COLLOQUE DU PARTI SOCIALISTE

SECRETARIAT NATIONAL AUX AFFAIRES SOCIALES
GROUPE DES EXPERTS

4-5 novembre 1989
C.H.U. PITIE SALPETRIERE

L'HOPITAL PUBLIC :

UNE PRIORITE

Parti Socialiste

10 rue de Solférino - 75007 Paris

Coll. Fondation Jean-Jaurès

Coll. Fondation Jean-Jaurès

SOMMAIRE

- Rapport introductif ..... p. 1 à 10

- Ouverture du colloque par Jean-Claude BOULARD,
  Député de la Sarthe,
  Secrétaire National aux Affaires Sociales ..... p. 11 à 12

- Intervention de Gilles JOHANET,
  Secrétaire Général du Groupe des Experts ..... p. 13 à 16

- Introduction aux débats par Michel DEBOUT,
  Délégué National à la Prospective Médicale ..... p. 17 à 23

- Intervention de Jean-Michel BELORGEY,
  Député de l'Allier,
  Président de la Commission des Affaires Culturelles,
  Familiales et Sociales de l'Assemblée Nationale ..... p. 24 à 25

- Rapport de la commission n° 1 :
  Rôle et missions de l'hôpital public ..... p. 26 à 30

- Rapport de la Commission n° 2 :
  Les acteurs de l'hôpital public ..... p. 31 à 37

- Rapport de la Commission n° 3 :
  Le changement à l'hôpital public ..... p. 38 à 42

- Débat général ..... p. 43 à 57

- Intervention de Claude EVIN,
  Ministre de la Solidarité, de la Santé
  et de la Protection Sociale ..... p. 58 à 74

- Synthèse du colloque par Claude PIGEMENT,
  Délégué National à la Santé ..... p. 75 à 82

Fondation Jean-Jaurès

Coll. Fondation Jean-Jaurès

RAPPORT INTRODUCTIF

L'hôpital public n'est-il pas en train de disparaître, de se dissoudre, de se désagréger lentement sous nos yeux ? Et que faut-il faire pour enrayer cette évolution ? Tel est le point de départ de ce colloque et son objet.

La question peut sembler paradoxale, l'hôpital public "stricto sensu" représente en effet les 3/4 des dépenses d'hospitalisation et des emplois, mais elle ne l'est qu'en apparence. Car, quelle que soit son importance quantitative, l'hôpital public, en tant qu'institution publique spécifique, porteuse d'un projet social qui la justifie et l'anime a disparu depuis longtemps des réflexions, des débats et des discours politiques. Comme le rappelait E. HERVE, il y a peu de temps, le seul objectif qui lui est explicitement assigné est de coûter moins cher ; l'hôpital public est selon les cas, un des nombreux champs de la gestion publique, un lieu d'affrontement, un enjeu de pouvoir, en tout cas, une source de dépenses. A force d'être traité par prétérition, l'hôpital public est en danger, et finira, si nous n'y prenons garde, par disparaître. La crise est d'abord dans la tête, et cette crise d'identité appelle en premier lieu une réponse politique puis des réformes techniques.

Coll. Fondation Jean-Jaurès

Hôpital public : les éléments d'une crise d'identité

Il est important, pour l'objet même de ce colloque, d'examiner rapidement les différents éléments qui composent et expliquent cette crise d'identité de l'hôpital public.

- Hôpital public : une institution adolescente

L'hôpital public est une institution récente ... Ce point ne doit jamais être perdu de vue, comme élément d'explication. L'hôpital est à la fois très ancien dans sa version communale et charitable mais très récent tel que nous le connaissons : lieu de concentration, du savoir médical, des techniques et des équipements.

L'hôpital public est le dernier né des grands services publics. Il faut, à titre d'exemple, attendre les ordonnances de 1958 pour que l'hôpital public soit individualisé par rapport aux communes et érigé en établissement public autonome. De là, découle un certain nombre de conséquences importantes : le statut des agents hospitaliers (ancien livre IX) est récent; les derniers personnels confessionnels ont quitté l'hôpital public vers les années 60. Le syndicalisme hospitalier a du se créer ses propres traditions et 30 ans plus tard, des catégories entières de personnels n'en ont toujours aucune (infirmières).

La présence significative à l'hôpital d'un corps de jeunes Directeurs d'hôpitaux, bien formés à l'Ecole de la Santé (créée elle-même au début des années 1960), est également récente.

La présence permanente de médecins à l'hôpital n'a que 30 ans (ordonnances de 1958) : les derniers temps partiels ne font que partir maintenant à la retraite.

Il faut enfin rappeler que la grande période de construction, d'investissement et de recrutement à l'hôpital public se situe schématiquement entre 1965 et 1975. Sur une période relativement courte, les effectifs vont doubler, voire tripler.

Le temps, dans ce domaine, n'a pas encore fait son ouvrage. L'hôpital n'est encore qu'une juxtaposition de métiers divers et de catégories de personnels non médicaux (plus d'une centaine).

La fragmentation du corps médical en statuts divers est également très importante.

L'hôpital n'est pas (encore) et n'est pas vécu comme une communauté de travail, avec les mécanismes internes nécessaires et les traditions pour se penser collectivement en tant que telle. A fortiori, cette communauté qui n'existe pas n'est pas à même de s'auto-réguler, c'est-à-dire de chercher à "optimiser" "sa production de soins", sous contrainte économique, bien sûr, mais également sous contrainte d'environnement (les autres acteurs locaux).

- l'hôpital public : une institution en concurrence.

L'hôpital public n'a jamais été en situation de monopole, ni pour la charité, ni pour le soin, et cela à la différence d'autres grands services publics. Bien plus, la France a l'un des secteur privés à but lucratif les plus développés (23 % de la dépense hospitalière) et les plus dynamiques de la CEE, comparable en cela aux USA.

Cette situation de concurrence a deux conséquences, l'une économique, l'autre politique.

Le rappel de la première de ces conséquences pourra paraître banale, mais il est des banalités fondamentales. Une analyse sommaire du développement comparé des deux secteurs, public et privé à but lucratif, sur les 25 dernières années, montre que, dès que l'Etat "baisse la garde" et qu'il ne se conduit plus en bon gestionnaire qui accepte de consacrer les moyens nécessaires au bon fonctionnement du service public, alors le secteur commercial se développe. De 1965 à 1975/77, c'est la grande période de développement du secteur public, le secteur commercial se développe peu. Depuis 10 ans, en revanche, la crise et la rigueur ont pesé essentiellement sur l'hôpital public et bénéficié au secteur commercial. Sur la période du IXème Plan (1984-1989), l'hospitalisation privée à but lucratif a crû de + 3,3 % par an en volume) contre 2 % pour

l'hospitalisation publique. Le mode de développement de l'hospitalisation privée par "écrémage" des cas et des pathologies les plus intéressantes et par exploitation des faiblesses de l'hôpital public (en ressources, en rapidité de réaction, en souplesse) déstabilise totalement ce dernier. Si le rythme de cette évolution et ses caractéristiques doivent se poursuivre, l'hôpital public dans 10 ans ne conservera que les urgences (les plus lourdes), les personnes âgées dépendantes (les plus démunies), certaines maladies infectieuses (SIDA) et les soins aux marginaux.

L'autre conséquence, plus politique, mérite également d'être notée, car elle illustre l'érosion de la notion même d'hôpital public. On perd trop souvent de vue que la loi de 1970, a été votée par une majorité conservatrice et que son originalité essentielle a été d'officialiser le rôle du secteur privé hospitalier. Peut être peut-on, pour faire image, suggérer que la loi du 31 décembre 1970 aura été pour l'hospitalisation, ce que la loi BARANGER fut pour l'enseignement. En tout cas, cette comparaison Ecole publique/hôpital public est intéressante car pour l'hôpital comme pour l'école, le débat public/privé a bien davantage mobilisé l'attention que le simple bon fonctionnement du service public. Or, les réveils sont toujours douloureux.

- Crise de l'hôpital public : crise des services publics.

Cette crise d'identité de l'hôpital public doit être remise dans le contexte plus général de ce que l'on appelle la crise des services publics qui mérite elle-même d'être analysée plus finement à partir de trois éléments constitutifs.

Le premier élément de cette crise découle directement de la crise économique et de ces conséquences sur le fonctionnement des services publics. La crise des finances publiques a imposé à l'hôpital public une crise d'austérité dont la poursuite dans les mêmes termes risque de menacer le service public lui-même. Lorsqu'on ne parvient plus à recruter des infirmières ou des professeurs, lorsque les classes sont partout surchargées ou lorsqu'il est difficile de trouver le personnel médical nécessaire pour accueillir les urgences dans des conditions satisfaisantes, c'est bien l'existence même de l'hôpital, de l'école qui sont en jeu.

Le second élément de cette crise est une crise interne, une crise sociale, une crise du dialogue social. A l'abri, sous couvert et sous prétexte de statut, la plupart des grands services publics, de la RATP à l'Education nationale en passant par l'hôpital public, n'ont pas fait l'effort nécessaire pour faire vivre un vrai dialogue social, une vraie politique sociale. Paradoxalement, la notion banale de gestion des ressources humaines n'a pas encore conquis droit de cité dans un certain nombre de services publics.

Il y a là une sorte de faillite sociale dont l'Etat, les Directions des services publics, voire les organisations syndicales elles-mêmes, portent une part de responsabilité et qui est apparue au grand jour lors des mouvements sociaux de ces derniers mois. La crise du service public est d'abord chez les agents publics qui acceptent mal d'être peu payés mais qui n'acceptent plus du tout de ne pas être reconnus.

Enfin, le dernier élément de cette crise du service public est de nature clairement idéologique. Le service public est en crise parce qu'il n'a pas cessé d'être critiqué, en particulier depuis le grand virage libéral de la droite. La gauche se doit, sur un tel sujet, de ne pas être sur la défensive et rappeler constamment le fondement idéologique et la justification de la gestion publique.

Comment les services publics ne seraient-ils pas en crise lorsque l'on assigne aux fonctionnaires et agents publics comme seul objectif d'être moins nombreux et aux services publics de coûter moins chers. Le déficit dans ce domaine est d'abord un déficit de projet.

Les enjeux pour l'hôpital public : dissolution ou recentrage

L'hôpital public est donc à la croisée des chemins et les choix à opérer sont d'abord politiques.

La situation actuelle de l'hôpital public est porteuse de plusieurs évolutions possibles dont les traits marquants n'apparaîtront vraiment que dans plusieurs années mais qui, pourtant, de décisions en décisions, de réformes en réformes, se dessinent maintenant.

L'utilité d'un tel colloque est justement de mieux faire saisir les enjeux. On peut, dans ce but, repérer deux grands schémas d'évolution possible de l'hôpital public.

Le premier de ces scénarios est celui d'une lente dissolution de l'hôpital public dans la notion plus large de "missions de service public". Projetons-nous dans quelques années : "l'hôpital public est devenu un acteur hospitalier comme les autres ; des missions de service public sont définies et confiées à l'hôpital public, à des hôpitaux privés à but non lucratif ou des hôpitaux privés à but lucratif. C'est très exactement le schéma de la loi de 1970, mais ce qui a changé, c'est exactement le contexte. Les rapports de force se sont inversés, l'hôpital public est faible, le secteur commercial est dynamique. Dans un contexte de crise permanente des finances sociales et par souci de bonne gestion, l'Assurance Maladie ayant en face d'elle des acteurs hospitaliers de plus en plus indifférenciés a souhaité contractualiser ses relations avec chacun d'entre eux afin d'obtenir la meilleure prestation de soins au meilleur coût. Cette position rejoint d'ailleurs celle des grands assureurs privés. La modernisation et la médicalisation (PMSI) du système d'information (dont l'utilité n'est pas contestée) facilitent cette démarche dans la mesure où il est maintenant possible de connaître avec précision le coût des traitements et des interventions mises en oeuvre dans chacun des établissements hospitaliers. Les contrats prévoient d'ailleurs, dans une logique libérale, une tarification à la pathologie. Dans un même souci d'autonomie et de modernité, l'INSERM, le CNRS et l'Université, ne sont plus liés à l'hôpital public mais négocient librement avec des structures hospitalières des contrats d'enseignement et de recherche".

Le second schéma possible est celui d'un recentrage du système hospitalier autour de l'hôpital public dont le rôle de pivot est clairement réaffirmé. Là aussi projetons-nous à quelques années : "l'hôpital public joue le rôle d'axe de référence du secteur hospitalier ; il n'est pas en situation de monopole sauf pour certaines missions de service public (l'enseignement, voire les urgences !) ou certains types d'intervention (les greffes). Les pouvoirs publics lui imposent de jouer un rôle moteur en matière d'évaluation et de prévention. Les conditions de concurrence avec le secteur privé ont été égalisées. L'hôpital public s'est vu doté d'un statut spécifique qui lui assure davantage d'autonomie, il passe des contrats

pluriannuels avec ses autorités de tutelle. La planification sanitaire a été profondément rénovée, décentralisée, intégrant toutes les formes d'hospitalisation et ses alternatives".

Ces deux schémas n'ont rien de théorique. Ils sont déjà, en traits plus ou moins appuyés, dans la réalité d'aujourd'hui.
A l'évidence, les pesanteurs conduisent plutôt au premier scénario. A l'évidence, les valeurs des socialistes se retrouvent davantage dans le second.

Il appartiendra au colloque de chercher à dégager la résultante de ces forces.

Sous le statut ... la politique

Politique d'abord, tel est le point de départ de ce colloque ; la technique, la gestion hospitalière venant ensuite comme thème de travail. Ce colloque repose en effet sur une analyse politique (sur un constat ou une banalité) au terme de laquelle le statut d'une institution aussi importante que l'hôpital n'est pas socialement neutre. Pour l'hôpital comme pour l'école, la dissociation mission de service public / institution publique, ne peut être érigée en principe de gestion. Elle peut être acceptée comme facilité momentanée ou héritage de l'histoire pour peu que cette dissociation reste marginale.

On est vite taxé, sur ce registre, d'idéologie, mais il faut pourtant dire les choses. Il ne s'agit pas d'ouvrir des querelles, mais de rappeler des principes. Pour des raisons historiques, les services publics sont dans notre pays des facteurs extrêmement importants de cohérence sociale. Ils doivent d'autant plus continuer à jouer ce rôle, que la société française est menacée d'éclatement. L'hôpital est à cet égard tout à fait caractéristique de la fonction qu'assurent les services publics : lieu d'apaisement social, lieu de recours, ouvert à tous (l'hôpital c'est gratuit et c'est ouvert 24 h/24), lieu où s'amorce un certain processus égalitaire (l'hôpital soigne dans les mêmes conditions ? en tout cas, en même temps et dans les mêmes lieux, le PDG et l'ouvrier immigré), lieu enfin d'une certaine redistribution et d'un certain partage (en particulier pour l'hôpital compte tenu des modes de consommation de soins des couches les plus modestes).

Bref, la société française, en tout cas telle que nous la souhaitons, ne sera pas la même selon que le service public hospitalier sera assuré, pour l'essentiel, par l'hôpital public ou par un ensemble indifférencié d'institutions hospitalières diverses.

Un colloque ... 3 chantiers

Le cadre du colloque étant ainsi fixé : priorité à l'hôpital public, le travail peut commencer, c'est-à-dire la réflexion à mener sur les réformes précises et concrètes à mettre en oeuvre pour faire en sorte que l'hôpital public, dans sa spécificité, soit bien l'élément dynamique d'une politique hospitalière. C'est là l'objet même de ce colloque dont les réflexions devront être consacrées à trois thèmes principaux :

. le rôle de l'hôpital public,
. les acteurs de l'hôpital public,
. le changement à l'hôpital public.

1 - <u>Le rôle et les missions de l'hôpital public</u>

Ce thème est celui du dynamisme :

Que faut-il faire pour qu'en terme de dynamique et de projet, l'hôpital public soit réellement l'axe du secteur hospitalier ?

A titre d'exemple, il s'agit de réfléchir sur :

- Les missions de l'hôpital public :
  Les missions traditionnelles définies par la loi de 1970 sont-elles correctement remplies ?

  Des missions nouvelles ne sont-elles pas apparues ? en particulier :
  . en matière d'évaluation ?
  . en matière de santé publique ?
  . en matière de prise en charge sociale ?
  . dans le domaine éthique ?

Le rôle principal de l'hôpital public n'est-il pas de garantir l'égalité d'accès aux soins ?

Fondation Jean-Jaurès

- Les conditions de concurrence avec le secteur privé :

Peut-on réguler le secteur public hospitalier sans réguler le secteur privé ? Ne faut-il pas harmoniser les systèmes de financement ?

- Les conditions d'un dynamisme accru de l'hôpital public :

Comment assurer à l'hôpital public davantage d'autonomie et de souplesse ?

2 - <u>Les acteurs de l'hôpital public</u> : (acteurs internes et externes)

Ce thème est celui de la démocratie et du dialogue. L'hôpital public est plus vécu comme un lieu de conflit entre des intérêts contradictoires que comme une communauté de travail. Comment remédier à cette situation tant pour le personnel médical que pour le personnel non médical ?

A titre d'exemple, les points suivants pourraient être abordés :

* Comment intéresser les personnels médicaux à la gestion de l'hôpital ? réformes de structures ? réformes du mode de représentation ? (les Commissions médicales d'établissement sont-elles vraiment représentatives ?).

* Comment intéresser l'ensemble des personnels non médicaux à la gestion de l'hôpital ? réformes des structures ? réformes des modes de représentation (Comité Technique Paritaire ou Comité d'entreprise?).

* La création de départements est-elle une des réponses possibles à ce souci de démocratisation ? Mais dans ce cas comment réussir la départementalisation ?

* Faut-il réformer la composition des conseils d'administration ?

* Quelle part de la négociation sociale faut-il laisser au niveau de l'hôpital ?

Col. Fondation Jean Jaurès

3 - Le changement à l'hôpital public :

Ce thème est celui du changement. Qu'est-ce qui est susceptible de faire bouger l'hôpital public ? de le faire évoluer : trois réponses à cela, l'évaluation, la planification et le projet d'établissement.

Plusieurs questions devraient être abordées :

* l'évaluation (de l'activité et de la qualité médicale) des établissements ne doit-elle pas devenir une obligation de principe pour l'hôpital public ?

* quelles formes d'incitation faut-il développer pour que cette obligation entre concrètement dans les faits ?

* concrètement, également, comment évaluer l'activité et la qualité médicale des établissements ?

* l'amélioration de la connaissance de l'activité médicale des établissements débouche-t-elle obligatoirement sur une tarification par pathologie ?

* comment faire exister une véritable planification sanitaire ?

- son champ (hospitalisation publique et privée ?
établissements sociaux ? alternatives à l'hospitalisation ?)

- son niveau géographique (région ? département ?)

- les acteurs concernés (acteurs publics et privés ? organismes payeurs ? élus ? rôle de l'Etat en matière de planification ?)

- le projet d'établissement n'est-il pas une réponse à la crise d'identité de l'hôpital public ? son élaboration n'est-elle pas l'occasion de redéfinir les rapports entre l'hôpital et ses autorités de tutelle ?

Fondation Jean-Jaurès

OUVERTURE DU COLLOQUE PAR Jean-Claude BOULARD, Député de la Sarthe Secrétaire National aux Affaires Sociales

Je voudrais, à titre d'introduction au débat, faire un certain nombre de réflexions concrètes, moins en tant que Secrétaire National aux Affaires Sociales, qu'en qualité de Membre du Conseil d'Administration d'un hôpital général. Ces remarques seront au nombre de cinq.

En premier lieu, il paraît urgent d'harmoniser des règles financières applicables au secteur public hospitalier et aux cliniques privées. On ne peut durablement maintenir, d'un côté les contraintes du budget global pesant sur le secteur public et son développement et de l'autre, le droit de tirage illimité à travers les prix de journée au profit des cliniques privées et permettant leur développement. Cette situation est d'autant plus inadmissible que le capitalisme financier est en train d'investir dans le secteur des cliniques privées.

Dès lors que le financeur est le même, c'est-à-dire la sécurité sociale, les règles du jeu financier doivent être harmonisées entre l'hôpital public et les cliniques privées.

La seconde remarque touche la nécessité de renforcer des liens entre hôpital public et clinique privée à travers notamment la contractualisation de l'utilisation en commun d'un certain nombre de grands équipements hospitaliers qui, compte tenu de leur coût, ne peuvent pas être utilisés exclusivement par l'un ou l'autre secteur. Cette contractualisation devra conserver à l'hôpital public un rôle pivot dans l'organisation des soins.

La troisième remarque touche à la situation des aides-soignantes. Lors du conflit de l'année dernière, les mesures de revalorisation ont légitimement concerné les infirmières mais les aides-soignantes ont été un peu "les oubliées" du conflit, aussi bien en ce qui concerne la création de postes qu'en ce qui concerne les rémunérations.

Or la fonction d'aide-soignante est aujourd'hui essentielle à la qualité des soins et de l'accueil hospitalier. Il convient donc de poser le problème du statut des aides soignantes.

La quatrième remarque touche la crise de recrutement dans les hôpitaux généraux. Une crise qui touche plus particulièrement la chirurgie et un certain nombre de spécialités comme, notamment, la radiologie. Il convient donc d'aborder rapidement la question de la revalorisation des carrières médicales hospitalières.

Enfin, et ce sera ma dernière remarque, il serait grave que la crise de l'hôpital public, et notamment des hôpitaux généraux, conduise à la redistribution des rôles entre le public et le privé, le privé assumant la médecine et la chirurgie de pointe et le public voyant progressivement un certain nombre de ses services convertis en long séjour afin d'accueillir les personnes âgées dépendantes.

*
* *

Voilà les quelques remarques que je souhaitais faire, à titre préliminaire, laissant maintenant le soin à ceux qui ont longuement réfléchi au problème hospitalier et surtout à ceux qui le vivent directement, d'animer un débat qui ne manquera pas d'être riche et plein d'enseignement pour éclairer une réforme aujourd'hui indispensable.

INTERVENTION de Gilles JOHANET, Secrétaire Général du Groupe des Experts

1 - Idée de ce colloque née dans Atelier Santé des Experts du PS à partir d'un double constat :

. du malaise des hospitaliers

. du mal-être de l'hôpital

. mais souci d'humilité :
pas de solution miracle
mais 1 conviction :
- le simple jeu du libéralisme ne doit pas tracer les limites du champ d'action de l'hôpital public
- c'est une ligne politique fondée sur une analyse concrète des réalités et des enjeux, qui doit fixer ce rôle

L'analyse fait apparaître un double paradoxe :

1 - Partout dans le domaine de la santé, le libéralisme recule

1. UK : Thatcher ne peut privatiser le NHS
2. RFA : intervention croissante de l'Etat (réforme Blum)
3. USA : par rapport à Fourcade, jamais ça
désabusement devant l'échec des solutions Reagan qui entraînent simultanément la croissance des coûts et des inégalités.

En France, il progresse :

1. par la rente assurée à l'hospitalisation privée, via le mode de financement

2. par la remise en cause du rôle de l'hôpital qui tient de la mode plus que d'une analyse sérieuse des faits des besoins

3. par le respect de tabous telle que l'existence du secteur privé à l'hôpital

Collection Jean-Jaurès

2 - Crise financière ou crise du service public ?

- crise financière ? Haro sur le budget global. Or celui-ci ne méritait pas l'excès d'honneur d'hier ni l'excès d'indignité aujourd'hui, PMSI idem

---> les chiffres sont pourtant éloquents, de 86 à 89 sur 4 ans, évolution réelle des dépenses hospitalières publiques presque deux fois plus forte que le taux directeur

---> les efforts financiers ne règlent rien : Statuts hospitaliers (84) -Infirmières (88).
En fait, crise du service public non pas spécifique mais paroxystique à l'hôpital public : 3 causes majeures.

1. Absence d'une mission clairement définie
   par rapport à l'hospitalisation privée
   par rapport à la médecine ambulatoire

Ceci vaut au niveau général et pour chaque établissement.

2. Sentiment parfois fondé qu'"ailleurs c'est mieux"

- un exemple : la crise de la chirurgie...
  ...ou crise de la chirurgie hospitalière publique ?
  La désertion de l'hôpital s'éclaire quant on sait que les honoraires en Frs constants des chirurgiens libéraux progressent plus vite que la moyenne des spécialistes...
  ...qui progresse plus vite que la moyenne des honoraires des généralistes
  ...qui progresse plus vite que la moyenne des salaires
  ...qui progresse plus vite que les traitements des fonctionnaires et donc des chirurgiens de l'hôpital

Joue aussi le fait que peut être cette discipline ne sait pas encore qu'elle n'existe plus.
Difficile de faire vivre la chirurgie à l'hôpital avec des chirurgiens dont l'ailleurs est pire, bref avec le "syndrome de Taêf" : la paix au Liban vidant nos salles d'opération !

3. Sentiment enfin que les résultats méconnus ne peuvent être portés à l'actif de l'hôpital.
société médiatique
société de l'argent roi
société de l'instantané
Comment dans ces conditions "vendre" à l'opinion publique ;

... - un produit non quantifiable
non monétaire
- une mission qui s'inscrit dans la durée
- une fonction dont la technicité croissante la place au plus près de la frontière de la vie et de la mort.

Oui aujourd'hui de tous les services publics, l'hôpital est celui qui se "vend" le plus mal, il le sent et le ressent de plus en plus vivement.

C'est dire l'urgence d'une réflexion très ouverte sur l'ambition que nous voulons pour le service public hospitalier.

- Sans préjuger aucunement des conclusions de ce colloque, je crois que cette ambition suppose que quelques préalables soient posés.

J'en vois au moins trois :

1. la transparence : qui fait quoi à l'hôpital ?
que fait l'hôpital ?

- la première question est d'ordre interne elle amène à s'interroger sur les structures à même d'assurer cette transparence : C'est le dossier de la départementalisation.

- la deuxième se pose avec une acuité croissante à tous les niveaux :

individuel : le malade est peu informé et le supporte de plus en plus mal.
si le médecin libéral traité avec mépris ou indifférence par l'hôpital, c'est lui qui gagnera..

collectif : le nombre de consultations externes des hôpitaux est ignoré de l'Assurance Maladie, c'est un bon exemple.

2. la concurrence : la règle de l'établissement le plus proche tombée en désuétude progressivement
même chose à l'échelle de l'Europe : liberté du patient, du consommateur qui ira chercher les meilleures prestations où qu'elles se trouvent ex greffes coeur, poumons en Grande-Bretagne.

3. l'excellence : les meilleures équipes
fin du monopole et de la rente à vie, fin de l'ordonnance de 1958
Nous sommes loin de schémas qui décrivant l'hôpital de demain : charismatique ou asthmatique je ne sais plus ; ils ignorent qu'en fait l'hôpital sera ouvert à toutes les concurrences.

Chers amis

- Le grand large est là

. l'Europe
. plus encore l'exigence de tout consommateur d'avoir meilleur produit au meilleur prix
C'est une exigence qui s'applique à un hôpital désacralisé mais modernisé.

C'est dire combien notre réflexion doit renouveler profondément notre approche
avec une double exigence :
être les meilleurs
garantir effectivement le libre accès aux soins

Il s'agit d'un Colloque du PS et du Groupe des Experts

- Le PS apporte sa caution, ses responsables, P. MAUROY n'a pu nous rejoindre mais m'a chargé de vous dire l'importance qu'il attachait à nos travaux.

- Le groupe des experts apporte sa liberté de ton, il est là pour défricher, pour être une avant-garde intellectuelle. Donc, la réflexion et la parole sont libres.

Collection Jean Jaurès

INTRODUCTION AUX DEBATS PAR Michel DEBOUT, Délégué National à la Prospective Médicale

Nous sommes ce matin rassemblés entre socialistes et pleinement dans notre rôle : se parler pour mieux échanger avec les autres (responsables, représentants de syndicats ...) demain. Cet échange a été préparé par un texte introductif dont vous avez eu connaissance et qui a pour titre *"L'HOPITAL PUBLIC : UNE PRIORITE"*.

Ce titre, en lui-même, appelle plusieurs remarques :

- nous disons l'hôpital plutôt que les hôpitaux et ce que nous voulons traiter, c'est d'abord ce qu'il y a de commun entre ces différents établissements plutôt que ce qui les différencie ;

- une priorité : car il en est d'autres et notre perspective n'est pas celle de l'hospitalo-centrisme ;

- il s'agit bien d'une affirmation et non d'une interrogation (il n'y a pas de point de cet ordre en fin de titre). C'est notre affirmation.

Mais s'il est bien d'affirmer une priorité, c'est mieux de la faire vivre et c'est bien là la raison première de ce colloque ; si nous avons ressenti la nécessité d'en parler ensemble, c'est bien parce que la situation actuelle nous préoccupe et que l'on est loin, aujourd'hui, d'avoir réalisé cet objectif.

I - L'ETAT DES LIEUX

Un constat rapide de l'hospitalisation en France, en cette fin de décennie, permet d'affirmer que la caractéristique qui lui est le mieux adapté est celui de crise et peut-être cette crise est d'autant plus ressentie qu'elle fait suite à une longue période de développement en moyens, en technique et surtout en personnel. Bien sûr, il était prévisible qu'une période de paliers suivrait nécessairement celle du constant développement et que, par contrecoup, elle apparaîtrait comme moins favorable. Mais le paradoxe, c'est qu'il y a concomitance entre l'arrivée de la gauche au pouvoir et ce deuxième temps de l'histoire hospitalière de l'après-guerre. C'est aussi en partie une conséquence de notre choix de maîtrise des dépenses de santé mais, en tout état de

Fondation Jean Jaurès

cause, maîtriser les dépenses ne suffit pas à définir une politique.

CETTE CRISE A PLUSIEURS EXPRESSIONS

1) L'hôpital, lieu de soins ?

Aujourd'hui, c'est un lieu d'accueil, d'hébergement et de soins. Les soins sont apparus en dernier, notamment dans leur technologie actuelle. Mais, c'est là l'un des enjeux. L'hôpital continuera-t-il toujours demain à soigner ?

L'hôpital public subit en effet, et de plus en plus, la concurrence du privé et lui laisse des parts d'activité, jour après jour, plus importantes, notamment dans le champ des soins courants. N'oublions pas que le projet politique d'une certaine partie de la droite peut se résumer ainsi : au privé les soins, au public l'hébergement, et ce d'autant que les modes d'intervention sur les pathologies de faible et moyenne gravité nécessitent un séjour à l'hôpital de plus en plus raccourci.

Ainsi, réaffirmer avec force la nécessaire mission de soins de l'hôpital public - et de tous les hôpitaux - ne paraît pas inutile.

2) Crise des agents hospitaliers

A l'hôpital, comme dans le reste de la fonction publique, les métiers ont évolué et les statuts et carrières actuels ne correspondent plus nécessairement à la réalité nouvelle. Il faudra donc ouvrir ce chantier mais certainement dans le cadre de la réforme d'ensemble de la fonction publique prévue par le Gouvernement. Il reste cependant utile de percevoir quelques aspects spécifiques, selon les agents hospitaliers.

a) Pour les médecins hospitaliers

Nous sommes là devant un vrai problème de recrutement et de carrière. Le rajeunissement des cadres dans les 20 dernières années a abouti à la fermeture de certaines filières et les nouveaux venus ont des difficultés à se faire une place puisque les anciens sont encore là et parfois pour longtemps.

Le privé apparaît ainsi de plus en plus attractif, d'autant que les écarts

de revenus sont tels que la concurrence est alors parfaitement déloyale, sans parler de certaines contraintes (de garde, d'astreinte ...), notamment pour les petits établissements.

Il nous faudra savoir garder les bons professionnels dans les hôpitaux publics et éventuellement "mettre le prix", y compris à travers une certaine revalorisation des rémunérations actuelles. Sinon, c'est tout l'édifice qui sera menacé. Il faudra aussi une nouvelle harmonie entre mode de rémunération des médecins, publics et privés, et notamment pour certaines spécialités. Un jour viendra, et peut être plus rapidement que prévu, où les praticiens des établissements privés s'apercevront qu'ils ne sont, en fait, que les employés de la finance qui rachète et concentre de plus en plus ses structures ; les "bienfaits du privé risquent alors largement de s'estomper.

b) Les infirmières

Elles ont exprimé massivement, au cours de l'automne 1988, leurs besoins d'être mieux reconnues et de se voir ouvrir de véritables carrières. Les mesures du Ministère et du Gouvernement ont en partie répondu à cette attente, mais le dossier n'est pas complètement refermé et il existe des situations de recrutement encore difficiles pour ces professionnelles dont les contraintes de travail et d'horaires restent souvent lourdes.

Ce qui est vrai des infirmières l'est aussi pour les autres personnels soignants, notamment aides-soignantes et ASH.

c) Les agents de direction

Au cours de ces 20 dernières années, la part prise par l'administration hospitalière dans la gestion et le développement des établissements s'est largement développée. Le niveau de recrutement des Directeurs d'hôpitaux est devenu comparable à celui des autres grands corps de l'Etat.

© Fondation Jean-Jaurès

Le poids économique des établissements est tel que les diriger revient à être un partenaire conséquent dans la vie sociale et économique de la commune de rattachement. L'hôpital est bien souvent le premier employeur de la ville.

Dans le même temps, et c'est bien logique, s'est développée une compétition d'autorité et de pouvoir entre les médecins et le corps de direction et cette situation n'est pas toujours la plus propice pour le développement correct de l'ensemble.

Ce qui ressort de cette analyse rapide, c'est un manque global de cohérence dans l'organisation du travail des uns et des autres qui va de pair avec un déficit de projet.

II - LES PERSPECTIVES

Comme nous l'avons indiqué dans le texte introductif, deux scénarios, en partie contradictoires, peuvent se réaliser :

- soit la dilution progressive de l'hôpital public dans un ensemble d'établissements répondant en commun aux missions de service public. Une telle évolution est d'ailleurs en cohérence avec la loi hospitalière de 1970 qui, rappelons-le au passage, a été votée sous un gouvernement de droite.

- soit l'affirmation de l'hôpital public comme pôle de référence de l'hospitalisation, ce qui suppose une redéfinition et une réaffirmation de ses différentes missions.

Nous sommes à l'heure des choix décisifs et il est clair que, en fonction de la direction choisie, il faudra que les moyens suivent.

Notre choix me paraît clair. C'est celui de la seconde évolution et il nous reste à préciser, autour de trois thèmes principaux - ceux de chacune des commissions de travail de cet après-midi - comment le mettre en oeuvre.

Fondation Jean-Jaurès

1 - Rôle et missions de l'hôpital public

Nous avons rappelé plus haut le rôle essentiel dans la distribution des soins. Il n'est pas le seul, mais il doit rester le principal. L'hôpital public, parce qu'il est ouvert à tous et sans discrimination d'argent, garantit l'égalité d'accès aux soins ; c'est pourquoi il doit rester l'un des principaux repères de notre politique de soins.

L'hôpital public doit aussi garder sa fonction sociale de cohérence sociale : c'est la dernière institution ouverte en permanence aux drames de la vie et elle doit continuer à apporter secours à tous ceux qui sont dans la détresse.

Une nouvelle mission doit venir, à mon point de vue, compléter le rôle de l'hôpital public : celle qui concerne l'éthique médicale. Parce qu'ils ont une tradition de service public, les médecins et personnels des services hospitaliers sont peut-être plus attachés que d'autres à défendre, dans leur pratique, les valeurs et la dignité humaine ; mais si la réflexion sur l'éthique médicale doit trouver comme point d'appui essentiel l'hôpital, il est clair qu'elle doit être ouverte à tous professionnels et non professionnels.

2 - Les acteurs

S'il existe à l'évidence plusieurs acteurs de l'hôpital, il semble qu'ils ne jouent pas tous la même partition. Pour les patrons, ce serait plutôt "touche pas à mon service" et pour les infirmières "et moi, et moi, et moi".

En fait, ce que l'on constate surtout, c'est un déficit de démocratie dans le fonctionnement de l'institution hospitalière. C'est à quoi nous voulions remédier à travers la réforme de la départementalisation et il nous faut bien admettre que nous avons échoué.

Nous avons constaté, lors de la mise en oeuvre de cette réforme avortée les nombreux freins qui pèsent sur toute évolution de l'institution hospitalière ; et pour l'avenir, il est préférable de ne pas trop se payer de mots : transformer l'hôpital suppose des orientations, mais aussi un rapport de force favorable. Et s'il est plus aisé de définir les premières, il reste plus difficile à réaliser le second.

Col. Fondation Jean Jaurès

Ajoutons que dans ce concert d'acteurs différents, il en reste un que l'on n'entend toujours pas : le malade. Bien sûr, cela tient en partie à sa situation personnelle mais il reste encore de la marge pour que devienne réalité la jolie expression de Pierre Mauroy "malade citoyen à l'hôpital". Au-delà des soins eux-mêmes, il faut améliorer son accueil dans l'établissement, notamment transformer les consultations publiques qui sont trop souvent réduites à d'interminables attentes, proposer le téléphone dans chaque chambre et, pourquoi pas, la télévision : la personne hospitalisée ne doit pas être coupée du milieu extérieur, il faut tout faire au contraire pour la laisser en relation avec l'extérieur pendant cette période de mise à l'écart.

C'est ainsi et par des gestes concrets, que nous arriverons à mettre les malades "dans le coup", à faire avec eux contre poids aux forces qui résistent pour avancer les réformes que nous souhaitons à l'intérieur de l'établissement. C'est là que notre Parti peut jouer pleinement son rôle. Je souhaite qu'une campagne d'explication et de mobilisation accompagne le vote de la loi prochaine de réforme hospitalière pour que, d'une part, les françaises et les français puissent en prendre toute la mesure, mais aussi pour qu'ils puissent, par leur mobilisation, faciliter sa mise en oeuvre.

Une telle campagne suppose évidemment l'implication des élus locaux qui ont en plus les responsabilités que l'on connaît dans la marche des hôpitaux.

3 - Le changement à l'hôpital public

C'est le thème de la troisième commission et il peut s'organiser autour de 3 axes principaux :

- **ouvrir** l'hôpital à l'extérieur et mieux harmoniser son rôle avec celui des autres acteurs sanitaires dans la ville,

- **évaluer** l'activité des services. Soyons attentifs cependant à ce qu'un tel principe peut recouvrir d'aspects positifs mais aussi d'effets pervers.
Il ne faut pas que derrière l'évaluation (qui deviendrait une nouvelle mode) se cache seulement une facilité nouvelle pour le rationnement budgétaire des services. L'évaluation doit être portée par l'équipe toute

entière. Elle doit s'intégrer à son propre projet comme souci permanent de mieux comprendre ce qui est fait et surtout les résultats obtenus de façon à pouvoir corriger telle ou telle imperfection, voire telle ou telle erreur d'orientation,

- **Planifier**. Le développement des structures hospitalières doit être planifié de façon à garantir l'égalité territoriale et être en mesure de répondre aux évolutions, notamment techniques qui, on le sait, s'accélèrent toujours. Cette volonté planificatrice suppose aussi que des règles de concurrence entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée soient clairement énoncées. Le mode actuel de financement, budget global d'un côté et prix de journée et tarification aux actes de l'autre, n'est pas à l'avantage de l'hôpital public. Il faudra donc harmoniser pour l'un et pour l'autre le mode de financement.

Ces trois axes principaux doivent permettre de définir, pour chaque hôpital, un véritable projet d'établissement où chaque partenaire - y compris les administrateurs élu - pourra prendre pleinement sa part. C'est comme cela que l'on préparera véritablement l'hôpital de l'An 2000.

*
* *

Ce débat sur l'hôpital, parce qu'il traite de problèmes essentiels, ouvre sur d'autres questionnements. A travers l'hospitalisation publique et privée, nous rejoignons la question sur l'économie mixte ; à travers l'accès aux soins, celle de la montée des inégalités ; à travers la biologie, c'est tout le champ de l'éthique qui s'ouvre. Trop souvent ces questions sont traitées dans notre Parti de façon secondaire et n'apparaissent que peu dans nos débats d'orientation générale. Ce colloque peut aider à convaincre les Socialistes qu'à côté de l'emploi, des libertés, de l'égalité, de la paix, ils doivent avoir aussi la santé au coeur.

Fondation Jean-Jaurès

INTERVENTION DE Jean-Michel BELORGEY, Président de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales de l'Assemblée Nationale.

Mon premier propos sera de dire que si l'hôpital public est aujourd'hui à la croisée des chemins, s'il doit trouver sa voie entre ce qu'on appelait autrefois l'hospitalo-centrisme, la bonne façon de le faire sera sans doute de se situer d'emblée dans ce que j'appellerai une logique de santé publique plutôt que dans une réflexion trop dispersée sur la concurrence, sur le statut des personnels de l'hôpital public. Il me paraît que les réflexions sur la place des nouvelles technologies, sur les partages de clientèle, sur les modes de tarification devraient être fortement éclairées par une démarche qui situerait l'hôpital public au coeur de l'effort que certains appellent de leur voeu pour avoir une nouvelle approche des problèmes de santé. Il me semble que la connaissance de l'état de santé de la population, la surveillance des risques, la programmation des actions à long terme, l'évaluation : c'est tout cela qui se trouve au coeur du débat. Il s'agit de savoir comment l'hôpital public prendra sa place dans cette approche là.

Il est vrai qu'il y a une sorte de crise de l'hôpital public, qu'il y a des problèmes de sauvetage qui se posent au jour le jour et cela vaut aussi bien pour le statut de certains personnels, pour les modalités de financement d'un certain nombre d'activités, modalités de fonctionnement du budget global, plus généralement les rapports avec la tutelle ; cela vaut aussi pour l'accueil dans certaines catégories d'établissements, pour l'accueil de certaines clientèles dans toutes les catégories d'établissements publics. Je suis très sensible au problème de précarité et je suis resté très marqué par les réflexions de certains groupes qui ont donné un coup de fouet utile au travail sur l'accès des plus pauvres à la santé en disant "faut-il rebaptiser l'Assistance Publique ? Il y a donc des urgences et je suis convaincu que dans le cadre du travail que le Ministère de Claude EVIN a entrepris en vue de la préparation de la loi hospitalière, il faudra, à la fois traiter le long terme et apporter un certain nombre de réponses à des problèmes cruciaux.

Je sais que ce travail entrepris sur une grande échelle progresse rapidement, que de très nombreux rapports sont "sous les yeux" du Ministre, que de surcroît, certains de ses collaborateurs ont entrepris un tour de France pour s'informer de la très grande diversité des situations de l'hôpital public suivant les sites, suivant l'histoire ... Sur tous ces problèmes, le Parlement va avoir à dire son mot et je ne peux pas ne pas saisir l'occasion de dire que le Parlement vote la loi, que c'est bien, mais que c'est assez peu. Autant faire que ce peu soit bien fait. Je suis persuadé que l'on gagnerait à faire en sorte qu'avant de se prononcer sur la loi hospitalière, le Parlement soit très rapidement associé à l'état des réflexions de l'Administration et de ses Conseillers de manière à ce qu'il n'ait pas simplement à "avaler trop vite ce qu'on a mis dans son assiette". Il me paraît que sur un tel sujet, plus tôt on se mettra au travail dans l'inter-session, le mieux ce sera et le mieux nous pourrons conclure intelligemment.

La loi, c'est beaucoup, mais c'est quand-même une partie du sujet. Quelle que soit la qualité des écritures auxquelles on procèdera dans la loi hospitalière, beaucoup d'autres éléments qui ne sont pas d'ordre législatif conditionneront dans l'avenir les cours qu'emprunteront la politique hospitalière et les politiques annexes. Sur ce sujet aussi, il me semble que le Parlement et le Gouvernement doivent pouvoir travailler de concert de manière à ce que les parlementaires, et notamment la Commission des Affaires Sociales, qui est naturellement composée d'un certain nombre de grands interlocuteurs, des professionnels de santé de toutes catégories, éventuellement des responsables d'établissements hospitaliers, puisse réagir de façon éclairée, intelligente, puisse jouer le rôle de médiation qui leur incombe à côté du rôle proprement législatif.

Alors pas trop vite de façon à ce que l'activité législative ne s'apparente pas à une "digestion difficile" et pas seulement la loi parce que le Parlement se trouve en fin de compte, dans l'esprit de beaucoup de membres de l'opinion, au coeur des stratégies gouvernementales et pas seulement de la stratégie d'élaboration de la loi.

COMMISSION N° 1
ROLE ET MISSIONS DE L'HOPITAL PUBLIC

Président : Franck SERUSCLAT
Rapporteur : Patrice CORBIN

Plusieurs remarques liminaires pour éclairer les travaux de cette Commission.

- Cette première Commission qui avait à réfléchir sur les rôles et les missions de l'hôpital public était nécessairement, par rapport aux deux autres, la plus "généraliste", la plus "politique", la plus proche de la note d'introduction à ce colloque. Il s'agissait en effet de s'interroger sur l'identité même de l'hôpital public, sur ce qui en fait la raison d'être. Par construction donc, les travaux de cette Commission se situaient au niveau des principes. Cela peut parfois donner un certain sentiment d'irréalisme en écoutant les résultats de nos travaux, mais ce serait là une impression erronée car il ne faut pas oublier que dans le champ du politique, ce sont les principes qui fondent une action.

- A l'évidence en effet, ce colloque, d'une manière générale et cette première Commission en particulier, parlait "politique" puisqu'il partait du principe du rôle spécifique de l'hôpital public. Ce point a semblé surprendre et pourtant presque 20 ans après la loi de 70, il n'était tout de même pas anormal de vouloir réfléchir sur l'une des composantes essentielles du service public hospitalier, à savoir l'hôpital public. A l'évidence également, réfléchir sur l'identité de l'hôpital public, ne veut pas dire réfléchir "contre" les autres acteurs du système hospitalier.

La réflexion de cette première Commission nous a plutôt conduit à préférer la notion de rôle et de fonction de l'hôpital public au sein de notre société à celle de mission jugée plus restrictive.

Fondation Jaurès

Les travaux de cette première Commission se sont ainsi développés autour deux thèmes principaux :

I - Les fonctions de l'hôpital public,

II - Les relations entre l'hôpital public et les établissements privés à but lucratif.

*
* *

I - LES FONCTIONS DE L'HOPITAL PUBLIC

La Commission a repéré quatre fonctions essentielles :

. ***Une fonction d'excellence,***
. ***Une fonction d'égalité d'accès aux soins,***
. ***une fonction de santé publique,***
. ***une fonction éthique.***

- *Une fonction d'excellence*

Il s'agit là d'un principe fondateur au sens où ce terme a été évoqué en introduction et qui recèle un double sens :

. un premier sens d'obligation d'excellence, notion déjà utilisée dans les grands textes législatifs sur la Recherche en 1982 et qui pose l'hôpital public comme garant, comme référence de qualité de l'ensemble du système hospitalier. La pertinence de cette obligation apparaît d'autant plus forte, si l'on réfléchit à contrario en se demandant quels seraient l'avenir et la place de l'hôpital public si l'on ne lui assignait pas cette obligation d'excellence.

. le deuxième sens de cette obligation d'excellence réside dans la volonté de lier obligatoirement dans l'hôpital public, les trois fonctions de soins, de recherche et d'évaluation. C'est l'idée selon laquelle à tous les niveaux de l'hôpital public il doit exister une obligation d'évaluation et la nécessité de lier activité de soins et activité réflexive. Il est donc nécessaire d'inscrire cette obligation d'évaluation dans la loi.

Deux remarques éclairent cette obligation d'excellence, la première est que la Commission accepte tout à fait de se donner les moyens de cette excellence et notamment dans un effort accru de travail en commun des hôpitaux publics, sous forme de réseau, afin d'aboutir dans la mesure du possible à une certaine forme de spécialisation permettant une meilleure utilisation des moyens.

Une deuxième remarque doit également être faite : reconnaître à l'hôpital public une fonction d'excellence ne veut nullement dire que les autres acteurs du système hospitalier ne doivent pas être eux aussi excellents, mais simplement que l'hôpital public doit avoir un rôle de référence.

- ***Une fonction d'égalité d'accès aux soins***

Dans ce domaine également, la Commission a considéré que l'hôpital public jouait un rôle de garant dans l'égal accès de tous aux soins, de lieu de recours et cela quel que soit le type de pathologie. Dans tous les cas, l'hôpital public doit rester un lieu d'accueil pour tous. La Commission a insisté sur le fait que la fonction d'excellence (évaluation-recherche) et la fonction d'égal accès de tous aux soins, ne sont nullement contradictoires. L'hôpital public "doit tenir les deux bouts de la chaîne". Mais cela signifie aussi que toutes les conséquences juridiques et financières doivent être tirées de cette exigence sociale. A titre d'exemple, la Commission a évoqué trois types de problèmes :

- le problème des soins aux étrangers non résidant pour lequel les pouvoirs publics, dans leur ensemble, doivent définir une position de principe claire.

- les relations entre l'hôpital public et l'aide sociale (pourquoi ne pas aller vers une globalisation des versements des collectivités locales en matière d'aide médicale hospitalière ?).

- la prise en compte de l'aspect social de certaines hospitalisations dans le budget des hôpitaux publics.

- ***Une fonction de santé publique***

Sans remettre en cause les missions définies dans ce domaine par la loi de 70 (prévention, éducation sanitaire) le groupe a souhaité insister sur l'idée que l'hôpital public était un des éléments d'un réseau de soins dans lequel il devait s'intégrer et dont il devait se sentir responsable du bon fonctionnement général. Cela signifie à la fois que l'hôpital doit sortir de ses murs pour certaines fonctions mais aussi qu'il doit être garant des bonnes relations entre l'hôpital public et d'autres acteurs du système de santé. Bref, que l'hôpital public doit s'habituer à réfléchir en termes de filière de soins.

- ***Une fonction éthique de l'hôpital public***

Un débat assez vif a eu lieu au sein de la première Commission sur la manière dont l'hôpital public pouvait (devait) être garant de principes éthiques et en particulier celui de la non cessibilité du corps humain. Ce débat visait essentiellement les greffes d'organes ou la procréation médicale assistée. L'une des thèses en présence consistait à considérer qu'au nom de l'éthique, l'hôpital public devait avoir le monopole par exemple des greffes. La Commission n'a pas souhaité aller jusque-là, mais a demandé à ce que la réflexion soit poursuivie sur un sujet aussi difficile et que, de toutes manières, l'hôpital public de par son poids et de par ses missions, devrait jouer de toute façon un rôle de garant du respect de certains principes éthiques.

II - LES RELATIONS ENTRE L'HOPITAL PUBLIC ET LES ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF

Le premier point qui, dans ce chapitre a été abordé, dans la Commission, a bien évidemment été la nécessité d'une réforme du mode de tarification des établissements privés à but lucratif. Le constat est évident ; ce problème est posé depuis maintenant presque 20 ans, mais il est devenu beaucoup plus aigu depuis l'instauration en 1983 du budget global à l'hôpital public. L'hôpital public est désormais le seul (avec les établissements privés à but non lucratif) à fonctionner dans un crédit limitatif, alors que les cliniques privées ont une capacité d'expansion qui, elle, n'est pas limitée.

Trois pistes de réforme ont été examinées par la Commission et celle-ci a, dans un souci d'efficacité, plutôt opté pour la solution médiane. Il lui

est apparu en effet difficile d'étendre purement et simplement le budget global tel qu'il existe aux cliniques privées à but lucratif, mais il lui est apparu également difficile d'attendre un certain nombre d'années l'extension et la généralisation du PMSI. La Commission a donc considéré que le "coût prévisionnel global", tel que le définit une récente étude, négocié entre les cliniques privés et les caisses régionales d'assurance maladie était de nature à représenter une première étape dans l'harmonisation des conditions de concurrence entre les deux secteurs.

Mais sur ce sujet, la Commission a souhaité que la réflexion progresse, comme l'a dit un intervenant "sur ses deux jambes" et que l'on ne se contente pas de traiter des modes de tarification des établissements privés mais que en même temps, on s'intéresse aux réformes à mettre en oeuvre dans le fonctionnement interne de l'hôpital public ou dans l'exercice des modes de tutelle qui pèse sur lui afin de redonner à l'hôpital public un dynamisme comparable à celui des établissements privés.

Coll. Fondation Jean Jaurès

COMMISSION N° 2
LES ACTEURS DE L'HOPITAL PUBLIC
(acteurs internes et externes)

Président : Hélène MIGNON
Rapporteur : Luce LUCET

Cette commission a regroupé 63 personnes permanentes et "quelques voyageurs inter-commissions" qui, après réflexion ont élu domicile définitivement dans notre groupe de travail. Les échanges ont été très nombreux et animés durant les trois heures imparties.

Hélène MIGNON, Député-Maire de Muret, animatrice du groupe, a introduit les débats sur les points suivants :

Constat que l'hôpital public traverse une crise d'identité depuis de nombreuses années.

Pour les observateurs du système de santé, le diagnostic de crise est une donnée de base de l'analyse du système de santé en pleine mutation.

Ce malaise se traduit par des interrogations sur :

- les missions de l'hôpital public
- la place des professionnels de santé
- les modalités de financement
- le déséquilibre entre public et privé.

Les grèves de l'automne dernier reflètent bien au-delà des revendications salariales le malaise profond des acteurs de l'hôpital public.

Les acteurs internes, qui sont-ils ?
Partagés en quatre grandes fonctions : soignants
administratifs
médico-techniques
techniques.

Fondation Jean-Jaurès

Ils regroupent des métiers spécifiques très variés : Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthoptistes, Cuisiniers, Plombiers, Comptables ...

La hiérarchie est tout aussi importante, parfois bicéphale, administrative, médicale. Les activités y sont divisées en un nombre important de spécialités médicales. L'hôpital est vécu davantage comme un lieu de conflit entre des intérêts contradictoires que comme un lieu de communauté de travail. La hiérarchie y semble très pesante.

Pour les personnels administratifs et techniques, elles se présente de façon classique comme le processus de responsables situés les uns au-dessus des autres, de l'adjoint, des cadres aux directeurs.

Par contre, pour les personnels soignants, elle est double : hiérarchie traditionnelle : Surveillante, Infirmière générale, Directeur, mais aussi hiérarchie médicale. Pour les soignants, il est difficile de garder un rôle propre, les médecins n'attendent d'eux qu'un rôle délégué : appliquer la prescription.
Mais les aides-soignants se plaignent, eux aussi, du comportement des infirmières qui, à leur égard, reproduisent le même schéma, et les agents des services hospitaliers revendiquent aussi leur place dans ce dispositif.

Qu'en est-il aujourd'hui du dialogue, de la notion d'équipe ?

Que proposer, en quels termes ?

Quel est le rôle des personnels médicaux dans l'évolution de la politique hospitalière ?

Comment intéresser l'ensemble des personnels à la gestion de l'hôpital ?

Quelles propositions en termes de structures de mode de représentation ?

Et le malade, sa famille, dans tout cela, sont-ils des acteurs externes ou internes ?

Coll. Fondation Le Dantec

La sécurité sociale, organisme payeur , est un acteur externe d'importance.

Les bases de travail étant posées, nous pouvons engager la discussion avec l'ensemble des participants représentant tout le système hospitalier.

Nous pouvons retraduire ces échanges en les classant à partir de trois grands axes :

1) les constats ou l'expression des acteurs présents
2) les moyens possibles pour amorcer le changement
3) les propositions et affirmations.

1) Le constat

Il y a 20 % des hôpitaux qui sont des CHU milieu aristocrate, et les autres, les malheureux. Si les réformes n'ont pas vu le jour, ce sont les patrons des CHU, qui refusant, ont été écoutés et craints.

Qui est qui, qui fait quoi à l'hôpital ? On ne se reconnaît plus.

. La qualité des soins est en baisse, nous ne sommes pas assez nombreux.
. Le redéploiement un gâchis à certains endroits.
. Les professions ne travaillent pas ensemble, mais à côté les unes des autres.
. La hiérarchie est trop pesante, une parcelle de pouvoir et l'on est un chef en puissance.
Ces réflexions, pour ne citer que celles qui nous semblent les plus significatives, sont la traduction du malaise profond des hôpitaux et du pessimisme régnant dans la commission pendant la première période puis le deuxième axe est apparu.

Comment changer, par quels moyens ?

. Il faut redéfinir des priorités.
. Reconnaître les compétences
. Intéresser les personnels, redéfinir les carrières;

Fondation Jean-Jaurès

La représentativité dans les instances officielles CHSCT-CTP-CA est-elle suffisante ?
Trouver ou négocier et comment.

Il faut :

. trouver un projet commun
. changer les structures hiérarchiques
. avoir des décisions prises le plus prêt du patient
. répondre aux aspirations d'un personnel essentiellement féminin.

Il existe sûrement un moyen pour faire travailler 80 professions ensemble.

Le plateau technique hospitalier est compétent mais pas assez exploité.

Les potentialités existent. Sait-on les utiliser ?

Pourquoi les malades vont-ils dans le privé ?

Il y a le plus : "hôtellerie" et accueil. Nous sommes capables de le donner. Il faut mettre l'individu malade en première place.

Enfin, l'on entrevoie dans le groupe, une ouverture vers des propositions concrètes. Mais celles-ci doivent être mises en route rapidement car le malaise est profond et la situation risque d'être irrécupérable à très court terme. Pour éviter ce point de non retour, voici les propositions de la commission.

Propositions

Le rôle de l'hôpital est de soigner tout individu malade quel que soit son statut social. Pour cela, la nouvelle loi hospitalière doit affirmer haut et fort les missions de l'hôpital public pour le groupe. Les urgences doivent rester dans la grande majorité des cas au secteur public.Vitrines de l'hôpital, celles-ci doivent redevenir performantes, les moyens en hommes et en matériel doivent privilégier ce secteur.

CGT Fondation Jean-Jaurès

L'hôpital doit sortir des ses murs et faire entrer les autres partenaires :

- intégrer les médecins généralistes, leur donner une part active dans les secteurs ou leur présence peut être lieu d'échange (urgences par exemple) ;

- impliquer des partenaires sociaux et des élus dans la vie hospitalière : les élus doivent jouer le rôle qui leur est dévolu porte-parole des citoyens de leurs communes. Ce sont eux les représentants des usagers.

Il y a des problèmes sociaux en ce qui concerne les personnes âgées qui sont hospitalisées par manque de structures. Il faut imaginer des structures légères proches ou dans l'hôpital permettant une prise en charge de ces problèmes. Ces créations pourraient donner un souffle nouveau pour une profession en pleine mutation : les aides-soignants auraient là un rôle important à jouer, avec une formation de base qui deviendrait plus valorisante. Les personnels doivent avoir des moyens d'expression. La formation ne se décrétant pas, elle est encouragée par des actions qui lui permettent d'exister ou de s'exprimer : il a semblé que la départementalisation était, bien conduite, le lieu même où peut s'instaurer le dialogue social à l'hôpital, se créer une participation attentive, la compétence des personnels peut s'exprimer dans cette structure nouvelle.

Il faut rompre le système hiérarchique tel qu'il existe pour cela. Les acteurs hospitaliers doivent communiquer entre eux, instaurer un dialogue, une information transversale, déconcentrer les responsabilités, jouer la transparence, impliquer l'ensemble des personnels par des contrats d'objectifs.

Les cadres soignants mais aussi les politiques doivent comprendre que la gestion des ressources humaines est un enjeu primordial pour l'avenir du système hospitalier et, si l'on veut bien traiter les malades, il faut aussi mieux traiter les personnels.

Enfin, nous demandons une politique de santé cohérente qui, partant des besoins de la population, puisse attribuer les moyens au secteur public hospitalier.

Les affirmations

Nous devons nous mobiliser pour gagner mais pour cela il faut réaffirmer la notion de l'hôpital public dans sa pleine identité, lui donner les moyens de combattre à armes égales avec le privé (revoir les systèmes de financement de ces deux secteurs et inverser les tendances.

Les hospitaliers sont majoritairement pour la départementalisation. Il faut abroger le verrouillage installé par la loi Barzach. La prise de conscience est là. Il faut faire vite. Le pouvoir doit inciter. Ceci permettra l'expression des personnels mais cette expression doit se manifester dans d'autres instances.

Il faut, dans les CTP-CHSCT-CME-CA, une représentativité des personnels plus importante.

Création de collèges ?

Pour pouvoir participer, il faut être formé : les personnels soignants, médicaux et non médicaux ne seront jamais des gestionnaires. Ce serait les détourner de ce pour quoi ils sont formés mais cela n'empêche pas qu'ils doivent s'intéresser à la gestion et au financement, pour cela la formation initiale pour les plus jeunes et la formation continue doivent leur apporter les éléments nécessaires à une bonne compréhension des différents critères.

L'hôpital public doit être de pivot du système de santé. Il faut lui en redonner les moyens en hommes et en financement.

Puisqu'une loi hospitalière est en préparation, ne peut-on pas à cette occasion ressortir les ordonnances de 1958 : tout en conservant le temps plein hospitalier, leur faire une grande toilette de printemps ou bien les déclarer caduques ?

En conclusion, les points forts de ce groupe ont été :

- l'attachement réel à l'hôpital public et la priorité de ce système à tout autre mais avec une ouverture de celui-ci ;

CH Fondation Jean Jaurès

- la mise en place rapide de la départementalisation en donnant les moyens aux personnels désireux de jouer le jeu.

- Si le dialogue s'instaure, les partenaires hospitaliers auront peut-être un langage commun identique pour le plus grand bien des malades qui leur sont confiés.

Coll. Fondation Jean-Jaurès

COMMISSION N° 3

LE CHANGEMENT A L'HOPITAL PUBLIC

Président : Alain Calmat

Rapporteur : Claude Gibert

Plus que le changement à l'Hôpital public, la communication avait à traiter des outils du changement. Trois axes de réflexion ont été retenus conformément aux orientations définies dans le rapport introductif : la planification, le projet d'établissement, la planification.

LA PLANIFICATION

L'objet de la planification concerne l'ensemble des citoyens. Son but est d'assurer une égalité d'accès de tous aux soins. L'ensemble des prestations entre dans le champ de la planification, y compris les prestations sociales. Sont ainsi concernés l'hospitalisation classique, les soins à domicile, la psychiatrie, les soins aux handicapés, la prise en charge du grand âge. Le rôle de la planification est d'assurer ces prestations à un coût acceptable par la nation et les ménages. Ceci n'est possible que si la couverture sociale est plus étendue et plus juste qu'actuellement.

Un large consensus s'est dégagé pour affirmer que l'Etat est le moteur de la planification. D'autres partenaires doivent être impliqués dans la procédure de planification : les collectivités territoriales, les caisses d'assurance maladie, les élus qui sont les représentants naturels des usagers, les professionnels de santé qu'ils soient médecins ou non médecins.

Une deuxième idée forte a été que le champ de la planification concerne aussi bien le secteur public de distribution des soins que le secteur privé qu'il soit à but lucratif ou non . Chaque fois que cela est techniquement possible, le secteur libéral doit entrer dans le champ de la planification.

Coll. Fondation Jean-Jaurès

En outre, le planification doit s'exercer sur des activités alors qu'actuellement elle s'exerce sur des moyens (équipements lourds, nombre de lits, empois).

LA PLANIFICATION A PLUSIEURS NIVEAUX

Un niveau national qui détermine les grandes orientations.

A ce niveau, l'état doit exercer toutes ses prérogatives. Quelques exemples peuvent être indiqués :

- les règles du classement des établissements publics, des établissements privés.
- La nomenclature de remboursement des actes spécialisés.
- La réglementation des vaccinations.
- L'utilisation de certaines classes de médicaments dont l'utilisation doit être limitée à une catégorie particulière de patients (érythropoietine, AZT, cyclosporine...).
- La détermination des grands objectifs et en particulier la diminution des inégalités régionales qui sont actuellement dans un rapport de 1 à 28.

Un niveau décentralisé. Ici l'Etat doit s'appuyer sur les partenaires légitimes qui ont été énumérés précédemment. Il convient de souligner que tous les partenaires doivent pouvoir exprimer leur point de vue, et qu'en particulier les acteurs de santé que sont les administratifs des hôpitaux, les agents techniques, le secteur privé de distribution des soins doivent être consultés.

Le niveau de la planification décentralisé doit être suffisamment large pour que toutes les activités de soins soient concernées. La région, voir dans certains cas le regroupement de deux petites régions, a été retenue comme le niveau optimal. Ceci ne peut être opératoire que si la région a les moyens d'une véritable politique de santé, moyens matériels et humains. Il est apparu que les activités de planification devaient être placées sous une autorité unique. Le représentant de l'Etat (préfet de région) est apparu comme la seule personnalité ayant l'autorité pour articuler planification nationale et planification régionale.

Les moyens de l'exercice démocratique doivent être mis en place. Ceci suggère la création d'un véritable "parlement de la Santé" intégrant les objectifs

coll. Fondation Jean-Jaurès

nationaux au niveau de la région, créant les conditions d'un consensus local, se donnant les moyens de communication adaptés. ce "parlement" ne peut exercer ses prérogatives que s'il a accès à une information pertinente. L'organisme compétent est l'observatoire régional de santé dont les missions sont de recueillir les informations sur l'état de santé de la population, et les maladies à prendre en compte de manière prioritaire. Pour exercer ces missions, le budget de cet organisme doit être significativement renforcé (la dotation annuelle est de l'ordre de 1,5 MF actuellement).

L'objectif de la planification est une **programmation des activités** par subdivision territoriale. Cette programmation doit concerner les établissements publics et s'assurer que la totalité des missions précédemment définies est prise en charge. Cette programmation conduit à la définition d'un contrat liant les deux parties. Ce contrat concerne non seulement l'activité de l'établissement mais aussi la qualité de l'offre de soins.

LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Dans la logique définie précédemment, les orientations d'activité des établissements sont fixées par la tutelle départementale, mais auparavant tous les acteurs consultés de l'établissement ont élaboré un projet définissant les activités prévues et les moyens correspondants.

L'élaboration d'un tel projet nécessite un changement profond des mentalités au sein de chaque établissement. En premier lieu, une véritable **solidarité** de l'ensemble des acteurs de santé devra s'instaurer (cf rapport n°2), avec comme corollaire l'acceptation collective d'un arbitrage entre les différentes activités envisagées.

Ainsi le projet d'établissement sera le moteur d'une profonde réforme de structure à l'intérieur de l'établissement, mettant en oeuvre la répartition et la rotation des tâches, la dissociation du grade et de la fonction, la collégialité des décisions.

Ce projet doit se concrétiser sous la forme d'un contrat. La durée de ce contrat doit être suffisamment longue pour que les objectifs puissent être atteints. Ceci

Coll. Fondation Jean Jaurès

implique donc une procédure budgétaire qui ne soit plus annuelle, mais pluriannuelle couvrant la durée du contrat.

Au terme du contrat, l'évaluation interne et externe est indispensable. Le niveau élémentaire de cette évaluation est l'unité de soins, ou de production. C'est en effet à ce niveau que les enjeux sont clairs pour le personnel. Si le contrat est correctement rempli, l'unité pourra recueillir les bénéfices sous une forme à déterminer. L'attribution de moyens supplémentaires semble une piste intéressante (locaux, équipement, dotation en personnel par exemple).

L'EVALUATION

Le processus d'évaluation doit concerner tous les éléments du contrat et ne doit pas se limiter au contrôle de l'exercice budgétaire. Une telle évaluation est nécessaire quelle que soit l'identité juridique de l'établissement, public, privé à but lucratif ou non. Elle fait partie intégrante du contrat et doit donc être définie lors de la rédaction de celui-ci.

Le champ de l'évaluation couvre l'activité médicale, mais aussi la qualité de l'accueil, le confort du malade, l'efficacité administrative ou le taux d'infection hospitalière par exemple. Ce champ ne se limite donc pas à la simple évaluation du coût économique du traitement de telle ou telle pathologie, celle-ci étant cependant nécessaire. L'évaluation a en outre comme objet d'individualiser les disparités d'efficacité entre établissements donc de conduire à leur réduction. Cependant la comparaison entre établissements doit prendre en compte les charges spécifiques que sont l'activité d'enseignement et de recherche pour les CHRU, ou les nécessités d'assurer le service public hospitalier dans une zone où l'isolement géographique impose de maintenir une structure de soins.

Il convient d'insister sur le fait que la procédure d'évaluation n'a pas pour objet de limiter la liberté de prescription, mais de s'assurer que cette liberté s'exerce en accord avec un consensus élaboré collectivement.

Coll. Fondation Jean-Jaurès

L'évaluation à laquelle il est fait référence dans ce chapitre concerne l'évaluation de la bonne pratique de soins par opposition aux évaluations dites universelles. Ces dernières sont destinées à mesurer le bien fondé des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques. Une telle évaluation est nécessaire, bien sur pour toute innovation technologique, mais aussi pour des pratiques plus anciennes dont le rationnel n'a pas été établi. Ce type d'évaluation relève de la recherche clinique et doit faire l'objet de contrats spécifiques et séparés. Ces contrats concernent non seulement les hôpitaux universitaires, mais les autres établissements de soins sur la base du volontariat.

Ainsi, l'évaluation prévue comme élément important du contrat d'établissement se doit d'intégrer composante technique et composante économique. Elle doit être transparente connue de tous à l'intérieur de l'établissement et largement diffusée à l'extérieur. Elle doit comporter l'évaluation des structures suivant des modalités différentes de celles à mettre en oeuvre pour l'évaluation des hommes. Elle serait lettre morte si elle n'était un des éléments essentiels de la préparation du nouveau contrat d'établissement.

Coll. Fondation Jean-Jaurès

DEBAT GENERAL

Philippe CADENE, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France.

Je n'ai pas très bien apprécié la réflexion de M. CORBIN sur la loi de 1970. Je trouve que cette loi a au moins le mérite d'avoir créé le service public hospitalier. On ne parle plus beaucoup de service public. Je pense que c'est une nécessité qui devra figurer dans la prochaine loi. Au-delà de la notion de service public, il est essentiel de mettre les missions d'abord car ce sont des missions que découle le rôle. Nous n'avons jamais plaidé pour un monopole du service public au niveau des soins. C'est en se plaçant dans la notion de service public hospitalier qu'il faut replacer les missions et le rôle de l'hôpital.

Le deuxième point portera sur la planification. Si l'on planifie au niveau régional, au niveau du Préfet, il faudra tôt ou tard, dans notre système, transférer la compétence aux élus régionaux. C'est au niveau du Conseil Régional que doit se définir une politique d'aménagement du territoire. Le secteur sanitaire et social en fait partie. Cela pose un problème. Dans un premier temps, le concept de définition d'un schéma régional peut être fait au niveau des élus mais dans un deuxième temps, se posera très vite le problème du financement et de la responsabilité de la répartition des financements.

Je suis convaincu que ce qui a été fait pour les personnes âgées se fera pour le sanitaire au niveau régional. La compétence sera transférée aux élus régionaux à condition que les moyens soient aussi transférés.

Cela ne veut pas dire qu'il faut faire payer par un impôt régional la protection de la santé. Il faut répartir au niveau régional et donner la responsabilité, à celui qui gérera la planification, de la répartition des financements. Financements qui interviennent à la fois pour l'investissement et pour l'exploitation. Cela n'entraînera pas d'inégalités. Au niveau de la Caisse Nationale pour l'Assurance Maladie, il y a une compensation démographique qui joue déjà.

Stanislas JOHANET, Vice-Président de l'Intersyndicale Nationale des Médecins Hospitaliers

L'hôpital public outil de la solidarité. Cet outil il faut l'améliorer. Cela fait 20 ans qu'il n'a pas subi de réformes. Il ne correspond plus aux nécessités de la situation actuelle.

Comment le réformer ? Par la participation de tous à la gestion. Peut-on, en 1989, soigner sans gérer ?
L'évaluation, les contrats de plan avec des conditions. Accepter d'être évalué sous entend une amélioration de la participation des acteurs au fonctionnement du système. Actuellement, si le système restait aussi figé et rigide qu'il l'est, les acteurs hospitaliers, à juste titre, devraient refuser cette évaluation qui serait plus l'évaluation d'un chef avec sa hiérarchie que l'évaluation d'une équipe. Si l'on veut évaluer une équipe, il faut que cela devienne une équipe et que tous puissent s'exprimer. Il pourrait y avoir un pouvoir exécutif à l'intérieur des hôpitaux autour duquel chacun pourrait dialoguer.

La modernisation. Est-ce qu'on peut, dans une institution, moderniser sans faire les frais d'investissement nécessaires ? L'hôpital public français est envié par l'ensemble de l'Europe et peut-être même du monde pour sa qualité en matière de solidarité, son accessibilité à tous et sa qualité technique. Comment continuer à préserver cette outil sans investissement? Je ne pense pas qu'on puisse organiser une réforme à moyens constants. Il faut que l'Etat accorde sa confiance à ce service public.

Je regrette qu'on fasse une sorte de mea-culpa de ce qui a été fait en 1983-84 sur le département. Toutes les grandes idées sur le service public ont valu à leurs auteurs de très gros déboires. On ne peut pas gommer de son discours la départementalisation car elle fait partie des moyens de regroupement autour du malade. La réforme comprend deux facettes : une facette d'amélioration de la participation et même de l'amélioration de la démocratisation du fonctionnement de l'hôpital public, l'autre facette, c'est le regroupement des moyens autour du malade pour une meilleure gestion. Je dis ici clairement qu'il est illusoire de traiter la deuxième facette sans traiter la première.

Je vois une certaine similitude entre l'hôpital public et ce qui se passe aujourd'hui même en RDA. Je veux parler de la difficulté qu'elle a à digérer la glasnost qui l'environne. Les PTT, la SNCF, l'EDF ... ont réaménagé un peu leurs structures de fonctionnement internes et externes. L'hôpital continue à se comporter comme s'il pouvait se passer d'une amélioration de son image de marque et de son fonctionnement interne. Un certain nombre de ses acteurs fuient (sans passer par la Tchécoslovaquie) vers l'autre secteur. Il est temps que l'hôpital ouvre ses frontières et accepte la transparence.

Christian PAIRE, Vice-Président du Syndicat National des Cadres Hospitaliers

Ce Syndicat regroupe les Directeurs d'hôpitaux mais aussi l'encadrement supérieur de nos établissements, que ce soit dans les filières techniques soignantes ou de gestion administrative.

Gérer, ce n'est pas seulement avoir une vision de l'administration ou de l'intendance mais c'est bien autour d'un projet collectif qu'il faut faire participer, rassembler des hommes qui sont tous au service du client malade.

Les points forts sont évaluation, harmonisation des financements et dialogue social. C'est tout à fait notre préoccupation. Il faudrait commencer par le dialogue social. Je ne suis pas certain que ce soit à travers la départementalisation que l'on trouve la réponse miracle à une amélioration du dialogue social. Cette amélioration, c'est d'abord un état d'esprit, une modification des comportements et chacun, de ce point de vue, doit "balayer devant sa porte". Ce n'est pas en multipliant les structures que l'on améliorera, ipso facto, la qualité du dialogue social. Notre organisation syndicale avait fait du département un leimotiv dès 1982. C'est dire que nous y sommes attachés. Ce qu'il faut retenir, c'est que dans beaucoup de structures hospitalières, notamment dans les grosses, le malade est trop souvent éclaté. Il y a une balkanisation des professionnels. De ce point de vue là, le département est une bonne réponse.

L'évaluation me paraît être un point capital. La définition d'objectifs pour les établissements hospitaliers suppose forcément une évaluation. Une évaluation de tout le monde mais probablement d'abord évaluation des deux acteurs qui ont une responsabilité particulière. Qui dit responsabilité particulière dit appréciation ou sanction, de ces acteurs. Je pense à la fois aux directeurs d'hôpitaux qui sont en charge d'une responsabilité. Ils conduisent la politique de leur établissement sous l'autorité du conseil d'administration. Je pense également au corps médical qui a joui jusqu'à présent d'une certaine pérennité. La question à se poser, c'est de savoir si nous pouvons continuer dans cette voie ou si, à l'instar de ce qui se passe dans de nombreux autres pays, le corps médical, qui a un certain nombre d'objectifs qui sont ceux définis par la collectivité publique, ne doit pas davantage être évalué de manière régulière. Il y a une première possibilité qui est fixée par la loi qui nous régit actuellement qui est que les chefs de service, normalement, tous les 5 ans, doivent remettre un rapport. La même exigence a été posée récemment pour les directeurs Généraux de CHR. Il faudrait aller dans cette voie si nous voulons que l'hôpital public colle bien à la mission qui lui est impartie par la collectivité.

Une remarque sur l'harmonisation des financements. Le Ministre a beaucoup insisté sur le fait qu'il souhaitait revoir la tarification du secteur privé et qu'il considérait qu'il s'agissait d'une prérogative régalienne appartenant à l'Etat. Dans le même temps, il faut agir sur l'autre "pied" et donner plus de souplesse de gestion à l'hôpital public. Il n'y a pas de formule miracle. Lorsqu'on veut maintenir une mission de service public, on pense à des formules un peu originales. Nous pensons que l'EPIC (établissement public à caractère industriel et commercial) pourrait être une formule parmi d'autres. L'important serait de ne rien céder sur la mission et de mieux la remplir qu'actuellement tout en trouvant dans la manière de faire beaucoup plus de souplesse que ce que nous connaissons.

Raymond GATELMAND, Président du Collège National des Chirurgiens Français

La chirurgie constitue un des éléments moteurs de l'hospitalisation, qu'elle soit publique ou privée. La chirurgie traverse une crise extrêmement sévère qui se traduit de 3 façons. Des chirurgiens

commencent à s'expatrier, d'autres quittent définitivement la profession pour le prêt à porter, l'informatique, l'édition ... Les jeunes s'en détournent progressivement en disant pourquoi se donner tant de mal pour un avenir si médiocre. Enfin, puisque le sujet est l'hospitalisation publique, je vais vous donner quelques chiffres qui concernent 8 disciplines : la chirurgie polyvalente, la chirurgie digestive, la chirurgie orthopédique, la chirurgie cardio-thoracique, la chirurgie vasculaire, la chirurgie urologique, la chirurgie pédiatrique et la plastique et reconstructive. En 1985, il y avait 108 postes non pourvus au concours de recrutement, ce qui faisait 48 % par rapport aux postes mis au concours. En 1986, 109 postes, 47 %. En 1987, 136 postes, 50 %. En 1988, 147 postes, 53 %. Je laisse de côté volontairement l'ORL, l'ophtalmologie, la neuro-chirurgie, etc... qui n'ont pas les mêmes problèmes. La chirurgie maxilo-faciale. Seule la gynécologie obstétrique connaît des difficultés analogues. Ces postes sont occupés en réalité par des praticiens qui font fonction et qui ne sont pas qualifiés. Ce qui veut dire, si par malheur, l'un d'entre nous avait un accident sur une portion d'autoroute, 2 cas se produisent, le SAMU, les sapeurs pompiers, la gendarmerie vous transportent dans tel ou tel hôpital où il y a des équipes très performantes et dans ce cas là tout se passe bien ou au contraire dans tel autre étalissement, très bien équipé, mais où il y a un praticien, certes très dévoué mais non qualifié, la réparation du dommage corporel risque d'être plus grave que l'accident lui-même. L'Académie de médecine, prudente, avait évalué le nombre de ces praticiens à plus de 200 dans un voeu qu'elle a adressé au Gouvernement. D'après nos pointages et les recoupements que nous avons pu faire, nous estimons que ce chiffre dépasse 350. Je n'aborderai pas ici les causes de cette situation. Elles sont bien connues. Les remèdes sont beaucoup plus difficiles à mettre en oeuvre.

Je voulais vous remercier de nous avoir permis d'entrouvrir devant vous ce dossier qui est éparpillé entre plusieurs Ministères, Santé, Affaires Sociales, Finances, le Parlement, l'Assurance maladie, etc... Ce dossier nous intéresse tous individuellement.

Mr SERFATY, Président de la Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation Privée

Le sujet étant l'hôpital public, à première vue nous n'avons pas notre place dans ce colloque. Cependant, je n'ai pas cessé d'entendre que nous étions l'ennemi de l'hospitalisation publique. C'est un langage polémique qui ne me convient pas et qui ne correspond pas à la réalité. Il est hors de question que nous imaginions un jour la disparition de l'hôpital public. Une des grandes richesses de la France, c'est d'avoir deux secteurs d'hospitalisation, public et privé. Nous avons notre place les uns et les autres. Le meilleur objectif est d'essayer de nous situer convenablement dans l'intérêt général de la collectivité.

La clinique privée n'est plus ce qu'elle était autrefois et elle remplit un rôle techniquement important. Par le biais des conventions, elle est ouverte à tous les assurés sociaux sans restriction. Il n'y a pas aujourd'hui, pour l'essentiel, de cliniques pour riches et d'hôpitaux pour pauvres. Pour donner des chiffres exacts, il n'y a que 8 cliniques non conventionnées dans toute la France.

Ceci étant posé, il y a un certain nombre de points sur lesquels nous pouvons probablement être d'accord. Sur la planification régionale, nous avons il y a 4 ans, en ce qui nous concerne, publié un avant-projet de réforme de loi hospitalière dans laquelle nous attirions l'attention sur l'impérieuse nécessité que la planification devienne régionale, bien entendu avec des indicateurs nationaux. C'est seule la région qui est capable de déterminer réellement les besoins en matière de santé qui sont les siens.

En ce qui concerne l'évaluation, nous y sommes tout à fait prêts. C'est pour cette raison que nous avons accepté des expérimentations de PMSI avec les Caisses d'Assurance Maladie et avec la direction des hôpitaux, pour lesquelles nous sommes prêts à aller jusqu'au bout. Nous sommes aussi d'accord pour être d'une transparence totale.

Donc planification, évaluation, transparence.

Le service public. Il est hors de question de dénier à l'hôpital public le rôle fondamental qu'il occupe dans le service public. Il nous paraît cependant que le limiter à l'hôpital public est probablement une erreur et en tout cas quelque chose que l'on devrait revoir. Nous ne disons pas que nous devons faire tout le service public mais nous prétendons qu'il est possible, pour un certain nombre d'établissements qui le souhaite, de participer à ce service public. Encore faut-il en déterminer les missions, encore faut-il prendre les garanties et à cet égard, nous sommes prêts à établir des cahiers des charges très précis et la Fédération que je préside, et je pense qu'il en sera de même pour l'autre, sera garante du respect des règles qui ont été établies dans ces contrats de façon absolue. Voilà pourquoi nous souhaitons que cette guerre du service public trouve aussi une solution plus favorable pour tout le monde.

Reste le vrai problème aujourd'hui, celui auquel tout le monde fait allusion: harmonisation des financements.

On a reconnu que le budget global ne pouvait pas convenablement nous être appliqué. On a admis que les PMSI pourraient être une solution. Nous le pensons aussi.

Que peut-on faire ? Pendant des années, il n'y avait pas de telles différences dans le système de tarification entre l'hôpital public et la clinique privée. Pendant toute cette période, on a refusé d'admettre qu'il y avait des possibilités de comparaison et, au nom de je ne sais quelle défense, on a cessé de nous dire que l'on ne pouvait pas comparer ce qui n'était pas comparable. Aujourd'hui, je reconnais que c'est plus difficile. Je ne crois pas que le budget global soit un bon système pour l'hôpital dans sa forme actuelle. Il faut l'aménager.

Je ne crois pas que la tarification soit en cause. Quels que soient les systèmes de tarification, il y aura toujours des effets pervers, des insuffisances et les problèmes ne seront pas réglés. Ce qui me paraît fondamental, c'est que par l'établissement des règles, par les missions définies, par l'évaluation des activités, des coûts, on arrive à des modes de financement qui apparaîtront beaoucoup plus clairement.

Henri DU ROURE, Président de l'Union Nationale des Associations et Syndicats Infirmiers et des Infirmiers Français

Je voudrais, en tant que soignant, Président d'une Union professionnelle représentant 12 000 infirmières et infirmiers psychiatriques et diplômés d'Etat, vous donner mon éclairage.

La santé est un droit avant d'être un marché. Ceci suppose un contrôle du corps médical, un contrôle des dépenses engagées autour du médicament, des laboratoires, des industries bio-médicales. Si on dit que c'est un droit avant d'être un marché, il faut dire également que c'est un droit égal pour tous. C'est un voeu pieu si cela ne passe pas par une refonte de la carte sanitaire, de l'analyse des besoins et des résultats de ces besoins.

Il y a l'expression de ce droit. Il faudrait une charte du malade hospitalisé qu'il faudrait faire. L'ancienne date de 1974.

Je voudrais parler des personnels, les infirmiers et les infirmières bien sûr mais également leurs partenaires, aides-soignantes, ASH, la mosaïque des para-médicaux ..., on a parlé de 80 professions.

Les grèves de l'an dernier, les mouvements sociaux de cette année renvoient à la notion de reconnaissance. Il faudrait que le personnel soit associé, à proportion, à la décision sans oublier le personnel para-médical. Pour cela, il faut des moyens et de l'invention.

JJ. QUARANTE, Vice-Président de la Fédération des Syndicats de Médecins Hospitaliers non Universitaires

Nous avons un problème grave, c'est celui de la démédicalisation des hôpitaux non universitaires. C'est le naufrage.

Au nom de notre Fédération mais aussi de d'autres syndicats hospitaliers très nombreux, nous avons sur la départementalisation des opinions beaucoup plus nuancées. C'est une "auberge espagnole" et beaucoup de décisions, beaucoup de fantasmes ont pu passer à travers ce terme.

Fondation Jean-Jaurès

Enfin, j'ai été un peu déçu d'entendre le Ministre ne rien nous dire sur la loi hospitalière. Il n'y avait que des déclarations d'intention mais pas de choses très précises. Sur les difficultés de financement qu'éprouve actuellement l'hôpital public à travers le budget global et sur certains caractères ineptes des règles économiques auxquelles il est confronté, en particulier la pénalisation de son activité externe, qu'on appelle les recettes en atténuation. Plus on ouvre l'hôpital public sur l'extérieur, plus on dépense du temps médecin, infirmière, matériel, plus on est pénalisé car tout ceci est retiré de la dotation globale. On n'a aucune information sur la solution qui sera donnée à ces problèmes. Par contre on nous a dit qu'on allait étranglé le secteur privé mais cela n'améliorera pas l'hôpital public. Les charges seront encore plus accrues si le secteur privé se trouve également brimé.

Tous les intervenants ont insisté sur les missions. Je demanderai aux parlementaires si l'idée d'une loi programme ne serait pas une idée à creuser et si le dialogue avec les élus ne serait pas une solution vers laquelle il faudrait s'orienter.

Dans les campagnes françaises, on est étonné du "râbachage" annuel où l'on dit il faut fermer des lits pour moins dépenser. On ne peut pas dénier à l'hôpital public son rôle de lieu d'accueil des exclus et la réduction des 60000 lits qu'on va nous imposer va être dans certaines régions, insupportable. Il est vrai que dans certaines régions, il y a des coefficients d'occupation qui sont faibles mais dans d'autres, l'application en aveugle de ce traitement en amputation me paraît très dangereux.

Pascal ROD, Syndicat National des Infirmiers Spécialisés en Anesthésie Réanimation.

La qualité des soins dans l'hôpital public. Qui est garant de la qualité des soins publics ? Qui est auprès du malade ? Qui organise l'accueil ? Ce sont les infirmières 24h/24h. Nous sommes coincés entre la hiérarchie administrative et la hiérarchie médicale. On ne nous écoute jamais. La profession infirmière s'est énormément spécialisée. Les accords du Ministère de la Santé d'octobre 1988 sont tout à fait insuffisants. Au niveau de la hiérarchie, chaque spécialité se trouve avec un niveau de cadres qui sont des surveillants soi-disant

polyvalents. Un infirmier anesthésiste peut se retrouver avec un cadre qui ne lui est pas spécifique. Il y a une crise au niveau des infirmières. Plus personne ne veut faire ce métier. Il y a un malaise général. Que deviendra l'hôpital public quant il n'y aura plus de personnels soignants de base ? Qu'elle est la représentativité prévue pour tout le personnel soignant ? Il y a des syndicats plus professionnels, plus spécialisés qui devraient être appelés au moment des négociations. Les accords d'octobre ont été signés par des personnes qui n'étaient même pas infirmières.

Pour nous infirmiers anesthésistes, on ne nous a même pas appelé. Nos problèmes ont été réglés sans nous. Il y a énormément de lacunes et le problème entier reste posé.

Serge MOURGUES et Guy BOURDEAU, Association Française du Personnel Paramédical d'Electrocardiologie.

Nous sommes, dans toutes les grèves, des oubliés parce que nous ne sommes pas reconnus. Nous sommes les "imageurs du corps humain". Notre association est très spécifique puisque nous ne représentons que les manipulateurs. Il y a à l'heure actuelle un grand malaise dans notre profession. Il y a de plus en plus un manque de professionnels.

On pourrait trouver une analogie à la RDA pour les manipulateurs qui actuellement passent la frontière pour aller en masse vers le secteur privé. Plus de 100 manipulateurs de l'Assistance Publique viennent de partir au cours de cette année pour travailler dans des cliniques privées parce qu'il gagnent 4 à 5 000 F de plus par mois.

Un autre problème se profile à l'horizon : la formation actuellement des manipulateurs se fait en 2 ans après le Bac. Le programme est archaïque et vieillot, il date de 1967. Depuis, de nouvelles technologies sont apparues. Les écoles trichent et n'appliquent pas ce programme. Ce n'est plus un enseignement, c'est un bourrage de crâne. Au niveau de l'association, nous avons travaillé longuement sur un programme beaucoup plus élaboré avec une durée plus longue. A l'ouverture des frontières, en 1992, nos collègues européens, mieux formés, plus compétitifs, pourraient prendre certains postes qui nous seraient interdits.

En ce qui concerne la formation professionnelle, le 1 % est insuffisant. A l'heure actuelle, toutes les professions paramédicales ont de plus en plus besoin de se former tous les jours. C'est la base pour pouvoir rester dans les hôpitaux.

M. SONET, Délégué Général de l'Union de l'Hospitalisation Privée

Deux points sont importants dans les propos des commissions.

Le premier concerne la planification. On a parlé d'une planification des activités. Celle-ci a déjà été esquissée l'an dernier par la planification des activités de procréation médicalement assistée. Elle est de nouveau en cours de préparation par une planification des activités de chirurgie cardiaque.

Lorsqu'on engage un débat sur la planification, il faut inverser complètement le raisonnement et partir des besoins du patient avant de partir d'une régulation des moyens ou des activités. J'ai le sentiment que la planification sanitaire aujourd'hui en France marche un peu sur la tête et que personne, dans toutes les réflexions, ne veut réellement partir des besoins des patients et de la meilleure réponse à leur apporter.

Ma deuxième réflexion concerne la question de l'harmonisation des financements. Ce n'est pas parce qu'un système est mauvais qu'il faut automatiquement le généraliser. Or ce que l'on cherche à faire à travers cette harmonisation des financements aujourd'hui, c'est à généraliser, non pas le budget global, mais la dotation globale annuelle qui n'est qu'une régulation artificielle et a priori de moyens. Je crois que l'on peut envisager une évolution des systèmes de tarification. A titre personnel et en tant que représentant de l'UHP, nous ne faisons pas une question de principe d'un maintien de la tarification actuelle telle qu'elle est. Ce que nous demandons, c'est que cette évolution ne se fasse pas vers un système qui a montré qu'il était mauvais, pervers, néfaste.

Patrick RIVET, Fédération Nationale des Praticiens Hospitaliers.

Je voudrais faire la remarque que la caractéristique des praticiens hospitaliers était de se trouver aussi bien en hôpital général que dans les CHU. Et à ce titre, nous pouvons apprécier assez bien la diversité de situation des hôpitaux.

La première remarque concernerait le constat. Il y a les pessimistes qui parlent de naufrage, de quasi disparition de l'hôpital public et il y a les optimistes qui, s'appuyant sur la situation actuelle, considèrent que tout n'est pas perdu et que souvent la situation est bonne. Ce qui est notre fait, c'est la diversité. Il y a des hôpitaux qui fonctionnent bien, qui ont bien profité de l'élan que leur ont donné les années 1970 et des hôpitaux qui sont passés à côté et qui se trouvent dans des situations très dramatiques. Au-delà de cette diversité, ce qui nous rapproche tous et c'est ce qui nous inquiète, c'est la tendance à la diminution de la part du secteur public dans le cadre de l'hospitalisation.

Pourquoi cette tendance est mauvaise ? La première raison, c'est le blocage financier. C'est vrai que le budget global peut être un garrot terrible pour l'hôpital public. On a dit qu'il fallait des projets d'établissement. Certains en ont mais n'ont pas de possibilités de financement. Je trouve dommage que dans les commissions qui se sont réunies qui s'intitulaient moderniser l'hôpital, on ne parle de changement qu'au travers de l'évaluation. Le changement demande une réflexion sur le budget global. Augmenter l'enveloppe est nécessaire mais il faut aussi jouer la carte de la décentralisation pour permettre aux échelons locaux, régionaux, départementaux de jouer leur rôle vis à vis de leurs structures de soins.

La deuxième raison du blocage, ce sont les blocages structurels. Les médecins hospitaliers ont montré dans le travail des commissions, leur attachement à la départementalisation. Le Ministre a parlé de l'échec de la départementalisation. Je mettrai le mot échec entre guillemets car si elle ne s'est pas appliquée dans les hôpitaux généraux, c'est beaucoup pour des raisons de calendrier. Les textes promulgant la départementalisation ont été faits en octobre ou novembre 1985. Le changement de gouvernement en 1986 a remis au pouvoir une fraction

très conservatrice du corps médical qui s'est empressée d'écrire une loi hospitalière en 18 mois sans s'occuper de concertation avec les parties prenantes de l'hôpital.

Actuellement, la majorité des médecins hospitalier est pour la départementalisation. Le moyen de le vérifier, ce sont les résultats des élections aux commissions statutaires nationales.

Le personnel, au travers des grèves de l'automne, a changé sa position. Les infirmières, les aides soignantes... voient mieux quel rôle elles pourraient jouer dans le département, comment elles pourraient participer à la vie d'une véritable équipe hospitalière.

En ce qui concerne la loi à venir, on peut faire une loi contraignante ou on peut faire une loi incitative. Ce n'est pas notre rôle de choisir entre les deux. S'il doit y avoir une loi incitative, elle doit l'être vraiment. Il faut utiliser les potentialités de dynamisme de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

5 médecins sur 6 sont pour évoluer vers le département. Il ne faut pas que ce soit le sixième, parce qu'il est chef de service, qui puisse bloquer les choses.

Nelly MARCHAL, Présidente de l'Union Nationale des Techniciens Biologistes

Nous sommes les grands méconnus, les grands oubliés dans l'hôpital. On a parlé de l'hôpital public, lieu d'excellence, de référence, de recherche et d'évaluation et je crois que les analyses de biologie médicale représentent tout cela. Les technologies nouvelles donnent aux biologistes des possibilités plus étendues, des résultats plus spécifiques, plus sensibles, plus fiables mais ce qu'on oublie, c'est qu'elles exigent une véritable mutation du corps professionnel. Notre corps professionnel, autrefois, c'était les laborantines. Les derniers textes parlent de techniciens de laboratoire mais déjà, dans les pays européens, on parle de bio-technologie et dans les pays nordiques de bio-ingénieurs. Il faut absolument qu'en France on prenne conscience de ce nouveau corps professionnel, de cette nouvelle qualification. En effet,

il n'existe pas actuellement de structures d'accueil entre le technicien et le biologiste. Il faut très vite remédier à ce manque. Il faut également très vite reconnaître la compétence et la responsabilité technique de ce personnel.

Je crains que si l'on n'y remédie pas très vite, on assiste à une fuite de compétence qui est tout à fait dommageable pour la qualité de la biologie française.

Jean POSSON, Vice-Président de la Fédération Nationale des Orthophonistes.

Quand j'entends parler hôpital public, excellence, oui, quand j'entends parler hôpital public, recherche, oui mais cela implique qu'on se penche sérieusement sur le statut des personnels.

En ce qui concerne l'évaluation c'est un problème très important qui concerne toutes les professions. Pour la prise de décisions au niveau région, il faudrait que tout ce qui a été dit s'accompagne au niveau technique, au niveau des textes. Les textes qui régissent l'hôpital ou la fonction territoriale ne donnent pas le même type de statut. Dans le cadre de la région qui est régie par le titre 3 des collectivités locales, on ne peut pas être contractuel à durée indéterminée. J'ai entendu dire qu'il serait intéressant d'ouvrir l'hôpital à l'extérieur. Il faut être prudent et ne pas recréer un système à peine mort, qui est celui du vacatariat, c'est à dire du paiement à l'heure de présence. Et attention, en ouvrant vers l'extérieur, de ne pas supprimer des postes de l'intérieur.

L'intérêt du système sanitaire français, c'est justement d'avoir plusieurs jambes, un trépier en l'occurence. A savoir le secteur public, le secteur privé hospitalier et le secteur libéral. Cette notion d'équilibre public/privé est aussi à relier à des notions démographiques à l'aube de l'Europe.

Bruno MOLARO, Secrétaire Général de l'Union Nationale des Associations Soins Santé Domicile

Nous avons entendu parler de l'ouverture de l'hôpital public et des alternatives à l'hospitalisation. Ce sont des thèmes qui nous préoccupent et qui nous intéressent beaucoup. Nous pensons à une grande nécessité qui sera d'associer à l'ouverture de l'hôpital public des structures associatives de soin, santé ambulatoire qui existent sur le domicile et qui permettent de maintenir, à travers le secteur privé non lucratif la même notion de service ouvert à tous, tous âges et toutes conditions sociales confondues. Pour cela, il nous paraît nécessaire d'harmoniser les modes de financement de ces structures qui réunissent dans leurs actions curatives et d'éducation à la santé des professionnels soignants et des usagers bénévoles, tous, partenaires à part entière en matière de santé. Il sera aussi nécessaire d'harmoniser les méthodes de travail entre des structures encore fermées comme l'hôpital et des structures en milieu ouvert dont la présence au domicile peut aller de la prise en charge de soins ambulatoires simples jusqu'à l'accompagnement au mourant et des soins palliatifs.

Coll. Fondation Jean Jaurès

DISCOURS DE Claude EVIN,

Ministre de la Solidarité, de la Santé et
de la Protection Sociale

L'hôpital public : une priorité.

Je suis heureux de participer à vos travaux sur l'hôpital public. En effet, dès mon arrivée à la tête du Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, j'ai engagé un travail de réflexion puis de réforme sur ce thème.

Je suis d'autant plus heureux d'être parmi vous ce matin que je ne puis que me féliciter des excellents rapports de travail, de confiance et d'amitié que nous avons su entretenir avec toute l'équipe du Secrétariat National aux Affaires Sociales, avec à sa tête nos amis Jean-Claude BOULARD et Claude PIGEMENT.

Les rapports entre partis majoritaires et Gouvernement ont de tous temps été délicats, cela ne date pas d'aujourd'hui. Il y a, c'est vrai dans le cadre des institutions de la Vème République une vraie difficulté pour un parti majoritaire à se situer par rapport au Gouvernement.

Il me semble pourtant qu'entre le parti "godillot" préconisé par certains, à certain moment, ou le parti du "Monsieur plus", tentation quasi permanente chez d'autres (parfois les mêmes d'ailleurs...), il existe un vrai espace pour un parti lieu d'écoute et d'échanges avec la société, lieu de réflexions et de proposition pour le Gouvernement.

C'est je crois à ce type de rapport que nous sommes parvenus avec toute votre équipe, nos rencontres mensuelles nous ont permis d'établir ce climat de travail et de confiance dont je parlais à l'instant et l'esprit dans lequel se déroule ce colloque montre bien aussi que ce qui prévaut ici, c'est la recherche de solution communes, en évitant l'écueil des solutions préfabriquées, plaquées artificiellement sur une réalité économique et sociale parfois fort éloignée de ce que nous souhaiterions...

<u>La réforme hospitalière</u> :

Le texte introductif au débat posait deux questions:

"l'hôpital public n'est-il pas en train de disparaître, de se dissoudre, de se désagréger lentement sous nos yeux ? Que faut-il faire pour enrayer cette évolution ? "

Chacun aujourd'hui, les débats l'ont montré, constate que l'hôpital public s'interroge sur son avenir. Hospitalier convaincu, j'ai moi-même, alors que j'étais président de la commission des affaires sociales et culturelle à l'Assemblée Nationale, porté ces interrogations à de nombreuses reprises.

Je m'inscris en faux contre le catastrophisme que l'on voit fleurir ici ou là lorsque l'on parle de l'hôpital.

Faut-il rappeler que c'est l'hôpital qui soigne les maladies les plus graves et avec de plus en plus de succès pour nombre d'entre elles ?

Faut-il rappeler que c'est l'hôpital qui dispose des plateaux techniques et des équipements les plus sophistiqués ?

Faut-il rappeler que c'est à l'hôpital qu'exercent les plus grands noms de la médecine française ?

Non les français n'ont pas à rougir de leur hôpital.

N'y a-t-il aucun problème ? non ! et c'est justement pour cela que j'ai décidé de réformer l'hôpital. Mais l'on sera d'autant plus efficace dans la réforme que l'on aura porté une appréciation juste sur le système sans avoir noirci à l'excès et injustement d'ailleurs ce tableau.

Soyons donc prudents dans nos affirmations, et efforçons-nous d'organiser avec la souplesse suffisante, le cadre dans lequel l'hôpital, pourra s'adapter à l'évolution de la société et à ses besoins.

Prenons appui pour cela sur nos capacités de réflexion et de discussion. Ce sont ces qualités qui font la force et le dynamisme du socialisme et du Parti Socialiste en France. C'est cette capacité de réflexion et de débat qu'il nous faut conserver plus que jamais, les travaux de ce colloque nous le démontre à nouveau si nécessaire;

Pour ma part, je souhaite dépasser aujourd'ui ce qui fait le pain quotidien d'un Ministre en exercice, pour vous livrer quelques réflexions sur les enjeux importants en matière de politique hospitalière, et pour les replacer dans le cadre plus général de la politique que j'ai définie en conseil des Ministres au mois d'avril 1989.

Dans le contexte économique actuel caractérisé par la reprise de la croissance, fait majeur de l'année écoulée, dans lequel l'évolution de l'économie internationale a joué un certain rôle mais qui est aussi le résultat positif des politiques menées par les socialistes, il convient de s'interroger sur ce que veut notre société en terme de projet de santé.

Je suis convaincu que notre système de protection sociale, dont le fondement est la solidarité, doit pour être capable de garantir à tous l'accès à des soins de qualité concentrer ses efforts et privilégier l'efficacité tant en matière de prévention que de soins.

Dans ce contexte, notre politique de distribution de soins doit avoir deux objectifs :

- le libre et égal accès aux soins
- la qualité des soins et leur évaluation

Je ne reviendrai pas aujourd'hui dans le détail sur ces grandes orientations. Elles ont été très largement exposées et commentées depuis quelques semaines.

Je rappellerai simplement que la rénovation de l'hôpital passe par son ouverture sur l'environnement, le décloisonnement des structures internes et la promotion du dialogue social, la réforme de la planification sanitaire et de la tutelle, l'harmonisation des systèmes de financement entre le secteur public et le secteur privé à but lucratif.

L'élaboration d'une telle réforme est la traduction concrète de la volonté politique du Gouvernement de résoudre les problèmes de l'hôpital public et de sa volonté d'édifier l'hôpital de demain. Cette politique ambitieuse justifie l'utilisation d'une méthode travail nouvelle, qui veut associer au maximum l'ensemble des acteurs concernés par ce projet.

J'ai donc décidé de confier à des professionnels reconnus, la mission de consulter très largement l'ensemble des partenaires concernés au niveau des institutions, fédérations ou associations, comme dans les établissements d'hospitalisation, en se rendant sur le terrain pour susciter les réactions et les contributions au débat.

Je considère que cette phase d'écoute, de consultation, est essentielle.

Cette méthode où la préparation du projet se nourrit constamment des avis et des propositions des acteurs, mérite d'être expliquée. Nos interlocuteurs sont en effet parfois surpris de ne pas avoir à prendre immédiatement position pour ou contre un texte préalablement établi.

Je crois cependant que cette méthode est en totale cohérence avec ma conception du dialogue et de la concertation comme avec la très forte revendication d'identité qui s'exprime aujourd'hui chez les hospitaliers.

Au-delà de la méthode, je voudrais m'attarder quelques instants sur deux aspects essentiels de cette réforme qui sont d'une part la rénovation et l'évolution nécessaire des structures internes de l'hôpital, et d'autre part, l'harmonisation indispensable qu'il convient de trouver pour une plus grande égalité dans le traitement du secteur public d'hospitalisation et du secteur privé à but lucratif.

Coll. Fondation Jean-Jaurès

La rénovation et l'évolution des structures internes de l'hôpital :

La départementalisation telle qu'elle a été tentée en 1984 a été, nous devons le reconnaître aujourd'hui, un échec.

Il vaut sans doute la peine d'en rechercher les raisons. Je crois qu'avec le département on a voulu répondre de façon uniforme à des questions trop différentes.

Ces questions persistent aujourd'hui, il faut s'efforçer de trouver chacune d'elle une réponse appropriée.

Ces questions sont les suivantes :

- comment recentrer les diverses interventions autour du malade afin de promouvoir une médecine mieux coordonnée et moins fragmentée ?

- Comment mettre en commun quand cela est possible des moyens matériels et humains pour éviter le gâchis ?

- Comment assurer un réel dialogue entre les divers professionnels hospitaliers autour d'objectifs médicaux et techniques définis en commun, et le dialogue entre médecins et autres professionnels soignants ?

Coll. Fondation Jean Jaurès

- Comment mieux associer l'ensemble du personnel soignant à la gestion de l'établissement à ces perspectives d'évolution, et aux décisions relatives à la vie quotidienne?

- Comment procéder à une évaluation régulière des divers modes d'organisation choisie pour permettre leur adaptation permanente ?

L'organisation actuelle de l'hôpital public avec ses services rigides ne répond que très imparfaitement à ces objectifs. Une évolution est nécessaire. Il est également nécessaire de réussir cette évolution et donc de bien analyser les conditions politiques et techniques de ces changements.

Les réponses aux objectifs fixés ne passent probablement pas par le même type de structure :

- la prise en charge du malade, l'expression des infirmières et des autres catégories de personnels, la responsabilité effective du médecin passe sans doute par une structure de proximité dans laquelle le contact avec le malade, le dialogue avec l'ensemble des personnels sont plus facilement et naturellement organisés.

Coll. Fondation Jean Jaurès

- L'élaboration d'objectifs médicaux, les protocoles, les projets de développement, la gestion des personnels ne peuvent se concrétiser que dans le cadre d'une structure plus importante regroupant les unités de plus petite dimension.

L'essentiel est que les décisions y soient prises dans le respect des responsabilités de chacun et après concertation.

Enfin, l'évaluation des actions doit devenir la méthode de mesure objective dont l'hôpital a besoin pour l'élaboration de ses choix.

En ce qui concerne la revendication d'identité et de responsabilité, que j'ai évoquée tout à l'heure, je n'ai jamais pensé qu'elle pouvait trouver sa réponse dans la seule augmentation des rémunérations même s'il était évidemment nécessaire d'y répondre en priorité.

C'est ce qui a été fait à la suite du protocole d'accord conclu le 24 octobre 1988. Depuis cette date, les travaux ont été activement poursuivis pour la mise en oeuvre de la revalorisation des statuts des différentes catégories de personnels paramédicaux et médico-techniques.

Fondation Jean Jaurès

La décision du gouvernement, d'engager au mois de décembre une négociation sur les déroulements de carrière et la prise en compte des nouvelles qualification des fonctionnaires, m'a conduit à modifier le calendrier de l'étude des fonctions : administrative, technique et celles concernant les personnels ouvriers.

En effet, il m'apparaît souhaitable de coordonner le déroulement des travaux statutaires avec celui de la négociation générale en vue de permettre aux agents concernés, de bénéficier, des la parution de leur nouveau statut, des mesures générales qui pourraient être décidées.

Si nous voulons réduire les effets de distorsions croissantes entre les qualifications détenues par les individus et les fonctions qu'ils occcupent, un effort important doit être fait dans le domaine de la responsabilité et dans celui des conditions d'exercice des professions.

C'est l'enjeu de la modernisation des relations des services publics, que ce soit la modernisation des relations à l'intérieur d'une structure ou que ce soit la modernisation des relations tutélaires entre l'Etat et le service public, entre l'Etat et l'hôpital pour ce qui nous concerne.

Développer les responsabilités à tous les niveaux, réduire les distances hiérarchiques, utiliser le potentiel de créativité de tous les agents, encourager le mouvement participatif, c'est à la fois répondre à des attentes sociales, être fidèle à nos idéaux politiques et développer le plus souvent les réserves de productivité jusque là ignorées. C'est tout cela dont l'hôpital public à aujourd'hui besoin.

Le second point sur lequel je voudrais insister c'est la nécessité d'assurer plus d égalité dans le traitement des deux secteurs de notre système de distribution de soins : l'hôpital public, et les cliniques privées à but lucratif.

Les conditions d'hospitalisation dans ces deux secteurs ont considérablement évoluées. On considérait autrefois que les classes sociales à hauts revenus fréquentaient de préférence les cliniques privées. On constate aujourd'hui que celà n'est plus le cas depuis l'institution du système conventionnel qui assure des conditions identiques de prise en charge financière quelque soit le secteur choisi par le malade.

Cette liberté de choix est une liberté fondamentale à laquelle les français sont attachés.

L'harmonisation des tarifications entre les deux secteurs étaient l'un des objectifs de la loi du 31 décembre 1970, mais je dois constater que cet objectif n'a pas été atteint.

Le système de financement par la dotation globale pour les seules établissements hospitaliers publics et privés participant au service public a très largement accentué l'hétérogénéité du financement des deux secteurs. Aujourd'hui toute évaluation comparative entre les deux secteurs est impossible.

Il est certain que des systèmes tarifaires aussi différents que ceux que nous connaissons actuellement, ne peuvent cohabiter durablement dès lors que la source de financement est unique, sans que le secteur public qui a seul un système de crédits limitatifs ne soit pénalisé.

Il faut freiner, et faire cesser les transferts de substances auquels nous assistons depuis 1986 entre le secteur public et le secteur privé.

Les voies du changement passent par la planification sanitaire d'une part qui intègrera le secteur privé y compris les alternatives à l'hospitalisation, et par une modification du système tarifaire des établissements privés.

L'aménagement des règles de tarification doit faire apparaître clairement la totalité des sommes supportées par l'assurance maladie au titre du fonctionnement des établissements, que ce soient les dépenses hôtelières ou les dépenses forfaitairement fixées, ou que ce soient les actes médicaux.

Cela passe également par une réforme de la nomenclature prévoyant par exemple pour certains actes techniques qui mettent en oeuvre des équipements lourds, une distinction entre la rémunération forfaitaire nécessaire à l'amortissement de l'équipement, et la rémunération de l'acte intellectuel.

Plus généralement, la tarification devra être pour l'usager plus transparente entre les différents secteurs, et permettre, de véritables comparaisons.

Seul le rétablissement d'un bon équilibre entre les deux secteurs d'hospitalisation permettra de garantir réellement la liberté de choix auquel les français je le rappelle sont très attachés.

CONCLUSION :

Je voudrais en conclusion indiquer que cette réforme hospitalière s'inscrit naturellement dans la mutation qu'opère actuellement notre société. Je crois que l'Etat doit être efficace pour les tâches qui relèvent de lui mais je suis convaincu que l'Etat ne peut pas et ne doit pas tout faire. Pour l'hôpital public, l'Etat doit organiser sa modernisation, mais aussi encourager les initiatives des individus et des équipes car les problèmes concrets d'organisation, et de fonctionnement ne pourront être réglés qu'au niveau des établissements.

Je voudrais renouveler ici ma confiance à l'ensemble des personnels hospitaliers. Je voudrais vous redire que le grand projet que j'ai pour l'hôpital doit être notre projet.

L'hôpital de demain ne se fera pas sans l'imagination et l'ambition de tous.

Je compte pour cela sur vous comme vous pouvez comptez sur moi.

Coll. Fondation Jean-Jaurès

LA CONVENTION

J'avais fixé clairement les objectifs de la négociation conventionnelle :

- développer la formation médicale continue
- mettre en place un dispositif concerté de maîtrise des dépenses

- assurer l'égal accès de tous à des soins de qualité bien remboursés.

Sur les deux premiers objectifs, les discussions ont permis des progrès significatifs dont je me félicite :

- les conditions sont réunies pour que la formation médicale continue se développe.

- les parties conventionnelles ont établi un programme d'économie sur des bases médicales. C'est la bonne méthode, la maîtrise des dépenses ne doit en aucun cas conduire à un rationnement des soins mais permettre d'éviter les dépenses médicalement inutiles.

Toutefois, sur le dernier objectif, l'accès aux soins bien remboursés c'est-à-dire la question du secteur I et du secteur II, les partenaires conventionnels ont suspendu les négociations sur un constat de désaccord.

Je m'étais gardé jusque là d'intervenir dans le contenu de la discusssion conventionnelle, soucieux de respecter les prérogatives des caisses et des Syndicats Médicaux. Toutefois, devant ce constat de désaccord, j'ai pris l'initiative de rencontrer tous les partenaires pour renouer le dialogue. Mon objectif est en effet d'aboutir à un texte conventionnel. Personne n'a intérêt, ni le malade, ni les médecins, au vide conventionnel ou à une convention type.

Cela suppose que nous trouvions une solution aux problèmes que pose l'extension du secteur II. J'aborde cette question en partant d'un principe simple : notre système de protection sociale doit garantir à tous les français qu'ils trouveront partout et pour toutes les spécialités, des services médicaux dont la majeure partie sera facturée aux tarifs de la sécurité sociale, et donc correctement remboursée. La médecine n'est pas un bien comme un autre. La capacité d'accéder aux soins ne doit pas dépendre des capacités financières de chacun.

L'intérêt des médecins rejoint d'ailleurs celui des assurés. Si l'on tente d'appliquer les principes du libéralisme, la position du médecin n'est pas grandie et sa liberté réèlle vite menacée. Regardons ce qui se passe aux Etats-Unis ; il vaut mieux croyez moi, être conventionné avec la sécurité sociale que vacataire d'une compagnie d'assurance.

Sur la base de ce principe, je pense qu'il sera possible de dégager des solutions techniques simples acceptables par tous. Je ne veux toutefois pas préjuger de discussions avec les partenaires conventionnels qui ne sont pas terminées.

Coll. Fondation Jean-Jaurès

SYNTHESE GENERALE DU COLLOQUE par Claude PIGEMENT, Délégué National à la Santé

Je vais essayer de me livrer à l'exercice acrobatique d'une synthèse du colloque à chaud compte tenu de la richesse des débats depuis hier matin.

En effet, intégrer les éléments dominants des rapports des 3 commissions, les points forts du débat général et l'intervention de Claude EVIN pour en dégager une synthèse n'est pas une mince affaire. Heureusement qu'au PS, nous avons l'habitude des synthèses.

En premier lieu, en votre nom, je voudrais remercier le Secrétariat National aux Affaires Sociales en la personne de Jean-Claude BOULARD et le Groupe des Experts, à travers Gilles JOHANET et Michel DEBOUT, qui ont été à l'origine du colloque. Je remercie les Présidents et Rapporteurs des 3 commissions d'avoir pu dégager dès ce matin une première synthèse de nos travaux.

Enfin, la présence de nombreuses personnalités représentant tous les secteurs du monde hospitalier et de la santé traduit, je crois, l'intérêt qu'elles portent à nos travaux. Je n'oublie pas Monique GOUPIL et Luc BROUSSY qui ont été la cheville ouvrière de la préparation de ces journées.

Le colloque avait 3 objectifs à l'origine :

- Mener une réflexion de fond sur les rapports hôpital public / service public, définir la spécificité de l'hôpital public et le resituer dans la crise actuelle du service public.

- Etre un lieu de dialogue entre le PS et les intervenants du monde hospitalier représentés par leurs syndicats, associations ou coordinations.

- Préparer la réforme hospitalière du printemps prochain. Notre soutien au Gouvernement n'est pas exclusif de propositions et discussions sur cette réforme, d'autant que nous nous situons bien en amont du débat législatif. Je ne sais si nous avons atteint ces 3 objectifs mais l'organisation de ce colloque était un moyen de créer les conditions de ce débat.

1) Sur le premier objectif le type de lien entre **hôpital public / service public** m'a paru comme un thème de réflexion présent dans les 3 rapports des commissions. La crise de l'hôpital public est partie prenante de celle des services publics et le rapport introductif a bien mis le doigt sur les causes économiques, sociales et idéologiques de ce malaise.

Cause économique par une politique de rigueur, si nécessaire soit-elle, mais déstabilisatrice pour l'hôpital public. Cause sociale par un déficit de dialogue social et de reconnaissance de ses agents. Cause culturelle à travers l'accusation diffuse de nature idéologique sur le fonctionnement du service public.

Tels sont les ferments de la crise de l'hôpital public. J'ai l'impression que la tonalité du colloque se situe dans la suite du rapport introductif sur ce sujet. Deux scénarios étaient soumis à votre réflexion sur le devenir de l'hôpital public.

Il m'a semblé que la perte de spécificité de l'hôpital public par une dilution des missions de service public entre toutes les formes d'hospitalisation n'est pas acceptable par les participants au colloque dans sa grande majorité sinon sa totalité. L'hôpital public est un garant de qualité et d'égalité d'accès aux soins avec une revendication d'excellence comme horizon comme l'a dit le Rapporteur de la première commission. L'hôpital public doit avoir un rôle moteur comme pour l'évaluation et inscrire la recherche dans cette perspective. La prise en charge des plus démunis est une exigence pour l'hôpital public mais sa vocation n'est pas de s'y limiter.

L'enseignement, la recherche, la fonction sociale, la permanence des soins, les urgences traduisent sa spécificité indéniablement. Mais sur ces missions de service public, comment situer l'hospitalisation privée lorsqu'elle est volontaire, demandeur de participer à ces missions ?

L'accueil des urgences avec les moyens y afférant sans tri ni sélection pour la prise en charge des malades peut relever de ces missions de service public. La prise en charge des malades relevant de l'aide médicale gratuite est un autre exemple de ces missions de service public remplies par certaines cliniques. Où situer, dans ce cas de figure, les limites de la spécificité de l'hôpital public ? C'est une question qui a été posée par l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée.

Le 2ème objectif fixé était d'établir ou prolonger ce matin un dialogue entre le PS et nos invités représentant les forces vives du monde hospitalier et plus largement de la santé.

La présence dans ce lieu symbolique de l'hôpital public, je crois le plus grand CHU de France, de responsables de l'hospitalisation publique, privée à but non lucratif et lucratif, conforte notre démarche.

La présence de syndicats et de coordinations, de représentants de pratiquement toutes les catégories de personnels hospitaliers est une chose excellente pour le dialogue social que nous prônons.

Les interventions de nos invités, venus en toute indépendance, enrichissent notre réflexion par des approches souvent complémentaires et même parfois divergentes.

J'en viens maintenant à la réforme hospitalière proprement dite.

Pour nous, Socialistes, cette réforme hospitalière est une nécessité. Elle représente la réforme de la dernière chance pour l'hôpital public. Ne rien faire signifierait à moyen terme un système hospitalier, et je pousse l'exemple à l'extrême, réduit à des CHU, vitrines technologiques préservées par tout pouvoir politique, lieux des techniques de pointe et à des chaînes de cliniques privées. Entre les deux, plus rien : les hôpitaux généraux et locaux péricliteraient n'ayant pas pu résister à cette évolution hospitalière faute de moyens.

Nécessité d'une réforme hospitalière qui par une redéfinition des objectifs et des outils devrait créer les conditions d'une nouvelle cohérence hospitalière. Réforme hospitalière vecteur d'un nouvel état d'esprit. Sans la perception par les acteurs hospitaliers, de leur établissement comme une communauté de travail et non un lieu de conflit entre les intérêts contradictoires, aucune réforme hospitalière n'existera vraiment. Cette réforme hospitalière est donc urgente et le PS souhaite qu'elle soit discutée au Parlement à la Session de printemps 90.

Elle doit enfin être ambitieuse pour répondre au malaise actuel, pour être cohérente, opérationnelle et pour être en phase avec les demande de santé qui ont évolué depuis 1970.

Les rapports des commissions et l'intervention de Claude EVIN que nous remercions vivement d'être venu parmi nous ce matin nous paraissent en concordance sur la volonté de réforme, la méthode et les axes de cette future loi. En tentant d'être ni Monsieur "plus", ni Monsieur "Godillot", il me semble utile de dégager les points forts d'une réforme que les participants au colloque appellent de leurs voeux.

La planification et l'évaluation sont les outils indispensables de toute réforme. Le socle du dispositif d'ensemble, planification sanitaire englobant le public, le privé, les établissements pour personnes âgées et les alternatives à l'hospitalisation. Dans cet esprit, il faut revoir la carte sanitaire et redéfinir les moyens, les activités et les missions des établissements les uns par rapport aux autres. L'assouplissement des rapports avec la tutelle en allant vers une plus grande autonomie de gestion, le développement de contrats d'objectifs pluriannuels sont nécessaires. Ainsi le budget global, instrument efficace de gestion financière, pourra être aménagé afin de répondre à des objectifs définis et négociés.

La prise en compte du projet d'établissement dans le cadre d'une planification décentralisée régionale permettra de définir les missions de chaque hôpital et de créer une solidarité d'établissement.

La mise en place d'un système d'évaluation englobant le public et le privé aidera à une meilleure connaissance de l'activité des établissements, à une meilleure recherche de qualité des pratiques. Enfin, l'évaluation des personnes est une dimension à intégrer. Il s'agit donc d'évaluer l'ensemble de la chaîne hospitalière.

La planification et l'évaluation organiseront mieux la complémentarité entre l'hôpital public et privé et aussi entre les hôpitaux publics eux-mêmes. L'harmonisation des financements participe à l'organisation d'une complémentarité bien vécue. Nous partageons totalement la vision de Claude EVIN : la modification du système tarifaire des établissements privés doit être envisagée. Ce ne peut être un système de budget global car comment plafonner le profit ? Ce ne peut être à court terme une tarification par pathologie opérationnelle pas avant de nombreuses années. Avant toute chose, une meilleure transparence de fonctionnement et d'établissement des coûts paraît indispensable.

Cette "glasnost" du privé doit se faire avec les responsables de l'hospitalisation privée. Je suis persuadé que si la règle du jeu est bien

fixée, ils joueront cette carte de la transparence. A partir de là, l'harmonisation des financements s'appuiera sur des réalités mieux connues. Une augmentation de la forfaitairisation, le coût total prévisionnel tel qu'il a été proposé ce matin seront des pistes à retenir.

Claude EVIN a aussi centré son intervention sur l'évolution nécessaire des structures internes. Le dialogue social, la participation des personnels à la marche de l'hôpital sont aussi les enjeux essentiels de la réforme. Le déroulement des travaux statutaires hospitaliers, la renégociation de la grille de la fonction publique sont indispensables. Mais il faut aussi repenser le cadre de travail, l'environnement, pour répondre aux attentes du personnel hospitalier.

Ainsi, en terme de logements et de transports, le programme d'urgence pour la région parisienne, annoncé le 13 octobre par Michel ROCARD, est essentiel pour l'amélioration des conditions de vie des personnels hospitaliers de l'Ile de France, au même titre que la réforme hospitalière elle-même.

La départementalisation est apparue comme une demande forte du colloque non en terme idéologique, mais à des fins de meilleure efficacité et participation hospitalière. La départementalisation reste un objectif juste. C'est la méthode qui a pêché en 82 puis en 84-85, méthode trop volontariste au début puis approximative ensuite. En fait, ce fût une déception par justement ces problèmes de méthodes. Alors que tout l'échiquier politique reconnaît maintenant au département une qualité d'organisation hospitalière même si le contenu en diffère bien évidemment entre la gauche et la droite.

Donc il faut reprendre, en modifiant la méthode. Plus de souplesse, plus de prise en compte des réalités locales, des rythmes variables et des incitations à travers les contrats d'objectifs sont nécessaires. Le département, à travers une mise en commun des moyens en personnels et équipements, permettra de décloisonner l'hôpital, d'associer toutes les catégories de personnels à la prévision des activités et à la gestion avec attribution d'un quota d'heures à ces personnels. Si le département ne doit pas être une structure clé en main, nous attendons du Gouvernement et du projet de loi hospitalière une volonté claire de départementalisation. De nombreux personnels médicaux et non médicaux attendent cela dans un esprit de collégialité et de responsabilisation des acteurs hospitaliers. Cette demande est apparue forte tout au long du colloque.

La vacance de plus de 2 000 postes médicaux hospitaliers, les problèmes de recrutement d'infirmières à l'Assistance Publique de Paris montrent le déficit actuel d'intérêt des personnels pour l'hôpital public.

Recréer une communauté de travail , démocratiser les structures internes de l'hôpital et améliorer la participation des personnels à tous les niveaux sont incontournables. Remodeler les statuts des différentes catégories de personnels infirmiers, paramédicaux et médico-techniques est une avancée positive qui est à mettre à l'actif du Gouvernement.

Réfléchir à des modes d'intéressement collectif en fonction d'objectifs définis en commun est une piste que le colloque a retenu. Par contre, le colloque n'a pas tranché sur l'intéressement individuel pour des raisons géographiques ou de pénibilité de travail. Je crois qu'il faudra revenir sur ce débat d'intéressement collectif et individuel.

L'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur est essentielle. L'ouverture vers la médecine de ville, et particulièrement la médecine générale, demande a être précisée.

La participation des médecins généralistes aux services d'accueil et aux urgences. Ainsi on m'a rapporté qu'à Louis Mourier, le médecin à temps plein, aux urgences, rentre en contact avec le médecin généraliste par téléphone et lui propose de participer directement à l'accueil et à l'urgence pour son patient.

Meilleure articulation pour le suivi des malades entre la médecine ambulatoire et l'hôpital. A l'exemple de l'expérience ABCD faite à l'Hôtel Dieu sur l'articulation du travail entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville.

Meilleure intégration des médecins généralistes à la formation des futurs généralistes dans les CHU à travers des postes de chargés d'enseignement et de professeurs associés.

Voilà comment on peut ouvrir l'hôpital vers la médecine de ville.

Je voudrais faire une incidente sur le problème de la convention médicale. Claude EVIN en a parlé ce matin en des termes très forts. Je voudrais rappeler les positions du Parti Socialiste compte tenu qu'il s'agit d'un problème qui, même s'il n'est pas le thème du colloque, par

les liens entre la médecine de ville et l'hôpital, le touche en fait directement.

La négociation conventionnelle est actuellement suspendue. Le Parti Socialiste souhaite qu'un accord soit trouvé. Se retrouver fin novembre sans signature entre les Caisses et les Syndicats médicaux serait très grave. Le risque de non maîtrise d'une division entre les partenaires sociaux serait évident.

Pour éviter cette logique de rupture et donc l'explosion du système conventionnel, il faut que chaque partenaire social fasse un pas.

Les médecins ne pourront faire l'économie d'un engagement de rééquilibrage des 2 secteurs de la convention par une limitation du secteur à honoraires libres. Les médecins devront jouer le jeu d'une maîtrise concertée des dépenses de ville.

D'autre part, pour que les Syndicats médicaux s'engagent sur cette voie, le prix à payer par les pouvoirs publics est la revalorisation qualitative et quantitative du secteur I à tarif strictement conventionnel.

Les caisses ont fait des propositions de revalorisation. Claude EVIN a rencontré ce week-end les partenaires sociaux et s'est exprimé ce matin. Il faut qu'un nouvel équilibrage conventionnel soit trouvé à travers un secteur I attractif, un encadrement du secteur II et une politique de maîtrise des dépenses de ville organisée et acceptée par tous.

Pour revenir sur l'ouverture de l'hôpital, elle doit aussi se produire sur le terrain de la santé publique, la prévention et la médecine de ville.

Le développement des solutions alternatives, particulièrement pour les personnes âgées, doit être poursuivi avec une redéfinition de l'orientation médico-sociale des personnes âgées.

La politique de secteur en psychiatrie doit disposer de moyens accrus. La cohésion d'une politique de santé mentale est améliorée par le récent projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux adopté au Conseil des Ministres du 2 novembre. Cependant, et c'est Monsieur "AIGUILLON" qui parle, les procédures de placement sur demande d'un tiers demandent à être allégées lors du débat parlementaire par rapport aux cas d'urgence.

Nous avons évoqué l'hôpital et ses acteurs, les solutions alternatives, la médecine de ville... et les usagers.

Je n'entrerai pas dans le débat filandreux, fumeux d'il y a quelques années sur les formes de représentation des usagers : cela doit-il être les élus de la Sécurité Sociale, les élus municipaux, les associations d'usagers ? Ce débat n'est peut être pas celui d'aujourd'hui.

Les usagers qui apprécient globalement la compétence et le dévouement des personnels hospitaliers "rechignent" souvent devant l'accueil à l'hôpital.

L'organisation des urgences défaillantes est un thème qui revient souvent dans les doléances. Le rapport "Steg" avait bien mis le doigt sur les carences en équipements et en personnels. Voilà un objectif prioritaire d'amélioration de fonctionnement hospitalier immédiatement perceptible par la population.

Les différents points que j'ai évoqués montrent bien les champs multiples d'une réforme hospitalière cohérente.

Un haut fonctionnaire me soulignait, dans un raccourci, que cette réforme hospitalière devrait représenter en fait les lois Defferre de décentralisation et les lois Auroux.

En effet, le décloisonnement et la décentralisation hospitalière plus une meilleure participation des personnels à la marche de l'hôpital sont deux des conditions de la réussite de cette réforme que Claude EVIN a engagée et que nous soutenons même si une petite musique, propre à la tonalité de notre colloque, a égrené mon intervention.

****

Vaste chantier, donc, auquel ce colloque a apporté sa pierre, mais, au fait, ce chantier ambitieux ne représente-t-il pas les fameux 12ème travaux d'Hercule du Gouvernement ?

Coll. Fondation Jean-Jaurès

Coll. Fondation Jean-Jaurès