

En octobre 2007, Mr Nicolas Sarkozy confie à Mr Gérard Larcher, la présidence d'une commission chargée de faire un bilan de l'organisation de la carte hospitalière. Elle a pour but de mettre en évidence les carences du système et d'apporter des propositions pour assurer l'égalité et la qualité des soins adaptés aux besoins de la population. Cette commission a interrogé et travaillé pendant un an avec 200 professionnels de santé (médicales, paramédicales, du domaine public ou libéral) issus de 6 régions françaises dont le Nord-Pas-de-Calais. Beaucoup de conclusions et de propositions émanent donc du vécu et de l'expérience des hommes de terrains.

La dite loi Bachelot n'est que l'application pure et simple du compte rendu de cette commission.

Compte rendu de la commission de concertation dirigée par Mr Larcher.

Les conclusions s'organisent autour de 4 axes de travail :

1. Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement,
2. Optimiser l'offre des soins au niveau des territoires (à visée qualitative et d'efficacité),
3. Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme,
4. Piloter l'enseignement et la recherche.

Nous allons présenter chaque **axe**, les problèmes rencontrés **par l'hôpital** et les solutions proposées **du rapport Larcher**.

## I. Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement

Le but premier est de répondre aux besoins et d'assurer la continuité de la prise en charge **du patient**.

Le constat est évident, il y a un gros défaut de coordination entre l'hôpital et les autres acteurs ou institutions de soins. La prise en charge est segmentée et aucun de ces segments ne communiquent. **L'hôpital n'est qu'une étape de la prise en charge. Les soins sont réalisés en amont et en aval : Médecin traitant, Infirmier(e) à domicile, laboratoire, kinésithérapie, autres médecins spécialistes...**

Le manque cruel de communication entraîne la répétition des soins, des interrogations et/ou des interventions. Le manque de connaissances et d'informations nuisent à la qualité de la prise en charge et engendrent des dépenses inutiles car itératives **creusant un peu plus le déficit de la sécurité sociale**.

De plus, nous souffrons d'un manque crucial de moyens de prise en charge des personnes les plus fragiles : les personnes âgées, les handicapés, les sans domiciles fixes.... L'offre hospitalière n'a pas répondu à l'évolution démographique de la population française et nous manquons sérieusement de lits gériatriques, de lits SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), d'USN (Unité de Soins Normalisés) bref de lits permettant une convalescence. L'offre ne correspond plus à la demande.

Ce déséquilibre engendre d'énormes problèmes. **Par exemple**, faute de possibilité de placement adapté, les patients occupent inutilement des lits en service de soins spécialisés (Cardiologie, Neurologie, Pneumologie, Chirurgie...) alors que leur état de santé n'est plus critique et ne nécessite plus une telle prise en charge. Cette attente en bout de chaîne **des soins** coûte quotidiennement un plein tarif de la journée d'hospitalisation (660 euros en médecine, 1490 euros en chirurgie et 1980 euros en Réanimation contre 200 euros en service de convalescence).

**Mais surtout cette absence de solution de prise en charge à la suite des soins hospitaliers** entraîne un engorgement du Service d'Accueil et d'Urgences (SAU). En effet, pour admettre un patient dans un service de soins, il faut qu'une

chambre soit disponible. Paradoxe très inconfortable, c'est au moment où le patient a le plus besoin de soins, quand son état de santé est le plus critique, qu'il ne dispose pas des meilleures conditions de soins et de repos.

Enfin, il faut absolument réorganiser les services d'urgences qui présentent tous les jours une surcharge incontestable. La population a recourt trop facilement et souvent inutilement aux services d'urgences de l'hôpital. En associant les patients qui ne peuvent bénéficier d'un lit en service par faute de place et les patients qui pourraient être prise en charge en ville, un embouteillage se crée et les brancards s'accumulent dans les couloirs au grand désarroi de leur occupant.

Pour répondre à ce navrant mais concret postulat, la commission propose :

## **A. Favoriser les SSR et les Centres de Moyens Séjours**

Le rapport Larcher préconise de développer une politique de multiplication de ce type d'établissement, plus adapté et moins coûteux. La durée d'hospitalisation doit se limiter à la phase aigüe. Le médecin reste le seul décisionnaire du transfert du patient.

## **B. Structurer la coordination de la prise en charge**

Prévoir l'organisation et les conditions de la sortie du patient dès son entrée en créant un poste de référent coordinateur (un(e) infirmier(e) par exemple) reconnu par une qualification professionnelle, en améliorant le soutien logistique des soignants et les outils de communication (messagerie électronique sécurisée), en initiant les ARS (Agence Régionale de Santé) à une vision stratégique de parcours de soins préalablement pensé et en favorisant les prestations d'aide au retour à domicile.

Ce critère de coordination devra figurer dans les exigences de la certification.

## **C. Développer l'offre de proximité**

Pour lutter contre les inégalités géographiques, le rapport Larcher veut développer les centres et les maisons médicales : offrir à proximité de la population un établissement ou des locaux pouvant recevoir un médecin traitant, un kiné, un(e) infirmier(e) libéral(e), une pharmacie...

## **D. Organiser les soins non programmés**

Plus concrètement, réorganiser les services d'accueil et d'urgences. Pour désengorger les urgences, il faut gérer les entrées et les sorties.

Il faut créer les permanences de soins des médecins traitants libéraux (maison de médicale ou locaux de garde). Les soins ambulatoires peuvent parfaitement être assurés par un médecin traitant, il est tout à fait compétent et équipé pour cela.

Il faut sensibiliser la population à l'organisation de l'offre de soins et promouvoir le centre 15 (SAMU). Celui-ci assurant la régulation en conseillant la démarche (médecin traitant, médecin libéral de garde, pharmacien, maison médicale la plus proche...) ou en déclenchant un mode de transport adapté (ambulance privée, Sapeurs Pompiers, Sapeur Pompier Infirmier ou SMUR).

Il faut également favoriser l'hospitalisation directe par le médecin traitant. Le passage par les urgences n'est pas toujours une nécessité. Si le médecin traitant juge que le patient ne nécessite pas une prise en charge en urgence et à

cibler l'origine du mal être il peut en informer ses collègues hospitaliers et permettre une admission directe en service de soins.

Il faut créer des Unités d'Hospitalisation Temporaire (48h maximum), de sorte que le patient puisse bénéficier d'une chambre et d'un lit en cas de surcharge dans le service de soins correspondant à ses besoins.

Il faut également inciter les praticiens hospitaliers à intervenir aux urgences. Le travail des urgentistes doit se réduire aux vraies urgences et au SMUR. L'intervention précoce d'un spécialiste réduit considérablement le délai d'attente du patient aux Urgences (créer un secteur de consultations spécialisées non programmées).

Enfin, il faut mutualiser les gardes et les astreintes entre les praticiens des différents établissements de santé.

L'organisation et la fluidité du service d'accueil et d'urgences devra être un critère d'exigence de la certification.

## E. L' Agence Régionale de Santé : l'ARS

Le rapport Larcher préconise de regrouper toutes les compétences sous une direction régionale unique : l'ARS.

Pour assurer une parfaite cohésion et coordination médicale, médico-sociale et sociale adaptée aux besoins de la population, l'ARS maîtrise et organise tout le schéma sanitaire : les hôpitaux, les cliniques, les médecins de ville, les pharmacies, les programmes régionaux de santé, la prévention etc....

L'ARS véritable chef d'orchestre bénéficiera de tous les outils pour répondre qualitativement et quantitativement aux besoins. Le but étant de résoudre les problèmes d'inégalité territoriale, et d'éviter le développement anarchique et les investissements inutiles.

## II. Optimiser l'offre des soins territoriales à visée qualitative et d'efficience

La carte hospitalière actuelle s'est dessinée avec le temps sans grande logique. Politiquement chaque ville voulait son hôpital et beaucoup d'investisseurs ont implanté des cliniques privées selon le marché. Chaque centre hospitalier et clinique ont promu et investi dans telle ou telle spécialité... Conséquences de ce développement anarchique, les établissements de santé se font concurrence, les hôpitaux publics sont très souvent en grandes difficultés financières, certaines spécialités sont absentes localement et il n'y a que très peu de collaboration entre les établissements privés et publics.

La santé est devenue un marché, alors que le but et l'unique but est de répondre aux besoins de santé d'une population donnée. La collaboration est indispensable.

### A. Organisation Territorial et l'ARS

L'ARS doit réorganiser l'offre uniquement en fonction des besoins.

L'ARS va revoir le SROS (schéma régional d'organisation sanitaire), s'assurer de la cohérence du champ sanitaire, social et médico-social (entre les différents acteurs). Cette organisation fera l'objet d'une convention entre l'ARS et les Conseillers Généraux (le département). L'ARS n'a donc pas les pleins pouvoirs car elle travaille en collaboration avec le Conseil Général (le département) (les Conseillers généraux élus lors des élections cantonales). Ainsi les pouvoirs politiques intervenants auprès de l'ARS ne se limitent pas au ministère de la santé : les élus de chaque canton (donc les élus locaux) ont un droit de regard et d'approbation sur le SROS.

### B. Les Communautés Hospitalières de Territoires : CHT

C'est une nouvelle forme d'institution. A l'instar des Communautés d'Agglomérations, les centres hospitaliers pourront unir leurs forces, leurs compétences et leurs moyens au sein d'une CHT afin de mieux répondre aux besoins. Sous l'égide d'une direction commune, la CHT permettra d'unir les investissements, de combler les carences et de développer une stratégie médicale plus adaptée (constituer une équipe médicale et paramédicale plus large avec des moyens plus importants).

Pourquoi se faire concurrence entre centres hospitaliers séparés de quelques kilomètres ? Quel est l'intérêt de présenter la même prestation spécifique que son voisin ? Une CHT permettra la coopération, la coordination et le développement de l'offre de soins humains et techniques grâce à un partenariat. Les CHT éviteront les doubles investissements inutiles. Les hôpitaux doivent être complémentaires et non se faire concurrence.

Les ambitions médicales et les investissements doivent se concrétiser en fonction des besoins et non en fonction des desiderata médicaux.

Les établissements qui acceptent de créer une CHT recevront par l'ARS une aide aux investissements et un assouplissement des règles de gestion.

### **C. Organiser une meilleure couverture territoriale**

Certaines zones géographiques sont désertiques en termes de prise en charge de santé publique.

Il faut créer dans ces zones des maisons médicales de proximité avec une équipe pluridisciplinaire : cabinets médicaux, paramédicaux, permanence des soins, bureaux des HAD (hospitalisation à domicile), service à la personne, et une diversité de statut si besoin (salarié / libérale).

### **D. Rendre explicite la participation des cliniques à un service public de santé**

Les cliniques privées réservent leurs champs d'interventions aux soins lucratifs et rentables : les soins de secteur 2 (la chirurgie et surtout la chirurgie ambulatoire). Les hôpitaux publics se voient privé de ces soins et assurent toutes les autres interventions beaucoup moins lucratives et en finançant plus de moyens humains. C'est pourquoi l'équilibre budgétaire est impossible dans le secteur public, alors que le secteur privé en tire beaucoup de bénéfices.

L'ARS signerait un contrat avec les cliniques :

Les cliniques s'engageraient à répondre aux caractéristiques du service public (CMU, Services d'Accueil et d'Urgences, qualité des soins prodigués...), et organiseraient une modération du secteur 2.

En échange, l'ARS accorderait l'éligibilité à des subventions à l'investissement. Si le contrat n'est pas rempli, la clinique devra assurer le reversement, majoré de pénalités, à l'ARS. De plus, l'ARS étant décisionnaire du SROS, les cliniques devront avoir l'aval de l'ARS pour leur propre développement.

L'ARS devra lutter contre le monopole des groupes de cliniques dans certaines villes et lutter contre la concurrence. Pour ce, en cas de cessation d'activité d'une clinique, l'ARS prendra une part du capital par le service publique au repreneur privé si le service public est absent dans cette zone.

## **III. Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme.**

**Le rapport Larcher indique clairement que** le dynamisme des hôpitaux et des acteurs de soins est en grand danger. Les problèmes financiers et la concurrence du marché demandent aux équipes de soins de très grandes capacités d'adaptation et un dévouement exceptionnel. Paradoxalement, les directeurs hospitaliers ne sont pas évalués sur l'efficacité de leur établissement. Ils n'ont pas d'obligation de résultat...

Il est constaté une fuite médicale et paramédicale vers le secteur privé. Les médecins y bénéficient de meilleures rémunérations, de moins de contraintes administratives, d'une souplesse des ressources humaines, de meilleurs plateaux techniques, d'une meilleure productivité, de moins de lenteur dans les prises de décisions et moins de lourdeurs organisationnelles... Pourtant, tous les médecins et les soignants paramédicaux ont fait leurs études dans le secteur public. Il faut très vite attirer et conserver les praticiens hospitaliers et les équipes paramédicales car la qualité et la suffisance des équipes soignantes sont indispensables à la qualité des hôpitaux d'aujourd'hui et de demain.

Les équipes paramédicales revendiquent une surcharge de travail, une réorganisation des 35 heures, une impensable lourdeur administrative, une charge de travail physique et mentale, un manque de moyens humains et matériels et une mauvaise reconnaissance salariale et statutaire .

La tarification à l'acte (T2A) et la concurrence entre établissements a mis en évidence de vraies difficultés de gestions financières pour certains et ces difficultés économiques sont de réelles obstacles au retour à une situation stable.

Pour redynamiser le monde de l'hôpital, la commission Larcher apporte plusieurs solutions :

## A. Réorganisation de la gouvernance

Le rapport Larcher insiste sur un principe : L'hôpital doit être géré par un équilibre entre les pouvoirs médicaux et administratifs, un pilotage médico-économique. La stratégie de développement est à concevoir avec le corps médical.

Il faut remplacer le Conseil d'Administration et le Conseil Exécutif au sein des hôpitaux par :

- Un conseil de surveillance pluridisciplinaire (le directeur, des agents de l'administration et du budget, des médecins, des représentants paramédicaux, un membre de l'ARS, un représentant de la CPAM, un représentant des usagers et un représentant des professionnels de santé libéraux) chargé de valider les stratégies, de surveiller les équilibres économiques et financiers, et en cas de difficultés financières, d'adapter les modalités de gestion interne en fonction de l'ampleur des défis.
- Un directoire présidé par le directeur de l'établissement, le vice président étant le président de la CME (Conférence Médicale d'Etablissement) comprenant les responsables de pôles et la direction des soins. Le président du directoire reçoit une lettre de missions du directeur de l'ARS et est responsable de l'accomplissement.

Il faut poursuivre le développement par pôle de spécialité, maintenir les responsables de pôles mais raccourcir les chaînes hiérarchiques pour réduire le parcours décisionnel.

## B. Le Chef d'Etablissement

Au jour d'aujourd'hui, ils sont nommés par l'Etat. Les directeurs sont confortés mais responsabilisés (je ne comprends pas l'idée de la phrase). Le rapport Larcher et la loi Bachelot proposent que la qualification des candidats sera désormais validée par le Centre National de Gestion sous contrôle d'une commission d'experts indépendants afin de rendre plus efficace les nominations. Le chef d'établissement se verra contraint de signer un contrat d'objectifs (équilibre budgétaire, missions définies en fonction des besoins de la population...).

## C. Renforcement des outils de gestion

Assurer la mutualisation dans les CHT, des fonctions techniques (gestions des laboratoires, les programmes de maintenance...).

Le rapport Larcher indique la nécessité de recruter des logisticiens pour améliorer la gestion des lits, du flux des patients et l'accès au plateau technique.

## D. Assurer l'attractivité des établissements publics

Il faut impérativement changer de management, valoriser l'implication des personnes et des équipes à la réussite de l'établissement, permettre l'allègement des contraintes et assouplir l'autonomie des pôles. **L'ensemble des propositions Larcher sont reprises dans le texte de la loi Bachelot.**

### 1. L'attractivité médicale

Pour rendre le secteur public plus séduisant, **selon le rapport Larcher** il faut :

- Revoir les modalités de rémunération afin de rapprocher les 2 modes d'exercice (public/privé).
- Revoir l'organisation médicale des établissements pour attirer de nouveaux professionnels.
- Améliorer les modalités de rémunération et de recrutement des praticiens hospitaliers (arrêter d'embaucher sous le mode contractuel ou d'assistant)
- Aménager un salaire fixe minimum et une prime mensuelle en fonction de l'implication, des responsabilités, du niveau d'activité, de la pénibilité, de l'enseignement et de la recherche.
- Instaurer une prime à l'intéressement collectif liée aux résultats financiers de l'hôpital et en fonction des résultats globaux.

### 2. L'attractivité paramédicale

La commission **Larcher** préconise de :

- Permettre une plus grande autonomie dans l'exercice de la profession et accélérer La délégation d'actes et de compétences
- Raccourcir le circuit des prises de décisions
- Diversifier les évolutions de carrières (fonction d'expertise, de formation, de coordination)
- Instaurer une prime d'intéressement aux résultats, par pôle, selon des règles fixées par le directoire.
- Favoriser la reconnaissance des nouveaux métiers (télémédecine, recherche...)
- Mettre en place la reconnaissance LMD (Licence, Master, Doctorat) **défini à l'échelle européenne afin que les diplômes français est enfin une reconnaissance internationale.**

Il faut revaloriser les métiers, faciliter les évolutions professionnelles entre les différents métiers de la santé, multiplier les passerelles au sein des métiers de la santé et/ou aux autres cursus universitaire pour faciliter les reconversions.

Enfin il faut faciliter l'intégration dans le cursus médical des étudiants ayant d'autres cursus de formations scientifiques ou paramédicaux.

## IV. Piloter l'enseignement et la recherche

Il faut organiser ces domaines en clarifiant les responsabilités dans le pilotage de l'enseignement et de la recherche.

Il faudrait orienter des politiques nationales et un comité interministériel de la recherche, labelliser des équipes d'enseignement et de recherche et renforcer la recherche hospitalière.