

# COMPTE-RENDU DE LA RENCONTRE DE LA CHG AVEC LE CABINET DU MINISTRE JF.MATTEI LE 21 NOVEMBRE 2002

N.Garret-Gloanec

Présents : P.Faraggi, M.Vignier, J.Pollet; N.Garret-Gloanec

## 1- Hôpital 2007 - Planification, Coopération, Responsabilisation, Contractualisation.

**Planification** ; les autorisations seront déconcentrées, les décisions ne seront plus prises pour la majorité au CNOSS mais en CROSS ou interCROSS (par interrégions si nécessaire). Les SROSS de psychiatrie intègrent les SROSS régionaux. Suppression de la carte sanitaire, disparition des indices nationaux qui sont limitatifs, les régions créeront leurs indices (et je pense en moi même : les indices pour le somatique sont limitatifs mais pour la psychiatrie ils pouvaient nous obliger à des créations). Suppression du schéma départemental. Disparition des taux de change, (en espérant qu'ils ne seront pas pire, les taux de change en psy ont empêché la création de l'extra-hospitalier lors de la fermeture de l'intra). (je pense également, quelle sera la politique de soin nationale ?, en psy par ex- déformation professionnelle et nombrilisme- si une politique de santé mentale n'est pas édictée on peut craindre le pire si on laisse cela aux politiques locaux, voir ce qui se passe avec le conseil général pour la pmi etc...)

- simplification,
- assouplissement et
- régionalisation.

Une mission permanente d'audit (suite à Piquemal)

**Coopération** entre établissements publics et privés. Création d'un système juridique allégé qui remplacera tous les autres systèmes (communautés hospitalières, SIH etc...) (je pense alors les SIH, quelle galère, Kafka et le système administratif, alors voyons). Ce système juridique fonctionnera aussi bien pour les associations d'établissements que pour les associations avec des libéraux pourvu qu'ils soient organisés en personnalité morale (plateau technique de radiologie par ex). Constitution de groupements de coopération sanitaire (GCS) qui n'auront pas de limites, ni par rapport au statut, ni par rapport aux établissements. Il y aura expérimentation de 2-3 groupements sanitaires. Ce seront des espaces communs de rémunération et de travail. Ils serviront :

- comme outil pour la permanence des soins,
- comme support juridique,
- pour ramener les plateaux techniques à la disposition du publique et
- pour réaliser des réseaux de santé.
- pour la permanence des soins (groupe de réflexion à ce propos)

## Investissements, Tarification.

Nous serons dans une logique de régionalisation avec des fonds de rénovation des établissements de santé. Les régions (si j'ai bien compris) aideront pour l'apport du capital, l'état pour la dépense au prorata d'un taux évalué par région et selon la vétusté des EPS. Ce sera une aide en soutien aux frais financiers liés aux emprunts et aux amortissements (par tranche de 20 ans). Il y a un montage de tout un système permettant de subvenir aux remboursements des emprunts des établissements, leur donnant la possibilité de faire ces emprunts rapidement et pour de plus grosses sommes. L'aide pour 2003 est de 1 milliard 2 et se poursuivra sur plusieurs années. Il nous est pas dit que les régions doivent y participer pour une grande part. Au total, la subvention sera

de 5 milliards sur 5 ans. Il y aura un seul fond FMES et FMSP (public et privé) pour une gestion régionale.

Il sera possible d'externaliser les investissements sur les collectivités locales (conseils généraux) par des sociétés d'économie mixte (SEM) qui auront la possibilité de construire pour les hôpitaux.. Possibilité donnée également aux entreprises privées afin de contourner les dispositifs qui sont trop lourds et ralentissent les restructurations. (gain de temps évitant les procédures) (et je pense en moi-même : à quoi servent alors les procédures ?).

Possibilité également de passer ces marchés globaux (conception, réalisation, maintenance) (et je pense en moi-même : ce ne fut pas brillant pour les prisons privées).

Un groupe investissement sera à la disposition des établissements (surtout les petits) ou mission d'appui à l'investissement constitué d'ingénieurs, juristes, spécialistes de la fiscalité, des constructeurs pour une expertise, apport d'outil. Ce sera une mission nationale répartie dans les régions ou par interrégions. (aide à la constitution de projets).

Un groupe chantier sur le régime budgétaire et comptable de l'hôpital sans modification du statut de l'hôpital mais en apportant de la souplesse vers ce système, rénover la politique de l'achat, assouplir le code des marchés dans le cadre limité des directives européennes qui sont déjà contraignantes.

### **La contractualisation.**

- **Externe** : les ARH contractualiseront avec le ministère, sur des objectifs et pour des plans pluriannuels. La répartition entre les régions se fera suivant les données du PMSI (données de productivité), dans un premier temps par répartition simple puis répartition préparée à partir d'une tarification à l'activité. Ce qui relève des structures et de la RTT est sorti. Les programmes pluriannuels sur 5 ans se feront au niveau des agences, pour les subventions et les aides à l'emprunt, les taux d'aide seront décidés (jusqu'à une hauteur possible de 80%), les opérations sont choisies par l'agence.

L'organisation et les répartitions se font par territoire. Pour cette réalisation il faudra améliorer la comptabilité analytique et les systèmes d'information (passage à la budgétisation à l'activité puis à la pathologie). Des missions d'appui pour la tarification à l'activité sous la direction de Mme Aoustin et R.Casch (ex-CNEH) sur 40 établissements, 20 pub et 20 privés, simulation des investissements sur 5 régions. L'idée est de parvenir à une information en temps réel et d'avoir un collège de suivi tenu par les fédérations, les syndicats, les conférences. (je pense toujours...la comptabilité analytique, depuis le temps, ils ne sont pas au bout, et l'analyse de l'activité s'ils pensent que le PMSI marche alors privatisons le tout, tout de suite, et tout ceci pour 2003 en partie, totalement en 2004, ils rêvent ou nous font rêver ???) (la force du désir, c'est surtout rebalançons les pb sur les régions et sur les établissements)( je vois clairement que nombre de pathologies coûteront moins cher en privé qu'en public puisque nous prenons en charge toute une série de besoins autour de la pathologie alors que le privé ne s'attribue pas ces missions).

Nous passons donc à la productivité (petite incartade entre votre SG et le digne conseiller de santé pub, la problématique est la mise en concordance entre l'activité et les besoins, nous n'avons visiblement pas les mêmes perspectives de l'analyse des besoins, je pointe ses contradictions entre leurs annonces autour de la santé pub, les réseaux et le recentrage sur l'activité simple mais je suis apparemment qu'une aparatchik du syndicalisme ne pensant qu'à lutter contre le progrès).

- **Interne** : entre les établissements et l'ARH, entre le CA et le directeur, entre le directeurs et les pôles ou centres de responsabilité. Un mystère pendant tout l'entretien c'est ce que signifie et comment ils entendent cette transformation des CA qui leur donnerait une responsabilité réelle, sans dépendance excessive au politique

et avec une compétence suffisante pour ne pas avoir la seule fonction d'entériner les décisions de la direction ? Un CA magique aura pour rôle de nommer les directeurs et les médecins, (nous sommes rassurés nous sommes des cadres dirigeants, en attendant les discours sur l'ARTT, mais pas dirigeants au même niveau, il oublie de nous dire que certains seront dirigeants et les autres corvéables à merci seront cadres tout court). Il n'est pas dit quels médecins sont recrutés par le CA. La suite le sous-entend. L'EPS est découpé en centres de responsabilité, avec délégation de la gestion, technique, financière, du personnel, avec intéressement. A la tête du pôle un responsable médical (il n'en est pas dit plus sur les têtes accompagnantes) qui aura autorité sur tous les médecins du pôle. Suppression des services qui posent problème en particulier d'articulation et d'autorité entre responsable médical du pôle et les chefs de service. Les pôles contractualisent avec la direction. Cette nouvelle organisation montre combien les médecins auront du pouvoir, et oui. Nous pointons deux choses, d'une part que les médecins à l'hôpital n'en peuvent plus du poids administratif et que d'autre part ils refusent une nomination locale en étant profondément attachés à la nomination par le ministre, rien n'y fait, ce n'est pas le directeur qui nomme, c'est le CA et pour qu'une entreprise marche (ce que deviendra l'hôpital de demain) il faut que les membres dirigeants soient recrutés par le CA. Il faut aussi qu'il y ait des niveaux d'autorité c'est à dire que le médecin responsable du pôle ait autorité sur les autres (j'é mets la notion de responsabilité médicale pleine et entière, ce n'est plus à l'ordre du jour).

La tarification se faisant à l'activité, l'instrument principal est le PMSI, sauf pour les disciplines comme la psychiatrie qui n'a pas encore de PMSI.

Il est clair que le CA dans l'affaire recruterait les directeurs administratifs et médicaux mais que les autres seraient recrutés à un niveau moindre avec passage par le CA. Nous parlons de l'indépendance nécessaire pour pouvoir exercer nos missions, mais nous devons cesser ces discours d'une autre époque. (je pense comme mes collègues combien le directeur médical sera ligoté dans ses orientations, décisions et combien il soumettra les autres médecins pour parvenir aux objectifs imposés dans la contractualisation, il lui faudra en effet tous les leviers du pouvoir pour y parvenir et en particulier la nomination, l'intéressement, les valences et la mise hors cadre...). C'est bien une entreprise productive qui se dessine. Les pôles ont besoin d'une masse critique suffisante pour exister et être réellement un centre de responsabilité avec une gestion de proximité (pôle budgétaire, gestion, achat, gestion du personnel, de PAE, rationalisation) Nous serons dans une organisation de droit commun. Le responsable médical aura les manettes et les contraintes.

La CME serait maintenue mais revue, en fonction de la répartition des médecins (non dit : en fonction des pôles). C'est une CME catégorielle et fonctionnelle, reflet de l'organisation médicale. Les CME ne disparaîtraient donc pas quoique celle qui existe disparaît.

Constitution de centres régionaux de gestion pour y mettre hors cadre tous les directeurs et les médecins, certes très compétents, mais en problème relationnel bloquant les activités. (je pense que ce centre pourrait s'élargir pour déplacer les médecins suivant les nécessités, suivant le respect des contrats ou non, dans les régions).

Nomination des médecins soit par déconcentration auprès de l'agence, gestion régionalisée, soit décentralisation auprès des établissements qui est le choix le plus autonome. Le CA nomme les directeurs et les praticiens. Les deux modèles nécessitent pour une gestion de l'offre par régions la création de ce centre régional de gestion.

## 2- Le rapport de la mission nationale d'évaluation de la RTT dans les EPS (MNE) (rapport Piquemal)

A ce terme se pose la question des modalités d'assouplissement de la directive européenne et de la RTT. L'obligation de la continuité des soins et de la continuité de service s'impose. Les médecins ne comptent pas leur temps puisqu'ils sont des cadres dirigeants, c'est une question de positionnement des médecins dans la société (justement sur ce sujet des cadres dirigeants ne sont pas nommés par essence par le directeur ? je n'ai encore rien compris ce n'est pas le directeur qui nomme c'est le CA et c'est différent, Ah ?). Le ministère refuse donc cette question des heures afin de sortir du cadre des 48 heures gardes comprises. Les plages additionnelles sont l'affaire du volontariat contrarié par les obligations de service.

Les postes actuels seront pour la compensation de la RTT et non pour l'application de la directive européenne, il n'y a donc pas de raison qu'ils viennent uniquement pour combler le manque des services à fonctionnement continu.

Un budget viendra pour les plages additionnelles, les pôles ou les services –tant qu'ils existent- contractualiseront avec le directeur la nécessité de plages additionnelles. Un dispositif d'évaluation en temps réel de l'impact de la RTT et de la directive avec un point tous les 6 mois et évaluation des assouplissements fin 2004. L'enveloppe pour le temps additionnel est en plus des postes pour la RTT.

Analyse du décret sur le CET, il ne nous est pas dit qu'il est déjà prêt à sortir le lendemain. Le bug des 30 jours qui sont le total de 20 plus 5 n'est pas éclairci et découvert le jour même.

Si le protocole pouvait être revu et même annulé, le ministère sauterait immédiatement dessus. L'annonce du plan de sauvetage et la dramatisation essaie de faire passer en force des réformes essentielles où les praticiens ne vont rien voir venir.

Dernier point , les CHU, un groupe de travail, ils sont protégés et ils auront comme nous l'avions soutenu, leur couverture sociale, mais ils auront plus encore.

En contrepoint, une question juste avant de partir sur les activités d'intérêt général que nous pourrions suspendre pour deux ans (?) car c'est du temps pris à l'hôpital. La démonstration de l'utilité des AIG pour le médico-social et pour l'enseignement est moyennement accepté, même si les motifs de santé publique, de dynamisme professionnel et d'attractivité de la carrière sont invoqués. Si le besoin de productivité se fait sentir à l'hôpital nous devons garder les hommes là. Et les producteurs corvéables à merci sont les praticiens.

Par contre les activités libérales se font dans l'hôpital et ne sont donc pas à remettre en question.

Nous repons la question de ce que le gouvernement souhaite, avoir ou non des médecins compétents à l'hôpital ou non. Si oui, les mesures d'attractivité, la place du médecin et l'indépendance sont des conditions indispensables. Surdité. Il ne fera bon que d'être universitaire ou libéral dans une entreprise libérale.

Une petite diatribe sur la psychiatrie en CHS, CHG et CHU. Pour le ministère il est clair que la psychiatrie en CHS est de mauvaise qualité, et que celle en CHG est nettement supérieure, que la psychiatrie en CHS n'a pas évolué. Le conseiller détourne la tête lorsque le président lui montre les fiches diapos préparées pour le

congrès du lendemain, il a ses informations par la mission d'appui et restera inébranlable. (les convictions ne sont jamais modifiées mais seulement alimentées).

### **Conclusion par le Cabinet :**

Modification de l'organisation interne de l'hôpital, intéressement du personnel, dialogue social (cela ne mange pas de pain)

Une politique d'achat

Une contractualisation interne avec des pôles d'activité, donner de l'autonomie aux établissements, rénover les CA.

CME catégorielle – fonctionnelle, reflet de l'organisation médicale (par pôle)

Souplesse de la gestion au niveau de l'établissement, souplesse comptable, organisationnelle, gestion des personnels médicaux et des directeurs par le CA.

### **Mes réflexions personnelles :**

Nous sommes devant l'application toute logique du plan de l'UMP (UDF aussi ?) avec la libéralisation du système. Ceci dit, rien n'est très différent des choix précédents vers lesquels nous allions et nous voyons là l'empreinte très forte de la FHF (dans laquelle nous avons Larcher, G.Vincent qui a nommé toutes les têtes de la DHOS et savoir qu'Evin est dans le CA de la FHF). La libéralisation se fait à la française avec un renforcement de l'administration. Dans les ministères successifs il faut voir la prévalence des médecins de santé public comme conseillers. Nous pourrions reprendre le débat entre médecine contractuelle pour les patients et médecine des ensembles, autre débat médecine à destination des patients pour des traitements ou médecine médiatisée par les professionnels non médicaux pour des prestations aux soins.

Le rouage principal est l'ARH qui devrait devenir ARS mais ce n'est pas le souci premier. L'ARH devra elle aussi être productive, responsable de ses choix. Dans quel dilemme va t-elle se trouver face au pouvoir politique local, quelle répartition des pouvoirs politiques entre les ARH et les CA des établissements, comment les jeux se feront-ils ?

Dans tout ce processus dès lors que l'ARH devient la pierre angulaire, il y a perte de contre poids autre que politique. Il n'y a pas d'appareil démocratique dans les ARH, pas de contrepouvoir où nous serions représentés. Le processus est clos.

Comment s'exprimeront les besoins et comment pourrions nous faire respecter des orientations de soins ?

L'ARH gère autant le privé que le public, l'attention est portée sur le rapport des coûts entre les deux systèmes, le discours de glissement est net. Efficacité et rentabilité sont les deux mamelles que nous alimenterons dans notre contractualisation, nos directeurs médicaux en seront les leviers avec les directeurs de soins.

La commission paritaire nationale devait être renouvelée par des élections en 2003, nous avons accepté son report d'un an. Il devient très clair que ce report souligne son inutilité. Sa disparition est soulignée par la disparition dans le décret du CET de ce recours qui était formulé dans la précédente version. Sans commission statutaire, les praticiens hospitaliers n'ont plus aucun recours. Les praticiens devront contractualiser avec les directeurs ( généraux et médicaux), ils auront probablement des valences en fonction de leur positionnement dans cette ligne hiérarchique. On

sait que les syndicats sont actifs à l'échelon national mais qu'ils ne le sont pas à l'échelon local.

Deux axes sont renforcés, celui de la voie universitaire et celui du libéral. La masse des praticiens est destituée de sa sphère d'exercice, de son indépendance professionnelle. Il n'est plus rien dit des directeurs de soins qui, à mon avis, se situent dans ce dispositif.

La ligne hiérarchique est ainsi reconstituée entre le directeur général qui n'avait pas de pouvoir sur le centre opérationnel et le médecin qui ne dirigeait pas l'établissement. La ligne se reconstitue par la création d'un corps de directeurs médicaux ayant pouvoir hiérarchique sur les autres et des directeurs de soins qui croisent la précédente ligne. Les universitaires sont renforcés dans la reconnaissance du savoir localisé entre leurs mains, nous aurons à suivre l'évaluation des pratiques médicales et la formation continue.

Le feuilleton n'est pas terminé.

Pour faire plaisir, il n'est pas concevable qu'un médecin qui dépasse (non pas ses 48 heures) ses dix demi-journées gardes comprises cumule le paiement de la plage additionnelle avec celle de l'indemnité de sujétion. Lorsqu'il y aura ce dépassement, le médecin se verra octroyé le paiement en plage additionnelle et encore si cette attribution a été contractualisée par le service dans le cadre des demi-journées additionnelles allouées à l'établissement et réparties dans l'établissement. Sortez vos griffes.

Grâce à nos ministères successifs, grâce à nos conseillers en toute sorte, grâce aussi, il faut bien le dire, à nos amis universitaires, le numerus clausus a eu les effets voulus de réduction de nombre de praticiens. Il nous faudra éponger pour tous.

CR fait à utilisation interne à la CHG.

Merci pour l'indulgence, rédaction directe sur le clavier sans relecture sous peine de déprime immédiate.

N.Garret-Gloanec le 24 novembre 2002