

LE PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL

SYNTHESE DES TRAVAUX

RAPPORT

Edouard Couty

Claire Scotton

Président

Rapporteur général

Remerciements et méthode

A l'issue des travaux lancés par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé le 7 septembre, et avant d'évoquer les conclusions et les éventuelles suites que la ministre décidera de donner à l'exercice, nous souhaitons souligner que la concertation du Pacte de confiance aura d'ores et déjà été un succès de participation et d'investissement de la part de l'ensemble des participants. Qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés. Plus de 150 personnes, représentant les fédérations des hôpitaux publics et privés, les syndicats des personnels médicaux et non médicaux, les conférences de directeurs, les conférences de présidents de commission médicale d'établissement, la conférence des doyens des facultés de médecine, les représentants des usagers, le collège des directeurs généraux d'agences régionales de santé, des personnalités qualifiées, se sont mobilisées chaque semaine, pour participer aux réunions des trois groupes de travail mis en place fin septembre 2012.

En l'espace de trois mois, plus de 150 participants aux trois groupes de travail se sont réunis près de trente fois au total, chaque séance de travail durant entre 4 et 7h. C'est dire si la mobilisation de tous aura été forte. Les débats ont été parfois animés, mais toujours courtois au sein des trois groupes, dont le premier traitait du service public hospitalier et de son financement, le deuxième du dialogue social à l'hôpital public et le troisième de son organisation et de son fonctionnement. Chaque réunion a rassemblé près d'une soixantaine de participants. Le groupe 2 avait par ailleurs choisi de compléter les séances plénières par des séances en formation « fonction publique hospitalière » d'une part, « praticiens hospitaliers » d'autre part. De nombreuses personnalités ont été auditionnées par les groupes, venant alimenter un débat par ailleurs riche.

En parallèle de ces réunions, Edouard Couty a reçu l'ensemble des représentants des organismes mobilisés par la concertation, et a mené des investigations dans certains hôpitaux.

Une séance plénière de restitution des travaux des groupes et de présentation des grandes lignes du rapport de synthèse a eu lieu le 9 janvier 2013, devant près de 150 participants.

Les réflexions ont également été alimentées par de nombreuses contributions écrites, mises en ligne au fur et à mesure sur le site du ministère chargé de la santé, et accessibles en suivant ce lien :

<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance.html>

Enfin, les participants, et d'autres organismes clefs pour le secteur hospitalier, ont été invités à répondre à trois questionnaires en ligne, consacrés aux trois thèmes des groupes de travail. Les réponses au questionnaire sont également consultables sur le site du ministère chargé de la santé.

Sommaire

REMERCIEMENTS ET METHODE.....	3
INTRODUCTION.....	7
RAPPORT.....	11
1. RENOVER LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, ET L'INSCRIRE DANS LE PARCOURS DE SANTE OU DE VIE DES PERSONNES PRISES EN CHARGE SUR UN TERRITOIRE.....	11
1.1. <i>Rénover le service public hospitalier.....</i>	<i>11</i>
1.1.1. Le champ du service public hospitalier : prévention, soins, enseignement et recherche	11
1.1.2. Le service public hospitalier	12
1.1.3. Principes du service public hospitalier	13
1.2. <i>Concevoir un service public territorial de santé : positionnement des acteurs dans le parcours de soins, parcours de vie</i>	<i>13</i>
1.2.1. Le service public hospitalier doit s'inscrire dans un territoire sur lequel sont identifiées des missions de service public.....	13
1.2.2. Dans quel territoire s'inscrit le service public hospitalier ?.....	15
1.2.3. Positionnement des acteurs dans le parcours de soins ou le parcours de vie.....	16
1.3. <i>Confirmer l'approche territoriale en psychiatrie.....</i>	<i>18</i>
2. AJUSTER LE MODE DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	20
2.1. <i>Corriger les effets indésirables de la T2A en conservant ses avantages</i>	<i>20</i>
2.2. <i>Réaffirmer la responsabilité sociale de l'hôpital.....</i>	<i>22</i>
3. ADAPTER AU SERVICE PUBLIC LA GOUVERNANCE, L'ORGANISATION INTERNE, LE MANAGEMENT, LE DIALOGUE SOCIAL ET LES RESSOURCES HUMAINES	23
3.1. <i>Rétablir une gouvernance équilibrée.....</i>	<i>24</i>
3.1.1. Créer un conseil d'établissement.....	24
3.1.2. Renforcer l'exécutif tout en clarifiant les responsabilités	25
3.1.3. Renforcer la place des usagers	25
3.1.4. Organiser une réelle consultation des organes dédiés	26
3.1.5. Simplifier les instances dans les coopérations.....	29
3.2. <i>Adapter l'organisation interne à la taille et à l'activité de l'établissement</i>	<i>30</i>
3.2.1. Principes d'organisation.....	30
3.2.2. Règlement intérieur.....	31
3.2.3. Nominations des responsables dans ces différentes structures, et équipes de responsables	31
3.3. <i>Promouvoir un management correspondant aux exigences du service public</i>	<i>32</i>
3.3.1. Réaffirmer les principes du management	32
3.3.2. Restaurer des espaces de dialogue, de concertation et d'information.....	34
3.3.3. Élaborer un projet d'établissement.....	35
3.3.4. Reconnaître et réaffirmer le rôle des cadres aux côtés des responsables, directeurs et praticiens hospitaliers.....	35
3.4. <i>Organiser le dialogue social</i>	<i>36</i>
3.4.1. Diagnostic et attentes	37
3.4.2. Principes.....	37
3.4.3. Conditions d'organisation du dialogue social local et facteurs de réussite.....	38
3.4.4. Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social au niveau régional	41
3.4.5. Améliorer le dialogue social au niveau national.....	42
3.4.6. Les différents niveaux et modalités de gestion des conflits et des blocages.....	45
3.4.7. Observer, suivre et évaluer.....	47
4. ETABLIR AVEC LES AUTORITES DE REGULATION, ETAT (ADMINISTRATIONS CENTRALES ET ARS), ET ASSURANCE MALADIE, DES RELATIONS DE CONFIANCE.....	50
4.1. <i>Le constat d'un déficit de confiance</i>	<i>50</i>
4.2. <i>Explorer plusieurs pistes pour des relations basées sur la confiance réciproque.....</i>	<i>51</i>
4.2.2. Clarifier le mode de relations entre ARS et établissements.....	52
4.2.1. Mieux définir au plan méthodologique l'élaboration des contrats entre les ARS et les établissements	53
4.2.2. ARS et coopérations entre établissements.....	53
4.2.3. Développer une vision prospective au sein des ARS	54
4.2.4. Revoir les procédures de contrôle du codage par l'assurance maladie.....	54
CONCLUSION.....	57

RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS	59
LISTE DES CONTRIBUTIONS TRANSVERSALES	65
LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES AU TITRE DU GROUPE 1 SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	66
LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES AU TITRE DU GROUPE 2 DIALOGUE SOCIAL ET GRH.....	68
LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES AU TITRE DU GROUPE 3 -ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL PUBLIC-.....	69
GLOSSAIRE.....	71

Introduction

En quelques décennies, l'hôpital a beaucoup changé. Le progrès médical, scientifique et technologique, ainsi que notre système de protection sociale, ont permis d'en faire un lieu de compétence professionnelle et d'humanité, en évolution constante pour s'adapter aux attentes des patients et aux enjeux de santé publique.

Toutefois, les valeurs de l'hôpital sont anciennes et solidement ancrées dans notre histoire. Elles reposent sur la solidarité, le respect de l'autre (patient, collègue ou collaborateur), et la dimension humaine et sociale de toute l'activité. C'est la conjugaison harmonieuse de ces valeurs et de la compétence des professionnels qui fait la grandeur et l'attractivité de l'hôpital public.

Aujourd'hui, une perte de confiance affecte l'ensemble du secteur. Tout au long de la concertation, ce diagnostic a été largement partagé.

En une dizaine d'années, l'hôpital public a perdu progressivement ses repères, à l'instar de très nombreux professionnels qui y travaillent.

Les causes sont diverses. Les problèmes économiques et financiers sont omniprésents ; des inégalités dans l'accès aux soins sont constatées, l'organisation de l'offre hospitalière et la répartition des moyens sur le territoire font débat, tout comme les modes de financement et de gestion des hôpitaux. Les modalités d'exercice de la tutelle sont discutées, parfois âprement, chacun reprochant à l'échelon supérieur de délivrer des injonctions contradictoires. L'absence de perspectives vient obscurcir l'horizon.

De plus, les réformes se sont succédées les unes aux autres à un rythme accéléré. La dernière réforme en date a été instaurée par la loi dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 22 juillet 2009 sans que la réforme précédente de gouvernance, lancée en 2005, soit totalement mise en place et évaluée.

Les hospitaliers de terrain ne perçoivent pas le but de ces réformes. Aucun cap n'est réellement donné. Seules émergent les tentatives de maîtrise de la dépense d'assurance-maladie, insuffisamment expliquées et le plus souvent mal reçues par des professionnels déconcertés.

Les hospitaliers ressentent et vérifient souvent que la médecine de ville se décharge sur l'hôpital, pour la permanence et la continuité des soins notamment, que les conditions de travail et d'exercice se dégradent et que le risque de répercussion négative sur la qualité de la prise en charge et des soins est réel. Pour sa part la médecine de ville se plaint d'un hôpital trop souvent centré sur lui-même.

Les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part. L'immense majorité d'entre eux réalisent des efforts conséquents pour concilier ces contraintes et leur éthique professionnelle, mais ils ont le sentiment que ces efforts ne sont pas toujours reconnus.

Dans ce contexte, l'hôpital assure, cependant, ses missions, et les patients lui font encore confiance. Pourquoi ?

Parce que les professionnels ont conservé le sens des valeurs qui les guident, alors même que l'institution est en quête de sens.

Les contraintes de la gestion, le mode d'organisation, ont conduit à deux approches différentes de l'hôpital :

- Une approche strictement économique et gestionnaire qui priorise le volume d'activité et le résultat budgétaire annuel ;
- Une approche strictement professionnelle et traditionnelle, qui rejette le primat des contraintes budgétaires et exprime parfois une nostalgie des anciennes pratiques.

Ces deux approches prennent mal en compte les attentes des patients et n'intègrent pas les enjeux actuels du système de santé.

Entre ces deux approches clivées, il est nécessaire de retrouver une vision commune de l'hôpital.

Tous les professionnels, qu'ils soient directeurs, médecins, soignants, doivent être convaincus que lorsqu'ils fondent leur action sur les valeurs profondément enracinées dans notre histoire et sur le service public, ils ne se trompent pas. Lorsqu'ils fondent leurs choix et leur arbitrage sur une réflexion éthique professionnelle, ils ne se trompent pas.

Chacun aujourd'hui connaît la situation économique et financière, chacun mesure les difficultés, tous sont prêts à poursuivre les efforts, mais dans la justice.

Le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, dans son avis n° 101 du 28 juin 2008¹, l'affirme : « *La garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas incompatible avec une rigueur économique* », les choix nécessaires devant être faits en toute transparence, et à la suite d'un véritable débat sur les missions assignées au système hospitalier.

Quelle est la meilleure méthode pour affronter ces difficultés ? On peut se contenter d'imposer des mesures dictées d'en haut, demander toujours plus à des individus sous tutelle, au risque de leur faire perdre le sens de leur action et la qualité de leur service. On peut au contraire s'adresser à des professionnels responsables, rappeler les valeurs qui fondent leur engagement, expliquer, informer, dire la vérité, reconnaître...en somme, faire confiance.

Nous pensons que c'est évidemment comme cela qu'il faut procéder.

Car l'hôpital, fort de tous ses professionnels, présente un potentiel très important de progrès et d'innovation dans tous les domaines. Tous ont dit qu'ils étaient prêts à se projeter dans l'avenir, même (et surtout) si c'est difficile.

La participation des usagers de l'hôpital est un atout pour aider aux changements nécessaires. Pour les usagers, les questions qui émergent aujourd'hui concernent l'accès aux soins, l'égalité de traitement, l'accessibilité des professionnels de santé sur l'ensemble des territoires. Les enjeux dépassent la question du seul secteur sanitaire. Ils touchent le médico-social et le social. En effet, une question de santé ne se pose jamais seule, mais est étroitement liée à un parcours de vie.

Aujourd'hui, professionnels et usagers considèrent que l'hôpital demeure le dernier filet de sécurité concernant la prise en charge de la santé.

Il convient d'affirmer que c'est avec les professionnels et les usagers, et grâce à eux, que l'hôpital public pourra retrouver le sens de son action et remplir toutes ses missions, y compris la mission capitale de générateur de lien social, dans un univers qui en manque à l'heure actuelle, et celle non moins importante de créateur d'une activité de haut niveau technologique, créatrice d'emplois et de richesses.

Voilà le défi qui est lancé : Comment refonder l'hôpital public pour les années qui viennent ? Comment refonder un hôpital public adapté à son temps, aux attentes des patients, centré sur ses missions : les soins, le médico-social, la santé publique, l'enseignement, la recherche ?

¹ Avis du CCNE n°101, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », 26 juin 2008.

Comment construire un hôpital public ouvert sur son environnement, qui affirme sa place sur un territoire et au service des personnes qu'il prend en charge, inscrit dans leur parcours de santé, un hôpital public dans lequel tous les professionnels soient fiers de travailler ?

Dans cette perspective, trois groupes ont travaillé sur trois axes :

1. Sur le territoire : Le service public et son financement
2. A l'hôpital public : Le dialogue social
3. A l'hôpital public : La gouvernance, l'organisation et le management

Afin de redonner à l'hôpital public tout son sens, fixer un cap, donner aux professionnels la visibilité nécessaire et au final, rétablir la confiance, il paraît nécessaire d'agir sur quatre volets.

1) Réaffirmer et reconstruire le service public hospitalier centré sur le parcours du patient ou de la personne prise en charge, ouvert sur son environnement, intégré dans un dispositif plus large sur un territoire.

Le service public hospitalier doit être rénové, construit autour du parcours de santé ou du parcours de vie. Il contribue aux actions de santé publique, assure les soins sous tous leurs aspects, l'enseignement et la recherche en santé ; il est étroitement lié aux services publics médico-sociaux, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'accompagnement au domicile.

Mais, au-delà du service public hospitalier, il faudra bien reconnaître, si l'on veut prendre en compte réellement et efficacement le parcours de santé ou le parcours de vie des personnes prises en charge, qu'il existe sur un territoire de proximité, des missions de service public qui répondent aux besoins de la population en matière de prévention, d'éducation sanitaire ou de permanence des soins pour garantir l'accès aux professionnels.

Le parcours de soins des personnes âgées devra faire l'objet d'une attention spécifique au vu des enjeux, en lien avec la mission conduite par Monsieur Luc Broussy sur l'adaptation de la société française au vieillissement démographique, commanditée par la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie.

2) Ajuster les modes de financement.

Les modes de financement devraient être ajustés en conséquence et inciter au décloisonnement, à la coopération plus qu'à la concurrence et au repli sur soi. Le financement de l'hôpital devrait permettre une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ou de pathologies au long cours (parcours de vie).

3) Établir dans l'hôpital des conditions d'organisation et de fonctionnement équilibrées, ainsi qu'un management qui permette de structurer un vrai dialogue social.

4) Conforter avec l'Etat au niveau central, et avec les Agences Régionales de Santé au niveau régional, des relations basées sur une plus grande confiance.

Certaines des propositions qui suivent font l'objet d'un consensus, quand d'autres sont débattues. Des textes législatifs ou réglementaires seront parfois nécessaires pour les mettre en œuvre. Des concertations complémentaires et des négociations pourront être engagées sur certains points.

Plusieurs mesures pourront être rapidement mises en œuvre, d'autres nécessitent de s'inscrire sur le plus long terme.

Conformément aux souhaits exprimés par la Ministre Madame Marisol Touraine dans la lettre de mission, les propositions contenues dans ce rapport de synthèse sont concrètes, elles reprennent en partie les propositions plus nombreuses et plus détaillées faites par chaque groupe de travail. On pourra donc utilement se référer aux trois rapports joints en annexe.

Tous les acteurs participant aux travaux des groupes, fédérations, conférences, personnalités qualifiées ou partenaires sociaux ont produit des contributions écrites de très grande qualité qui figurent également en annexe au présent rapport. On pourra s'y reporter pour mieux connaître la position de tel ou tel.

Rapport

1. RENOVER LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, ET L'INSCRIRE DANS LE PARCOURS DE SANTE OU DE VIE DES PERSONNES PRISES EN CHARGE SUR UN TERRITOIRE

1.1. *Rénover le service public hospitalier*

1.1.1. Le champ du service public hospitalier : prévention, soins, enseignement et recherche

Traditionnellement, la notion de service public renvoie aux missions d'intérêt général (critère matériel), poursuivies à titre principal par des établissements publics (critère organique), régis par un régime exorbitant de droit commun (critère fonctionnel).

Bien que le service public (SP) soit ancré dans la tradition française, sa déclinaison dans le champ de la santé est récente.

Le Service public hospitalier (SPH) issu, notamment, des ordonnances de 1958 et de la loi portant réforme hospitalière de 1970, était constitué jusqu'en 2009, pour l'ensemble des missions de soins, par les établissements publics de santé (EPS) et les établissements privés non lucratif « participant au service public hospitalier » (PSPH). Les établissements privés à but lucratif avaient toutefois la possibilité d'être « associés par voie de concession » au SPH en cas de carence de l'offre publique de soins.

En rupture avec cette législation antérieure, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) a mis en œuvre une approche matérielle du service public à travers 14 missions de service public (MSP), renvoyant à une part modeste de l'activité des établissements de santé, et pouvant être exercées par tout établissement public ou privé, moyennant le respect des obligations de service public (notamment, l'application des tarifs opposables).

Cette évolution s'est traduite par :

- La suppression *de facto* de la notion de SPH dans le code de la santé publique (CSP). Les anciens établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) sont d'ailleurs, de ce fait, devenus des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Malgré la disparition de la notion, les obligations du service public ont continué de s'appliquer aux EPS et aux ESPIC pour l'ensemble de leurs activités ;
- L'exclusion de la plus grande part de l'activité d'hospitalisation et de soins des EPS et des ESPIC du service public. Les activités non comprises dans les 14 MSP ne relèvent plus du SPH ;
- La possibilité de diviser les missions de service public alors qu'auparavant le SPH reposait sur un bloc de compétences. Certains ont parlé de « service public à la carte », voire de « self service public » (Professeur Demichel).

La loi HPST est donc venue rompre le lien entre le statut des établissements et les missions qu'ils exercent. Cette disparition du service public hospitalier a été très mal vécue par tous les professionnels à l'hôpital public.

L'énumération limitative de 14 missions de service public par la loi HPST a conduit à exclure de l'activité de service public une très grande partie, estimée à 80 %, des soins réalisés dans les EPS et les ESPIC. Or, c'est bien l'ensemble de cette activité de soins qui est couverte par les obligations de service public, et qui doit être incluse dans le service public.

Il convient de revoir le principe de la liste de missions et de revenir à des blocs de compétences. En particulier, l'activité de soins des établissements publics et ESPIC est incluse en totalité dans le service public.

Il paraît nécessaire d'abandonner le principe du découpage en missions de service public et de réaffirmer l'existence du service public hospitalier assurant les trois missions de base : le soin sous tous ses aspects, y compris psychologiques, l'enseignement et la recherche en santé. Une quatrième mission viendrait les compléter, dans le champ de la santé publique (prévention, éducation sanitaire).

Cette réaffirmation du service public hospitalier doit se faire selon les conditions suivantes :

- l'exercice du service public hospitalier (SPH) doit être confié à l'hôpital public, sans pour autant que celui-ci en ait le monopole exclusif, mais en réaffirmant que l'activité de soin, d'enseignement et de recherche qui est réalisée dans l'hôpital public est une activité du service public hospitalier ;
- en rappelant que les établissements privés non lucratifs (ESPIC) peuvent être associés ou peuvent participer au SPH ;
- en rappelant que tout ou partie de ce SPH peut être attribué dans certaines conditions aux établissements privés commerciaux ;
- en rappelant les obligations classiques du service public : égalité d'accès, continuité, adaptabilité.

Ceci conduit à conforter la prééminence du secteur public et du secteur privé non lucratif, associé, dans la garantie des obligations du service public mais aussi dans l'attribution de missions particulières (*via* un système de reconnaissance prioritaire). Pour autant, nonobstant la prééminence du secteur public, la possibilité d'associer le secteur privé lucratif en tant que de besoin (par exemple en cas de carence d'une offre accessible financièrement sur le territoire – et si ce dernier est en mesure d'offrir des garanties identiques au secteur public) doit être également réaffirmée.

1.1.2. Le service public hospitalier

L'objectif est de recentrer le système hospitalier sur le parcours du patient, sur la réponse aux besoins de la population et sur le service à lui apporter.

L'approche matérielle, c'est-à-dire la possibilité offerte à tous les établissements, quel que soit leur statut, d'exercer des missions de service public, sous réserve de remplir, pour la mission donnée, les obligations du service public, peut permettre de répondre à l'exigence de service rendu au patient dans le contexte d'une offre existante mixte publique et privée.

La déconnexion entre le statut des établissements et les missions qu'ils exercent peut se justifier par la volonté d'ouvrir l'accès à la réalisation de certaines missions (en particulier la permanence de soins) à tous les établissements, y compris privés à but lucratif (qui exercent de fait certaines missions), et à certaines autres structures de soins (notamment les structures d'exercice coordonné, groupements de coopération sanitaire, les cabinets de radiologie, etc.), pour :

- réduire les situations de carence en ouvrant l'accès à davantage d'offres de soins, y compris ambulatoires ;

- reconnaître la réalisation de fait de certaines missions par des acteurs privés (notamment la permanence des soins) ;
- permettre de rationaliser le cas échéant les situations de « sur-offre », pour une attribution plus équitable des financements entre territoires.

Pour autant, la clarté apparente de cette approche matérielle occulte une différenciation essentielle entre le secteur non lucratif et le secteur lucratif : contrairement à ce dernier, le secteur public n'a jamais le choix des missions du SPH. Elles s'imposent à lui. Il doit toujours assurer les missions de SPH même en cas de carence du secteur privé.

Le service public hospitalier regroupe donc l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés, qui assurent ses missions en respectant, pour l'ensemble de leur activité, les obligations du service public et notamment celles d'accès tarifaire : les EPS, le service de santé des armées et les ESPIC répondent à cette définition et font partie intégrante du SPH. A la suite de la loi HPST, les hôpitaux publics sont devenus des établissements publics administratifs de l'Etat. Dans le cadre du service public hospitalier rénové, ils devraient retrouver leur statut d'établissements publics de santé.

Les établissements lucratifs peuvent y être associés à condition de respecter les obligations du service public, et sur les missions pour lesquelles leur contribution a du sens.

1.1.3. Principes du service public hospitalier

Mais, au-delà du rappel de ces principes fondamentaux, il faut réaffirmer que le SPH ne se définit pas seulement à travers une liste de mission. Il se base sur la garantie, pour les activités de soins, de certains principes :

- Non-discrimination dans l'accès aux soins programmés ou non
- Accessibilité géographique (territoire/coopération)
- Accessibilité financière (tarifs opposables ou conventionnels)
- Adaptation continue de l'offre aux besoins tels qu'exprimés par le SROS (Territoire/coopération)
- Transparence du fonctionnement (médical, financier, stratégique)
- Écoute et participation des usagers
- Management participatif

1.2. *Concevoir un service public territorial de santé : positionnement des acteurs dans le parcours de soins, parcours de vie*

1.2.1. Le service public hospitalier doit s'inscrire dans un territoire sur lequel sont identifiées des missions de service public

Ces principes rappelés et le SPH reconstruit ne suffisent pas : il faut inscrire le tout dans un projet territorial.

Le parcours de soins, et, pour les personnes atteintes de maladies chroniques et au long cours, le parcours de vie, supposent la bonne articulation entre l'amont de l'épisode hospitalier, le séjour à l'hôpital et l'aval (soins de suite et de réadaptation, accueil en établissement du secteur médico-social et retour au domicile).

Avoir l'ambition d'une vision globale fondée sur le parcours du patient ou de la personne prise en charge suppose la reconnaissance d'un continuum, coordonné et surtout visible pour les professionnels et les usagers entre les actions de prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les soins de suite lorsqu'il y a un épisode hospitalier et, le cas échéant, l'accueil en établissement du secteur médico-social et le domicile.

Ce parcours implique plusieurs acteurs. Le service public hospitalier et les établissements qui l'assurent, constituent un élément de cet ensemble lorsqu'une hospitalisation est nécessaire.

Il conviendrait que s'engagent une réflexion et une action sur la reconnaissance des missions de service public sur le territoire, notamment les missions suivantes :

- permanence des soins sur le territoire (accessibilité géographique et accessibilité financière) ;
- prévention et éducation sanitaire (vaccination, action de santé publique, dépistage...), ce qui suppose des liens structurés et plus étroits avec les acteurs de la prévention tels que la médecine scolaire et la médecine du travail.

Cela suppose également des liens plus étroits entre médecine de ville et hôpital.

Or, malgré tous les efforts des professionnels des deux secteurs, ces liens ne pourront se renforcer concrètement que par la diffusion et le partage des informations. A cet égard, la bonne communication des systèmes d'information hospitaliers entre eux et avec la médecine ambulatoire constitue un enjeu majeur. Les systèmes d'information actuellement installés dans les hôpitaux publics ne leur permettent pas de bien communiquer entre eux (faible interopérabilité) et communiquent mal avec les médecins de ville. Les progrès dans ce domaine constituent un facteur essentiel de réussite d'une future médecine de parcours.

En aval de l'hospitalisation, la continuité de la prise en charge doit être formalisée, notamment en renforçant les liens avec les médecins traitants, les établissements ou services assurant les soins de suite, le secteur médico-social et les services qui accompagnent le retour à domicile (HAD, SSIAD). Cet aspect est essentiel et doit constituer l'une des obligations du service public hospitalier rénové, afin de garantir un meilleur déroulement du parcours de la personne hospitalisée dès sa sortie de l'hôpital.

Si l'on veut travailler sur ces bases, et dans le respect de la liberté de choix et de l'exercice libéral de la médecine de ville, il faudra définir le parcours de soins ou de santé, le parcours de vie et considérer qu'en amont et en aval de la phase d'hospitalisation, des professionnels de santé, sur un territoire, peuvent se voir proposer d'exercer une ou plusieurs missions de service public (permanence des soins, actions de prévention et d'éducation sanitaire, suivi post-hospitalisation ...) au même titre qu'il sont associés aux missions de service public d'enseignement et de formation (maître de stage) et qu'ils pourraient être associés à des missions de recherche clinique, s'ils le souhaitent.

La coordination de ce parcours devrait faire l'objet d'études et de concertations spécifiques avec tous les acteurs concernés en vue d'être confiée au médecin traitant.

Cette approche de l'organisation du système autour du parcours de soins ou du parcours de vie et au service de la personne engagée dans ce parcours conduit à reconnaître un service public territorial de santé qui se définisse par des missions de service public :

- actions de santé publique (Prévention, vaccination, éducation sanitaire, information...)

- permanence des soins sur le territoire de proximité
- enseignement et recherche

La situation de la personne prise en charge peut nécessiter l'hospitalisation dans le SPH (ou dans un établissement privé) ; dans ce cas, le SPH doit s'assurer du suivi post-hospitalisation : par exemple, par la prise en charge éventuelle dans un établissement du secteur médico-social ou l'accompagnement au domicile (HAD, SSIAD).

Si le SPH est assuré par l'hôpital public et les établissements de soins privés associés dans les conditions définies ci-dessus, les missions du service public territorial de santé sont assurées par différents acteurs (professionnels et/ou institutions) dans le cadre d'un mandat fixant les conditions d'organisation et de financement.

Cette démarche conduit à rénover le service public hospitalier et à l'inscrire dans un territoire de santé en définissant dans son environnement des missions de service public pouvant être confiées à d'autres acteurs. L'objectif est de faire coopérer toutes les structures et tous les professionnels concernés pour une bonne prise en charge des patients tout au long de leur parcours de soins ou de vie.

Cette vision territoriale conduit à :

- 1) Définir le périmètre du territoire ;
- 2) Clarifier le positionnement et la responsabilité des acteurs, professionnels et institutions qui assurent ce service public ;
- 3) Stabiliser les outils pour accompagner cette organisation ;
- 4) Identifier les méthodes et responsabilités des régulateurs (*cf infra IV.*)

1.2.2. Dans quel territoire s'inscrit le service public hospitalier ?

Pour la bonne appréhension du parcours de soin ou du parcours de vie, le territoire pertinent est le territoire de proximité, organisé autour du médecin traitant et intégrant toute la palette des réponses sanitaires de première intention, médico-sociales et sociales. Il s'agit d'un territoire à l'échelle humaine permettant une prise en charge personnalisée.

Si le parcours de soin exige un épisode d'hospitalisation spécialisée ou de recours, il est possible, voire nécessaire, de sortir de ce territoire de proximité, mais pour y revenir dès la sortie du CH ou du CHU de référence.

C'est, pour le SPH, l'occasion de réaffirmer le principe de graduation de l'accès aux soins, utilisé pour l'élaboration des SROS et qu'il conviendrait de rappeler. Le territoire de référence n'est pas identique selon que l'on organise l'accueil des urgences, la gériatrie ou la neurochirurgie ou encore les activités de greffe d'organe.

Par conséquent, les missions de service public sont assurées sur un territoire de proximité, éventuellement dans le cadre de réseaux de proximité, celles du service public hospitalier se situent sur les territoires de santé tels que définis par les ARS, voire sur la région ou l'inter-région pour les activités de recours assurées par les CHU.

1.2.3. Positionnement des acteurs dans le parcours de soins ou le parcours de vie

Il est donc proposé que sur ce ou ces territoires, toujours dans la logique du parcours de soins ou du parcours de vie, on définisse le positionnement des établissements de santé en complément et aux côtés des autres acteurs (Professionnels libéraux notamment).

Au sein des territoires, les CHU ont une importante responsabilité locale, régionale ou inter-régionale.

Dans le parcours de soins, ils sont tout à la fois hôpital de proximité pour la population de la ville d'implantation, et hôpital de référence ou de recours sur la région ou l'inter-région, selon la pathologie ou l'activité concernée.

Cette responsabilité recouvre les missions traditionnelles de soin, d'éducation thérapeutique, d'enseignement et de recherche, auxquelles il faut ajouter les missions de prévention, d'éducation sanitaire, les actions de santé publique, et l'obligation d'assurer la continuité de la prise en charge avec l'aval de l'hospitalisation (médico-social et domicile).

Sur tous ces aspects, le CHU a d'importantes responsabilités :

- Formation des médecins (hyper spécialistes ou spécialistes attendus dans les CH) ;
- Lien entre les différents niveaux de territoires (activités spécialisées, missions et activités de proximité) ;
- Initiateur, accompagnateur, modèle de coopération territoriale ;
- Recours et référence.

Dans l'optique des missions de service public sur le territoire de proximité, autour du parcours du patient, le CHU ne peut plus avoir une stratégie centripète et par là même « assécher » son territoire pour concentrer l'activité au motif de l'excellence ou de l'efficacité, ou plus trivialement pour accroître le volume de son activité. Il doit au contraire développer une stratégie d'ouverture, de coopération et prendre une position de coordonnateur, de facilitateur, être le « *cœur qui irrigue les territoires sous sa responsabilité* ».

Pour les missions de service public sur le territoire de santé relatives à la permanence des soins ou aux actions de santé publique, les CHU ont une mission de formation, de coordination et de soutien effectif (support de réseaux, consultations avancées...).

S'agissant de l'enseignement et de la formation des professionnels ou de la recherche clinique, la dimension territoriale est également essentielle.

L'augmentation du nombre des étudiants en PACES ou dans certaines spécialités d'internat nécessite des terrains de stage plus nombreux et des lieux de formation complémentaires. L'Université pourrait donc contractualiser avec les services formateurs des CH, voire envisager de passer des conventions avec tout ou partie de certains centres hospitaliers.

Ces démarches permettraient une meilleure prise en charge et un encadrement de proximité pour les étudiants et devraient permettre de justifier l'attribution de valences d'enseignement aux praticiens hospitaliers. Pour les internes en médecine générale par exemple, les praticiens hospitaliers seraient reconnus comme maîtres de stage au même titre que les médecins généralistes de ville, grâce à des contrats pédagogiques.

En outre, la formation des futurs professionnels de santé, médecins et paramédicaux, devrait intégrer l'apprentissage du travail en équipe, la prise en charge de la précarité et une bonne connaissance de l'organisation et du financement du système de santé.

Aux côtés des CHU et en liens étroits de coopération avec eux notamment sur le soin, l'enseignement, la recherche, et les actions de santé publique, les centres hospitaliers garantissent pour les territoires de proximité qui leur sont géographiquement rattachés (détaillés dans le SROS) les missions du SPH. Il faut inclure dans cette démarche les établissements ESPIC participant au service public hospitalier, et les privés commerciaux assurant des missions de SPH.

Pour tous ces établissements et dans la logique du parcours de soins, le maître mot est « coopération » :

Sur la base des objectifs fixés par l'ARS sur chaque territoire, les établissements assurant les missions de SPH se concertent et proposent à l'ARS les organisations des parcours de soins sur le dit territoire. Lorsque le projet présenté est cohérent avec le projet régional de santé et les schémas concernés (SROS ou schéma de la permanence des soins), l'ARS valide et contractualise sur ce projet.

La contrainte ou la pression exercée pour constituer des communautés hospitalières de territoire ou des Groupements de coopération sanitaire n'intervient qu'en cas d'échec de l'initiative des établissements.

Enfin, sur les territoires de proximité, les ex-hôpitaux locaux et les centres hospitaliers sans plateau technique doivent retrouver un statut reconnaissant leur spécificité : « l'hôpital du généraliste ».

Les missions de ces hôpitaux de proximité sont importantes : appui des maisons de santé, lien étroit avec les généralistes, participation à la formation des médecins généralistes, gériatrie de premier niveau, appui pour retour et accompagnement à domicile....

Ces hôpitaux de proximité, sans plateau technique mais pouvant accueillir des consultations spécialisées avancées du CH ou du CHU avec lesquels ils sont liés par convention, sont des acteurs importants de la médecine de parcours sur le territoire.

1.2.4 Les outils au service des acteurs sur le territoire

Dans le cadre actuel, de multiples outils juridiques de coopération existent, dont les plus récents sont la CHT et le GCS, créés par la loi HPST.

Il conviendrait d'engager au cours de l'année 2013 une évaluation de la pertinence et de l'efficacité de ces outils, en même temps qu'une évaluation des opérations de restructurations de l'offre de soins réalisées depuis 5 ans.

Il conviendrait également d'insister sur les points suivants :

- Privilégier et encourager le mode conventionnel :

Les liens entre établissements et les liens entre les établissements et les autres acteurs peuvent être de simples conventions qui les engagent sur des coopérations efficaces et durables.

- Adapter les CHT et les GCS qui pourraient devenir communautés de territoire et groupements de coopération afin de permettre la réunion, dans une même structure, d'établissements de santé et d'établissements du secteur médico-social.
- Proposer des expérimentations sur de nouveaux outils de coopération ;
- Favoriser l'initiative des acteurs ;

- Inscrire les professionnels dans la vision territoriale et non pas strictement hospitalière suppose la création d'équipes de territoire pluridisciplinaires et intersectorielles pour suivre et coordonner les parcours (ville-hôpital-soins de suites) ;
- Développer les partenariats avec le CHU pour des activités spécifiques, l'accès aux plateaux techniques, le développement professionnel continu des professionnels ;
- Mettre en commun des moyens et des structures, partager et échanger sur les pratiques.

Enfin, il est proposé que ces démarches de coopérations entre acteurs s'inscrivent dans un projet territorial.

Pour les acteurs exerçant des missions de service public sur le territoire de proximité, cela pourrait être acté par un contrat territorial de service public qui fixe pour chacun des acteurs : les engagements, les objectifs, les missions, les obligations, les moyens.

Le contrat territorial est différent du contrat local de santé prévu par la loi HPST qui a pour objectif un accord entre les financeurs. Plus large, il nécessite :

- la concertation et la décision des acteurs de porter les missions ;
- l'accord des financeurs : ARS – collectivités territoriales et assurance maladie ;
- une coopération entre professionnels et/ou établissements de santé et médico-sociaux et/ou l'inscription dans un parcours de soins coordonné.

Aucun acteur ne peut à lui seul assurer la réponse aux besoins de santé d'une personne ou d'une population. Avec l'introduction de l'obligation de coopération dans le service public, les acteurs (SPH et professionnels ou structures assurant des missions de service public sur le territoire) sont incités à se préoccuper du suivi du patient après leur prestation et de l'accompagnement ou de la prise en charge de la personne en aval de leur intervention.

- le développement des modes de prise en charge ambulatoire et la lutte contre les hospitalisations non nécessaires ;
- la prise en compte et l'appropriation dans les pratiques de nouvelles techniques médicales (par exemple télémédecine, obligation de formation continue des professionnels de santé, etc.).

Les conférences de territoires devraient associer plus concrètement tous les acteurs (établissements, professionnels, élus), et auraient à examiner la constitution des territoires de proximité et les contrats territoriaux de santé conclus pour les missions de service public.

1.3. Confirmer l'approche territoriale en psychiatrie

Dans la suite de la loi HPST, l'ordonnance du 23/2/2010 modifie le CSP (art L 32221-1) et supprime, en droit, le secteur, alors même que la loi du 05/07/2011 y fait référence.

Il convient en premier lieu de réaffirmer clairement que la prise en charge des maladies mentales, dans le cadre du parcours de vie des patients, est assurée sur un territoire de proximité défini par le secteur psychiatrique.

Cela devrait permettre de structurer un secteur psychiatrique rénové, ouvert sur son environnement, doté de moyens hospitaliers mais également de moyens d'autres partenaires associés, notamment les collectivités territoriales (logement, activité, insertion), les établissements médico-sociaux d'accueil, et des moyens liés aux actions de santé publique (prévention, information). Les établissements privés pourraient être associés, s'ils le souhaitent et s'ils en ont la capacité, à la prise en charge des patients dans le cadre du secteur au terme de conventions à passer avec les responsables de ces structures sous l'égide de l'ARS.

Ce secteur rénové pourrait être relié par convention à la médecine scolaire et à la médecine du travail, et plus ouvert sur la médecine de ville (généralistes et spécialistes), notamment pour assurer la permanence des soins et le suivi des patients. La dimension de santé mentale intégrée dans les PRS devrait être déclinée sur les territoires de proximité et constituer un volet des contrats territoriaux de santé.

Les conseils locaux de santé mentale, généralisés, pourraient associer tous les acteurs concernés, en particulier les élus locaux.

De nombreux rapports et propositions ont déjà été faits sur ces questions. Il est possible d'engager la préparation de dispositions législatives sur la santé mentale et l'organisation de la psychiatrie. La seule loi du 05/7/2011 relative aux soins sans consentement devrait également être adaptée ; elle ne peut résumer à elle seule une politique globale en matière de psychiatrie et de santé mentale.

En conclusion de cette première partie, il convient de rénover le service public hospitalier et de l'inscrire dans un territoire au sein duquel des missions de service public (permanence des soins, actions de prévention et d'éducation sanitaire) sont assurées par des professionnels de santé, dans le cadre d'un projet de territoire et d'un contrat de territoire, disposant d'un système de financement socialisé. La politique de santé procède d'une définition nationale déclinée dans les régions. Le système doit donc être régulé, structuré et coordonné au niveau régional : c'est le rôle des ARS.

Avoir confiance dans les acteurs de terrain qui ont conscience de la nécessité de travailler ensemble et qui affirment leur volonté de le faire concrètement, signifie d'abord encourager leurs initiatives, les faciliter et les accompagner. Pour autant, l'action de ces professionnels s'inscrit dans un cadre clairement défini, après concertation avec eux.

L'exemple des coopérations entre acteurs sur le terrain est éclairant.

Plutôt que d'inviter les établissements à entrer dans des CHT ou à constituer des GCS, parfois dans un climat de tension sinon de défiance, l'ARS pourrait fixer le cap, indiquer l'objectif (PRS-SROS) en matière de coordination des parcours, de répartition de l'offre de soin sur le territoire à 2 ans et à 5 ans. Les établissements devraient naturellement et obligatoirement se concerter et proposer des modalités adaptées de coopération. Après négociation et accord, l'ARS validerait cette coopération en contractualisant sur les modes d'accompagnement et de soutien (ingénierie juridique, financement).

La coordination et la répartition de l'offre de soins sur le territoire de santé (établissements et ville) ne peut ignorer la politique générale d'aménagement de territoire ; il importe que les élus (région, département, communautés urbaines ou de territoire), déjà associés à la gouvernance de l'ARS (il existe un collège d'élus dans le conseil de surveillance de l'ARS), soient mieux informés et plus en amont des décisions. Une coordination entre les PRS et les schémas de cohérence territoriale (SCOT) s'impose par ailleurs.

Au total, si la politique contractuelle et la planification (CPOM et SROS) doivent demeurer les outils principaux de la régulation du SPH et du parcours du patient sur le territoire de proximité, il convient de remettre ce processus dans le bon ordre :

- 1) Cadrage et fixation des objectifs par l'ARS après concertation,
- 2) Elaboration des projets d'établissements et des projets de territoire par les acteurs et avec les usagers,
- 3) Validation par l'ARS suivie de négociation (ajustements-validation) et d'un contrat.

Le respect de cette méthode doit contribuer à établir des relations plus confiantes entre les acteurs et l'autorité en charge de la régulation.

Propositions :

1°) Rétablir le service public hospitalier (soins, enseignement, recherche, actions de santé publique). Préciser ses missions et ses obligations. Indiquer les établissements qui l'assurent et qui y sont associés. Dans ce cadre rénové, confirmer le statut d'établissements publics de santé pour les hôpitaux publics.

2°) Définir les missions constitutives du service public territorial de santé (permanence des soins, actions de prévention...), indiquer les personnes ou institutions auxquelles ces missions peuvent être confiées et préciser leurs obligations.

3°) Définir les différents niveaux de territoires concernés (territoire de proximité, territoire de santé, région et inter-région) et le positionnement des différents acteurs sur ces territoires.

4°) Renforcer les liens entre établissements des secteurs sanitaire, médico-social et social (obligation du SPH).

5°) Accompagner les actions de coopération à l'initiative des acteurs (obligation du SPH, réseaux de santé constitués entre les différents secteurs) par la mise en place de nouveaux outils : projets de territoire et contrat territorial de service public et en autorisant des expérimentations notamment en vue de confier au médecin traitant la coordination du parcours du patient.

6°) Donner un nouvel élan à la politique contractuelle à partir des initiatives des professionnels et à partir des actions innovantes qu'ils proposent.

7°) Investir prioritairement dans des systèmes d'information permettant aux établissements de communiquer entre eux et avec tous les professionnels de santé.

8°) Engager en 2013 la préparation de dispositions législatives pour l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie dans le cadre d'un secteur psychiatrique rénové, ouvert sur son environnement et sur la base des concertations et travaux déjà réalisés.

2. AJUSTER LE MODE DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

2.1. Corriger les effets indésirables de la T2A en conservant ses avantages

Le mode de financement des établissements de santé est, de toute évidence, déterminant. Il peut inciter ou non les autres acteurs à s'inscrire dans ces démarches nouvelles.

Le diagnostic du système de financement à 100% par la tarification à l'activité est largement partagé. Inflationniste, il incite à la concurrence plus qu'à la coopération ; il conduit à segmenter l'activité, à l'opposé d'une approche globale ou de la prise en compte d'un parcours ; il ne permet pas de financer correctement la prise en charge des polyopathologies complexes ou des maladies chroniques alors que la MECSS estime à 15 millions le nombre de personnes concernées².

La notion de concurrence par les prix n'est pas un gage d'efficience. En effet, la santé n'est pas un marché comme un autre. Dans ce domaine, la concurrence conduit à une augmentation des prix, le plus cher étant souvent réputé comme le meilleur dans un système marqué par l'asymétrie d'information entre le patient et les offreurs de soins, institutions ou professionnels.

Ce mode de financement a cependant permis de reconnaître et de valoriser l'activité des professionnels. Tous ont d'ailleurs refusé le retour en arrière, vers un financement au budget global ou au prix de journée.

Les objectifs doivent être clairs :

- Promouvoir un service public territorial de santé sur le parcours de soins ou le parcours de vie ;
- Inciter les établissements à la coopération sur le territoire ;
- Reconnaître l'activité des professionnels dans l'hôpital pendant la phase d'hospitalisation ;
- Permettre un financement juste de la prise en charge des maladies chroniques et des polyopathologies lourdes ;
- Mettre l'accent plus nettement sur la qualité de la prise en charge et la pertinence des actes plutôt que sur la seule quantité d'activité produite.

Cela passe certainement par un système mixte de financement de l'activité des établissements qui comporterait une partie en T2A pour les activités MCO de court séjour, un mode de financement des maladies chroniques adapté au parcours de soin du patient (tarification adaptée à constituer) et une part en dotation (MIG).

Pour la part en T2 A, il conviendrait cependant :

- 1) D'introduire plus de transparence dans l'élaboration et la maintenance des tarifs ;
- 2) De bien déterminer le périmètre et la nature des charges financées par le tarif ;
- 3) De prendre en compte dans les tarifs l'activité de tous les professionnels (infirmiers par exemple) ;
- 4) De valoriser qualité et pertinence ;
- 5) D'adopter une « CCAM clinique » remplaçant la nomenclature générale des actes professionnels pour financer de manière juste le temps médical.

Pour la part en dotation, il sera nécessaire :

- 1) De définir clairement les critères de répartition et d'attribution de ces dotations ;
- 2) De s'assurer que les crédits ont bien été utilisés pour les missions à financer et dans de bonnes conditions.

² Refonder la tarification hospitalière au service du patient, Rapport d'information de MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 703 (2011-2012) - 25 juillet 2012.

Plus globalement, il sera nécessaire :

- 1) De respecter le calendrier des campagnes budgétaires. Il n'est plus envisageable de fixer les budgets des établissements à l'été.

Les services centraux et les ARS devraient être organisés de manière à rendre les arbitrages nécessaires à temps pour que l'EPRD des établissements et les tarifs soient connus en début d'année.

- 2) De donner une visibilité pluriannuelle, ce qui suppose une certaine stabilité des règles de fixation des tarifs.
- 3) La politique tarifaire doit contribuer, avec les outils dont disposent les ARS (PRS, SROS), à la régulation du système, sans pour autant être le seul ni le principal outil de régulation de l'offre de soins.

Le groupe de travail installé par la ministre en décembre 2012 et présidé par le DGOS devrait explorer ces orientations et autoriser des expérimentations par exemple : financement par épisode de soins ou financement du parcours de soins.

Aux côtés de tous les autres acteurs du monde hospitalier, la conférence des doyens pourrait utilement être associée à ces travaux.

Enfin, ces expérimentations devraient être évaluées et suivies par un observatoire indépendant des autorités tarifaires, qui se verrait confier les missions de surveillance des impacts du mode de financement sur la répartition de l'offre, la satisfaction des usagers, la promotion de pratiques innovantes, les indicateurs de santé publique...

S'agissant des investissements, le système actuel ne permet pas d'assurer durablement leur financement. Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont souvent conduit les établissements à s'engager dans des investissements surdimensionnés et à s'endetter au-delà de leur capacité. Pour les projets d'investissement importants, il convient donc de doter les services des ARS ou les services centraux de moyens de conseil et d'évaluation des projets d'investissement (surfaces, volumes, adaptation aux besoins...) et d'accompagnement (ingénierie financière notamment). Enfin, le mode de financement des investissements et notamment les engagements que peuvent prendre les différents partenaires : Etat, collectivités territoriales, banque d'investissement, fondations pourraient être revus.

2.2. Réaffirmer la responsabilité sociale de l'hôpital

En complémentarité avec un service public territorial de santé défini par ses missions et disposant d'un financement adapté au sens de son action, le service public hospitalier rénové se doit d'être un service public exemplaire.

Parce qu'il est un acteur économique, un élément essentiel du système sanitaire et social et un important facteur de lien social, l'hôpital public a une très importante responsabilité sociale, notamment quant à l'emploi des fonds socialisés qu'il reçoit. Il doit garantir l'utilisation pertinente des moyens mis à sa disposition par la collectivité.

La gestion de l'hôpital public doit être bénéfique aux usagers et aux professionnels qui sont tous des citoyens cotisants. En conséquence, la gestion de l'hôpital public doit être bénéfique socialement sur plusieurs niveaux : sanitaire, social et environnemental.

Cela impose une bonne coordination et une bonne communication entre tous les acteurs.

Les professionnels en sont responsables à tous les niveaux : tutelle, directeurs, médecins, personnels de la fonction publique hospitalière).

Il convient donc d'établir, dans l'hôpital, les conditions d'un fonctionnement équilibré et un management qui permettra de structurer un dialogue social à hauteur des ambitions de ce nouveau SPH.

Propositions

9°) Construire un modèle mixte de financement qui comporte trois volets : T2A pour les activités MCO de court séjour, mode financement (tarif adapté au parcours de soins) pour les maladies au long court, part en dotation pour les missions d'intérêt général et de service public.

10°) S'assurer que le nouveau modèle de financement soit simple et robuste, qu'il valorise la qualité et la pertinence des prises en charge et des parcours plus que la quantité d'activité produite.

11°) Faire en sorte que les critères d'attribution des dotations et le compte rendu de la bonne utilisation des crédits affectés soient bien précisés.

12°) Respecter le calendrier budgétaire et assurer une certaine stabilité des tarifs et des dotations afin de donner aux responsables des établissements une meilleure visibilité pour une meilleure gestion.

13°) Favoriser des expérimentations notamment sur le financement par épisode de soins ou le financement du parcours de soins, observer et évaluer l'impact sur l'accès aux soins et leur qualité.

14°) Fixer le nouveau cadre dans lequel devrait s'inscrire la future politique d'investissement pour les hôpitaux publics : examen et validation des projets, financement.

15°) Rappeler la responsabilité sociale du service public hospitalier et affirmer que la gestion de l'hôpital public doit être bénéfique aux usagers et aux professionnels qui sont tous des citoyens cotisants, et qu'en conséquence, cette gestion doit être bénéfique aux plans sanitaire, social et environnemental.

3. ADAPTER AU SERVICE PUBLIC LA GOUVERNANCE, L'ORGANISATION INTERNE, LE MANAGEMENT, LE DIALOGUE SOCIAL ET LES RESSOURCES HUMAINES

Quatre conditions ont été clairement identifiées au retour de la confiance :

- Le rétablissement d'une gouvernance équilibrée ;
- L'adaptation de l'organisation interne à la taille et à l'activité de chaque établissement ;
- Un management adapté aux exigences du service public ;
- Un dialogue social organisé et authentique.

3.1. Rétablir une gouvernance équilibrée

La réforme de la gouvernance doit prendre en compte le fait que l'hôpital n'est ni une entreprise, ni une administration classique. En effet, l'hôpital est en charge d'assurer le service public hospitalier, et s'intègre dans un service public territorial de santé.

Ainsi, il importe de reconnaître sa spécificité, à travers son organisation et son fonctionnement.

L'objectif de la réforme de la gouvernance sera de constituer un service public hospitalier exemplaire. Il traduira de façon très concrète les valeurs qui le sous-tendent, au premier rang desquelles se trouve l'humanisme et la compétence professionnelle pour la prise en charge des patients, dans le respect de la personne soignée et en délivrant toute l'information nécessaire sur les modalités de prise en charge, les risques et les alternatives thérapeutiques. La solidarité et le respect de l'autre ne seront pas oubliés dans les relations entre professionnels. Ce service public hospitalier sera à nouveau une institution au sein de laquelle les professionnels seront fiers de travailler, eux dont l'engagement et la compétence seront mieux reconnus. Le consensus sur les modalités de la réforme n'existe pas nécessairement sur tous les sujets, mais l'ensemble des acteurs s'est montré ouvert à la révision des dispositions actuelles.

La gouvernance de l'hôpital pourrait reposer désormais sur trois piliers :

- 1) Un conseil délibérant et en charge de surveiller l'exécutif.
- 2) Un exécutif fort et responsable, disposant d'un conseil fortement médicalisé.
- 3) Des instances consultatives concernées et responsables, issues des professionnels et des usagers.

Il conviendrait également, dans la désignation des membres des différentes instances délibératives et consultatives, de tendre vers une plus grande parité entre femmes et hommes.

3.1.1. Créer un conseil d'établissement

Tout d'abord, une réelle assemblée délibérante et de surveillance doit être instaurée, prenant la place de l'actuel conseil de surveillance qui n'a pas aujourd'hui les prérogatives pour réellement délibérer et surveiller. Une telle assemblée pourrait être appelée « Conseil d'établissement ».

Les élus y retrouveraient toute leur place, y compris les élus régionaux en ce qui concerne les CHU. Des personnalités qualifiées seraient également appelées à y siéger, tout comme les personnels médicaux et non médicaux, ainsi que les usagers.

Le président de ce conseil d'établissement serait élu dans l'un des collèges « élus », « personnalités qualifiées », ou « usagers ».

Afin d'accomplir efficacement son rôle, le conseil d'établissement devra avoir les moyens de s'assurer de la bonne mise en œuvre de ses délibérations, par exemple en disposant d'un comité d'audit interne et en ayant la possibilité de recourir à des audits externes.

Il aura, entre autres, pour mission de délibérer sur toutes les questions stratégiques, patrimoniales et de stratégie financière sur le moyen et le long terme, ainsi que sur les projets d'établissements, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et le règlement intérieur.

Le conseil d'établissement délibérera sur les mêmes matières que l'actuel conseil de surveillance, notamment sur le projet d'établissement, la convention constitutive des CHU, le compte financier et l'affectation des résultats, la participation à une CHT, ou à tout autre projet important de coopération sur le territoire et à un projet à visée intégrative, le rapport annuel. De surcroît, il délibérera sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, et sur le règlement intérieur de l'établissement, ainsi que sur la stratégie financière de moyen et long terme.

3.1.2. Renforcer l'exécutif tout en clarifiant les responsabilités

Le directeur doit conserver les compétences générales de gestion de son établissement. Les responsabilités afférentes aux décisions de gestion ne sauraient être partagées. Toutefois, il est indispensable que ses décisions soient éclairées par différents regards professionnels, qu'ils soient médicaux, non médicaux, ou universitaires. A cet égard, la terminologie issue du monde de l'entreprise n'a guère de sens à l'hôpital : comment le vice-président du directoire, à savoir le président de la commission médicale d'établissement, pourrait-il être totalement solidaire des décisions prises par la direction, alors qu'il est élu par ses pairs pour représenter la communauté médicale de l'établissement, et qu'il peut souhaiter être réélu au terme de son mandat ? Comment concevoir un directoire qui ne dirige pas réellement mais qui conseille le directeur et aide à la décision par une délibération collégiale ? Pour ces raisons et pour la bonne dénomination d'une fonction, un conseil de direction pourrait se substituer au directoire actuel et reprendre l'ensemble de ses compétences.

Le conseil de direction serait composé de façon obligatoire du directeur, du président de la CME, du doyen de la faculté de médecine dans les CHU, et du directeur des soins. Ce « noyau dur » désignerait les autres membres du conseil de direction. Le nombre de membres de ce conseil ne devrait pas être fixé de manière réglementaire : il convient de ménager la souplesse nécessaire pour une bonne adaptation au contexte local et à la taille de l'établissement. . En cas de désaccord sur la désignation et le nombre des membres du conseil de direction, le conseil d'établissement désignerait un arbitre. Enfin, le conseil de direction ne doit pas être confondu avec la réunion (informelle) des membres de la direction, collaborateurs du directeur.

Le président de la CME devrait disposer d'un visa, sans possibilité d'exercer un veto, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les contrats internes, et la nomination des médecins au sein de l'établissement.

3.1.3. Renforcer la place des usagers

La participation des usagers à la décision dans les établissements de santé est un acquis législatif et réglementaire, depuis les ordonnances de 1996 et la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de 2002, complétée par la loi de santé publique de 2004 et la loi dite « HPST » de 2009. Le regard porté par les usagers est un moteur puissant pour une évolution de notre système de santé.

La participation des usagers est une pratique maintenant ancrée et l'on peut dire que l'implication directe des usagers dans la construction des réponses apportées par les dirigeants des établissements de santé est un élément qui signe l'originalité des hôpitaux publics et des établissements privés participant au service public.

Pour autant, la participation des usagers et de leurs représentants à la vie des établissements et à la définition des politiques territoriales doit évoluer, ce qui nécessite des évolutions dans la gouvernance des établissements, en même temps que dans les outils qui sont mis à la disposition des usagers.

En effet, même si le travail fait dans les CRUQPC en contribution à la politique qualité des établissements est en constante amélioration, les usagers ne pèsent pas vraiment dans les décisions prises au sein des établissements, au regard des logiques de structure ou des logiques professionnelles. De plus, les instances fonctionnent trop souvent de manière cloisonnée, les rapports de la CRUQPC ne sont pas toujours utilisés dans tous leurs aspects pour élaborer, adapter ou réorienter la politique d'accueil des patients ou les dispositifs concernant la qualité des soins.

On constate alors que les projets d'établissement ne sont pas suffisamment conçus en réponse aux besoins de santé des usagers du territoire et que la parole des usagers au sein des conseils de surveillance est peu audible. Ces derniers sont en difficulté pour préparer les décisions à prendre dans le cadre de ce conseil. Ce constat doit cependant être pondéré en fonction de la taille de l'établissement et du climat de dialogue qui y règne.

Pour parvenir à infléchir davantage les prises de décision dans une logique de service plutôt que celle de défense des acquis ou de concurrence, il est nécessaire d'accroître le pouvoir d'influence des usagers sur les décisions.

Pour cela, plusieurs hypothèses ont été évoquées comme la participation des usagers dans les CME, CTE ou même au sein du directoire. La solution à privilégier doit tenir compte à la fois des difficultés rencontrées pour la représentation des usagers (rareté des bénévoles, difficulté des mandats exercés, difficulté à se faire entendre, absence de statut permettant réellement l'exercice de la représentation, ..) et de la nécessité de ne pas complexifier les organisations.

La création, dans les établissements les plus importants (CHU, gros CH) d'un comité technique des usagers apparaît comme étant la solution améliorant la présence des usagers et leur permettant de participer aux décisions en meilleure connaissance de cause. Ce comité aurait les compétences actuelles des CRUQPC (qu'il remplacerait). Il serait en outre systématiquement informé des avis rendus par les instances consultatives de l'établissement (CME, CTE, CHSCT) à l'exception des avis concernant des mesures individuelles. Il pourrait alerter le directeur ou le conseil d'établissement sur les questions relatives à l'accueil des patients et à la qualité des soins. Ce comité serait présidé par un représentant des usagers élu par les membres du comité. Il pourrait être composé de représentants des usagers, de représentants de la CME, du CTE, de la CSIRMT et de la direction. Cette instance devrait permettre de rapprocher plus efficacement les professionnels et les usagers pour évoquer les questions générales d'accueil et de qualité des soins. Dans les établissements de taille plus modeste (hôpitaux de proximité), la CRUQPC pourrait être conservée.

3.1.4. Organiser une réelle consultation des organes dédiés

La loi HPST, en supprimant de nombreuses prérogatives des organes consultatifs, en particulier celles de la CME, a contribué à déséquilibrer les pouvoirs à l'hôpital. Si beaucoup d'hôpitaux s'accommodent de la réglementation actuelle en aménageant les textes pour faciliter le fonctionnement, on constate en revanche une dégradation brutale du climat dans certains établissements.

Les compétences du comité technique d'établissement, celles de la commission médicale d'établissement et celles de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques devront être très comparables voire identiques. En effet, aucune raison ne justifie d'instaurer des différences entre les catégories de personnels : l'avis et l'information de tous comptent pour garantir un bon équilibre dans la gouvernance de l'hôpital.

Des réunions communes aux différentes instances devraient être organisées à échéance régulière, donnant lieu à un rapport au conseil d'établissement.

Plus spécifiquement, voici les modifications proposées, instance par instance.

o La Commission Médicale d'Établissement (CME)

Il est proposé d'élargir les compétences de la commission médicale d'établissement dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels médicaux, de la modernisation des ressources humaines dans le cadre de la démarche institutionnelle de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, avec la question centrale de la démographie médicale, du développement du dialogue social, ainsi qu'en matière d'information sur la stratégie financière pluriannuelle de l'établissement et de ses déclinaisons annuelles, et concernant les investissements. La CME doit pouvoir rendre un avis sur ces matières.

Le président et la CME devraient ensemble investir sur l'évaluation des pratiques professionnelles, y compris managériales des chefs de pôle, chefs de service et responsables des autres structures internes dans la conduite des missions et activités qui leur sont confiées.

Ils pourraient aussi s'intéresser à la politique de prévention et de gestion des conflits internes en définissant un programme pluriannuel d'actions, en liaison avec la direction et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (renommée commissions des soins infirmiers et paramédicaux, cf *infra*), présidée par le directeur des soins avec lequel il serait nécessaire que le président de CME organise des rencontres régulières notamment sur des sujets intéressant à la fois les personnels médicaux et les personnels paramédicaux.

La promotion de la recherche, le développement des travaux scientifiques et la démarche d'innovation pourraient aussi constituer des axes forts de leurs compétences.

Il en va de même pour les travaux de réflexion et d'études à mener dans le domaine de la démographie sur laquelle un accent particulier doit être mis dans chaque établissement, mais aussi et surtout dans une approche de dynamique territoriale, voire régionale et, dans certains cas, inter-régionale.

Pour assurer une symétrie de compétence avec le comité technique d'établissement compétent pour les personnels de la fonction publique hospitalière, il paraît nécessaire d'étendre le champ d'action de la commission médicale d'établissement intéressant les personnels médicaux aux domaines traités par l'actuel CTE auxquels il conviendrait d'ajouter le projet médical et le projet social dans un volet spécifique aux praticiens hospitaliers.

Il paraît aussi intéressant de préconiser que les grands sujets qui seront traités, au niveau national par le comité national paritaire des praticiens hospitaliers et, au niveau régional par la commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers, trouvent leur déclinaison au niveau local en adaptant la compétence des commissions médicales d'établissement.

Enfin, il est indispensable de compléter son action sur la politique d'accueil des étudiants et des internes en médecine, pharmacie et odontologie et sur celle relative à l'accueil et à l'intégration des personnels médicaux nouvellement recrutés pour optimiser l'attractivité et la fidélisation de professionnels qualifiés nécessaires au bon fonctionnement et à la continuité de l'établissement.

Il est également proposé de faire évoluer la composition de la CME, afin d'y intégrer une représentation des étudiants en médecine, pharmacie et en odontologie.

Tous les membres de la CME, quel que soit le collège concerné, devraient être élus par leurs pairs.

Au total, la CME sera consultée pour avis sur le projet médical de l'établissement, le projet d'établissement, les modifications de missions de service public attribuées à l'établissement, les projets de territoire et les contrats de territoire, le règlement intérieur, les investissements, les conventions des CHU, les statuts des fondations hospitalières, le plan de développement professionnel continu des professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques, le bilan social, ainsi que la stratégie financière à moyen et long terme.

Les autres attributions de la CME restent inchangées.

- Le Comité technique d'Établissement (CTE)

Il est proposé d'aligner les compétences du CTE sur celles de la CME (cf. *supra*), et de les élargir dans les domaines de l'accueil et de l'intégration des professionnels non médicaux, ainsi que du développement du dialogue social et de soutenir sa démarche de développement de la politique sociale avec le CGOS ou l'AGOSPAP ainsi que dans celui de la formation, avec l'ANFH, en lien avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dont la question centrale de la démographie des professions non médicales.

- La Commission des Soins Infirmiers et Paramédicaux (CSIP, ex-CSIRMT)

La Commission des soins infirmiers et paramédicaux doit acquérir une plus grande visibilité, et voir son rôle institutionnel reconnu par l'alignement de ses compétences sur celles de la CME et du CTE. Pour une meilleure visibilité institutionnelle et une meilleure reconnaissance, il est proposé de la renommer « commission des soins infirmiers et paramédicaux » (CSIP).

- Les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL)

A l'instar du rôle joué par les CAPN au niveau national, il convient de donner compétence aux commissions administratives paritaires locales sur les sujets relatifs à l'exercice professionnel partagé des personnels de la fonction publique hospitalière dans le cadre des coopérations institutionnelles.

- Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Les questions de santé au travail et de conditions de travail des praticiens au niveau local sont apparues comme des demandes fortes, émanant des médecins et internes. Aucune instance et aucun dispositif ne traite de ces questions au niveau des établissements, alors que l'établissement est le niveau pertinent. Il est donc proposé de créer deux sous-sections au sein du CHSCT, l'une qui traiterait des conditions de travail des personnels de la fonction publique hospitalière, l'autre qui serait en charge des questions de santé au travail des praticiens hospitaliers. Des réunions communes aux deux sous-sections se tiendraient au moins une fois par an sur des sujets d'intérêt commun.

L'instauration de deux sous-sections au sein du CHSCT ne serait pas obligatoire en-deçà d'un certain seuil d'effectif (par exemple 40 ou 50 ETP pour les PH). En tout état de cause, ce point, comme celui de la désignation des représentants des praticiens hospitaliers au CHSCT (par la CME et/ou par les organisations représentatives des PH) devrait faire l'objet d'une concertation spécifique. Cette question est importante car c'est plus de 12% de professionnels, praticiens hospitaliers titulaires, en période probatoire et contractuels, étudiants et internes en médecine, pharmacie et odontologie qu'il s'agit de prendre en compte dans le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour y débattre de la santé au travail et des conditions de vie au travail.

La création de deux sous-commissions dans l'actuel CHSCT, l'une compétente pour les personnels médicaux, l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec mise au point de réunions communes régulières sur la base d'une participation allégée mais représentative de toutes les composantes des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière est une solution à privilégier.

La commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers et paramédicaux, toutes deux compétentes sur le projet médical ou le projet de soins et, ensemble, sur la qualité et la sécurité des soins des patients et de la prise en charge des personnes accueillies d'une part, et le comité technique d'établissement qui a compétence sur les conditions de travail d'autre part, seront utilement associées aux travaux, études et réflexions menés au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

C'est pourquoi il paraît essentiel de faire évoluer le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pour d'une part, qu'il prenne en compte l'ensemble des professionnels en exercice dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, et, d'autre part, qu'il puisse articuler ces travaux et réflexions avec les trois autres instances consultatives que sont la CME, le CTE, et la CSIP par le biais de réunions institutionnelles de contact. Les champs de compétence respectifs du CTE et du CHSCT devraient, en conséquence et sur ces bases, être précisés.

Une démarche devrait être formalisée en droit et développée dans la pratique institutionnelle pour permettre au CHSCT d'élaborer son programme de santé au travail, incluant les risques professionnels dont les risques psycho-sociaux, la question de la pénibilité de l'exercice professionnel et de l'inaptitude au travail, dans une dimension également pluriannuelle.

Une bonne articulation des travaux de ces différentes instances, avec la volonté de décloisonner leur fonctionnement, devrait permettre d'engager des travaux concrets sur les rythmes de travail et le rapprochement des organisations de travail des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière pour soutenir la cohérence des actions, favoriser la cohésion et la sécurité des pratiques professionnelles des équipes pluri-professionnelles, développer les processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients et de prise en charge des personnes accueillies, tout en valorisant les travaux de recherche et le développement de l'innovation dans le champ des conditions de travail. Cette meilleure coordination devrait permettre également la définition pluriannuelle de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail établis sur la base d'un cadrage national au plan méthodologique notamment.

Le comité technique des usagers puis le conseil d'établissement devraient être informés de la cohérence de ces travaux et de leur mise en œuvre.

Au total, il conviendra de favoriser une meilleure articulation des rôles et compétences du CHSCT et des autres instances consultatives de l'établissement (CME, CTE, CSIP) assortie d'une information du comité technique des usagers et du conseil d'établissement.

3.1.5. Simplifier les instances dans les coopérations

Alors que la dynamique territoriale est promue et ne va aller qu'en s'accroissant dans l'intérêt des patients, des personnes accueillies, des institutions et des professionnels, aucune évolution significative des instances délibératives et consultatives n'a encore été portée sur le sujet. Certains directeurs ont recensé entre 140 et 200 réunions annuelles nécessaires pour faire vivre leurs instances délibératives et consultatives s'ils ont en charge au moins trois établissements dans le cadre d'une direction commune.

C'est la raison pour laquelle il paraît indispensable que le modèle actuel puisse rapidement évoluer pour simplifier l'organisation des instances internes lorsque les établissements sont engagés dans une coopération, quelle qu'en soit la forme.

Dans ce cadre, il est proposé, tout en maintenant l'autonomie des établissements si la forme juridique de la coopération le justifie, de prévoir des instances communes, dans le cadre d'un projet de territoire (en particulier, conseils d'établissement, conseil de direction, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, commission de soins infirmiers et paramédicaux, commission administrative paritaire...), en veillant à une représentation juste et équilibrée à raison de leur taille et de la spécificité des organisations institutionnelles et professionnelles de chacun des établissements associés à ces coopérations.

Propositions

16°) Transformer le conseil de surveillance en conseil d'établissement en complétant le champ de ses compétences en matière de délibération et en le dotant des moyens de s'assurer de la bonne mise en œuvre de ses décisions.

17°) Transformer le directoire en conseil de direction en conservant ses compétences mais en assouplissant les règles relatives à sa composition et à la nomination de ses membres.

18°) Créer dans les établissements les plus importants un comité technique des usagers pour remplacer la CRUQPC en le dotant de compétences plus générales.

19°) Revoir les domaines de compétence des instances consultatives : CME, CTE et Commission des soins infirmiers et paramédicaux (CSIP, ex-CSIRMT) et prévoir à un rythme annuel des réunions communes de leurs représentants.

20°) Structurer le CHSCT en deux sous-sections respectivement compétentes pour les PH et la FPH.

21°) Mettre en place un dispositif d'articulation efficace entre ces différentes instances pour les questions d'intérêt commun, et fixer l'objectif, lors du renouvellement des instances, d'établir progressivement la parité hommes/femmes.

3.2. Adapter l'organisation interne à la taille et à l'activité de l'établissement

3.2.1. Principes d'organisation

Il convient de rappeler les principes qui devraient guider l'organisation interne de l'hôpital :

- aucun modèle unique d'organisation interne ne devrait être imposé.
- l'organisation interne des structures de soins et médico-techniques doit nécessairement être déterminée par le projet médical ;
- l'organisation doit être adaptée à la taille et à l'activité de l'établissement, elle doit pouvoir varier selon qu'elle concerne un CHU, un CH, un hôpital de proximité, un établissement spécialisé (psychiatrie par exemple) ou accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées.
- Cette organisation doit pouvoir se structurer autour de deux niveaux :

1) une structure de regroupement des unités de base, disposant d'une masse critique de moyens et d'activité pour en assurer la gestion de proximité, dans une logique médico-économique, et en

autre gérer des programmes de qualité, assurer la gestion des risques et la gestion des contrats ou des programmes de recherche, en cohérence avec le projet médical. Ces structures sont nommées selon le choix de l'établissement, par exemple : pôles, départements ou fédérations de services ou d'unités, elles sont obligatoirement dotées d'un projet conforme au projet médical de l'établissement. Ce projet précède toute délégation de gestion.

2) une structure de proximité pour les soins et l'enseignement constituée sur la base d'une équipe soignante pluri professionnelle, pluridisciplinaire ou disciplinaire. Ces structures sont également nommées selon le choix de l'établissement, par exemple service, unité fonctionnelle ou unité de soins et d'enseignement. L'exigence pour la constitution de telles structures est prioritairement la constitution d'équipes soignantes pluri professionnelles, disciplinaires ou pluridisciplinaires, en conformité avec le projet médical du pôle ou du département.

3.2.2. Règlement intérieur

Le règlement intérieur définit l'organisation et les délégations de gestion internes, leurs modalités de mise en œuvre, et leur suivi. Il fait l'objet d'un avis du CTE, de la CME et de la CSIP, d'une délibération en conseil d'établissement, et est arrêté par le directeur.

3.2.3. Nominations des responsables dans ces différentes structures, et équipes de responsables

Dans ce nouveau contexte, il est proposé de modifier la procédure de nomination des chefs de pôle, de département, d'unité et de service. D'une part, le caractère aujourd'hui controversé du mode de nomination des chefs de pôle mine la légitimité de ces derniers aux yeux des autres praticiens, ce qui ne facilite pas l'exercice de leurs fonctions. D'autre part, il convient d'harmoniser les procédures de nomination entre ces différents responsables. Ainsi, le directeur et le président de CME pourraient nommer conjointement ces responsables, pour quatre ans renouvelables une fois, sur une liste d'aptitude établie par la CME. Les critères à respecter pour l'inscription sur cette liste d'aptitude (formation à la conduite d'équipes, à la gestion de moyens, aux relations sociales, au fonctionnement et au financement du système hospitalier...) devraient être fixés par voie réglementaire. En cas de désaccord entre le directeur et le président de la CME, le directeur décide en dernier recours, un conflit prolongé entre directeur et président de CME pourrait justifier une mission de conciliation voire de médiation (voir *infra*).

La conduite de ces structures, pôles, fédérations de services ou département est assurée par une équipe composée normalement d'un praticien responsable et de cadres soignants et administratifs. Dans la perspective d'un management participatif, la place et le rôle des cadres doivent être affirmés et reconnus auprès du praticien responsable. Cette précision figure dans le règlement intérieur.

Dès 2014, il conviendra de procéder à une évaluation des pôles afin de dresser un bilan de leur mise en œuvre, au regard des objectifs poursuivis. Au terme de cette évaluation, un ajustement sera à faire le cas échéant.

Dès 2013, une ou des expérimentations de nouvelles organisations et délégations de gestion pourraient être lancées sur proposition d'établissements volontaires.

Enfin, il semble nécessaire d'adapter, sur la base des principes énoncés ci-dessus, la gouvernance et l'organisation des très grandes structures (AP/HP) dont la taille et la complexité de l'organisation et du management justifient une réflexion particulière à conduire.

Propositions

22°) Indiquer les principes sur lesquels doit se fonder l'organisation interne des établissements :

- Il n'existe aucun modèle unique et uniforme, l'organisation interne doit être adaptée à la taille et à l'activité de l'établissement ;
- Elle doit être fondée sur le projet médical ;
- Elle prévoit des structures de regroupement destinées à assurer la gestion des activités et des moyens dans une logique médico-économique, et des structures de proximité adaptées aux soins et à l'enseignement. L'appellation de ces structures est choisie par l'établissement.

23°) Evaluer dès la fin 2013 la pertinence des pôles mis en place au regard notamment de l'organisation des soins (qualité, sécurité) et de l'efficacité de la gestion et utiliser les résultats de cette évaluation pour éclairer les choix des établissements.

24°) Faire nommer les praticiens responsables des différentes structures conjointement par le directeur et le président de la CME sur une liste d'aptitude établie chaque année par la CME sur la base de critères de compétence spécifiques et prédéterminés. Affirmer le rôle des cadres au sein de ces structures.

25°) Autoriser des expérimentations de nouvelles organisations qui pourraient être proposées par les établissements et les évaluer.

3.3. *Promouvoir un management correspondant aux exigences du service public*

3.3.1. Réaffirmer les principes du management

La direction de l'hôpital public doit être adaptée aux exigences du service public hospitalier, notamment à une éthique professionnelle en totale cohérence avec ses valeurs.

Quelques grands principes d'organisation et de management, déjà pratiqués dans de nombreux établissements, doivent être impérativement réaffirmés :

- le respect des compétences professionnelles et de la déontologie, en particulier à travers l'autonomie de la décision du professionnel, dans son champ de compétence ;
- le rappel des responsabilités professionnelles liées à la prise en charge des patients ;
- la clarification des responsabilités respectives des chefs de pôles et des chefs de service ou d'unités de soins ;
- une démarche participative à tous les niveaux, basée sur la reconnaissance des acteurs, et à travers des actions d'information et de concertation ;
- la pluridisciplinarité et la collégialité dans les décisions organisationnelles, voire de prise en charge des malades lorsque cela s'avère nécessaire ;

- l'évaluation des pratiques, la formation et l'innovation dans tous les domaines d'activité ;
- la sincérité des informations diffusées : informations financières, d'activité, d'emploi et d'affectation de moyens....

Le mode de management doit être participatif à tous les niveaux, du directeur et du conseil de direction, des pôles et des départements, des unités, équipes et services. Ce principe doit irriguer la conception des outils, la diffusion et le partage de l'information, afin de favoriser la transparence. Le respect de tous les professionnels, quels qu'ils soient, doit être la règle.

Ce mode de management participatif est un facteur essentiel de retour de la confiance, c'est le moyen de respecter et de reconnaître les professionnels, de les motiver et de rétablir la confiance dans l'institution. Il faut du temps pour aboutir à des résultats. Le professeur COLOMBAT qui met en œuvre ces principes de façon unanimement reconnue à Tours depuis de nombreuses années affirme, d'expérience, qu'un tel mode de management est efficace pour peu qu'on accepte d'y consacrer du temps, et surtout que, quel que soit le contexte, on trouve toujours le temps nécessaire s'il y a la volonté de pratiquer ainsi.

Cela suppose :

- Une formation solide, un peu de théorie et beaucoup d'apprentissage pratique.
- Des responsables à l'écoute et facilitateurs de la démarche.
- Des cadres participatifs.
- De ne pas perdre son temps dans des réunions stériles redondantes, trop longues, mais de savoir hiérarchiser les priorités.
- Une volonté institutionnelle qui entraîne l'implication de tous, donc un engagement au niveau du projet d'établissement porté par le directeur général.

Le management de l'hôpital public chargé du service public hospitalier est un management spécifique. Il exige de :

- Porter et défendre les valeurs du service public avec exigence et rigueur.
- Rappeler l'exigence du bon emploi des deniers publics et de tous les moyens mis à disposition des professionnels.
- Rappeler l'exigence de rendre compte de cette bonne utilisation.
- Rappeler l'exigence de la responsabilité de chaque professionnel dans l'exercice de ses fonctions.
- Enfin et surtout, rappeler l'exigence éthique du service au malade et du respect de l'autre, patient et professionnel.

Pour établir la confiance, il faut au moins être deux à s'inscrire dans cette démarche, ce qui implique de :

- Garantir le respect de l'autre.
- Faire ce que l'on dit et dire ce que l'on fait.

- Pour chaque responsable, quel que soit son niveau de responsabilité, être l'exemple à suivre dans son attitude et sa pratique professionnelle.

C'est tout cela qui permet de redonner du sens, de s'inscrire réellement et concrètement dans les valeurs du service public hospitalier et d'obtenir de bons résultats.

Les managers à l'hôpital occupent des fonctions diverses. On trouve dans cette catégorie le directeur et les membres de l'équipe de direction, les présidents de CME, les doyens, les chefs de pôle, les chefs de service et d'autres structures, le coordonnateur médical (y compris pour les étudiants et internes), et les cadres, qu'ils soient cadres en santé, médico-techniques, en rééducation, socio-éducatifs, administratifs, techniques, ouvrier, etc...

Une **Charte du management et du dialogue social** pourrait être élaborée pour guider les responsables dans leurs fonctions de direction, d'animation, d'arbitrage et d'encadrement.

Une telle charte engagerait l'ensemble des acteurs hospitaliers : directeurs, présidents des instances consultatives, praticiens hospitaliers responsables, cadres, et responsables d'organisations syndicales des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière pour un dialogue social loyal, ouvert, actif et opérant dans le champ des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

3.3.2. Restaurer des espaces de dialogue, de concertation et d'information

La loi HPST n'a pas prévu d'encadrement juridique pour assurer la promotion homogène du droit à l'expression libre et collective des professionnels, en considérant que la liberté d'organisation de ce dialogue social de proximité devait être privilégiée.

Il importe de recréer un espace de dialogue social de type conseil de pôle et/ou conseil de service pour les activités cliniques et médico-techniques et de type conseil de service pour toutes les autres activités (administratives, socio-éducatives, techniques et ouvrières...), sans toutefois formaliser un cadre trop contraignant. Une adaptation de même nature pourrait également être prévue pour les établissements de santé de petite taille pour lesquels l'organisation en pôle n'aurait que peu ou pas de pertinence, ainsi que pour les établissements sociaux et médico-sociaux. L'essentiel est de disposer d'une structure adéquate pour traiter des activités des services, en allégeant sa composition et son fonctionnement pour en faire un véritable lieu d'information et d'échange. Ces modalités d'organisation devraient être fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

L'accent doit être particulièrement mis sur l'unanimité qui s'est dégagée pour promouvoir la notion d'équipes pluri professionnelles seules à même d'assurer la qualité de la prise en charge, la cohérence des actions et la cohésion interne, mais aussi de valoriser et d'enrichir les compétences collectives et individuelles et de favoriser le décloisonnement entre l'exercice des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière.

Les représentants désignés au sein de ces structures (conseils de pôle ou de services) pourraient être l'utile relais d'une information la plus objective, la plus exhaustive, la plus rapide et la plus régulière possible sur la base de documents communs et partagés entre le chef de pôle, le chef de service ou le responsable des autres structures, les cadres et l'espace de dialogue social constitué au sein du pôle ou du service.

3.3.3. Élaborer un projet d'établissement

Un véritable projet d'établissement fédérateur et partagé doit être élaboré. Tous les hospitaliers sont parfaitement conscients de la fragilité relative des projets d'établissements ambitieux dans le contexte économique actuel. Toutefois, tous sont également conscients de la nécessité de formuler des repères et des orientations, de disposer d'une vision prospective sur le moyen terme. Cette démarche est essentielle pour les professionnels de l'hôpital, mais également pour tous leurs partenaires sur le territoire. La démarche d'élaboration du projet d'établissement doit être conduite dans la bonne connaissance de l'environnement de l'établissement, du contexte économique et financier et dans la perspective de s'inscrire dans un projet territorial de santé. Le projet d'établissement comprend notamment :

- Le projet médical et de soins, c'est-à-dire le projet de prise en charge des patients et de leur parcours dans l'hôpital (CME et CSIP)
- Le projet social (FPH et PH)
- Le projet de management
- Les projets relatifs au système d'information
- Le projet d'investissement
- Les modalités d'évaluation et de révision régulières du projet d'établissement

Ce projet d'établissement tiendra compte de la vision territoriale, à savoir l'environnement de l'hôpital, et les coopérations actuelles et futures avec des établissements voisins, publics ou privés, sanitaires et médico sociaux, les maisons ou centres de santé et les réseaux.

Il est nécessaire d'associer les représentants institutionnels et professionnels ainsi que les responsables des structures internes et les cadres à l'élaboration du projet d'établissement et de les informer régulièrement des arbitrages rendus notamment pour la mise en cohérence avec le projet de territoire (à travers le SROS). Il en va de la compréhension, de l'adhésion des professionnels dont c'est en partie l'œuvre collective. Il en va également de la recherche collective de l'aspect bénéfique socialement et économiquement du service public hospitalier.

Il est tout aussi essentiel d'investir sur l'évaluation de la mise en œuvre des projets stratégiques de l'établissement, sur la base d'indicateurs simples et pertinents pour mesurer le niveau d'adhésion des professionnels et de réalisation des objectifs et, le cas échéant, d'analyser et d'expliquer les écarts observés entre les projets arrêtés et les projets réalisés.

Par ailleurs, compte tenu de l'engagement pluriannuel qu'implique le projet d'établissement, une information interne devra être diffusée régulièrement par la direction de l'établissement à l'ensemble des professionnels en exercice, praticiens hospitaliers (y compris étudiants et internes) et personnels de la fonction publique hospitalière.

3.3.4. Reconnaître et réaffirmer le rôle des cadres aux côtés des responsables, directeurs et praticiens hospitaliers

Dans la nouvelle gouvernance du système sanitaire, social et médico-social public, le rôle des cadres (paramédicaux, socio-éducatifs, administratifs, techniques et ouvriers) doit être pleinement reconnu, ils doivent, comme le sont les instances consultatives, être invités à se mobiliser sur les sujets de ressources humaines et de dialogue social dans leur exercice professionnel, au sein des différentes structures et dans le respect des principes énoncés ci-dessus (charte du management), en particulier dans les domaines suivants en liaison avec le directeur des ressources humaines et le coordonnateur général des soins - directeur des soins pour la part qui le concerne :

- la gestion et le suivi des effectifs,
- la participation à l'organisation des recrutements et des remplacements,
- la gestion des plannings et des congés de toute nature,
- l'organisation du travail,
- la gestion des mouvements internes au pôle ou au service,
- l'adaptation des moyens en personnel en fonction de l'activité,
- la gestion de la période de stage, pour les fonctionnaires hospitaliers avant titularisation,
- l'identification des potentiels pour les promotions de grade ou l'appréciation pour les réductions d'ancienneté d'échelon,
- l'hygiène, la sécurité et les conditions de vie au travail,
- l'accueil et le séjour des patients et des personnes accueillies,
- l'accueil des professionnels et des stagiaires en formation,
- l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels,
- la fidélisation des professionnels en exercice,
- la prévention des risques et la gestion des conflits,
- la préparation des séances d'information et d'échange avec les personnels hospitaliers du pôle, du service ou des autres structures internes,
- la préparation - voire pour certains professionnels - la conduite de l'entretien professionnel annuel et la proposition d'attribution de la prime de service.

Par ailleurs, le chef de pôle, de département ou de fédération, investi d'une délégation de gestion, pourrait donner délégation de signature au cadre pour tout ou partie des compétences définies dans le champ de la délégation dont il dispose, en lien avec les responsables des autres structures.

Ces dispositions devraient figurer dans le règlement intérieur de l'établissement.

Propositions

26°) Affirmer les exigences de la gestion du service public hospitalier et les formaliser dans une charte du management et du dialogue social au sein de chaque établissement.

27°) Recréer les espaces de concertation, d'information et de dialogue au sein des différentes structures, en préservant la souplesse nécessaire à leur fonctionnement.

28°) Reconnaître et réaffirmer le rôle des cadres dans l'institution.

29°) Elaborer un projet d'établissement dans une démarche participative et d'information.

3.4. *Organiser le dialogue social*

Le retour de la confiance passe également par l'organisation d'un dialogue social structuré à tous les niveaux.

Ce point devra être articulé avec l'agenda social pour les trois fonctions publiques mis en place par la Ministre de la fonction publique.

3.4.1. Diagnostic et attentes

Le diagnostic est celui de la perte de confiance, de la dégradation des relations sociales, des tensions locales, d'un déficit d'attractivité qui engendrent des difficultés de recrutement, une hausse de l'absentéisme, une hausse de l'exposition des professionnels aux risques professionnels et psychosociaux. Les professionnels déplorent également l'absence d'espace de concertation et d'information, et l'absence d'espace de dialogue social pour les praticiens hospitaliers. La situation diffère pour la fonction publique hospitalière, laquelle a une pratique historique et une culture du dialogue social : au niveau national, plus de dix accords ont été signés entre 1998 et 2008.

Le groupe de travail sur le dialogue social a très bien identifié les insuffisances et les attentes tant pour la FPH que pour les PH.

On sait, d'expérience et de bon sens, que les propositions d'organisation résultant d'un dialogue avec les équipes ont plus de chance de réussir que celles imposées d'en haut.

3.4.2. Principes

Le dialogue social à l'hôpital est indissociable des valeurs fondatrices du service public hospitalier. Ce dernier est une composante essentielle du système de santé. Il s'inscrit dans une dimension d'intérêt général et les agents qui y participent dans toute la diversité et la richesse de leurs métiers – praticiens hospitaliers, personnels de la fonction publique hospitalière, agents contractuels etc. – doivent se sentir reconnus et entendus, en particulier au travers d'un dialogue social structuré. De ce point de vue, le respect du service public hospitalier passe par celui des acteurs qui le font vivre au quotidien, et le respect des engagements pris par l'Etat avec les partenaires institutionnels et les professionnels.

Qualité des soins aux patients ou de la prise en charge des personnes accueillies et qualité de vie au travail pour les professionnels, loin d'être antinomiques, s'alimentent mutuellement.

Un dialogue social loyal et vivant constitue une condition *sine qua non* pour la conciliation de l'efficacité médico-économique et de la performance sociale.

Selon la définition qu'en donne l'organisation internationale du travail³, « *Le dialogue social inclut toutes formes de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs sur des questions d'intérêt commun liées à la politique économique et sociale* ».

Il peut donc s'agir :

- D'un dialogue de proximité au sein des établissements. Ce dialogue de proximité ne doit pas être confondu avec des relations humaines ordinaires entre collègues ou entre membres d'une communauté de travail ;
- D'un dialogue au sein d'instances consultatives, paritaires ou non ;
- De relations directes entre employeurs/décideurs et organisations syndicales.

« Information », « consultation », « concertation », « négociation », sont autant de modalités qui participent du dialogue social.

Elles peuvent s'interpénétrer, chacune remplissant une fonction particulière.

³ <http://www.ilo.org>

- Information : tout évènement, tout fait, tout jugement porté à la connaissance d'un public plus ou moins large, sous forme d'images, de textes, de discours. Information ascendante (trop souvent ignorée) et information descendante ;
- Consultation : recueil d'avis, tour de table plus ou moins exhaustif des opinions en présence ;
- Concertation : action visant à s'entendre pour agir de concert ;
- Négociation : discussions entre des partenaires au dialogue social menées en vue d'aboutir à un accord sur les problèmes posés à partir d'objectifs convenus.

3.4.3. Conditions d'organisation du dialogue social local et facteurs de réussite

3.4.3.1. Sécuriser le cadre juridique d'exercice du dialogue social pour les praticiens hospitaliers

Un dispositif juridique doit être mis en place, au niveau pertinent (loi ou décret en Conseil d'Etat) pour permettre aux praticiens hospitaliers de s'inscrire à part entière dans un champ de dialogue social identique à celui de la loi du 5 juillet 2010 et de tous les textes régissant le dialogue social pour les personnels de la fonction publique hospitalière.

Il est indispensable que tous les professionnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux puissent être acteurs du dialogue social selon des approches identiques voire partagées de droits et d'obligations.

3.4.3.2. Traiter la question de la représentativité syndicale des praticiens hospitaliers

Les nouveaux critères de représentativité définis par la loi du 20 août 2008, sont le respect des valeurs républicaines, l'indépendance, la transparence financière, une ancienneté minimale de deux ans dans le champ professionnel et géographique couvrant le niveau de négociation, l'influence, l'effectif, les cotisations et surtout l'audience. Cette dernière condition, prépondérante, impose à un syndicat de recueillir au premier tour des élections professionnelles, dans une entreprise, au moins 10% des suffrages exprimés.

Le dialogue social dans la fonction publique est différent de celui applicable au secteur privé. Le préambule de la Constitution de 1946 reconnaît aux fonctionnaires (titulaires et stagiaires), comme aux salariés (contractuels), une série de droits sociaux tels que le droit syndical, le droit de grève dans le cadre des lois qui le règlementent et le droit à la participation, à la gestion et au fonctionnement de l'administration au sein d'instances consultatives (CSFP, CSFPH, CTE, CTP, CHSCT, CAP, CCP, principalement).

Il faut rappeler qu'actuellement le statut de la fonction publique s'articule autour de quatre lois fondamentales :

- La loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires (loi commune aux trois fonctions publiques), dite « Titre I » ;
- La loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, dite « Titre II » ;

- La loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, dite « Titre III » ;
- La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dite « Titre IV ».

Si le statut de 1983 reconnaît le droit à la négociation salariale préalable à la détermination de l'évolution des rémunérations, il ne s'agit pas d'un système équivalent à la négociation collective dans le secteur privé, dans la mesure où l'accord n'est pas suffisant à lui seul, d'un point de vue normatif, puisqu'une disposition législative ou réglementaire est nécessaire pour son application.

Enfin, la loi du 5 juillet 2010 rompt avec la présomption de représentativité héritée de l'après-guerre. Dorénavant, **la représentativité repose notamment sur le vote de l'ensemble des personnels titulaires et contractuels de droit public et de droit privé**. Elle a été mesurée ainsi pour la première fois dans la fonction publique hospitalière en octobre 2011. Pour être représentative au niveau de l'établissement, une organisation syndicale doit avoir au moins un élu au comité technique.

Désormais, dans le secteur privé comme dans la fonction publique, la représentativité nationale découle de la consolidation des résultats dans les entreprises ou les sites.

La situation particulière des praticiens hospitaliers publics

Il paraît aujourd'hui nécessaire d'associer davantage les praticiens hospitaliers, au sein des établissements, au dialogue sur des sujets comme l'organisation du travail, l'organisation et la gestion des temps, l'articulation entre le temps médical et paramédical, la santé au travail...

Contrairement aux 8000 personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires, qui sont fonctionnaires d'Etat, les 115 000 praticiens - en nombre de personnes physiques en 2010, sans les étudiants- , dont 45 000 praticiens hospitaliers gérés au niveau national (outre les 8 000 personnels hospitalo-universitaires pour la partie hospitalière de leur activité) ont des statuts spécifiques en tant qu'agents publics-, selon qu'ils sont titulaires et en période probatoire (notion équivalente à celle de stagiaire dans la fonction publique) ou contractuels (nombreux statuts relevant de cette catégorie). Il en va de même pour les étudiants et internes en médecine, pharmacie et odontologie.

L'élaboration de critères doit permettre d'une part, d'asseoir la représentativité des organisations intersyndicales des personnels médicaux dans le cadre du dialogue social formel au travers de la vie des instances consultatives nationales (commissions statutaires nationales, conseils de discipline), régionales (conférence, commission ou comité régional(e)), et locales (sous-commission du CHSCT notamment) et, d'autre part, d'assurer leur participation aux autres formes de dialogue social à tous les stades, en allant de l'information, à la consultation et à la concertation et jusqu'à la négociation.

La mise au point de critères suffisants, à la fois simples et précis, aura pour avantage de clarifier la relation entre les organisations intersyndicales de praticiens hospitaliers et l'Etat central, régional et les établissements. Ils pourraient s'inspirer de certains éléments fondamentaux retenus pour la fonction publique, notamment.

Il est proposé d'engager, avant les prochaines élections professionnelles, une concertation sur la question de la représentativité des organisations syndicales de praticiens.

3.4.3.3. Clarifier les positions et rôles des intervenants : la négociation, la hiérarchie des normes et le principe de faveur

La répartition des responsabilités de négociation

Dans le champ de la fonction publique hospitalière et du statut des praticiens hospitaliers, les responsabilités de négociation peuvent relever de niveaux différents selon les thèmes retenus.

Ces niveaux doivent être clairement identifiés. Certains thèmes touchant à la vie au travail (temps de travail par exemple) et à la situation statutaire des professionnels peuvent relever du niveau international ou européen (directives transposées en droit interne). D'autres relèveront du niveau national.

Une des principales nouveautés introduite par la loi du 5 juillet 2010 réside dans la place primordiale dorénavant aménagée pour un dispositif de négociation inférieure au niveau national.

Au préalable, il est indispensable pour l'ensemble des acteurs de disposer d'une vision claire de l'ensemble des sujets pertinents pouvant faire l'objet d'une négociation à l'échelle des établissements.

Il est préconisé de lancer une concertation au niveau national réunissant les représentants du ministère de la santé et des affaires sociales et les organisations syndicales représentatives des professionnels (praticiens hospitaliers et personnels de la FPH) des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, en vue de répartir les responsabilités en fonction des thèmes soumis à la négociation.

Le cadre juridique de la négociation

Promouvoir le développement d'une véritable culture de la négociation à tous les niveaux où celle-ci peut s'exercer exige une représentation claire du cadre juridique de la négociation et de son résultat (accords signés).

Si la validité des accords est bien cernée par la loi du 5 juillet 2010⁴, il importe de bien préciser d'une part, l'absence de valeur juridique d'un accord conclu par la négociation et d'autre part, le cadre juridique de mise en œuvre, à un niveau inférieur, d'un accord conclu au niveau supérieur.

Au nom du maintien de la hiérarchie des normes dans un système de fonction publique :

- l'accord conclu, à quelque niveau que ce soit, n'a pas de valeur juridique en tant que tel. Il a une valeur d'engagement « moral et politique » pour les signataires ;
- la loi précitée n'a pas prévu que le résultat de la négociation puisse, à lui seul, remettre en cause la position statutaire et réglementaire dans laquelle sont placés les fonctionnaires et autres agents publics sous statut. Ces derniers restent régis par les lois et règlements qui leur sont applicables et les accords qui seraient négociés sur des aspects statutaires exigeraient, pour s'appliquer, d'être traduits par des textes de niveau pertinent.

Dans le cadre de la loi de juillet 2010, des négociations peuvent être engagées à un niveau inférieur à la suite d'un accord conclu à un niveau supérieur.

⁴ Rappel à propos de la validité d'un accord. 1) période transitoire (jusqu'au 31.12.2013) avec une ou plusieurs organisations ayant recueilli plus de 20% du nombre de voix si pas d'opposition d'organisations représentant une majorité de voix. 2) période pérenne : à compter du 1.1.2014, les signataires devront avoir recueilli au moins 50% des suffrages aux dernières élections professionnelles (principe de l'accord majoritaire).

Si une négociation s'engage à un niveau inférieur, elle ne peut avoir pour objet que de préciser la négociation de niveau supérieur ou en améliorer l'économie générale dans le respect de ses stipulations essentielles (principe de faveur).

3.4.3.4. Préciser les droits et obligations de l'ensemble des parties à la négociation

Les signataires des accords de Bercy de juin 2008 ont fortement exprimé la nécessité que tous les acteurs prennent leurs responsabilités, en s'engageant dans une pratique beaucoup plus étendue de la négociation.

C'est pourquoi, ils estiment nécessaire de disposer de réelles marges de manœuvre pour donner du sens à cette démarche et permettre de déboucher sur des compromis solides, permettant de construire des relations sociales dans un climat durable de confiance. La démarche des premiers contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), conçus au plus près du terrain, constitue un bon exemple à encourager.

Les droits et obligations des parties à la négociation doivent être clarifiés dans de tels accords notamment sur le respect des engagements en termes de contenu, délai de mise en œuvre, qualité du suivi et évaluation.

3.4.4. Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social⁵ au niveau régional

- **La Commission Régionale Paritaire (CRP) (actuellement spécifique aux praticiens hospitaliers)**

La commission régionale paritaire, créée par l'article R. 6152-325 du CSP, et aujourd'hui spécifique aux praticiens hospitaliers, pourrait être remplacée par un espace formalisé de dialogue social régional qui pourrait prendre la forme d'une conférence, d'une commission ou d'un comité, réunissant régulièrement l'ensemble des partenaires concernés.

Elle serait placée auprès du directeur général de l'agence régionale de la santé et pourrait associer, en tant que de besoin, les préfets de département - directions départementales chargées de la cohésion sociale - pour les sujets intéressant les acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social public et être ponctuellement élargie aux acteurs du secteur privé à but lucratif ou non pour les questions d'intérêt commun.

Pourraient être représentés au sein de cette nouvelle structure régionale, outre les représentants de l'Etat en région et en département, des représentants des conférences de doyens, de présidents de CME et de directeurs, des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière, représentants d'utilisateurs et des élus, notamment.

Promue en tant que structure forte du dialogue social au niveau régional, elle pourrait traiter dans une vision régionale des méthodes et bonnes pratiques de dialogue social, de la démographie des professionnels personnels (médicaux et fonction publique hospitalière), des programmes pluriannuels de santé au travail...

⁵ Cette partie comporte des extraits du rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé présenté au Ministre chargé de la santé par Michel YAHIEL et Danielle TOUPILLIER – janvier 2012

Elle pourrait aussi reprendre les compétences de l'actuelle commission régionale paritaire pour les praticiens hospitaliers, tout en conservant la compétence majeure qui lui est aujourd'hui juridiquement reconnue et qui doit être étendue aux personnels de la fonction publique hospitalière en matière d'actions de médiation- conciliation et de prévention mais aussi de gestion des conflits, notamment à la demande, et en lien avec le ministère chargé de la santé et des affaires sociales (DGOS et DGCS) et le CNG, pour la part qui le concerne.

Pour réaliser concrètement cette mission de médiation-conciliation en cas de blocage institutionnel local, il serait nécessaire d'établir au niveau national une liste d'experts professionnels (doyens, présidents de CME, directeurs, membres des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière), formés spécifiquement à l'approche de la gestion des situations complexes dans une démarche de facilitation et de résolution de conflits pour apporter rapidement un soutien, un accompagnement voire une médiation dans établissements signalés par le DGARS pour le secteur sanitaire et médico-social et par le préfet de département - direction départementale en charge de la cohésion sociale - pour le secteur social.

La démarche reposerait ainsi sur l'appui de pairs professionnels extérieurs à l'établissement concerné pour trouver des solutions adaptées aux problématiques locales.

Le rôle de l'ARS serait dès lors de faciliter, de suivre et de consolider la résolution des conflits locaux lorsque la situation se trouve par exception dans l'impasse, sachant que dans tous les cas le dialogue social de proximité devra être privilégié par le directeur avec, en tant que de besoin, le président de la CME et le président de la CSIP et les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers et celles des personnels de la fonction publique hospitalière, selon la situation signalée.

Une évaluation annuelle présentée dans le cadre des travaux menés par la structure régionale nouvellement créée permettra de faire le bilan et de proposer des orientations en fonction des typologies de situations rencontrées dans le cadre de cette démarche.

Une évolution dans ce sens s'avère aujourd'hui indispensable pour mieux prendre en compte les nécessités institutionnelles et les attentes professionnelles.

3.4.5. Améliorer le dialogue social au niveau national

- **Faire du Comité Consultatif National Paritaire (CCNP) l'instance du dialogue social au niveau national**

Créé par voie réglementaire (Article R 6152-327 du CSP), il est consulté par le Ministre chargé de la santé sur les questions générales relatives aux praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel et, notamment, celles touchant leurs conditions de travail et à leur situation, à l'exclusion des dispositions statutaires.

Ce comité doit devenir une instance majeure de dialogue social au niveau national, réuni au moins deux fois par an, pour l'ensemble des praticiens, titulaires, en période probatoire ou contractuels. Le texte réglementaire actuel est suffisamment large pour lui permettre d'être saisi de tout sujet d'ordre général. Toutefois, il paraît important de préciser et de compléter la liste de ses compétences actuelles, en y intégrant les sujets prioritaires portés par l'ensemble des organisations institutionnelles et professionnelles de l'Etat et des milieux sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics.

Ainsi, pourraient être rajoutés dans la liste des sujets à y traiter les questions d'éthique professionnelle (y compris de management), la démographie, la formation initiale et le développement professionnel continu, le compte-épargne temps, le recrutement (y compris les modalités générales de remplacement), l'organisation du travail (y compris des internes, des étudiants), la question de l'exercice partagé dans le cadre des coopérations entre établissements et le sujet, actuel et sensible, de la création des métiers intermédiaires en santé (coopérations entre professionnels de santé)...

Dès lors, sa composition pourrait être modifiée pour, outre les représentants des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers, y associer des représentants des conférences de directeurs, de présidents de CME, de doyens, ainsi que des étudiants et des internes en médecine, pharmacie et odontologie, en évoluant vers un système non paritaire comme pour les personnels relevant de la fonction publique hospitalière.

- **Mieux articuler les missions et le fonctionnement des commissions statutaires nationales et du comité consultatif national des praticiens hospitaliers.**

Elles sont créées par voie réglementaire (Article R 6152-324 du CSP).

Elles sont consultées pour la nomination, la titularisation ou la prolongation de période probatoire d'un praticien hospitalier en cas d'avis locaux divergents ainsi que sur le placement d'un praticien hospitalier en recherche d'affectation. Elles assurent également le rôle de commission d'insuffisance professionnelle à l'égard de ces professionnels.

Chacune de ces commissions statutaires nationales, constituée pour les sept disciplines d'exercice (anesthésie-réanimation, biologie, chirurgie, médecine, pharmacie, psychiatrie, radiologie-imagerie médicale), pourrait, à l'occasion d'un bilan annuel de fonctionnement, faire émerger les sujets d'intérêt commun relatifs à l'évolution des organisations et des conditions d'exercice dont pourrait être saisi le comité consultatif national des praticiens hospitaliers.

Une telle évolution supposerait de compléter le cadre réglementaire actuel.

- **Pour la FPH, développer des réflexions prospectives au sein du Conseil commun de la Fonction Publique (CCFP) et du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (CSFPH)**

Ils sont créés par la voie législative : loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 (CCFP) et loi n°86.33 du 9 janvier 1986 (CSFPH).

Le premier a compétence sur toute question commune d'ordre général dont il est saisi pour les trois fonctions publiques (fonction publique de l'Etat, fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière).

Le second traite de toutes les questions générales concernant les personnels relevant de la fonction publique hospitalière (secteurs sanitaire, social et médico-social publics), telles que les statuts, rémunération, régime indemnitaire, formation, promotion professionnelle...

Comme pour les personnels médicaux, il paraît intéressant de proposer qu'à l'occasion d'un bilan annuel de fonctionnement du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, une réflexion soit engagée sur les sujets d'intérêt commun émanant des comités consultatifs nationaux des directeurs de la FPH, en lien avec l'environnement spécifique d'exercice de ces professionnels.

De même, le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière pourrait s'intéresser aux conditions dans lesquelles les dispositions statutaires spécifiques à la fonction publique hospitalière s'appliquent dans le cadre des coopérations entre établissements. Il pourrait également connaître, en lien avec l'Observatoire national des emplois et des métiers de la FPH et le Haut conseil des professions paramédicales, du volet statutaire des coopérations entre professionnels de santé et des évolutions des métiers (nouvelles missions, nouvelles compétences, nouvelles exigences en matière de formation).

- **Le Comité Consultatif National (CCN) des directeurs de la FPH ; Décloisonner les comités consultatifs nationaux des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière**

Il est créé par voie législative : Article 25 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifié par loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010.

Paritaire à l'origine (Ex Comité Consultatif National Paritaire), il perd cette qualité à la suite de la modification de sa composition par la loi du 5 juillet 2010.

Institué pour chaque corps de directeurs de la fonction publique hospitalière (directeur d'hôpital, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social et directeur des soins), il apparaît que le cloisonnement juridique ainsi organisé mériterait d'être modifié pour faciliter l'information et la consultation sur les sujets d'intérêts partagés entre les trois corps de directeurs concernés.

Ainsi, comme pour les praticiens hospitaliers, pourraient y être traités les questions d'éthique professionnelle (y compris de management), la démographie - en y associant celle des attachés d'administration hospitalière pour avoir une vision dynamique des corps qui leur sont fonctionnellement associés -, la formation initiale et continue, le compte-épargne temps, le recrutement (y compris les modalités générales d'intérim ou de remplacement), l'organisation du travail, y compris celle des professionnels et stagiaires en formation.

- **Les commissions administratives paritaires nationales (CAPN) des directeurs de la FPH**

Elles sont créées par la loi n° 8633 du 9 janvier 1986 modifiée (article 19) et précisées dans le décret n° 91-790 du 14 août 1991.

Elles sont compétentes pour chacun des corps de direction relevant de la fonction publique hospitalière (directeurs à l'hôpital, directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et directeurs des soins).

Elles sont consultées sur les projets de titularisation et de refus de titularisation, ainsi que sur les questions d'ordre individuel relatives notamment à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques, les listes d'aptitude, le temps partiel, la mise à disposition, le détachement, la position hors cadres, la disponibilité, la notation, l'avancement d'échelon, l'avancement de grade, le reclassement pour raison de santé, la discipline, la démission, la perte d'emploi et le licenciement pour insuffisance professionnelle.

Il convient de préciser que la question du temps professionnel partagé des directeurs, dans le cadre de coopérations institutionnelles par exemple, est prise en compte actuellement dans leur parcours professionnel et pour l'obligation de mobilité, au travers de la position statutaire de mise à disposition si la quotité de temps de travail est égale ou supérieure à 50 %.

Ce dispositif mériterait peut-être d'être complété en cas de quotité inférieure à 50% pour mesurer l'ensemble des situations, même si elles n'influencent pas l'appréciation du parcours professionnel.

3.4.6. Les différents niveaux et modalités de gestion des conflits et des blocages

Les situations de blocage sont porteuses de risque pour le devenir de l'établissement et préjudiciables tant au patient et aux personnes accueillies qu'aux équipes. Elles peuvent se traduire par un désaccord persistant et de caractère conflictuel entre une direction et tout ou partie du personnel concernant des mesures d'organisation, les conditions de travail, les effectifs..., ou encore par une situation de conflit portant sur les organisations et/ou les conditions de travail au sein d'un pôle, d'un service, d'une autre structure, d'une équipe.

Il importe avant tout de prévenir de telles situations, grâce à un management adapté et participatif, comme il a été indiqué *supra*. Lorsqu'elles surviennent, elles doivent être désamorçées dès que possible, grâce à un système d'accompagnement, de conseil, de conciliation, et *in fine*, si cela s'avère nécessaire, de médiation. Pour accomplir ces différents types de missions, un vivier national de personnes ressources composé de pairs serait à constituer.

Il est proposé que le principe de la médiation soit déclinable aux différents niveaux d'organisation d'un établissement, et également dans le cadre des coopérations. Cette médiation peut être décidée au plan interne et de manière très limitée au plan externe.

Au sein d'une équipe de travail, la médiation peut être assurée par le recours à des experts formulant des préconisations d'organisation, lesquelles sont ensuite discutées entre les parties par exemple. Cela est transposable au sein d'un pôle ou au niveau d'un service.

La question de la prise de décision de la médiation peut se poser à propos des situations « infra-établissement ». Il est proposé qu'elle relève, dans le respect de la subsidiarité, d'une démarche du conseil de bloc, de service, de pôle. Le chef de pôle, de service, ou d'une autre structure interne, comme le responsable de la coordination du bloc, s'ils ne sont pas partie prenante au conflit prennent alors la décision de recourir à une médiation-conciliation après avis des « conseils » concernés. Ils font appel à des ressources internes ou, si ce n'est pas possible, à des ressources externes.

Lorsque les blocages ou conflits sont d'ordre institutionnel, il est proposé le principe du recours à des médiateurs issus des composantes concernées. Par exemple, dans un conflit insoluble entre les organisations syndicales et la direction, un « tandem » directeur/représentant syndical (dont, le cas échéant, un représentant syndical médical) serait appelé pour permettre le rapprochement des points de vue. L'ARS (ou le représentant de l'Etat concernant certaines structures sociales) doit pouvoir, si elle constate une impasse totale, proposer le recours à une médiation.

Les médiateurs peuvent être :

- le binôme précité (représentant syndical/directeur), sélectionné à partir d'un vivier régional voire national, lorsqu'un directeur ou un président de CME est impliqué ;
- une mission d'appui constituée de directeurs, coordonnateurs des soins, présidents de CME, autres professionnels, sollicités au sein d'un vivier national d'experts formés à cet effet. Cette mission serait appelée sur une durée très courte en vue de préconisations rapides à fournir (les parties doivent alors pouvoir s'approprier totalement ou partiellement ces préconisations) ;
- une mission d'appui de conseillers généraux d'établissements de santé et/ou d'IGAS pouvant se livrer à des investigations approfondies, compte tenu de la nature du problème.

Dans tous les cas de figure, la médiation devrait être accompagnée d'un document écrit de préconisations et l'accord entre les parties résultant de la médiation devrait également être validé par écrit, écrit définissant si besoin, les étapes et le calendrier de mise en œuvre de l'accord ainsi que les modalités d'évaluation adoptées.

Il convient de rappeler très clairement que le recours à la médiation ne doit pas, au risque d'en détruire l'avantage, être une procédure courante. Elle doit revêtir un caractère exceptionnel. Il peut y être recouru d'une part, lorsque les parties concernées ont épuisé toutes les possibilités d'entente et d'autre part, lorsqu'elle donne réellement la possibilité d'entrevoir un aboutissement au conflit dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

3.4.6.1. Accompagner la conduite de projet et soutenir les acteurs de terrain

Comme déjà indiqué, les projets au sein des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, sont particulièrement nombreux. Certains sont stratégiques mais tous, y compris les projets à première vue les plus modestes, ont leur importance. Les acteurs du dialogue social doivent être accompagnés dans cette dimension d'approche par projet.

Les mesures proposées ci-après nécessitent très peu de moyens au regard de leur apport à une conduite de projets éclairée, associant autant que faire se peut tous les acteurs concernés, chacun gardant bien entendu sa légitimité et sa responsabilité. Elles peuvent être engagées très rapidement, avec tous les acteurs, sans requérir de textes particuliers.

Elles nécessitent :

a) D'établir des référentiels de conduite de projets, avec les acteurs, le plus en amont possible comme la nécessité en a été soulignée par le groupe deux.

Ces référentiels pourraient porter sur des projets-types comme l'introduction d'une innovation, la réorganisation d'un service, d'un pôle ou d'un établissement, une restructuration multi-sites, un nouveau schéma directeur du système d'information, un aménagement des horaires de travail, le plan de formation,...

Ils expliciteraient comment associer l'encadrement et les agents, les organisations syndicales (PH et FPH) et les instances, en précisant la place que peuvent prendre respectivement l'information, la consultation, la concertation et la négociation selon différents éléments de contexte : délais, marges de manœuvre, ressources disponibles, motivation des acteurs. Ils spécifieraient les éléments de cahier des charges pour l'éventuelle intervention de consultants, de manière à ce que ceux-ci intègrent bien la volonté de moderniser avec les agents, ce qui est beaucoup trop rarement le cas aujourd'hui.

b) De mettre en place un dispositif de soutien aux acteurs de terrain pour la conduite de ces projets, par l'identification :

- de responsables de terrain ayant déjà une bonne pratique de ce type de démarche et aptes à accompagner des collègues souhaitant, pour la première fois, conduire sincèrement un projet avec les divers acteurs concernés : praticiens hospitaliers, encadrement, agents, responsables syndicaux et instances ;
- de syndicalistes susceptibles d'aider d'autres équipes syndicales à trouver leur place dans un processus vivant de consultation, de concertation ou de négociation ;
- de consultants ayant fait la preuve qu'ils savaient aider un établissement public de santé, social ou médico-social à conduire un projet lourd en intégrant le souci de déployer un dialogue social loyal.

3.4.6.2. Mobiliser les acteurs nationaux

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) pourrait mobiliser un organisme désigné par elle, en lien avec l'EHESP et l'ANFH, pour contribuer à accompagner les acteurs du dialogue social. La démarche pourrait s'articuler autour de deux objectifs :

- donner aux acteurs du dialogue social dans les établissements toute leur place dans les orientations à porter et les méthodes à déployer pour tous les sujets dans lesquels les personnels sont concernés ;
- proposer des référentiels de conduite de projet décrits dans les propositions précédentes.
- Concrètement :
 - o dans le cas où une direction d'établissement omettrait dans son cahier des charges de prévoir l'association aux projets (selon des modalités à préciser) des organisations syndicales (PH et FPH) et des acteurs de terrain, cet organisme assumerait son rôle de conseil et d'assistance qui serait de faire une proposition incitant le directeur à dialoguer le plus en amont possible avec les acteurs concernés ;
 - o cet organisme veillerait à ce que les missions ne soient confiées qu'à des équipes de consultants expérimentés ayant fait la preuve de leurs capacités à intégrer un dialogue social loyal dans leurs interventions.

Il est ainsi proposé de mobiliser un organisme désigné par la direction générale de l'Offre de Soins en lien avec l'EHESP et l'ANFH, pour accompagner les acteurs du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

3.4.6.3. Accompagner les organisations représentatives par la mise à disposition de moyens syndicaux

Un dialogue social de qualité ne peut se déployer sans un accompagnement des acteurs par des moyens humains et logistiques. Il est prévu que cette importante question soit traitée dans le cadre de l'agenda social porté par la ministre en charge de la fonction publique.

Il faudra donc veiller à ce que les décisions concernant les moyens syndicaux qui seront arrêtées dans le cadre inter-fonctions publiques de l'agenda social, prennent en compte les spécificités des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux et développer dans le même esprit des moyens utiles à l'action des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers.

3.4.7. Observer, suivre et évaluer

L'observation, le suivi et l'évaluation du dialogue social renvoient à trois démarches distinctes mais complémentaires. Le groupe en a unanimement signalé les insuffisances au niveau local voire territorial mais aussi à l'échelle régionale et inter-régionale et au plan national.

3.4.7.1. Assurer la veille et observer le dialogue social

Souvent, par le passé, malgré la mise en place de comités de suivi d'accords au plan national, il n'y a pas eu de bilans exhaustifs ni sur les modalités ni sur le contenu du dialogue social ainsi institué. Par exemple, sauf à ce que les informations soient toujours à disposition de l'administration centrale, il n'y a qu'une mémoire limitée des dispositifs de veille sociale, de la genèse et de la conclusion de conflits sociaux nationaux, mémoire encore plus limitée concernant la conflictualité locale.

Mais plus encore, c'est le besoin de recenser des expériences et pratiques réussies, de pouvoir relever les éléments marquants de l'organisation et de la gestion du dialogue social au plan local, qui se manifeste.

Au vu de ce constat, il est proposé d'avancer sur le sujet autour des éléments et propositions qui suivent.

- ✓ La mise en place d'une veille sociale se développe dans les établissements publics de santé et elle doit être instituée au plan national. Il reste à la fois à la généraliser et à en harmoniser les contours. Cette veille sociale locale pourrait comprendre, par exemple (sans que cette énumération ne soit considérée comme complète) :
 - une analyse des risques et un recensement de divers événements par secteurs d'activité ;
 - une analyse des éléments relatifs à la vie de l'établissement au plan social (climat social et état des relations sociales, en particulier : bilan des réunions avec les OS, sujets récurrents soulevés, problèmes émergents...) ;
 - une analyse de la situation au plan de la gestion des ressources humaines pour que ce qui relève de son influence et de son impact sur les relations sociales (démographie, structure des effectifs...).
- ✓ L'observation sociale, comprend la veille sociale mais son champ est plus vaste. La diffusion des bonnes pratiques de dialogue social en fait partie. Il est proposé qu'un état des pratiques du dialogue social soit établi aux échelons régional, inter-régional et national ainsi que la mise en place, aux échelons pertinents, d'un baromètre, d'indicateurs et de référentiels sociaux. Ces démarches seraient concomitantes avec la mise en place d'une évaluation du dialogue social (voir ci-après).

Il est également indispensable de construire un dispositif paritaire d'observation des pratiques de dialogue social sur le terrain pour mesurer les progrès accomplis, favoriser le déploiement des pratiques jugées les plus pertinentes et les plus efficaces par les acteurs, en fonction notamment des caractéristiques (taille, spécialité...) des établissements concernés.

Un observatoire national de la veille et du dialogue social doit être constitué, soit de manière spécifique, soit au sein de l'observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, soit par création d'une commission spécialisée au sein du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

En tout état de cause, cet observatoire doit étendre son champ de compétence à l'ensemble des professionnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (praticiens hospitaliers et personnels de la FPH) et travailler en lien étroit avec la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la cohésion sociale et le CNG pour la part qui les concerne.

Ainsi, il s'agira de mettre en place des dispositifs de veille sociale et un observatoire national du dialogue social pour les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

3.4.7.2. Evaluer le dialogue social : ouvrir des espaces pour l'évaluation du dialogue social

Quels que soient les moyens techniques de suivi adoptés, la réalité du dialogue social de terrain ne pourra pas être appréciée sans que ceux qui le font vivre au quotidien ne disposent d'un temps et de lieux de mise en commun ou du moins d'échange.

Au plan local, il pourrait être recommandé à la fois dans le cadre d'un bilan des relations entre direction et organisations syndicales et dans la configuration des instances locales (CME, CTE, CSIP, CHSCT) de réaliser un point annuel sur la question du dialogue social pour sortir d'une posture convenue ou timorée et mettre les sujets en débat. Cette démarche requiert cependant une forte maturité des parties à ce dialogue, ce qui n'est pas encore le cas dans tous les établissements mais qui devrait constituer un objectif prioritaire qu'il est possible d'atteindre par des formations adaptées et une évolution significatives des pratiques.

Au plan régional, la commission ou le comité évoqué précédemment, serait l'instance adaptée pour évaluer la nature, le degré de maturité et la qualité du dialogue social.

Le bilan social et les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) peuvent représenter de bons supports de suivi et d'évaluation du dialogue social, sur la base d'un référentiel commun à construire. A noter que le dialogue social devra être, en référence aux orientations ministérielles, un des constituants du projet régional de santé.

Au total, il convient de construire dans la concertation un référentiel d'évaluation du dialogue social commun à toutes les catégories professionnelles exerçant dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Propositions

30°) Inscrire les praticiens hospitaliers dans un champ de dialogue social identique à celui défini par la loi du 5 juillet 2010.

31°) Engager avant les prochaines élections professionnelles une concertation sur la question de la représentativité des organisations syndicales de praticiens.

32°) Lancer, en 2013, une concertation au niveau national réunissant les représentants du ministère de la santé et des affaires sociales et les organisations syndicales représentatives des professionnels (praticiens hospitaliers et personnels de la FPH) des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, en vue de répartir les responsabilités en fonction des thèmes soumis à la négociation.

33°) Préciser le cadre juridique de la négociation de même que les droits et obligations de l'ensemble des parties à la négociation.

34°) Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social au niveau régional notamment en faisant fonctionner la Commission Régionale Paritaire (CRP) placée auprès du DGARS et en la faisant évoluer vers un espace formalisé qui pourrait traiter notamment des bonnes pratiques du dialogue social, de la démographie des professionnels personnels (médicaux et fonction publique hospitalière), des programmes pluriannuels de santé au travail...

35°) Créer au niveau national un vivier de personnes ressource et d'experts (directeurs, présidents de CME, doyens, cadres, représentants syndicaux PH et FPH) pour assurer des fonctions de conseil, accompagnement, conciliation, ou médiation.

36°) Améliorer le dialogue social au niveau national :

- **Faire du Comité Consultatif National Paritaire (CCNP) l'instance du dialogue social au niveau national ;**
- **Mieux articuler les missions et le fonctionnement des commissions statutaires nationales et du comité consultatif national des praticiens hospitaliers ;**

- **Pour la FPH, développer des réflexions prospectives au sein du Conseil commun de la Fonction Publique (CCFP) et du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (CSFPH)**
- **Décloisonner les comités consultatifs nationaux des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière.**

37°) Mobiliser un organisme désigné par la direction générale de l'Offre de Soins en lien avec l'EHESP et l'ANFH, pour accompagner les acteurs du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

38°) Assurer la veille et observer le dialogue social, l'évaluer en constituant un observatoire national de la veille et du dialogue social, soit de manière spécifique, soit au sein de l'observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, soit par création d'une commission spécialisée au sein du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cet observatoire devrait disposer d'un référentiel concerté d'évaluation du dialogue social commun à toutes les catégories professionnelles exerçant dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

39°) Ouvrir en 2013, au niveau national, des négociations sur l'amélioration des conditions de travail (PH et FPH), les horaires dérogatoires de travail et sur les perspectives de « passerelles » entre les différents métiers ou spécialités professionnelles, et sur l'adéquation des ressources médicales aux besoins de la population. Prévoir dans le cadre des dispositions arrêtées au niveau national une déclinaison locale (cf. proposition 32).

4. ETABLIR AVEC LES AUTORITES DE REGULATION, ETAT (ADMINISTRATIONS CENTRALES ET ARS), ET ASSURANCE MALADIE, DES RELATIONS DE CONFIANCE

4.1. *Le constat d'un manque réciproque de confiance*

Au terme des réunions de travail, le diagnostic à l'égard des autorités de régulation est assez largement partagé : le regard des hospitaliers en direction de la tutelle n'est pas empreint de confiance. Il en est de même de la part des tutelles à l'égard des établissements hospitaliers. Les causes en sont multiples.

Les coopérations ont parfois été imposées, par le biais de communautés hospitalières de territoires ou de groupements de coopération sanitaire dont certains sont peu opérants.

La politique contractuelle, outil de régulation de l'offre hospitalière sur le territoire, se concrétise par la signature de contrats d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les établissements. Lorsque c'est le cas, il convient de respecter le processus vertueux d'un contrat négocié et éventuellement signé, sur la base d'un projet d'établissement s'inscrivant, en pleine cohérence, dans les orientations du SROS. Le contrat doit conclure et non pas précéder un processus participatif d'élaboration d'un projet.

La réalité de la politique contractuelle est, le plus souvent, perçue aujourd'hui au travers du filtre des contrats de retour à l'équilibre financier, certes toujours absolument nécessaires, mais qui imposent aux établissements des mesures de court terme sans réflexion stratégique de moyen terme, ni perspectives après le retour de l'équilibre financier. C'est également au travers de ce filtre que les relations avec la tutelle sont comprises, les services de l'ARS sont souvent dans la posture d'injonction/sanction plutôt que dans celle d'accompagnement, d'encouragement et de reconnaissance des efforts accomplis.

Dans un autre registre, les contrôles de l'assurance maladie concernant la codification des groupes homogènes de séjours offre un autre exemple de pratiques génératrices de défiance et dont la méthode pourrait être utilement revue. Une concertation entre les professionnels concernés et le service médical de l'assurance maladie paraît nécessaire sur ce point pour rétablir confiance et transparence. Si le contrôle est parfaitement légitime et non discutable, la méthode d'investigation, l'insuffisance ou, parfois, l'absence de phase contradictoire, le caractère laconique de la motivation et l'absence de proportionnalité entre la faute (ou l'erreur) et la sanction dans certains cas justifient un travail méthodologique concerté.

D'une manière générale, les acteurs déplorent l'éloignement du DGARS, surtout dans les grandes régions, et parfois le décalage parfois important qui peut exister entre le discours ou l'attitude d'un directeur général d'ARS, sa vision prospective, son analyse globale et les méthodes utilisées sur le terrain pour négocier des contrats ou demander aux établissements d'appliquer telle ou telle mesure. Alors que les directeurs généraux des ARS soulignent l'importance du dialogue avec les responsables hospitaliers, les acteurs de proximité sont parfois moins dans l'échange et la recherche de compromis que dans la pratique d'une tutelle pointilleuse. Ces pratiques qui déresponsabilisent, de fait, les directeurs d'établissement et les présidents de CME, notamment au regard des choix stratégiques engageant les hôpitaux dont ils ont la charge, démotivent, en outre, les professionnels qui se sentent beaucoup moins concernés par la mise en œuvre de mesures imposées parfois de manière unilatérale.

L'autonomie des établissements, souvent mise en avant, conduit, en fait, à déplacer les arbitrages au plus près du patient, reportant sur les hospitaliers les choix à effectuer. Le CCNE a parfaitement pointé ce phénomène dans son avis 101 du 26 juin 2008 cité plus haut : « *Le CCNE reconnaît évidemment la légitimité d'un arbitrage dans le respect des contraintes budgétaires de l'Etat, mais il tient à souligner que cet arbitrage relève de débats de société ; il présente une dimension politique, et sa responsabilité ne saurait être laissée aux seuls acteurs hospitaliers, volontiers divergents dans leurs souhaits* » et sur la base de ce constat, le CCNE recommande : « *de rendre aux arbitrages leur dimension politique sans les déléguer aux seuls responsables hospitaliers, en approfondissant la concertation entre les responsables décisionnels et l'ensemble des acteurs de santé par un partenariat effectif entre tous....* ».

A l'inverse les autorités de régulation reprochent parfois aux établissements l'absence de réponse aux questionnements sur la prospective en matière de gestion (notamment financière) sur la sincérité insuffisante des informations fournies, sur des délais non respectés ou des objectifs non atteints.

Le bon fonctionnement de l'ensemble du système requiert un retour à des relations plus clairement définies et basées sur la confiance réciproque entre partenaires responsables.

4.2. Explorer plusieurs pistes pour des relations basées sur la confiance réciproque.

4.2.1 L'Etat au niveau central pourrait avantageusement prendre quelques dispositions importantes dont certaines ont déjà été évoquées:

- Fixer les objectifs et rendre les arbitrages de niveau politique
- Respecter le calendrier budgétaire
- Stabiliser les tarifs sur une durée minimum (sauf sortie du cadre de l'ONDAM)
- Stabiliser les règles d'attribution des dotations
- Expliquer, accompagner, fournir les outils pour la mise en place sur le terrain des orientations de la politique de santé
- Former

- Evaluer et ajuster
- Encourager les initiatives et les innovations locales
- donner aux ARS de réelles marges de manœuvre dans le cadre d'objectifs généraux et de principes de méthode d'action clairement définis
- assurer pour les responsables hospitaliers une meilleure visibilité pour la gestion des établissements.

Le rôle attendu d'un Etat stratège plus que gestionnaire suppose une plus grande transparence dans l'élaboration et la publication des règles et des normes et un cadrage stratégique sur le moyen terme qui engage la responsabilité des acteurs sur les dispositions à prendre pour atteindre les objectifs fixés de manière à mettre fin aux injonctions contradictoires qui peuvent déconcerter les opérateurs et obérer l'efficacité de leur action.

4.2.2 Clarifier le mode de relations entre ARS et établissements

Les Agences Régionales de Santé, représentant en même temps, pour leur champ de compétence, l'autorité de l'Etat dans la région et l'assurance maladie, principal organisme payeur pourraient prioritairement :

- fixer le cap et les objectifs (dans les PRS), encourager, soutenir les établissements et les professionnels, accompagner (par un soutien méthodologique ou d'ingénierie) les efforts des acteurs.
- laisser des marges de manoeuvre aux acteurs et professionnels responsables afin qu'ils prennent les initiatives qu'ils jugent utiles dans le cadre fixé, reconnaître et valoriser ces initiatives du terrain.
- engager des démarches d'évaluation des réalisations et en partager les résultats avec les professionnels.

En somme, l'Etat et l'assurance maladie dans leur représentation régionale doivent certainement réguler et plus clairement fixer les règles et les objectifs, accompagner les acteurs dans leurs démarches, évaluer et moins se préoccuper de la gestion interne.

Dans ce contexte, il est important de rappeler les rôles et les missions respectifs des ARS et des responsables des établissements.

En tant qu'autorité de régulation du système de soins sur un territoire, l'ARS a, outre ses tâches techniques d'élaboration des schémas et d'arbitrages financiers, la responsabilité des relations avec les élus de tous niveaux : communal, départemental et régional. Elle doit également prendre en compte, dans le cadre de son action sur les territoires de santé, les relations avec les partenaires sociaux et intégrer dans les projets régionaux de santé la dimension sociale et de gestion des ressources humaines essentielles en matière d'organisation des soins (démographie des professions, gestion prospective...).

Les directions d'établissement sont responsables de la stratégie des établissements, de l'élaboration des projets en conformité avec les orientations du SROS, de la gestion sous ses différents aspects : ressources humaines, finances, organisation interne, répartition des moyens, etc. Toute ingérence des ARS dans la gestion des établissements est susceptible de fragiliser les équilibres internes, et d'être finalement contre-productive.

Les autorités de l'Etat en région et dans les départements devraient pouvoir s'engager, de manière volontaire et harmonisée, dans une démarche de plus grande proximité avec les établissements des trois secteurs d'activité concernés, en assurant des fonctions d'appui, de conseil, de soutien et d'accompagnement, mais aussi d'évaluation et de contrôle en tant que de besoin.

Enfin, il est important de clarifier les relations entre le DGARS et les directeurs d'établissements. Ces relations établies dans le contexte de la loi HPST sont tantôt de type fonctionnel lorsque les responsables « négocient » des contrats (CREF, CPOM...), tantôt de type hiérarchique lorsqu'il s'agit de nomination, d'évaluation ou de mutation. Une concertation sous l'égide de la DGOS ou du SG des ministères sociaux pourrait être engagée sur ce point particulier.

4.2.1. Mieux définir au plan méthodologique l'élaboration des contrats entre les ARS et les établissements

Le cas des contrats de retour à l'équilibre offre l'exemple d'un outil de régulation incomplet en tant que tel. Ce contrat, lorsqu'il est nécessaire, doit mobiliser l'attention et l'énergie de tous les acteurs concernés (ARS et établissement) afin de réunir tous les facteurs de réussite. Il convient de rappeler que les signataires du contrat sont solidairement garants de son bon aboutissement car l'enjeu, autant pour l'ARS que pour l'établissement, est le meilleur accès aux soins pour les usagers sur le territoire concerné. Ce contrat n'est pas une finalité : c'est un moyen de rétablir les équilibres nécessaires à la continuité du service public sur un territoire. En conséquence, le contrat de retour à l'équilibre ne peut pas, à lui seul, constituer toute la politique contractuelle ; il convient de rappeler que l'enjeu de la contractualisation est précisément d'engager les établissements dans des dynamiques de conduite de changement et donc de leur donner la visibilité nécessaire pour leur permettre de se projeter dans l'avenir à moyen terme. Si sa mise en place est nécessaire, le contrat de retour à l'équilibre financier devrait obligatoirement comporter un volet indicatif et prospectif sur les perspectives d'évolution et de contractualisation sur des projets futurs dès l'échéance et après atteinte des objectifs fixés.

En termes de méthode, il serait hautement souhaitable que le CPOM fasse l'objet d'une négociation par le biais d'itérations entre l'ARS et l'établissement, sur la base du projet d'établissement, étant rappelé que la conformité aux orientations du SROS serait une condition *sine qua non*. Des critères de suivi seraient à déterminer à ce stade, afin de permettre l'évaluation de la mise en œuvre du CPOM.

Par ailleurs, le contrat et le SROS doivent demeurer les principaux outils de régulation du système. La politique tarifaire peut contribuer à cette régulation en considérant cependant que l'incitation à la concurrence entre établissements, voire entre activités au sein d'un même établissement, n'aboutit pas nécessairement à une répartition optimale de l'offre de soins sur un territoire donné.

4.2.2. ARS et coopérations entre établissements

Une autre piste de réflexion porte sur les coopérations entre établissements, qu'ils soient publics ou privés. Celles-ci, en particulier lorsqu'elles concernent les activités de soins, ne devraient pas être quasi imposées par la tutelle. Lorsqu'elles le sont, elles induisent perte de temps et perte de sens, sans que les avantages soient avérés sur le plan financier, de l'organisation des soins, de leur qualité ou de l'accès aux soins. La méthode pourrait consister à faire en sorte que l'ARS fixe l'objectif en termes d'offre de soins sur un territoire. Charge ensuite aux établissements de se concerter et de proposer des coopérations à l'ARS, qui valide les solutions. En l'absence d'accord, l'ARS arbitre et emporte la décision finale.

4.2.3. Développer une vision prospective au sein des ARS

Pour soutenir et faire face aux grands enjeux du système sanitaire, social et médico-social, il appartiendra aux ARS de développer ensemble l'observation et de suivre dans la durée toutes les données relatives à la démographie des personnels médicaux et des personnels de la fonction publique hospitalière, en considérant aussi ceux qui exercent dans les secteurs privés et libéraux.

Par ailleurs, il sera important qu'ils puissent mesurer l'évolution des emplois, des compétences et des qualifications, en s'appuyant sur des bilans réguliers, qu'ils assurent la maîtrise et le suivi des instituts et écoles de formation (qualité des formations, nombres d'étudiants, évolutions quantitatives et prospective des promotions) et l'emploi régional/départemental des personnels médicaux et personnels de la fonction publique hospitalière à l'issue de ces formations.

L'utilité de bien connaître les besoins à couvrir, les missions et les activités développées, les techniques mises en œuvre et les modes de prise en charge des patients et des personnes accueillies, en s'appuyant sur des comparaisons nationales, leur permettra aussi d'adapter l'appareil de formation, de veiller aux rééquilibrages nécessaires, de promouvoir l'attractivité des professions médicales et hospitalières et d'accompagner efficacement les restructurations et les réorganisations d'activité.

Dans la perspective de cette vision prospective sur l'ensemble des champs de compétence et dans le cadre du dispositif proposé de l'insertion du service public hospitalier sur un territoire et de la définition de missions de service public territoriales de santé confiées aux acteurs sur un territoire de proximité autour du parcours de soins ou du parcours de vie, les ARS devront utiliser les nouveaux outils : projet de territoire et contrats de territoire.

L'association des élus à ces nouvelles démarches sur les territoires est essentielle. Les élus sont actuellement présents dans la gouvernance de l'ARS au sein du conseil de surveillance. Il conviendrait que les élus régionaux, départementaux ou communaux soient mieux associés, concertés et informés, en amont des projets et des décisions.

Enfin, toujours dans le cadre d'une vision prospective appuyée sur les programmes régionaux d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population, les ARS **devraient intégrer dans leur démarche la dimension sociale et environnementale** en coordination avec le travail d'élaboration des projets d'établissement et des projets de territoire (prospectives démographiques des professionnels notamment, évolutions des effectifs et des qualifications....).

4.2.4. Revoir les procédures de contrôle du codage par l'assurance maladie

Autre voie d'amélioration impérative : la méthode et le processus des contrôles de l'assurance maladie dans les établissements sur le codage des séjours. Une véritable procédure contradictoire doit être respectée, afin de permettre aux hospitaliers d'expliquer et de justifier de tels ou tels choix de codage. Les contrôles doivent être les plus objectifs possibles, dans le respect des diagnostics portés par les médecins, notamment concernant les soins difficiles à codifier comme les soins palliatifs.

Ces pistes de travail qui concernent les relations avec les élus, les responsables d'établissements et les partenaires sociaux, les modalités de mise en œuvre des outils à disposition des autorités de régulation sont essentielles pour établir des relations de confiance entre les acteurs au niveau régional et local.

Propositions

40°) Prévenir et éviter les injonctions contradictoires et cadrer l'action des ARS à partir d'objectifs généraux et de méthodes d'action afin de leur laisser marge de manœuvre et capacité d'initiatives.

41°) Faire en sorte de respecter le calendrier budgétaire et de stabiliser les règles d'allocation des ressources afin de donner une meilleure visibilité aux responsables d'établissement.

42°) Clarifier les modes de relations entre ARS et établissements

- **Elaboration des contrats**
- **Coopérations**
- **Relation entre DGARS et directeurs d'établissements**

43°) Mieux associer les élus (région, départements, communes ou intercommunalités) à l'élaboration des programmes et prendre en compte dans une vision prospective les aspects sociaux et environnementaux.

44°) Revoir les procédures de contrôle du codage par l'assurance maladie (contradictoire, proportionnalité de la sanction).

Conclusion

A l'issue des travaux des groupes et de cette phase de concertation approfondie sur ce qui pourrait constituer les éléments d'un pacte de confiance pour l'hôpital, les thématiques et les actions possibles dans le champ législatif, règlementaire ou celui de la négociation ont bien été identifiées. Le retour de la confiance des patients, des professionnels, et des autorités de régulation passe prioritairement par une évolution des méthodes et des pratiques dont il faut rappeler qu'elles doivent se fonder sur des valeurs fortes. Ce travail, dans lequel les professionnels et les représentants des usagers se sont engagés avec détermination, doit être le début d'un processus d'évolution favorable de notre système hospitalier, mieux adapté aux attentes des patients et des professionnels et aux enjeux de santé publique.

« Nous sommes dans une civilisation où se sont dégradées les anciennes solidarités, où la logique égocentrique s'est surdéveloppée et où la logique du nous collectif s'est sous-développée. »

« Communauté et solidarité sont à la fois les sources de l'éthique et les conditions du bien vivre en société. » Edgar Morin- *Le Monde- Débats*. 2 janvier 2013

Dans un tel contexte économique et social, l'hôpital public que veulent construire les usagers et les professionnels au sein d'un service public intégré dans un territoire et ouvert sur son environnement et tous les autres acteurs, peut à nouveau être innovant, exemplaire et constituer un espace de communauté et de solidarité nécessaire aux conditions de bien vivre en société.

Plus généralement, la stratégie nationale de santé devrait fixer les objectifs et donner les orientations. Elle pourrait utilement rappeler les principes et les méthodes pour l'action en se donnant les moyens de veiller à leur respect et d'évaluer leurs effets. Elle pourrait également prévoir les dispositifs d'accompagnement : soutien aux innovations, formation des acteurs.

La stratégie nationale de santé confirme l'Etat dans son rôle de stratège, de régulateur et d'évaluateur. Cela lui permettrait sans doute de favoriser un plus grand engagement des élus dans les enjeux sanitaires et sociaux territoriaux et d'installer avec les professionnels et les usagers du système de santé des relations de confiance.

Cela passe par ce qui pourrait être considéré comme un pari sur l'intelligence, la responsabilité et la haute conscience professionnelle des acteurs de terrain. Tous les professionnels concernés disposent d'un haut niveau de formation académique ou professionnelle, les risques de ce pari sont limités dans la mesure où on peut raisonnablement estimer que leur capacité d'initiative et d'action est réelle, pour autant qu'ils connaissent le projet pour avoir contribué à son élaboration et qu'ils y adhèrent.

Les exercices professionnels sont cependant fortement cloisonnés et hiérarchisés et les formations initiales et continues de chaque profession accroissent ces cloisonnements, induisant une vision partielle (et parfois partielle) de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement au sein duquel ils travaillent.

Se donner les meilleures chances de réussir pour transformer ce « pari » en pacte de confiance, c'est d'abord expliquer, accompagner et surtout former tous les acteurs.

La question de la formation des responsables, au sein des ARS, dans les établissements (directeurs, praticiens hospitaliers, cadres, partenaires sociaux, usagers) et sur le territoire (professionnels assurant des missions de service public notamment) est absolument essentielle. Elle doit constituer une priorité et intéresser les formations initiales autant que les formations continues. On pourrait citer par exemple la nécessité d'intégrer dans les formations professionnelles les sciences humaines et sociales, les questions sociales, de relations sociales et de ressources humaines, autant que les questions économiques et financières pour les responsables (directeurs, présidents de CME, de CSIP, cadres). On pourrait également évoquer la nécessité de promouvoir une part importante de travaux interdisciplinaires entre les futurs directeurs d'hôpital et les futurs cadres des services des ARS (Etat et assurance maladie ou service médical), la nécessité de rapprocher, sur certaines questions précises, les maquettes d'enseignement des futurs praticiens hospitaliers, de celles des futurs directeurs et des futurs collaborateurs des pouvoirs publics. On pourrait enfin souhaiter que tout cadre affecté dans une ARS aux tâches d'organisation de l'offre de soin, effectue obligatoirement un stage en établissement et /ou dans un réseau de soins, et qu'en parallèle, tout cadre hospitalier, directeur ou responsable médical ait les moyens de mieux connaître le fonctionnement des services de l'Etat et leurs contraintes.

L'objectif à atteindre est une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de l'autre pour garantir le respect et amener la confiance.

PROPOSITIONS

45° Engager une réflexion et une action sur les formations initiales et continues des différents professionnels concernés dans la perspective d'assurer une plus grande interdisciplinarité et de leur permettre d'avoir une vision plus globale et plus transversale du fonctionnement du système hospitalier, de ses contraintes et de ses enjeux.

46° Contribuer à l'organisation et soutenir la formation des représentants des usagers dans les institutions du système hospitalier (dans l'hôpital et sur le territoire).

Récapitulatif des propositions

I- SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET MISSIONS DE SERVICE PUBLIC DE SANTE SUR LE TERRITOIRE

1°) Rétablir le service public hospitalier (soins, enseignement, recherche, actions de santé publique). Préciser ses missions et ses obligations. Indiquer les établissements qui l'assurent et qui y sont associés. Dans ce cadre renouvelé, confirmer le statut d'établissement public de santé pour les hôpitaux publics.

2°) Définir les missions constitutives du service public territorial de santé (permanence des soins, actions de prévention...), indiquer les personnes ou institutions auxquelles ces missions peuvent être confiées et préciser leurs obligations.

3°) Définir les différents niveaux de territoires concernés (territoire de proximité, territoire de santé, région et inter région) et le positionnement des différents acteurs sur ces territoires.

4°) Renforcer les liens entre établissements des secteurs sanitaire, médico-social et social (obligation du SPH).

5°) Accompagner les actions de coopération à l'initiative des acteurs (obligation du SPH, réseaux de santé constitués entre les différents secteurs) par la mise en place de nouveaux outils : projets de territoire et contrat territorial de service public et en autorisant des expérimentations notamment en vue de confier au médecin traitant la coordination du parcours du patient.

6°) Donner un nouvel élan à la politique contractuelle à partir des initiatives des professionnels et à partir des actions innovantes qu'ils proposent.

7°) Investir prioritairement dans des systèmes d'information permettant aux établissements de communiquer entre eux et avec tous les professionnels de santé.

8°) Engager en 2013 la préparation de dispositions législatives pour l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie dans le cadre d'un secteur psychiatrique renouvelé, ouvert sur son environnement et sur la base des concertations et travaux déjà réalisés.

II- FINANCEMENT

9°) Construire un modèle mixte de financement qui comporte trois volets : T2A pour les activités MCO de court séjour, mode financement (tarif adapté au parcours de soin) pour les maladies au long court, part en dotation pour les missions d'intérêt général et de service public.

10°) S'assurer que le nouveau modèle de financement soit simple et robuste, qu'il valorise la qualité et la pertinence des prises en charge et des parcours plus que la quantité d'activité produite.

11°) Faire en sorte que les critères d'attribution des dotations et le compte rendu de la bonne utilisation des crédits affectés soient bien précisés.

12°) Respecter le calendrier budgétaire et assurer une certaine stabilité des tarifs et des dotations afin de donner aux responsables des établissements une meilleure visibilité pour une meilleure gestion.

13°) Favoriser des expérimentations notamment sur le financement par épisode de soins ou le financement du parcours de soins.

14°) Fixer le nouveau cadre dans lequel devrait s'inscrire la future politique d'investissement pour les hôpitaux publics: examen et validation des projets, financement.

15°) Rappeler la responsabilité sociale du service public hospitalier et affirmer que la gestion de l'hôpital public doit être bénéfique aux usagers et aux professionnels qui sont tous des citoyens cotisants. Et qu'en conséquence, cette gestion doit être bénéfique aux plans sanitaire, social et environnemental.

III- GOUVERNANCE, ORGANISATION, MANAGEMENT ET DIALOGUE SOCIAL A L'HOPITAL

16°) Transformer le conseil de surveillance en conseil d'établissement en complétant le champ de ses compétences en matière de délibération et en le dotant des moyens de s'assurer de la bonne mise en œuvre de ses décisions.

17°) Transformer le directoire en conseil de direction en conservant ses compétences mais en assouplissant les règles relatives à sa composition et à la nomination de ses membres.

18°) Créer dans les établissements les plus importants un comité technique des usagers pour remplacer la CRUQPC en le dotant de compétences plus générales.

19°) Revoir les domaines de compétence des instances consultatives : CME, CTE et Commission des soins infirmiers et paramédicaux (ex csirmt) et prévoir à un rythme annuel des réunions communes de leurs représentants.

20°) Structurer le CHSCT en deux sous-sections respectivement compétentes pour les PH et la FPH.

21°) Mettre en place un dispositif d'articulation efficace entre ces différentes instances pour les questions d'intérêt commun.

22°) Indiquer les principes sur lesquels doit se fonder l'organisation interne des établissements :

- Pas de modèle unique et uniforme, l'organisation interne doit être adaptée à la taille et à l'activité de l'établissement ;
- Elle doit être fondée sur le projet médical ;
- Elle prévoit des structures de regroupement destinées à assurer la gestion des activités et des moyens dans une logique médico-économique, et des structures de proximité adaptées aux soins et à l'enseignement. L'appellation de ces structures est choisie par l'établissement.

23°) Evaluer dès la fin 2013 la pertinence des pôles mis en place depuis 2011 au regard notamment de l'organisation des soins (qualité, sécurité) et de l'efficacité de la gestion et utiliser les résultats de cette évaluation pour éclairer les choix des établissements.

24°) Faire nommer les praticiens responsables des différentes structures conjointement par le directeur et le président de la CME sur une liste d'aptitude établie chaque année par la CME. Affirmer le rôle des cadres au sein de ces structures.

25°) Autoriser des expérimentations de nouvelles organisations qui pourraient être proposées par les établissements et les évaluer.

26°) Affirmer les exigences de la gestion du service public hospitalier et les formaliser dans une charte du management et du dialogue social au sein de chaque établissement et fixer l'objectif de la parité hommes/femmes, à atteindre à terme, à la faveur du renouvellement des instances ou des nominations des différents responsables de structures (pôles, services).

27°) Recréer les espaces de concertation, d'information et de dialogue au sein des différentes structures, en préservant la souplesse nécessaire à leur fonctionnement.

28°) Reconnaître et réaffirmer le rôle des cadres dans l'institution.

29°) Elaborer un projet d'établissement dans une démarche participative et d'information.

30°) Incrire les praticiens hospitaliers dans un champ de dialogue social identique à celui défini par la loi du 5 juillet 2010.

31°) Engager avant les prochaines élections professionnelles une concertation sur la question de la représentativité des organisations syndicales de praticiens.

32°) Lancer, en 2013, une concertation au niveau national réunissant les représentants du ministère de la santé et des affaires sociales et les organisations syndicales représentatives des professionnels (praticiens hospitaliers et personnels de la FPH) des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, en vue de répartir les responsabilités en fonction des thèmes soumis à la négociation.

33°) Préciser le cadre juridique de la négociation de même que les droits et obligations de l'ensemble des parties à la négociation.

34°) Promouvoir, soutenir et conduire le dialogue social au niveau régional notamment en faisant fonctionner la Commission Régionale Paritaire (CRP) placée auprès du DGARS et en la faisant évoluer vers un espace formalisé qui pourrait traiter notamment des bonnes pratiques du dialogue social, de la démographie des professionnels personnels (médicaux et fonction publique hospitalière), des programmes pluriannuels de santé au travail...

35°) Créer au niveau national et au niveau régional un vivier de personnes ressources et d'experts (directeurs, présidents de CME, doyens, Cadres, représentants syndicaux PH et FPH) pour assurer des fonctions de conseil, accompagnement, conciliation, ou médiation.

36°) Améliorer le dialogue social au niveau national :

- Faire du Comité Consultatif National Paritaire (CCNP) l'instance du dialogue social au niveau national ;
- Mieux articuler les missions et le fonctionnement des commissions statutaires nationales et du comité consultatif national des praticiens hospitaliers.

Pour la FPH, développer des réflexions prospectives au sein du Conseil commun de la Fonction Publique (CCFP) et du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (CSFPH)

- Décloisonner les comités consultatifs nationaux des trois corps de directeurs de la fonction publique hospitalière

37°) Mobiliser un organisme désigné par la direction générale de l'Offre de Soins en lien avec l'EHESP et l'ANFH, pour accompagner les acteurs du dialogue social dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

38°) Assurer la veille et observer le dialogue social, l'évaluer en constituant un observatoire national de la veille et du dialogue social, soit de manière spécifique, soit au sein de l'observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, soit par création d'une commission spécialisée au sein du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cet observatoire devrait disposer d'un référentiel concerté d'évaluation du dialogue social commun à toutes les catégories professionnelles exerçant dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

39°) Ouvrir en 2013, au niveau national, des négociations sur l'amélioration des conditions de travail (PH et FPH), les horaires dérogatoires de travail et sur les perspectives de « passerelles » entre les différents métiers ou spécialités professionnelles, et sur l'adéquation des ressources médicales aux besoins de la population. Prévoir dans le cadre des dispositions arrêtées au niveau national une déclinaison locale (cf. proposition 32).

IV- CONFORTER AVEC L'ETAT (ECHELON CENTRAL ET ARS) DES RELATIONS BASEES SUR LA CONFIANCE

40°) Prévenir et éviter les injonctions contradictoires et cadrer l'action des ARS à partir d'objectifs généraux et de méthodes d'action afin de leur laisser marge de manœuvre et capacité d'initiatives.

41°) Faire en sorte de respecter le calendrier budgétaire et de stabiliser les règles d'allocation des ressources afin de donner une meilleure visibilité aux responsables d'établissement.

42°) Clarifier les modes de relations entre ARS et établissements

- Elaboration des contrats
- Coopérations
- Relation entre DGARS et directeurs d'établissements

43°) Mieux associer les élus (région, départements, communes ou intercommunalités) à l'élaboration des programmes et prendre en compte dans une vision prospective les aspects sociaux et environnementaux.

44°) Revoir les procédures de contrôle du codage par l'assurance maladie (contradictoire, proportionnalité de la sanction).

V- CONCLUSION

45°) Engager une réflexion et une action sur les formations initiales et continues des différents professionnels concernés dans la perspective d'assurer une plus grande interdisciplinarité et de leur permettre d'avoir une vision plus globale du fonctionnement du système hospitalier, de ses contraintes et de ses enjeux.

46°) Soutenir et contribuer à l'organisation de la formation des représentants des usagers dans les institutions du système hospitalier (hôpital et territoire).

Liste des contributions transversales

[Avenir hospitalier : propositions pour lutter contre les déserts médicaux hospitaliers](#) (PDF - 897 ko)

[Avenir hospitalier : repenser le post-internat sur notre territoires](#) (PDF - 94.8 ko)

[CFDT : la GPEC dans les ARS](#) (PDF - 1 Mo)

[CFDT : les conditions de travail](#) (PDF - 522.8 ko)

[CFDT : les groupements de coopération](#) (PDF - 312.4 ko)

[CFDT-SYNCASS : Quel service public hospitalier](#) (PDF - 375.4 ko)

[CFE - CGC : éléments de réflexion](#) (PDF - 220.4 ko)

[CGT : quelles alternatives pour l'avenir de notre système de santé ?](#) (PDF - 228.4 ko)

[CH-FO : apporte toute sa contribution aux débats](#) (PDF - 47.1 ko)

[CISS - position](#) (PDF - 101.4 ko)

[CME : propositions de la conférence des présidents de CME de CHS pour la gouvernance interne des hôpitaux dans du pacte de confiance pour l'hôpital public](#) (PDF - 113.3 ko)

[CMH : analyse et propositions pour l'exercice d'une médecine publique hospitalière humaine, responsable, qualitative, insérée dans le parcours de soins patient et le territoire](#) (PDF - 94.3 ko)

[CNI : argumentaire - audition du 13 novembre 2012](#) (PDF - 3.8 Mo)

[Collège des directeurs des soins conseillers techniques et pédagogiques régionaux : contribution](#) (PDF - 331.9 ko)

[Collège des directeurs des soins, conseillers techniques et pédagogiques régionaux : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 336.5 ko)

[Contribution de la conférence des Directeurs Généraux de CHR-CHU](#) (PDF - 116.9 ko)

[CPH - propositions](#) (PDF - 105.4 ko)

[Doyens de CHU : notions](#) (PDF - 30.1 ko)

[FHP : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 577.9 ko)

[FO : courrier à Édouard Couty](#) (PDF - 135.2 ko)

[INPH :Lettre de Mr Édouard Couty](#) (PDF - 100.2 ko)

[INPH : Éditorial - la confiance en pacte, pourquoi pas ? - Rachel Bocher](#) (PDF - 106.8 ko)

[Intersyndical : communiqué de presse du 20 novembre 2012](#) (PDF - 138.8 ko)

[ISNAR-IMG : prévoyance - maladie - handicap](#) (PDF - 869.6 ko)

[MDHP : propositions pour l'hôpital public](#) (PDF - 40.2 ko)

[Ordre national des pharmaciens - section hospitalière : point de vue](#) (PDF - 98.9 ko)

[Ordre national des pharmaciens : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 101 ko)

[SNSH : rapport Édouard Couty - Situation professionnelle des docteurs en sciences au sein de la fonction publique hospitalière](#) (PDF - 2.3 Mo)

[Texte commun - Plan psychiatrie et santé mentale - Assurer et garantir le service public de psychiatrie et santé mentale](#) (PDF - 632.6 ko)

[UFMICT - CGT : déclaration du collectif psychologues - 2](#) (PDF - 195.3 ko)

[UFMICT - CGT : déclaration du collectif psychologues](#) (PDF - 292.2 ko)

[Unaibode - AEEIBO : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 108.6 ko)

[Pierre Gibelin : rétablir la confiance à l'hôpital](#) (PDF - 455.5 ko)

Liste des contributions reçues au titre du groupe 1 Service public hospitalier

[ADESM : pour un nouveau service public de santé mentale](#) (PDF - 80.9 ko)

[AMUF-CGT : nécessité d'une clarification urgente du temps de travail des pH](#) (PDF - 267.3 ko)

[Avenir Hospitalier : l'état ne peut plus ignorer ses déserts médicaux - Bertrant MAS](#) (PDF - 411.5 ko)

[CDFM - Conférence des doyens des facultés de médecine : contribution](#) (PDF - 371.5 ko)

[CFDT-SYNCASS : Quel service public hospitalier](#) (PDF - 375.4 ko)

[CHFO : propositions pour le rétablissement du service public hospitalier](#) (PDF - 49.8 ko)

[CISS : égaux devant la santé - une illusion ?](#) (PDF - 2.1 Mo)

[CISS : droits des usagers, accès aux soins et service public](#) (PDF - 446.7 ko)

[CME CHU : Conférence des présidents - service public hospitalier dans le système de santé](#) (PDF - 307.8 ko)

[CME : contribution du 7 décembre 2012](#) (PDF - 375.4 ko)

[CPH : la spécificité de la psychiatrie publique](#) (PDF - 356.5 ko)

[FEHAP - Note de réflexion sur la rénovation du Service Public Hospitalier, socle de l'émergence d'un Service Public de Santé](#) (PDF - 507.6 ko)

[FEHAP : première note d'observations et de réflexions](#) (PDF - 85.7 ko)

[FHF : propositions pour le renouveau du service public hospitalier](#) (PDF - 60.2 ko)

[HAS - qualité et système de financement - vers un dialogue fructueux ?](#) (PDF - 235.9 ko)

[ISNIH - Attractivité Hôpital public](#) (PDF - 101.7 ko)

[INPH : service public hospitalier](#) (PDF - 89.1 ko)

[SMPS : le service public hospitalier dans le système de santé](#) (PDF - 120.3 ko)

[UNAFAM : service public hospitalier dans le système de santé](#) (PDF - 331.1 ko)

[Unicancer : les CLCC](#) (PDF - 114.6 ko)

[UNSA : déclaration](#) (PDF - 81.9 ko)

[UNSA : priorités et remarques de l'unsa santé et sociaux](#) (PDF - 131.4 ko)

[Paul Castel - Institut silverlife - la réforme du service public hospitalier](#) (PDF - 369.8 ko)

[Pierre Gibelin : rétablir la confiance à l'hôpital](#) (PDF - 90 ko)

[André Grimaldi : le médecin de service public en 2012](#) (PDF - 57 ko)

[Pierre Micheletti : le service public hospitalier et la vulnérabilité](#) (PDF - 89.4 ko)

Liste des contributions reçues au titre du groupe 2 Dialogue social et GRH

[AMUF-CGT : déclaration du 3 octobre 2012](#) (PDF - 8.7 ko)

[AMUF-CGT : déclaration](#) (PDF - 14.4 ko)

[ANFH : enquête IFSI, perte de bénéfices](#) (PDF - 296.5 ko)

[ANFH : l'apprentissage dans la fonction publique hospitalière](#) (PDF - 216 ko)

[Avenir hospitalier : déserts médicaux hospitaliers](#) (PDF - 106.2 ko)

[Avenir hospitalier : fidélisation - attractivité des carrières](#) (PDF - 192.7 ko)

[Avenir Hospitalier : reconnaissance des praticiens hospitaliers](#) (PDF - 271.8 ko)

[Avenir hospitalier : hiérarchie à l'hôpital](#) (PDF - 3.9 Mo)

[Avenir hospitalier : le concept des valences - pour une vraie dynamique de gestion des ressources humaines médicales à l'hôpital](#) (PDF - 145.1 ko)

[Avenir hospitalier : pénibilité du travail de nuit](#) (PDF - 96.7 ko)

[Avenir hospitalier : pour une organisation interne de l'hôpital public plus juste, démocratique et équilibrée](#) (PDF - 200.2 ko)

[Avenir Hospitalier : contribution pour un dialogue social renouvelé](#) (PDF - 153.3 ko)

[Avenir Hospitalier : la vérité sur les paiements à la performance ou P4P](#) (PDF - 305.6 ko)

[CFDT : les conditions de travail : agir ensemble pour des conditions de travail maîtrisées dans la FPH - juin 2012](#) (PDF - 522.8 ko)

[CGOS : contribution au pacte de confiance](#) (PDF - 84.5 ko)

[CHFO - le dialogue social et la gestion des ressources humaines](#) (PDF - 648 ko)

[CPH : extension de l'exercice du droit syndical des PH selon le modèle de la fonction publique](#) (PDF - 272.5 ko)

[CPH : extension de l'exercice du droit syndical des PH selon le modèle de la fonction publique](#) (PDF - 268.4 ko)

[FO : dialogue social et GRH](#) (PDF - 182.2 ko)

[INPH - dialogue social et ressources humaines](#) (PDF - 61.4 ko)

[ISNIH - Attractivité Hôpital public](#) (PDF - 101.7 ko)

[ISNIH : l'attractivité de l'hôpital public](#) (PDF - 101.7 ko)

[Représentation des professionnels de santé hospitaliers](#) (PDF - 31.1 ko)

[SMPS : le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines](#) (PDF - 123 ko)

[SNAM HP - dialogue social et gestion des ressources humaines](#) (PDF - 316.7 ko)

[SNAM HP : un hôpital en mouvement pour des soins de qualité - cahier de propositions](#)
(PDF - 465.6 ko)

[SNAM PH - Cahier de propositions](#) (PDF - 465.6 ko)

[SNAM-HP : lettre du octobre 2012](#) (PDF - 95.7 ko)

[SNAM HP : dialogue social et gestion des ressources humaines](#) (PDF - 316.3 ko)

[UNSA : Déclarations préliminaires](#) (PDF - 86.1 ko)

[UNSA : priorités et remarques de l'unsa santé et sociaux](#) (PDF - 131.4 ko)

Liste des contributions reçues au titre du groupe 3 -Organisation et fonctionnement de l'hôpital public-

[AMUF : pacte de confiance - pour quoi faire ? - Frédéric Pain](#) (PDF - 124 ko)

[Avenir hospitalier : hiérarchie à l'hôpital](#) (PDF - 3.9 Mo)

[Avenir hospitalier : pour une organisation interne de l'hôpital public plus juste, démocratique et équilibrée](#) (PDF - 200.2 ko)

[CFDT : évolution interne des établissements - un rebond toujours espéré](#) (PDF - 473.4 ko)

[CFDT-SYNCASS : Quel service public hospitalier](#) (PDF - 375.4 ko)

[CME CHU - Conférence des présidents : une évolution de la gouvernance dans les hôpitaux universitaires](#) (PDF - 591.4 ko)

[CME CHU : contribution de la conférence des présidents](#) (PDF - 102.6 ko)

[CMH : analyse et propositions - pour l'exercice d'une médecine publique hospitalière humaine, responsable, qualitative, insérée dans le parcours de soins patient et le territoire](#) (PDF - 94.3 ko)

[INPH : gouvernance](#) (PDF - 49.5 ko)

[SAMU - Urgences de France : les 1ère assises de l'urgence - septembre 2012 - comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ?](#) (PDF - 1.5 Mo)

[SMPS : l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital](#) (PDF - 101.1 ko)

[SNAM HP - cahier de propositions - un hôpital en mouvement pour des soins de qualité](#) (PDF - 465.6 ko)

[SNAM HP - contribution aux travaux du groupe 3](#) (PDF - 196.6 ko)

[UNSA : priorités et remarques de l'unsa santé et sociaux](#) (PDF - 131.4 ko)

[Bernard Balza : note de synthèse](#) (PDF - 120.1 ko)

[Loïc Capron : mémoire - gestion de la politique médicale à l'assistance publique-hôpitaux de Paris \(AP-HP\)](#) (PDF - 57.2 ko)

[Jean-François Pinel : les soins au patient - démarche artisanale ou industrielle ?](#) (PDF - 89.7 ko)

Glossaire

A	
AGOSPAP	Association de gestion des œuvres sociales des personnels de la ville de Paris et de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance (secteurs sanitaire et médico-social)
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (personnels relevant de la fonction publique hospitalière)
APHP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
C	
CA	Conseil d'administration
CAP	Commission administrative paritaire (personnels relevant de la fonction publique hospitalière)
CAPN	Commission administrative paritaire nationale (pour chacun des 3 corps des directeurs)
CCN	Comité consultatif national (1 par corps de directeur = directeur d'hôpital, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social et directeur des soins)
CCNP	Comité consultatif national paritaire (des praticiens hospitaliers)
CCP	Commission consultative paritaire
CGOS	Comité de gestion des œuvres sociales (pour les personnels non médicaux relevant de la fonction publique hospitalière)
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CME	Commission médicale d'établissement
CNG	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière
CPOM	Contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens
CRP	Commission régionale paritaire
CS	Conseil de surveillance
CSCFP	Conseil supérieur commun de la fonction publique
CSFPH	Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSN	Commission statutaire nationale (pour les praticiens hospitaliers = 1 pour chacune des 7 disciplines d'exercice médical, pharmaceutique et odontologique)
CSP	Code de la santé publique
CT	Code du travail
CTE	Comité technique d'établissement
CTP	Comité technique paritaire

E	
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique (à Rennes)
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (budget)
EPS	Etablissement public de santé
ESPIC	Etablissement de santé privés d'intérêt collectif
F	
FPH	Fonction publique hospitalière
G	
GCS	Groupement de coopération sanitaire
H	
HPST	Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009
M	
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MCUPH	Maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers
MSP	Mission de service public
O	
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé (formation du personnel relevant de la fonction publique hospitalière)
P	
PACES	Première année commune aux études de santé
PH	Praticiens hospitaliers
PRS	Projet régional de santé
PSPH	Participant au service public hospitalier
PUPH	Professeurs des universités-praticiens hospitaliers
R	
RGPP	Revue générale les politiques publiques (pour l'Etat)
S	
SPH	Service public hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T	
T2A	Tarification à l'activité