

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.  
L'Académie dans sa séance du mardi 12 février 2019, a adopté le texte de ce rapport par 76 voix pour, 9 voix contre et 9 abstentions.

## L'hôpital public en crise : origines et propositions

*The public hospital in crisis: origins and proposals*

MOTS-CLÉS : HOPITAL, CRISE, SYSTEME DE SANTE, RECOMMANDATIONS  
KEY WORDS: HOSPITAL, CRISIS, HEALTH SYSTEM, RECOMMENDATIONS.

Francis MICHOT<sup>1</sup> (*rapporteur*), Bernard LAUNOIS<sup>2</sup> (*rapporteur*), Dominique BERTRAND<sup>3</sup>, Jacques BRINGER<sup>4</sup>, Laurent DEGOS<sup>5</sup>, Jean-Pierre OLIE<sup>6</sup>, Christian THUILLEZ<sup>7</sup>, au nom du groupe de travail\* rattaché aux Commissions XV (Enseignement, Recherche – Parcours de formation) et XVI (Parcours de soins et organisation de soins)

### Liens d'intérêt:

- 1- F.Michot : ancien chef du service de chirurgie digestive CHU de Rouen, ancien Président de la Conférence des Présidents du CNU Santé
- 2- B.Launois : ancien Professeur de chirurgie, Université d'Adélaïde, Australie
- 3- D. Bertrand : Conseiller médical au CNG
- 4- J.Bringer : ancien Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, ancien Président de la CME du CHU de Montpellier
- 5- L.Degos : ancien Président de la HAS
- 6- JP. Olié : chef de service honoraire de l'hôpital Sainte Anne, membre du CNOM
- 7- C.Thuillez : membre du Collège de la HAS, Président de la Commission de Transparence, ancien conseiller du Directeur Général de l'Offre de Soins, ancien Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine

\* « Hôpital public en crise »

Membres Participants : MM. BERTRAND, BRINGER, DEGOS, LAUNOIS (rapporteur), MICHOT (rapporteur), OLIE, THUILLEZ.

## RÉSUMÉ

La crise est perceptible au sein de l'hôpital public depuis des mois et largement commentée par la presse et les médias audiovisuels. Cette crise est en réalité plus ancienne et, depuis une dizaine d'années, de nombreux rapports lui ont été consacrés; réformer l'hôpital et plus globalement réformer le système de santé sont des objectifs réaffirmés de la prochaine loi santé. A partir de l'audition de trente-deux personnalités du monde de la santé, ce rapport analyse les origines de la crise de l'hôpital public: crise de perte de sens, crise financière, crise managériale et gouvernance, crise structurelle et organisationnelle, crise sociétale et sociale. Il décline ensuite des propositions concernant la gouvernance de l'hôpital, des nouvelles modalités de financement, la réinsertion de l'hôpital dans son environnement, la situation des personnels médicaux et soignants, la participation des patients et des citoyens et la place de l'Université dans l'hôpital.

## SUMMARY

The crisis has been noticeable in French public hospital for months and has been widely commented upon by all media. This crisis in fact dates far back in time and, for the last ten years, has been the topic of many reports; reforming the hospital and more globally reforming the healthcare system are reaffirmed goals of the coming Law on Health issues. Based on interviews with thirty-two leading figures of the healthcare sector, this report first analyses the origins of the crisis of the public hospital: loss of meaning, financial issues, managerial and governance issues, structural and organizational issues, societal and social issues. The second part of the report presents proposals for the hospital's governance, new funding modalities, the reintegration of the hospital into its environment, the situation of medical and health care workers, the role of patients and citizens and the place of the university in the hospital.

## I. ORIGINES DE LA CRISE

### Introduction

Le secteur public hospitalier comprend les hôpitaux de statut public et les établissements de statut juridique privé à but non lucratif; ainsi défini, les 2062 établissements qui le constituent représentent en 2016: 332 299 lits (dont 276 312 lits d'hospitalisation complète et 55 987 places d'hospitalisation partielle), 9 138 307 séjours pour 83 370 366 journées en hospitalisation complète et 10 771 461 journées en hospitalisation partielle, 150 000 emplois médicaux dont 33 000 internes et 880 000 équivalents temps plein de personnel non médical dont 700 000 de personnels soignants. Considérant l'ensemble du système de santé public et privé, l'hôpital public représente, en 2017, 77% de la consommation de soins hospitaliers (71,5 milliards d'euros), 74% du nombre de lits assurant 75% de l'ensemble des séjours du système de santé, tout en prenant en charge la formation et la recherche clinique.

Le fondement historique de l'hôpital public est d'accueillir, soulager, combattre la maladie et la mort. L'hôpital doit désormais s'adapter à plusieurs évolutions: les patients sont porteurs de nouvelles attentes, nouveaux enjeux et nouveaux besoins; le bond en avant de la médecine au cours des dernières décennies s'est appuyé sur la recherche et l'innovation qui ont conduit aux progrès réalisés dans la compréhension des maladies et de leurs approches diagnostiques et thérapeutiques. Les bénéfiques, pour les patients, de ces grandes conquêtes basées sur le modèle «bio-techno-médical» centré sur la maladie sont indiscutables mais ont généré une explosion des coûts. La forte émergence des maladies chroniques souvent associées entre elles, plus encore dans le vieillissement, a montré les limites d'une approche exclusive fondée sur la maladie et souligné la nécessité de secteurs public et privé partenaires et complémentaires.

### **1- Crise de perte de sens : perte des valeurs médicales au profit de valeurs économiques**

Les personnes interrogées ont mis en exergue la perte de sens de l'activité hospitalière. Hormis les Directeurs, la FHF et l'ANAP, qui résument la situation par une mutation des pratiques, tous ont insisté sur ce fait majeur de perte de sens qui démobilise les professionnels de santé et altère leur confiance dans le système hospitalier.

A la vision médicale de l'hôpital s'oppose actuellement une vision managériale exclusive à dominances économique et budgétaire. Le qualitatif (soins) a cédé la place au quantitatif

(volumes) sans chercher la pertinence et le résultat pour le malade. Au contraire, les financements sont meilleurs s'il survient des complications (par le biais d'un codage favorable, véritable obsession accaparant des emplois non-soignants) ou en cas de mort précoce lors du soin d'une maladie au tarif élevé (recette importante avec moins de dépenses), ou lors d'hospitalisations indues (apport supplémentaire de financement). Le tri des activités (rentables ou non) est le fil conducteur de la politique suivie par chaque hôpital. L'éthique médicale est bafouée.

Le nombre de lits et le nombre de personnels soignants sont devenus la variable d'ajustement de la moindre dépense, ce qui provoque une autre course: celle du taux d'occupation des lits et de la réduction des personnels induisant une surchauffe (83% d'occupation des lits en hôpital public) et une inadaptation aux épidémies.

In fine, le volume d'activité augmentant chaque année (+ 16% entre 2009 et 2016) alors que les tarifs baissent (- 5% dans la même période) avec le même personnel conduit à un épuisement des professionnels du soin qui ne reconnaissent plus la finalité de leurs métiers.

Une bureaucratie normative de la clinique a fait oublier le malade et le rôle du professionnel de santé. La gestion de la contrainte budgétaire a occulté l'objectif médical. Le fait que le Directeur de l'hôpital soit le seul «patron» depuis la loi HPST de 2009 a supprimé tout poids médical dans la gestion hospitalière. La vision managériale domine la vision médicale provoquant une perte de sens, une perte des valeurs médicales fondatrices au profit de valeurs économiques, responsables d'un désarroi profond et d'une désespérance des professionnels de santé, sans pouvoir de décision ni de partage de décision.

## **2- Crise financière: évaluation sur des volumes et procédures**

La contrainte budgétaire demeurera. L'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), basé sur une prévision d'activité, fixe l'évolution des dépenses de santé. La distribution des financements est fragmentée entre la ville gérée par l'Assurance maladie, l'hôpital géré par le Ministère de la santé via la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), la prévention et le social gérés par de multiples instances dont la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les hôpitaux publics, privés, privés à but non lucratif, et à domicile se partagent le marché, défendus par leurs Fédérations respectives aiguisant la concurrence. Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) accroissent la fragmentation entre hôpitaux publics et privés ainsi qu'entre ville et hôpital. Dans un système aussi fragmenté, l'évaluation ne se fait désormais que sur des volumes et des procédures et non sur des résultats.

La tarification à l'activité permet d'avoir une homogénéisation de financement mais accroît l'esprit de parts de marché et de concurrence oubliant les notions de complémentarité et de synergie entre établissements et, avec la ville, entravant le parcours de soins. Les Agences Régionales de Santé (ARS) qui regroupent ces silos n'ont un droit de fongibilité de financements que de 1% (Fonds d'Intervention Régional) et donc aucune flexibilité n'est possible.

Les dépenses hospitalières étant régulées par l'ONDAM, toute augmentation d'activité entraîne une baisse des tarifs pour rester dans le cadre financier défini (effet volume /prix). Or, initialement les tarifs sont basés sur les coûts moyens de production des Groupes Homogènes de Malades (GHM). Une baisse de tarif sans contrôle des éléments de gestion correspondants devient contre-productive si elle conduit à travailler à perte; toute augmentation des MIGAC a la même conséquence. Ce cercle vicieux, après six années d'exercice, aboutit à un essoufflement, une démotivation des acteurs.

La tarification à l'activité (T2A) et les GHM ont été établis dans d'autres pays pour diminuer les délais de prise en charge et les listes d'attente pour une intervention chirurgicale, ce qui n'était pas le cas en France. La T2A ne répond pas aux exigences des situations complexes, aux soins des maladies chroniques et à la complémentarité ville-hôpital-social. Elle provoque des effets pervers sur la pertinence des soins, les hospitalisations indues et les sorties prématurées.

La tarification à l'activité bloque le passage à l'ambulatoire, interdit un séjour en hospitalisation de jour de deux journées de suite, oublie le social et le dialogue entre professionnels de santé et patients, ne prend pas en compte la prévention, l'information et l'éducation des malades et des citoyens, gêne l'implantation d'innovation en raison du coût de développement.

La politique du quantitatif (toujours plus d'activité) a trouvé sa limite en 2017 où l'activité hospitalière a diminué, probablement pour plus de pertinence, alors que les pouvoirs publics misaient sur une augmentation du volume (sans plafond) et avaient prévu une diminution des tarifs. Il s'en est suivi une crise financière dans les hôpitaux avec un déficit de 800 millions d'Euros. L'équilibre en 2018 est basé sur une activité constante, hypothèse qui reste à démontrer.

La tarification à l'activité a eu des vertus incontestables mais, inflationniste par nature, elle a été l'objet de critiques incessantes sauf de la part des Directeurs et de la FHF. Sa part (63% du financement) paraît grandement excessive au vu des objectifs des hôpitaux. Le volume n'est pas le critère majeur adéquat du soin hospitalier.

### **3- Crise managériale et gouvernance: une gestion administrative exorbitante**

Le dynamisme, la confiance, la solidarité et l'altérité ne peuvent se bâtir par un management pyramidal. La pyramide décisionnelle et le cortège des réunions et signatures qui le traduit est un obstacle ressenti par tous. Les strates hiérarchiques et l'inertie qu'elles induisent alimentent l'incompréhension et le rejet d'un système de management épuisant toutes les bonnes volontés. La gouvernance de l'hôpital s'est transformée en une quarantaine d'années, générant une gestion administrative exorbitante. Il s'en est suivi une augmentation irrationnelle du nombre des effectifs administratifs formés dans le moule unique d'une seule école (Ecole des hautes études en santé publique) développant une vision uniforme gestionnaire et juridique de l'hôpital; à titre d'exemple, entre 1983 et 1990, au sein des hôpitaux de Paris (APHP), le personnel administratif a augmenté de 24% alors que le personnel soignant diminuait de 12%. La fonction de président de la CME n'est ni respectée ni considérée lorsqu'il ne lui est attribué qu'un poste de secrétaire dans des établissements dont les budgets affleurent ou dépassent un milliard d'Euros avec des directions administratives bien dotées voire pléthoriques. Cette évolution de la gouvernance de l'hôpital a eu pour conséquences :

1- la captation du personnel soignant par l'administration: le lien médecins-soignants, incluant les cadres de santé, s'est délité en raison d'une perte de responsabilité des médecins sur le choix et le recrutement des équipes, en raison de la rupture d'un lien hiérarchique devenu uniquement administratif.

2- la création des pôles a trop souvent créé une strate médico-administrative supplémentaire sans réelle délégation de responsabilités, éloignant les médecins de la direction, contribuant à leur démotivation; ce changement du périmètre de l'espace a entraîné une perte de repères: les équipes médicales et soignantes se sont senties perdues dans un nouvel ensemble dispersant les compétences et diluant les responsabilités; le temps consacré à la charge administrative sans cesse alourdie s'est fait au détriment du temps consacré à soigner les patients. L'absence de formation des médecins au management a renforcé leur mal être. De plus, la relation des équipes soignantes avec les patients a été impactée par la mobilité des personnels au sein du pôle pour assurer un remplacement, combler une absence au sein d'une autre équipe, à compétence différente, à organisation différente contribuant à déstabiliser le reste de l'équipe par le surcroît de travail généré. Cette instabilité participe à l'absentéisme et à la démotivation des personnels.

3- une dérive bureaucratique, administrative incomprise dont témoigne la multitude de textes de lois, décrets, circulaires donnant le sentiment d'une instabilité réglementaire: 25 lois santé depuis

1976, 230 circulaires en 2013 dont certaines de plus de 300 pages et, dans la période récente, 135 articles pour la loi HPST de 2009 et 227 articles pour la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Cette gestion administrée ne prend pas en compte les spécificités et les richesses régionales.

4- un changement complet de modèle: la maîtrise des coûts et le nécessaire équilibre budgétaire sont devenus l'objectif principal de la gouvernance hospitalière; le médecin parle soins et patients alors que l'administration parle budget, économies et déficit; la médecine n'est pas un commerce, le patient n'est pas une marchandise mais la santé ne sera plus qu'économie avait prédit Paul Ricoeur. Incompréhension et défiance se sont ainsi installées entre l'administration et les médecins.

5- la crise hospitalière est de façon très visible une crise du management qui s'attache à éloigner la décision du terrain. La modernité exige l'inverse, à savoir de réduire les lignes hiérarchiques. La bureaucratie autoalimentée est génératrice de gâchis du temps des professionnels de santé et de coûts indus.

6- la crise de gouvernance concerne également l'Université qui a peu de responsabilité décisionnelle au sein des CHU y compris en matière de recherche. Les redistributions financières (MERRI) sont inexistantes. Les attachés de recherche clinique sont fragilisés. Les contraintes budgétaires, les charges administratives croissantes, la gouvernance des établissements et des services, l'évolution des activités, des métiers, des liens avec les hôpitaux de proximité et la médecine de ville sont autant de sujets de préoccupations au sein des CHU.

#### **4- Crise structurelle et organisationnelle : hyper-réglementation et normes**

Taille démesurée, centralisme administratif pyramidal, réglementation complexe, rigidité de normes aveugles, évaluations et tarifications inadaptées sont les fossoyeurs des hôpitaux publics. Le risque est celui d'une perte d'identité, de relationnel et de temps de professionnels accablés de normes et de procédures administratives incomprises.

1- la vie des établissements, la solidarité et la coopération inter-établissements et ville/hôpital ne peut être gérée par une hyper-réglementation utilisant la norme de façon aveugle.

2- nul ne conteste que la norme organisationnelle ait fortement contribué à la restructuration et à la qualité des soins. Mais l'impact de sa dynamique et de son efficacité s'est étiolé au fur et à mesure de sa bureaucratisation, au point d'en dessiner une courbe asymptotique inefficace et usante, ressentie par tous les acteurs de terrain. Les hôpitaux ont une grande hétérogénéité d'activités et de missions. Cela souligne les limites de l'utilisation sans discernement de normes interprétées comme un minimum requis inadapté à la réalité d'un territoire. Il importe de laisser une marge de liberté à des structures avec une incitation à l'initiative portée par les professionnels de soins et en adéquation avec la faisabilité de leur projet et de leur activité. L'essentiel est de viser un décloisonnement par une coopération efficace et une coordination du parcours des patients avec les moyens humains et les outils numériques nécessaires.

3- les ARS sont hétérogènes dans leurs aptitudes à décliner les normes et à y déroger avec la souplesse requise selon les besoins, la disponibilité des personnels de santé et le lien tissé par les acteurs au sein du territoire. Compte tenu de leur organisation compartimentée, ont-elles toutes les facilités pour organiser le soin régional et les compétences administratives pour diffuser leurs injonctions à une base confrontée aux contraintes de son exercice ?

## **5- Crise sociétale et sociale: évolutions de la société et attractivité des professions de santé**

La société française a beaucoup changé ces 40 dernières années et nombre de ses évolutions ont impacté l'hôpital et ses personnels:

1- la réduction du temps travail à 35 heures par semaine a désorganisé l'hôpital qui n'était pas préparé à ce bouleversement et a désadapté ses personnels.

2- les choix de vie et la féminisation du corps médical ont modifié les modalités d'exercice sans que ceci ne soit ni anticipé ni évalué; aujourd'hui, les étudiantes sont plus nombreuses dans les études médicales et l'université que dans les classes préparatoires aux grandes écoles; les activités salariées et le temps partiel sont privilégiés; les spécialités dont la pénibilité des conditions de travail est reconnue en raison de gardes, d'un travail nocturne ou d'une absence de maîtrise des horaires sont évitées; un lieu d'exercice valorisant la qualité de vie, en particulier vie familiale, loisirs, environnement, vie des enfants est préféré.

3- les patients sont devenus acteurs de leur propre santé, riches de leur expérience et de leur vécu mais aussi porteurs d'informations plus ou moins maîtrisées sur leur santé recueillies sur internet, par les réseaux sociaux ou au sein des associations de patients; de ce fait, ils proposent une nouvelle relation médecin-malade qui risque de nier la différence des savoirs.

4- la pression judiciaire génère une situation où se substitue progressivement une exigence de résultats à l'exigence de moyens, exprimant un droit à la guérison et se traduisant par une augmentation des recours judiciaires.

5- la prise de conscience d'un déclassé social par perte de statut social et perte d'aura induit une souffrance identitaire et un sentiment de maltraitance sociale.

6- la perte d'attractivité des professions de santé y compris des carrières médicales hospitalières est la conséquence, outre cette hantise du déclassé, de rémunérations insuffisantes. Pour les médecins en particulier, l'écart de rémunération public-privé est trop important et responsable d'une fuite vers le secteur libéral dans certaines disciplines comme l'anesthésie, la radiologie ou la cardiologie interventionnelle. La direction des affaires médicales de l'hôpital n'a pas auprès des jeunes médecins le rôle d'une direction des ressources humaines qui conseillerait, gérerait des droits sociaux à ce jour inexistantes (crèche pour les enfants, aides aux transports ou au logement) à la différence des droits sociaux réels pour les personnels administratifs et soignants. Ces insuffisances sont d'autant plus préoccupantes que le recrutement et la concurrence des compétences sont devenus mondialisés.

7- la dégradation des conditions de travail des personnels soignants se traduit par l'augmentation de la charge de soins par patient en raison d'un manque de moyens, l'absence de remplacement des personnels en arrêt maladie ou congé maternité, l'absence de reconnaissance et de valorisation par la hiérarchie et les patients, la suppression de postes et la fragilité des postes de cadres, des horaires complexes et des heures supplémentaires plus ou moins imposées et rémunérées.

## **II. PROPOSITIONS**

### **1- Gouvernance de l'hôpital : directeur administratif et directeur médical**

La mise en place d'une nouvelle gouvernance nécessite une révolution (dans le sens de révolution) du droit et des règles. Dans cette perspective de transformation:

1- la gouvernance de l'hôpital ne doit plus être uniquement assurée par le directeur général de l'hôpital; le monopole de la formation des directeurs au sein d'une école unique doit être abandonné pour permettre le recrutement de profils diversifiés. A l'instar des organisations adoptées par plusieurs pays ou en France des CRLCC, les médecins participeront à la gouvernance de l'hôpital dans lequel la grande majorité d'entre eux font leur carrière. Un pilotage démocratisé, fluidifié et simplifié est source de motivation et d'efficacité, permettant de rapprocher les visions administrative et médicale actuellement divergentes, de retrouver un corpus de valeurs partagées, de restaurer une confiance perdue. Le rôle de la CME doit être renforcé en redonnant à son président, assisté d'une équipe administrative, la responsabilité et la signature sur toutes les questions médicales: nominations et gestions des carrières (direction des affaires médicales comprenant des ressources humaines sous sa responsabilité), équipements médicaux, orientations médicales de l'établissement en fonction des progrès médicaux et de l'environnement territorial, avec allocation de moyens matériels et humains dédiés; en contrepartie, une formation au management médico-économique est un prérequis indispensable. La direction des soins doit être sous la responsabilité conjointe du directeur administratif et du directeur médical.

Dans les CHU, le Doyen de la faculté ou par délégation un directeur délégué à la recherche sera associé pour tout ce qui concerne l'enseignement et la recherche dont il assure le pilotage, portant dans l'hôpital la politique de l'université; il travaille en harmonie avec les organismes de recherche; il définit la stratégie de recherche clinique en fonction des points forts de l'établissement, recherche les financements nécessaires, aide à la préparation des PHRC, STIC et programmes de recherche en organisation de soins.

Ainsi envisagée, la gouvernance est exercée:

- dans les hôpitaux, par un binôme: directeur administratif (ancien directeur général) et directeur médical (ancien président de la CME).
- dans les CHU, par un triumvirat: directeur administratif (ancien directeur général), directeur médical (ancien président de la CME) et directeur universitaire (doyen de la faculté ou par délégation vice-doyen à la recherche).

2- dans une gouvernance démocratisée associant tous les acteurs de l'hôpital, une place est faite à la direction des soins, garante des conditions de travail et de la qualité des soins ainsi

qu'aux représentants des patients, attentifs à l'évaluation de l'accessibilité, la qualité de l'accueil, la pertinence des circuits patients.

Donner aux hôpitaux une autonomie par rapport à l'Etat est nécessaire, notamment en régionalisant les responsabilités politique, budgétaire et financière à l'instar des grands pays anglo-saxons et européens, des hôpitaux militaires, des CRLCC et des hôpitaux de fondation. Le point d'impact de la prise de décision doit être le plus court possible et le feedback le plus raccourci possible afin que l'action soit la plus efficace possible. Le Ministère de la Santé garde ses prérogatives essentielles à savoir la sécurité des produits et des soins, les grands principes de soins et de santé publique; la région et le territoire devront prendre en charge la stratégie, la gestion intégrée financière des hôpitaux publics, des soins de ville et du social.

3- la relation médecins-personnels soignants doit être réorganisée avec l'objectif de redonner du sens aux métiers et de permettre une valorisation individuelle; le sentiment d'appartenance à une équipe privilégie un projet collectif et non personnel. De même, les cadres de santé seront nommés au sein des unités de soins et des services dans une fonction de tandem entre chef de service et cadre hospitalier.

4- l'organisation de l'hôpital en pôles doit être repensée; elle ne doit plus être systématique ni obligatoire, son critère d'organisation doit être la pertinence: les pôles sans cohérence fonctionnelle seront supprimés; les pôles à vocation transversale (imagerie, biologie, pharmacie) seront conservés; les disciplines dont la masse critique est suffisante constitueront à elles seules un pôle, les autres disciplines choisiront leur organisation qui ne saurait leur être imposée. Le service (unités de soins, consultations, hôpitaux de jour) dont la dimension est la discipline ou la spécialité est la base affirmée de l'organisation hospitalière: il est doté, par délégation, d'une autonomie forte d'organisation, de décisions et de responsabilité.

5- la qualité et la valorisation d'une discipline ne seront plus associées au nombre de lits, marqueur obsolète de la performance et d'une gestion dépassée. Le nombre de personnels soignants ne sera plus corrélé au nombre de lits: maintenir des lits vides doit être possible, garantissant souplesse et flexibilité et permettant de faire face aux variations saisonnières des pathologies. Le savoir-faire des personnels, le nombre de nouveaux patients, l'absence de réhospitalisations non programmées, l'activité ambulatoire et les résultats (mortalité et qualité de vie) seront les marqueurs privilégiés de la qualité. Une évaluation par un comité d'experts indépendants à dates régulières doit être instaurée. Les médecins se réapproprient une certification simplifiée dont l'interlocuteur ne doit plus être le directeur général mais le président

de la CME; les experts visiteurs, dont la compétence sera revue, seront des médecins, ils s'intéresseront à la démarche qualité de l'équipe et non aux référentiels.

6- les flux des patients programmés et non programmés seront identifiés dans des filières de prise en charge séparées afin d'éviter toute pollution de l'une par l'autre: le non programmé est un recrutement passif, d'urgence, assurant la mission de service public de proximité du territoire; le recrutement programmé est l'identifiant de la prise en charge complexe et des structures de recours.

7- le développement des nouveaux métiers et les doubles cursus seront encouragés pour accompagner le progrès médical et les évolutions des modalités de prise en charge des patients: informatique, numérique, mathématiques, statistiques, intelligence artificielle, gestion des bases de données, ingénierie, infirmières de pratique avancée (IPA).

## **2- Propositions financières : passer du volume d'activité et des procédures au résultat**

La condition essentielle est de revenir à la valeur fondamentale de la médecine qui est le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade. Cela oblige à passer du volume d'activité au résultat, du quantitatif au qualitatif, des procédures au résultat car, contrairement au monde industriel, les études portant sur la santé ont montré l'absence de corrélation entre procédures et résultat. Cela légitime de passer d'une vision managériale à une vision médicale.

Le contrôle des dépenses est indispensable mais il paraît nécessaire de faire évoluer le processus de tarification. A minima, il faudrait diminuer le poids de la tarification à l'activité, la réserver à certaines pathologies, simplifier le nombre d'actes, rendre la tarification plus lisible et prioriser les GHS qui regroupent actes et frais de personnel. Par ailleurs, la tarification à la qualité (le résultat clinique obtenu et le ressenti du patient) est une nécessité en accordant une véritable place à l'efficience des soins et à la tarification des filières de soins par pathologie dans une logique de parcours.

L'évaluation du résultat ne peut se faire qu'en fin de parcours de soins, depuis la première consultation en ville jusqu'aux soins de suite, passant ou non par l'hôpital; l'hôpital est central, intercalé entre des soins avant et après l'hospitalisation. L'intégration soins de ville-hôpital-social est ainsi prise en compte par les notions de parcours et de résultat. Le résultat est le fait d'obtenir une diminution de la mortalité, une diminution de la morbidité et une meilleure qualité de vie; l'évaluation est faite en comparant, d'une année à l'autre, l'amélioration des données cliniques et le ressenti des patients pour un type de maladie dans un territoire donné.

La notion de valeur en santé s'est imposée dans tous les pays développés; elle est définie comme le rapport entre résultat et dépenses, en favorisant le numérateur résultat et laissant au second plan la dépense qui est contrainte. Le but est que le résultat augmente plus vite que la dépense. Cette notion de «value based medicine» a permis de créer pour chaque maladie des indicateurs de résultat. La notion de résultat s'adapte mieux aux soins des maladies chroniques, mal évalués par le volume d'activité. Un paiement à l'épisode, au parcours est mis en place aux USA par un contrat volontaire entre hôpitaux et médecins de ville. Le parcours est organisé et la distribution du financement effectué par le généraliste en Grande Bretagne. En France, la réflexion doit être menée sur la définition du parcours, son organisation, son financement et la répartition de ce financement entre les différents acteurs.

Les valeurs sociétales, d'accès, d'égalité, de liberté de choix, d'information, d'éducation, de partage de décision, de prévention, de participation aux choix politiques, promues par le numérique notamment la télémédecine et l'intelligence artificielle, mériteraient d'être mieux prises en considération dans une vision de santé publique.

Le financement devra aussi laisser une place à des subventions d'exploitation indispensables aux besoins de la population.

Ainsi, une répartition des financements en trois parties (trois tiers potentiellement modulables suivant les régions et les spécificités de l'établissement) comprenant une subvention de base, une tarification à l'activité (partagée), et une contribution relative à la qualité (résultat) est mieux adaptée au système actuel de soins hospitaliers.

### **3- Réinsérer l'hôpital dans son environnement: une organisation territoriale des soins**

1. LE GHT est une pièce essentielle de la réorganisation territoriale du système de santé qui répond à une approche respectueuse d'une équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Cela exige la coordination des soins et une étroite coopération des établissements sur le territoire.

2. Le GHT et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : Comment fluidifier le parcours des patients ?

Les GHT s'inscrivent dans la volonté de créer de véritables parcours de soins entre les activités de proximité et les activités spécialisées, incluant les établissements spécialisés en psychiatrie.

La loi Ma Santé 2022 renforce l'option d'une vraie gradation des soins en soins de proximité, soins spécialisés et recours ultraspécialisés grâce à des plateaux techniques innovants. Le pari est celui d'une co-construction du parcours de soins des patients. Les professionnels de santé libéraux seront incités à exercer en groupes interprofessionnels constituant des CPTS. De façon concomitante, la transformation de structures hospitalières actuelles en hôpitaux de proximité devrait assurer les activités de médecine générale polyvalente, de gériatrie, de soins de suite et réadaptation en s'ouvrant aux professionnels de santé de la ville. Les hospitalisations non pertinentes pour examens complémentaires ou bilan diagnostique seront identifiées et évitées. Les centres de chirurgie et de médecine ambulatoires seront développés.

Dans cette vision, les GHT doivent contribuer au maillage territorial en facilitant l'accès des patients vers les soins spécialisés et ultraspécialisés tout autant que leur retour à domicile dans un relais anticipé des soins.

3- Considérant nécessaire de réorganiser l'activité de recours et l'activité de soins, il convient de favoriser la complémentarité entre Établissements de santé, entre CHU, surtout entre CHU, CHG, hôpitaux de proximité et médecine de ville. Les GHT visent à favoriser cette complémentarité nécessaire pour mettre en pratique la notion de parcours de soins. Le rôle du CHU est de soutenir les Programmes Régionaux de Santé (PRS), contribuer au maintien d'une offre de soins gradués sur le territoire, promouvoir et diffuser la médecine prédictive et personnalisée, contribuer au développement de la télémédecine et animer les formations aux nouveaux métiers et modes d'exercice. En assurant une médecine de recours et une médecine de proximité, en ayant la responsabilité de la formation pratique des soignants, et en ayant pour mission d'animer et de valoriser la recherche, le CHU est un pilier essentiel du système de soins.

4- La réussite des GHT dépend de l'activation efficace de tous les métiers favorisant la synergie et le décloisonnement inter- et extra-hospitalier. Les leviers organisationnels avec des projets innovants et des outils numériques souples sont les éléments clés de cette transformation:

a- le Dossier Médical Partagé au sein du GHT et du territoire de santé, basé sur un système d'information hospitalier (SIH) commun, est une pièce de puzzle de l'espace numérique de santé individuel et personnalisé pour chaque patient.

b- les outils numériques fonctionnels souples qui favorisent le dialogue entre les professionnels de santé doivent être privilégiés sur les outils structurels et les contraintes organisationnelles.

c- les leviers financiers permettent de promouvoir la diffusion de tels outils et d'inciter les professionnels de santé à travailler ensemble de façon plus efficiente et coordonnée.

d- les leviers culturels doivent être développés par la formation aux nouveaux modes d'exercice et aux nouvelles pratiques.

En conséquence, les principes qui doivent guider les ARS seront de:

- ne pas empiler les structures anciennes et nouvelles, supprimer les strates hiérarchiques qui retardent toutes les décisions et découragent les initiatives;
- déléguer vraiment la responsabilité sur la base d'un contrat d'objectifs prioritaires clairs en concertation avec le GHT ;
- ne pas vouloir tout planifier;
- faciliter la mise à disposition d'outils numériques flexibles et de la télémédecine;
- évaluer, à partir de marqueurs de résultats, l'accessibilité et le parcours de soins.

#### **4- Personnels médicaux et soignants: réorganiser leur activité, revaloriser leurs métiers**

##### 1- Personnels médicaux Hospitalo-Universitaires

Une des originalités du CHU tient au fait que des praticiens de statuts différents, PH et PUPH, exercent la même activité clinique, les PUPH exerçant, en outre, des missions de recherche et d'enseignement. Cette dichotomie entre hospitaliers et hospitalo-universitaires peut paraître artificielle d'autant que l'immense majorité des PH exerçant dans les CHU a également une activité de recherche et très souvent d'enseignement. Il importe que cette activité soit reconnue soit en accordant au PH une valence universitaire, soit en créant un nouveau statut de Praticien Universitaire Contractuel comme cela est le cas dans d'autres pays, soit en augmentant de façon sensible le nombre de Professeurs Associés. Ce type de reconnaissance pourrait faire l'objet de conventions sur des projets précis limités ou non dans le temps.

Concernant la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche des PUPH, elle apparaît pour certains difficile à assumer mais son principe doit être maintenu et demeurer la règle au sein d'un service Hospitalo-Universitaire; cependant, elle devra pouvoir évoluer dans le temps avec successivement des périodes plus particulièrement dédiées au soin, d'autres à l'enseignement ou à la recherche. Cette évolution dans le temps pourra ou non être contractualisée.

##### 2- Personnels médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires

L'organisation de l'activité des médecins doit permettre de les libérer d'une activité administrative excessive pour leur permettre de privilégier le temps médical.

Ce gain permettrait de consacrer davantage de temps à la recherche clinique qui participe beaucoup à l'attractivité des CHU menacée dans certaines disciplines: la recherche est

directement liée à la qualité des soins. La délégation de tâches permettrait également de mieux organiser l'activité des médecins en assurant aux infirmières et infirmiers une plus grande diversité de leur métier (maladies chroniques, explorations comme échographie ou endoscopie). Les personnels hospitaliers souhaitent une telle modulation de leurs activités, en d'autres termes une diversification des activités et des adaptations des temps de travail selon les obligations de service ou les circonstances de la vie.

Il est nécessaire de redonner aux carrières hospitalières et hospitalo-universitaires leur attractivité en valorisant les facteurs sous-jacents: qualité de vie, liberté d'esprit de l'exercice, esprit d'équipe médicale au sein d'une spécialité, gestion des conflits, diminution de l'écart de rémunération entre privé et public. Des droits sociaux (crèche pour les enfants, aides aux transports) doivent être créés.

La recertification des médecins devra être obligatoire telle que préconisée par le CNOM, dans le récent rapport ministériel et par la HAS; les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) doivent prendre leur part afin de définir l'essentiel des compétences à acquérir ou à maintenir.

Les médecins étrangers à diplôme hors union européenne devront être recrutés sur concours (modalité dite liste A), le nombre de postes étant fixé par la DGOS, alors que les recrutements de médecins réfugiés politiques doivent se faire à partir d'un examen (modalité dite liste B)

### 3- Personnels soignants

Les salaires des personnels infirmiers restent insuffisants à l'entrée dans la carrière et leur progression est trop faible. Bien que les effectifs infirmiers aient sensiblement cru ces quinze dernières années, les besoins demeurent alors même que l'exercice libéral est très attractif. Concernant les conditions de travail à l'hôpital, la répartition du temps de travail dans le nyctémère est un point important dans une société où la vie privée est essentielle; une répartition en deux périodes de 12 heures, appréciée dans les services d'urgences ou de réanimation, souvent favorisée par les personnels malgré la fatigue plus importante, pourrait être privilégiée par rapport aux trois périodes classiques de la journée.

Une attention particulière doit être portée au métier d'aide-soignant. La perte d'attractivité de ce métier est liée à sa pénibilité, à une rémunération insuffisante, à une reconnaissance et une valorisation insuffisantes.

### **5- Patients et citoyens : comprendre leurs attentes et répondre à leurs demandes**

Pour espérer organiser des soins centrés sur le patient, il convient au préalable d'en saisir la triple demande : accéder à des soins de qualité en proximité comme en recours, bénéficier d'une

relation avec des équipes prenant soin de lui et rendre sa vie plus facile, en particulier lorsqu'il est atteint d'une maladie chronique.

1- les indicateurs d'évaluation de la qualité des soins doivent être les témoins de l'accessibilité aux soins et aux innovations médico-techniques, inclure la pertinence des indications portées et la sécurité traduite par la comparaison de la survenue des événements indésirables graves et des indices de morbi-mortalité au sein des établissements et des parcours de soins.

2- la qualité relationnelle envers les patients est un critère majeur de la qualité des soins des professionnels de santé et des établissements. Ainsi, il convient d'accorder une valeur essentielle aux critères de certification qui évaluent le tact de l'annonce du diagnostic et des mesures thérapeutiques qui l'accompagnent, l'intelligibilité des informations données au patient, garantes d'une décision partagée avec lui.

3- la facilitation de la vie des personnes soignées implique un accompagnement en éducation thérapeutique afin de les rendre plus autonomes et une coordination réactive et efficace pour rendre son parcours lisible et plus fluide.

Une mesure de la satisfaction des patients (patients traceurs) est nécessaire pour juger et suivre la réelle efficacité des parcours et établissements de soins auxquels ils ont recours.

## **6- L'Université: sa place dans l'hôpital et son rôle sociétal**

L'Université est le partenaire naturel du CHU pour l'activité de recherche, de formation et globalement pour tout ce qui concerne les moyens dédiés à l'activité universitaire. En assurant une médecine de recours et de proximité, en ayant la responsabilité de la formation et la mission d'animer et valoriser la recherche, le CHU est un pilier essentiel du système de soins.

La convention hospitalo-universitaire, validée par le conseil de surveillance du CHU et cosignée par le Président de l'Université et le Directeur Général du CHU, fixe en principe les grands axes de ce partenariat.

1 - Pour la Recherche, l'Université a un rôle structurant qu'il est souhaitable de renforcer en favorisant la création d'équipes labellisées par l'INSERM ou le CNRS. Les équipes trop fragmentées devraient être incitées à se regrouper ou se rassembler en Instituts de Recherche.

Le Président de l'Université a le pouvoir, avec les Présidents des grands organismes, de recomposer ou labelliser les structures de recherche. Il lui appartient également de donner des moyens matériels (acquisition de matériels lourds) et humains (postes de techniciens et chercheurs) à la Recherche. Par ailleurs, le Doyen de la Faculté de Médecine peut jouer un rôle déterminant en participant au Conseil de surveillance du CHU et en nommant le Président du Conseil de la Recherche en Biologie et en Santé Publique (CRBSP).

La spécificité de la Recherche en Santé tient au fait qu'il appartient également au CHU de faciliter la mise en œuvre de la Recherche Clinique : elle est un atout pour la qualité de la formation et des soins et doit participer à l'émergence de pôles d'excellence. Elle doit participer à la création de réseaux de Recherche en impliquant d'autres établissements de santé au sein des GHT auxquels appartiennent les CHU qui jouent le rôle de tête de réseau.

Cette recherche repose sur des pôles médico-techniques de haut niveau et sur des services cliniques leaders de leur discipline qu'il est nécessaire de valoriser. Les Directions de Recherche Clinique et d'Innovation (DRCI) devraient accorder davantage de moyens humains à sa réalisation en attribuant systématiquement des Attachés de Recherche Clinique et des Techniciens d'Études Clinique aux services concernés. Des financements seront dégagés grâce aux crédits MERRI que reçoit le CHU pour son activité de recherche et une aide préférentielle allouée aux services au prorata des points SIGAPS qu'ils rapportent à l'établissement. Les Doyens des UFR de Santé seront impliqués pour tout ce qui concerne l'enseignement et la recherche dont ils assurent le pilotage, portant dans l'hôpital la politique de l'université.

2- Pour la formation, la future réforme des Études Médicales, la création de passerelles entre la filière médicale et les autres filières Universitaires et l'évolution des métiers liés à la santé, sous la responsabilité maintenue des UFR de santé, renforceront le rôle de l'Université. Un plus grand nombre de passerelles entre les formations favorisera les changements de filières des étudiants décloisonnant la médecine. De nouvelles formations seront créées dans le secteur de la santé dans des disciplines telles que l'imagerie, la biologie, le numérique ou encore la coordination des soins, domaines clés qui pourront faire appel à des non médecins ayant des connaissances médicales.

Concernant la formation des internes, des stages seront créés dans des CHG et, dans certaines spécialités en fonction des besoins de formations (médecine générale, dermatologie, chirurgie de la main, SSR...), dans des établissements privés ou dans les communautés de professionnels de soins primaires et des cabinets de ville.

3- Le rôle sociétal des Facultés de Médecine

Les UFR de Médecine, au sein des Universités en Santé dont le territoire naturel est la subdivision, sont les garantes d'une formation répondant aux besoins de la population. Cette formation doit concilier l'acquisition des connaissances, les innovations du modèle bio-technico-médical centré sur la maladie et l'apprentissage des pratiques relationnelles coordonnées et pluri-professionnelles indispensables aux soins de la personne malade.

a- les UFR de Santé et les Doyens doivent être les garants du respect des stratégies nationales et territoriales de santé. Responsables d'un maillage des terrains de stage au sein des territoires, elles doivent disposer d'une cartographie territoriale traduisant la démographie médicale et ses difficultés de répartition.

b- les Doyens doivent inciter les coordonnateurs des spécialités à maintenir une irrigation territoriale des agréments et des postes d'internes dans le respect de la qualité de la formation.

c- les Universités de Santé doivent favoriser des formations socles décloisonnées pluri-professionnelles qui ciblent les besoins prioritaires de santé.

d- la formation à la recherche médicale en soins primaires doit être développée au cours des études médicales et pendant l'internat et le post-internat.

### **III. RECOMMANDATIONS**

#### **1- Refonder la gouvernance de l'hôpital**

- renforcer le rôle de la CME redonnant à son président la responsabilité et la signature sur toutes les questions médicales et associer le Doyen ou son représentant à toute décision impactant l'enseignement et la recherche.

- la gouvernance doit être exercée: dans les hôpitaux par un binôme: directeur administratif (ancien directeur général) et directeur médical (ancien président de la CME) avec une équipe administrative; dans les CHU par un triumvirat : directeur administratif (ancien directeur général), directeur médical (ancien président de la CME) et directeur universitaire (doyen de la faculté ou par délégation directeur à la recherche).

- repenser l'organisation actuelle des pôles au profit de leur pertinence, supprimant les pôles sans cohérence fonctionnelle et affirmant le service comme structure de base de l'hôpital.

#### **2- Changer le mode de financement des hôpitaux**

- revenir à la valeur fondamentale de la médecine: le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade, passant du volume d'activité au résultat, du quantitatif au qualitatif, des procédures au résultat, d'une vision managériale à une vision médicale.

- répartir les financements entre une subvention de base, une tarification à l'activité et une contribution relative à la qualité.

### **3- Réinsérer l'hôpital dans son environnement territorial**

- réaliser l'intégration des soins de ville, de l'hôpital, du domicile et du social dans un partenariat public-privé au profit du parcours de soins du patient dans une vision régionale, valorisant le GHT et avec le CHU comme tête du réseau.
- identifier clairement les responsabilités politiques et financières, en définissant les rôles respectifs du Ministère de la Santé et de la région privilégiant chaque fois que possible la régionalisation et le territoire de santé concerné.

### **4- Revaloriser les personnels médicaux et soignants**

- réorganiser l'activité des médecins en réduisant le temps consacré aux charges administratives, en privilégiant le temps médical et en modulant leur activité par périodes plus particulièrement dédiées aux soins, à la recherche ou à la formation.
- redonner aux carrières médicales hospitalières et hospitalo-universitaires, aux métiers de soignants leur attractivité.

### **5- Réaffirmer le rôle des CHU**

- soins: contribuer au maintien d'une offre de soins graduée sur le territoire, assurer une médecine de recours et une médecine de proximité, promouvoir et diffuser la médecine prédictive et personnalisée.
- formation: créer des passerelles entre la filière médicale et les autres filières Universitaires, créer de nouvelles formations dans le secteur de la santé.
- recherche: faciliter et animer la mise en œuvre de la Recherche Clinique et participer à l'émergence de pôles d'excellence, à la création de réseaux de Recherche.
- redonner à la convention hospitalo-universitaire tout son rôle: définir les grands axes du partenariat université-hôpital.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE

La quête de bien être psychologique n'est pas un simple signe de niveau d'exigence accrue de nos contemporains. Elle révèle surtout la fragilisation de cet équilibre induite par les conditions de vie: perte de repères spatiaux et idéologiques, tensions de la vie urbaine, fragilité des structures familiales, conditions de travail porteuses d'une pénibilité psychique (pression managériale, exigence de résultats...). Les niveaux de morbidité psychiatrique sont les indicateurs du défi auquel nous sommes confrontés : suicidalité (10 000 morts chaque année en France), conduites addictives et autres conduites antisociales, troubles de l'humeur.

L'offre de soins psychiatrique publique connaît trois spécificités:

1- le caractère explicite d'une mission territoriale dans la suite de l'organisation en secteur mise en place il y a cinquante ans à compétence large: des actions de prévention aux soins hospitaliers et de suivi post-hospitalisation.

2- un financement par une dotation globale érodée année après année jusqu'ici basée sur l'historique de cette dotation sans réelle prise en compte de l'activité ou des résultats et en partie détournée pour corriger une part du déficit engendré par les activités MCO.

3- une prise en compte très insuffisante de la nécessaire diversité de l'offre de soins avec une gradation de la proximité territoriale jusqu'à une offre de recours niveau CHU (hyperspécialisation pour des pathologies complexes).

Les grandes difficultés de recrutement de médecins qualifiés en psychiatrie dans l'ensemble des établissements publics sont particulièrement graves aboutissant à un nombre préoccupant de temps médicaux non pourvus. Cette désaffection des jeunes médecins pour travailler en milieu

hospitalier public résulte, outre d'un écart salarial entre privé et public, de la perte de l'identité du cœur de métier du psychiatre hospitalier confronté à trop de demandes diverses d'une population socialement et économiquement souvent défavorisée, induisant parfois une confusion entre précarité et pathologie mentale. Le déficit actuel en praticiens qualifiés avec de nombreux postes non pourvus crée une situation délétère qui ne peut spontanément que s'aggraver et dissuader les jeunes praticiens.

Des mesures doivent immédiatement être prises pour redonner un sens et un intérêt au travail de médecin spécialiste dans ces établissements. Il est devenu urgent qu'une cohérence lisible soit trouvée entre moyens alloués et missions attendues dans chaque établissement.

Deux niveaux de réponse doivent être proposés :

1- en définissant au niveau national une dotation globale basée sur le niveau populationnel du territoire à partir d'un niveau de base financière minimale et d'une dotation minimale en temps médicaux par habitant pour les soins de première ligne dont l'importance est soulignée par l'ampleur des problématiques psychiques et comportementales de la population. Pour que la psychiatrie puisse intégrer un GHT, cette dotation doit être sanctuarisée au niveau de chaque région ou hôpital. La qualité d'accomplissement des missions de première ligne (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers) doit être évaluée à partir de critères simples: taux de recours/population, volume d'activités médicales et non médicales, évolution des morbidités (suicide) dans le territoire.

2- en donnant mission aux structures psychiatriques de recours (CHU) d'accompagner les équipes de première ligne pour traiter les cas de pathologies résistantes, les maladies rares à expression psycho-comportementale, les pathologies à intrication somato-psychique. Ces structures intégrées à un GHT doivent démontrer leur capacité à initier et coordonner, au sein des communautés de territoire ou du groupement hospitalier, les actions de recherche clinique insuffisamment soutenues et développées.

En psychiatrie comme pour les autres disciplines médicales, il est urgent de valider la pertinence de nouveaux métiers (IPA en santé mentale et psychiatrie, case managers) pour que des professionnels non médecins deviennent des facilitateurs d'un recentrage du temps médical sur ses spécificités que sont les choix diagnostiques et thérapeutiques.

Ces mesures doivent s'appliquer à la pédopsychiatrie dont la situation est particulièrement alarmante.

## ANNEXE 2 : SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

### **Refonder la gouvernance de l'hôpital**

1- démocratiser et simplifier la gouvernance à laquelle doivent participer les médecins. Le rôle de la CME sera renforcé en redonnant à son président la responsabilité et la signature sur toutes les questions médicales; le Doyen ou son représentant est associé pour tout sujet concernant l'enseignement et la recherche; la gouvernance est exercée: dans les hôpitaux par un binôme: directeur administratif (ancien directeur général) et directeur médical (ancien président de la CME) avec une équipe administrative ; dans les CHU par un triumvirat : directeur administratif (ancien directeur général), directeur médical (ancien président de la CME) et directeur universitaire (doyen de la faculté ou par délégation directeur à la recherche).

2- restaurer la relation médecins-personnels soignants pour redonner du sens aux métiers des personnels et un sentiment d'appartenance à une équipe.

3- repenser l'organisation de l'hôpital en pôles supprimant les pôles sans cohérence fonctionnelle et les micro-services. Le service dont la dimension est la discipline ou la spécialité est la base affirmée de l'organisation hospitalière, doté d'une autonomie forte d'organisation, de décisions et de responsabilité à la condition d'une masse critique suffisante.

4- repenser les marqueurs de la qualité en substituant au nombre de lits le savoir-faire des personnels, le nombre de nouveaux patients, l'absence de ré hospitalisations non programmées, l'activité ambulatoire et les résultats ;

5- mettre en place une évaluation par des experts indépendants à dates régulières

6- encourager le développement des nouveaux métiers et des doubles cursus.

### **Changer le mode de financements des hôpitaux**

7- revenir à la valeur fondamentale de la médecine: le résultat clinique obtenu par les soins prodigués au malade.

8- changer de modèle en passant du volume d'activité au résultat, du quantitatif au qualitatif, des procédures au résultat, d'une vision managériale à une vision médicale.

9- répartir les financements entre une subvention de base, une tarification à l'activité et une contribution relative à la qualité.

### **Réinsérer l'hôpital dans son environnement territorial**

10- réaliser l'intégration des soins de ville, de l'hôpital, du domicile et du social dans un partenariat public-privé au profit du parcours de soins du patient.

11- réaffirmer la place essentielle de la réorganisation territoriale du système de santé.

12- organiser l'offre de soins en favorisant la complémentarité entre les établissements de santé: CHU, CHG, hôpitaux de proximité, médecine de ville au sein du territoire et des GHT.

13- assurer la réussite des hôpitaux par l'activation efficace de tous les métiers favorisant la synergie et le décloisonnement inter- et extra-hospitalier.

14- mobiliser les leviers organisationnels pour permettre le développement de l'ambulatoire, de projets innovants et d'outils numériques fonctionnels.

15- utiliser les leviers financiers et culturels pour faciliter la co-construction et l'émergence des projets territoriaux, favoriser l'intégration et supprimer la fragmentation.

### **Revaloriser les personnels médicaux et soignants**

16- reconnaître l'activité universitaire des Praticiens Hospitaliers des CHU.

17- réorganiser l'activité des médecins en réduisant le temps consacré aux charges administratives, en privilégiant le temps médical dans sa triple dimension de soins, de recherche clinique et de formation.

18- moduler l'activité des PUPH en associant des périodes plus particulièrement dédiées à la Recherche, au Soins ou à la Formation.

19- redonner aux carrières hospitalières et hospitalo-universitaires leur attractivité en valorisant la qualité de vie et l'esprit d'équipe médicale, en gérant les conflits, en diminuant l'écart de rémunération entre privé et public.

20- recertifier les médecins.

21- revaloriser la rémunération des infirmières.

22- privilégier, chaque fois que souhaité, une répartition du temps de travail dans le nyctémère des personnels soignants en deux périodes de 12 heures.

23- rendre au métier d'aide-soignant son attractivité.

### **Comprendre les attentes et répondre à la triple demande des patients**

24- accéder à des soins de qualité en proximité comme en recours et prendre en compte le ressenti des patients.

25- bénéficier d'une relation avec des équipes prenant soin de lui.

26- faciliter sa vie notamment en cas de maladie chronique dans l'harmonie du bien traitant et du bien traité.

### **Redonner à l'Université sa place dans l'hôpital et son rôle sociétal**

27- regrouper des équipes trop fragmentées en Instituts de Recherche, par l'attribution de moyens matériels pour l'acquisition des matériels lourds et humains, par l'affectation de postes universitaires de techniciens et chercheurs.

28- faciliter la mise en œuvre de la Recherche Clinique, en favorisant la création de réseaux de Recherche par implication d'autres établissements de santé en particulier au sein des GHT.

29- impliquer les Doyens des UFR de Santé sur tout ce qui concerne la recherche et l'enseignement au sein de l'hôpital.

30- créer des passerelles entre la filière médicale et les autres filières Universitaires.

31- redonner à la convention hospitalo-universitaire tout son rôle: définir les grands axes du partenariat université-hôpital.

32- assurer une formation en répondant aux besoins de la population, en conciliant acquisition des connaissances et innovations centrées sur la maladie d'une part et apprentissage des pratiques relationnelles indispensables aux soins de la personne malade d'autre part.

### **Repenser l'organisation de la psychiatrie**

33- tenir compte de ses spécificités: mission territoriale, financement par dotation globale, nécessaire diversité de l'offre de soins.

34- attribuer au niveau national une dotation globale basée sur le niveau populationnel du territoire

35- identifier et financer les structures psychiatriques de recours (CHU) intégrées à un GHT dans leur mission d'accompagnement des équipes de première ligne dans la prise en charge des patients selon leurs compétences.

### **ANNEXE 3 : PERSONNALITES AUDITIONNEES**

Thierry Amouroux, SNPI, Porte-parole

Anne-Marie Armanterras de Saxcé, HAS, Membre du collège, Présidente de la commission certification des établissements de santé

Jean-Marc Aubert, Directeur de la DREES  
Jean-Baptiste Bonnet, Président de l'ISNI  
Patrick Bouet, Président du CNOM, membre de l'ANM  
Anne-Marie Brocas, Présidente du HCAAM  
Michel Claudon, Président de la Conférence des Présidents de CME des CHU  
Denis Collet, Professeur des Universités, Chirurgie digestive, CHU de Bordeaux, Président de l'AFC  
Cécile Courrèges, Directrice de la DGOS  
Alain Fischer, membre de l'ANM  
Catherine Geindre, Présidente de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU  
Thierry Godeau, Président de la Conférence des CME des Centres Hospitaliers  
Patrick Goudot, Président du SNPHU  
André Grimaldi, Professeur des Universités, Diabétologie, AP-HP  
Elizabeth Hubert, Ancienne ministre, Présidente de HaD France  
Michel Huguier, membre de l'ANM  
Norbert Ifrah, Président de l'INCa  
Alain Jacob, Président du SNPHCHU  
Michel Laforcade, Directeur de l'ARS Nouvelle Aquitaine  
Dominique Le Guludec, Présidente de la HAS  
Emmanuel Loeb, Président des Jeunes Médecins  
Sophie Martinon, Directrice Générale de l'ANAP  
Stéphane Michaud, Président de l'AFDS, SNPI cadres de santé  
Gérard Milhaud, membre de l'ANM  
Max Ponceillé, Ancien président de la FHP, PDG du groupe OC Santé  
François-René Pruvot, Président de la Conférence des Présidents de CME des CHU  
Zaynab Rief, Déléguée Générale de la FHF  
Michel Rosenblatt, CFDT, Secrétaire confédéral  
Christian Saout, HAS, Membre du collège, Président de la commission évaluation économique et de santé publique  
Jean Sibilia, Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine  
Gabriel Steg, Professeur des Universités, Cardiologie, AP-HP  
Danielle Toupillier, Directrice du CNG

#### ANNEXE 4 : LISTE DES ACRONYMES

AFC Association Française de Chirurgie

AFDS Association Française des Directeurs de Soins  
ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-  
sociaux  
ANM Académie Nationale de Médecine  
ARS Agence Régionale de Santé  
CFDT Confédération Française Démocratique du Travail  
CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CNG Centre National de Gestion  
CRLCC Centre Régional de Lutte Contre le Cancer  
DGOS Direction Générale de l'Offre de soins  
DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
FHFF Fédération Hospitalière de France  
FHPF Fédération de l'Hospitalisation Privée  
GHM Groupe Homogène de Malades  
GHT Groupement Hospitalier de Territoire  
HaD Hospitalisation à domicile  
HASH Haute Autorité de Santé  
HCAAM Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
INCa Institut National du Cancer  
MERRI Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation  
PHRC Programme hospitalier de recherche clinique  
ISNI InterSyndicale Nationale des Internes  
SIGAPSS Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques  
SNPI Syndicat National des Professionnels Infirmiers  
SNPHCHU Syndicat National des Praticiens Hospitaliers de CHU  
SNPHUS Syndicat National des Professeurs Hospitalo-Universitaires  
STIC Soutien aux techniques innovantes et coûteuses

## ANNEXE 5 : DOCUMENTS

1- AFDS [www.directeurdesoins-afds.com](http://www.directeurdesoins-afds.com)

2- CNG [www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)

Yahiel M. et Toupillier D. Mission sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé 2010

Toupillier D. Exercice médical à l'hôpital 2011

Couty E. et Toupillier D. Pacte de confiance 2013

- 3- Conférence Nationale des Présidents de CME <https://www.conference-cme-chu.fr>; [www.ch-laroche.fr](http://www.ch-laroche.fr) Propositions 2018.
- 4- Degos L. Santé, sortir des crises ? Le Pommier Ed. 2011.
- 5- Degos L. Eloge de l'erreur. Le Pommier Ed. 2013.
- 6- Degos L. Quelle politique de santé pour demain ? Le Pommier Ed. 2016.
- 7- FHF [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) Qualité de vie au travail. Rapport 2018.
- 8- FHF [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) 22 propositions pour transformer le système de santé 2018.
- 9- HCAAM [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr) Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé. Rapport 2018.
- 10- Huguier M. L'hôpital public en crise. Académie des sciences morales et politiques, 22 janvier 2007.
- 11- Jeunes Médecins <https://jeunesmedecins.fr> Stratégie nationale de transformation du système de santé. 20 propositions des Jeunes Médecins.
- 12- Loi n 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- 13- Loi n 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- 14- Loi n 2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier.
- 15- Loi n 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- 16- Loi n 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé
- 17- Ordonnance n 96-345 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée
- 18- Ordonnance n 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- 19- Ordonnance n 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- 20- SNPI [www.syndicat-infirmier.com](http://www.syndicat-infirmier.com) Bulletins du SNPI mai 2017 et novembre 2017