



Synthèse du rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard Larcher

rapport disponible à l'adresse suivante :

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

Missionné par le Président de la République, Gérard Larcher (vétérinaire, sénateur, ancien ministre et ex Président de la FHF) a été chargé en octobre dernier d'organiser une « vaste concertation sur les missions de l'hôpital auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé et d'établir un état des lieux servant de base à la concertation ». Au terme de plus d'une centaine d'auditions, la commission Larcher, composée de 23 membres et de 6 rapporteurs, est parvenue à formuler des propositions correspondant à 4 grands thèmes :

- aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour une meilleure réponse aux besoins des patients et une continuité des prises en charge
- optimiser l'offre de soins hospitalière dans une logique de qualité et d'efficience
- préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme
- développer l'enseignement et la recherche

Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement

Le constat est sombre : l'offre hospitalière de soins se situe entre inadaptation aux besoins de la population et manque d'efficience. 3 points noirs ressortent particulièrement : insuffisances dans l'offre de prise en charge, défauts de coordination dans le parcours du patient et impact des soins non programmés.

Dans l'offre de prise en charge de l'hôpital public, les insuffisances sont de plusieurs ordres :

- insuffisances globales telles que les alternatives à l'hospitalisation et les services de soins de suite
- insuffisance de la prise en compte des besoins des personnes, notamment pour les personnes âgées
- insuffisances territoriales en raison de disparités entre régions et territoires.

Dans la gestion du parcours du patient, l'hôpital n'est pas non plus efficient :

- pas de prise en charge spécifique pour les personnes âgées et handicapées
- pas de coordination effective entre les différents acteurs, que ce soit au sein de l'hôpital ou avec les professionnels de santé libéraux et l'entourage.

Enfin, les insuffisances dans la continuité des soins ont un impact sur l'organisation de l'hôpital et plus particulièrement sur les urgences. La commission souligne que l'amélioration des soins non programmés appelle une réflexion globale au-delà de la seule permanence des soins : régulation, information de la population, transports sanitaires et organisation interne de l'hôpital.

Des réponses concentrées sur l'amélioration de la coordination des soins

Le rapport Larcher entre en résonance avec le rapport Ritter (cité à plusieurs reprises) s'agissant du rôle que doit jouer l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le secteur médico-social. Celle-ci doit être responsable du pilotage pour permettre l'émergence d'une analyse « situationnelle » des besoins du patient, allant au-delà des aspects sanitaires. La commission veut favoriser l'articulation entre court séjour, soins de suite et médico-social et propose une série de mesures visant à organiser le redéploiement des structures hospitalières :

- recentrage de la mission de l'hôpital sur la phase aiguë pour le court séjour
- adéquation entre les soins de nécessité et structure de prise en charge par le développement de structures d'aval dont les capacités sont jugées insuffisantes
- optimisation des financements collectifs (limitation des surcoûts liés au maintien non justifié à l'hôpital -cf. note sur les rapports Bur et Ritter).

Ce rapport veut enfin favoriser la conversion de structures hospitalières en structures médico-sociales. Il préconise :

- de permettre aux ARS/ARH d'identifier précisément les besoins
- d'améliorer la programmation (SROS¹, liens entre sanitaire et médico-social)
- de développer des outils d'objectivation de la prise de décision publique pour favoriser des arbitrages rationnels
- d'assurer la fongibilité des enveloppes au niveau régional.

Coordonner la prise en charge du patient, coordonner l'offre de soins de proximité

L'hospitalisation n'est qu'une étape du parcours de soins : l'hôpital doit donc pleinement jouer son rôle de coordonnateur, s'organiser en interne et communiquer avec les autres acteurs de la prise en charge. Au sein de l'hôpital :

- une fonction de coordonnateur des soins doit être créée
- des plates-formes transversales (dont le guichet unique pour les usagers) doivent être mises en place
- et des filières gériatriques et gérontologiques incluant le sanitaire et le médico-social doivent être organisées.

S'agissant de l'intérêt des maisons de santé, la commission précise que les réflexions sur ce sujet doivent tenir compte du rôle important des hôpitaux locaux. Elle s'est également concentrée sur le rôle moteur que pourraient jouer les hôpitaux de proximité et estime qu'ils « pourraient offrir un cadre adapté au développement d'une offre ambulatoire et un lieu favorable au travail en équipe pour les professionnels » et servir de cadre pour soutenir des initiatives autour du maintien à domicile. Enfin, reprenant la proposition des associations d'usager, la commission juge nécessaire d'intégrer la coordination des soins dans la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Améliorer l'organisation des soins « non programmés » (urgences)

La commission a tenu à insister sur le devoir pour les médecins de ville de participer à la permanence des soins. Pour réduire le phénomène des soins «non programmés», la commission propose :

- d'attribuer à l'ARS/ARH une mission globale d'organisation de l'offre de soins «non programmés»
- de créer une régulation conjointe du SAMU et de la permanence des soins ambulatoires, et une organisation des transports sanitaires en lien avec la répartition des sites hospitaliers
- de développer une coopération public-privé et de mutualiser les gardes entre praticiens des différents établissements, quel que soit leur statut
- de créer des accès aux services hospitaliers sans passer par les urgences
- de créer un accès direct en consultation de spécialité non programmées.

¹ SROS : Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire

Territorialiser l'offre de soins hospitalière pour améliorer la qualité et l'efficacité

Constat étant fait d'une répartition inégale de l'offre de soins sur le territoire et de son inadéquation aux besoins de la population, le cadre général de la réflexion sur ce thème est ainsi posé :

- penser l'organisation des soins en fonction des besoins, non de l'offre ou des structures existantes
- la sécurité doit primer sur la proximité. Les rapprochements d'établissements doivent obéir à des exigences de qualité et de pertinence économique
- l'offre de soins doit englober les cliniques. Aucune solution globale ne pourra être envisagée, les stratégies sont différentes en fonction de la taille des bassins de vie.
- l'organisation des soins nécessitera de créer de nouvelles incitations pour les établissements.

Développer la complémentarité entre hôpitaux publics

Le rapprochement des établissements en communautés hospitalières de territoire est préconisé autour d'un socle «plateau technique + compétences médicales». Inspirées des communautés de communes, ces communautés devront se construire sur un projet commun définissant les complémentarités et les spécialisations de chaque établissement.

Des délégations de compétences dans une optique de mutualisation seront mises en place pour certaines activités : gestion des ressources humaines, logistique, politique d'investissement mais également recherche clinique. L'ARH/ARS veillera à la cohérence du projet, notamment au regard de la planification. La construction des communautés devra se faire sur la base d'incitations fortes.

Contractualiser avec les cliniques privées

La commission a précisé les conditions dans lesquelles les cliniques peuvent assurer le service public. Le cadre de la concession de service public est dépassé : la voie contractuelle doit être privilégiée. Cette possibilité s'accompagnera cependant d'obligations (législatives ou contractuelles avec l'ARS/ARH) de garantir aux usagers des tarifs de secteur I. Des pénalités financières sévères en cas de manquement seront instaurées.

L'adhésion des médecins des cliniques est une condition essentielle de la modernisation des relations entre cliniques et régulateur. Une convention tripartite entre l'établissement, ses médecins et l'ARH/ARS (ou un contrat de type bon usage du médicament impliquant la CME) pourrait être envisagée.

Préserver la concurrence en cas de concentration

La commission s'est interrogée sur les conséquences du rachat de cliniques par des fonds d'investissement. Afin de préserver la concurrence, elle préconise de faire participer l'ARS/ARH à la procédure de notification préalable (déjà en place dans le secteur de la santé). L'horizon temporel limité de ces fonds a également interpellé la commission qui évoque l'engagement des grandes institutions financières (telles que la Caisse des Dépôts et Consignations), de la Mutualité ou des groupes d'assurance.

Poursuivre la réflexion sur les critères de financement relatifs aux missions de service public

La poursuite des travaux du ministère doivent permettre de définir le montant des missions d'intérêt général (MIG) et l'objectivation des facteurs explicatifs d'écart de coûts entre public et privé.

Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme

Pour la commission, l'avenir de l'hôpital passe par :

- une nouvelle attractivité à l'égard des jeunes médecins et des autres professionnels du soin
- la fin de certaines difficultés de gestion et de rigidités en matière de ressources humaines
- la réforme de la gouvernance au sein de l'établissement

Revoir la gouvernance

La commission s'est particulièrement attardée sur l'évolution des règles de gouvernance interne des hôpitaux publics. Son objectif est de permettre à chaque organe d'assumer ses responsabilités. La gouvernance de l'établissement s'appuierait donc sur 3 piliers :

Directeur	Conseil de surveillance	Directoire
<ul style="list-style-type: none">- Modification des conditions de recrutement- Nomination par l'ARS sur proposition du conseil de surveillance- Mobilité hors du corps des directeurs- Diversification recrutement (chefs d'entreprises)	<ul style="list-style-type: none">- Remplace le Conseil d'administration- Extension de sa composition (usagers, personnel, société civile, libéraux et financeurs)- Droit d'évocation pour l'assurance maladie- Election du président- Recentrage des missions sur la définition de principes et d'orientations	<ul style="list-style-type: none">- Remplace le Conseil exécutif- Composition resserrée centrée sur la dimension médicale- Consécration du rôle du Pdt de CME devenant vice-pdt du directoire

Déconcentrer les décisions et responsabiliser les services cliniques

Deuxième axe de réforme identifié, il intéresse principalement pour les établissements de grande taille. Ceci passe par une simplification du cadre juridique de l'organisation interne de l'hôpital afin de laisser une plus grande indépendance à chaque établissement pour s'organiser en fonction de sa taille et de ses besoins.

S'agissant de la déconcentration dans les établissements de taille importante, la commission s'est prononcée pour une réflexion complémentaire. De manière générale, le développement de systèmes d'information comme outils de pilotage est une nécessité.

Assouplir les règles de gestion

L'application aux hôpitaux publics du régime de l'ordonnance du 6 juin 2005, en remplacement du code des marchés publics est le premier assouplissement. En cas de difficulté de mise en œuvre, le recours à des structures de coopération non soumises au code des marchés publics pourrait être envisagé.

S'agissant des dépenses, le principal problème est le délai de paiement : l'essentiel des suspensions de paiement dans le secteur public local est imputable aux hôpitaux (dont près de 75% pour insuffisances de trésorerie). La mission s'est prononcée pour la fin de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable, le comptable public pouvant être éventuellement intégré dans l'équipe de direction. Enfin, elle propose une certification des comptes dans la lignée des principes de responsabilisation accrue des gestionnaires.

Contrôler l'hôpital par l'ARS

La commission souhaite que l'ARS joue un rôle important dans les rapprochements d'établissements publics, dans le redéploiement de l'offre de soins, dans la contractualisation avec les cliniques pour des missions de service public, mais aussi dans l'appréciation des segments de marché en matière de concentration. Elle souhaite également que l'ARS ait une fonction de contrôle des exigences d'efficacité et de qualité. Il est donc important que cet aspect figure dans les objectifs et les moyens attribués aux directeurs des ARS.

Renforcer l'attractivité des métiers de l'hôpital

La problématique de l'attractivité est principalement traitée à travers le prisme des jeunes médecins et des autres professionnels de santé. En effet, les autres personnels relèvent du statut général de la fonction publique qui fait actuellement l'objet d'une réforme. La principale proposition concerne donc l'introduction d'un cadre contractuel pour les praticiens hospitaliers sur la base du volontariat.

Organiser, piloter et soutenir la recherche

La dimension hospitalière de la recherche médicale doit être reconnue. Ceci passera notamment par le renforcement du pilotage de la recherche à la fois au niveau national, interrégional et local :

- l'INSERM et l'ANR² pourraient jouer le rôle d'agences de moyens
- des agences d'évaluation devront être créées pour établir les référentiels d'évaluation des structures, les formations et diplômes des personnels de recherche et d'enseignement
- des structures de pilotage interrégional seront nécessaires pour faire le lien entre les hôpitaux, les universités, l'ARS et les régions.

Le CHU doit demeurer le porteur prioritaire des missions d'enseignement et de recherche. Une labellisation des équipes hospitalo-universitaires basée sur leurs trois missions (soin, enseignement et recherche) devra être réalisée.

Simplifier l'organisation et le cadre réglementaire

Le développement de la recherche à l'hôpital passera par une simplification de son organisation. Le cadre législatif et réglementaire doit être simplifié, clarifié et harmonisé. Les collaborations avec l'industrie doivent être favorisées. Les établissements doivent être en mesure de créer des fondations, à l'instar de ce qui existe pour l'université.

La commission souhaite une évaluation rigoureuse des innovations médicales (en particulier leur service médical rendu) par le financement public d'une recherche clinique sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. L'introduction rapide du progrès médical dans les soins dans des centres identifiés permettra de contrôler la prise de risque.

Faire évoluer l'enseignement

L'évolution de l'enseignement répond aux préoccupations exprimées par la commission. La mise en place des cursus LMD (licence, maîtrise, doctorat) est donc souhaitée, accompagnée de référentiels de formation. S'agissant des études médicales, une gestion pluriannuelle des flux de formation permettra une adaptation aux besoins régionaux. L'importance des postes de post-internat pour maintenir des spécialistes formés dans une région est soulignée.

Le contenu des enseignements, médicaux et paramédicaux, devrait également évoluer pour laisser une place plus importante à de nouveaux domaines (sciences humaines et sociales, économie, éthique, langues vivantes...) ainsi qu'aux nouvelles formes d'exercice afin de prendre en compte leur diversification. Les enseignements seraient par ailleurs évalués par l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES).

L'université serait amenée à développer une offre en matière de formation médicale continue (FMC) en faisant notamment appel à des fonds publics et privés, en particulier industriels.

* * *

Si vous souhaitez plus de renseignements, n'hésitez pas à nous contacter. Bonne lecture

Bénédicte Garbil
Consultante

nile, le lien entre les acteurs de santé

Olivier Mariotte : 06 07 94 61 73 – olivier.mariotte@nile-consulting.eu

Bénédicte Garbil : 06 27 25 25 79 – benedicte.garbil@nile-consulting.eu

² Agence Nationale de la Recherche