS ; etc.
 - Dans chaque pôle, créer un **bureau de pôle** associant des chefs de service et des praticiens et, dans les CHU, associant spécifiquement des PH disposant de délégations explicites au niveau du pôle. Introduire la notion d'adjoint au chef de pôle (en CHU, un PH si le chef de pôle est un PUPH) et limiter la durée d'exercice des fonctions de chef de pôle et de chef de service clinique ou médico-technique.
 - Dans ce cadre et sous réserve de respect de la politique d'établissement, pour la gestion courante les directions et services administratifs sont positionnés en **services support**, qui accompagnent les actions arbitrées par les pôles, en dématérialisant toutes les procédures qui le peuvent : système intranet de commandes-fournisseurs ; modèles de documents de recrutement ; logiciels de gestion des temps et des plannings avec droits d'accès « locaux » gérés par le pôle ; etc.
 - Un tableau de bord de gestion dématérialisé est adapté à chaque pôle afin de simplifier également le suivi de l'activité médicale et de la gestion budgétaire.

4-ADAPTER LE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES À L'HÔPITAL :

Notre pays est soumis à des impératifs majeurs de rétablissement de son équilibre économique. Or, gérer une *tension budgétaire durable* dans des établissements publics dont *le premier poste de dépenses est le personnel* et où les *rémunérations sont pour l'essentiel fixées nationalement* est particulièrement complexe. Cela conduit à gérer l'absentéisme et le manque de ressources, et à pallier par d'autres mesures le manque de leviers d'efficience.

Personne ne peut souhaiter que les restrictions sur les effectifs soient la seule et l'unique politique de maîtrise économique à l'hôpital : **les hôpitaux ont et auront toujours besoin de personnels qualifiés et en nombre suffisant**, pour garantir la qualité de prise en charge que permet le système public. L'efficience est à rechercher dans tous les domaines.

Pour autant, les personnels sont particulièrement inquiets de l'impact des mesures d'économie annoncées nationalement, dont les proportions impressionnent : on parle en effet de milliards d'Euros. Cette inquiétude est sans doute confortée par **l'absence de débat public sur les effets des plans d'économie en termes d'effectifs**. La méconnaissance de l'impact à attendre, sur le plan local et individuel, favorise toutes les spéculations. « Ne pas savoir » est sans doute le pire des scénarios car il conduit à imaginer des restrictions drastiques et supérieures à ce qui se passerait en réalité.

Naturellement, ce débat est très difficile à mener de manière non passionnelle. Mais il mérite d'avoir lieu car il est possible d'envisager des ajustements et des outils permettant de limiter le plus possible l'impact sur les effectifs, et d'échapper à la méthode comptable, aveugle, non satisfaisante sur le plan humain comme managérial ou médical, de suppression annuelle de postes par le non-remplacement des départs naturels.

A la lisière du débat sur la « simplification », et au titre de la modernisation de la gestion interne et du dialogue social, nous proposons donc qu'un débat ait lieu par territoire notamment sur les sujets suivants :

- Lors de la mise en œuvre d'une réorganisation territoriale significative par les autorités, introduction d'une négociation sur les effectifs afin d'évoquer clairement et d'emblée les situations individuelles avec les personnels ;
- Adaptation des protocoles RTT en fonction des organisations les plus efficaces et les plus qualitatives pour la prise en charge des patients ;
- Clauses indemnitaires et possibilité d'intéressement des personnels qui envisageraient une reconversion professionnelle ou un départ anticipé pour des raisons personnelles ;
- Révision des modalités de recrutement des praticiens hospitaliers, dont certaines paraissent aujourd'hui décalées en regard de la réalité du recrutement médical ; a contrario, éclaircir et écarter les formules excessives de mercenariat ;
- Traduction locale des propositions récentes de la FHF sur l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital ;
- Valorisation accrue de l'engagement de ceux qui choisissent d'exercer dans les zones à recrutement difficile, et outils de modulation des rémunérations selon l'activité dans des proportions raisonnables, sans dispositif d'exception comme le statut de praticien clinicien, et sous réserve d'un avis explicite des instances (en particulier la CME) ;
- Faciliter et reconnaître les possibilités de recrutement contractuel dans les différentes fonctions hospitalières, le recrutement contractuel n'étant pas une indignité ni une dévalorisation car ces statuts sont très protégés dans les hôpitaux publics et

permettent de gérer correctement des parcours individuels, des phases de réorganisation, des nouvelles fonctions, etc.

- Réviser profondément le système de notation chiffrée, inefficace et devenu souvent artificiel, pour lui substituer un système d'évaluation annuelle par objectifs. Ce principe pourrait d'ailleurs être étendu à l'ensemble des responsables, comme c'est le cas pour les directeurs (médecins chefs de service ou d'unité et de pôle).

Au travers de ces préconisations, l'ADH propose des aménagements pragmatiques en faveur d'un effort sincère de simplification pour l'Hôpital.

Elle le fait dans la droite ligne des objectifs portés par les autorités publiques (politique de Modernisation de l'Action Publique) et par les représentants du monde hospitalier (Fédération Hospitalière de France).

Elle le fait avec l'espoir que la simplification, souhaitée par les professionnels, les politiques et les citoyens, mais annoncée par tous les gouvernements successifs depuis des années, soit enfin mise en œuvre dans la réalité.

C'est aussi un enjeu de réussite des efforts d'économie et de qualité demandés par les pouvoirs publics au système de santé.