

Manager l'hôpital, **maintenant!**

Les propositions du **snch**
pour l'hôpital

Audition par la commission Larcher 22 novembre 2007

*« Va vers ton risque,
à te regarder,
ils s'habitueront »*

René Char

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 4 |
| fiche 1 Réguler les flux aux urgences | 6 |
| fiche 2 Faire bouger la carte hospitalière | 7 |
| fiche 3 Renforcer le pilotage pour refuser toute situation d'impunité | 8 |
| fiche 4 Révolutionner les modes de rémunération | 9 |
| fiche 5 Créer le grand corps du management public | 10 |
| fiche 6 Instaurer l'INSEAD de la santé | 12 |
| fiche 7 Doter l'hôpital d'un nouveau statut | 13 |
| fiche 8 Professionnaliser et décentraliser le dialogue social | 14 |
| fiche 9 Recherche : affirmer la place de la France dans la compétition mondiale | 15 |
| Résumé des propositions du snch | 16 |

Manager l'hôpital,

*« On parlera avec vous, on construira avec vous,
mais que personne n'imagine que j'accepterai l'immobilisme.
Tout est négociable, sauf cela. »*

(extraits de l'allocution du président de la République à Bordeaux, le 16 octobre 2007).

« L'homme à tout faire » du système de santé

En 20 ans, les missions de l'hôpital ont été révolutionnées. Autrefois, l'hôpital était un lieu de soins spécialisés qui avait deux fonctions essentielles :

- prendre en charge les cas lourds et complexes ;
- assumer son devoir de solidarité pour les populations les plus fragiles.

Aujourd'hui, la disparition progressive de la permanence des soins en ajoute une autre : faire ce que les autres professionnels (praticiens libéraux et cliniques) ne veulent plus faire en prenant en charge des situations qui n'ont plus rien d'urgent.

Subrepticement, nous sommes passés d'un hôpital pivot à un hôpital par défaut.

Malgré lui, l'hôpital est devenu « l'homme à tout faire » du système de santé.

Cet accroissement constant des missions de l'hôpital se conjugue avec deux autres facteurs :

- la perte de parts de marché de l'hôpital public, comme l'illustre le recul de la chirurgie publique. Désormais, les CHU eux-mêmes ne sont plus épargnés. Cette crise est emblématique. La chirurgie publique a perdu 20 points de parts de marché en 20 ans pour adapter, trop peu et trop tard, le statut de praticien hospitalier. Au total, l'accès aux soins est compromis par des situations de quasi-monopole du secteur II sur certains territoires de santé ;
- le poids interne des corporatismes a conduit à privilégier le plus souvent des intérêts particuliers sur l'avenir de l'institution. Parfois jusqu'au ridicule, comme dans le récent statut des praticiens hospitaliers où le mot « directeur » est pudiquement tu.

Pour le **snch**, le risque existe d'un **service public progressivement résiduel**, limité à ce que les autres ne veulent plus faire, aux activités non rentables et à des publics défavorisés.

Ce risque est majeur pour la collectivité : dégradation de l'accès aux soins, accroissement mécanique des déficits hospitaliers, développement des déserts médicaux et des inégalités géographiques.

Notre vision pour l'hôpital

Dès novembre 2006, le **snch** a proposé dans son projet « Réagir » une vision d'un service public offensif, qui cesserait de subir pour reprendre en main son destin.

Pour le **snch**, un hôpital qui répondrait à cette vision serait un service public **efficace**, un service public **réactif** et enfin un service public **attractif**.

Pendant la campagne pour les élections présidentielles, le **snch** n'a eu de cesse de rappeler que la situation de l'hôpital appelait des décisions politiques rapides et courageuses.

La réforme inachevée

Les réformes engagées depuis 2002 ont profondément modifié l'environnement de l'hôpital : tarification à l'activité, nouvelle gouvernance, relance de l'investissement hospitalier.

Nous sommes passés d'un système fondé sur la rente, sorte de gestion notariale de l'hôpital, à un système fondé sur l'efficacité et la productivité.

Pourtant aucun outil de gestion des hommes ne permet de décliner en interne cette nouvelle logique.

maintenant!

Répondre aux attentes de la 1^{re} génération postidéologique

Par delà les formules rhétoriques, l'hôpital va être confronté à un choc démographique sans précédent. Dans 7 ans, 50 % des personnels hospitaliers seront en retraite.

Dans ce contexte, qui imprime déjà sa logique (recours à des intérimaires, non-respect du texte sur les praticiens contractuels, etc.), l'alternative est simple : soit l'hôpital est en mesure de recruter les meilleurs, soit il sera cloué au sol pour longtemps.

Or nous ne disposons pas d'outils pour répondre à ce défi. Le statut des praticiens hospitaliers en 13 échelons linéaires est d'un anachronisme presque irréaliste. La part complémentaire variable de rémunération, texte pourtant pionnier, n'assume pas sa logique et se révèle trop complexe.

La génération qui arrive ne choisira pas de travailler à l'hôpital pour la grandeur des valeurs du service public.

Elle viendra à l'hôpital parce que nous lui proposons ce qu'il y a de mieux. Ou elle ne viendra pas.

L'hôpital a besoin de recruter les meilleurs. L'hôpital a besoin de recruter des personnalités combattives, des professionnels qui feront bouger les lignes, des individualités créatives.

Pour les recruter, il nous faut des règles qui reconnaissent l'engagement, l'exposition, la prise de risques, l'innovation.

Inventer la fonction publique managériale

Aucune logique exclusive ne peut réguler efficacement le système de santé. Ni une vision nostalgique et sclérosée, ni une recette libérale et assurantielle.

Le système de santé américain nous rappelle le prix pour la collectivité d'une logique exclusivement libérale de gestion de la santé : elle est la plus coûteuse avec 15 % du PIB consacré à ce type de dépenses tout d'abord ; elle est la moins efficace, avec 40 millions d'exclus de tout système d'assurance et une baisse de l'espérance de vie de la population.

L'objectif ne doit pas être de transformer l'hôpital en une clinique. Un hôpital n'est pas un supermarché et ceux qui y exercent ne sont pas des chefs de rayon. Il s'agit de faire de l'hôpital un service public modèle, économe pour la collectivité et généreux pour le patient.

Pour préserver cette grande infrastructure qu'est l'hôpital, la France doit en faire le laboratoire d'une fonction publique managériale.

Trois idées forces

1. Il n'existe pas de recette unique et universelle tant il y a de différences entre l'AP-HP et un hôpital local. Les établissements publics de santé sont autonomes. C'est une chance. Les leviers doivent être pragmatiques et multiples. Ils doivent permettre une adaptation aux situations d'espèce forcément diverses.
2. Il faut sortir d'une approche exclusivement « structuraliste » de la réforme de l'hôpital. Nos propositions prennent le parti de privilégier au contraire les hommes et leur management aux structures.
3. Pour sauver le statut des personnels hospitaliers, il faut l'adapter très profondément sur deux points essentiels :
 - la définition pour tous les personnels d'une procédure de changement d'établissement déclenchée par l'institution, en réaffirmant le principe selon lequel tout agent est titulaire de son grade mais en aucun cas de son affectation ;
 - la création d'incitatifs spectaculaires de nature à motiver les agents.

L'hôpital n'a pas besoin d'une loi, il lui faut des outils pour faire bouger les femmes et les hommes qui le servent.

À défaut, il se retrouvera dans la même situation que l'Éducation nationale : une loi tous les deux ans sans que rien ne change.

Tel est l'esprit de ce que nous vous proposons en 9 fiches, articulées chacune selon le triptyque constats, objectifs et propositions.

Réguler les flux aux urgences

constats

Constats

- L'hôpital devient « l'homme à tout faire » du système de santé du fait du désengagement des praticiens libéraux de la permanence des soins.
- Or, dans un système dont le financement est public, chaque acteur doit assumer son rôle. Il n'est pas possible de prendre les avantages du système en récusant ses contreparties.
- Les conséquences de ce désengagement sont multiples :
 - croissance continue des flux aux urgences ;
 - asphyxie de l'activité programmée de l'hôpital ;
 - mauvaise prise en charge aux urgences du patient polypathologique ;
 - coût de prise en charge exorbitant pour la collectivité d'une consultation non programmée ;
 - délai de prise en charge de 4 à 5 heures qui questionne la sécurité du patient.

objectifs

Objectifs

- Infléchir la trajectoire des soins non programmés.
- Permettre un accès à la continuité des soins pour toute la population, en milieu rural comme en milieu urbain.
- Centrer prioritairement les agences régionales de santé (ARS) sur l'articulation entre la ville et l'hôpital en les dotant de compétences nouvelles : les frontières entre la prévention et le soin et entre l'hôpital et la ville doivent être dépassées.

propositions du snch

- Le projet médical de territoire doit obligatoirement prévoir la continuité des soins afin de la garantir à toute la population.
 - Conditionner les autorisations d'activité à une participation à la permanence des soins.
 - Instaurer des **plates-formes d'appels téléphoniques** pour réguler l'accès aux urgences. Ce type de plate-forme dirigera vers la pharmacie de garde, une consultation sans rendez-vous ou les urgences. Il est possible d'éduquer la population. Pour une large part, celle-ci vient aux urgences contrainte et forcée.
 - **Créer des maisons de santé**
- soit une permanence des soins 24 h sur 24 ;
 - soit une maison de santé à proximité directe de l'hôpital fonctionnant 24 h sur 24.

Cette maison de santé proposera des consultations médicales mais aussi de la prévention ou de l'éducation à la santé. Elle pourra intégrer les missions des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Le fonctionnement de la maison de santé sera assuré soit par les libéraux, soit par les organisations médicales (SOS médecins par exemple), soit par l'hôpital.

Le **snch** propose que les collectivités locales aient la possibilité de financer pour partie les maisons de santé dont les missions ne relèvent pas toutes du soin.

Le **snch** ne croit pas en un schéma universel pour tout le territoire. À l'instar du rapport Grall, il adhère à une palette de solutions graduées à géométrie variable :

Faire bouger la carte hospitalière

constats

Constats

- La tarification à l'activité à 100 % sera fortement restructurante. Mais elle risque d'être plus subie qu'anticipée.
- La coopération entre établissements publics relève parfois de l'incantation alors que le secteur privé se restructure et organise des filières de recrutement.
- Les fusions d'établissements publics n'ont pas toujours été couronnées de succès.

objectifs

Objectifs

- Favoriser l'évolution de la carte hospitalière sans créer une strate administrative supplémentaire.
- Donner davantage d'autonomie, de réactivité et de souplesse à l'hôpital.

Les paradigmes du snch

- Pour le **snch**, il faut combiner un État fort et un hôpital plus autonome.
- Le **snch** ne croit pas à un outil universel mais plutôt à plusieurs éléments qui œuvrent dans le même sens.

propositions du snch

- Doter les agences régionales de santé d'**incitatifs forts**. Le **snch** constate que la coopération intercommunale s'est développée grâce à un système incitatif simple : le coefficient d'intégration fiscale. Plus les communes partagent des compétences et mettent en commun des dépenses, plus les dotations d'État sont bonifiées. Ce principe peut être appliqué à la coopération hospitalière : la dotation Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) serait abondée pour les établissements qui se rapprocheraient.
- Inciter les ARS à formaliser des **contrats de changement** qui engagent de manière pluriannuelle la signature de l'État et donnent une visibilité aux élus.
- **Réaffirmer les missions des centres hospitaliers de proximité**. Ils ont un rôle fondamental et irremplaçable à jouer dans le système de santé de demain. Ce rôle doit être plus important que celui qu'ils assument aujourd'hui en développant notamment la palette suivante d'activités : urgences, plateau technique de proximité, prévention/ dépistage/ éducation pour la santé, consultations spécialisées, prise en charge complète du sujet âgé (soins de suite, court séjour gériatrique, long séjour).
- **Responsabiliser les conseils d'administration** : lorsqu'une activité n'est pas jugée pertinente par le SROS et si le conseil d'administration la juge indispensable, les collectivités territoriales concernées doivent pouvoir prendre à leur charge, en partie ou en totalité, cette activité.
- Le groupement de coopération sanitaire (GCS), sorte d'éléphant blanc du monde hospitalier, doit être simplifié, reconnu par l'assurance maladie et éligible au plan Hôpital 2012. Le **GCS nouveau** doit doter les hospitaliers d'un outil de coopération réellement opérationnel.
- Des GCS de territoire peuvent être expérimentés, sur la base du volontariat. Aucune structure obligatoire ne fonctionnera. Ces GCS pourront être détenteurs d'autorisations MCO. Disposant de la qualité d'employeur, les praticiens hospitaliers du territoire pourront être nommés au sein du GCS.
- Revaloriser la prime multisite des praticiens hospitaliers de façon à favoriser les stratégies de groupe au sein du service public.

Renforcer le pilotage pour refuser toute situation d'impunité

constats

Constats

■ La nécessité d'un décideur unique

«[...] Je souhaite que le directeur soit le patron reconnu, le seul. [...] Je sais que dans un hôpital tout le monde a le droit de dire non. Ce qui fait que personne ne peut dire oui. Il faut qu'il y ait un patron, un seul. Moi je ne connais pas d'organisation qui marche quand il y a autant de patrons que de responsables d'activité. Il n'y a qu'un patron, c'est le directeur, qui décide.» (extraits de l'allocution du président de la République à Bordeaux, le 16 octobre 2007)

Pour le **snch**, la décision est indissociable de la responsabilité. Celui qui n'a pas la responsabilité ne peut pas décider. Il peut participer à la décision, mais il ne peut pas décider.

■ Les atouts d'un pilotage collégial

Le conseil exécutif, outil de pilotage médico-économique de l'hôpital, fonctionne bien. Il permet de définir un cap mais il ne dispose d'aucun moyen pour le faire respecter.

■ Les effets délétères de l'impunité

L'hôpital ressemble parfois à une mosaïque d'aspirations individuelles. De même, les praticiens hospitaliers et certains personnels non médicaux sont aujourd'hui aussi inamovibles que des magistrats du siège. La seule sanction possible est collective. Elle est liée à la réforme de l'allocation de ressources et concerne l'ensemble de l'établissement.

Pour le **snch**, il n'est pas acceptable qu'un individu fasse obstacle à l'application du SROS ou du projet d'établissement.

objectifs

Objectifs

- Personne ne doit pouvoir dire non à l'hôpital.
- Responsabiliser tous les acteurs.
- Permettre à l'institution de faire prévaloir ses décisions sur des volontés individuelles disparates.

propositions du snch

- Le maire doit demeurer le président du conseil d'administration. Mais la composition du conseil doit permettre la nomination d'acteurs de la vie économique locale (par exemple, représentants des chambres de commerce). Il s'agit d'insuffler au sein de l'instance délibérative une responsabilisation économique qui permettra de faire bouger la carte hospitalière (cf. *supra*).
- L'avis du conseil exécutif doit être prépondérant pour la nomination des praticiens hospitaliers.
- La nomination du praticien doit être précédée d'une contractualisation entre le directeur et le praticien.
- Le conseil exécutif décide de l'affectation des praticiens hospitaliers dans les différents pôles, sur la base de ce contrat d'engagement. Il en va de même pour les mutations de praticiens au sein de l'établissement.
- Une procédure de désaffectation doit être impérativement créée pour les personnels médicaux et non médicaux. Cette procédure aboutit à une mutation vers un autre établissement après un délai raisonnable puis, au terme de ce délai, par une position de recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion (CNG). Ainsi les établissements seront en mesure de traiter les situations professionnelles bloquantes dans la mise en œuvre du projet d'établissement ou problématiques en termes de productivité. Il faut réaffirmer le principe selon lequel les agents sont titulaires de leur grade, pas de leur affectation.

Révolutionner les modes de rémunération

constats

Constats

- La T2A repose sur une logique d'efficience et donc de productivité de tous. Cette efficience est le gage d'un bon usage de l'argent public. Sans efficience, il sera impossible d'assurer la pérennité de notre système solidaire de protection sociale.
- La T2A impose de traiter la question de l'intérêt à agir de tous les professionnels.
- Le premier sujet de l'hôpital du XXI^e siècle, c'est le management des femmes et des hommes, et leur motivation.

objectifs

Objectifs

- Attirer les meilleurs éléments, les femmes et les hommes les plus dynamiques à l'hôpital.
- Mettre tous les acteurs de l'hôpital dans une logique d'efficience.
- Rémunérer pour une part significative tous les professionnels en fonction de la performance.

propositions du snch

■ Ajouter à la rémunération statutaire actuelle, une rémunération contractuelle des principaux acteurs.

- Rémunérer les praticiens hospitaliers pour 50 % de façon forfaitaire et pour 50 % sur une base contractuelle en fonction de l'implication dans l'établissement. L'implication s'apprécie à la fois en termes d'activité (nombre d'actes), mais également en termes de responsabilités institutionnelles (présidence de la CME, responsabilité de pôles, membres du conseil exécutif, présidence du CLIN...).
- Doubler la rémunération des directeurs d'hôpital grâce à un contrat individuel portant sur le régime indemnitaire (entre l'ARH et les chefs d'établissement, entre le chef d'établissement et les adjoints).
- Créer des incitatifs forts pour les cadres hospitaliers en instaurant une part fixe et une part variable, adossée à l'évaluation des résultats qui remplacera la notation.

- Développer un intéressement individuel des agents doté des mêmes avantages fiscaux que ceux prévus par le code du travail.
- Développer impérativement des formations à l'évaluation pour les représentants de l'État, les directeurs d'hôpital et les responsables de pôles. La culture managériale de l'État et des professionnels de l'hôpital doit évoluer.

■ La condition impérative de cette évolution.

- Le régime indemnitaire doit être intégralement pris en compte dans le calcul des pensions de retraite pour les professionnels qui s'engagent dans une variabilité forte de leur rémunération.
- Les professions les plus ouvertes et les plus modernes de la fonction publique ne doivent pas être victimes de leur modernité.

Créer le grand corps du management public

constats

Constats

■ Une profession déjà ouverte

- 10 % du corps des directeurs d'hôpital est détaché ou mis à disposition.
- Des énarques et polytechniciens occupent les fonctions de directeur et en soulignent la richesse et la difficulté.
- 9 directions d'établissement sont à la discrétion du gouvernement.

■ Une profession largement reconnue

- Dans le monde de la santé :
 - 10 ARH sont dirigées par des anciens élèves de l'ENSP ;
 - la présence des directeurs d'hôpital est forte dans les cabinets ministériels et à la direction des fédérations de santé : FHP, FEHAP, FNCLCC, FHF.
- À l'extérieur du monde de la santé par l'effectivité des passerelles obtenues : corps préfectoral, chambres régionales des comptes, tribunaux administratifs et cours administratives d'appel, administrateurs territoriaux, conseillers d'ambassade...

■ Un métier aux compétences particulières

- La capacité à mener de concert management et projet de santé publique peut s'apprendre mais ne s'improvise pas : les directeurs d'hôpital ont été immunisés contre un mode de gestion des hommes strictement hiérarchique et descendant. Cette particularité fait aujourd'hui leur modernité : ils pratiquent un mode de management fondé sur l'écoute, l'appropriation et la capacité à convaincre.
- Poser des prothèses de hanche nécessite des compétences importantes et longues à acquérir. Gérer des établissements de plusieurs milliers d'agents et de plusieurs centaines de millions d'euros également.

■ Instaurer quatre temps dans la carrière

- Pour le **snch**, la carrière du directeur d'hôpital doit se définir en quatre temps :
 - le temps de l'opérationnel, en poste dans un hôpital ;
 - le temps de l'expertise, en mission d'audit ou de conseil dans le milieu sanitaire ;
 - le temps de l'expérience extrahospitalière, dans une autre administration, dans le privé ou à l'étranger ;
 - le temps des entre-deux, en formation de longue durée ou dans l'attente d'un nouveau poste.
- Les conditions de ces quatre temps doivent être créées.

■ Des évolutions nécessaires

- L'évolution du financement de l'hôpital appelle une évolution du profil de recrutement.
- Le concours de recrutement actuel aboutit à des recrutements de haut niveau mais trop monolithiques.

objectifs

Objectifs

- Assurer une mixité d'origines professionnelles des directeurs d'hôpital. En revanche, la complexité de la fonction exige d'en faire un métier et non une occupation partielle ou temporaire.
- Remettre en cause le système selon lequel tout se décide à 25 ans : imaginer une voie d'entrée pour les juniors et une voie d'entrée pour les seniors.
- Développer la responsabilisation de la fonction en l'accompagnant de contreparties.

propositions du snch

■ Pour les juniors

- Faire évoluer profondément la nature du concours en permettant la réussite du concours externe aux candidats dont le profil est économique. Il est ainsi nécessaire de modifier les épreuves du concours.

■ Pour les seniors

- Créer un troisième concours visant à assurer l'intégration de cadres issus du secteur privé ou associatif et de médecins ayant eu une fonction d'encadrement.

Mais, pour le **snch**, le principe du concours doit être préservé car il représente le capital de ceux qui n'ont pas de capital, en particulier de capital social. Des bourses devraient ainsi pouvoir être accordées à des candidats issus de milieux modestes qui souhaitent préparer le concours.

■ Penser des formations individualisées

- Scolarité selon le format actuel pour les candidats du premier concours.
- Scolarité raccourcie pour les élèves du troisième concours ayant déjà une responsabilité de gestionnaire.

■ Reconnaître la fonction, motiver les équipes

- Placer tous les chefs d'établissement sur emplois fonctionnels et compenser financièrement cette précarité.

Les chefs sur emplois fonctionnels sont détachés sur leur emploi. L'État a la liberté de ne pas les renouveler au terme de leur mandat. Mais pour le **snch**, cela implique de créer des positions de repli pour les directeurs dont les fonctions ne seraient pas renouvelées :

- augmentation des postes de **conseillers généraux** des établissements de santé,
- création d'une **position hors cadre** à l'instar de ce qui se fait pour les préfets.

- Reconnaître la responsabilité et la complexité des fonctions par l'attribution aux directeurs d'hôpital d'**échelles lettres** comparables à celles des **grands corps de l'État**. Le défi de la France du XXI^e siècle est de sauver son système de protection sociale et non de construire des mines ou des routes.
- Créer des postes de **directeurs d'hôpital en mission extraordinaire**, en particulier en matière de gestion opérationnelle de certaines restructurations.
- Doubler la rémunération des directeurs d'hôpital grâce à un **contrat individuel portant sur le régime indemnitaire** (entre l'ARH et les chefs d'établissement, entre le chef d'établissement et les adjoints).
- Mettre en place une formation continue obligatoire et prévoir les conditions matérielles d'une formation continue longue et à plein-temps.

■ Conditions posées à une telle évolution

Pour le **snch**, il ne serait pas acceptable de fragiliser la fonction de direction car le résultat serait alors contraire à celui qui est recherché.

L'importance des enjeux impose de **se prémunir du clientélisme de nominations** qui obéirait à une logique non professionnelle. Pour éviter ce biais, la compétence des instances professionnelles doit être rigoureusement préservée.

Instaurer l'INSEAD de la santé

Dans le grand brassage de la mondialisation, l'Insead est la seule école française durablement installée dans le top 10 mondial des MBA. Elle a son siège en Europe (à Fontainebleau) et en Asie (à Singapour). Elle accueille des étudiants de plus de 25 nationalités et dispense des cours en plusieurs langues. En France, nous restons attachés à nos grandes écoles hexagonales. Mais dans le monde qui s'invente, de Changai à Bengalor en passant par Sydney, c'est le diplôme de l'Insead qui est connu et qui fait référence.

constats

Constat

- La santé représente l'un des gisements de croissance du siècle qui s'ouvre. Mais cet univers possède une complexité particulière qui nécessite des gestions de projets par définition pluridisciplinaires.
- La gestion efficiente du système de santé est une problématique commune à tous les pays occidentaux dont l'acuité ne va cesser de croître.
- La formation des dirigeants est un enjeu central pour les établissements de santé compte tenu des spécificités managériales fortes.
- En France, dans ce contexte, la création de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) est une chance qu'il faut saisir.

objectifs

Objectifs

- L'EHESP doit acquérir une dimension et une reconnaissance internationales.
- L'EHESP doit devenir l'outil essentiel de la réforme de l'hôpital tant en formation initiale qu'en formation continue.
- L'EHESP doit être le creuset qui accompagne le changement au sein des établissements.
- Bref, l'EHESP doit devenir l'INSEAD de la santé.

propositions du snch

- Créer une école à vocation véritablement internationale : délivrance de diplômes reconnus au niveau européen, création d'un MBA d'*executive management*, corps professoral international, partenariats avec les écoles prestigieuses de santé publique et de management, analyse comparée des systèmes de santé et des modes de management hospitalier, scolarité ouverte aux étudiants étrangers...
- Créer une école professionnelle proposant des formations personnalisées et diplômantes.
- Créer un institut du management au sein de l'EHESP pour former l'ensemble des acteurs du management et du changement : directeurs, présidents de CME, médecins responsables de pôles, directeurs de soins, cadres de santé, cadres administratifs.
- Créer une école doctorale afin de renforcer la dimension de recherche en management.
- Ouvrir l'école aux étudiants et aux gestionnaires d'établissement de santé du secteur privé. En parallèle de la scolarité des élèves qui se destinent à diriger des hôpitaux publics, un master doit être créé pour des étudiants qui financent leur scolarité.

Doter l'hôpital d'un nouveau statut

constats

Constats

- La T2A à 100 % implique pour les hôpitaux réactivité et donc souplesse de gestion afin d'être en situation effectivement concurrentielle avec les cliniques privées.
- Le statut d'établissement public administratif issu de la loi hospitalière de 1991 emporte nombre de conséquences : règles de la comptabilité publique, séparation de l'ordonnateur et du comptable, soumission au code des marchés publics...
- Or la soumission au code des marchés publics, ainsi que la séparation de l'ordonnateur et du comptable sont sources de lenteur des procédures et de fait pénalisent la réactivité indispensable des hôpitaux.

objectifs

Objectifs

- Doter l'hôpital de souplesse dans les procédures afin de permettre sa réactivité en situation concurrentielle.
- Il est par exemple impératif pour l'hôpital d'acheter et de construire plus vite.

propositions du snch

- Étudier la faisabilité juridique d'un statut plus souple des hôpitaux, permettant notamment de les soustraire aux lenteurs du code des marchés publics et à la règle de séparation de l'ordonnateur et du comptable.
- Pour le **snch**, il pourrait s'agir d'une catégorie nouvelle d'établissement public, *sui generis*, aux caractéristiques adaptées à la situation originale des hôpitaux publics et leur permettant d'évoluer à armes égales dans un environnement concurrentiel.
- Expérimenter auprès d'établissements volontaires ce nouveau statut *sui generis*.

Professionnaliser et décentraliser le dialogue social

constats

Constats

- L'autonomie des établissements représente un atout dans la recherche de leur efficacité.
- Les dépenses relatives au personnel représentent plus des deux tiers des dépenses de fonctionnement des établissements. Or en cette matière, les établissements se voient imposer des dispositions nationales, législatives ou réglementaires, qui sont autant de contraintes de gestion altérant leur autonomie et leur efficacité, qu'il s'agisse de protocoles nationaux fonction publique, de dispositions relatives aux emplois aidés, de normes multiples en pratique inapplicables.
- L'État employeur se révèle parfois peu rigoureux notamment dans les périodes préélectorales.
- Il en résulte que les marges du dialogue social au sein des établissements sont en définitive très étroites.

objectifs

Objectifs

- Dépolitiser les enjeux sous-jacents aux protocoles nationaux en priorisant la maîtrise des déficits publics.
- Rendre compatible les évolutions catégorielles avec les contraintes qui pèsent sur l'hôpital.
- Donner du « grain à moudre » au dialogue social à l'hôpital.

propositions du snch

- Au plan national, confier à la Fédération hospitalière de France la conduite des négociations catégorielles, ainsi que celles relatives aux protocoles nationaux.
- Au plan local, définir les domaines d'autonomie du directeur dans la négociation d'établissement.
- Pour le **snch**, cette sphère d'autonomie doit concerner *a minima* les conditions de travail, la formation, mais aussi ouvrir la possibilité de créer des éléments spécifiques de rémunération pour les personnels.

Recherche : affirmer la place de la France dans la compétition mondiale

constats

Constats

- La recherche nécessite aujourd'hui une masse critique des équipes pour atteindre une visibilité mondiale.
- Les structures de recherche se caractérisent en France par leur éclatement : CNRS, INSERM, INCA, CHU-CH, DHOS (PHRC).
- La recherche est par nature en avance sur les financements. Pour innover, il faut transgresser et sortir d'une prise en charge protocolée.
- Les crédits MERRI se caractérisent par une transparence insuffisante.

objectifs

Objectifs

- Permettre à la médecine française de renforcer sa place dans les « sciences du vivant ». Il n'y a pas de recherche sans la recherche clinique. Recherche clinique et recherche fondamentale sont fortement intriquées.
- Sortir l'enseignement et la recherche des frontières des seuls CHU en rénovant la réforme de Robert Debré.
- Favoriser les partenariats entre l'industrie, l'hôpital et les laboratoires de recherche pour déposer et exploiter des brevets.

propositions du snch

- Préserver le monopole de formation de l'hôpital public tant que les écarts de rémunérations entre le public et le privé demeureront. Toute décision contraire ferait perdre au secteur public son seul avantage comparatif en termes de recrutement.
- Rompre avec la dichotomie actuelle entre le statut de professeur des universités-praticien hospitalier et le statut de praticien hospitalier en créant trois valences : clinique, enseignement et recherche.
- Permettre à des praticiens hospitaliers de participer officiellement à des missions d'enseignement et de recherche.
- Étudier l'opportunité d'une agence nationale de recherche qui regroupe les différents organismes actuels.
- Faire la transparence sur la modulation des MERRI.

résumé des propositions

1

Réguler les flux aux urgences

- Centrer les agences régionales de santé (ARS) sur l'articulation entre la ville et l'hôpital en les dotant de compétences nouvelles.
- Le projet médical de territoire doit obligatoirement prévoir la continuité des soins afin de la garantir à toute la population.
- Conditionner les autorisations d'activité à une participation à la permanence des soins.
- Instaurer des plates-formes d'appels téléphoniques pour réguler l'accès aux urgences.
- Créer des maisons de santé.

2

Faire bouger la carte hospitalière

- Doter les agences régionales de santé d'incitatifs forts, inspirés de la coopération intercommunale, et abondant la dotation MIGAC.
- Inciter les ARS à formaliser des contrats de changement qui engagent de manière pluriannuelle la signature de l'État et donnent une visibilité aux élus.
- Réaffirmer les missions des centres hospitaliers de proximité.
- Responsabiliser les conseils d'administration.
- Le groupement de coopération sanitaire (GCS) doit être simplifié, reconnu par l'assurance maladie et éligible au plan Hôpital 2012.
- Des GCS de territoire peuvent être expérimentés, sur la base du volontariat.
- Revaloriser la prime multisite des praticiens hospitaliers de façon à favoriser les stratégies de groupe au sein du service public.

Renforcer le pilotage pour refuser toute situation d'impunité

3

- Le maire doit demeurer le président du conseil d'administration. Mais la composition du conseil doit permettre la nomination d'acteurs de la vie économique locale.
- L'avis du conseil exécutif doit être prépondérant pour la nomination des praticiens hospitaliers.
- La nomination du praticien doit être précédée d'une contractualisation entre le directeur et le praticien.
- Le conseil exécutif décide de l'affectation des praticiens hospitaliers dans les différents pôles, sur la base de ce contrat d'engagement. Il en va de même pour les mutations de praticiens au sein de l'établissement.
- Une procédure de désaffectation doit être impérativement créée pour les personnels médicaux et non médicaux.

Révolutionner les modes de rémunération

Ajouter à la rémunération statutaire actuelle une rémunération contractuelle des principaux acteurs

- Rémunérer les praticiens hospitaliers pour 50 % de façon forfaitaire et pour 50 % sur une base contractuelle en fonction de l'implication dans l'établissement.
- Doubler la rémunération des directeurs d'hôpital grâce à un contrat individuel portant sur le régime indemnitaire.
- Créer des incitatifs forts pour les cadres hospitaliers en instaurant une part fixe et une part variable adossée à l'évaluation des résultats qui remplacera la notation.

- Développer un intéressement individuel des agents doté des mêmes avantages fiscaux que ceux prévus par le code du travail.
- Développer impérativement des formations à l'évaluation pour les représentants de l'État, les directeurs d'hôpital et les responsables de pôles.

La condition impérative de cette évolution

Le régime indemnitaire doit être intégralement pris en compte dans le calcul des pensions de retraite pour les professionnels qui s'engagent dans une variabilité forte de leur rémunération.

résumé des propositions

Créer le grand corps du management public

5

Pour les juniors

- Faire évoluer profondément la nature du concours en permettant la réussite du concours externe aux candidats dont le profil est économique.

Pour les seniors

- Créer un troisième concours visant à assurer l'intégration de cadres issus du secteur privé ou associatif et de médecins ayant eu une fonction d'encadrement.

Mais, pour le **snch**, le principe du concours doit être préservé.

Penser des formations individualisées

- Scolarité selon le format actuel pour les candidats du premier concours.
- Scolarité raccourcie pour les élèves du troisième concours ayant déjà une responsabilité de gestionnaire.

Reconnaître la fonction, motiver les équipes

- Placer tous les chefs d'établissement sur emplois fonctionnels et compenser financièrement cette précarité.

Mais, pour le **snch**, cela implique de créer des positions de repli pour les directeurs dont les fonctions ne seraient pas renouvelées.

- Reconnaître la responsabilité et la complexité par l'attribution aux directeurs d'hôpital d'échelons lettres comparables à celles des grands corps de l'État.

- Créer des postes de directeurs d'hôpital en mission extraordinaire, en particulier en matière de gestion opérationnelle de certaines restructurations.

- Doubler la rémunération des directeurs d'hôpital grâce à un contrat individuel portant sur le régime indemnitaire.

- Mettre en place une formation continue obligatoire et prévoir les conditions matérielles d'une formation continue longue et à plein-temps.

Conditions posées à une telle évolution

Pour le **snch**, il ne serait pas acceptable de fragiliser la fonction de direction car le résultat serait alors contraire à celui qui est recherché.

L'importance des enjeux impose de se prémunir du clientélisme de nominations qui obéirait à une logique non professionnelle. Pour éviter ce biais, la compétence des instances professionnelles doit être rigoureusement préservée.

6 Instaurer l'INSEAD de la santé

- Créer une école à vocation véritablement internationale.
- Créer une école professionnelle proposant des formations personnalisées et diplômantes.
- Créer un Institut du management au sein de l'EHESP pour former l'ensemble des acteurs du management et du changement.
- Créer une école doctorale afin de renforcer la dimension de recherche en management.
- Ouvrir l'école aux étudiants et aux gestionnaires d'établissement de santé du secteur privé. En parallèle de la scolarité des élèves qui se destinent à diriger des hôpitaux publics, un master doit être créé pour des étudiants qui financent leur scolarité.

7 Doter l'hôpital d'un nouveau statut

- Étudier la faisabilité juridique d'un statut plus souple des hôpitaux, permettant notamment de les soustraire aux lenteurs du code des marchés publics et à la règle de séparation de l'ordonnateur et du comptable.
- Pour le **snch**, il pourrait s'agir d'une catégorie nouvelle d'établissement public, *sui generis*.
- Expérimenter auprès d'établissements volontaires ce nouveau statut *sui generis*.

8 Professionnaliser et décentraliser le dialogue social

- Au plan national, confier à la Fédération hospitalière de France la conduite des négociations catégorielles ainsi que celles relatives aux protocoles nationaux.
- Au plan local, définir les domaines d'autonomie du directeur dans la négociation d'établissement.
- Pour le **snch**, cette sphère d'autonomie doit concerner *a minima* les conditions de travail, la formation, mais aussi ouvrir la possibilité de créer des éléments spécifiques de rémunération pour les personnels.

9 Recherche : affirmer la place de la France dans la compétition mondiale

- Préserver le monopole de formation de l'hôpital public tant que les écarts de rémunérations entre le public et le privé demeureront. Toute décision contraire ferait perdre au secteur public son seul avantage comparatif en termes de recrutement.
- Rompre avec la dichotomie actuelle entre le statut de professeur des universités-praticien hospitalier et le statut de praticien hospitalier en créant trois valences : clinique, enseignement et recherche.
- Permettre à des praticiens hospitaliers de participer officiellement à des missions d'enseignement et de recherche.
- Étudier l'opportunité d'une agence nationale de recherche qui regroupe les différents organismes actuels.
- Faire la transparence sur la modulation des MERRI.



syndicat national des cadres hospitaliers

Délégation nationale

1, place du parvis Notre-Dame - 75181 Paris Cedex 04
Tél. : 01 42 34 81 01 ou 01 46 34 14 23 - Fax : 01 43 26 86 98

E-mail : snch@wanadoo.fr

Site : www.snch.fr