

TITRE : Les réformes hospitalières nécessitent de faire évoluer le statut des personnels médicaux, estime le Dhos

PARIS, 15 décembre (APM) - Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), Jean Castex, a indiqué mercredi que les réformes hospitalières nécessitent de faire évoluer le statut des personnels médicaux.

Le Dhos s'exprimait dans le cadre de la journée des présidents de commission médicale d'établissement (CME) organisée mercredi à Paris et rassemblant environ 300 participants.

"On sait bien que dans le cadre de ces réformes qui favorisent, dans un contexte de concurrence, la complémentarité entre des acteurs de statuts différents, nous n'avons pas tous les outils", a-t-il lancé.

"Nous nous heurtons (...) à la question des modalités de statut et de rémunération du personnel médical", a avancé le Dhos.

Cette question va se poser "avec de plus en plus de force au fur et à mesure que ces réformes se mettront en oeuvre et au fur et à mesure que les questions de démographie médicale seront pressantes", a-t-il estimé.

Mais ce n'est pas là le seul outil manquant selon le Dhos, qui avait évoqué en préambule "quelques pièces manquantes dans le cheminement des réformes".

Il a également signalé les interrogations concernant "l'articulation entre les pôles à l'intérieur des établissements et les territoires de santé".

C'est selon lui une notion "encore un peu intellectuelle et difficile qui ne se pose évidemment pas de la même façon dans un centre hospitalier universitaire (CHU) et dans un établissement de proximité".

Il a aussi évoqué la question de l'intéressement des personnels de santé qui "s'investissent" (cf dépêche APM FRILF003).

"Il y a là des chantiers qu'il va nous falloir ensemble ouvrir pour donner davantage de cohérence et de force".

ELARGISSEMENT DU CHAMP D'ACTION DES PH

Le président de CME du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, Gilles Bommelaer, a également signalé le manque d'outil pour contrer l'afflux d'activités de proximité dans les CHU, généré par les problèmes de démographie médicale dans les centres hospitaliers (CH).

"Il faut que les CH jouent pleinement leur rôle de recours, aussi largement que possible," sinon la spécificité des CHU risquent d'être "mangée", a-t-il souligné.

Pour rétablir la situation, il propose que des postes d'internes, d'assistants et même de praticiens hospitaliers (PH) soient mis à la disposition des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) afin "de remplir les trous et d'éviter les pertes brutales d'activité" dans les CH en difficultés.

Il suggère de créer des contrats de deux ou trois ans dans un CH puis un retour sur le CHU, dans le cadre d'un engagement préalable avec l'ARH. "Grâce à ce dispositif nous pourrions améliorer largement la sécurisation du territoire", estime Gilles Bommelaer.

Le président de la CME du CH de Mont-de-Marsan, Gilles Chauvin, estime qu'il faudrait généraliser les expériences de temps partagé avec les CHU. L'idée des "PH contractuels régionaux" constitue "une bonne façon de fixer les jeunes générations de PH à l'hôpital, d'empêcher certains pans de chirurgie, d'obstétrique ou d'anesthésie de partir dans le privé ou ailleurs", a-t-il souligné en demandant des moyens financiers à la Dhos pour étendre ce dispositif.

Dans le cadre de la mise en place des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros 3), il faudrait "envisager des postes de PH affectés non à l'établissement mais au territoire", a suggéré le président de CME du CH du Puy-en-Velay, Patrick Wagner.

CALENDRIER DU DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

Le chef de projet sur la coordination des réformes hospitalières à la Dhos, Denis Debrosse, a par ailleurs dévoilé mercredi les grandes lignes du calendrier du dispositif d'accompagnement qu'il est en train de mettre en place dans la continuité de la mission Romatet.

Au premier trimestre 2006, le dispositif consistera à "impulser et informer" avec l'aide de plusieurs instances mises en place par la mission Romatet, la cellule opérationnelle, le comité de pilotage et la commission chargée de la communication et de la formation. Les fédérations, les conférences hospitalières et le ministère de la santé seront également associés à cette phase.

Denis Debrosse a indiqué que le dispositif a pris de l'avance, ces actions étant déjà engagées.

La deuxième phase visant à "formaliser et partager" sera menée auprès des tutelles (ARH, assurance maladie) et des dirigeants (directeurs et présidents de CME) au 2ème trimestre 2006.

La troisième étape, prévue également pour le deuxième trimestre 2006, se concentrera sur l'adaptation et le développement. A cet effet, la Dhos travaille avec des formateurs, notamment de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP), pour créer des modules destinés aux professionnels afin d'élaborer "un plan massif de formation et d'accompagnement au niveau régional".

Enfin, la dernière phase visera à "généraliser, enrichir et maintenir" le dispositif auprès de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Denis Debrosse a qualifié ce dispositif de "boule de neige", les professionnels formés pouvant ensuite expliquer les réformes à leurs collègues. La journée des présidents de CME constitue le lancement d'une "première boule neige" car les discussions seront intégrées au site internet collaboratif prévu par la Dhos (cf dépêche APM CBILC001).

fr/cb/fb/APM polsan
FRILF002 15/12/2005 16:43 ACTU

TITRE : Intéressement des responsables hospitaliers: Jean Castex chargé par le ministre de faire des propositions concrètes

PARIS, 15 décembre (APM) - Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Jean Castex a indiqué mercredi qu'il a été chargé par le ministre de la santé, Xavier Bertrand, de lui faire des propositions concrètes dans le domaine de l'intéressement des responsables hospitaliers.

Le Dhos a fait cette annonce lors de la journée des présidents de commission médicale d'établissement (CME) qui s'est déroulée mercredi à Paris.

"Il nous faut mieux reconnaître les responsabilités de ceux qui acceptent de s'engager dans les pôles d'activité ou dans les commissions médicales d'établissements. Ce n'est pas choquant ni de le demander, ni de le dire", a expliqué Jean Castex.

"Je vous informe que le ministre m'a chargé de lui faire des propositions précises sur ce point", a-t-il lancé.

Interpellée par la salle avant l'intervention de Jean Castex, l'adjointe au Dhos, Danièle Toupillier, a rappelé que le relevé de décision du 31 mars sur le statut des PH prévoit une indemnité de 200 euros mensuels pour les responsables de pôle.

Elle s'est déclarée consciente que cette prime est "limitée" et a précisé qu'elle pourrait évoluer "en fonction des débats régionaux", ce qui a soulevé une vague de scepticisme dans la salle.

"La Dhos est plus généreuse que cela habituellement et nous essayerons de faire évoluer le dispositif", s'est-elle alors justifiée.

Jean Castex a également souligné que la Dhos sera "évidemment attachée" à ce que "ces revalorisations, ces reconnaissances des responsabilités s'accompagnent en quelque sorte d'un processus de mise en oeuvre des réformes". "Je ne dirais pas qu'elles en sont la contrepartie mais en tout cas que fatalement elles y sont intimement

liées pour montrer la cohérence de l'action des pouvoirs publics", a-t-il expliqué.

Jean Castex a insisté sur l'investissement des directeurs et des médecins dans la mise en place des réformes et a tenu à saluer leur volonté.

"Vous aurez d'autres réformes à porter, notamment l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) parallèlement à la deuxième version de l'accréditation. Il ne peut pas y avoir de réformes ambitieuses sans acteurs motivés. Je vous le confirme nous saurons prendre en considération ces éléments", a-t-il déclaré.

MANQUE D'ATTRACTIVITE POUR LA FONCTION DE CHEF DE POLE

Plusieurs hospitaliers ont toutefois souligné mercredi le manque d'attractivité de la nouvelle fonction de responsable de pôle, notamment le faible intéressement associé et le risque de ralentissement de carrière.

"Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), tous les acteurs des réformes hospitalières sont brimés sur le plan de leur carrière", ce qui enlève toute motivation, a déploré le président de la CME du CHU de Clermont-Ferrand, Gilles Bommelaer, lors d'une table ronde.

Selon lui, cette situation est encore plus marquée pour les hospitalo-universitaires. "L'évolution de leur carrière est bridée", car leur participation aux réformes les oblige à réduire ou abandonner leur activité universitaire, alors que la progression de leur carrière passe principalement par l'université, a-t-il expliqué.

"Nous avons des difficultés à recruter des chefs de pôle car un chef de pôle, comme un président de CME, voit sa carrière arrêtée", a déclaré Gilles Bommelaer.

Cette opinion est partagée par Pierre-Jean Valette, responsable de pôle à l'hôpital Edouard Herriot des Hospices civils de Lyon (HCL). "La responsabilité d'un pôle correspond à plus de la moitié du temps d'un médecin, ce qui pose un vrai problème pour la carrière personnelle de ceux qui se lancent dans cette aventure", a-t-il précisé.

Outre l'intéressement, la nomination des chefs de pôles d'activité clinique nécessite également le dégagement de temps médical.

"Les personnes les plus intéressées et légitimes pour devenir chef de pôle n'ont pas de temps médical à dégager", a souligné le président de la CME du CH de Mont-de-Marsan, Gilles Chauvin, en demandant à la Dhos une réponse rapide à cette question.

Le président de CME du CH de Pau, Jean-Jacques Choulot, a indiqué que dans son établissement, il n'y a pas de candidat pour prendre la direction des pôles les plus importants. "Les gens sont intéressés mais ils ne veulent pas car ils n'ont pas de temps", a-t-il expliqué.

L'INTERESSEMENT NE PEUT PAS ÊTRE QUE FINANCIER

Lors d'une autre table ronde, le directeur adjoint du CH de Blois, Patrick Expert, a souligné le fait que l'intéressement ne doit pas uniquement prendre la forme d'une prime financière.

"On n'intéresse pas longtemps les gens avec des critères purement financiers. Il faut travailler une autre voie, notamment en termes de reconnaissance", a-t-il affirmé.

Cette reconnaissance peut trouver sa voie à travers une amélioration de l'organisation (activité et régulation des flux), des ressources humaines (amélioration des compétences) et de la qualité (taux de fuite et d'attractivité des établissements, tenue des dossiers médicaux personnalisés), a-t-il développé.

"Ce sont sur ces bases que doit être envisagé l'intéressement car ensuite le financier suivra", a expliqué Patrick Expert.

TITRE : Hôpital: le ministre de la santé hésite entre 30% et 35% pour le taux de la T2A en 2006

PARIS, 16 décembre (APM) - Le ministre de la santé, Xavier Bertrand, a indiqué vendredi que la part de la tarification à l'activité (T2A) en 2006 dans les budgets des établissements anciennement sous dotation globale sera fixée à "30% ou 35%".

Lors d'une rencontre avec la presse organisée vendredi par l'Association des journalistes de l'information sociale (Ajis), le ministre de la santé a présenté plusieurs mesures sur l'hôpital et a indiqué qu'il présenterait son plan sur l'hôpital début 2006.

Concernant le taux de financement des établissements hospitaliers par la T2A pour 2006, le ministre de la santé semble vouloir suivre les recommandations du Conseil de l'hospitalisation qui hésiterait entre 30% et 35% (cf dépêche APM CBILE001).

"Ce sera 30% ou 35%. Nous allons regarder quels sont les enjeux financiers, mais si à un moment ou un autre, il y avait un dérapage, il y a toujours le levier des tarifs sur lequel nous pouvons intervenir en cours d'année", a indiqué le ministre de la santé.

Pour Xavier Bertrand, les difficultés liées à la mise en place de la T2A ne constituent pas le véritable enjeu à l'hôpital, qui doit surtout revoir son organisation, au sein même des établissements, mais aussi entre hôpitaux.

"L'hôpital a besoin de retrouver de la lisibilité", a souligné le ministre de la santé, faisant notamment référence au manque de clarification en matière budgétaire.

Le ministre repousse notamment l'idée que "les trois quarts des hôpitaux sont dans le rouge".

"Il y a de l'argent à l'hôpital. Mais dans quel délai arrive cet argent?", s'interroge le ministre, qui veut améliorer "les tableaux de bord et le suivi" de la gestion des établissements de santé.

Concernant la convergence des échelles tarifaires publique et privée, le ministre de la santé a indiqué que le rapport de l'Inspection générale de l'action sociale (Igas) sur ce thème lui sera remis début janvier.

Le ministre de la santé attend notamment de ce rapport de savoir si le niveau appliqué aux Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) est suffisant.

"J'ai le sentiment que sur les Migac, il nous manque ces quelques pourcents qui nous permettraient d'être clairs et d'être sûrs qu'on a bien tenu compte des spécificités", a indiqué le ministre.

Avec le plan qu'il compte présenté début 2006, le ministre veut "faire vivre les réformes" hospitalières et recentrer l'hôpital autour des soignants et des patients.

Pour les patients, il souhaite par exemple développer les indicateurs sur les infections nosocomiales et améliorer le confort et la place des familles des usagers.

Pour les soignants, le ministre veut revoir "les conditions de formation et d'évolution de carrière".

DES CONTROLES DE L'ASSURANCE MALADIE A L'HOPITAL

Par ailleurs, le ministre de la santé a annoncé qu'il avait demandé à l'assurance maladie d'effectuer des contrôles sur la T2A à l'hôpital. Une circulaire vient d'être signée en ce sens.

"Je ne veux pas que les contrôles de l'assurance maladie portent sur la moitié du système de santé", a souligné le ministre de la santé.

